



Universidad  
de La Laguna

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA,  
PSICOBIOLOGÍA Y METODOLOGÍA**

***CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA  
DEPRESIÓN EN HOMBRES:  
PREVALENCIA Y FACTORES  
ASOCIADOS***

**CONSTANZA LONDOÑO PÉREZ**

**MARZO DE 2014**

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a las personas que participaron en la investigación, especialmente a quienes a pesar de su sufrimiento lo hicieron.

A mi director de tesis Dr. Wenceslao Peñate y codirector Dr. Manuel González, quienes con su orientación, apoyo incondicional y amistad me mostraron el camino.

Al Dr. Carlos Vargas por su apoyo absoluto y sincera amistad.

Gracias a la Red de Investigadores de Psicología nodo Salud porque los profesionales y sus estudiantes participaron de forma decidida.

A mi angel, Lili, porque siempre creyó en mí y ahora desde el cielo me ilumina.

Pero principalmente agradezco a la dulce Sofi por su paciencia, amor y compañía, que siempre me animan a luchar.

*De corazón y por siempre gracias a todos!*



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN HOMBRES:  
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS**

**TESIS DOCTORAL**

DOCTORANDA: Constanza Londoño Pérez

Firma: \_\_\_\_\_

Director: Dr. Wenceslao Peñate Castro

Firma: \_\_\_\_\_

Co-Director: Dr. Manuel González

Firma: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, PSICOBIOLOGÍA Y  
METODOLOGÍA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD LA  
LAGUNA (ULL)  
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y  
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS  
ABRIL DE 2014



## ÍNDICE

1.	PRESENTACIÓN.....	1
2.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.1.	Definición Conceptual de la Depresión.....	6
2.2.	Elementos Descriptivos de los Trastornos del Estado de Ánimo.....	11
2.2.1.	Distribución por género.....	11
2.2.2.	Prevalencia.....	15
2.2.3.	Inicio y curso de los trastornos.....	20
2.2.4.	Impacto de la depresión.....	28
2.3.	Vulnerabilidad a la Depresión.....	32
2.3.1.	Características Psicobiológicas y Estructurales de la Depresión.....	32
2.3.2.	Depresión endógena.....	36
2.3.3.	Depresión reactiva.....	41
2.3.3.1.	Acontecimientos vitales estresantes y reactividad.....	43
2.3.3.2.	Estrés, depresión y enfermedad.....	57
2.4.	Depresión y Personalidad.....	61
2.4.1.	Depresión como emoción y depresión como rasgo de personalidad....	65
2.5.	Clasificación y Subtipos de Depresión.....	70
2.6.	Características Cognitivas de la Depresión.....	75
2.6.1.	Esquemas, estilos y atribución.....	77
2.6.2.	Procesamiento selectivo.....	82
2.6.3.	Especificidad de los sesgos.....	86
2.6.4.	Sesgo de interpretación.....	90
2.7.	Modelos y Teorías Explicativas de la Depresión.....	92

2.7.1.	Concepto de triple vulnerabilidad.....	95
2.7.2.	Modelo de diátesis cognitiva estrés.....	98
2.7.3.	Modelo tripartito.....	104
2.8.	Diagnóstico Diferencial.....	109
2.8.1.	Disparidad de género.....	116
2.8.2.	Dificultades diagnósticas.....	119
2.8.2.1.	Nuevas aportaciones del DSM-V y CIE 11 al diagnóstico de la depresión.....	124
2.9.	Comorbilidad.....	126
2.9.1.	Consumo de drogas.....	127
2.9.2.	Conducta antisocial.....	129
2.9.3.	Conducta agresiva/ira-hostilidad.....	131
2.9.4.	Trastornos de Ansiedad.....	134
2.9.5.	Problemas en la conducta sexual.....	136
2.10	Procesos Transdiagnósticos de la Depresión que Podrían Explicar la Comorbilidad con otros Trastornos.....	138
2.10.1.	Procesos intrapersonales.....	139
2.10.1.1.	El perfeccionismo.....	139
2.10.1.2.	La intolerancia a la incertidumbre.....	141
2.10.1.3.	La rumiación.....	142
2.10.1.4.	La preocupación.....	143
2.10.1.5.	Regulación emocional.....	144
2.10.2.	Procesos Interpersonales.....	145
2.10.2.1.	Déficit interpersonales.....	146
2.11.	Medidas de Evaluación de la Depresión.....	147

2.11.1.	Desarrollo histórico.....	148
2.11.2.	Cuestionarios, entrevistas, registros y otros instrumentos.....	150
2.11.2.1.	Entrevistas de clasificación clínica.....	152
2.11.2.1.1.	MINI Mini International Neuropsychiatric Interview.....	152
2.11.2.1.2.	Escala Hamilton de Depresión.....	153
2.11.2.1.3.	Entrevista Estructurada del DSM-IV-TR para trastornos del Eje I.....	154
2.11.2.2.	Medidas de autorreporte o de papel y lápiz/de medios electrónicos....	155
2.11.2.2.1.	El Inventario de Depresión de Beck II.....	158
2.11.2.2.2.	Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad.....	159
2.11.2.2.3.	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos .....	160
2.11.2.2.4.	Escala Zung de Depresión.....	161
2.11.2.2.5.	Cuestionario Básico de Depresión.....	162
2.11.2.2.6.	Escala de Depresión del MMPI-II.....	163
2.11.3.	Procesos de diseño.....	167
2.11.4.	Limitaciones de los procedimientos elaborados para evaluar la depresión.....	168
2.12.	Dificultades Diagnósticas Asociadas a la Disparidad de Género.....	170
2.13.	La Depresión como Constructo Transcultural.....	172
2.13.1.	Feminidad/Masculinidad y depresión.....	175
2.14.	Ciclo Vital y Depresión.....	179
2.15.	Síntomas Comunes y Específicos de la Depresión Según Sexos.....	182
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	185
4.	OBJETIVOS.....	199
4.1.	Objetivos Generales.....	199
4.2.	Objetivos Específicos.....	199

5.	ESTUDIO 1:VALIDACIÓN DIFERENCIAL Y DISCRIMINANTE DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA HOMBRES (CDH).....	201
5.1.	Método.....	201
5.1.1.	Diseño.....	201
5.1.2.	Participantes.....	202
5.1.3.	Equipo de trabajo.....	205
5.1.4.	Instrumentos.....	206
5.1.5.	Procedimiento.....	210
5.1.5.1.	Convocatoria centros.....	210
5.1.5.2.	Recolección de datos.....	212
5.1.5.3.	Aplicación de la entrevista.....	212
5.1.5.4.	Elaboración de bases de datos.....	214
5.1.6.	Análisis de resultados.....	214
5.2.	Resultados.....	218
5.2.1.	Validez discriminante del CDH.....	218
5.2.1.1.	Funcionamiento diferencial de los ítems por género.....	226
5.2.1.2.	Correspondencia entre medidas y niveles de depresión.....	226
5.2.1.3.	Validez de criterio.....	229
5.2.1.4.	Calificación.....	234
5.2.2.	Comparación de los síntomas DSM y los síntomas incluidos en el CDH.....	236
5.2.3.	Versión final del CDH.....	238
5.2.4.	Características clínicas de la depresión en hombres.....	240
5.2.5.	Factores asociados a la depresión en hombres.....	244

5.2.5.1.	Factores de riesgo de depresión en hombres.....	256
5.2.5.2.	Modelo predictivo de depresión para cada género.....	257
5.3.	Discusión y Conclusiones.....	261
5.3.1.	Validez discriminante del Cuestionario de Depresión en Hombres.....	266
5.3.1.1.	Sensibilidad y especificidad del CDH.....	271
5.3.2.	Síntomas de depresión en hombres.....	273
5.3.2.1.	Síntomas cognitivos.....	275
5.3.2.1.1.	Autoimagen negativa.....	276
5.3.2.1.2.	Desesperanza y pesimismo.....	279
5.3.2.1.3.	Pobre imagen social.....	280
5.3.2.2.	Síntomas afectivos.....	281
5.3.2.2.1.	Sensación de estar vacío.....	281
5.3.2.3.	Síntomas conductuales.....	284
5.3.2.3.1.	Conductas evitativas.....	285
5.3.2.3.2.	Cambios extremos de comportamiento.....	287
5.3.2.3.3.	Conductas autolesivas, ideación suicida y suicidio.....	288
5.3.2.4.	Síntomas interpersonales.....	289
5.3.3.	Factores asociados con la depresión.....	293
5.3.4.	Limitaciones.....	304
5.3.5.	Futuras direcciones.....	307
5.3.6.	Implicaciones clínicas.....	309
5.3.7.	Conclusiones.....	310
6.	<b>ESTUDIO 2: VALIDACIÓN NACIONAL DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN EN HOMBRES, PREVALENCIA DE DEPRESIÓN.....</b>	<b>313</b>

6.1.	Método.....	313
6.1.1.	Diseño.....	313
6.1.2.	Participantes.....	314
6.1.3.	Equipo de trabajo.....	317
6.1.4.	Instrumentos.....	319
6.1.5.	Procedimiento.....	322
6.1.5.1.	Convocatoria auxiliares e identificación de grupos de aplicación.....	322
6.1.5.2.	Aplicación de la encuesta.....	323
6.1.5.3.	Diseño de bases de datos.....	325
6.1.6.	Análisis de resultados.....	325
6.2.	Resultados.....	327
6.2.1.	Características psicométricas del CDH.....	327
6.2.2.	Prevalencia.....	331
6.2.3.	Sintomas y severidad.....	333
6.2.4.	Factores asociados a depresión en los hombres.....	337
6.2.4.1.	Factores de riesgo de depresión en hombres.....	342
6.3.	Discusión y Conclusiones.....	349
6.3.1.	Validación nacional del CDH.....	351
6.3.1.1.	Calificación y tipificación.....	353
6.3.2.	Prevalencia.....	354
6.3.3.	Sintomas de depresión.....	357
6.3.4.	Factores asociados con la depresión en hombres.....	362
6.3.5.	Limitaciones.....	371
6.3.6.	Futuras direcciones.....	372
6.3.7.	Implicaciones clínicas.....	374

6.3.8.	Conclusiones.....	374
7.	CONCLUSIONES GENERALES.....	377
8.	REFERENCIAS.....	379
9.	ANEXOS.....	431



# **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN HOMBRES: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS**

## **1. PRESENTACIÓN**

La depresión se ha declarado como un problema actual de salud pública a nivel mundial debido a su impacto sobre el perfil de salud general y la disminución de la productividad; pero especialmente porque entre el 45% y el 58% de los suicidios están relacionados con depresión, y son cometidos principalmente por varones jóvenes. Aunque para muchos las diferencias de género no son expresadas en los síntomas de depresión, otros por el contrario, consideran un campo importante de investigación la diferenciación de síntomas entre hombres y mujeres (Brownhill, Wilhelm, Barclay y Schmied, 2005; Cochran y Rabinowitz, 2003; Mitendorfer-Rutz, 2006; Paykel, 1991; Pollack, Garbarino, Kindlon y Thompson, 1999; Rodie, 2001; Wilhelm, Boyce y Brownhill, 2004).

La Depresión es uno de los trastornos mentales que más ha merecido la atención a lo largo de la historia de la humanidad, esto es debido a su impacto en el desarrollo personal y a las consecuencias sociales y económicas que conlleva (Hidaka, 2012; Omenn, 2010); y tal vez por ello la riqueza teórica que ofrecen diversas formas de aproximarse a su comprensión, ha provocado tal variedad de hipótesis con explicaciones disimiles que han dado lugar a distintos instrumentos de medida, no necesariamente comparables, ya que sus características responden a las teorías de base, y a las muestras y condiciones con las que han sido validados.

Cuando se habla de depresión se hace alusión a un amplio espectro de trastornos que comparten síntomas considerados centrales, situándolos a todos en la categoría de trastornos del estado de ánimo, que se manifiestan con distintos niveles de intensidad, curso y duración, y que a su vez dependen en gran medida de variables como la edad, la procedencia y el género. En especial las diferencias por género en las manifestaciones de la depresión han sido abordadas, y buena parte de los estudios no logran identificar diferencias significativas en los síntomas que exhiben hombres y mujeres; tal vez porque los estudios DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) se han realizado con muestras predominantemente femeninas y los instrumentos de evaluación y diagnóstico han sido diseñados con base en los criterios incluidos en los sistemas disponibles.

Por tanto, la depresión en los hombres puede no estar siendo reportada y por ello puede ser subdiagnosticada; principalmente porque los hombres tienen alta evitación (cognitiva, emocional y conductual) y presentan síntomas indirectos de depresión difíciles de detectar; así mismo las condiciones culturales y los roles de género que indican que los hombres deben recibir bajo soporte social: Familiar y profesional, y que limitan su expresividad emocional (Möller, Heller y Paulus, 2006; Rihmer, Rutz y Pihlgren, 1995; Rodié y Usall, 2001; Smith et al., 2007).

El desarrollo de instrumentos para evaluar la depresión ha tenido diversos momentos que corresponden a los distintos periodos históricos de evolución en la comprensión de la depresión y de su expresión; ya que es conocido que tanto las condiciones contextuales como las características de las entidades psicopatológicas varían con la influencia social y cultural cambiante con el paso del tiempo, y que ambas definen la expresión del género; y que a su vez el género podría estar asociado a la producción de una sintomatología específica.

Además de que no se cuenta con escalas específicas que permitan conocer la prevalencia real, y a que estudios previos hicieron notar las diferencias en los resultados cuando se usan escalas sensibles al género (Álvarez y Londoño, 2012; Vargas, Ruíz Hernández y Londoño, 2013).

Por todo ello, la presente investigación se planteó como objetivo general identificar si existen síntomas de depresión que no han sido examinados bajo el sistema nosológico DSM y CIE-10 [Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010)], evaluar la prevalencia de la depresión en población masculina y describir los principales factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales asociados; para facilitar la identificación y atención oportuna de los casos existentes.

Para alcanzar este objetivo, se llevaron a cabo dos estudios, el primero dirigido a determinar e identificar la existencia de síntomas masculinos específicos de depresión y para ello fue necesario previamente evaluar la validez discriminante y otras condiciones psicométricas del Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH) diseñado previamente por Álvarez y Londoño (2012) para población Colombiana; para luego identificar los factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales relacionados con la depresión en hombres.

El segundo estudio estaba dirigido a identificar la prevalencia nacional en Colombia de depresión en hombres, los factores asociados a ésta, con el análisis previo del funcionamiento de los ítems, la calificación y puntos de corte del instrumento. Todo para integrar los hallazgos de ambos estudios y analizar sus alcances, y definir futuras direcciones de investigación.



## 2. INTRODUCCIÓN

La depresión es considerada hoy en día uno de los más importantes problemas de salud mental que aqueja al mundo entero, por ello la sociedad actual ha hecho ingentes esfuerzos para explicar su incidencia creciente, sin que se dé una explicación única sobre esta situación epidemiológica. De una parte se ha propuesto que los estilos de vida derivados de la sociedad de consumo caracterizada por la inequidad en el acceso a los recursos en general, tanto a los mínimos requeridos para satisfacer necesidades básicas, como a los que permiten a las personas cumplir otras necesidades creadas (Hidaka, 2012).

En la actualidad, se vive contra el tiempo bajo una crisis ambiental y económica mundial, que afecta el desarrollo social y profundiza la sensación de inequidad como favorecedoras univocas de la depresión; sumadas a la cada vez mayor tecnificación que se ha asociado al decremento en la actividad física, la reducción de la atención dada a la salud y una seria limitación de la interacción social debida a la cada vez mayor tendencia a la competencia, la desigualdad, el aislamiento social y la socialización impersonal características de los medios electrónicos (Omenn, 2010).

De otra parte, el cambio en el perfil epidemiológico mundial representado por el incremento de la morbilidad por enfermedades crónicas y severas, consideradas patologías derivadas de la modernidad, favorece directamente la aparición de depresión y de otros problemas de salud mental (Dew et al., 2010; Flegal, Carroll, Ogden y Curtin, 2010; Yach et al., 2006). No obstante, existen algunas dudas sobre las estadísticas reales debido, por un lado a la falta de estudios transculturales que permitan determinar las

causas del incremento y por otro a las dificultades metodológicas en los estudios hasta ahora realizados que arrojan resultados contradictorios. Esto sumado a los cambios en los criterios diagnósticos (Horwitz y Wakefield, 2007) y a que cada vez se presta mayor atención a los casos subclínicos, lo que puede haber llevado al sobredimensionamiento de los casos.

Además, no se puede perder de vista que a pesar de que la relación entre el acceso limitado a recursos y la aparición de síntomas depresivos ha sido ampliamente corroborada, entre los llamados países altamente modernizados y tecnificados se presentan diferencias importantes en las tasas de depresión. Tal vez como lo propone Hidaka (2012), no solo el acceso igualitario a recursos sino que además la alta colectividad característica de los contextos sociales propios de algunos países orientales inciden en la baja tasa de depresión expresada. En oposición, el mayor desarrollo económico y urbano de países como Estados Unidos (EEUU), han permitido establecer que las causas de la creciente incidencia de la depresión, trascienden el acceso a recursos económicos, ya que los habitantes de las ciudades parecen experimentar más frecuentemente episodios depresivos, que los de las poblaciones rurales (Peen, Schoevers, Beekman y Dekker, 2010).

### 2.1. Definición Conceptual de la Depresión

Cuando se usa el término depresión, se hace referencia a un amplio espectro de trastornos que comparten ciertas características, que varían en sus causas, intensidad, sintomatología, cronicidad y curso, e incluso en el comportamiento epidemiológico. Es decir, que puede abordarse tanto desde la perspectiva de los síntomas como de los síndromes que incluye el síntoma anterior sumado a otros concomitantes, con una cierta

gravedad y cronicidad determinadas; o desde la clasificación nosológica como trastorno mental que se expresa a través de un grupo de síntomas característicos que definen la existencia particular del trastorno (Caballo, 2006).

Las distintas formas de depresión han sido englobadas en el DSM-IV-TR (American Psychological Association, APA, 2002) y el Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010)] en un grupo denominado trastornos del estado de ánimo, que se caracterizan porque la persona presenta estado de ánimo decaído y un grupo de alteraciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas relacionadas con la condición diagnóstica principal (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000). Incluso se habla de una cierta ausencia de estados afectivos positivos en las personas, que se expresan en la pérdida de interés cognitivo y comportamental en las actividades de la vida cotidiana (Glotib y Hammen, 2012).

En los trastornos del estado de ánimo ocurren oscilaciones anormales del estado de ánimo cuya intensidad, duración, asociación a estímulos e impacto sobre el desarrollo de la vida normal de la persona son notables (Friedman y Thase, 1995), de manera que se habla de la existencia de un estado melancólico anormal debido a que éste no depende exclusivamente de la ocurrencia de eventos que podrían ser considerados provocadores y su duración supera los tiempos normales de reacción de tristeza de las personas; estado además asociado a síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales.

Tristeza y sufrimiento son consideradas emociones negativas, de una parte la tristeza ha sido asociada con una sensación de decaimiento derivado de la evaluación permanente de pérdida que hace la persona, y por otra parte, en el sufrimiento la reacción emocional se hace más profunda y global en la que la respuesta cognitiva de

evaluación de la pérdida está dirigida a comprender o dar significado al evento, en la que el procesamiento es subcortical (Bonanno y Kaltman, 2001). Las respuestas de tristeza son más proximales al evento de pérdida y comúnmente están acordes en la intensidad y la magnitud de la pérdida, las reacciones de sufrimiento son más distales y cognitivas, y corresponden a la reevaluación del evento para mejorar el impacto que la pérdida ha tenido en las distintas áreas de desenvolvimiento de la persona (Niemeyer, 2006).

La tristeza, forma parte del proceso auto regulatorio, y corresponde a una expresión emocional básica o primaria caracterizada por una experiencia de sensación de pérdida, que se convierte en dolor psicológico o sufrimiento y luego se transforma en depresión. Esta emoción es una respuesta momentánea y reactiva ante condiciones del ambiente, y se convierte en sufrimiento cuando la respuesta emocional se extiende en duración y persiste luego de semanas e incluso, aunque raramente, en años.

Se considera que la tristeza tiene un valor evolutivo, ya que le permite a la persona reflexionar y asimilar la pérdida de un objeto de importancia, una condición o de una persona; en el sufrimiento la atención se centra en el sí mismo en busca de alcanzar la aceptación y resignación frente a la pérdida. Esto hace que la activación se disminuya para hacer una especie de tiempo fuera que facilita la actualización cognitiva; y la acomodación a la falta del objeto o persona realizada a través de balances, planes y replanteamiento de objetivos (Welling, 2003).

Se ha evidenciado que la disminución de excitación asociada a la tristeza facilita la resolución de problemas debido a que la persona concentra toda su capacidad analítica en asumir la situación. En un estudio se demostró que el efecto reductor de otras respuestas emocionales que tiene la tristeza, centra su valor biológico en el hecho de que la persona centra su atención en la reflexión y esto hace más precisa la evaluación

de los eventos (Clore y Colcombe, 2003). Tanto la tristeza como el sufrimiento han sido asociados a un amplio rango de emociones negativas tales como desprecio, hostilidad, miedo y culpa (Bonanno, Mihalecz y LeJeune, 1999).

De otra parte, se considera que la tristeza tiene un valor comunicativo social, que les indica a los miembros del grupo, que la persona requiere de tiempo para elaborar o entender la situación. En las tres reacciones emocionales, tristeza, sufrimiento y depresión, la expresión abierta de tristeza implica la obtención de simpatía y solidaridad, es decir que pretende provocar soporte social; pero al tiempo implica una reducción de la capacidad para emitir juicios de corte social respecto a la calidad y tipo de relación existente entre las personas (Ambady y Gray, 2002)

Las respuestas de afrontamiento a la tristeza y al sufrimiento suelen ser congruentes con la magnitud de la pérdida, la tristeza implica el enfrentamiento inmediato de la situación, el sufrimiento engloba respuestas de afrontamiento a más largo plazo en las que la reevaluación y la duda acerca de la primera impresión son parte central de la reacción que pretende aminorar el impacto de la pérdida (Gillies y Niemeyer, 2006), ambas consideradas normales hasta que la persona parece rendirse y empieza a limitar su acción como efecto de la evaluación negativa persistente de sí mismo, los otros y el futuro que caracterizan a la depresión.

Así, en los trastornos del estado de ánimo se describen los síntomas como: Episodios afectivos de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la sensación de placer), y en alguno de ellos, maníaco (estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable) que se da específicamente en el trastorno bipolar, pero en general la depresión ha sido asociada a estados de tristeza y melancolía que se hacen agudos o permanentes para la persona, y que interfieren con el desarrollo normal cotidiano de quien la padece.

No obstante, para lograr una mejor comprensión de la definición de depresión se requiere analizar dos conceptos con mayor profundidad, la tristeza que ya previamente se ha analizado y el estado de ánimo. El estado de ánimo corresponde a una respuesta emocional duradera; es decir, que implica un tono emocional sostenido, que puede ir desde el extremo máximo de un estado de euforia hasta el extremo mínimo de la tristeza, respuesta que se valora de acuerdo con la duración, estabilidad o magnitud de los cambios y sintonía con el entorno. Cuando el estado de ánimo tiende hacia cualquiera de los extremos, aún por encima de la información recibida por la persona proveniente de algunos cambios ambientales, de tal forma que afecta el normal desempeño social, laboral (Conradi, Ormel y de Jonge, 2010), académico o familiar se considera la existencia de un trastorno del estado de ánimo (Moore y Hadjiyannakis, 2002).

Entonces el estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido; y las personas normales tienen un cierto nivel de control tanto de sus relaciones emocionales como de los estados afectivos, que están asociados al estado de ánimo. La depresión se produce precisamente cuando ocurre la pérdida o sensación de pérdida de dicho control no debida a trastornos físicos y asociada a un estado de ánimo decaído que hace que la persona declare estar deprimida.

En el extremo de la manía se observa un ánimo exaltado en la persona, expansivo e irritable que puede generar algún grado de disociación, hiperactividad y conductas de grandiosidad; por el contrario, en el extremo de la depresión está caracterizado por tristeza extrema, sensación de desesperación y desilusión. Los cambios en el estado de ánimo y su permanencia han sido asociados a la forma como la persona valora los estímulos ambientales y a la evaluación que hace acerca de su capacidad de afrontarlos, es decir, que está asociado al llamado estrés psicológico propuesto en el modelo

transaccional (Folkman, 2001; Lazarus y Folkman, 1986). Ya se ha hecho notorio que cuanto mayor estrés mayor probabilidad de desajuste emocional hacia el extremo negativo, especialmente si quien está expuesto valora como limitados sus recursos (Myers, 2006).

El estado de ánimo se genera a partir de las emociones que experimenta la persona en respuesta a los distintos eventos ambientales, y para el caso de la depresión, la emoción de base es la tristeza o la prolongación de la tristeza para ser más precisos (Bonnano, Goorin y Coifman, 2008).

### 2.2. Elementos Descriptivos de los Trastornos del Estado de Ánimo

#### 2.2.1. Distribución por género

Las estadísticas producidas en los últimos 10 años apuntan a confirmar que las mujeres son más proclives a desarrollar depresión que los varones, y que esa condición se mantiene a lo largo de su vida; sin embargo en los trastornos bipolares cambia, pues son los hombres quienes presentan más trastorno bipolar I; y en el trastorno bipolar II y la distimia las cifras en ambos géneros se igualan en casi todos los estudios. La Encuesta Mundial de Salud Mental (2012) llevada a cabo en 28 países, incluida Colombia con 4426 participantes, mostró que las mujeres tenían 2 o 3 veces mayor riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo, mientras que los hombres tenían un riesgo mayor de abuso en el consumo de drogas.

La prevalencia general de vida de la depresión varió entre el 8 y el 12.8% con 17% de prevalencia de vida en mujeres y 7.3% en hombres; excepto en África, donde las cifras iban en la dirección contraria. Esta misma encuesta evidenció que alrededor del

5% de personas residentes de una comunidad han padecido de algún tipo de depresión en el último año. El Trastorno depresivo mayor fue más frecuente entre las mujeres (51.51%) que entre los hombres (37.3%); pero la prevalencia de los trastornos bipolares parece ser igual en hombres y mujeres, aunque las mujeres sufren más frecuentemente del trastorno bipolar tipo II que los hombres.

En el Estudio Transnacional de Epidemiología Social, que abarcó 23 países europeos, acerca de la variación de depresión de acuerdo con el género derivada de la Encuesta Social Europea (ESS-3), se mostró que la depresión es aproximadamente dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres; y que las mujeres reportan niveles más altos de depresión en todos los países, sin variación significativa entre países en la brecha de género. Modelos lineales jerárquicos mostraron que los factores socioeconómicos, así como las relaciones familiares moderan la relación entre género y depresión; en la mayoría de los países, los factores socioeconómicos tienen la asociación más fuerte con la depresión tanto en hombres como en mujeres. Así mismo, menor riesgo de depresión se asocia en ambos sexos con matrimonio y cohabitación con la pareja, así como el hecho de tener en general una buena posición socioeconómica (Van de Velde, Bracke y Levecque, 2010).

En los países de América se han realizado estudios aislados, p.e. en México en 2011 los trastornos del estado de ánimo ocuparon el primer lugar en mujeres y el quinto en los hombres en el perfil epidemiológico de salud mental nacional (González et al., 2006). En Chile, en 2005 se presentó un incremento importante en los trastornos del estado de ánimo reportados por los hombres, pero las mujeres aportaban el doble de casos a las estadísticas globales del país, especialmente aquellas con menor nivel educativo (Cova, 2005). En la Encuesta Nacional de Salud de 2011 del mismo país de nuevo las mujeres reportaban depresión mayor en proporciones más altas que los

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

hombres (11.3% vida y 6.0% últimos 6 meses en mujeres y en hombres 6.4% vida y 3.0% últimos 6 meses), al igual que en los casos de distimia (12.1% vida y 4.8% últimos 6 meses en mujeres y en hombres 3.5% vida y 1.5% últimos seis meses).

En Brasil las estadísticas muestran un comportamiento similar, ya que siguen siendo las mujeres quienes reportan más frecuentemente depresión mayor y distimia a lo largo de la vida, especialmente en aquellas con bajo nivel socioeconómico, sin empleo, habían perdido a su pareja y bajo nivel educativo (Andrade, Walters, Gentil y Laurenti, 2002; Kratzm, Silva de Lima, Frank y Curi, 2004). En Colombia en la Encuesta de Salud Mental llevada a cabo por el Ministerio de Protección Social en 2003 se reportó que en general los hombres comparados con las mujeres presentaban prevalencias globales más altas en cualquier trastorno (41% hombres y 39.5% mujeres), condición que se invertía en la prevalencia anual ya que las mujeres reportaron más problemas de salud mental que los hombres en ese lapso (16.3% mujeres y hombres 15.6%). Así mismo un 14.9% de la población femenina indicó haber sufrido algún episodio de depresión mayor a lo largo de la vida frente al 8.6% de la población masculina.

En el mismo país, los tres principales trastornos reportados a lo largo de la vida en mujeres incluyen el episodio depresión mayor, fobia específica y trastorno de ansiedad por separación; y en hombres fueron abuso de alcohol, fobias específicas y trastornos de conducta. Pero las frecuencias cambian si se miran los tres trastornos más reportados en el último año y el último mes, ya que las mujeres reportaron episodio Depresión Mayor, fobias y trastornos de ansiedad y los hombres fobias, abuso y dependencia de alcohol y depresión mayor. En la misma encuesta se evidenció una prevalencia de vida de depresión mayor en las mujeres (14.9%) que en los hombres (12.1%), al igual que trastorno depresivo menor o leve (2% contra 1.8%) y en cualquier otro trastorno del estado de ánimo (17.5% en mujeres y 15% en hombres).

Mientras que el trastorno bipolar I se presentaba en mayor proporción en hombres (1.8%) que en mujeres (1.5%), con igual proporción de casos de trastorno bipolar II en ambos géneros (0.2%) y en distimia (0.7%); con prevalencias anuales que apuntaban en la misma dirección excepto que las diferencias en las proporciones por género en todos los trastornos mostraron tendencia a la disminución. Para 2004 el 12% de mujeres reportó depresión clínica en el último año mientras que solo el 6.2% de los hombres lo hizo; en la misma línea el 0.20% de mujeres presentó depresión breve y solo el 0.05% de hombres lo hizo; además se reconfirmó que las mujeres tenían más riesgo relativo (2.1 OR) que los hombres (1.0 OR) comprobándose la asociación significativa entre sexo femenino y depresión (Gómez-Restrepo et al., 2004).

Aunque los análisis apuntan de manera contundente a confirmar que las mujeres sufren en mayor medida de trastornos del estado de ánimo, aun es preciso sobrepasar las barreras que impiden sentirse plenamente confiados ante las estadísticas en los casos masculinos, ya que es necesario responder a las limitaciones de los estudios para hacerlos más precisos. En primer lugar, gran parte de las muestras provienen de los registros ofrecidos por los sistemas de salud o los instrumentos son aplicados en las instituciones sanitarias a las personas que asisten en busca de atención, y solo en una pequeña proporción se acude a entrevistas puerta a puerta en las que la población se equilibre por género, edad y no dependa de la tendencia de uso de los servicios.

Así mismo, en los distintos estudios falta unificación de criterios diagnósticos, medida, aplicación, selección muestral y análisis estadístico; además de considerar las importantes diferencias culturales en la expresividad emocional y el ajuste a diversos eventos. Como ya se planteó los estudios previos realizados no siempre son comparables con los nuevos o la falta de datos por nación dificulta hacer una comparación que facilite tener un panorama claro acerca de las tendencias. Sumado a

que intereses particulares generan estrategias de recolección en las que se puede estar subestimando o sobrestimando el incremento de casos tanto en hombres como en mujeres.

En suma, la investigación epidemiológica, aun con dificultades, ha mostrado que la incidencia de síntomas depresivos y depresión unipolar es consistentemente más alta en mujeres que en hombres; pero la relación se invierte en los trastornos bipolares (Suominen et al., 2010). Las razones de las diferencias de género aún no han sido suficientemente comprendidas se han propuesto diferencias derivadas del funcionamiento hormonal, de las condiciones socioculturales y de las condiciones psicológicas individuales (Hammarströma, Lehtia, Danielsson, Bengs y Johansson, 2009).

Por ahora se sabe que la exposición a experiencias adversas durante la infancia en combinación con déficits en habilidades sociales y vulnerabilidad ante los acontecimientos estresantes, son factores importantes que marcan la diferencia en la expresión de la depresión; y que al parecer las condiciones genéticas no contribuyen como se pensaba en el incremento del riesgo femenino mientras que las hormonas podrían tener algún efecto potenciador de las condiciones ambientales en especial si existe desregulación en la bioquímica cerebral.

### 2.2.2. Prevalencia

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) resulta urgente abordar problemáticas de salud mental en Latinoamérica y el mundo, en especial la depresión ya que del total de personas en el mundo con un trastorno mental el 17% padece este trastorno [Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2012], es decir que

aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión (OMS, 2012). En 2003 se estimó que entre 2008 y 2010 los trastornos mentales presentarían un franco aumento hasta 60 millones de casos, proyección que se cumplió ampliamente (OMS, 2003, 2008) y se espera que en 2030 sea la primera causa de morbilidad mundial especialmente en población femenina (OMS, 2011) y que más del 75% de los pacientes reportan más de un episodio depresivo y se espera que estos repitan a lo largo de su vida y que el 20% de las personas desarrollará algún trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida (Gotlib y Hammen, 2012).

Con efectos como disminución de la productividad, aumento de la accidentalidad y aumento de los costos en salud debido a la atención a quejas difusas o al empeoramiento de cuadros clínicos (Córdoba, Fuentes y Ruíz, 2011). Sin que exista discusión suficiente acerca de los motivos de la recurrencia que podrían estar asociados al limitado acceso a tratamientos, a que los tratamientos disponibles no son efectivos, a una vulnerabilidad que los hace recurrentes o a que todas las depresiones pueden tener un carácter cíclico.

La prevalencia de la depresión mayor oscila entre el 3 y el 5%, siendo más común en mujeres jóvenes de ingresos bajos (Markowitz et al., 2005); el trastorno bipolar afecta a más del 5% de la población en el mundo (OMS, 20) y el trastorno bipolar II tienen una prevalencia mundial entre el 0.5 y el 11% (Benazzi, 2007).

En 2012, la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM) celebró *el año de la depresión* debido a que ésta ocupa el tercer puesto en la carga global de salud mental, con una prevalencia a lo largo de la vida que va desde el 3% en Japón hasta el 16.9% en Estados Unidos (FMSM, 2012). En esta encuesta Colombia ocupó el quinto lugar entre los países que más registraron trastornos del estado de ánimo en el mundo con cifras muy similares a Holanda y el Líbano, que reportaron que más del 6% de su población había padecido este tipo de trastornos. En Australia, España, y México, la depresión

mayor es el trastorno mental más frecuente (Encuesta Nacional de Salud Mental y Bienestar de Australia, 2011; Ros Montalbán, Comas-Vives y García-García, 2009).

En 2009 se realizó una encuesta aplicada por médicos, sobre la prevalencia de síntomas depresivos en 863 mujeres pacientes ambulatorias entre 40 y 55 años, y se encontró que el 75.6% presentaba síntomas depresivos, y que en el 92.3% estaban asociados con síntomas somáticos (Ros Montalban et al., 2009). Para 2011 se adelantó el Estudio de Prevalencia de Desórdenes Mentales en 5473 personas mayores de 18 años, y el trastorno mental más frecuente fue la depresión mayor con un 3.9% de prevalencia anual y 10.5% de prevalencia de vida, seguido del episodio depresivo mayor y la distimia; entre los factores de riesgo identificados fueron el sexo femenino, estar sin pareja afectiva o haberla perdido, estar desempleado o con incapacidad por enfermedad (Chang-Quan et al., 2010b; Rivas, Nuevo y Ayuso-Mateos, 2011).

En América Latina y el Caribe se reportó una prevalencia media de trastornos como la depresión mayor de 4.9%, distimia 1.7% y trastorno bipolar de 0.8%, la mayoría de ellos sin tratamiento. Solo México y Brasil han adelantado estudios censales periódicos y encontraron que el 1.3% y el 7.1% respectivamente, de personas mayores de 18 años que reportaron depresión (Gómez- Restrepo et al., 2004). En México realizaron la Entrevista Nacional de Comorbilidad en una muestra aleatorizada y estratificada de 5782 personas entre 18 y 65 años; evaluaron con 3 preguntas de cribado la salud mental; encontraron que la cohorte de población más vulnerable estaba entre los 45 y 54 años, y que la prevalencia de depresión en el último año era del 8% y de 9.8% a lo largo de la vida (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet y Orozco, 2012).

En el Estudio de Salud Mental de Brasil de 2012, que incluyó 5037 personas, se determinó que la depresión mayor era la entidad mental más prevalente y en general los trastornos del estado de ánimo se ubicaron entre los más prevalentes a lo largo de la

vida (16.9%) con alta comorbilidad. Los trastornos del estado de ánimo mostraron mayor prevalencia en el grupo de edad entre 35 y 49 años, seguidos de depresión mayor en ese mismo grupo (19%); la distimia fue el trastorno más prevalente en personas mayores de 65 años (2.9%), el trastorno bipolar entre los 35 y 49 años (2.6%) y otros trastornos no especificados el 21.7% en población entre 35 y 49 años. (Viana y Andrade, 2012).

En Colombia se realizó la Encuesta Nacional de Salud Mental que incluyó 4544 adultos entre 18 y 65 años en 60 municipios del país, el 14.9% refirió haber tenido síntomas de depresión a lo largo de la vida, con distribución irregular en el territorio nacional, en Bogotá se registraron el 21.1% de los casos, en la región central el 15.5% y el 8.1% de la zona oriental [Ministerio de la Protección Social Colombia (MPSC, 2003)]. En general en el Estudio de Salud Mental de 2003 los hombres reportaron prevalencias globales más altas en todos los trastornos; sin embargo, y a pesar de la dinámica social, no existe un sistema de estadísticas nacional que permita hacer verdadero seguimiento a los alcances de los problemas de salud mental en este país.

De otra parte, con sólo un año de diferencia las cifras ya mostraban aumento, pues en 2005, en el mismo país, se reportó una prevalencia de vida de depresión mayor de 19.6%, en mujeres el 20.7% y en hombres el 18.3%, con prevalencia actual total de 1.9%, en mujeres del 3% y en hombres de 0.7%; de distimia una prevalencia de vida de 2.0%, en hombres de 2.3% y de mujeres de 1.7%; con prevalencias actuales de 0.9%, y 0.8% en hombres y 2.0% en mujeres. La prevalencia actuales de distimia fueron de 0.1% con la misma proporción en hombres y mujeres. Para trastorno bipolar de 4.7% en prevalencia de vida distribuido en 2.1%, respectivamente en hombres y mujeres; prevalencia anual de 2.4% con 1.0% en hombres y 0.7% en mujeres; y una prevalencia actual de 1.7% con 0.8% en hombres y 0.9% en mujeres (OPS, 2005).

Para el caso de Colombia y así para el resto del mundo, en su mayoría los reportes provienen de mujeres, datos que pueden sesgar los resultados epidemiológicos disponibles, ya que las estadísticas son registradas por centros asistenciales y se ha evidenciado que las mujeres son más proclives que los hombres a usar estos servicios y pedir ayuda, pues los hombres no reconocen o prefieren ignorar los síntomas y buscan salidas instrumentales de alivio como el consumo de drogas y en casos extremos el suicidio.

De otra parte, la ineficiencia de los sistemas de detección de casos debido a fallas en los estudios tipo, que sumados impiden el diagnóstico certero y oportuno, y dificultan el desarrollo de tratamientos costo-efectivos. Adicionalmente y en contraste, en los sistemas de salud no se diagnostican frecuentemente casos de depresión debido al reducido tiempo de consulta que disminuye la oportunidad diagnóstica y a que se evitan los diagnósticos de enfermedad mental, no de forma explícita, pero si bajo las indicaciones dadas a los profesionales, porque estos diagnósticos incrementan el compromiso económico de las entidades prestadoras de servicios sanitarios.

En general en el mundo se reportan distintas medidas o indicadores epidemiológicos no agrupables o comparables; y los estudios epidemiológicos tienen grandes limitaciones en el registro de entidades clínicas específicas, ya que regularmente en un número limitado de ítems deben incluir los principales trastornos mentales y lograr hacer un cribado discriminante. Estos datos también dependen del instrumento usado, que en muchos casos no arrojan datos del todo comparables ya que tienen diferentes ventanas de observación (mensual, anual, semestral) o incluyen síntomas generales que no permiten distinguir por ejemplo un trastorno depresivo mayor de la distimia. Sumado a la heterogeneidad de las muestras y de la selección de las mismas, a la diversidad de estrategias de recolección, a que casi la totalidad de los

estudios se basan en autorreportes, e incluso a que en la modernidad se puede estar patologizando la expresión natural de tristeza en un mundo en el que se afronta crisis económicas y sociales importantes.

### 2.2.3. Inicio y curso de los trastornos

Tal y como hemos mencionado, la depresión es un problema de salud mental altamente recurrente con significativas consecuencias tanto en la vida de las personas como en la salud pública, por ello la comprensión de los factores asociados a la recurrencia de los trastornos del estado de ánimo puede facilitar la realización de acciones que limiten su inicio, reduzcan su prevalencia y eviten la recurrencia. Hablar del inicio implica trasladarse al momento en que por primera vez se expresan los síntomas; no obstante los términos recaída, recurrencia, remisión y repetición no están claramente diferenciados, pues para unos autores corresponden a procesos diferentes y para otros son sinónimos; aunque sí es posible hacer diferenciaciones antes de profundizar en el tema respecto de la depresión.

La remisión o recuperación se ha definido como el periodo prolongado por más de 4 meses en que la persona no presenta síntomas, existen remisiones parciales en las que se atenúan los síntomas y remisiones totales en las que desaparecen los síntomas por al menos 8 semanas y se declara la recuperación; de otra parte, la recaída implica el retorno de los síntomas mínimos requeridos para retomar el diagnóstico que ocurre durante el tratamiento, y la repetición o recurrencia es la aparición de un nuevo episodio luego de un periodo de recuperación e incluye a quienes expresan síntomas mínimos o leves de depresión (Burcusa y Iacono, 2007; Gobierno de Canarias, 2010).

Cabe notar dos aspectos, de una parte, no siempre la recuperación es total y se

evidencian expresiones subclínicas, que como no cumplen la totalidad de los criterios diagnósticos del DSM o del CIE son ignoradas en la mayor parte de las investigaciones; y de otra, aparece la pregunta de si las tasas de recurrencias y recaídas son debidas a mala práctica representada en la elección inadecuada del tratamiento, en la aplicación parcial del mismo o por la reducción del tiempo, sin que se logre una verdadera recuperación; esto sin descontar la baja adherencia, la falta de compromiso y el abandono a destiempo por parte de los usuarios.

Una vez que ocurre el primer episodio de depresión mayor en el 40% de los casos se espera que la primera recurrencia ocurra en los siguientes 5 años del episodio inicial, en especial luego de los primeros dos años y tras dos episodios el riesgo de recurrencia se eleva hasta el 70%.

En promedio esas personas tendrán cinco eventos depresivos separados en toda su vida y al menos el 6% de los casos desembocará en un intento de suicidio (Gobierno de Canarias, 2010; Kessler, Zhao, Blazer y Swartz, 1997). Así mismo, el 15% de los pacientes reúnen criterios de cronicidad ya que reportan depresión continua por más de 2 años, asociada a peor ajuste social, alto deterioro funcional e incremento en el uso de servicios sanitarios, y solo el 1% de la población reporta un episodio depresivo que se prolonga por más de 5 años (Kessler, 2002; Conradi, Ormel y de Jonge, 2011).

El inicio típico de la depresión sucede durante la adolescencia, aunque existen casos de depresión infantil. La edad promedio de inicio de la depresión mayor son los 20 años, cociente que se hace menor si la carga genética familiar es fuerte. En general las mujeres (40%) son más propensas que los hombres (30%) para el comienzo temprano, en especial si sus recursos socioeconómicos son bajos (APA, 2002); ese comienzo temprano ha sido asociado a mayor duración de la enfermedad (Mondimor et al., 2006) y más frecuentes recaídas (Klein et al., 1999; Klein et al., 2012; Parker, Roy,

Hadzi-Pavlovic, Mitchell y Wilhelm, 2003), mayor irritabilidad, mayor tendencia suicida (Mondimor et al., 2006; Zisook et al., 2004; Zisook et al., 2007), mayor comorbilidad con trastornos del eje I, menores logros sociales, en relaciones de pareja y educativos (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleitz-Bautista y Zambrano-Ruiz, 2004; Fernando et al., 2011).

Pero se desconocen los efectos diferenciales del inicio temprano en la infancia o en la adolescencia, o por lo menos se puede decir que es reducida la investigación al respecto y que ha sido realizada con grupos muy específicos de tal modo que los hallazgos probablemente no son generalizables. En un seguimiento de 10 años a 97 pacientes ambulatorios en Nueva York se encontró que la relación mayor edad y menor nivel educativo, padecer trastornos de ansiedad, historia familiar de depresión crónica y reportar pobre relación con la madre durante la infancia fueron asociados a la aparición temprana de los síntomas, pero solo la existencia de trastornos de la personalidad fue asociada a la recurrencia (Klein, Shankman y Rose, 2008). En otro estudio, se comparó la existencia de factores diferenciales relacionados al inicio temprano versus el inicio tardío y se concluyó que la única diferencia parecía ser la historia familiar de depresión en los de inicio temprano y la disfunción vascular en las de aparición tardía (Ramírez, Ekselius y Ramklint, 2013).

Aunque las causas del inicio en el rango de edad esperado han sido poco estudiadas ya que se ha concentrado la atención en la recurrencia es posible asociar el inicio de la depresión a factores como ser mujer, bajo estatus socioeconómico, presencia de otros trastornos, antecedentes familiares de depresión, exposición a acontecimientos vitales estresantes y estrés cotidiano (Birmaher et al., 2004; Vargas-Navarro, Latorre-López y Parra-Cárdenas, 2011); pero estos factores no son predictores del riesgo de recurrencia, ni del número de episodios, ni con la exacerbación de los mismos.

Una revisión de 51 estudios publicados en PsyINFO y en SCIE entre 1990 y 2007, concluyó que los hallazgos de la mayoría de los estudios apuntan a confirmar que en gran parte la recurrencia está explicada por factores genéticos y su asociación con factores ambientales y sociales, pero no se han logrado identificar variables establemente asociadas al incremento del riesgo de recurrencia, por ejemplo, la severidad del primer episodio es independiente, ya que en más del 70% de los casos reportados la aparición de nuevos episodios no guarda asociación ni con el número de síntomas, ni con la duración del primer episodio. Por el contrario, la historia psiquiátrica familiar ha sido estrechamente asociada al incremento de riesgo de recurrencia, en especial cuando ésta incluye trastornos del estado de ánimo en familiares de primer grado de consanguinidad (Burcusa y Iacono, 2007). Así mismo se plantea que en la mayor parte de los estudios no se reporta el tipo de tratamiento proporcionado a los participantes, y no es posible perder de vista la eficacia diferencial de las terapias asociada a las recaídas o a la recuperación total.

La investigación acerca de la prevalencia y recurrencia de los trastornos del estado de ánimo implican la realización de seguimientos a lo largo de la vida, por ello muchos incluyen cohortes de adolescentes que son seguidos a través de los años. Un seguimiento realizado para evaluar inicio, recuperación y el tiempo hasta la recurrencia en 1508 adolescentes entre 14 y 18 años, de los cuales 372 ya habían experimentado al menos un episodio pasado o actual de depresión mayor, mostró que la media de edad de inicio de los síntomas fue de 14.9 años y este inicio temprano se asoció significativamente con ideación suicida y con mayor duración (Lewinsohn, Clarke, Seely y Rodhe, 1994).

En este mismo estudio, se encontró que a quienes requerían tratamiento al momento de iniciar el estudio y a quienes desarrollaron el trastorno a lo largo del

seguimiento se les proporcionó terapia psicológica. Entre los que se recuperaron se encontró que el 5% recayó a los 6 meses, el 12% a un año y cerca del 33% en los siguientes 4 años; el tiempo transcurrido antes de la recurrencia fue menor entre quienes tenían ideación suicida.

La recuperación o alivio total de los síntomas por más de 4 meses es más frecuente cuando se combinan en el tratamiento la intervención psicoterapéutica y la farmacoterapia; aunque existen algunos casos que aún sin tratamiento logran resolver el cuadro depresivo entre el sexto y el octavo mes (Servicio Andaluz de Salud, 2011). Entre el 30 y el 40% de los pacientes tratados farmacológicamente presentan recidivas de los síntomas, en especial aquellos con inicio intenso del cuadro depresivo que es ya de por sí se considera una indicación de pobre pronóstico (Iglesias y Alonso, 2008).

Entre los principales predictores de mal pronóstico se encuentran la gravedad de los síntomas del primer episodio, la persistencia de dificultades sociales, el bajo nivel educativo, el inicio temprano, la suspensión de terapias farmacológicas, la disfuncionalidad psicosocial mantenida en el 80% de los casos (Iglesias et al., 2009) y la respuesta parcial al tratamiento, o reducción de los síntomas en un 20 o 50% de acuerdo con escalas de gravedad con duración mayor a 2 meses o la presencia de recaídas antes de alcanzar la recuperación total. La remisión total ocurre cuando hay ausencia de síntomas al menos 2 meses, que si se mantiene entre 4 y 6 meses se considera que hay recuperación total (Lozano, 2009); pero si por el contrario el cuadro depresivo se mantiene por más de dos años ya se considera crónico (Martin et al., 2008).

La distimia, vista como depresión unipolar y por ello, al parecer menos compleja, es caracterizada por un inicio más tardío entre los 35 y los 65 años (Marneros, 2009) y por la alta cronicidad en la expresión de síntomas y grandes dificultades para lograr

cuadros diferenciables de recuperación, que indican un pronóstico desfavorable en la mayor parte de los casos. Un estudio de seguimiento de 10 años realizado con 60 pacientes en tratamiento mostró que la mejoría luego de años de tratamiento no es consistente, ya que los cuadros de recuperación con mejorías leves muestran múltiples recaídas, en especial si existe comorbilidad con otro trastorno del estado de ánimo como la depresión mayor (Hybels, Pieper, Blazer y Steffens, 2008).

Apuntando en la misma dirección está el seguimiento realizado por Rhebergen et al. (2010) a 60 pacientes distímicos por un tiempo de 3 años en el que se evidenció que comparativamente con otros trastornos del estado de ánimo presentaban mayores recaídas y menores elevaciones en las curvas de recuperación, y en conjunto con los pacientes de depresión mayor presentaban menor nivel de funcionamiento físico y mostraron los efectos debilitantes de las múltiples recaídas, esto sin contar que fueron frecuentes los abandonos terapéuticos.

Específicamente en los trastornos bipolares, no se cuenta con información tan precisa, ya que la clasificación de síntomas diagnósticos diferenciales no ha sido muy exitosa y aún existen múltiples discusiones acerca de los mismos, un avance sustancial lo representa el primer estudio transcultural adelantado con 61.392 participantes provenientes de 11 países de las Américas, Europa y Asia. Usando el World Mental Health en entrevistas directas se mostró que de forma homogénea entre países ampliando los criterios la prevalencia podría ir más allá del 0.4% y llegar incluso hasta el 2.4%, y la gravedad de los síntomas subumbral maniacos y depresivos aumentaba uniformemente en toda la población ya que tres cuartas partes de los diagnosticados con trastornos bipolares informaron niveles severos de depresión; y la mayor severidad de los trastornos bipolares estaba asociada a suicidio, aun en mayor medida que la misma depresión mayor ya que 1 de cada 4 de estas personas ya había intentado suicidarse

(Merikangas et al., 2011).

La edad de inicio de los trastornos bipolares estaba en los 25 años, aunque una cuarta parte de los pacientes reportaron inicio antes de los 17, condición que incrementa la severidad del pronóstico debido a que se presenta con más frecuencia cambios de fase, es decir los trastornos bipolares de ciclo rápido, y el riesgo del suicidio. El nivel de severidad de los trastornos bipolares se mide por el número de episodios depresivos y maníacos en un periodo de 12 meses, además de tener en cuenta la severidad de los síntomas y el nivel de conservación de la funcionalidad, en el 75% de los casos de bipolares y en el 68.8% de los bipolares tipo II se mostró alta severidad en todos los países, que indica que reconfirma que la mayoría de los casos de trastornos bipolares resultan con un deterioro más grave y que este se da aún desde el inicio (Degenhardt, Gatz, Jacob y Tohen, 2012), en comparación con la depresión mayor que muestra un inicio con síntomas que se hacen cada vez más graves.

En el mismo estudio, gran parte de los pacientes reportó mayor severidad en los síntomas y alteración funcional en la fase depresiva (74%) que en la fase de manía (50.9%). Las alteraciones funcionales más severas fueron alcanzadas en los países con más altos ingresos. De otra parte, a la severidad de los síntomas se asoció el hecho de que el cuadro bipolar hubiese tenido un inicio temprano, a la no búsqueda de tratamiento y a la alta comorbilidad.

El trastorno bipolar se asocia con una mortalidad prematura marcada, pues su tasa de mortalidad es 2 a 3 veces mayor que la de la población en general, debido a los accidentes, las enfermedades médicas y el uso de sustancias, aunque la mayor parte de las muertes ocurren por suicidio que alcanzan el 0.9% de total de suicidios mundiales sin discriminación de género; y en especial asociado a que el trastorno sea de ciclos rápidos, es decir, que el paciente experimente varios eventos de depresión y manía

agudos en menos de 6 meses (Altamura et al., 2011).

Treuer y Tohen, (2010) realizaron una revisión en 45 reportes investigativos acerca del trastorno bipolar y recogieron las principales aportaciones de cada uno, analizando las coincidencias entre ellos. Concluyeron que los bipolares avanzan con múltiples recaídas y funcionamiento psicológico deficiente, aunque predecir el curso es bastante difícil, ya que aun en la recuperación persisten alteraciones de funcionamiento psicosocial que han sido comparadas con las de los pacientes esquizofrénicos.

Así mismo, los síntomas tienen alto grado de resistencia al tratamiento, y se esperan recaídas incluso entre 30 a 40 años después de su inicio, hasta los 70 años de edad del paciente. En su curso el deterioro es persistente con discapacidad significativa tal vez debida a dificultades en los diagnósticos y elección del tratamiento. La recuperación tras el tratamiento farmacológico es pobre y lenta, mejoran en especial las mujeres, con síntomas leves de depresión en la fase inicial y menor índice previo de hospitalización.

Esta misma revisión, indicó que el inicio en depresión predice la recaída en la misma una vez ha remitido los síntomas y el inicio en manía predice la recaída en manía; recaídas que reducen en número luego del primer año de hospitalización y tratamiento al 28% con remisiones parciales, y el 43% alcanza recuperación funcional. Los predictores más fuertes de recaídas maníacas son los estados psicóticos sub sincrónicos, menos estatus laboral y que la fase inicial haya sido maniaca; y los más fuertes para las recaídas depresivas fueron un mayor reconocimiento profesional, presentación mixta inicial y alta comorbilidad médica psiquiátrica

En suma, el conocimiento aún es preliminar en muchos aspectos, los seguimientos son costosos y en los casos en los que los pacientes están institucionalizados se garantiza la permanencia y el seguimiento, pero en los estudios de pacientes de

consultas externas son aún más difíciles debido a los frecuentes abandonos o a la no garantización del acceso continuo a los servicios en muchos países de Latinoamérica. La mayoría de los estudios son trasversales y retrospectivos. En el caso de los trastornos bipolares muchos de estos hallazgos dependen de las importantes limitaciones hasta ahora existentes en hallar el más adecuado tratamiento psicofarmacológico y lograr una forma más precisa de predecir los síntomas de la próxima fase, ya que al parecer detener los ciclos no es fácil y al reducir los síntomas de una fase se puede estar potenciando la aparición de la fase contraria. De otra parte, en la Distimia las personas consultan menos y se hospitalizan menos, por ello los estudios de seguimiento son aún más limitados.

### 2.2.4. Impacto de la depresión

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. Los trastornos depresivos tienen gran impacto, tanto social como en los dominios del funcionamiento físico de quienes los padecen, ya que el nivel de deterioro funcional se asocia con la agudeza de los síntomas, la gravedad y persistencia de los trastornos, y es frecuente que estos trastornos no solo se mantengan a través del tiempo sino que se vayan haciendo más graves (Rapaport et al., 2011). Los episodios depresivos afectan el funcionamiento general, el nivel de productividad y funcionamiento de las personas, y les impide seguir con sus actividades sociales, laborales y domésticas. El impacto no solo está sobre el estado anímico del paciente, ya que este trasciende a la esfera familiar, social e incluso tiene impacto económico a gran escala debido al número de casos acumulados por país.

En primer lugar, la depresión ha sido estrechamente asociada a pobre salud física y a mayores reportes de dolor, altas tasas de consumo de cigarrillo y enfermedad cardíaca

(Boland y Keller, 2002); causa incremento en las manifestaciones físicas, agudización de las enfermedades crónicas y dificulta la recuperación en accidentes; con el subsecuente incremento en el uso no efectivo de los sistemas de salud e incremento de los costos de atención.

La agudización de los estados patológicos físicos llega hasta el punto de incrementar el riesgo de suicidio 20 veces en los enfermos más graves (Servicio Andaluz de Salud, 2011). De acuerdo con la OMS (2012) anualmente se pierden casi un millón de vidas debido al suicidio, cifra que se multiplica si se tiene en cuenta que por cada suicidio efectivo se estima que hay otras 20 personas que lo han intentado, cargando el sistema de salud que los recibe.

A causa de la depresión se incrementan los años de vida saludables perdidos por discapacidad y muerte prematura, en especial en las mujeres; y se provoca mayor costo cuando se usan antidepresivos de nueva generación, pues se dificulta el seguimiento de las prescripciones, se alarga el tiempo de incapacidad laboral y social, y se incrementa las recaídas, ya que el paciente no cuenta con los recursos para adherirse y la cobertura de los tratamientos es dependiente del sistema de salud y los recursos existentes en cada país (Fostick, Silberman, Beckman, Spivack y Amita, 2010). Esto sin contar el impacto que tiene la depresión sobre la calidad de vida en la población general, ya que estas personas tienden a percibir como menor su calidad de vida, incluso por debajo de personas con graves afectaciones de salud; ya que alcanzan menor utilidad personal reportada debido a la disminución en la capacidad productiva (Isacson, Binge-fors y von Knorring, 2005).

En segundo lugar, los síntomas están asociados al pobre funcionamiento social del paciente, que implica disminución y deterioro de la atención prestada a la familia, la pareja y a los hijos; provocando un incremento en las tasas de divorcios. En las mujeres

madres se considera que los efectos de la depresión trascienden a sus hijos debido a la baja estimulación y pobre atención prestada (OMS, 2012). En la enfermedad bipolar el impacto es mayor, ya que se ve afectada la capacidad de criar adecuadamente a los hijos, se incrementan las tasas de separación conyugal y se incrementa la morbilidad y mortalidad asociadas a suicidio y a la agudización de enfermedades crónicas (Retamal, 2008).

En tercer lugar, se encuentra el impacto económico con una carga económica mundial que alcanza a los empleadores, al sistema de salud y al presupuesto de cada gobierno; ya que a causa de los trastorno del estado de las personas pierden capacidad laboral, es preciso pagar sus incapacidades, cubrir los medicamentos, y movilizar recursos para responder a las contingencias derivadas de la enfermedad mental (Servicio Andaluz de Salud Mental, 2011). Incluso se considera que perpetúa el ciclo de la pobreza, interfiriendo con la capacidad para funcionar en el trabajo y en otras actividades familiares, que conlleva una disminución en la productividad social y económica (Jenkins y McDaid, 2012).

La depresión ha sido asociada a desempleo de larga duración y sus efectos sobre la productividad son claros, aunque aún se subestima su relación con accidentes de trabajo, disminución en el volumen de negocios y agudización de problemas en las relaciones con compañeros de trabajo (Boland y Keller, 2002). Además, está ligada a peores niveles de logros educativos, incremento de contacto con el sistema judicial debido a delitos, empleos de menor nivel y remuneraciones menores cuando se está empleado (Jenkins y McDaid, 2012)

Los estudios acerca de los costes muestran que en Europa para 2008 el costo fue de 118 billones de euros de los cuales el 61% correspondía a costos indirectos relacionadas con incapacidades y pérdida de productividad; solo en España la cifra alcanzó los 5005

millones de euros anuales (Valladares, Dilla y Sacristán, 2008). Así mismo, la jubilación precoz por depresión alcanzó en Europa el 47% de los casos, las licencias por enfermedad el 32% y el 3% de costos de los fármacos (Sobocki, LeKander, Borgström, Ström y Bo, 2007). En los Estados Unidos se estimó en \$ 83.1 mil millones, que consistía en 51,5 mil millones dólares (62%) de los costes laborales indirectos, \$ 26.1 mil millones (31%) en gastos médicos indirectos, y 5400 millones dólares (7%) en costos de mortalidad relacionados con el suicidio (Greenberg et al., 2003).

La prevención, detección temprana y el tratamiento oportuno y efectivo de los casos de depresión en el mundo pueden reducir los problemas asociados, ya que el solo uso de tratamientos adecuados por 8 semanas ha mostrado tener un efecto positivo sobre el funcionamiento personal, familiar, social y económico; con claros resultados positivos sobre el retorno social y económico de la inversión (Rost, Smith y Dickinson, 2004; Woo et al., 2011).

El panorama al respecto no es halagador, pues las crisis económicas mundiales afectan directamente la capacidad gubernamental de dar respuesta a las necesidades sociales y de salud (Ivbijaro, 2012), ya que la falta de presupuesto reduce la universalización del acceso a los servicios sanitarios y provoca el desarrollo de sistemas de salud neoliberales en los que al paciente se le vende la salud como una mercancía, y su acceso es dependiente de su capacidad económica, la premisa salud para todos aún está muy lejos de cumplirse, la cobertura de los tratamientos es pobre y no se tiene acceso oportuno a nuevos desarrollos terapéuticos debido a las limitaciones económicas y políticas ya mencionadas. Sumado a que la falta de adhesión a los tratamientos y la no consulta oportuna ya tienen un impacto negativo sobre la recuperación de quienes padecen un trastornos del estado de ánimo.

### 2.3. Vulnerabilidad a la Depresión

A lo largo de varias décadas se ha estudiado el efecto potenciador que tiene un grupo de factores contextuales y personales sobre el riesgo que las personas poseen de desarrollar una enfermedad mental en general y en particular de presentar un trastorno depresivo. Se cree que el efecto de dichos factores puede darse en el inicio, exacerbación e incluso de la cronicidad de los síntomas de depresión. Sin embargo, la evidencia no es unívoca y definitiva en algunos de ellos; se conoce mejor el grupo de factores involucrados en las recaídas y la recurrencia del trastorno. En un grupo bien definido de predisponentes están las condiciones psicobiológicas que delimitan las condiciones estructurales facilitadoras de la aparición de los trastornos depresivos.

#### 2.3.1. Características psicobiológicas y estructurales de la depresión

En la larga lista de factores que pueden favorecer la aparición de la Depresión, también se ha planteado la existencia de ciertas condiciones estructurales de vulnerabilidad en la bioquímica cerebral, la genética molecular, en la morfología y función de ciertas zonas del cerebro que explicarían mejor la aparición de ciertos tipos de depresión no reactiva a eventos estresantes.

De una parte, están los estudios que apuntan a la existencia de disfunción serotoninérgica relacionada con la alteración de estructuras cerebrales (Olié y Courtet, 2010), que plantean que la depresión tiene de base un desequilibrio bioquímico en la neurotransmisión de las monoaminas serotonina y noradrenalina e implica al factor liberador de corticotropina y glucocorticoides, básicas en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal-hipocampo (Nestler et al., 2002); disfunción que podría

ser provocada por la transmisión de un gen o por la acción de agentes estresores que alteran el desarrollo morfofuncional celular de la persona (Callado, Ortega y Horillo, 2008; Vásquez et al., 2000), es decir, que habrían dos tipos de depresión, una debida a condiciones heredadas y otra asociada a cambios sufridos durante el desarrollo.

En el campo de la psiquiatría genética se ha estudiado de forma clásica la depresión en familias, gemelos y casos de adopción; sin embargo, es difícil identificar los alcances del efecto de las condiciones hereditarias y el impacto del ambiente inmediato que es o no compartido por los distintos miembros de las familias; además de otras dificultades metodológicas de seguimiento y medición de la aparición y desarrollo de síntomas en los miembros de un grupo parental. En el caso de las familias, los estudios han permitido distinguir el efecto predisponente de cierta genética sobre el inicio de cuadros de depresión mayor y el impacto de factores sociales inmediatos sobre miembros de la misma familia con dicha predisposición (Wallace, Schneider y McGuffin, 2002).

En los estudios con gemelos homocigóticos en los que el 50% de la información genética es idéntica, se asume igualdad de ambiente; en estos ensayos han mostrado cierta concordancia tanto en la aparición de los trastornos afectivos como del tipo de depresión expresada, especialmente en el tipo de síntomas, no así en la intensidad de los mismos. De otra parte las investigaciones con grupos familiares que han incorporado a un miembro en adopción, han mostrado tendencia a la heredabilidad en los trastornos bipolares y en la depresión mayor. No obstante, estos estudios tienen serias limitaciones, como ya se había mencionado, tales como la falta de control del efecto de variables ambientales, la forma diferencial que cada persona responde ante ellos, e incluso los hallazgos de seguimiento a gemelos han mostrado diferencias de expresión de la heredabilidad en edades distintas (Wallace et al., 2002).

En una revisión de 34 estudios con gemelos, en los que se indagaba acerca de la

heredabilidad de la depresión, la comorbilidad relacionada y las diferencias por género; se evidenció consistencia en los hallazgos respecto de la estabilidad temporal de los síntomas depresivos, la tendencia clara de la comorbilidad con ansiedad, la función de correlación genotipo-ambiente, y la débil asociación demostrada en la aparición de trastornos depresivos durante la infancia (Franic, Middeldoro, Donlan, Ligthart y Boomsma, 2010).

En otro estudio con 796 gemelos varones nacidos en los Estados Unidos, los investigadores analizaron cómo la incapacidad de autorregular efectivamente las emociones estaba asociado a estados depresivos, y encontraron que el 29% de los casos eran casi equivalentes la baja autorregulación y la depresión (Coccaro, Ong y Seroczynski, 2011). En esta misma línea, el metanálisis de los estudios relacionados con la heredabilidad mostró el rol del polimorfismo de los genes VNTRs en DRD4 y DAT, involucrados en el metabolismo de la dopamina y su impacto en la aparición de trastorno depresivo mayor en el 40% de casos analizados (Opmeer, Kortekeas y Aleman, 2010).

Es decir, que aun cuando se hable principalmente de un desequilibrio biológico estructural previo, se reconoce la acción de agentes del entorno que interactúan; así la predisposición genética se vería favorecida por la exposición a sucesos vitales estresantes capaces de alterar el desarrollo del sistema nervioso central, ya que la respuesta básica al estrés involucra al sistema noradrenérgico y la corticotrofina asociados con la bioquímica de la depresión porque actúan directamente en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema nervioso autónomo haciéndolos hipersensibles al estrés (Acuña, Botto y Jiménez, 2009). De esta forma, la persona resultaría proclive a desarrollar respuestas de estrés no proporcionales a la magnitud o tipo de evento, y ante casi cualquier evento se desencadenaría una respuesta de estrés,

ya fuese con síntomas recurrentes de depresión o de ansiedad.

En este mismo grupo de condiciones de vulnerabilidad funcionales y morfológicas, se incluye al parecer, la tendencia de ciertas personas a almacenar y recordar más fácilmente eventos personales negativos denominada memoria autobiográfica global selectiva negativa, que en adolescentes ha sido considerado un factor de riesgo de depresión pero no de ansiedad. Así, en un estudio con 277 adolescentes entre 10 y 18 años con y sin depresión, se evaluó la memoria autobiográfica global y se evidenció que cuanto mayor era el recuerdo global de eventos negativos mayor era la probabilidad de aparición de síntomas depresivos (Golden, 2007; Rawal y Rice, 2012). Podría considerarse que la recuperación e interpretación de este tipo de memoria, tiene su base en la existencia de la vulnerabilidad cognitiva propuesta por Aaron T. Beck (1967, 1987, 1991) que se considera afecta el procesamiento que cada persona hace de los distintos eventos que vive.

Los estilos de procesamiento cognitivo negativo han sido asociados ampliamente y directamente a la aparición de episodios depresivos, a su recurrencia y al aumento de la intensidad de los síntomas. En un estudio longitudinal realizado con 5378 participantes a los que se les hizo seguimiento por dos años y que en la línea base no mostraron depresión, se encontró que las personas con más altos puntajes en las escalas de estilos de procesamiento cognitivo negativos presentaron mayor número de eventos depresivos, mayor severidad y duración de los síntomas, y por tanto mayor cronicidad de la depresión experimentada (Iacoviello et al., 2006). Pero el estudio no garantizó el equilibrio entre los participantes con alto y bajo procesamiento cognitivo negativo; por ello los hallazgos deben discutirse, pues este tipo de procesamiento puede ser considerado un síntoma, por tanto su reporte podría implicar una depresión en incubación, o podría hablarse de un grupo de características premórbidas. No obstante

este aspecto será desarrollado de manera más amplia en el apartado de teorías y modelos explicativos de la depresión.

Entre los muchos interrogantes que enmarcan la disertación acerca de la depresión se encuentra la divergencia entre quienes proponen que es una respuesta dada por el organismo ante el estrés y los que consideran que es un trastorno biológico y por tanto es preciso estudiar sus bases estructurales. Es posible hablar de una forma de depresión de origen endógeno y de otra forma de origen reactivo, aunque en los casos cotidianos esta diferenciación no resulta tan fácil, ya que la respuesta al estrés implica una serie de cambios bioquímicos en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal que si se mantiene por largo tiempo y tienen efectos deletéreos en la morfofisiología cerebral (Guadamarra, Escobar y Zhang, 2013).

### 2.3.2. Depresión endógena

En el caso de la depresión endógena no parece haber una pérdida o evento estresante provocador, más bien se asocia a una disfunción o alteración biológica. Se han estudiado los correlatos inmunológicos, neuroquímicos, neuroendocrinos, neurofisiológicos, morfológicos y moleculares de la depresión; sin que se tenga una explicación completa del sustrato biológico. A pesar de la amplia investigación de las dos últimas décadas realizada gracias a los avances tecnológicos crecientes que facilitan el estudio de los cerebros en funcionamiento, aun el conocimiento sobre las bases biológicas de la etiología y patogenia es limitado. No existen exámenes de laboratorio que detecten la depresión y todos los diagnósticos, aún los usados en estos estudios, se basan en el reporte descriptivo de síntomas que hace la persona.

Respecto de la bioquímica de la depresión, se reconoce la existencia de un mal

funcionamiento nervioso provocada por dos neurotransmisores monoaminas: La catecolamina noradrenalina y la indolamina serotonina (5-hidroxitriptamina o 5HT); ambos asociados a la disfunción regulatoria vital del cuerpo que ocurre durante la depresión caracterizada por la pérdida de energía, alteraciones en el sueño, apetito, libido y conducta psicomotora (Hoye et al. 2010; Thase, Jindal y Howland, 2002). Si bien inicialmente se creía que las altas y bajas concentraciones de estas monoaminas provocaban el incremento o disminución de síntomas, en la actualidad se conoce que la respuesta del sistema nervioso central es integrativa y compleja, y que no depende únicamente de las concentraciones bioquímicas disponibles (Castro et al., 2011). De otra parte, los estudios postmortem en humanos han mostrado que la desregulación de la neurotransmisión del hipocampo y el hipotálamo que implica el GABA y el glutamato están asociadas a la conducta suicida efectiva (Sequeira et al., 2009).

En la actualidad, para comprender la complicada bioquímica depresógena, se estudia tanto en modelos animales como en humanos la fisiología y morfología de las neuronas, los procesos de reconocimiento neural y los mecanismos intracelulares de la transducción en cada uno de los distintos trastornos; pues de la misma forma que la explicación sobre la etiología, síntomas y pronóstico es específica para cada trastornos del estado de ánimo, se han encontrado diferencias fundamentales en la base neurobiológica de cada uno de estos trastornos.

En la depresión mayor se ha evidenciado que áreas como la amígdala, la corteza cingulada anterior, la corteza pre frontal y el hipocampo están implicadas en la aparición de síntomas depresivos. De una parte el incremento de la actividad de la amígdala se ha asociado con el procesamiento cortical de la memoria emocional, en este caso se propone la existencia de una cierta hiperreactividad a estímulos negativos que serían la base de los síntomas de ansiedad propios de este trastorno. Además, la

alteración de la corteza cingulada está implicada en los déficit en solución de problemas y detección de errores de ejecución, baja capacidad anticipatoria, pobre modulación emocional y dificultad en la recuperación de contenidos almacenados en la memoria, todas consideradas características de la persona con depresión (Maletic et al., 2007).

Adicionalmente, la corteza pre frontal participa en funciones ejecutivas como memoria de trabajo, toma de decisiones, planeación y juicio, y su patología ha sido asociada a déficit en la toma de decisiones en situaciones complejas y triviales. Específicamente la porción ventromedial recibe información sobre las emociones negativas que proviene de la amígdala, el lóbulo temporal medio y el núcleo acumbens; datos obtenidos en los estudios en los que se usó espectroscopia, que permite ver el cerebro vivo y en funcionamiento, se evidenció que pacientes con depresión reportada a lo largo de su vida presentaban un reducido metabolismo neuronal generalizado en la corteza pre frontal y cambios en la amígdala tanto en las neuronas como en el tejido glía conectivo y de soporte (Rajkowska y Miguel-Hidalgo, 2007; Taylor et al., 2007).

De otra parte, en un metanálisis se mostró la existencia de activación elevada en cerebros de organismos deprimidos aun en estado de reposo, en varias regiones corticales y subcorticales entre ellas la corteza cingulada anterior, corteza medial pre frontal, la porción ventromedial del cuerpo estriado y el tálamo (Fitzgerald et al., 2006; Fitzgerald et al., 2007), aunque cabe notar que aún el conocimiento al respecto depende de la calidad de imaginación que por ahora no es muy exacta; por ello es cada vez más frecuente la investigación transnacional que pretende acercar los hallazgos en modelos animales y los obtenidos en humanos.

En un metanálisis transnacional y otros nuevos estudios se comprobó que la hiperreactividad neural ha sido asociada también al metabolismo anormal gabaérgico y glutaminérgico propios de los estados depresivos, considerados ambos endofenotipos de

la depresión; sin embargo estos hallazgos son incipientes y deben ser corroborados en futuras investigaciones (Alcaro, Panksepp, Witczak, Hayes y Northoff, 2010; Grimm et al., 2009).

Otros estudios metanalíticos, han permitido concluir que la depresión, en especial la depresión mayor, está estrechamente asociada con niveles inestables de mielina en las conexiones neurales, detectada a través del biomarcador CHO; pero en algunos casos se incluían muestras de personas que habían recibido tratamiento y tenían síntomas residuales, por ello se puede pensar que se esté hablando de la bioquímica que representa riesgo de deprimirse y no necesariamente de la bioquímica característica de la depresión. Condiciones microestructurales que al tratamiento pueden mantenerse ya que los psicofármacos solo actúan sobre la bioquímica cerebral (Venkatraman, Krishnan, Steffens, Song y Taylo, 2009; Yildiz-Yesiloglu y Ankerst, 2006).

En la depresión mayor, los síntomas han sido asociados al aumento de la respuesta inmunológica, específicamente en la producción de citocinas proinflamatorias que provocan neuroinflamación en la porción cortical cerebral, núcleo acumbens, la base de la estría terminalis, núcleo caudado, amígdala y el hipocampo; además de un marcado decremento en la neurogénesis, todos implicados en la respuesta comportamental depresiva (Dowlati et al., 2010; Farooq et al., 2012; Jones y Thomsen, 2013) y disminución de triptófano considerado típico de la denominada depresión endógena (Wichers y Maes, 2002), ya que el triptófano es el precursor del neurotransmisor 5HT conocido como la monoamina de la depresión (Zheng et al., 2010). Estos resultados indican definitivamente que la reducción en la biosíntesis de los neurotransmisores 5HT y anomalías en el triptófano están asociadas a la patogénesis de la depresión, y que es la deficiencia en la neurotransmisión serotoninérgica la base fisiopatológica de la misma (Zheng et al., 2010).

En el caso del trastorno bipolar la evidencia apunta a la disfunción de las mismas monoaminas responsables de la depresión mayor; no obstante, en este caso se habla de un progresivo deterioro neuroestructural debido a una vulnerabilidad biológica y genética potenciada por estresores ambientales (Kapczinski et al., 2008; Kraepelin, 2002). El deterioro neuroestructural es la base del incremento de la severidad de los síntomas y la transición entre la hipomanía y la depresión (Scott et al., 2006); y se considera que es el estrés el que dispara o induce los cambios en el funcionamiento cerebral que conllevan a las etapas del trastorno bipolar (Burdick et al., 2007). Además, se ha evidenciado que la densidad neuronal y glial es cada vez menor en la región prefrontal, orbitofrontal, en la corteza cingulada anterior y en la amígdala (Correa, Mallard, Nilsson y Sandberg, 2011; Jones y Thomsen, 2013; Miller, 2010), es importante anotar que la glía comprende cerca del 10% de las células cerebrales y es considerada una de los centinelas inmunológicos del mismo. Además, se ha encontrado que un incremento en la fragmentación del DNA en células no GABA-érgicas, especialmente en la corteza cingulada anterior (Berk et al., 2008; Buttner, Bhattacharyya, Walsh y Benes, 2007).

Aunque la investigación respecto de la condición endógena de algunas depresiones es prometedora, aún los hallazgos más importantes, se encuentran en fases exploratorias y tienen serias limitaciones para seguir a lo largo del tiempo personas sanas que luego desarrollen los trastornos, o contar con muestras amplias y culturalmente diversas debido a los costos derivados del uso de alta tecnología; además no es posible obviar el hecho de que en casi todos los estudios las personas analizadas estaban o fueron expuestas a situaciones de estrés crónico impredecible, es decir que parece no poder hablarse de una depresión exclusivamente endógena; sino más bien de una cierta vulnerabilidad biológica y genética que determina el tipo de respuesta que la persona da frente a los eventos estresantes.

### 2.3.3. Depresión reactiva

La depresión reactiva, también denominada exógena, tiene una aparición relacionada con un evento estresante que la origina, tales como una pérdida afectiva, social, laboral, material, o el diagnóstico de una enfermedad; en más del 80% de los casos los eventos estresantes preceden la aparición por primera vez de síntomas de depresión, con una relación lineal entre gravedad, frecuencia y probabilidad de ocurrencia de un episodio depresivo (Bodgan, Nikolova y Pizzagalli, 2013; Mazure, 1998).

Pero debe precisarse que para este caso el estrés es entendido como el desequilibrio psicológico y físico que experimenta la persona producto de la relación entre: a) Recursos individuales de la persona, b) magnitud de la exigencia ambiental y c) la valoración dada por la persona tanto a la magnitud del evento como al nivel impacto personal. Este modelo tríadico considera estímulo, respuesta y la interacción entre ambos. Así, el estrés se genera cuando la persona hace una evaluación negativa de la magnitud del impacto del evento relacionada con la baja capacidad percibida para responder (Lazarus y Folkman, 1986).

En primer lugar, es indudable que el estrés también puede provocar cambios en el sistema nervioso, por ello aún la denominada depresión reactiva debería considerarse de procedencia mixta, ya que los humanos se encuentran expuestos continuamente a distintos disparadores ambientales de estrés, se ha estudiado el impacto del mismo en el desarrollo de la sintomatología depresiva, con la limitación de que se desconocen las condiciones preclínicas o características psicológicas de los participantes, previas a la ocurrencia del evento y su reactividad ante los acontecimientos vitales estresantes.

Es importante enfatizar que la respuesta de estrés implica dos acciones, una de

entrada o registro del evento, y una de salida que involucra la activación central de los ejes simpático-adreno-medular y hipotálamo-hipofisario-corteza adrenal y la respuesta periférica provocada por su accionar. Se inicia con la respuesta del simpático-adreno-medular y la liberación central de adrenalina que provoca incremento en los niveles plasmáticos de glucosa, ácidos grasos y tiroxina con disminución de insulina, estrógenos y testosterona; y de forma paralela se acompaña de la respuesta hipotálamo-hipofisario-corteza adrenal para mantener la atención y preparar la respuesta, simultáneamente se libera corticotropina (ACTH) que estimula la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticosterona) con efecto en el incremento de la presión sanguínea y activación de la respuesta inmune específica de las interleuquinas con la liberación de citocinas proinflamatorias (Hariri, 2009).

Para facilitar el estudio de la relación entre estrés, glucocorticoides y conducta depresiva se han desarrollado modelos animales expuestos a estrés leve y crónico impredecible, que permiten analizar las condiciones preclínicas de la depresión; los animales exhiben síntomas depresivos equiparables a los expresados por los humanos, así los roedores muestran disminución en la ingesta de alimentos de alta preferencia, alteraciones en la respuesta inmunológica y el sistema hipotálamo-hipofisario-adrenal, y disminución en la conducta sexual, cambios que se revierten con el uso de antidepresivos (Zou et al., 2012).

La activación excesiva del eje hipotálamo-hipofisario-corteza adrenal, propia de la respuesta corporal al estrés, se encuentra conectada con la aparición de síntomas de depresión. Dicha activación es medida a través del análisis del incremento de las concentraciones de cortisol en fluidos corporales como saliva, orina y sangre, y ha mostrado hipercortisolemia severa en pacientes con depresiones cuya aparición ha sido asociada a la ocurrencia de catástrofes, problemas crónicos de salud, divorcios,

desempleo y suicidio de algún familiar (Sterner y Kalynchuck, 2010).

### 2.3.3.1. Acontecimientos vitales estresantes y reactividad

Se ha mencionado a lo largo del texto, la existencia de un grupo de acontecimientos vitales estresantes, definidos como aquellas situaciones generadoras de algún grado de estrés en las personas, cuyo impacto psicológico (magnitud de daño) es dependiente de la valoración individual; además se considera que raramente un individuo no respondería con estrés ante los acontecimientos estresantes y que la presencia simultánea o consecutiva de éstos potencia el efecto estresante de los mismos (Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008). Algunos de los acontecimientos estresantes son universales ya que afectan a quien los vive sin importar la edad y otros no, por ello se han propuesto una lista de acontecimientos estresantes para adultos, otra para adolescentes y otra para niños; estas listas son presentadas como escalas que incluyen eventos económicos, escolares, laborales, familiares, del grupo de referencia, de la pareja y circunstancias estresantes de índole personal como eventos de salud o pérdidas materiales (González de Rivera, Revuelta y Morera-Fumero, 1983; Holmes y Rahe, 1967).

Se han clasificado los acontecimientos estresantes agrupando las situaciones en: a) Eventos estresantes de pérdida de una condición, rol, estatus o muerte de personas cercanas; b) eventos estresantes sociales representados en situaciones que pueden generar evaluación social de rechazo, exclusión y/o valoración social; y c) los eventos estresantes de logro que implican despliegue de habilidades, inteligencia y capacidad productiva; todos diferenciales en la respuesta que provocan. Existe evidencia suficiente de que los eventos estresantes sociales representan mayor amenaza para las mujeres y

los eventos estresantes relacionados con el logro impactan más fuertemente a los hombres (Abramson et al., 2002).

No obstante, de las definiciones y clasificaciones más o menos claras, existen aún interrogantes respecto de la posible condición de un evento de ser estresante, de la universalidad de su carácter estresante y de si el evento en sí mismo es estresante o si el estrés proviene de la forma como la persona evalúa y afronta la situación dependiente de la mayor o menor reactividad al estrés que tenga. De la misma forma, es preciso indagar sobre la existencia de eventos depresógenos, de su potencia diferencial en la generación de síntomas, del potencial depresivo individual y analizar si la expresión de los síntomas es proporcional a la intensidad del evento.

Respecto del impacto de los acontecimientos estresantes y de la existencia de un tipo de depresión asociado, los argumentos apuntan a favor de la existencia de un tipo de depresión reactiva, ya que al menos el 50% de las personas con depresión reportan haber vivido un acontecimientos estresantes cercano al inicio del cuadro (Monroe y Hadjiyannakis, 2002), y existe evidencia de que algunas personas tienen mayor reactividad al estrés; definida la reactividad como los patrones de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual que se activan ante situaciones que son evaluadas por la persona como potencialmente dañinas (González de Rivera, Morera, Sanchis y Sánchez, 1983), es decir, que para algunos un evento puede ser considerado altamente agobiante y para otros puede ser visto como insignificante o modesto, condición que depende del género, el ambiente social y la evaluación que hace la persona de sus recursos para afrontarlo (Barcelata, Durán y Gómez-Maqueo, 2012; Barrett y Turner, 2005).

Para algunos la reactividad individual a los acontecimientos estresantes se debe a la existencia de un fenotipo intermediador que hace a la persona vulnerable al estrés,

especialmente si está expuesta a un ambiente rico en acontecimientos estresantes; cabe notar que ambas condiciones incrementan la vulnerabilidad a la aparición de síntomas de depresión, especialmente a la expresión de cuadros de depresión mayor (Zhang y Meaney, 2010); ya que cada vez que se repiten estos acontecimientos producen agotamiento, especialmente si la persona no ha tenido oportunidad de recuperarse y restablecer el equilibrio y si su genética la hace proclive al estrés.

El fenotipo intermediador explica la manifestación de algunos comportamientos caracterizados por la búsqueda constante de recompensa y la hipersensibilidad ante los eventos estresantes (Hasler y Northoff, 2011); ambas relacionadas con el bajo impacto de la recompensa en situaciones que implican alta tensión emocional característicos de la anhedonia, considerada uno de los síntomas básicos en el diagnóstico de cualquier trastornos del estado de ánimo (Bogdan, Nikolova y Pizzagalli, 2013). Impacto que depende de la hipoactivación ante la recompensa de regiones como la corteza medial pre frontal y del cuerpo estriado (Pizzagalli, Jahn y O'Shea, 2009; Romeo, 2010), con la subsecuente disminución en la liberación de dopamina básica para el aprendizaje por reforzamiento y la anticipación del refuerzo (Salamone, 2008).

Este fenotipo implica hiperreactividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal expresada en el incremento de la transmisión de Serotonina 5HTT que conductualmente se refleja en alta sensibilidad a la amenaza en especial al castigo social y a las circunstancias ambientales adversas (Caspi, Hariri, Holmes, Uher y Moffitt, 2010; Karg, Burmesister, Shedden y Sen, 2011). Esta hiperreactividad genera hipersensibilidad al estrés, más frecuentemente observada en mujeres, quienes parecen tener mayor sensibilidad tanto al reconocimiento temprano de los acontecimientos estresantes como a la reactividad emocional negativa y cognitiva asociada (Drevets y Furey, 2009) características de la depresión. De este modo, la depresión sería debida a la disfunción

en el procesamiento de la recompensa inducido por la acción del fenotipo intermediador y por el efecto mismo de los acontecimientos estresantes.

Con otra perspectiva, Monroe y Hadjiyannakis (2002) plantean que la reactividad a los acontecimientos estresantes más bien está dada por el ambiente social que funciona como mediador entre los acontecimientos estresantes y las respuestas de depresión de la persona; definido ambiente social como la interacción entre las condiciones socioeconómicas y las variables culturales que generan transacciones diarias entre la persona y su entorno, y determinan el tipo de acontecimientos estresantes o dificultades crónicas a las que se enfrenta la persona. De nuevo surgen varios interrogantes acerca del efecto diferencial que podrían tener diversos ambientes sociales sobre la aparición de distintas formas de depresión, de la agudización de ciertos síntomas y el curso de los trastornos del estado de ánimo, para dilucidarlos es preciso profundizar en los distintos factores que hacen parte del ambiente social y comprender su impacto.

Desde hace varias décadas se ha demostrado que, así como los acontecimientos estresantes tienen impacto en el estado de ánimo de las personas, los eventos irritantes diarios pueden provocar depresión (Farabaugh et al., 2004; Hammen, Ellicot y Gitlin, 1989; Lazarus, 1993), especialmente en las mujeres, ya que ellas tienden a responder con mayor afecto negativo, mayor activación neural central y menor respuesta fisiológica periférica que los hombres ante los eventos negativos interpersonales (Asato, Terwilliger, Woo y Luna, 2010; Kelly, Tyrka, Anderson, Price y Carpenter, 2008; Lara et al., 2012). Diferencias que para algunos son debidas al adelgazamiento de la sustancia blanca cortical en las mujeres asociada a mayor capacidad de respuesta subjetiva o conciencia subjetiva de los acontecimientos estresantes derivada de mayor evaluación e introspección, y en los hombres al aumento del tamaño de la amígdala (Bramen et al., 2010).

Estos hallazgos son preliminares ya que la indagación experimental y de campo aún es exploratoria, aunque existen evidencias de la independencia existente entre las respuestas dadas por cada sexo a la magnitud y tipo de evento; más bien se habla de diferencias en la reactividad de los sistemas neurológicos definida por predisposiciones genéticas y expresada en la vivencia interoceptiva del evento, o grado de conciencia del mismo (Ordaz y Luna, 2012).

Otro grupo de autores centra su atención en el estudio del impacto del estrés temprano o estrés vivido durante la infancia, considerada un periodo crítico del desarrollo en el que los acontecimientos estresantes tienen efectos negativos en la maduración neural, y en la adquisición de habilidades de afrontamiento debido al empobrecimiento en la función de regulación emocional. El estrés temprano proviene principalmente de la vivencia de eventos como el abuso sexual, maltrato físico, negligencia y privación materna (Raineke Rincón Cortés, Belnoue y Sullivan, 2012), que provocan en la infancia reducción en la sensación de seguridad del niño (Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura y Baltes, 2009) y depresión en la adolescencia que se mantiene a lo largo de la vida adulta (Goff et al., 2012). Cabe notar que el hecho de que los síntomas de depresión se expresen por primera vez durante la adolescencia, y no aparezcan en la infancia, podría implicar que el estrés temprano solo dispara la expresión de síntomas de depresión codificados en el fenotipo intermediador dependientes del desarrollo hormonal.

Desde esta perspectiva, el estrés temprano tiene alto impacto en el empobrecimiento de la salud mental a lo largo de la vida (Lupien, McEwen, Gunnar y Heim, 2009; Maniglio, 2009), debido a que merma la plasticidad cerebral. La constante amenaza genera hiperreactividad de los sistemas neurales y afecta los sistemas de regulación emocional ubicados en la porción pre frontal de la corteza, ambas relacionadas con

menor conectividad sináptica y pobre mielinización de las vías neurales (Kreppner et al., 2007). Estudios con niños expuestos a estrés temprano muestran sus efectos negativos en el crecimiento y desarrollo del núcleo acumbens, estructura base del procesamiento de las experiencias de recompensa y motivación; y su estrecha relación con el inicio de cuadros de depresión durante la adolescencia y su agudización en la edad adulta (Goff et al., 2012).

Adicionalmente, se han encontrado patrones atípicos de producción de cortisol en niños con experiencias diarias de maltrato (Bruce, Fisher, Pears y Levine, 2009; Cicchetti y Rogosch, 2007; Dozier et al., 2006), que no mejoran con la recuperación ambiental de la seguridad, afectan el desarrollo normal de los infantes (Evans y Kim, 2007; Gunnar, Frenn, Wewerka y Van Ryzin, 2009; Kertes, Gunnar, Madsen y Long, 2008) y sufren modificaciones en los umbrales máximos para la activación del comportamiento defensivo (lucha, huida, inmovilización) (Michelle, Loman y Gumar, 2010). Otros estudios centrados en los efectos de la separación materna, muestran que el retiro temprano de la cría tanto en humanos como en otros mamíferos afecta el desarrollo de la corteza pre frontal y aumenta la densidad sináptica relacionadas con el incremento de la vulnerabilidad al estrés (Hane y Fox, 2006; Pollak et al., 2010).

Se puede decir que tanto el fenotipo intermediador como las experiencias tempranas son factores predisponentes de la depresión y modulan la respuesta de estrés desencadenada por los acontecimientos estresantes, respuesta que a su vez es considerada precursora de la depresión. Y que el ambiente social inmediato actúa como facilitador y no como desencadenante de la depresión; es decir, que son los eventos sociales adversos que hacen parte del ambiente social, los que facilitan que la persona emita una respuesta desproporcionada a la magnitud del evento, y que el evento en sí mismo solo tiene un cierto nivel potencial dañino dependiente de las condiciones

socioeconómicas, el grado de soporte social, y los roles de género ejercidos, entre otras (Mejía Castillo, 2011; Sandín, 2003).

Pero cuándo una reacción de estrés puede considerarse desproporcionada?, si es la persona quien evalúa la amenaza y la magnitud del daño asociada a la percepción de carencia que tienen de los propios recursos de afrontamiento, la vivencia del estrés depende de la gravedad del estrés psicológico que se deriva de la magnitud de cambio de vida y el impacto sobre la salud física (Holmes y Rahe, 1967); y es posible tomar medidas comparativas entre los individuos y las culturas que permiten evaluar el nivel promedio regular de impacto en las poblaciones; para ello se creó la unidad de cambio de vida que indica el grado de estrés psicológico vivido en los últimos seis meses o en el último año (Acuña, 2012; Chung, Symons, Gyllian y Kamiski, 2010).

Se han realizado diversos estudios que han permitido ordenar la lista de los acontecimientos estresantes de acuerdo con la gravedad o nivel de impacto esperado o normal en diversas culturas que se ha mantenido a lo largo del tiempo; los acontecimientos vitales estresantes considerados altamente estresantes, tales como la muerte del cónyuge, el encarcelamiento, en oposición a la navidad y las faltas menores a la ley vistas como de bajo impacto (Acuña, González-García y Bruner, 2008). La severidad del evento está asociada a la magnitud de la pérdida, al impacto en el ambiente social y a los cambios provocados en la vida cotidiana de las personas; entonces se habla de la congruencia o incongruencia del trauma psicológico provocado que se acentúa cuando la persona no percibe apoyo social, ya que se ve a sí misma como menos capaz de afrontar la situación y considera que no logrará resolverla o que por lo menos le será más difícil alcanzar la meta (Cameron, Palm y Follette, 2010; Plotzker, Metzger y Holmes, 2007).

La investigación acerca del impacto de los acontecimientos vitales estresantes y de

la reactividad al estrés tiene diversas limitaciones, una de ellas, tal vez la más importante, es que en los estudios se analiza el impacto de éstos en el funcionamiento diario y en la fisiología de eventos diversos, sin que se tenga en cuenta que cada uno de ellos podría tener diversos niveles de impacto, y que por ello no sean comparables los hallazgos y no se pueda establecer si las variaciones en los resultados no solo son debidas a las características particulares de las personas sino que además las características del evento como duración, intensidad, momento de ocurrencia, nivel de predictibilidad y reversibilidad de los cambios, pueden determinar la magnitud de la respuesta.

En la figura 1 se esquematizan los hallazgos acerca de los principales factores que han sido considerados favorecedores de la aparición de los síntomas depresivos en distintas poblaciones en el mundo.

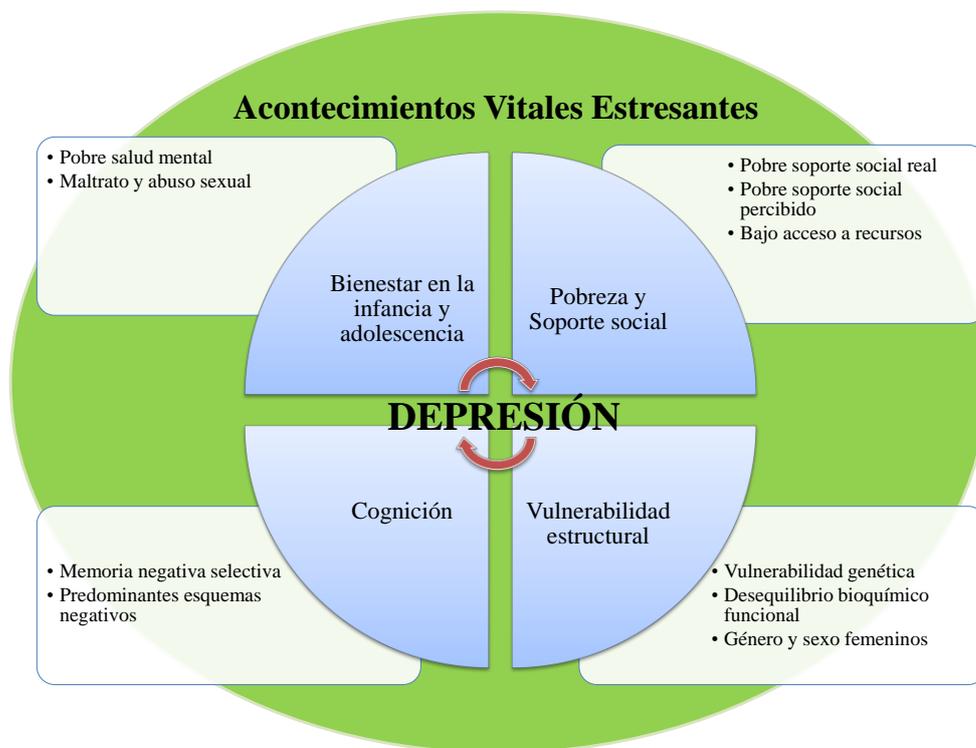


Figura 1. Factores determinantes de la vulnerabilidad de padecer depresión, elaboración propia

En la Figura 1 se revisan los factores contextuales, entre los que se encuentran el nivel socioeconómico, la cultura (aspectos subjetivos y normativos de género como condición de vulnerabilidad) y el contexto social interpersonal. Factores culturales como el rol de género han mostrado tener un impacto notable en la aparición de síntomas de depresión y el posterior desarrollo de un trastorno del estado de ánimo propiamente dicho.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) adelantó un estudio en 15 países y analizó la influencia que los roles asociados al género en la incidencia de depresión, con resultados que apuntan hacia la existencia de más casos de depresión, mayor y pobre salud mental en mujeres provenientes de culturas con amplio desequilibrio en los roles sociales relacionados con el sexo. Así mismo, el Estudio Nacional de Género y Salud (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2005) realizado en México, mostró que la desigualdad social relacionada con el género también implica que las mujeres con ningún o bajo ingreso económico propio son más frecuentemente sometidas a situaciones de maltrato que aquellas que logran independencia al respecto.

Algunos autores han informado que las mujeres sometidas a un sistema social machista cuentan con menos opciones laborales o son de menor calidad en remuneración, oportunidad de ascenso y elección de la labor; además de que aun quienes trabajan deben realizar labores domésticas, planificar la economía familiar y afrontar maltrato físico y psicológico (Guibert Reyes, Prendes Labrada, González Pérez y Valdés Pérez, 1999). Corroborado plenamente por la Organización Mundial de la Salud en 2009 cuando declara que los problemas de salud mental, en especial los de las mujeres, no dependen de las condiciones médicas ni de la disponibilidad tecnológica, sino más bien de las condiciones culturales, políticas y sociales en las que están

inmersas (OMS, 2009).

Respecto del nivel socioeconómico bajo o también denominada condición de pobreza, diversos estudios han referenciado que las personas que viven con limitaciones económicas ven reducida su posibilidad económica y social (Moore y Hadjiyannakis, 2002) de acceder a opciones educativas, de vivienda, laborales, de salud y recreación, entre otras [Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005]; tienden a reportar menores niveles de salud mental debido al impacto de las primeras; así mismo, se ha notado que personas con limitaciones en el acceso a recursos se encuentran con otros miembros de su familia expuestos a la misma situación de pobreza, que afecta o merma su capacidad de afrontamiento ante el estrés (Palomar y Cienfuegos, 2007).

Hallazgos que han sido confirmados en diversos estudios de grandes poblaciones; uno de ellos es la revisión sistemática de resultados epidemiológicos de 115 estudios realizados en el mundo entre 1990 y 2008 (Lund et al., 2010), el otro es una investigación realizada con más de 21000 personas que residían en Australia (Almeida et al., 2012), y el más extenso con población latina que incluyó 918 participantes mexicanos que vivían en situación de pobreza en el que además de otros aspectos, analizaron la relación entre depresión, apoyo social y pobreza.

De manera consistente es ellos se concluye que la pobreza, en especial aquella que afecta el acceso a la educación, los alimentos, la vivienda y los ingresos económicos estables, tiene una relación estrecha e inversa con la manifestación de enfermedades mentales en general, y con la depresión en particular, su prevalencia a lo largo de la vida y están asociadas a la agudización de síntomas especialmente en adultos mayores. Esto debido a que en situaciones de mayor pobreza la persona está expuesta a una privación y exclusión múltiples que provocan sensación de indefensión y bajo control, ambos característicos de los trastornos del estado de ánimo; además de que las

personas con recursos socioeconómicos limitados tienen menor acceso a los servicios de salud y los que se les ofrecen son de menor calidad

Algunos autores plantean que la calidad de las relaciones familiares y del soporte social ofrecido por las familias en desventaja social está disminuida debido a las exigencias inmediatas de supervivencia de cada uno de los miembros, lo que incrementa la vivencia subjetiva del estrés y éste indirectamente representa un factor de vulnerabilidad a la depresión (Domínguez y Watkins, 2003; Huurre, Eerola, Rahkonen y Does, 2006).

En un estudio encontraron que las personas que más limitaciones económicas reportaron eran quienes percibían menor apoyo social de su familia inmediata, de sus vecinos y de la familia extensa; y que existe relación inversa entre la percepción de apoyo social y la exacerbación de sintomatología depresiva en los miembros de las familias incluidas en el estudio. Pero no había diferencias entre quienes tenían algún grado de pobreza y el grupo con alto acceso a recursos respecto de los reportes de depresión y los de autoestima (Palomar y Cienfuegos, 2007).

En un estudio con 93 familias colombianas que vivían en la pobreza extrema y estaban en situación de desplazamiento, encontraron que la mayor parte de la población reportó síntomas depresivos con un porcentaje reducido de casos clínicos detectados; cabe notar que estas familias además de su condición socioeconómica habían estado expuestas al menos a una situación violenta. Condiciones que podrían ser explicada por el hecho de que las personas afectadas por la pobreza y con alta percepción de amenaza tienen razones para que su confianza y esperanza en el futuro sean mínimas (Juárez y Guerra, 2011).

En una investigación longitudinal con 2194 participantes de 16 años seguidos durante tres décadas en el que se pretendía revisar la relación entre condiciones

socioeconómicas, soporte social y depresión, se encontró que era más fuerte la asociación entre bajo soporte social y la aparición de depresión que entre bajo nivel socioeconómico y depresión, y que el bajo soporte social tenía más impacto en el estado de ánimo de las mujeres (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor, 2005).

En resumen, la pobreza actúa como un estresor crónico si se tiene en cuenta la cantidad, intensidad y duración de eventos altamente demandantes que alteran el equilibrio físico y emocional de las personas; y que además de las demandas ambientales diarias a las que debe responder cada persona, quienes se encuentran en situación de pobreza deben resolver problemas de supervivencia, seguridad, abandono, violencia y del sistema político-social (Galea et al., 2007; Latkin y Curry, 2003). Parece ser que las limitaciones económicas provocan un efecto nocivo en el soporte social brindado por los miembros de la familia y el grupo social inmediato, y que es en realidad este decremento en el soporte lo que facilita la aparición de cuadros depresivos. Esto indica que pobreza y depresión no son sinónimos, aunque la pobreza potencia el riesgo y que la depresión aparece producto de la interacción con otras condiciones de vulnerabilidad de la persona, entre las que se cuenta el bajo soporte social percibido.

El inadecuado soporte social percibido se ha asociado estrechamente con la susceptibilidad de padecer depresión, sin embargo, no se puede perder de vista que esta relación resulta extremadamente compleja, pues aunque el bajo soporte social incrementa el riesgo de depresión, existen ciertas características de comportamiento heredables, que afectan directamente la capacidad de ciertas personas de solicitar, obtener y aprovechar de forma efectiva el soporte social; así la relación de vulnerabilidad no estaría estrictamente dada por el bajo soporte social recibido, sino por otras características de personalidad heredadas e incluso por el grado de bienestar percibido debido a estas condiciones psicológicas (Burton, Stice y Seeley, 2004;

Palomar, 2007).

Es suficientemente conocido que la historia familiar de depresión incrementa el riesgo de padecer depresión entre un 40% y un 60% en la población femenina (Birmaher y Heydl, 2001; Kutcher y Sokolov, 1995), ya sea debido a la expresión de ciertos factores heredados o al hecho de que personas con depresión reportan más problemas parentales y ofrecen bajo apoyo a los miembros de la familia, su rol familiar y la función de soporte social.

En un estudio realizado a lo largo de 14 años que examinó la relación entre soporte social y las tendencias depresivas en 1413 jóvenes entre 16 a 18 años y en otro con 372 adolescentes de ambos sexos de 12 a 18 años, se concluyó que quienes percibían mayor soporte social familiar reportaron menor tendencia prospectiva a la depresión unipolar después de 5 y 10 años (Heponiemi et al., 2006; Sander y MacCarthy, 2005). En esta misma línea, se ha demostrado que padres con estilos autoritarios, con antecedentes de depresión y que ofrecen un clima emocional familiar pobre en apoyo y expresividad emocional positiva, pero rico en control y críticas, es altamente favorecedor del desarrollo de sintomatología depresiva durante la adolescencia, con mayor intensidad en las mujeres; y que el riesgo de depresión se incrementaba en tanto se empobrecía el ambiente familiar, especialmente si ocurrían eventos que implicaban pérdida de soporte (Vallejo Casarin, Osorno Murguía y Mazadiego Infante, 2008).

De otra parte, diferentes investigaciones ponen de manifiesto que un número importante de experiencias estresantes en la vida provienen del grupo familiar inmediato (Goodman y Gotlib, 2002; Sander y McCarty, 2005). Experiencias tempranas adversas como maltrato, separación de los padres, muerte, enfermedades de parientes o personas significativas, y la depresión materna en el periodo de gestación son factores de riesgo importantes en el desarrollo de la depresión y otras enfermedades físicas y

psicológicas (Dokin et al, 2013; Drydakis, 2013; Fellingner, Holzinger, Sattel, Laucht y Goldberg, 2009; Pawlby, Hay, Sharp, Waters y O`keane, 2009). Investigaciones recientes corroboran la vigencia de esta hipótesis; niños y niñas con discapacidad auditiva víctimas de maltrato familiar, en la escuela y de rechazo por parte de compañeros y maestros mostraron mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos depresivos en su adolescencia y adultez (Fellinger et al., 2009).

En Chile, de 236 pacientes con depresión, 87 tenían manifestaciones de trauma psicológico debido a experiencias de maltrato durante la infancia y aquellas que presentaban mayor agudeza en los síntomas reportaban poli trauma infantil (Ballesteros et al., 2008). Además, otras investigaciones mostraron que el abuso físico y sexual tenían efecto sobre la vulnerabilidad de desarrollar distimia o un trastorno depresivo mayor en 80 mujeres entre 18 y 65 años; los resultados indicaron que al menos 3 de cada 4 mujeres con depresión mayor habían sido abusadas sexual o físicamente, y que estas mostraban mayor agudización general de los síntomas reportados, especialmente si la historia de abuso había sido de mayor duración y severidad (Ibarra-Alcantar, Ortiz-Guzmán, Graciano-Morales y Jiménez-Genchi, 2010).

Al analizar el efecto de la violencia intrafamiliar en la aparición de cuadros de depresión mayor en un grupo de 257 mujeres mexicanas que acudieron a consulta por síntomas depresivos, a las que se les confirmó el diagnóstico comparadas con 540 controles sin reporte de síntomas depresivos, se encontró que para los casos el 47% había vivido violencia intrafamiliar durante la infancia y en los controles sólo el 20.9%; maltrato que era combinado con el reporte de apoyo social mínimo proveniente del grupo familiar (Arankowsky-Sandoval y Castillo-Manzano, 2008).

2.3.3.2. Estrés, depresión y enfermedad

El estrés ha sido inequívocamente asociado a multiplicidad de enfermedades físicas y mentales, sin embargo, la pregunta sobre los mecanismos de causación aún no ha sido respondida (Brødsgaard Grynderup et al., 2010; Brødsgaard Grynderup et al., 2013; Risch et al., 2009) ya que para ello se requeriría realizar sendos estudios longitudinales de seguimiento a lo largo del ciclo vital y en distintas poblaciones, a fin de obtener las distintas medidas psicológicas, biomédicas y sociales mínimas para determinar la acción causal del estrés en el proceso salud/enfermedad.

Se ha comprobado que estrés y depresión están estrechamente asociados (Jonsdottir Börjesson y Ahlberg, 2013; Knorr, Vinberg, Kessing y Wetterslev, 2010; Pariante y Lightman, 2008; Stetler y Miller, 2005) y que la alta exposición a estrés hace que cada vez con mayor facilidad y en mayor intensidad se produzcan biomarcadores de estrés que pueden ser registrables en sangre (Rosmond y Bjorntorp, 2000). El estrés ha sido considerado uno de los predictores más potentes de la aparición de los trastornos del estado de ánimo en general, especialmente porque biomarcadores del estrés como el cortisol han sido ubicados en la sangre de un buen número de pacientes con algún tipo de depresión (Adam et al., 2010, Ellenbogen, Hodgins, Linnen y Ostiguy, 2011; Goodyer, Croudace, Dudbridge, Ban y Herbert, 2010, Halligan, Herbert, Goodyer y Murray, 2007; Vrshek-Schallhorn et al., 2012), aunque estos hallazgos con los marcadores no han sido del todo confirmados.

Muestra de ello son los resultados obtenidos en dos estudios de seguimiento realizados, en el primero incluyó 4457 empleados públicos a los que se les tomó el registro de cortisol en saliva periódicamente entre 2007 y 2009. En la línea de base se evaluó depresión para excluir los casos positivos que podrían afectar la validez del

estudio (Adam et al., 2010). La mitad de los participantes se mantuvieron en el estudio durante dos años, pero no se encontró relación significativa entre los niveles matutinos o vespertinos de cortisol. Pero se mostró que las variaciones diarias del cortisol sí podrían estar asociadas a la depresión. Y en un segundo, metodológicamente similar al primero y realizado con seguimiento a adolescentes, el registro de asociación tampoco fue significativo (Vrshek-Schallhorn et al., 2012).

La exposición a eventos agudos o crónicos de estrés se asocia al incremento de la vulnerabilidad en salud mental y que la afectación de la salud mental a su vez agudiza las condiciones de salud (Almeida et al., 2011), entre ellos el hecho de tener una afección de salud crónica como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedad cardíaca, accidentes cerebro vasculares, enfermedad oncológica, VIH/SIDA, diabetes y parkinson ha sido ampliamente y estrechamente asociado a la sintomatología depresiva, en donde la codificación de la enfermedad incrementa la vulnerabilidad de desarrollar síntomas de depresión de alta intensidad (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

En general se ha evidenciado la alta prevalencia de depresión entre personas que padecen alguna enfermedad crónica (Khaled Bulloch, Williams, Hill, Lavorato y Patten, 2012; Meltzer et al., 2012; Ninot, Delignières y Varray, 2010; Norwood, 2007; Talbot y Nowen, 2000), como problemas agudos visuales o auditivos, enfermedad cardiovascular, artritis, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedad gastrointestinal, y enfermedad pulmonar; con especial incremento en adultos mayores. Reacción que ha sido explicada teniendo en cuenta la alteración en la respuesta inmune y su estrecho vínculo con las repuestas tanto del sistema nervioso central como del sistema hormonal. De otra parte, está la disminución de actividad física derivada de las condiciones estructurales de la persona; pues se ha considerado que la depresión aporta la mayor

parte de los costos en salud en población de edad avanzada y que es propiciada por el deterioro físico progresivo, que a su vez funciona como detonante y mantenedor de las crisis depresivas.

El pronóstico de la enfermedad y de la depresión misma en estos casos es pobre, un metanálisis de estudios de seguimiento de pacientes crónicos con depresión mostró que luego de 3 años de seguimiento, en el 33% de la población persistían los síntomas depresivos y en el 21% ya habían muerto. La prevalencia promedio de depresión reportada en los estudios incluidos en el metanálisis era del 40% en pacientes hospitalizados, el 30% en pacientes usuarios del sistema hospitalario en casa comparado con el 8 a 15% reportado en adultos mayores sin diagnósticos de enfermedad crónica (Chan, 2010; Chang-Quan et al., 2010a).

Cabe notar que el diagnóstico mismo de una enfermedad crónica puede facilitar el desarrollo de un cuadro depresivo (Carvakhais et al., 2008; Chan et al., 2011; Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong y Qing-Xiu, 2010). Para el caso de las personas jóvenes la merma en la funcionalidad e independencia provocada por la enfermedad crónica conlleva la aparición de síntomas de depresión, en menor medida que en los adultos mayores. Aunque estos metanálisis se han adelantado principalmente con estudios publicados en inglés, otros autores iberoamericanos confirman la universalidad de estos hallazgos, y proponen que los cuadros depresivos en enfermos crónicos se reportan entre el 22% y el 79 % de los casos, proporción que depende del grado de controlabilidad de la enfermedad, la severidad de los síntomas y el grado de afectación de la funcionalidad por efecto de la enfermedad (Agudelo-Vélez, Lucumi y Santamaría, 2008; Iglesias et al., 2009; Lujan, Ramírez, García, Berrocal y Calvo, 2003; Wolff, Alvarado y Wolff, 2010).

En el caso de las enfermedades respiratorias, un estudio en el Reino Unido con

7460 personas que padecían asma mostró que la agudización, cronicidad y nivel de afectación de la funcionalidad diaria estaba asociada con la aparición de síntomas depresivos que se incrementaban respecto del deterioro médico reportado. Y que en los casos en los que la afección respiratoria era controlada con medicamentos y cuidados del paciente, los síntomas de depresión eran menos prevalentes y agudos (Meltzer et al., 2012). Específicamente, en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se comparó la autoestima y los síntomas depresivos de un grupo de 27 personas enfermas con un grupo de 30 personas sanas, hallando que el grupo de personas enfermas con menor funcionalidad física no solo mostraba menor autoestima sino que además presentaba síntomas depresivos importantes. En la misma línea, una entrevista telefónica de cribado realizada por Kunik et al. (2005) a una muestra de 1334 pacientes con la misma afección respiratoria, evidenció que el 80% de los entrevistados tendió a desarrollar e incrementar la severidad de síntomas de depresión (Ninot et al., 2010).

Un efecto similar se ha observado en los casos de enfermedad cardio-vascular, en los que el hecho de padecer alguna de las afecciones cardiacas o vasculares crónicas incrementaba la vulnerabilidad previa de desarrollar un cuadro depresivo, especialmente en mujeres (Holley y Mast, 2007). Los autores anteriores analizaron el efecto independiente a 6, 18 y 48 meses de estas afecciones y otros estresores sobre el estado de ánimo de 1532 personas, y encontraron que las personas que las padecían y que habían vivido una pérdida se mostraban más abatidas por la pérdida que las que no estaban enfermas, y los síntomas de depresión se hicieron más evidentes con el paso del tiempo.

En la Encuesta Nacional de Salud de Canadá, con metodología longitudinal de 10 años se evidenció que ser fumador habitual incrementa el riesgo de depresión mayor, especialmente en aquellos fumadores que se mostraban poco dispuestos a abandonar el

consumo (Khaled et al., 2012). Aunque para este caso específico se ha hablado de una interacción recíproca, el efecto sumativo de un tiempo largo de exposición a la nicotina ha sido relacionado con cambios en la producción y recaptación de la monoaminooxidasa (MAO), que podrían ayudar a explicar el incremento de la vulnerabilidad de sufrir un evento depresivo mayor. Ya se ha comprobado en estudios longitudinales la relación predictiva entre ser un fumador fuerte y la aparición de síntomas de depresión en una muestra de 18146 personas de Copenhague en un periodo de 26 años (Flensburg-Madsen et al., 2011).

### 2.4. Depresión y Personalidad

Para analizar la relación entre las alteraciones del estado de ánimo y la personalidad es preciso asumir que ambas son claramente distinguibles. De una parte, la personalidad es vista como el grupo de patrones característicos de pensamiento, emoción, comportamiento y de relaciones de intercambio social, que sirven de asiento del comportamiento y de la forma en la que la persona evalúa y vive los eventos cotidianos, e incluso del cambio o permanencia de ciertos estados emocionales entre los que se cuenta la depresión, vista como una emoción de tristeza mantenida en el tiempo como ya se había anotado. Adicionalmente, se plantea que la personalidad tiene dos componentes básicos, el temperamento o base genética y el carácter o componente aprendido, conformado por el conjunto de experiencias de socialización de la persona (Gotlib y Hammen, 2002).

La expresión de la personalidad depende del contexto ambiental, social y cultural en el que se desarrolle la persona (Pichot, 1994). Otro aspecto que podría sumarse a la discusión es el hecho de que aún después de varias décadas de investigación exhaustiva,

no es posible hablar de pruebas contundentes acerca del sustrato biológico de los distintos trastornos de la personalidad, e incluso parece que varios trastornos comparten el mismo sustrato, y que es el ambiente el que hace que se exprese bajo uno u otro trastorno de la personalidad (Carrasco y Díaz, 1997).

Pero la relación personalidad y depresión ha sido explicada desde varias posturas, una primera perspectiva propone que los trastornos del estado de ánimo y la personalidad tienen bases genéticas y de aprendizaje comunes, solo que se superponen etiológicamente; en la segunda perspectiva, la personalidad es vista como un factor predisponente que potencia el riesgo individual de desarrollar algún trastorno del estado de ánimo (Oitzl, Champagne, van den Veen y de Kloet, 2010), se plantea que ciertos rasgos y tendencias comportamentales hacen a la persona lábil o resiliente ante el impacto de eventos vitales, es decir, que ciertos rasgos de personalidad facilitarían la aparición de una forma de estrés inducida por los acontecimientos que enfrenta una persona, especialmente en la primera infancia, en relación con una cierta limitación en la capacidad de respuesta derivada de sus recursos comportamentales. Uno de los factores asociados de manera consistente con la depresión inducida por estrés es el neuroticismo (Sandi y Richter-Levin, 2009) cuya base biológica son niveles basales de cortisol y la hiperreactividad de la amígdala (Sandi, Cordero, Ugolini, Varea y Caberlotto, 2008).

Pero los hallazgos no apuntan solo en la dirección del neuroticismo, ya que la personalidad buscadora de sensaciones también ha sido vista como proclive a la depresión inducida por estrés (Fuss et al., 2010), pues la ansiedad elevada y la baja posibilidad real de exploración implican incertidumbre y el incremento de derrotas sociales. En un estudio metanalítico realizado por Newton-Howes, Tyrer y Johnson (2006) se evidenció que padecer un trastorno de personalidad duplica el riesgo de

desarrollar algún tipo de depresión, y que su pronóstico será de una evolución desfavorable debida a la severidad de los síntomas; sin embargo, estos estudios tienen la limitación de no lograr el control de variables ya que la coexistencia de la depresión y el trastorno no indica necesariamente causalidad.

De otra parte, desde la perspectiva de la personalidad de Cloninger (1986) que propone la existencia de cuatro dimensiones del temperamento, a saber: Novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y la persistencia; y tres dimensiones del carácter que son autodirección, cooperativismo y auto trascendencia. En relación con esta perspectiva de la personalidad, en un estudio se encontró que los pacientes deprimidos muestran mayores puntajes en la evitación del daño y bajas puntuaciones en autodirección comparados con controles sanos (Balsamo, 2012). Otros autores encontraron que en los pacientes deprimidos la escala de cooperatividad presentaba puntuaciones notablemente bajas, es decir que estos pacientes socialmente eran menos tolerantes, comprensivos, empáticos, atentos y compasivos que quienes no se habían deprimido (Nery et al., 2008).

Las características de personalidad son resistentes al cambio pero los rasgos tienden a no ser sintomatológicos en los trastornos, mientras que síntomas agudos y de alta frecuencia pueden remitir de forma relativamente rápida. Autores como Galione y Oltmanns (2013) denominan a un grupo *síntomas temperamentales* o derivados del temperamento, que para ellos son los que más difícilmente remiten al tratamiento. Por ello algunos autores consideran que para lograr un éxito duradero en el tratamiento de la depresión, es preciso intervenir en la modificación o administración de las características de personalidad de los pacientes, ya que la depresión está fuertemente asociada a rasgos como el nivel de competencia social, valoración personal, exigencia personal y control emocional (Bockian, 2006; Franchi 2010).

Finalmente, se plantea que algunos episodios de los trastornos del estado de ánimo tienen tal severidad que impactan de forma permanente la personalidad, y persisten aún después de resolverse el episodio depresivo. Tomando como base la teoría del Big Five, algunos investigadores evaluaron neuroticismo y la extraversión, como parte de los cinco rasgos de personalidad en más de 2000 personas con depresión, y encontraron que luego de dos años del inicio de episodios depresivos se presentaba un efecto de aumento en el rasgo de neuroticismo y de decremento en el rasgo de extraversión, aun en los casos en los que los síntomas depresivos habían remitido (Karsten et al., 2012); resultados consistentes con otros estudios en los que se analiza el efecto de la depresión en los cinco subfactores de rasgos (Jylhä, Melarin, Ritsälä y Isometsä, 2009).

En cualquiera de los casos, el estudio de la relación entre depresión y personalidad se enfrentan a varias complicaciones, en primer lugar, los métodos usados para evaluar personalidad son dependientes de la teoría, por ello se dificulta su comparación y limita la realización de estudios metanalíticos. En segundo lugar, la variedad y heterogeneidad de los trastornos del estado de ánimo complejiza el estudio de las interacciones entre cada uno de los trastornos, que además comparten síntomas entre ellos, y la personalidad. Y en tercer lugar, los diseños que permiten contestar las preguntas acerca de las relaciones de causalidad, premorbilidad y riesgo son de corte longitudinal, y no estudios retrospectivos que dependen de la capacidad de rememoración de la persona que regularmente está sesgada y es imprecisa, y al parecer ambas entidades psicológicas son interdependientes, ya que tanto la una como la otra pueden alterar los procesos de evaluación y comprensión que facilita el análisis comparativo de las mismas.

### 2.4.1. Depresión como emoción y depresión como rasgo de personalidad

Se ha planteado la existencia de dos tipos generales de depresión, una de carácter eventual y otra que parece ser una forma constante de pensar y sentir de una persona; la discusión entre las dos formas gira en torno a la existencia de una cierta forma de depresión denominada estado depresivo, y una forma de depresión basada en un rasgo denominada personalidad depresiva; para algunos esta discusión se reduce a la dicotomía endógena/exógena, tal como hemos señalado sin duda la discusión trasciende el mero estudio del origen mismo y se analizan las características de inicio, severidad, e incluso las posibilidades reales de recuperación de quien la padece, en cada una de las posturas.

La depresión de estado es considerada un descenso del estado de ánimo transitorio y delimitado en el tiempo, y probablemente más fácilmente relacionada con la ocurrencia de un evento vital estresante. Este tipo de depresión, o más bien este grupo de trastorno del estado de ánimo son clasificados de acuerdo con el grado de afectación o severidad de los síntomas y la distintos tiempos de duración; aquí se incluyen además las denominadas depresiones subclínicas, ya que se reconoce que las personas pueden reportar malestar emocional significativo sin que se cumplan todos los criterios diagnósticos descritos en los manuales de psiquiatría (Martín, Grau, Ramírez y Grau, 2005) referidos a sentimientos y síntomas expresados en el momento de la evaluación, y el caso requiera atención.

La discusión acerca de la existencia de la personalidad depresiva se ha dado a lo largo del tiempo, pero al parecer su existencia ha sido reconocida desde Hipócrates (S. IV AC) quien la denominó temperamento melancólico; retomado por Kraepelin (1921) en el concepto de temperamento depresivo, por Kretschmer (1936) cuando emplea el

término ciclotimia, Schneider (1958) quien introduce el término temperamento depresivo, y Akiskal y Benazzi (2006) que realizan diversas investigaciones en torno a la personalidad depresiva; pero solo en 1994, el sistema nosológico DSM incorpora el trastorno depresivo de la personalidad como entidad diagnóstica en investigación (Irastorza y Calcedo, 2012).

Con la publicación del DSM-IV-TR, y la inclusión de una nueva categoría diagnóstica entre los trastornos de personalidad aparece el conflicto diagnóstico entre trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno depresivo de la personalidad; ya que el tiempo (inicio, duración, persistencia) resulta ser en todos los casos un criterio básico diferenciador. De nuevo, es preciso enfatizar que la discusión trasciende el terreno de la temporalidad de los síntomas, pues la pregunta central gira en torno a si la persona es depresiva o está deprimida; es decir, que la disyuntiva apunta al hecho de que alguien de manera permanente reacciona con comportamientos, pensamientos y emociones propias del espectro depresivo, y ello es innato; o si esta forma de actuar está circunscrita a respuestas aprendidas a lo largo de su historia personal; es decir que es un tipo de reacción depresiva que podría considerarse circunscrita al impacto psicológico que ciertos eventos estresantes pueden provocar.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002) y el DSM-V (APA 2013), los trastornos de la personalidad se caracterizan por su expresión durante la infancia y la adolescencia, pero con un inicio claro en la vida adulta, la presencia constante de pautas comportamentales, cognitivas y emocionales que permanecen en distintos contextos; representan en un medio cultural una desviación importante del comportamiento, provocan sufrimiento en la persona, afectan su capacidad de mantener interacciones sociales sanas y tienen un carácter persistente. En la personalidad depresiva, o de rasgo, la persona tiene una condición estructural caracterizada por la tendencia endógena a

responder de manera consistente de forma depresiva, que es aparentemente independiente de las condiciones ambientales. Esta condición engloba un conjunto de comportamientos, cogniciones y emociones caracterizadas por una forma más vivencial y reactiva de sentirse (Irastorza et al., 2012; Martin-Carbonell et al., 2012). Como todo rasgo, la personalidad depresiva tiene una fuerte base en las condiciones estructurales biológicas de la persona que le da un carácter de permanencia a lo largo de la vida, aunque cada vez con mayor fuerza se habla de intervenciones dirigidas a modificar la personalidad.

El trastorno de personalidad depresiva introducido por Phillips, Hirschfeld, Shea y Gunderson (1995) se caracteriza por la presencia de una combinación entre conducta y pensamientos permanentes de corte depresivo que se hacen manifiestos en los distintos contextos en los que se desenvuelve la persona, y facilita el sufrimiento personal, impacta el intercambio social y su ajuste a una cultura particular. La persona con trastorno de personalidad depresiva es negativista, introvertida, tensa, pasiva, no asertiva y sacrificada (Irastorza et al., 2010); manifiesta sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad; se dice que parecen tener una clara dificultad para relajarse, divertirse, expresar alegría y satisfacción (Hernández y Viadela, 2002). Se preocupan de forma extrema por todo, y es frecuente que reporten pensamientos de tipo catastrofizante; además de una marcada tendencia a la rumiación o cavilación sobre la incapacidad personal, un futuro negativo y la falta de apoyo social (Lo, Ho y Hollon, 2008; Ryder, Bagby y Dion, 2001).

Estas personas se ven a sí mismas como poco merecedores de afecto y felicidad; y con poca probabilidad de que en el futuro las cosas mejoren; por el contrario, esperan que algo malo ocurra, en especial porque ellos mismos se sienten incapaces de provocar consecuencias positivas en su vida debido a la fuerte sensación de incapacidad e

inutilidad y a la tendencia a culparse por los eventos malos que ocurren a su alrededor; se muestran altamente críticos, proclives a la censura y dados a la discusión con otros, características que empobrecen su contacto social y merman la calidad de sus ya escasas relaciones (Huprich, Porcerellim, Keaschuk, Binienda y Engle, 2007; Ryder, Bagby, Marshall y Costa, 2005).

Desde este punto de vista, la diferencia radicaría en las condiciones de aparición, la duración, estabilidad y el pronóstico de los síntomas (Markowitz et al., 2005; McDermut, Zimmerman y Chelminski, 2003), pero esta es una mirada simplista de un asunto que de fondo es más complejo, ya que entre los trastornos del estado de ánimo se clasifican formas de depresión como la distimia caracterizadas por la permanencia de una cierta forma depresiva de pensar, sentir y actuar, que cumpliría la condición de durabilidad y estabilidad en los síntomas (Martin-Carbonel et al., 2012); condiciones que la hacen indiferenciable de las que se proponen como típicas del trastorno depresivo de la personalidad; cabe notar que desde esta perspectiva la presencia de rasgos depresivos incrementaría el riesgo de estados depresivos (Spielberger, Agudelo y Buela-Casal, 2008).

El modelo dimensional de la depresión pretende ir más allá de la clasificación centrada en la expresión temporal de los trastornos del estado de ánimo, ya que propone la existencia de al menos dos dimensiones, en las que estos ocurren, una sintomatológica y otra temporal. En la dimensión sintomatológica se valora la severidad con la que los síntomas se presentan, y va desde el extremo de la normalidad hasta el de la psicopatología (Agudelo Vélez, 2009); y la dimensión temporal, referida a la duración de los síntomas en términos de permanencia o temporalidad definida. Dando lugar a una combinación sintomatológica temporal que permite ver los distintos matices o grados de ocurrencia de distintas combinaciones que podrían representar

verdaderamente la forma como ocurre la depresión.

Estas dimensiones generan combinaciones diversas ya que podría haber eventos de baja duración y alta severidad (Episodio depresivo mayor, mínimo 2 semanas), los de alta duración y baja severidad (Distimia: 2 años mínimo), los de alta severidad y alta duración (Trastorno depresivo de la personalidad o el trastorno depresivo mayor) y los de baja severidad y baja duración que corresponderían a las respuestas reactivas ante eventos que desequilibran emocionalmente a la persona pero no la desestabilizan de forma permanente. Esto para los trastornos del estado de ánimo que no implican ciclos de manía, pues esto le agregaría un eje de análisis entre la exaltación normal y los estados de exaltación clínica que caracterizan a algunos de los episodios de hipermanía propios del trastorno bipolar. Pero aparecen de nuevo discusiones en torno a la clasificación ya que en el trastorno depresivo de la personalidad los síntomas podrían perdurar pero tener ciclos de agudización, y en el trastorno depresivo mayor se cumplirían los criterios de severidad pero no necesariamente los de duración (Bagby, Rider y Sculler, 2003; Nivoli et al., 2011).

Los modelos tradicionales centran su atención en los extremos de afectividad positiva-afectividad negativa (Anderson y Hope, 2008) (componente afectivo de la depresión) pero miran de forma simplista un evento de por si complejo; en los nuevos modelos como el propuesto por Lazary et al. (2009) se habla de siete dimensiones emocionales: Voluntad, deseo, ira, inhibición, sensibilidad, afrontamiento y control; que se combinan dando lugar a doce tipos del temperamento afectivo que tienen su base en la personalidad, entre los que se encuentran la depresión unipolar y bipolar (Altshuler, 2010; Lara et al., 2012). Cabe destacar que gran parte del repertorio conductual, cognitivo y emocional que hace parte del temperamento es aprendido, aunque sin duda con una base genética (Carvalho et al., 2013; Rihmer y Akiskal, 2010).

Los límites de la comprobación de la proporción heredada ni de su base innata se han logrado establecer, pero estudios genéticos poblacionales como el de Ørstavik, Kendler, Czajkowski, Tambs y Reichborn-Kjennerud (2007) muestran una sustancial superposición entre los trastornos del estado de ánimo y el trastorno depresivo de la personalidad, pero no total, tal como lo había propuesto Farmer y Chapman (2002); de otra parte, la varianza explicada por los factores genéticos en mujeres solo fue del 50% y en hombres del 25%. Las personas diagnosticadas con distimia y las diagnosticadas con trastorno depresivo de la personalidad tienen más probabilidades de tener diagnósticos actuales de depresión mayor y las tasas más altas de toda la vida de fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad generalizada (McDermut et al., 2003).

También eran dos veces más propensos a ser diagnosticados con otro trastorno del eje II, fueron más suicidas en el momento de su evaluación, tenían más probabilidades de haber presentado un intento previo de suicidio; y se mostraban más hostiles (Huprich, 2000). Cabe notar que los estudios de prevalencia de los trastornos de la personalidad depresiva han sido escasos y que ello reafirma la idea de considerar este un campo de exploración prometedor que podrá facilitar la comprensión de los procesos de inicio y mantenimiento de algunos de los más importantes problemas de salud mental que aquejan al mundo actual.

### 2.5. Clasificación y Subtipos de Depresión

Se han propuesto diversas clasificaciones de los trastornos depresivos teniendo en cuenta su origen (endógena/exógena), aparición de síntomas asociados o no a otra entidad mental (primaria/secundaria), y la propuesta de una clasificación general de

acuerdo con la naturaleza de los síntomas (Trastornos del estado de ánimo). Esta última corresponde al sistema de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales DSM y CIE, que aunque discutido aún tiene vigencia y cuenta con la solidez teórica necesaria para lograr ser comprehensiva. El CIE aporta a la discusión una mirada más política y social, ya que no tiene el juzgamiento sobre la influencia de grupos con intereses económicos de la que se ha acusado al sistema DSM. Así mismo, el CIE aporta precisión en los detalles de la forma de expresión de los episodios e incluye otros problemas afectivos.

La depresión se expresa de diversas maneras y a través de una constelación de combinaciones de síntomas que varían de acuerdo con el tipo, intensidad, duración y recurrencia; diversidad que ha sido recogida en la categoría de trastornos del estado de ánimo caracterizados por que afectan a diario el estado emocional de la persona expresado en síntomas de carácter depresivo o de carácter maniaco que se presentan a manera de un episodio definido o de la expresión de síntomas a lo largo del tiempo, en la que se incluyen:

Episodio depresivo mayor: se caracteriza por la presencia de al menos cinco de los síntomas enunciados posteriormente por un periodo de 2 semanas, de los cuales los dos primeros son necesarios para el diagnóstico: El estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer combinado con síntomas como pérdida de más del 5% del peso en un mes, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias casi cada día, agitación o enlentecimiento, o ideación suicida, acompañados de malestar clínicamente significativo o deterioro funcional (APA, 2002).

Trastorno depresivo mayor o depresión mayor: Es una enfermedad con síntomas recurrentes de tristeza, pérdida de interés o placer por actividades que antes solía disfrutar, pérdida o aumento de peso, dificultad para dormir o sueño excesivo, pérdida

de energía, sentimientos de poca valía, ideas de muerte y en los casos más agudos ideación suicida. Sin que se hayan presentado episodios de manía o hipomanía. Su curso es variable debido a las diferencias individuales, aunque la mayor parte remite luego de 1 o 2 años, se ha encontrado que al menos el 15% de los casos tiene un curso crónico en especial cuando no se cuenta con tratamiento o el paciente tiene edad avanzada o su nivel socioeconómico es bajo; aunque entre el 50 a 85% de las personas con tratamiento presentan nuevos episodios depresivos.

**Trastorno distímico:** Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido crónico, no suficientemente grave para cumplir los criterios de depresión mayor, y que se caracteriza por sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad, ira, aislamiento social, pérdida de interés y disminución de la actividad y la productividad. Los síntomas característicos son la presencia en un periodo superior a 2 años de un estado de ánimo triste que se expresa de forma regular y no se puede decir que la persona haya estado libre de síntomas por más de dos meses; que no está acompañado de síntomas de manía o hipomanía y no se puede considerar que se esté en un proceso de remisión parcial de un depresión mayor. Se considera de inicio temprano cuando se da antes de los 21 años y de inicio tardío cuando se inicia después de esta edad (APA, 2002).

Para su diagnóstico se considera la presencia de al menos tres de los siguientes síntomas: Baja autoestima o sentimientos de inadecuación, pesimismo o desesperanza, pérdida generalizada de interés o placer, aislamiento social, fatiga o cansancio crónicos, sentimientos de culpa o de repaso del pasado, irritabilidad excesiva o ira desmedida, eficacia general disminuida, problemas de concentración o indecisión.

**Trastornos bipolares:** Los trastornos bipolares son una severa y recurrente enfermedad psiquiátrica. De acuerdo con la clasificación del DSM-IV-TR, la característica definitoria de este tipo de trastorno es la aparición de episodios de manía o

hipomanía alternando con episodios depresivos, o que se presenta más comúnmente de forma concomitante con episodios depresivos. Los episodios son separados generalmente por períodos de recuperación con retorno a la función normal, pero la tasa de recurrencia es alta y esto tiene alto impacto negativo con la actividad social y profesional. El trastorno bipolar se subdivide en:

Trastorno bipolar I: Su diagnóstico se basa en la aparición de un episodio maniaco de duración de al menos de una semana a lo largo de la vida caracterizado por un elevado estado de ánimo anormal, persistentemente expansivo o irritable, acompañado de tres síntomas de una lista que incluye grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, no poder parar de hablar, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de actividad y participación excesiva en actividades placenteras y riesgos (Oswald et al., 2007). Todo sin que necesariamente haya ocurrido un episodio depresivo, ya que entre el 20 y el 33% de individuos con este trastorno no reportan a lo largo de su vida cuadros de depresión mayor (Cassidi y Carroll, 2001; Johnson y Kizer, 2002).

El Trastorno bipolar II: Se define por episodios recurrentes de depresión mayor alternado con la ocurrencia de episodios hipomaniacos, que son menos severos que la manía, de duración más corta; mientras que hay un cambio observable en el estado de ánimo y la función el episodio no causa deterioro marcado (Oswald et al., 2007).

Trastorno ciclotímico: Se caracterizan por una presentación crónica de bajo grado de síntomas depresivos y de síntomas hipomaniacos, que para algunos se debe más a un pródromo de los trastornos bipolares I y II y para otros corresponde más a un rasgo de personalidad. El mal humor, la impulsividad y los problemas interpersonales son síntomas característicos del trastorno ciclotímico, pero se presentan de forma más moderada que en el trastorno bipolar I o II; este trastorno tiene tasas bajas de diagnóstico y ello ha limitado su estudio (Van Meter, Youngstrom y Findling, 2012).

El trastorno bipolar no especificado: Incluye trastornos bipolares que no cumplen criterios diagnósticos que permitan clasificarlos entre los trastornos específicos definidos en esta apartado (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

Trastorno del estado de ánimo en relación con una enfermedad médica: Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo como efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: Se caracteriza por la acusada y prolongada alteración del estado de ánimo como efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

Trastorno del estado de ánimo no especificado: Incluye todos ellos trastornos depresivos que no cumplen los criterios para ser incluidos en alguna de las clasificaciones antes descritas; entre ellos el trastorno disfórico premenstrual (síntomas depresivos asociados presentes únicamente durante la última semana del ciclo menstrual), la depresión pos psicótica (aparece durante la fase residual de episodios esquizofrénicos) y el trastorno depresivo breve recurrente (episodios cortos que ocurren al menos 1 vez al mes y duran de 2 días a 2 semanas al menos 1 vez al año).

Es importante notar que en el CIE y en el DSM actuales los dos síntomas considerados principales son la anhedonia y el estado de ánimo depresivo, y estos provocan malestar clínicamente significativo; sumados a fatigabilidad y pérdida de energía, aumento o disminución del apetito y problemas de sueño, ideación y conducta suicida; y otros síntomas somáticos. CIE-10 y DSM comparten 9 síntomas de los 10 definidos en el CIE, ya que en el CIE se incluye pérdida de confianza y sentimientos de inferioridad, y el DSM incluye irritabilidad como criterio especial para depresión en

adolescentes y niños. En el trastorno Distímico el CIE-10 incluye 5 síntomas más que el DSM, uno anímico (llanto fácil) dos motores (aislamiento social y disminución de la locuacidad) y dos cognitivos (sentimientos de incapacidad de afrontar la vida diaria, pesimismo sobre el futuro y cavilaciones sobre el pasado); pero el DSM incluye aumento o disminución de peso, no incluido en CIE.

Aunque pareciera que existe una cierta claridad en los límites diagnósticos de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo, persisten serias discusiones sobre los verdaderos alcances de esta comprensión, ya que se reconoce que los síntomas de los trastornos bipolares son frecuentemente asociados a estados psicóticos y a otros trastornos de la personalidad (Renaud, Corbalan y Beaulieu, 2012), o la depresión mayor o como es el caso del trastorno bipolar II (Johnson y Kizer, 2002), o la ciclotimia que es vista como un rasgo de personalidad hostil que no implica necesariamente la necesidad de tratamiento (Van Meter, Youngstrom y Findling, 2012).

### 2.6. Características Cognitivas de la Depresión

Uno de los avances más notables en la comprensión y análisis de la depresión se ha hecho gracias a los aportes de la psicología cognitiva, ya que no solo cambió la perspectiva de la caja negra sino que además introdujo la idea de la existencia de aparatos cognitivos ordenados que procesan información y cuya actividad es la base fundamental de la forma en que las personas reciben y analizan dicha información, y de cómo se sienten y actúan a partir de ella (Estevez y Calvete, 2009).

Pero los humanos no funcionan como procesadores eficientes de información, se ha demostrado que tienen tendencia cognitiva a la automaticidad de pensamiento, especialmente referida a la relacionada con pérdida y privación, condiciones que se

consideran la base de la mayor parte de los problemas de salud mental que aquejan al mundo (Abramson et al., 2002). Estos sesgos negativos se crean a través de la experiencia y son producto de las afirmaciones explicativas del mundo que le provee su entorno social y de las experiencias tempranas vividas en un contexto específico.

Beck (1967, 1987, 1991) incorpora a la explicación y comprensión de la depresión elementos de las teorías del procesamiento de la información, e intenta mostrar la relación funcional existente entre la actitud y los esquemas de pensamiento. Los esquemas de pensamiento están conformados por conjuntos de afirmaciones explicativas del mundo y representaciones de la realidad o por lo menos de lo que el individuo cree que es la realidad, y son la base de las actitudes o juicios de valor que emite acerca de las personas, el ambiente y los sucesos que ocurren.

Entonces la depresión no sería causada por la ocurrencia de eventos depresógenos sino que se debería a la forma en que las personas procesan la información proveniente de este tipo de eventos, es decir, que tanto la emoción como las conductas son determinadas por esquemas de pensamiento específicos y dependen de la eficiencia cognitiva del individuo. Para Beck y Clark (1989) existen esquemas y pensamiento, y estilos de procesamiento típicos de cada trastorno emocional o grupo de trastornos, con contenidos cognitivos particulares; que en el caso de la depresión se caracterizan por la selectividad negativa centrada en ideas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza.

En general, los individuos deprimidos valoran los sucesos, especialmente los negativos, con una tendencia en extremo negativa, ofrecen explicaciones sobregeneralizadas, asumen que sus efectos son permanentes y que habrá recurrencia altamente generalizable; creencias que sirven como base de la denominada triada cognitiva negativa conformada por la mirada negativa del entorno social (otros

cercanos), del futuro y de sí mismo; es la base de la conducta de huida propia de la depresión (Beck y Clark, 1989; Sanz, 1998).

No obstante, el procesamiento cognitivo propio de las personas con depresión es bastante más complejo, y su comprensión implica dar una mirada detallada de los esquemas, estilos y atribuciones, de la condición selectiva del pensamiento, de los sesgos y de la subsecuente interpretación errónea que se hace de forma permanente y que provoca la aparición de los síntomas afectivos. Cabe notar que en la depresión el estilo de pensamiento tiene una doble función ya que de una parte facilita la aparición de los síntomas afectivos y de otra se convierte en su principal factor de mantenimiento.

### 2.6.1. Esquemas, estilos y atribución

La cognición es ordenada y ocurre en diversos niveles de procesamiento que van desde los pensamientos más superficiales o automáticos, que no implican mayor análisis, hasta los esquemas de pensamiento que son la base del procesamiento más complejo y estructural, cuya modificación solo se da cuando se rebaten de manera consciente y explícita los argumentos explicativos del mundo que los soportan. Estos esquemas activados de forma constante y con respuesta cada vez más automatizada se convierten en estilos de pensamiento que incluyen explicaciones acerca de los eventos y los propios comportamientos denominadas atribuciones, y se expresan fácilmente a través de los pensamientos automáticos.

Los esquemas están conformados por afirmaciones explicativas del mundo que son estables, profundas y funcionan como reglas de pensamiento, es decir que tienden a permanecer a lo largo de la vida y son usadas como base de las conclusiones que extrae la persona (Hernangómez Criado, 2012).

Algunos de estos esquemas han sido considerados negativos o disfuncionales por el efecto nocivo que tienen tanto en las emociones como en las conductas de las personas; los esquemas disfuncionales o negativos han sido considerados la base de los trastornos psicológicos, especialmente porque sesgan el procesamiento de todo el contenido que ingresa al aparato cognitivo, ya que existe la tendencia básica a confirmarlos más que a refutarlos, y las personas dan por cierto lo que piensan, así su percepción se desvíe de la realidad y les provoque sufrimiento (Zapata y Giner, 2009). Esta distorsión media entonces la forma en que la persona se relaciona con los demás, el grado de dependencia e independencia y por ende, la estabilidad emocional alcanzada.

Se considera que los esquemas disfuncionales negativos son activados diferencialmente ante la presencia de una situación estresante congruente con la preocupación del individuo (Thimm, 2010). A mayor exposición a eventos estresantes nuevos o crónicos se incrementa la accesibilidad a los esquemas y se decrementa el procesamiento voluntario; es decir, que cada vez que la persona está expuesta a nuevos eventos, los esquemas depresógenos diferenciales son activados más fácilmente y el procesamiento se vuelve automático (Teasdale, 1988). Además, se plantea que la reactivación continua de estos esquemas genera redes asociativas entre los presupuestos contenidos en los esquemas y los estímulos asociados a cada uno, se vuelven discriminantes globales; es decir que cualquiera de ellos puede activar la respuesta depresiva.

Así mismo, la sobregeneralización de la activación provoca sensibilización de los umbrales de activación de los esquemas (Williams, Mathews y MacLeod, 1996). Es decir, que la continua exposición al estrés provoca que cada vez más estímulos se hagan capaces de desencadenar la respuesta depresiva, cuyo efecto es el incremento de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión.

Los esquemas son generadores de emoción y conducta, por tanto ciertos esquemas son característicos o pueden ser característicos de ciertos patrones de comportamiento base de la personalidad (Hankin, Abramson, Miller y Haeffel, 2004; Weishaar y Beck, 2006). Los esquemas negativos son considerados la base central de la vulnerabilidad cognitiva, en concreto los que son característicos de cierto tipo de personalidad, ya que definen una alta gama de comportamientos depresivos. Estos pueden ser sociotrópicos o de autonomía; ambos especialmente asociadas al estrés interpersonal; los primeros implican actitudes y creencias referidas a la alta valoración de las relaciones interpersonales y la alta dependencia social, en contraposición a los esquemas de autonomía que se centran en la independencia, la privacidad, la autodeterminación y la libertad (Hankin, 2010; Liu y Alloy, 2010).

Los esquemas negativos sociotrópicos incluyen creencias acerca del alto valor que tienen las relaciones interpersonales y de la importancia crucial de ser aceptados, bien evaluados y apoyados por otros; de otra parte, los esquemas de autonomía incluyen creencias acerca de la necesidad de ser y actuar de forma perfecta, independiente, con autodeterminación, todo en pro del alcance de las metas personales (Jahromi, Naziri y Gargarizar, 2012). En la depresión existe un entramado cognitivo caracterizado por alta sociotropía y baja autonomía, pues se da alta dependencia y necesidad de atención social continua, condiciones que median la imagen que la persona tiene de sí mismo y la alteran.

El autoesquema o esquema mental de sí mismo puede ser positivo o negativo y está asociado directamente con la sensación de valía personal que se tiene. La depresión suele asociarse a la presencia de autoesquemas negativos en continua reevaluación debido a que los altos estándares adoptados son difíciles de cumplir (Kuiper, Olinger y MacDonald, 1988). Tanto los esquemas sociotrópicos como los de autonomía se han

asociados con diversos tipos de perfeccionismo centrado: a) En el logro de estándares rígidos socialmente prescritos, b) en el logro auto orientado por estándares de ejecución extremos y; c) en el logro orientado por otros. Así, los esquemas de perfeccionismo socialmente prescrito y los auto-orientados de logro han sido asociados con la aparición de síntomas de depresión, ya que la evaluación continua e insatisfactoria del propio comportamiento provoca estrés psicológico (Hewitt y Flett, 1991).

Todos los esquemas están en continua interacción y dan lugar a una forma permanente y automática de procesar los estímulos internos y externos denominada estilo cognitivo. Este estilo implica un reducido procesamiento ya que inhibe el análisis de información incompatible con las premisas básicas usadas para comprender y explicar los sucesos. Las atribuciones o creencias de causalidad propias de los estilos negativos se caracterizan por adjudicarle a los eventos negativos argumentos explicativos de causalidad interna como culpa y vulnerabilidad, derivadas de la idea de alta probabilidad de repetición de los eventos, por ende de bajo control sobre ellos (Moore y Fresco, 2007; van den Boogaard, Verhaak, van Dyck y Spinhoven, 2011).

Estas creencias de causalidad han sido más fácilmente observables en adolescentes y adultos que en niños (Calvete, Villardón y Estevez, 2008), probablemente por la diferencia en el nivel de desarrollo cognitivo, porque las atribuciones de consecuencia implican mayor capacidad de abstracción o porque este estilo de pensamiento más que predictor es un modulador de los cuadros depresivos; ambas hipótesis requieren nuevas investigaciones que permitan dilucidar este dilema.

Por ahora, está claro que en la depresión predomina el estilo de pensamiento negativo caracterizado por las atribuciones estables, globales e internas en especial de los eventos vitales negativos a los que les asignan evaluaciones del impacto y de las consecuencias igualmente negativas, lo que incrementa el riesgo de depresión (Alloy,

Abramson, Safford y Gibb, 2006; Klieman y Riskind, 2012; Safford, Alloy, Abramson y Crossfield, 2007) y por ende el de suicidio, aunque es preciso ampliar la investigación a este respecto.

Estudios prospectivos realizados con niños a punto de entrar en la adolescencia han permitido establecer que quienes tienen estilo de pensamiento negativo en la infancia con mayor frecuencia presentan síntomas depresivos inmediatos y futuros (Cola, Samuel y Hollon, 2008). Asimismo, un estudio realizado con adultos en el que se analizó la presencia de estilos cognitivos negativos y la historia de depresión como predictores de riesgo de depresión, se encontró que entre los participantes no deprimidos con estilos de pensamientos negativos el 16.2% experimentó un cuadro depresivo mayor mientras que en el grupo de bajo riesgo solo el 2.7% mostró algún síntoma de depresión (Alloy et al., 2006). Estos hallazgos fueron confirmados en la investigación realizada por Iacoviello con un seguimiento de dos años y medio a participantes sin reporte de depresión, en el que evaluaron la presencia de estilos cognitivos negativos y encontraron que no solo estaban asociados a la aparición de depresión sino que además se relacionaron con su severidad, cronicidad y recurrencia (Iacoviello, Alloy, Abramson, Whitehouse y Hogan, 2006).

En resumen, en la depresión los estilos de pensamientos negativos, basados en esquemas negativos y productores de afirmaciones atribucionales absolutistas son activados por los acontecimientos vitales estresantes; estilo negativo que se convierte en predisponente y mantenedor de los síntomas determinando su intensidad, duración y recurrencia. Aunque a este respecto hay mucho por indagar para develar la especificidad real de los esquemas, estilos y atribuciones pues la alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad pone en duda tal especificidad.

### 2.6.2. Procesamiento selectivo

Sin pretender hacer una exposición exhaustiva de un fenómeno bastante complejo como la cognición humana, en breves palabras se puede decir que el procesamiento de información: 1) Parte de información, que proviene del medio o de las condiciones internas; 2) dicha información es procesada y analizada (percepción) antes de ser llevada como información de entrada para ser reconocida y atendida (atención); 3) la información procesada por la memoria operativa de forma mantenida es preparada para la codificación y almacenamiento en la memoria de largo plazo para que posteriormente sea recuperada según las necesidades (memoria operativa y de largo plazo); 4) en este proceso la información considerada irrelevante se pierde o es ignorada, ya que no pasa de la memoria sensorial (decaimiento) o llega al proceso de atención que dura tan solo unos instantes si la información es clasificada como poco importante o no es compatible con los patrones de reconocimiento usados para identificarla (Laehey y Harris, 2000).

Cabe notar que todo el procesamiento cognitivo está mediado por el material ya almacenado, las decisiones acerca de los estímulos relevantes son tomadas de acuerdo con el material previo disponible en la memoria a largo plazo, la memoria operativa procesa información proveniente de dos fuentes: La nueva información sensorial y la información previamente aprendida que ha sido recuperada para facilitar el procesamiento de la nueva información; y la información que es almacenada en la memoria a largo plazo es codificada a partir de las categorías o esquemas preestablecidos. Podría decirse que el sistema no es eficiente porque la información nueva puede ser malinterpretada o transformada a partir de la información existente.

Las teorías cognitivas de la depresión plantean que diversos procesos de

pensamiento están implicados en el desarrollo, mantenimiento y recurrencia de los episodios depresivos. Estudios experimentales, con resultados relativamente consistentes, han permitido establecer que pacientes con depresión presentan alteraciones en atención, percepción, interpretación y memoria (Blaut, Paulewicz, Szastok, Prochwicz y Koste, 2013); variaciones que afectan la regulación emocional, la evaluación de sí mismo y la valoración de los eventos. Entre las alteraciones más importantes se han encontrado sesgos inhibitorios, aumento del tiempo de elaboración de la información negativa, dificultad en el control de desligue de información negativa, déficits en la memoria de trabajo, rumiación y limitaciones en el procesamiento de estímulos relacionados con información positiva (Dai y Feng, 2012; Kircanski, Joormann y Gotlib, 2007).

Para el caso de la depresión, la información consistente o que reconfirma los presupuestos contenidos en los esquemas es retomada tal cual llega del medio, se elabora e incorpora al sistema de pensamiento, y se almacena como parte de la memoria emocional, por ello es fácilmente recuperable. Por el contrario, la información incompatible o que contrasta las premisas básicas de pensamiento en la depresión, es difícilmente procesada y por ello olvidada, o es convertida en información compatible ya sea porque se retoman fragmentos compatibles con el esquema o porque se hace una reinterpretación basada en los esquemas centrales (Beck, 2008).

En la depresión el procesamiento está centrado en la información emocional negativa en combinación con una marcada disfunción en el procesamiento de información emocional positiva. Esta congruencia perceptiva con el estado emocional, denominada *sesgo congruente con el humor* (Gotlib et al., 2004) o déficit en la inhibición de material congruente con el estado de ánimo (Joormann, Yoon y Zetsche, 2007), consiste en un prolongado procesamiento de información negativa, o rumiación,

que compite con la detección de información incongruente y mantiene los síntomas depresivos (McLaughlin, Borbovec y Sibrava, 2007).

Un estudio en el que se presentaban rostros enfadados a 20 pacientes deprimidos y a 20 participantes no deprimidos, mostró que el grupo experimental mantenía más tiempo la atención sobre los rostros enojados que sobre los rostros con expresión neutra, y la atención sobre los rostros neutros era más fácilmente interrumpida (Leyman, De Raedt, Schacht y Koster, 2007). Así mismo, se evaluaron los sesgos atencionales de facilitación e inhibición en 40 pacientes con depresión comparándolos con 40 personas sanas; les presentaban a ambos grupos una lista de palabras de contenido depresivo y otra de contenido neutro; al comparar los tiempos de reacción de facilitación e inhibición no encontraron diferencias en la lista neutra, por el contrario, ante la lista de palabras depresivas el grupo de deprimidos mostró mayor facilitación y menor desinhibición de la atención que el grupo control (Leung, Lee, Yip, Li y Wong, 2009).

Esta atención selectiva centrada en el procesamiento de información negativa está asociada tanto a la facilitación de la atención o concentración inicial selectiva de la información de entrada, como a la inhibición de la atención o control en la detención del procesamiento y evitar pensar en vivencias negativas; es decir, que no solo se atiende más a información negativa sino que se dedica más tiempo a procesarla sin control sobre el pensamiento ni sobre la emoción derivada de éste (Joormann y D'Avanzato, 2010; Joormann y Gotlib, 2008). La prolongación del tiempo de focalización sensorial, ha sido llamado focalización atencional y se ha medido en pacientes deprimidos a través de registros psicofisiológicos del enfoque y mantenimiento, observaciones que mostraron que una vez el estímulo se ha convertido en foco de atención es mayor el mantenimiento atencional ante estímulos negativos (Caseras, Gamer, Bradley y Mogg, 2007) y menor tiempo de atención a estímulos positivos que pueden resultar

incongruentes con el estado de ánimo y generan interferencia emocional (Goeleven, De Raedt, Baert y Koster, 2006; Liu, Wang, Zhao, Ning y Chan, 2012).

Al parecer debido a una dificultad en el desligue de la información negativa (Koster, De Raedt, Leyman y De Lissnyder, 2010) que se ve incrementada en relación con la agudización de la sintomatología depresiva. Pero este es un campo incipiente y merece mayor investigación, especialmente si se tiene en cuenta que los hallazgos de los estudios no son del todo consistentes, probablemente debido a que las distintas estrategias de evocación y repetición implican procesos cognitivos diferentes y aún no se ha analizado en detalle el efecto de la repetición de información negativa y su relación con la activación de esquemas depresógenos; además de que no en todas las investigaciones se cuenta con equipos de alta tecnología y ello cambia en alguna medida la naturaleza de la tarea a realizar.

Diversos investigadores han demostrado que los pacientes con depresión se caracterizan por presentar sesgos de memoria y razonamiento selectivos (Joormann et al., 2010; Joormann, Talbot y Gotlib, 2007; Joormann, Yoon y Zetsche, 2007); pacientes deprimidos recuerdan de forma más eficiente listas de palabras negativas que personas sin el trastorno, y además muestran mayor análisis y aumento de la excitación asociada a esta lista que a la de palabras con contenido positivo, congruente con el grado de anhedonia (Liu et al., 2012). Con resultados similares, en un estudio de la misma naturaleza con 708 pacientes con depresión se notó la existencia de dicho sesgo de recuperación de información negativa en la memoria episódica relacionada con eventos negativos reportados por los pacientes (Airaksinen, Wahlin, Forsell y Larsson, 2007).

Así mismo, el sesgo de memoria se ha estudiado registrando el tiempo invertido para analizar información emocional negativa, o memoria de trabajo de contenido

emocional negativo en pacientes deprimidos, reconfirmando que ellos tienen mayor rendimiento de memoria frente a caras tristes (Linden et al., 2011), la tendencia a recuperar más fácilmente y procesar analíticamente información emocional negativa autobiográfica (Brewin, Reynolds y Tata, 1999; Gotlib y Joormann, 2010; Mathews y MacLeod, 2005).

### 2.6.3. Especificidad de los sesgos

En el modelo de diátesis-cognitiva estrés (Williams, Mathews y Mc Lead, 1996), que determina los factores de vulnerabilidad psicológica asociados a la aparición y mantenimiento de la depresión, se propone la existencia de sesgos o tendencias cognitivas de procesamiento que afecta la atención y altera la capacidad de procesar y recuperar información emocional negativa y positiva. Se han identificado al menos tres tipos de sesgos: Los atencionales, los de memoria y los combinados.

Los sesgos atencionales implican que la persona centra su atención en el procesamiento e incorporación de un tipo de información específica. En pacientes deprimidos predominan los sesgos atencionales negativos, ya que estos centran su atención en el procesamiento e incorporación de información negativa en especial de corte emocional; en diversos estudios se ha demostrado que las personas con depresión dedican más tiempo a procesar estímulos verbales de contenido negativo o asociados a emocionalidad negativa que a estímulos verbales positivos o asociados a emocionalidad positiva (Dai y Feng, 2011; Donaldson, Lam y Mathews, 2007).

Pero la atención implica diversos procesos como el inicio o focalización y el mantenimiento o concentración, por ello es importante aclarar que en la depresión no se habla de un sesgo atencional inicial sino de un sesgo de mantenimiento, que indica que

no es que se capte mejor información negativa que positiva, sino que una vez se centra la atención en información negativa, es más difícil inhibir la concentración en ella y redirigir la atención. Sumada a la facilidad de desligarse que se tiene cuando se procesa información positiva, especialmente si la información que compite es negativa (Caseras et al., 2007; Leyman et al., 2007).

Para aumentar la comprensión del funcionamiento de los sesgos atencionales se ha evaluado el procesamiento de estímulos verbales negativos y expresiones faciales que indican emociones desfavorables como enojo y tristeza, y se ha demostrado que ambos estímulos atraen más fácilmente la atención de los pacientes deprimidos (De Raedt y Koster, 2010; Disner, Beevers, Haigh y Beck, 2011; Joormann y Gotlib, 2010). Este mismo sesgo está representado en la evitación de información verbal y visual relacionada con emociones positivas (Shane y Peterson, 2007). Personas deprimidas, atienden selectivamente a rostros tristes y de la misma forma evitan atender a caras que expresan felicidad y tienen dificultad en la separación o desenfoco del estímulo negativo (Joormann y Gotlib, 2007; Koster, De Lissnyder, Derakshan y De Raedt, 2011; Koster, De Raedt, Goeleven, Franck y Crombez, 2005; Koster, De Raedt, Leyman y De Lissnyder, 2010).

El sesgo atencional está asociado a mayor reactividad emocional debido a que se atiende a información negativa más fácilmente, al tiempo que se ignora la información positiva o se pierde más fácilmente el procesamiento cognitivo de ella; condiciones que propician mayor tiempo de contacto con la información emocional negativa asociada a la aparición y mantenimiento de emociones displacenteras propias de la depresión (Joormann y Gotlib, 2007), entonces no sería el sesgo el que causa la depresión sino la alta reactividad emocional asociada al mismo la que desencadena y mantiene el cuadro depresivo.

Se propone que los sesgos de memoria en pacientes deprimidos implican una mejora de recuperación del contenido relativo a eventos negativos y marcada dificultad para recuperar información relacionada con eventos positivos (Mateo Vázquez y Campbell, 1992). Al comparar la calidad de la memoria episódica de eventos positivos en pacientes deprimidos y no deprimidos, en general la memoria se caracterizó por tener menor la cantidad de recuerdos positivos evocados, inespecífica y poco detallada, con menor auto perspectiva y menor conciencia de la vivencia (Lemogne et al., 2005). En otras palabras, los pacientes deprimidos recordaban los eventos positivos con menor detalle, lo referían como algo observado más que vivido y tenían gran dificultad para evocarlos espontáneamente.

Explorando la base funcional de este sesgo de memoria, se compararon las áreas de activación frente a recuerdos positivos en pacientes con depresión y personas sanas, y observaron que mientras que en las personas sanas la recuperación de la memoria activaba el giro fusiforme y la corteza pre-frontal, en pacientes deprimidos se activaban principalmente amígdala y corteza cingulada; diferencia que podría deberse a la existencia de una vulnerabilidad estructural del soporte de almacenamiento de la memoria positiva (van Eijndhoven et al., 2009).

Estos hallazgos resultan congruentes con otros estudios en los que se comparan pacientes con personas sanas respecto de la sensibilidad en la evocación de eventos positivos, negativos y neutros; y los deprimidos mostraron mayor sensibilidad para activar la amígdala derecha, el hipocampo y el núcleo caudado en procesos de consolidación de memoria; y mayor recuerdo de información negativa acompañado de menor recuerdo de información positiva (Hamilton y Glotib, 2008). Sin embargo, este es un terreno aún en estudio exploratorio, y se requieren nuevos estudios que permitan corroborar y comprender la naturaleza de estas diferencias en el procesamiento.

El sesgo combinado, considerado una explicación de la congruencia cognitiva, implica la relación existente entre sesgos de memoria negativos, los sesgos de atención, los sesgos de interpretación y los sesgos de control; ya que la alteración de sesgo atencional afecta el procesamiento de material emocional positivo y facilita la recuperación de memoria congruente con el estado de ánimo en la depresión y perpetúa la atención en los eventos negativos presentes, distorsiona la información procesada y la persona continua procesando de forma circular el contenido negativo recuperado (Everaert, Koster y Derakshan, 2012). En esta misma línea, la coherencia entre el sesgo atencional y el sesgo de memoria congruentes con el estado de ánimo en pacientes disfóricos se observa ya que el sesgo atencional determina la existencia del sesgo de memoria positiva (Koster et al., 2010).

Pero son pocos los estudios que pretenden conocer y describir los mecanismos de interacción de los distintos sesgos cognitivos, y se han analizado los efectos de cada sesgo a través de arreglos experimentales que pretenden aislar cada evento cognitivo para lograr observarlo, sin que se alcance a evidenciar el procesamiento como un proceso global y la relación entre sesgos y esquemas o estilos de pensamiento específicos; de otra parte es importante analizar sí la presencia de múltiples sesgos tiene un efecto aditivo y potenciador de la agudización de los síntomas de depresión, y de estudiar qué tipo de sesgos tienen mayor impacto en el estado de ánimo; todo para lograr desarrollar modelos predictivos potentes que faciliten la prevención de la depresión (Everaert et al., 2012).

Cabe notar que uno de los primeros modelos en los que se atribuye un papel fundamental a la asociación de los distintos sesgos cognitivos es la teoría del esquema de Beck (Beck, 2008; Clark, Beck y Alford, 1999). En esta teoría se afirma que personas propensas a la depresión tienen esquemas negativos, que son representaciones

mentales disfuncionales sobre sí mismos, desarrollados en respuesta a experiencias tempranas. Los esquemas son activados por eventos estresantes de la vida, y son estos esquemas negativos precisamente los que producen sesgos congruentes de atención, interpretación, y memoria de información de autorreferencial; pero no se explicita la posible interacción diferencial entre los sesgos.

### 2.6.4. Sesgo de interpretación

El sesgo de interpretación de la información o análisis erróneo se produce debido a que la información procesada bajo errores de percepción (sesgo atencional) y de procesamiento (sesgos de memoria y sesgos combinados) es alterada, y su contenido no corresponde a la realidad; máxime cuando los análisis ulteriores se basan en los esquemas cognitivos que funcionan como directrices de procesamiento de la información proveniente del medio, y estos de por sí pueden ser mal adaptativos (Vázquez et al., 2000).

La teoría cognitiva de la depresión propone que quienes se deprimen tienden a interpretar información ambigua de forma negativa, y que este sesgo interpretativo juega un papel determinante en el inicio y mantenimiento del trastorno (Beck, 1976) e incluso puede predecir su aparición (Blackwell y Holmes, 2010; Holmes, Lang y Shah, 2009). Algunos pacientes manifiestan mayor sesgo negativo en la interpretación de señales sociales (Cane y Gotlib, 1985), y sesgo negativo al procesar información verbal pero no al interpretar información escrita (Mogg, Bradburry y Bradley, 2006).

Gran parte de la información que se transmite en los contextos sociales es de carácter ambiguo, una sonrisa puede representar refuerzo o burla, y su interpretación adecuada es difícil sobre todo si existen sesgos negativos que alteran las inferencias

extraídas respecto de la vivencia social. Sesgos que afectan la vivencia de la experiencia afectiva social y por ende la respuesta emocional estable que media la interacción social (Gollan et al., 2012). La interpretación de información emocional social ambigua es predominante en pacientes con trastornos del estado de ánimo y provoca reacciones emocionales negativas debido a que es transformada en información negativa plena a través de la interpretación sesgada (Wisco y Nolen-Hoeksema, 2010).

En la depresión se ve alterada la capacidad individual para reconocer con precisión la valencia positiva o negativa de señales sociales emotivas; alteración evidenciada en la demora y baja precisión para ubicar señales sociales positivas y en el incremento de la intensidad de señales explícitas requeridas para detectar felicidad en otros (Gollan et al., 2013; Hammar, Lund y Hugdahl, 2003; Murrough, Iacovello, Neymeister, Charney y Iosifescu, 2011; Naranjo et al., 2011); además de una marcada tendencia a interpretar como negativa información social emotiva neutra (Alter, 2011; Gollan, Pane, McCloskey y Coccaro, 2008; Habel y Alter, 2011), percibir tristeza en caras que muestran ligero abatimiento y ubicar caras tristes con mayor facilidad en ambientes sociales (Sterzer, Hildenfeldt, Freudenberg, Bermpohi y Adli, 2011). Es decir, que la depresión podría ser iniciada y mantenida debido a dificultades en el procesamiento cognitivo de la información emocional, representada en la reactividad elevada a las expresiones faciales negativas y en la reactividad relativamente baja a las expresiones faciales positivas.

Un metanálisis confirma la existencia de este sesgo de interpretación de la información con una base clara en la tendencia a filtrar información negativa, congruente con el contenido negativo previo almacenado en la memoria y organizado a través de los esquemas de pensamiento, que también son favorecedores de un estilo de pensamiento negativo aún en pacientes con síntomas de depresión en remisión; sumado

al sesgo de procesamiento de información positiva que se tiende a considerar como irrelevante o insuficiente (Peckham, McHugh y Otto, 2010).

La elaboración sesgada depende de la activación de redes de memoria sesgadas que se activan con las conclusiones negativas propias del procesamiento dado por las personas deprimidas y facilitan la producción de conclusiones acerca de los eventos igualmente sesgados (Ingram, 1984). Que son potenciadas por las memorias emocionales negativas típicas de situaciones negativas vividas previamente, que facilitan la aparición y mantenimiento de nuevos eventos de depresión. Como resultado de este proceso de reutilizamiento de cogniciones negativas a través de diversas redes de la memoria, el material elaborado se codifica más profundamente en las redes de memoria depresivas y se aumenta la posibilidad de que el contenido de la memoria negativa se active en el futuro. Esta interacción en la elaboración de memoria sesgada aumenta la vulnerabilidad para la depresión y predice futuros episodios depresivos.

Se ha evidenciado la existencia de relaciones causales entre los sesgos, así las personas con depresión experimentan eventos de memoria intrusiva autobiográfica negativa que dispara la rumiación y el contenido recordado es interpretado cada vez más negativamente, de la misma forma la alta frecuencia de memoria intrusiva está asociada a la severidad de los síntomas (Carlier, Voerman y Gersons, 2000; Starr y Moulds, 2006). Igualmente, en exploración visual naturalista hecha con pacientes disfóricos se detectó la existencia de una estrecha relación entre los sesgos de atención y los sesgos de memoria (Ellis, Beevers y Wells, 2011).

Los errores cognitivos provenientes de los sesgos de interpretación, son distorsiones sistemáticas de la realidad que envuelven conclusiones erróneas, Beck (1991) identificó siete categorías de errores de interpretación de la realidad: Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, catastrofización, minimización,

personalización y pensamiento dicotómico; categorías que fueron reconfirmadas por A. Ellis años después (Dryden y Ellis, 2001); y han sido relacionados con la aparición y mantenimiento de varios trastornos, entre los que se cuenta la depresión (Henriques y Leitenberg, 2002; Lester, Mathews, Davison, Burgess y Yiend 2011).

De otra parte, se ha demostrado que la memoria es afectada y sesgada cuando las personas tienen sesgos de interpretación negativos inducidos experimentalmente, más fácilmente adoptados por personas que ya poseían otros sesgos de interpretación (Tran, Hertel y Joormann, 2011); en otras palabras, la interpretación errónea puede ser incrementada si el ambiente le provee al sujeto información negativa igualmente errónea, y ello altera la información que es almacenada respecto de los distintos eventos, en especial de los que son considerados negativos. Condición que, sin duda, incrementa la vulnerabilidad a la depresión, ya que cada vez se hace más estable la tendencia a recordar eventos negativos que son analizados con esquemas y sesgos negativos; procesamiento que conduce a conclusiones interpretativas erróneas acerca de la realidad.

A pesar de la evidencia sobre la relación entre los sesgos cognitivos, ninguna investigación hasta la fecha ha examinado cómo la conexión entre los diversos sesgos cognitivos puede ser provocada por deficiencias en el control cognitivo. Dado que el control cognitivo como proceso global podría ser responsable de las relaciones observadas entre los sesgos cognitivos en la depresión, la investigación futura debe analizar sistemáticamente el papel modulador de las deficiencias de control cognitivo en relación con sesgos cognitivos si se tiene en cuenta las posibles variaciones cognitivas debidas a la cultura. También hay necesidad de investigar la relación entre los sesgos cognitivos en una variedad de muestras, entre las que se deben incluir diversos trastornos del estado de ánimo, grupos con distintos niveles de riesgo, género y edad, o

grupos culturalmente diversos.

## 2.7. Modelos y Teorías Explicativas de la Depresión

A lo largo del tiempo se han propuesto diversos modelos explicativos de la depresión que se han reflejado en los diversos momentos de desarrollo la psicología misma, que al principio se organizó por enfoques y escuelas, y por ello se producen teorías centradas en un aspecto específico de la depresión. De este modo las teorías conductuales centraron su atención en los mecanismos de aprendizaje involucrados en la adquisición y mantenimiento del trastorno [p.e., la Teoría de la Indefensión Aprendida propuesta por M. Seligman (1983) y la Teoría de la disminución del refuerzo positivo de Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979)]; las teorías cognitivas plantearon que la base de este tipo de trastornos está en la forma en que las personas procesan la información (p. ej. la Teoría Cognitiva de Beck); y un grupo de teorías psicobiológicas aportaron el análisis de las bases anatómicas, fisiológicas y genéticas de los trastornos del estado de ánimo (p.e., los modelos centrados en las acción de las catecolaminas en la regulación emocional (Friedman y Thase, 1995).

Pero los avances científicos han mostrado que la persona funciona como un todo y que el estudio de componentes aislados solo proporciona conocimiento fraccionado e insuficiente de una realidad que es más compleja, especialmente si se trata de la comprensión de los trastornos emocionales. En la actualidad, tienen vigencia tres propuestas con distintos alcances que han intentado explicar de manera suficiente el inicio y curso de la depresión: El modelo de triple vulnerabilidad, el modelo de la diátesis cognitiva-estrés, y el modelo tripartito.

### 2.7.1. Concepto de triple vulnerabilidad

Múltiples factores cognitivos, biológicos y sociales de manera independiente han sido relacionados con el inicio y curso de la ansiedad y la depresión, pero su acción individual no es suficiente para que ocurran estos trastornos, en especial cuando estos se inician a causa de eventos estresantes (Barlow, 2002, Carver, Johnson y Joormann, 2008, Suárez, Bennett, Goldstein y Barlow, 2009), por ello Barlow propone un modelo en el que integra hallazgos en el campo de la genética, la personalidad, la ciencia cognitiva, la neurociencia, la emoción y la teorías del aprendizaje; También recoge la discusión de las condiciones comunes o transdiagnósticas de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Y además reconoce la estrecha comunalidad en la etiología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Barlow, 2008).

El modelo de la triple vulnerabilidad de H. Barlow (2000, 2002, 2008) plantea que tres vulnerabilidades contribuyen a la etiología de los trastornos emocionales en general: (1) La vulnerabilidad biológica general, en la que se incluyen dimensiones del temperamento como el neuroticismo y extraversión; (2) la vulnerabilidad psicológica general, que implica el nivel de control percibido sobre la tensión y sobre los estados emocionales, y (3) una vulnerabilidad psicológica específica a un trastorno. Esto propone la existencia de procesos transdiagnósticos con rasgos comunes amplios entre los trastornos (Barlow et al., 2011).

La vulnerabilidad biológica hace referencia a disposiciones genéticas estables que definen la forma como se experimentan las emociones negativas y corresponden a las dimensiones principales del temperamento. Tanto el neuroticismo como la extraversión han sido asociados a la aparición de la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo con

un peso explicativo entre el 30% y el 50% (Bienvenu, Hettema, Neale, Prescott y Kendler, 2007; Hettema, Neale, Myers, Prescott y Kendler, 2006); especialmente con la baja extraversión ha sido asociada a la depresión (Brown y Barlow, 2009), primordialmente en el desarrollo, agudización y mantenimiento de este trastorno (Brown y Rosellini, 2011; Hankin, 2010). Existe amplia evidencia sobre la vulnerabilidad biológica general fundamentada en el neuroticismo y la extraversión (Hettema et al., 2006), y su efecto en la intensificación de la severidad, la recurrencia y el mantenimiento de la depresión (Brown, 2007).

La vulnerabilidad psicológica general, que es temporalmente estable, surge a partir de las experiencias ocurridas durante la primera infancia, en especial si se viven en un medio ambiente rico en estrés altamente impredecible o se cuenta con la influencia de estilos de crianza específicos (relacionados con el tipo de apego) que inhiben el desarrollo de habilidades de afrontamiento eficaces y afectan la autoeficacia personal. Son estas experiencias negativas las que provocan la sensación general de incertidumbre y falta de control sobre los acontecimientos vitales, y las emociones que estos evocan; que acompañadas de alta activación del sistema nervioso simpático (Barlow, 2002) facilitan la aparición de trastornos depresivos, en especial si se conjuga con la vulnerabilidad biológica.

No es Barlow quien introduce el control percibido en la discusión, previamente otros autores como Rotter (1966), que enuncia la existencia del locus de control; y M. Seligman (1983), que basa su teoría de la indefensión debida a la pérdida de control sobre las contingencias, habían notado el efecto que este tiene sobre el incremento en la incidencia de trastornos emocionales; sin embargo la literatura al respecto no es abundante, en especial si se trata de los trastornos del estado de ánimo.

La vulnerabilidad psicológica específica, caracterizada por ser relativa y

dependiente de los factores del entorno, está representada en las experiencias de aprendizaje de la persona asociadas a la adquisición de actitudes negativas basadas en esquemas disfuncionales, la baja tolerancia a la incertidumbre y la fusión pensamiento-acción. Tanto la baja tolerancia a la incertidumbre como la fusión pensamiento-conducta han sido establemente asociados a diversos trastornos de ansiedad pero no a los trastornos del estado de ánimo (Brown y Naragon-Gainey, 2013), aunque en algunos estudios en los que se pretendía poner a prueba el modelo para cuatro trastornos mentales se concluyó que la depresión se asociaba a la baja extraversión pero no a las actitudes negativas (Brown y Naragon-Gainey, 2013).

De otra parte, las actitudes negativas están compuestas por presupuestos negativos acerca del sí mismo, el mundo y el futuro (Weissman y Beck, 1978) y parecen tener el carácter de ser específicas en la potenciación de la depresión (Klein, Durbin y Shankman, 2002; Sutton et al., 2011). Recientemente, Barlow propuso que la desregulación emocional podría hacer parte de la vulnerabilidad psicológica propia de los trastornos emocionales (Carl, Soskin, Kerns y Barlow, 2013; Sauer-Zabala et al., 2012), abriendo un nuevo campo de investigación al respecto.

De acuerdo con el modelo, si las dos vulnerabilidades generales se conjugan, la persona tiene alto riesgo de experimentar un trastorno emocional (Suárez et al., 2009), y es la vulnerabilidad específica la que determina el tipo de trastorno (depresión o ansiedad) derivado de los procesos de aprendizaje directos o de modelamiento (Fergus y Wu, 2011). Pero no ha sido ampliamente estudiada la interacción en conjunto de las tres vulnerabilidades, en un estudio llevado a cabo para probar el funcionamiento global del modelo de Barlow, con 700 pacientes y determinar la vulnerabilidad específica de cuatro trastornos entre ellos, depresión; se estableció que la presencia única de actitudes disfuncionales no era un factor de vulnerabilidad psicológica específica de la depresión,

pero en los casos en los que este tipo de susceptibilidad específica estaba acompañada de la vulnerabilidad biológica general (neuroticismo y extraversión), explicaban la intensificación de la severidad, recurrencia y mantenimiento de la depresión de manera más eficiente (Brown y Naragon-Gainey, 2013).

Cabe resaltar que aún no se cuenta con medidas distintas a las derivadas del sistema DSM que faciliten la evaluación de los tres componentes de la vulnerabilidad psicológica específica y den cuenta de su verdadero nivel de impacto específico; estos estudios generales permiten ver las contribuciones particulares de cada uno de los factores o componentes de un modelo y su acción específica.

Es suma, el modelo recoge la existencia de una múltiple vulnerabilidad general en dos niveles, el biológico y psicológico que contribuyen de forma distal al inicio de los problemas y trastornos emocionales; que deben estar acompañados de la vulnerabilidad psicológica específica de condición causal más próxima, para que se desarrolle un trastorno. Aunque la evidencia existente acerca de las vulnerabilidades generales es suficiente, la propuesta debe ser considerada en desarrollo ya que falta establecer la validez del constructo vulnerabilidad psicológica específica y analizar en estudios prospectivos la interacción de dichos niveles de susceptibilidad.

### 2.7.2. Modelo de diátesis cognitiva estrés

En los inicios del desarrollo de la teoría cognitiva de la depresión, se analizaron de forma aislada los distintos procesos cognitivos ante el estrés, ejemplo de ello son las teorías de la depresión A. Beck y M. Seligman, que estudian cada una un componente del procesamiento cognitivo, sin lograr un nivel explicativo y predictivo completo. No obstante, todos los desarrollos posteriores que aportan a la propuesta de vulnerabilidad

cognitiva o diátesis cognitiva al estrés se han basado en la propuesta de A. Beck, en la que se describen estructuras cognitivas negativas que sirven de base para el procesamiento de información acerca de los eventos y de sí mismo sesgándola, debido a la selectividad en los procesos de atención, recuperación y análisis de la información (Segal, Williams, Teasdale y Gemar, 1996; Williams et al., 1996), que genera una forma de negatividad crónica en el procesamiento de la información.

En la teoría de Beck (1967, 1983) se plantea que los esquemas negativos son disfuncionales pues conducen a la persona a fundar perspectivas negativas de sí mismo, el mundo y el futuro; que la hacen vulnerable de desarrollar un trastorno depresivo ante situaciones de estrés. Estos esquemas permanecen latentes y son activados cuando las condiciones adversas, o evaluadas como adversas, los activan; y dan acceso a sistemas más complejos de organización que constituyen patrones de procesamiento ulterior (Beck y Clark, 1988; Teasdale, 1988) con contenidos asociados a incapacidad y auto culpa; que a su vez limitan la respuesta efectiva ante nuevos eventos de estrés (Scher, Ingram y Segal, 2005).

Para Beck (1967, 1983) los esquemas negativos de pérdida y fracaso median la relación con el mundo circundante y provocan interpretaciones erróneas de la realidad que los hace proclives al comportamiento depresivo. Los esquemas negativos son activados una vez se evalúan como negativos los acontecimientos, luego son almacenados y reactivados de manera selectiva ante nuevos sucesos evaluados como dañinos; estos nuevos recuerdos negativos generan y reafirman esquemas negativos provocadores de sesgos cognitivos e interpretación errónea de la realidad, con la consecuente percepción del entorno como incontrolable (Cunningham, 2006).

La activación automática cada vez más frecuente y rápida de los esquemas cognitivos negativos ante los acontecimientos estresantes, implica la existencia de una

condición de reactividad cognitiva al estrés, respuesta que facilita el inicio, recaída y recurrencia de la depresión (Segal y Ingram, 1994). Tal como lo enuncian Lazarus y Folkman en la teoría cognitiva del estrés (1986) y en sus nuevos desarrollos (Sandín, 2002; Solis y Vidal, 2006), existen diferencias individuales que determinan la reactividad al estrés que depende de la estructura biológica, los recursos personales de afrontamiento, de la sensación de controlabilidad percibida del evento, de la historia personal de aprendizaje y de los recursos que el contexto social aprueba (Ordaz y Luna, 2012).

Por su parte M. Seligman, influenciado por la perspectiva cognitiva, propone el modelo de indefensión aprendida en humanos, que asume la existencia de un estilo atribucional típico de la depresión caracterizado por explicaciones de causalidad centradas en la existencia de condiciones internas, estables y globales que determinan la ocurrencia de eventos negativos; procesamiento que genera expectativas negativas acerca del futuro y facilita la consolidación de un estilo atribucional negativo considerado factor de riesgo de depresión (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Al igual que en la teoría de A. Beck, la negatividad cognitiva es agudizada por la ocurrencia de eventos estresantes que cada vez evocan con mayor automaticidad material negativo, debido a la tendencia de enfocar la atención sobre estos eventos y su impacto; sumadas a la predisposición a distorsionar la información de entrada debido a que se valoran como negativos eventos neutros y se ignoran los positivos (Scher et al., 2005).

Ambos modelos estimularon el desarrollo de gran cantidad de investigaciones que facilitaron la acumulación de evidencia sólida acerca de la asociación del estado de ánimo deprimido y factores cognitivos como atribuciones, pensamientos irracionales, sesgos de procesamiento y menos valoración personal, entre otros. Es decir que se

corroborar la existencia de una vulnerabilidad cognitiva cuya base está en sesgos cognitivos que afectan la capacidad de la persona de procesar información externa e interna de manera eficiente y realista. En general en las teorías formuladas acerca de la vulnerabilidad cognitiva, y en especial las formuladas por A. Beck y M. Seligman, se considera la necesidad de que se produzcan circunstancias ambientales negativas apropiadas, para que se active el material cognitivo negativo que sesga el procesamiento, por lo que finalmente se definen todas estas propuestas como modelos de diátesis-estrés (Herrera y Maldonado, 2001).

En la aproximación teórica de la vulnerabilidad o diátesis cognitiva del estrés, se pasa de explicaciones basadas en componentes específicos a una mirada global que agrupa variables de vulnerabilidad psicológica latente denominadas diátesis, que son activadas ante la ocurrencia de eventos negativos haciendo más probable la aparición del trastorno; entonces lo que hace vulnerable al individuo es la acumulación de sesgos de procesamiento cognitivo negativo de los eventos negativos afrontados y no la mera exposición a situaciones vitales estresantes. Es de resaltar que los modelos que dieron origen a la propuesta de la diátesis varían en la explicación del origen de los sesgos cognitivos pero coinciden en afirmar que son estos los causantes de que algunas personas se depriman y otras no, aunque ambas estén expuestas a eventos similares.

En la diátesis aparece la idea de un mecanismo general de procesamiento de información cuyo contenido puede ser distorsionado en cualquiera de las fases: 1) En la entrada debido a sesgos atencionales y de focalización, pues se privilegia el procesamiento de información negativa congruente con los esquemas previos (Dai y Feng, 2011; Disner et al., 2011; Donaldson et al., 2007; Joormann y Gotlib, 2010); 2) en el procesamiento para su posterior almacenamiento, debido a sesgos de enlace con el material de contenido negativo y a sesgos de recuperación de información congruente

evocada que ha sido organizada en esquemas negativos (Caseras et al., 2007; Leyman et al., 2007; van Eijndhoven et al., 2009); y 3) en la interpretación final sesgada de la realidad externa e interna debido a la acción del estilo atribucional que produce cogniciones negativas (Blackwell y Holmes, 2010; Holmes, Lang y Shah, 2009; Vázquez et al., 2000), 4) en el almacenamiento posterior de las conclusiones debido a que son asociadas a esquemas organizadores sesgados que son fácilmente evocados por material negativo procesado que resulta congruente y más fácil de incorporar al sistema cognitivo (Peckham, McHugh y Otto, 2010; Tran et al., 2011). Estos sesgos ocurridos en los distintos niveles de procesamiento se ven potenciados mutuamente si se da la ocurrencia simultánea de varios de ellos (Ellis et al., 2011; Everaert et al., 2012).

Las investigaciones que pretenden develar los orígenes de la vulnerabilidad cognitiva se han incrementado en la última década y proponen varios campos incipientes de indagación, por ejemplo, la existencia de una condición estructural y funcional del sistema nervioso central en las mujeres que facilita tanto la aparición de sesgos de memoria y reactividad emocional al estrés (Ordaz y Luna, 2012), el efecto sumativo entre vulnerabilidad biológica y crecer con modelos que exhiben sesgos cognitivos (Kujawa et al., 2011); el efecto acumulativo de la exposición a estrés crónico o agudo asociado al incremento de la reactividad cognitiva negativa (Hammen, 2005; Hankin, 2010; Safford et al., 2007), la especificidad de la pérdida personal significativa y su combinación con la humillación como eventos de mayor impacto que incrementan la susceptibilidad a la depresión (Hammen, 2005; Kendler, Hettema, Butera, Gardener y Prescott, 2003; Kersting et al., 2009); la relación entre estrés y la activación de esquemas de sociotropía/autonomía (Grondin, Johnson, Husky y Swendsen, 2011; Iacoviello, Grant, Alloy y Abramson, 2009), y el desarrollo de escalas acordes al modelo (Wardenaar et al., 2010), entre otros.

El estudio más recientemente publicado, confirma la interacción entre la vulnerabilidad cognitiva y la expresión específica de síntomas cognitivos, somáticos y conductuales de depresión en 2981 participantes; la vulnerabilidad cognitiva es un factor etiológico para los síntomas cognitivos pero no funciona igual para los síntomas somáticos que fueron mayormente asociados al género femenino y a los síntomas conductuales (Struijs, Groenewold, Oude Voshaar y Jonge, 2013).

Es preciso considerar las limitaciones que tienen estos estudios debidas a la complejidad misma de los constructos y su interacción, a que la mayor parte realizaron análisis correlacionales a partir de los cuales no es posible hacer inferencias causales, o analizaron pacientes previamente deprimidos dificultando evaluar la preexistencia de la vulnerabilidad, no consideran el carácter sumativo de micro eventos estresantes, el hecho de que la reactividad del material latente pueda volverse crónica e incapacitante o utilizan diversos instrumentos para medir elementos particulares de la vulnerabilidad cognitiva que responden más a las propuestas teóricas iniciales que a la mirada integradora de la diátesis cognitiva.

Finalmente, la aceptación del modelo de diátesis, implica admitir la idea de que el sufrimiento humano es en gran medida autogenerado, ya que no solo se requiere que un evento cumpla la condición de ser impactante y desequilibrador, sino que además es necesario que quien está expuesto a él no cuente con los recursos personales y sociales suficientes para afrontarlo o haga una subvaloración de ellos; para que se interprete que el evento es nocivo y actué de forma negativa o depresiva. Entonces, la respuesta de estrés y por ende de depresión es dependiente de la persona o más bien de los procesos cognitivos que la hacen vulnerable. Aunque este modelo no asume de manera amplia y suficiente la existencia de condiciones biológicas estructurales y funcionales, o por lo menos sus desarrollos al respecto son limitados.

### 2.7.3. Modelo tripartito

Depresión y ansiedad han sido dos trastornos pobremente diferenciados clínicamente debido a que se presentan juntos de manera frecuente y su co-ocurrencia que puede sobrepasar el 70% de los casos según la edad (Stark y Laurent, 2001). Esta coexistencia ha sido explicada con un argumento de comorbilidad que resulta evidentemente circular ya que la afirmación central es que ocurren al tiempo porque se dan simultáneas, y no se contempla un posible solapamiento de síntomas que resultan una explicación bastante más plausible y prometedora en términos investigativos (Agudelo Vélez, Buéla-Casal y Spielberger, 2007).

En respuesta a esta dificultad diagnóstica y ante la necesidad de aumentar la comprensión de dos trastornos con los mayores índices de incidencia y prevalencia en el mundo, Clark y Watson (1991a) formularon el modelo tripartito de la depresión y la ansiedad, en el que formulan la existencia de un probable encadenamiento de estos trastornos, basándose en el conocimiento previo acerca de las repuestas afectivas positivas y negativas pero añadiendo la reactividad fisiológica. Los tres componentes del modelo son el afecto negativo y el afecto positivo propuestos previamente por Tellegen (1985); sumados a la activación fisiológica incorporada por Clark y Watson (1991b) como el tercer componente.

Clark y Watson, (1991b), caracterizan el afecto negativo, el afecto positivo y la reacción fisiológica de la siguiente manera: 1) El afecto negativo o distrés incluye: Malestar general inespecíficos como angustia, hostilidad, alerta mental, estar temeroso, tristeza, preocupación, con malestar de salud, autocrítico, baja concentración, intranquilidad, culpabilidad, negativismo hacia sí mismo sensación de imposibilidad de

divertirse; 2) el afecto positivo, encierra el nivel de energía, actividad, entusiasmo, agrado expresado con el ambiente, seguridad personal, bienestar, sentimientos de afiliación, de pertenencia, dominancia social y aventura; y 3) la activación fisiológica expresada en la respuesta autonómica simpática de tensión, agitación respiratoria, mareo, boca seca y temblores, entre otras.

La depresión se identifica por baja afectividad positiva (anhedonia) y alta afectividad negativa, mientras que la ansiedad es identificada por alta afectividad negativa acompañada de alta actividad fisiológica; así depresión y ansiedad no coexistentes tienen un componente común de afectividad negativa (Anderson y Hope, 2008). El componente afectivo positivo propio de la depresión está representado en la falta de afecto positivo o anhedonia; y el componente afectivo negativo compartido con la ansiedad expresada en fatiga, poca confianza, desinterés, decaimiento y baja activación fisiológica (Echeburúa, Salaberria, Corral, Cenea y Berasategui, 2000; Watson, Clark y Carey, 1988).

Ya que ambos trastornos comparten el afecto negativo, que para algunos podría ser visto como el neuroticismo (Agudelo Vélez et al., 2007), con un espectro sintomatológico diferente (den Hollander-Gijsman, de Beurs, van der Wee, van Rood y Zitman, 2010), es plausible la idea de que este actúe de forma común en ambos que es la razón por la que prosperó la explicación simplista de la comorbilidad. Pues hay evidencia sustancial de que la ansiedad en adolescentes actúa como predisponente del desarrollo de depresión durante la vida adulta, ya que el 66% de adolescentes con diagnóstico de ansiedad desarrollan posteriormente un diagnóstico de depresión (Chorpita y Daleiden, 2002; Merikangas y Avenevoli, 2002).

Se ha generado amplia investigación acerca del modelo tripartito con evidencias favorables (González, Herrero, Viña, Ibáñez y Peñate, 2004). Jopiner et al. (1995)

analizaron en 5 estudios las evidencias existentes que apoyaban al modelo tripartito y la dimensionalidad del afecto, y encontraron que el afecto tiene dos dimensiones extremas independientes y separables, una en la que se ubican las respuestas de afecto negativo y otra en la que se ubican las reacciones asociadas al afecto positivo; ambas con alcances explicativos transculturales. Además, se evidenció que hombres y mujeres pueden diferir en la expresión del afecto en relación con los síndromes asociados, pero no en la depresión pura.

Diversos estudios confirmatorios han sustentado la propuesta del modelo tripartito de la depresión y la ansiedad (de Beurs et al., 2007; Fox, Halpern, Ryan y Lowe, 2010; Watson, Gamez y Simms, 2005). Se ha revisado la evidencia existente y la aplicabilidad del modelo tripartito en la explicación de la asociación entre depresión y ansiedad en jóvenes y adultos, reportadas en 14 estudios llevados a cabo entre 1994 y 2004, y encontraron que aunque el modelo tripartito ofrecía una alternativa conceptual de explicación para los casos en los que era preciso distinguir los trastornos, la evidencia empírica no apuntaba siempre en la misma dirección (Anderson y Hope, 2008). Ya que la ansiedad siempre estaba acompañada de aprehensión, tensión, preocupación y activación general; mientras que la depresión correspondía con anhedonia, bajo afecto positivo y desesperanza.

Al clasificar 1434 pacientes a partir del modelo tripartito los síntomas de depresión y ansiedad de estos, y luego de hacer un análisis factorial de los mismos encontraron un modelo con cinco dimensiones: Estado de ánimo deprimido y bajo afecto positivo relacionados con depresión, activación somática, miedo fóbico y hostilidad relacionados con trastornos de pánico, fobia simple o ansiedad social, pero no con ansiedad generalizada; pero los autores adjudican los hallazgos a limitaciones en las escalas de medida que deben ser subsanadas antes de proseguir con la indagación al respecto

(Hollande-Gijsman et al., 2010).

En Noruega se analizó en 2615 personas con y sin diagnósticos de depresión, la diferenciación de las dimensiones del modelo tripartito, su relación con los diagnósticos y con eventos vitales. Los hallazgos apuntan a la existencia de los tres componentes del modelo, a la asociación de los tres componentes con los trastornos previstos en el modelo y a la asociación de la afectividad positiva baja con antecedentes de negligencia emocional y la excitación ansiosa con el abuso sexual (Van Veen et al., 2013).

Hasta ahora, tanto el modelo como la evidencia apuntan a diferenciaciones generales y no describen o definen las especificidades propias de los diversos trastornos que pueden ser ubicados en el espectro afectivo del modelo. De otra parte, se ha buscado entender la conexión entre la afectividad negativa y positiva en relación con las dimensiones de la personalidad, por ejemplo, la afectividad negativa está asociada al neuroticismo y la positiva a la extraversión, pero el tercer componente no parece tener especial relación con ninguna dimensión de personalidad (Watson, Gamez y Simms, 2005); aunque estos hallazgos son del todo incipientes y no ofrecen mayores luces sobre los mecanismos que articulan la personalidad y el afecto en ambos trastornos, para Fox et al. (2010) el modelo tripartito debe ser considerado una aproximación a la reactividad temperamental al estrés y merece mayor estudio.

Sumado a esto, los instrumentos usados para evaluar ambos trastornos en casi la totalidad de los estudios no son específicos, y son pocos los que permiten diferenciar los síntomas del espectro depresivo de los síntomas del espectro ansioso, y así aclarar la verdadera independencia de estos o la existencia de un único trastorno; entre ellos se encuentra el cuestionario de síntomas específicos de depresión que incluye afecto triste, baja autoestima y anhedonia, diseñado por Peñate (2001) en busca de aumentar la sensibilidad de las pruebas diseño y válido. Pero aun es necesario generar herramientas

sobre especificadas que midan los aspectos precisos de la depresión, los de ansiedad y los del afecto negativo como componente compartido; así como contar con medidas objetivas del nivel de activación diferencial propio de cada uno de los trastornos que hacen parte del espectro depresión-ansiedad.

En general, puede decirse que los modelos teóricos de la depresión se han hecho más complejos y que han aumentado sus alcances explicativos; este avance es debido a que cada uno de ellos ha sofisticado las estrategias de medición y análisis. Pues en la calidad de los estudios reside la posibilidad de conseguir explicaciones más suficientes de la depresión e incrementar la condición predictiva de los modelos; aunque aún concentran su atención en ciertos componentes, como el caso del modelo de la triple vulnerabilidad en el que la investigación se ha centrado en las condiciones generales de vulnerabilidad más que en las personales y psicológicas específicas del trastorno; o como en el modelo de diátesis que concentra su atención en la vulnerabilidad derivada de las condiciones de procesamiento central sesgadas, sin que se avance suficientemente en el estudio de otros factores psicológicos asociados.

Los tres modelos en proceso de consolidación antes descritos ofrecen aportes que podría considerarse complementarios que aún no han sido estudiados, y realizar análisis comparativos entre ellos permitirá evaluar la suficiencia explicativa de cada uno y analizar covariaciones o solapamiento entre los componentes incluidos en cada uno. Los modelos coinciden en afirmar que estresores, contexto, ambiente social y económico actúan como predisponentes de la depresión; y que su acción se conjuga con la vulnerabilidad genética y con la vulnerabilidad psicológica general para provocar las distintas alteraciones mentales.

Alteraciones que solo se convierten en depresión cuando la vulnerabilidad personal es específica, que bien podría estar relacionada con la diátesis cognitiva, el tipo de

esquemas y atribuciones entre otras condiciones; depresión que se expresa a través del afecto negativo y el bajo afecto positivo, ya que este surge y se mantiene a causa de los procesamientos sesgados, asociados a la constancia de las condiciones ambientales, sociales y económicas favorables. Sin embargo estas afirmaciones deben ser tomadas con la cautela que merece cualquier análisis preliminar en especial si se trata de tan complejas propuestas.

### 2.8. Diagnóstico Diferencial

En los procesos de diagnóstico diferencial se establecen claramente, o por lo menos eso se intenta, las diferencias entre los distintos trastornos que hacen parte de un grupo específico o que ameritan diferenciación debido a que comparten ciertos síntomas y es difícil su distinción. Los sistemas de diagnóstico existentes se basan en el número de grupos de síntomas depresivos y su duración para establecer los límites entre los distintos trastornos del estado de ánimo; aunque en la práctica no sea tan fácil aplicarlo de manera estricta en todos los casos. Errores frecuentes en la identificación exacta de cada trastorno en los procesos diagnósticos obligan a revisar los límites de cada uno para ajustar el sistema y hacerlo cada vez más preciso y eficiente. Estos errores pueden ocurrir en la identificación interna de un tipo de trastornos, como los existentes entre distimia y depresión mayor, y entre trastorno bipolar I y II, o en una clasificación entre los grupos de trastornos como entre los del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, y con otros diversos.

En el primer caso están las dificultades diagnósticas diferenciales al interior de los trastornos del estado de ánimo, entre distimia y la depresión mayor que parecen diferenciarse únicamente por la severidad de los síntomas, la ansiedad concomitante y el

curso es mantenido y superior a 2 años. Así mismo, en la depresión mayor se encuentran más frecuentemente inicio brusco, y más tardío, acompañado de antecedentes familiares; en la distimia por el contrario el inicio es insidioso, ocurre regularmente a los 20 años y su curso es definitivamente crónico; cabe notar además que suele tener mejor respuesta a las medicaciones la depresión mayor. Para algunos autores también se distinguen porque en la distimia se presentan más comúnmente anhedonia, introversión, baja búsqueda de sensaciones, mayor autonomía comportamental, pasividad y pesimismo; y en la depresión mayor la agitación psicomotora y la conducta suicida con anhedonia poco frecuente son característicos (Chen, Eatonj, Gallo y Nestadt, 2000).

Adicionalmente, la distimia se asocia más repetidamente con antecedentes familiares de depresión, la identificación de un evento estresante como desencadenante del primer episodio, pero no específicamente circunscrita al sexo femenino; por el contrario, las depresiones más severas se asocian regularmente al sexo femenino, historia familiar de depresión pero no a un acontecimiento vital estresante como desencadenantes del primer episodio (Chen et al., 2000).

La revisión exhaustiva de 754 estudios publicados en PubMed entre 2000 y 2011, para delimitar los subtipos de depresión unipolar teniendo en cuenta que la clasificación actual diferencia los trastornos de acuerdo con el número de síntomas, su duración y el nivel de deterioro, evidenció que la depresión mayor es un diagnóstico de dominio no específico que subsume numerosas condiciones potencialmente diferentes (hasta cierto punto) por su cuadro clínico, causas y capacidades diferenciales para responder a las diferentes intervenciones (Harald y Gordon, 2012).

Incluso se mostró que aunque ciertas características psicóticas como la sobrevaloración de la culpa y la inutilidad, y síntomas cognitivos como déficit en la

atención, velocidad psicomotora, función ejecutiva y memoria, habían sido asociadas a la depresión mayor con síntomas psicóticos, personas con depresión leve y moderada también las presentan de forma consistente, es decir, este no podría ser usado como un criterio para determinar gravedad.

Además, se evidenció la existencia de una forma de depresión atípica, no enmarcable en la condición de melancolía, que se estima está presente entre el 15 y el 50% de los casos, dependiendo de los criterios y el método diagnóstico usado; definida como la reactividad del estado de ánimo en combinación con dos o más de los siguientes síntomas secundarios entre los que están el aumento de peso o aumento del apetito, hipersomnia, entumecimiento, y vulnerabilidad al rechazo.

Respecto de los trastornos bipolares, existen serias dificultades en la identificación oportuna y clasificación certera de estos trastornos (Guimón, 2006). Al igual que la depresión mayor, el trastorno bipolar es una enfermedad que se expresa de muy diversas formas, por ello se ha intentado clasificar y organizar en subgrupos de diagnóstico, entre ellos el trastorno bipolar I y el II, que de acuerdo con el DSM se diferencian por la presencia de un episodio hipomaniaco o de uno maniaco distinguidos a su vez por la existencia de síntomas psicóticos y la severidad; pero es importante anotar que el 5% de los casos el bipolar II se convierte en I (Brown y Rosellini, 2011).

El trastorno bipolar II parece desarrollar síntomas menos graves pero más crónicos con episodios más frecuentes; no obstante, son ellos quienes muestran más inestabilidad en las relaciones sociales, menor ajuste social y más comorbilidad, así como mayor riesgo de suicidio. Diversos estudios muestran que las condiciones consideradas diferenciadoras entre los trastornos bipolares y los unipolares no son del todo específicas. El elevado neuroticismo, disminución de la conciencia y la disminución de la amabilidad han sido identificados de forma consistente entre pacientes unipolares y

bipolares (Akiskal y Benazzi, 2006; Brown y Rosellini, 2011; Kotov et al., 2010; Mitjans y Arias, 2011).

Adicionalmente, los bipolares II experimentan episodios depresivos mayores y muestra más características de euforia e irritabilidad que los bipolares I, y son ellos quienes experimentan mayor frecuencia de los episodios y se presentan síntomas más graves y malignos; pero cuando existe ciclo rápido ambos están asociados con mayor deterioro. En el bipolar II los síntomas son más atípicos y se presenta mayor comorbilidad del eje I con problemas como la fobia y los trastornos de la conducta alimentaria. Además tienen una tasa más alta de historia familiar de una amplia gama de enfermedades psiquiátricas como la depresión mayor y el uso de sustancias; sumada a adaptación social más pobre (Akiskal y Benazzi, 2006; Mitjans y Arias, 2011).

No se puede considerar el trastorno bipolar II como una forma menos aguda del espectro bipolar; ya que aunque no es consistente la literatura, varios estudios indican que este trastorno es más rico en síntomas psicóticos, retraso psicomotor, insomnio terminal y aislamiento social, sentimiento de culpa e ideación suicida (Baek et al., 2010). El trastorno bipolar II es menos severo que el I en la intensidad de los síntomas pero no en la severidad con respecto a la frecuencia de los episodios (Vieta, Gastó, Otero, Nieto y Vallejo, 1997).

Los estudios con bipolares tienden a usar muestras pequeñas, uno de las investigaciones con muestras mayores de 250 pacientes, concluyó que los pacientes con trastorno bipolar II tiene una edad de inicio más temprana que el depresión mayor, tasas más altas de bipolaridad familiar y mayores antecedentes de recurrencia. También, que aún en la depresión mayor recurrente tenían fuertes indicadores de bipolaridad que demuestran la existencia de una fuerte continuidad en los trastornos del estado de ánimo, que va desde los trastorno bipolar hasta la depresión unipolar, ello podría

explicar cómo la ciclotimia puede progresar hacia episodios hipomaniacos y depresivos (Akiskal y Benazzi, 2006).

En el segundo caso, la diferenciación con trastornos pertenecientes a otras categorías generales, los trastornos bipolares ha sido asociados a déficits en la conservación de las funciones ejecutivas similar al que se presenta en los cuadros de esquizofrenia, pero pocos estudios han analizado la especificidad de la alteración en ambos trastornos para delimitar los alcances de cada uno, en un metanálisis de 13 estudios cuyas pretensiones era precisamente lograr dicha distinción, no se hallaron diferencias ni en el grado de deterioro del inicio ni en el de la inhibición en el desarrollo de acciones propias de la función ejecutiva. Pero queda claro que el el trastorno bipolar se caracteriza por síntomas emocionales y la esquizofrenia por la alteración de las funciones ejecutivas, aunque los bipolares también presentaron disfunciones cognitivas importantes (Wang, Song, Cheung, Lui, Shum y Chan, 2013).

Sin duda los trastornos bipolares y el trastorno límite de la personalidad tienen características clínicas comunes en el diagnóstico como el estrés en la infancia y la gravedad de la inestabilidad emocional (Mazer y Jurueña, 2013) que aún no han sido suficientemente estudiadas, y merecen mayor análisis. Así mismo es preciso hacer la diferencia entre manía y déficit de atencional por hiperactividad ya que comparten síntomas, entre ellos las dificultades para concentrarse, hiperkinesia, impulsividad e irritabilidad los que los diferencia (Martínez y González, 2007).

De otra parte, la alta comorbilidad entre algunos trastornos justifica la necesidad de hacer claras distinciones entre ellos, para que se logren identificar los síntomas centrales de un trastorno o componentes esenciales de la patología, y se definan con cada vez mayor exactitud los límites de los mismos y las clasificaciones sean más específicas. Este es el caso de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por ansiedad ya que

presentan alta comorbilidad, y que para algunos autores se diferencian porque en los primeros ocurre una disminución de la capacidad de responder al medio ambiente expresada en la anhedonia, contrario a la respuesta vigilante propia de los problemas de ansiedad con reporte de dolores musculares y excesiva tensión.

La diferencia principal en los síntomas de depresión y ansiedad, radica en que las personas depresivas son extremadamente sensibles a la conducta y sentimientos expresados por los demás, es decir que tienen alta sensibilidad social a lo que perciben como conflictivo; mientras que las personas con ansiedad responden más fácilmente ante situaciones ambientales exigentes con activación autonómica exagerada debido a una inestabilidad autonómica propia de estos trastornos (Wilhelm et al., 2004).

Se analizó el papel de los síntomas físicos, emocionales/motivacionales y cognitivos en la diferenciación entre los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad y se encontró que síntomas como dolor y desmotivación sólo estaban asociados a la depresión; y que emoción intensa y la intolerancia a la incertidumbre fueron mayores en los trastornos de ansiedad que en los problemas del estado de ánimo (Aldao, Mennin, Linardatos y Fresco, 2010; Moreno 2009). previamente se había asociado de forma exclusiva inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse y problemas de sueño a los trastornos del estado de ánimo, unipolares, resultados que resultan un tanto ambiguos, en especial en lo que refiere a la hipótesis de menor activación típica (Mennin, Heimberg, Fresco y Ritter, 2008).

Penninx et al. (2011) indagaron acerca de los límites diagnósticos de los síntomas en un estudio con 1209 pacientes con depresión y ansiedad, y encontraron que ambos tienden a tener un curso crónico intermitente, con la diferencia de que el 80% de los pacientes deprimidos alcanzaron la remisión luego de 2 años, condición que solo ocurrió en el 46% de los casos de ansiedad. Además, los pacientes con ansiedad pura sin

comorbilidad demoraban más en alcanzar la primera remisión y mostraban una trayectoria de síntomas más crónicos que quienes padecían de depresión pura sin comorbilidad; hallazgos consistentes con los de Keller (2006) en el estudio con pacientes fóbicos que solo mostraron un 48% de recuperación al cabo de dos años.

Rasgos relacionados con la ansiedad podrían ser la base de los patrones de comorbilidad entre los trastronos del estado de ánimo y la ansiedad. Dos rasgos bien estudiados que captan los diferentes aspectos de la propensión a la ansiedad son el neuroticismo y la sensibilidad a la ansiedad, que parece expresarse plenamente en trastorno de ansiedad con o sin agorafobia, y que está estrechamente relacionado con el trastorno bipolar, pues los pacientes bipolares presentan quejas frecuentes acerca de crisis de angustia en situaciones en las que se sienten desprotegidos (Simon et al., 2003).

Aunque se ha avanzado en la identificación de síntomas característicos en la mayoría de los trastornos, aún hay mucho camino por recorrer, pues los estudios más específicos muestran disparidad en los hallazgos e incluso la mayor parte de las investigaciones han sido conducidas en países industrializados, con culturas diferentes y condiciones sociales muy distintas a las vividas en el entorno latinoamericano, en donde son reducidos los estudios debido a la falta de un sistema de ciencia y tecnología que les de soporte y a la limitación de recursos para el desarrollo de investigación con alcances mayores en cobertura, seguimiento y nivel de explicación. De otra parte, depresiones resistentes al tratamiento podrían ser un indicador de la necesidad de mejorar y ajustar los criterios y estrategias diagnósticas.

### 2.8.1. Disparidad de género

Para el DSM y el CIE la depresión se expresa de la misma forma en hombres y mujeres, solo se reconocen diferencias en la depresión de niños y adolescentes, cuando ocurren variaciones de acuerdo con la agudeza o intensidad de algunos de los síntomas; aunque las expresiones en cada uno de los trastornos pueden ser cualitativamente distintas. Las razones para que los trastornos del estado de ánimo se expresen de manera diversa en hombres y mujeres aún no están bien entendidas, en la depresión unipolar las mujeres jóvenes parecen ser más propensas a mostrar un estilo cognitivo caracterizado por la autovaloración y la rumiación negativa, característicos de la depresión; así como mayor presencia de síntomas somáticos tales como incremento del apetito y por consiguiente del peso, problemas de sueño, enlentecimiento psicomotor, problemas de concentración asociados a la rumiación, más llanto y culpa, y menor satisfacción con la imagen corporal que los hombres deprimidos; por el contrario, los hombres expresan más inhibición en el trabajo, fatiga y problemas de salud (Bennett, Ambrosini, Kudes, Metz y Ravinovich, 2005).

Estas diferencias parecen persistir a través de las cultura, muestra de ello son los resultados obtenidos en La Encuesta São Paulo Megacity de Salud Mental (Viana y Andrade, 2012), que mostró que las mujeres presentan una depresión unipolar más melancólica y atípica con síntomas como reducción del apetito y del sueño, o exacerbación de la ingesta de alimentos e hipersomnias; y para los hombres este tipo de depresión se expresa con retraso en la activación psicomotora, con especial incremento en los cuadros bipolares en los que se reporta aceleración del pensamiento.

Y los resultados obtenidos en el estudio Alemán en una muestra de 4075 casos, con depresiones unipolares más frecuentes, de duración más larga y de mayor recurrencia en

mujeres, y en los hombres inicios más tempranos; pero se evidenció que los hombres fluctúan menos en el estado de ánimo y presentan menor recurrencia porque mejoran menos, es decir, que no se recuperan y los síntomas persisten por largos periodos y solo cuando se hace más severa reportan síntomas somáticos que parecen característicos de la depresión en mujeres (Lucht et al., 2003). Que a su vez son consistentes con el estudio trasnacional de 15 países realizado en Europa en 2010 (Van de Velde et al., 2010). Cabe notar que en general las mujeres muestran mayor capacidad para recordar y hacer recuentos retrospectivos de síntomas y que los hombres centran su atención en el presente y ello facilita que las mujeres alcancen umbrales diagnósticos más fácilmente.

Concordante con otros estudios, en esta encuesta las mujeres presentan más prevalentemente depresión menos recurrente, distimia y depresión somática con agitación psicomotora, mientras que los hombres son más propensos a referir cuadros bipolares con síntomas como disminución del apetito, retraso psicomotor y la ideación suicida; con tendencia al aislamiento social y a reportar la sensación de ser visto por otros como inadecuado o peor, que denotan sensibilidad al rechazo interpersonal (Viana y Andrade, 2012; Wenzel, Streer y Beck, 2005). Respecto de la psicomotricidad, los hallazgos en estudios diversos han sido mixtos (Pier, Hulstijn y Sabbe, 2004; Schrijvers, Hulstijn y Sabbe, 2008). Hombres y mujeres se muestran altamente irritables (Marcus et al., 2008). Estos resultados, junto con estudios previos (Farabaugh et al., 2010; Marcus et al., 2005), ponen de relieve la importancia de considerar la ansiedad y la irritabilidad como síntomas incluidos en el diagnóstico de depresión en el futuro.

En el caso de la depresión mayor los hallazgos en estudios trasversales son consistentes, las mujeres tienden a desarrollar más este tipo de trastorno y a más temprana edad, y con mayor cantidad de recurrencias. Un estudio de seguimiento prospectivo con personas de 14 años en el inicio del estudio, examinó las diferencias de

género respecto del inicio, curso, recuperación y tasa de incidencia de la depresión mayor por 16 años. Se corroboró estos hallazgos, ya que las mujeres reportaron más depresión mayor, con síntomas que perduraron más a lo largo del tiempo con mayor tendencia a la rumiación y mayor número de episodios depresivos, con agravamiento mayor en casos de inicio temprano (Essau, Lewinsohn, Seeley y Sasagawa, 2010).

Así mismo existen diferencias de género en los patrones de comorbilidad; en las mujeres, los dos subtipos más sintomáticos se asociaron de manera similar con trastornos del espectro bipolar, trastornos de ansiedad, y dependencia de alcohol y drogas. Resultados anteriores mostraron que las expresiones atípicas de depresión en las mujeres y el exceso de melancolía parecen ser una forma de expresión de un trastornos bipolares (Halbreich y Kahn, 2007; Moreno y Andrade, 2010; Parker, 2006; Sanchez-Gistau et al., 2009). Asimismo, los estudios han demostrado que los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad se asocian con mayor prevalencia de abuso de sustancias y aumento de la transición del uso al abuso y la dependencia (Martins y Gorelick, 2011).

Además, la duración más larga parece estar asociada al hecho de ser hombres, y a que exista alta comorbilidad con consumo de sustancias prolongado. que a su vez incrementa el deterioro de los síntomas depresivos (Essau et al., 2010). Informes recientes muestran que existe un estrechamiento de las relaciones hombre-mujer en la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias (Suttjit, Kittirattanapaiboon, Junsirimongkol, Likhitsathian y Srisurapanont, 2012), con una progresión acelerada de la mujer hacia la dependencia (Zilberman et al., 2003), y los diagnósticos comórbidos más frecuentes de la depresión en las mujeres son la dependencia a las drogas (Compton, Thomas, Stinson y Grant, 2007; Hasin, Stinson, Ogburn y Grant, 2007; Miller et al., 1996; Stinson, Ogburn y Grant, 2007). El tabaquismo se asocia con un

mayor riesgo de depresión sólo entre los hombres, y parece estar relacionado con las actitudes negativas hacia sí mismo, solo entre los hombres (Korhonen et al., 2007; Korhonen et al., 2011).

Respecto de la severidad parece que la depresión más severa y cronicada se expresa más frecuentemente en mujeres, especialmente en aquellas que tenían historia familiar de depresión, pero no se asoció a la existencia de acontecimientos vitales estresantes; la depresión moderada se asoció a factores familiares y a la presencia de un evento estresante, pero fue independiente del género. Aunque algunos estudios no corroboran tal diferencia y sugieren que hombres y mujeres desarrollan cuadros depresivos con inicios, cursos y gravedad y opciones de recuperación similares; en los trastornos bipolares en las mujeres el primer episodio regularmente es depresivo y en los hombres es maniaco (Wang et al., 2013).

### 2.8.2. Dificultades diagnósticas

Las limitaciones diagnósticas en el campo de la depresión son tan complejas y amplias como el mismo grupo de trastornos asociados a ella, si se piensa en una clasificación que permita lograr una mirada más comprensiva del panorama actual de dichas dificultades, es posible identificar al menos 5 grupos de barreras:

1. Barreras del sistema de salud y la competencia profesional, la organización del sistema en el tiempo de atención previsto, las rutas de remisión, el manejo de remisiones y la disponibilidad y acceso real brindado a los casos detectados y al seguimiento de los mismos limitan el adecuado y oportuno diagnóstico; además de la frecuente evitación de las entidades de salud en la autorización para el uso de tratamientos altamente efectivos debido a los costos reportados al sistema

(Alvarado, Vega, Sanhueza y Muñoz, 2005).

De otra parte, está la capacidad del médico para detectar los pacientes, el tiempo real con el que cuenta para atender las quejas somáticas y las psicológicas, el conocimiento de los tratamientos y las creencias personales que tienen los profesionales de la salud acerca de la enfermedad, los pacientes y las opciones de salida (Linares y Espinel, 2007). Sumada a la pobre creencia del personal médico del beneficio que aportan las intervenciones psicológicas en el manejo de los casos, razón por la cual se remite primero al psiquiatra que al psicólogo y a las limitaciones en información acerca de los parámetros de elección sobre los mejores tratamientos de acuerdo con las características particulares de cada caso. Los sistemas de salud sobresaturados agotan el recurso médico y limitan la posibilidad de que éste vaya más allá de la revisión de los sistemas orgánicos. Y finalmente el restringido desarrollo de material psicoeducativo dirigido a los distintos usuarios del sistema de salud. Además de que no se incluye el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en los planes básicos de salud especialmente en los casos de los beneficiarios y en minorías o las barreras culturales, los más vulnerables tienen menor acceso y peor acceso a los sistemas de salud (Sederer et al., 2007). Un ejemplo en USA son las comunidades negras e inmigrantes, y en Colombia los desplazados entre otros, y las limitaciones en la cobertura de terceros en los sistemas de salud, a las restricciones de especialistas drogas y terapias (Golman, Nielsen y Champion, 1999). A que la psicología basada en la evidencia aún no se ve como un derecho.

2. Científicas e instrumentales: Si se tiene en cuenta que la depresión es uno de los reportes más comunes en las personas que solicitan tratamiento psiquiátrico y en quienes usan los servicios de atención primaria en salud; ello acentúa la

importancia que tiene el uso de instrumentos diagnósticos confiables y válidos tanto para el trabajo investigativo como para la detección clínica oportuna. Pero la complejidad alta de los instrumentos usados para detectar nuevos casos o la creencia de que el conocimiento permite al profesional con una pregunta de detectar los casos y remitirlos (Pérez-Franco y Turabian-Fernandez, 2006); así como la falta de entrenamiento para su adecuado uso.

La evaluación de la depresión mayor y de los trastornos bipolares realizada con escalas de cribado que limitan la verdadera evaluación y seguimiento del progreso de los síntomas, ya que las líneas de base son tomadas con ellas y en pocas ocasiones se usan nuevas estrategias confirmatorias para definir las condiciones diagnósticas de los casos. Las escalas de cribado pueden tener alto poder discriminante y ser precisas, pero aún no se llega a ese nivel, pues los resultados y la ubicación clínica o subclínicas de los casos puede variar debido a la elección de un instrumento. Ya Chang et al. (2008) habían notado que las estadísticas epidemiológicas por país varían dependiendo de la escala usada, y no solo debido a diferencias culturales o en el perfil de morbilidad psiquiátrica. Además, las escalas de cribado no están diseñadas para llevar a cabo procesos de seguimiento y análisis de los alcances terapéuticos (Guibbon et al., 2010).

Además están las limitaciones de los estudios epidemiológicos debido al escaso nivel de entrenamiento que reciben los médicos para detectar los casos, al uso de diversos instrumentos de evaluación, a la amplia gama de trastornos ubicados en el grupo diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo, no existe una guía de evaluación dirigida a los médicos

3. Del sistema de diagnóstico, existe un serio desacuerdo frente a los criterios diagnósticos, enmarcados en la ubicación de un sinnúmero de trastornos en el

espectro depresivo, que se reúnen más por la practicidad de facilitar la clasificación diagnóstica (Linares y Espinel, 2007); sin que provengan de una explicación teórica suficiente y única; sino que se asuma que la unión de diversas propuestas explicativas es más fuerte sin que ellas resulten conciliables del todo. Condiciones que limitan la comprensión de los profesionales no expertos y por tanto su actuación diagnóstica.

Es necesario mejorar la precisión de los diagnósticos clínicos para optimizar el seguimiento de los tratamientos. Algunos autores hablan de la dudosa validez del sistema DSM en la detección de casos de depresión cotidianos en el nivel de atención primaria, ya que éste se basa en el supuesto de síntomas acumulados que hacen parte de un síndrome; de la misma forma que ocurre con las enfermedades somáticas.

Aún existen límites difusos entre los trastornos y los grupos de síntoma compartidos no permiten reconocer las verdaderas fronteras entre ellos, si es que existen. Ejemplo de ellos son los límites imprecisos entre depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad y tristeza normal; además de los trastornos subclínicos, que por falta de acumulación de síntomas los pacientes no son clasificables en el grupo al que se le brinda atención. Además las remisiones no son precisas y se hace mal uso de los recursos disponibles de consulta psiquiátrica, ya que solo dos tercios de los casos son reconfirmados (Linares y Espinel, 2007).

De otra parte, los diagnósticos se dan ignorando el contexto en el que ocurren y la realidad particular de los pacientes, que define las verdaderas posibilidades de alcance de las metas de recuperación.

4. De los pacientes, muchas personas no acuden a los servicios sanitarios a pedir

ayuda debido a la baja habilidad para reconocer sus síntomas, o al estigma social de padecer una enfermedad mental y del impacto de las creencias acerca del impacto negativo de los tratamientos, a la negación de los síntomas o a que los pacientes abandonan el proceso terapéutico de los apenas perciben leves mejorías o cuando no se reportan mejorías y el paciente asume que la situación no tiene solución alguna.

El paciente reconoce difícilmente sus síntomas como un problema psicológico ya que este no resulta ser un diagnóstico deseable socialmente; y refiere casi siempre en primer lugar síntomas físicos anteponiéndolos a las quejas psicológicas que son tomadas como una respuesta normal al malestar físico y a las limitaciones relacionadas con la funcionalidad (Tamayo, Rovner III y Muñoz, 2006). El médico tiende a minimizar las quejas femeninas asociadas a la depresión y los hombres acuden poco a la consulta a pedir ayuda, debido al efecto del género ya sea porque se cree que las mujeres se deprimen más fácilmente, en especial en épocas relacionadas con su ciclo hormonal y en los hombres se asume que no se deprimen fácilmente.

5. De los efectos clínicos de la enfermedad que reducen el deseo de las personas a destinar tiempo a pensar en el problema o solo desean hacer evitación de los síntomas o a las limitaciones funcionales para responder debidamente a las escalas que miden depresión, en especial los casos con síntomas más intensos.

En suma, la mayor parte de las personas deprimidas acuden al sistema de salud en busca de ayuda debido a una serie amplia de quejas somáticas características de estos casos, que inundan el sistema de salud; cuya detección depende en gran medida del entrenamiento ofrecido a los médicos y del tiempo con el que cuentan para combinar la atención a los asuntos médicos y a los síntomas psicológicos; y de las otras condiciones

del sistema que en gran medida obstaculizan el adecuado diagnóstico y por ende, el tratamiento.

### 2.8.2.1. Nuevas aportaciones del DSM-V y CIE-11 al diagnóstico de la depresión

Los sistemas diagnósticos permiten el desarrollo científico, la organización de la información, la comunicación universal y el reconocimiento de entidades diagnósticas similares entre culturas, y la posibilidad de hacer seguimientos epidemiológicos del curso y tratamiento para definir las políticas internacionales en lo que a salud mental se refiere; además de la utilidad clínica individual, ya que le facilitan a los profesionales de la salud mental hacer un diagnóstico certero y elegir el mejor tratamiento posible (Vásquez, Sánchez y Romero, 2011). El sistema DSM propuesto por la APA y el CIE formulado por la OPS, tienen la pretensión tanto de aportar a la salud mental pública como individual; sin embargo, hasta ahora el DSM responde a los intereses regionales, científicos, sociales y económicos que pueden desdibujar los aportes realizados; y el CIE a pesar de que corresponde más a intereses globales, sus alcances transculturales reales son disminuidos debido al uso limitado y a la baja participación de profesionales latinoamericanos en su desarrollo.

En la modificación de ambos sistemas se pretendió lograr mayor consistencia en cada uno y armonización entre ellos, muestra de ello es la definición de criterios diagnósticos unificados que se espera contenga el CIE-11 próximo a ser publicado y el DSM-V en los trastornos del afecto y la forma en que relacionan los trastornos según las características de los síntomas y la vulnerabilidad. Así, la nueva versión del DSM avanza en su propuesta ya que incluye modificaciones en el curso de los problemas mentales haciéndolos más ricos sintomáticamente de tal modo que facilite el

diagnóstico; propone la contextualización de los síntomas para definir la proporcionalidad de éstos con los eventos ambientales afrontados o con la condición actual del paciente, que debe ir más allá de la lógica de causalidad por contigüidad, que sustentó por muchos años la idea de una depresión exógena o endógena.

Además está la eliminación de duelo como una categoría diagnóstica diferencial de depresión mayor, ya que la causa no necesariamente determina las características de los síntomas y no ha sido diferenciable esta condición excepto por el motivo, el tipo de síntomas reportados por los pacientes que están en proceso de elaborar una pérdida. Sin importar demasiado la causa, los pacientes se deterioran o ameritan atención debido a su problema depresivo. El problema no radica en lo que motiva la depresión sino en la reacción depresiva del individuo; la complejidad de la depresión no permite que se concentre la mirada en la ubicación de eventos causales independientes cuando se sabe claramente que ésta es multideterminada; de otra parte para la medición sobre la proporcionalidad de la respuesta ante la situación de pérdida no tiene aún una escala fiable en la que se pueda medir (Pies, 2009).

Además, en el DSM-V se elimina el diagnóstico multiaxial, pero se incluyen anotaciones para factores psicosociales, contextuales y discapacidad, se adiciona el trastorno de desregulación del estado de ánimo para niños con irritabilidad persistente y episodios de descontrol; y se sensibiliza el umbral diagnóstico incluyendo entidades consideradas hasta ahora sub clínicas que antes eran supuestas variaciones del funcionamiento normal de las personas. Esta inclusión de síntomas blandos leves o subumbrales implica que se amplíe la mirada hacia dimensiones más que a categorías específicas, e incluso que se enuncie la existencia de síntomas límite o bidimensionales; sin que se pierda de vista que es posible que la sensibilización diagnóstica responda a intereses económicos particulares.

De otra parte, se ha previsto que el CIE-11 presente una mirada más multidisciplinar de los trastornos mejorando su utilidad clínica y aplicabilidad a nivel global particularmente por la incorporación de elementos contenidos en dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas; la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico y el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (Rodríguez, Reed, First y Ayuso-Mateos, 2011). Este avance se espera que tenga un doble efecto, de un lado que los profesionales latinoamericanos incrementen su uso en la práctica clínica y que esto promueva su participación en los equipos de desarrollo de la propuesta CIE, de tal modo que se logre el nivel de transculturalidad que es requerido para este tipo de sistemas

### 2.9. Comorbilidad

En la mayoría de casos los pacientes no acuden a consulta en busca de ayuda con una queja claramente definida, es frecuente que reporten una extensa constelación de signos y síntomas no necesariamente articulados en los diagnósticos existentes o en un único diagnóstico, por lo regular, la amplitud de expresiones patológicas indican la coexistencia de entidades diagnósticas que complejizan tanto la condición de la persona como las acciones interventivas emprendidas. Estudiar la comorbilidad, implica la confirmación diagnóstica y estadística de las entidades diagnósticas, aporta a la evolución de los sistemas diagnósticos existentes, al establecimiento de modelos explicativos ajustados de la interacción en el inicio y curso de los trastornos y al establecimiento de guías y protocolos de tratamiento específicos para estas poblaciones (Gordillo, del Barrio y Carrasco, 2012).

Para el caso de los trastornos del estado de ánimo, la comorbilidad es amplia y diversa, ya que se han asociado patologías mentales como el abuso de drogas o

sustancias psicoactivas, conducta antisocial, incremento de reacciones de ira y hostilidad, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta sexual y trastornos de la conducta alimentaria; y con una amplia gama de condiciones médicas crónicas, tales como enfermedades respiratorias y cardiovasculares, enfermedades metabólicas y cáncer, entre otras (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013; Khaled et al., 2012; Meltzer et al., 2012). Condiciones que se potencian mutuamente en la severidad y cronificación de las distintas condiciones coexistentes.

### 2.9.1. Consumo de drogas

Aunque existe considerable evidencia acerca de la asociación existente entre depresión y consumo de drogas, en especial en la depresión mayor y la depresión caracterizada por agitación psicomotora; aún no es clara la naturaleza de esta relación ya que concurren al menos dos modelos con suficiente evidencia a su favor. El modelo de automedicación propone que los acontecimientos estresantes pueden conducir al abuso de sustancias debido a que provocan depresión y las personas afrontan de forma evitativa ya que buscan minimizar o anular las sensaciones displacenteras a través de los efectos de las drogas (Marmorstein y Iacono, 2011)

El modelo de factores comunes propone que ambos trastornos comparten los mismos factores individuales y familiares que incrementan el riesgo de depresión, incluyendo una vulnerabilidad genética a las dos condiciones (Cerdá et al., 2010; Edwards et al., 2012). Entre los factores comunes se encuentran ser mujer, la agresión, problemas de conducta, baja adaptación escolar, relaciones familiares pobres y conflictivas, historia familiar de consumo de drogas y problemas de salud mental (Hariri, Holmes, Uher y Moffit, 2010; Shanahan, Copeland, Costello y Angold, 2008).

En un estudio realizado con 1242 afroamericanos residentes en Chicago se encontró que más del 41% de hombres presentaban comorbilidad entre depresión y abuso de drogas, y cerca del 30% en las mujeres, comparados con las muestras nacionales que indican el 11% para los hombres y el 6% para las mujeres; riesgo que se incrementa si hay historia temprana de uso de marihuana, conflicto familiar y negligencia maternal durante la infancia (Green, Zebrak, Fothergill, Robertson y Ensmiger, 2012).

Un metanálisis, de 74 estudios publicados entre 1996 y 2007, corrobora la asociación entre depresión y consumo de alcohol, especialmente en población femenina adulta con síntomas depresivos más agudos, y el deterioro concurrente hacia el uso de drogas duras. Se asoció depresión al futuro consumo de alcohol y al incremento de discapacidad, así como al inicio temprano de consumo de alcohol; la prevalencia de depresión mayor en individuos alcohólicos alcanzó el 48.5% en mujeres y el 24.3% en hombres (Conner, Piquart y Gamble, 2008). Otro metanálisis de 60 estudios acerca de la relación de comorbilidad entre depresión y uso de cocaína reportada entre 1986 y 2007, no evidenció datos tan concluyentes en el caso de alcohol, ya que la asociación no fue consistente a través de los estudios (Conner, Piquart y Holbrook, 2008).

Comparada la comorbilidad entre los diferentes trastornos del estado de ánimo y el abuso de drogas, se estima que alrededor del 50% de casos tienen un trastorno por abuso de sustancias comórbido, en especial en abuso de alcohol (Sánchez, Calvo y Nieto, 2001; Sánchez-Moreno, Martínez-Arán y Vieta, 2005) y dependencia nicotínica, sin diferencias entre distintos subtipos de depresión en las tasas de uso de alcohol y un riesgo general incrementado para el uso de estimulantes (Angst et al., 2006; Leventhal, Witt y Zimmerman, 2008).

De otra parte, cabe notar que la investigación con población latina no es altamente frecuente; sin embargo, se ubican tres importantes investigaciones, una realizada con

más de 700 adolescentes en Brasil, otra con 5268 jóvenes costarricenses, y otra con 90 jóvenes guatemaltecos; en las que se confirma la relación entre depresión y consumo o abuso de drogas y sus alcances transculturales. Pero contrario a lo observado en población europea, asiática o norteamericana, dos de los tres estudios indican que los hombres tienen mayor comorbilidad que las mujeres (García Estrada, Mann, Strike y Kheti, 2012; Madruga et al., 2012; Obando, Kliwer, Murrelle y Svikis, 2004). Adicionalmente, un estudio de revisión de los reportes investigativos entre 1996 y 2010 en las bases de datos Scielo, PubMed y Lilacs con poblaciones principalmente latinas muestra comorbilidad en los adolescentes similar en todo tipo de sustancias (Gomes, Gomes, Frota, Aguiar y Nogueira, 2012)

El uso/abuso de sustancias en pacientes con depresión tiene serias consecuencias sobre su salud mental; su efecto se ve reflejado en el incremento de prevalencia y severidad de la condición mental, en la discapacidad, y el empobrecimiento de resultados en los tratamientos con el subsecuente acrecentamiento del costo del manejo de los problemas mentales recurrentes (Najt, Fusar-Poli y Brambilla, 2011), así como en el incremento del riesgo suicida (Glasner-Edwards et al., 2008; Worley, Trim, Roesch, Mrnak-Meyer, Tate y Brown, 2012) en especial en sociedades en las que la inequidad y las desventajas sociales ya muestran un panorama desalentador para las personas diagnosticadas con algún trastorno mental.

### 2.9.2. Conducta antisocial

Las altas tasas de comorbilidad entre el trastorno de la conducta antisocial y depresión ha sido bien establecida, y se reconoce que especialmente en población adolescente ésta alcanza el 21% de los casos (Ritakallio, Kaltiala-Heino, Kivivuori y

Rimpelä, 2005). Sin embargo, la explicación acerca de la naturaleza de la relación aún tiene evidencia mixta, ya que para unos primero ocurre el cuadro de conducta antisocial y luego el de depresión. Se demostró que el desarrollo de un cuadro depresivo preliminar debido a pobre relaciones familiares altamente agresivas y apegos inseguros, generaba la aparición de comportamientos agresivos y de hostilidad que luego se convertían en un cuadro de conducta antisocial (Gaik, Abdillah, Elias y Uli, 2010).

Por el contrario en un seguimiento durante dos años a 2070 adolescentes se evidenció que la depresión precedía a la conducta antisocial especialmente en mujeres, pues en los hombres el enlace ocurría al contrario, pues primero aparecía el cuadro depresivo y luego las conductas antisociales; pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Ritakalio et al., 2008). Ambas explicaciones acuden al concepto de continuidad heterotípica, que se refiere a un proceso causal continuo en el que un trastorno genera manifestaciones de distintas formas en el tiempo o en el que una patología mental expone a las personas a diferentes trastornos a diferentes edades (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003).

En los adolescentes la depresión se enmascara en la conducta antisocial pero se hace evidente cuando los problemas en las relaciones sociales y la dificultad en el ajuste se agudizan; es decir que parece que existe una vulnerabilidad bidireccional (Ritakalio et al., 2008). Pero gran parte de la investigación apunta a que el comportamiento antisocial precede a la aparición de depresión y el efecto es unidireccional (Feehan, McGee y Williams, 1993; Fergusson, Wanner, Vitaro, Horwood y Campbell, 2003; Kiesner, 2002).

En la misma línea de la continuidad heterotípica, se encuentran evidencias que ponen en una primera ocurrencia temporal a la depresión, y muestran que la aparición de depresión precoz en varones está asociada con la aparición de conducta delictiva más

intensa, de mayor gravedad y variedad (Beyers y Loeber, 2003); por el contrario se ha encontrado que la depresión funciona como protectora contra la reincidencia (Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, de Clippele y Deboutte, 2002). Incluso es preciso notar que otros estudios no mostraron evidencia de tal continuidad heterotípica (Costello et al., 2003; Roza, Hofstra, van der Ende y Verhulst, 2003) o que esta influencia es de tipo bidireccional (Beyers y Loeber, 2003).

De otra parte, se plantea que más que por una comorbilidad real, la relación entre depresión y conducta antisocial es explicada por la existencia de un trastorno límite de la personalidad con diversidad de expresiones posibles en su inicio (Didden, Embregts, van der Toorn y Laarhoven, 2009). Sin embargo, sumada la evidencia, la relación existente entre conducta antisocial y depresión es clara, pero la evidencia acerca de la forma en que se relacionan es inconsistente y lo es aún más si se trata de analizar las diferencias de género.

### 2.9.3. Conducta agresiva/ira-hostilidad

La comorbilidad entre depresión y agresión parece ser más frecuente entre niños, adolescentes y adultos hombres, pero los estudios al respecto son limitados. Específicamente en niños y adolescentes la evidencia no es unívoca, ya que estudios realizados con distintas poblaciones corroboran una asociación que oscila entre 0.34 y 0.67 en población adulta, y predice empeoramiento de las dos entidades a lo largo de la vida (Besharat, Addolmananfi, Farahani y Khodaii, 2011; Gollan et al., 2008; Joorman y Gotlib, 2010). Sin embargo, se encontró que en 525 sujetos españoles entre 11 y 13 años había no solo mayor cronicidad de las respuestas agresivas que de las depresivas sino que no existían diferencias de género, con un nivel de asociación ubicado por

encima del rango preestablecido (Gordillo et al., 2012).

Existen ataques de ira más allá de la expresión sintomática de un trastorno, estos episodios de ira intensa con alta activación autonómica desencadenados por eventos triviales; en pacientes deprimidos la conducta más frecuente en un ataque de ira es el suicidio y en segundo lugar la agresión a otros (Painuly, Sharan y Kumar Mattoo, 2007). En adultos hombres la expresión primordial de los ataques de ira parece estar dirigida hacia sí mismos, por ello los comportamientos con fines lesivos están principalmente asociados a la conducta suicida y a conducta para suicida que se relaciona con depresión mayor en al menos el 40% de los casos reportados en distintos países del mundo (Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki, 2004) y al grado de agresividad de los métodos usados para quitarse la vida (Winkler, Pjrek y Kasper, 2006).

Para algunos la presencia de ataques de ira y conducta agresiva, en los cuadros depresivos es explicada por la existencia de una forma de depresión atípica reconocida en el DSM que es debida a ciertas características de personalidad de quien la padece y se identifica por una respuesta incrementada de ira/hostilidad y agresividad (Chopra, Bagby, Kennedy, Ravindran y Levitan, 2005). Para otros, los síntomas de ira/hostilidad representados en la alta irritabilidad están específicamente asociados a cuadros de trastorno bipolar como síntomas hipomaniacos de agitación psicomotora o depresión excitativa, descritos previamente por Kraepelin en 1899 (Akiskal y Benazzi, 2006).

La ira/hostilidad está presente aproximadamente en el 30-40% de casos de depresión mayor (Abbate-Daga et al., 2011; Baeg, Wang, Chee, Kim y Kim, 2011; Rude, Chrisman, Denmark y Maestas, 2012) específicamente la ira dirigida hacia sí mismo; de allí que autores como Troisi y D'Argenio (2004) indican que la ira/hostilidad tomada como síntoma de depresión es debida al apego inseguro. De otra parte, Abi-Habbi y Luyten (2013) proponen que esta relación es explicada de mejor forma, por la

mediación de la autocrítica que incrementa la ira y la conducta agresiva.

De este modo la ira incrementada y la baja habilidad para controlarla provocaría la exacerbación de la crítica hacia sí mismo, de la rumiación de la ira e incluso de las acciones de autoagresión, que a su vez nutren el cuadro depresivo y perpetúan la experiencia de ira (Peled y Moretti, 2010). Pero no toda reacción de ira desemboca en un acto agresivo, las personas con depresión tienden a hacer supresión de la ira con una consecuente frustración por la no resolución del evento desencadenante de la forma esperada, y por tanto mayor hostilidad hacia sí mismo y hacia los demás, de allí que se asocia a pobre resultados terapéuticos y frecuentes recaídas en casos de depresión mayor (Besharat, Nia y Farahani, 2013)

La conducta agresiva o violenta, vista como producto comportamental de la ira/hostilidad, ocurre en casi todos los pacientes con trastornos mentales que se encuentran en una fase aguda y que son conducidos a los servicios sanitarios; erróneamente se piensa que las personas deprimidas no hacen parte de este grupo; no obstante el 3.5% de los pacientes que presentaron conducta violenta durante la atención en centros de urgencias psiquiátricas fueron diagnosticados posteriormente con trastornos del estado de ánimo (Bordas et al., 2010).

Finalmente, la heterogeneidad de la depresión hace difícil el control estricto de variables y así definir si los ataques de ira hacen parte de un subtipo de depresión o deben considerarse una entidad nosológica independiente. De otra parte no hay pruebas suficientes acerca de la naturaleza de la relación ya que existen varias teorías propuestas que aún requieren contrastación. Adicionalmente, es preciso estudiar la relación entre depresión y los distintos tipos de expresiones de agresividad, ya que se analiza más como una expresión idiopática exacerbada debido al género o a condiciones corporales y sociales relacionadas con una etapa del ciclo vital que como un trastorno asociado.

#### 2.9.4. Trastornos de ansiedad

Aunque se considera que depresión y ansiedad son dos entidades diagnósticas diferentes, una comorbilidad que alcanza el 60% de los casos y el hecho de que uno de cada cuatro pacientes con ansiedad generalizada reporta un cuadro depresivo claramente distinguible, hace pensar que esto no es tan cierto o que por lo menos su co-ocurrencia puede ser mejor explicada de lo que hasta ahora se ha logrado; y es preciso considerar la existencia de un espectro que va desde el extremo ansiedad generalizada hasta el “opuesto” depresión mayor; máxime si se tiene en cuenta que parece existir un patrón de relación temporal entre ansiedad y depresión, ya que es común (por encima del 60%) que un cuadro ansioso preceda a la primera manifestación de un cuadro depresivo (Campos y Martínez-Larrea, 2002).

El National Comorbidity Study-Replicated (Merikangas, 2009) realizado en población norteamericana, mostró una comorbilidad por encima del 60% de los casos entre depresión mayor y trastornos de ansiedad; del 49% de casos con ansiedad generalizada, y de los ataques de pánico del 36.7%; y de un 38% entre los ataques de pánico y el trastorno bipolar. En la revisión de literatura publicada de estudios, con diversas poblaciones europeas, norteamericanas y asiáticas, hasta 2005 en PubMed se encontró que la comorbilidad entre el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno bipolar estaba cercana al 10%; entre cualquier trastorno del estado de ánimo y el trastorno de pánico por encima del 15% y hasta el 37%, y con fobia social superaba el 16% (Sánchez-Moreno, Martínez-Arán y Vieta, 2005).

Los pacientes con depresión y ansiedad presentan más síntomas somáticos, se muestran más renuentes al tratamiento y presentan mayor número de recaídas, más episodios suicidas, abuso de drogas incrementado, mayor número de hospitalizaciones,

mayor deterioro funcional, y de hecho tienen menor respuesta positiva a los tratamientos, que quienes presentan depresión no comórbida (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005). En especial en los cuadros de co-ocurrencia entre trastorno bipolar y ataques de pánico o trastorno bipolar y ansiedad generalizada, los resultados terapéuticos son pobres y se espera agudización creciente del trastorno bipolar (Simon et al., 2003).

Se han propuesto diversas explicaciones a esta alta comorbilidad, por un lado se plantea la existencia de factores genéticos compartidos (Hettema et al., 2006; Kendler, 1996), la pobre calidad de las relaciones paterno filiales que genera apegos inseguros, la ocurrencia de acontecimientos estresantes desestructurantes durante la infancia (Hovens et al., 2010), la existencia de vulnerabilidad cognitiva común (Kleiman y Riskind, 2012), el hecho de que ansiedad y depresión no son dos trastornos independientes sino variantes del mismo trastorno (Tyrer, 2001) o que cada entidad actúa como factor de riesgo de la aparición del otro (Fava et al., 2000); pero más que opuestas éstas resultan complementarias, pues cada una adiciona un aspecto comprensivo a una relación multidimensional y compleja, que hasta ahora se está develando.

La limitación del conocimiento acerca de esta relación, radica en parte en que los estudios han sido realizados principalmente con muestras clínicas provenientes de centros asistenciales y ello puede sensibilizar las tasas de comorbilidad halladas, por tanto es preciso llevar a cabo más estudios censales de comorbilidad que permitan conocer la verdadera prevalencia de esta combinación diagnóstica. Al mismo tiempo, aún quedan muchos aspectos por analizar, de un lado el solapamiento de síntomas entre depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada, la relación temporal entre los trastornos y los factores etiológicos responsables de la aparición de ambas condiciones.

### 2.9.5. Problemas en la conducta sexual

La enfermedad mental en general afecta tanto el funcionamiento sexual como la expresión misma de la sexualidad, particularmente problemas como depresión y ansiedad. Aunque los estudios longitudinales al respecto son pocos, se conoce que la disfunción sexual es comórbida con depresión entre el 30 y el 70% de los casos, e incluso se considera la disfunción sexual como una señal de la gravedad de la depresión (Alahveriani, Rajaie, Shakeri y Lorasbi, 2010; Hammen, 2003) con riesgo duplicado para los hombres con depresión mayor producto de la anhedonia que implica incapacidad de sentir placer propia de los estados depresivos más graves (Maklouf, Kparker y Niederber, 2007).

Aunque la depresión puede aparecer de manera secundaria a problemas de conducta sexual como reducción del deseo, falta de excitación, ansiedad sexual o anorgasmia que se expresan en rechazo o aversión al contacto sexual y la disfunción sexual en el caso de los hombres (Pomerol Monseny, 2010); se considera más frecuente que los problemas de conducta sexual sean secundarios a los trastornos del estado de ánimo, principalmente a la depresión mayor (Cyranski, Frank, Cherry, Houck y Kupfer, 2004). Cabe señalar que menor deseo sexual, peor autoestima, y menor satisfacción sexual están asociados a la disfunción sexual e implican reducción en la satisfacción pero no necesariamente la reducción del contacto sexual en hombres (Perelman, 2011).

El 45.1% de las personas diagnosticadas con depresión presentan algún problema sexual que se inicia con baja autoestima, pues ésta hace que la persona se vea como poco deseable y evite el contacto sexual (Romi, 2005). El desinterés puede llegar a rechazo total de cualquier actividad relacionada con el sexo, no siempre asociado a una condición de incapacidad fisiológica. Hay reducción de las fantasías y pensamientos

eróticos, y por tanto decremento en la motivación de aproximación, aunque puede conservarse la respuesta positiva ante la solicitud.

La disfunción eréctil ha sido reportada en el 90% de varones con depresión grave, 60% con moderada y 25% con depresión leve. Se reconoce la alta comorbilidad entre depresión y disfunción eréctil con incremento en edades entre 35 y 46 años, cuya relación bidireccional agudiza los síntomas de ambos problemas (Makhlouf, Kparkeret y Niederberger, 2007; Montorsi, Adaikan y Becher, 2010). La anorgasmia se presenta en una proporción ubicada entre el 18 y el 29.3% de los casos de depresión; asociada a esta incapacidad de sentir placer pueden estar la dispareunia y el vaginismo, dos problemas que afectan la sexualidad femenina debido a que ambos son dolorosos (Pereira, Nardi y Cardoso, 2013; Shifren, Monz, Russo, Segreti y Johannes, 2008).

Una explicación teórica de la relación depresión-disfunción sexual propone que los hombres deprimidos se preocupan excesivamente por su ejecución sexual hasta el punto de desencadenar síntomas de ansiedad que pueden llegar al extremo de incapacitarlos sexualmente (Makhlouf et al., 2007), ya que la hipervigilancia de la ejecución disminuye el placer e incrementa la auto exigencia. La otra explicación es de corte biológico, y en ella se plantea que la depresión incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular y ésta a su vez el de disfunción eréctil o anorgasmia, o que la disfunción eréctil y la anorgasmia son debidas al tratamiento farmacológico ya que algunos medicamentos (fluoxetina, sertralina y paroxetina) disminuyen el deseo sexual y por tanto el placer (Chavez-León, Ontiveros y Serrano, 2008; Feldman, Glodstein, Hatzichristou, Krane y McKinlay, 1994; Gótor, 2001).

Hasta aquí se ha hecho referencia a los trastornos que merman el deseo, la actividad y la capacidad sexual; pero existen trastornos, al parecer menos frecuentes, en el extremo del impulso sexual excesivo como la hipersexualidad que sólo hasta el DSM-V

se reconoce como entidad psicopatológica. El 9.4% de hombres heterosexuales, el 16% de hombres homosexuales (Bancroft et al., 2004) y el 9% de las mujeres reportan incremento exagerado en el interés sexual asociados principalmente a trastorno bipolar (Angst, 1998). Hipersexualidad que tiene por objetivo disminuir la sensación displacentera propia de la depresión (Echeburúa, 2012; Nelson y Oehlert, 2008) y como efecto las prácticas sexuales de alto riesgo.

Pero las publicaciones respecto de la sexualidad y de la conducta sexual problema en las personas deprimidas es limitada, contrario a lo que se podría pensar, incluso no se dispone de información epidemiológica más reciente que permita conocer la evolución de ésta relación comorbil, aunque el panorama se hace optimista ya que la inclusión de la hipersexualidad como diagnóstico en el DSM-V puede estimular el desarrollo de nuevas investigaciones acerca de su relación con los trastornos del estado de ánimo.

### 2.10. Procesos Transdiagnósticos de la Depresión que Podrían Explicar la Comorbilidad con otros Trastornos

Las elevadas tasas de comorbilidad y covariación entre los trastornos mentales son la principal limitación de los sistemas diagnósticos basados en la sintomatología y no en las características etiológicas de los trastornos (Belloch, 2012), especialmente es el caso de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos de ansiedad. El solapamiento de síntomas entre estos trastornos hace pensar que existen factores cuya función es invariante a través de los trastornos mentales, es decir, que estos procesos pueden ser agrupados en dimensiones psicopatológicas comunes, ya que son la base de distintos trastornos, y abordarlos, de este modo permitiría el desarrollo de intervenciones transdiagnósticas que impacten en un amplio número de psicopatologías (McLaughlin y

Nolen-Hoeksema, 2011; Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Podría hacerse una clasificación práctica de los procesos transdiagnósticos para facilitar su comprensión y organización, ya que unos hacen referencia a la existencia de formas características de procesamiento cognitivo que reflejan la forma particular de interpretar la realidad y actuar, y los otros a los procesos de intercambio interpersonal que son compartidos por distintas entidades diagnósticas.

#### 2.10.1. Procesos Intrapersonales

Los procesos intrapersonales son un complejo entramado de pensamientos y comportamientos de cada persona que se regulan mutuamente, y regulan los estados emocionales reportados por las personas ante situaciones específicas, y que son separados únicamente con fines didácticos y comprensivos. Entre los principales procesos intrapersonales transdiagnósticos se encuentran el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, la rumiación, la preocupación y la regulación emocional.

##### 2.10.1.1. El perfeccionismo

El perfeccionismo ha sido considerado un factor de vulnerabilidad para distintos trastornos mentales entre los que se incluye depresión, cabe notar que no se hace referencia aquí al perfeccionismo que reta y promueve el esfuerzo (Bergman, Nyland, y Burns, 2007), o que hace que la persona aprenda del error y redireccione la acción; aquí se hace alusión a un perfeccionismo cuya características principal es la tendencia a plantearse metas con estándares elevados e irreales en contraste con las habilidades

actuales y potenciales de la persona (Van Yperen y Hagedoorn, 2008) que surge tanto de la necesidad de ser perfecto como de recibir reconocimiento social (Hewitt, Habke, Lee-Bagley, Sherry y Flett, 2008). Este perfeccionismo implica marcada atención selectiva y sobregeneralización de los errores, que desemboca en problemas de ajuste, pues ante el fracaso estas personas usan la autocrítica y la autculpa de forma excesiva (González, Ibañez, Rovella, López y Padilla, 2013; Ramos, 2011).

Tal como se había planteado previamente el perfeccionismo se encuentra estrechamente asociado al autoesquema que posee la persona, que está continuamente a prueba, pues cada evento afrontado, considerado importante, conlleva una comparación desfavorable con los altos estándares sociales prescritos y los usualmente exagerados estándares personales (Kuiper et al., 1988; Stoeber y Otto, 2006) que se convierte en una reacción emocional negativa perdurable (Hewitt y Flatt, 1991) traducida en sentimientos permanentes de inferioridad (Flett, Galfi-Pechenkov, Molnar, Hewitt y Golstein, 2012), vergüenza y fracaso (González et al., 2013)

El perfeccionismo se caracteriza por la meticulosidad e hipervigilancia sobre los errores, y la búsqueda incesante de lograr el desempeño perfecto y ser el mejor ejemplo para otros (Mallinger, 2009). En esta línea, se ha propuesto la existencia de tres formas cualitativamente similares de perfeccionismo que se diferencian en la premisa de quién debe ser perfecto. Así, en primer lugar está un componente intrapersonal del perfeccionismo (González et al., 2013), que corresponde al perfeccionismo autorientado que implica la exagerada motivación por ser perfecto y por ende la autocrítica hostil (hosein ghahramani, ali Besharat y naghipour, 2011).

En segundo lugar, está el perfeccionismo orientado hacia otros, que corresponde al componente interpersonal (González et al., 2013), y es concebido como la tendencia a demandar perfección en quienes rodean a la persona, con alta hostilidad y desconfianza

ante el error. Y el perfeccionismo socialmente impuesto, también parte del componente interpersonal, que implica la percepción de que los demás esperan perfección en él, con la consecuente sensación permanente de que se falla al requerimiento social (Ellis y Rutherford, 2008).

En un estudio de revisión de las publicaciones hechas en la última década se identificó el perfeccionismo elevado, como condición transdiagnóstica en trastorno de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos somatomorfos; además de que puede considerarse predictor prospectivo de la aparición de depresión y trastornos de conducta alimentaria, así como de pobre respuesta ante los tratamientos (Egan, Wade y Shafran, 2011). Cabe notar que en la depresión predomina el perfeccionismo autorientado, aunque tanto el autorientado como el perfeccionismo socialmente prescrito, han sido relacionados con el incremento de intentos de suicidio (Franchi, 2010) y de ideación suicida de forma consistente (O'Connor et al., 2012; Rasmussen, Elliot y O'Connor, 2012).

### 2.10.1.2. La intolerancia a la incertidumbre

La intolerancia a la incertidumbre es definida como la angustia provocada por el hecho de no saber lo que va ocurrir, cuándo va a ocurrir y de qué manera ocurrirá, incluso en eventos en los que es imposible determinar las condiciones de ocurrencia y temporalidad. Se considera que ocurre como producto de la existencia de un umbral bajo en la percepción de la ambigüedad, que se asocia a reacciones intensas de ansiedad y preocupación frente a situaciones no definidas totalmente o a la anticipación de consecuencias futuras amenazantes (González et al., 2013; Moreno, 2009)

Esta intolerancia a la incertidumbre se asocia estrechamente con la preocupación,

pues se afirma que la preocupación es una forma concreta de imaginar el futuro, que será negativo, y resolver (aunque no efectivamente) la sensación de vacío que produce “no saber”, ya que pensar se considera una acción que sirve para “estar preparado” para lo que viene.

Se considera que la baja tolerancia a la incertidumbre, es la resultante de un bajo umbral de percepción de la ambigüedad ya que se anticipan de forma constante las consecuencias futuras negativas considerándolas amenazantes y ello hace que la preocupación se incremente y que la ansiedad se dispare ante la evaluación negativa de los recursos personales para afrontar esas situaciones desfavorables venideras, y ello genere inhibición comportamental (Rosellini, Fairholme y Brown, 2011). Este umbral bajo de percepciones sobre la ambigüedad que se traduce en reacciones emocionales intensas y displacenteras ante situaciones confusas, casi siempre implican alta preocupación y anticipación de consecuencias negativas, relacionadas estrechamente con depresión y ansiedad (Fergus y Wu, 2011; González, Angel de Greiff y Avendaño, 2011; González, Ibañez y Cubas, 2006; Rosellini et al., 2011; Rovella, Gonzalez, Ibañez y Peñate, 2011).

### 2.10.1.3. La rumiación

Al parecer el paso de la tristeza normal a un estado depresivo implica la transformación de la reevaluación en un pensamiento de corte obsesivo conocido como rumiación (Ehring et al., 2011; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008), en la que la persona no puede dejar de pensar en la pérdida y la incapacidad de afrontarla, sin lograr identificar opciones de salida; es decir, que la reevaluación pierde el sentido analítico y por tanto la funcionalidad, pues

se vuelve circular y altamente negativa, que afecta tanto el intercambio social, la productividad laboral y la capacidad de respuesta efectiva ante las situaciones.

La rumiación vista como un patrón casi automático de respuesta a la angustia en el que una persona piensa de forma pasiva y constante en los síntomas que experimenta, sus causas y consecuencias; sin que pensar se asocie a intentos reales de solución de los problemas, ya que este tipo de pensamiento negativo y repetitivo no da lugar a conclusiones sólidas debido al continuo y angustioso análisis circular (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Angustia que además provoca incertidumbre, evaluaciones de los otros poco favorables, inmovilización y menor disposición a participar en actividades de distracción que puedan elevar el estado de ánimo (Ehring et al., 2011; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011).

La rumiación está involucrada en la etiología, mantenimiento, recurrencia y la gravedad de síntomas de depresión (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Smith y Alloy, 2009), y reciente evidencia la involucra también con el desarrollo de la ansiedad generalizada (McEvoy, Watson, Watkins y Nathan, 2013), además de considerarla un mediador entre los síntomas de depresión y ansiedad, pues pacientes deprimidos con alta rumiación también reportaban alta ansiedad o los desarrollaron al cabo de un tiempo (Ehring y Watkins, 2008; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011). Algunos estudios mostraron que la presencia de rumiación en los hombres era un buen predictor de la aparición de un cuadro depresivo en el siguiente año (Moffitt, Caspi y Rutter, 2006).

#### 2.10.1.4. La preocupación

La preocupación es definida como una cadena de pensamientos e imágenes de

carácter repetitivo relativamente incontrolable, que cargada de contenido negativo genera una respuesta emocional negativa (Ruscio, Seitchik, Gentes, Jones y Hallion, 2011). Aunque preocupación y rumiación hacen parte de un continuo cognitivo, la distinción radica en que la rumia está centrada en analizar y reanalizar eventos del pasado y la preocupación hace referencia al análisis repetitivo del futuro, que se espera sea negativo (McEvoy et al., 2013; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011).

La preocupación excesiva se experimenta principalmente como pensamiento verbal más que como imágenes, por ello no se habla de un problema de memoria emocional (que se experimenta principalmente en imágenes y sensaciones), sino de proyección verbal de futuro, rica en adjetivos negativos (Stokes y Hirsch, 2010). Esta forma de pensamiento prospectivo negativo e incontrolable, puede llegar a tener un carácter intrusivo y producir a su vez desasosiego incontrolable, ha sido asociada a trastornos emocionales y patologías mentales como ansiedad (Hirsch, Mathews, Lequertier, Perman y Hayes, 2013) y depresión (Mahoney, McEvoy y Moulds, 2012; Ruscio et al., 2011) pero no son abundantes los estudios al respecto.

### 2.10.1.5. Regulación emocional

La regulación emocional definida por Gross (1998) como el proceso adaptativo implementado por el individuo para controlar y disminuir la magnitud de la experiencia emocional derivada de cierto tipo de situaciones, específicamente en la merma de la respuesta fisiológica asociada, en el control de las situaciones (demandas ambientales) y en la respuesta emocional desencadenada (Campbell-Sills y Barlow, 2007). La regulación emocional mal adaptativa es entonces la dificultad para modular la experiencia emocional de acuerdo con las condiciones reales del contexto, la posible

ejecución, los propósitos futuros de la persona y las consecuencias esperadas (Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich y Barlow, 2010; Watkins, 2011).

Se propone la existencia de dos tipos de estrategias de regulación emocional, una las estrategias enfocadas en los antecedentes como la reevaluación cognitiva y otras centradas en la respuesta como la supresión que implica la evitación voluntaria y programada de ciertos pensamientos, comportamientos y emociones; entre las estrategias mal adaptativas cognitivas están la pobre reevaluación, y la no aceptación del problema; y entre las conductuales la procrastinación en la solución de problemas y el bajo autocontrol de impulsos y evitación (Fairholme, Nosen, Nillni, Shumacher, Tull y Coffey, 2013; Watkins, 2011).

Además la pobre regulación emocional o el uso habitual de estrategias de regulación emocional mal adaptativas ha sido asociado transdiagnóticamente a incremento de la evitación y a la severidad de entidades diagnósticas como la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada (Aldao, 2012; Aldao, Mennin y Linardatos, 2010), la manía (Fairholme et al., 2013), trastorno de estrés postraumático), trastorno de ansiedad social y trastorno de conducta alimentaria (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010), dependencia alcohólica y el trastorno obsesivo compulsivo (Coughe, Timpano y Goetz, 2012).

### 2.10.2. Procesos Interpersonales

En general en los trastornos mentales se afecta la capacidad de funcionar adecuadamente en el ámbito social; específicamente en la depresión y ansiedad se ve alterada la capacidad de analizar e interpretar de forma realista estímulos sociales, debido a que el intercambio con otras personas está mediado por la evaluación que la

persona hace de sí misma, de su valía personal, de la sensación de adecuación social y de su capacidad de afrontar adecuadamente situaciones sociales. Además de la tendencia a evitar el contacto y a que otros por desgaste eviten el intercambio con personas con quienes la interacción no resulta reforzante e incluso puede llegar a ser estresante.

### 2.10.2.1. Déficit interpersonales

Las personas con depresión o con ansiedad social, tienen a evaluar como negativas tanto las situaciones de intercambio social como su capacidad para enfrentarlas, en general se ven a sí mismas como menos habilidosas y ajustadas a los requerimientos sociales que otras personas (Sutton et al., 2011). La baja autoestima tiene expresiones explícitas de bajo valor personal percibido, e implícitas como reacciones defensivas, ambas asociadas a la alta percepción de amenaza social pues la persona se siente miedo constante a la evaluación negativa (van Tuijl, de Jong, Sportel, de Hullu y Nauta, 2013). El ansioso centra su preocupación en la futura amenaza mientras que el deprimido lo hace sobre la auto depreciación; pero ambos tienen miedo al rechazo, la desaprobación y la crítica, y una tendencia marcada a minimizar las experiencias sociales positivas (Weeks, Jakatdar y Heimberg, 2010).

La subvaloración personal puede darse de forma automática o reflexiva; y su contenido está concentrado en los aspectos personales que resultan socialmente apropiados respecto de la valía personal, la capacidad, o de la apariencia física; y que determinan la respuesta emocional que proviene de los juicios de valor que la persona emite sobre la base de dicha evaluación (van Tuijl et al., 2013). Un metanálisis reciente confirmó el efecto que tiene la subvaloración personal en el incremento del riesgo de

padecer depresión y/o ansiedad social (Sowislao y Orth, 2013), aunque para algunos el menosprecio personal es una secuela de los trastornos y del aislamiento social que estos provocan (Zeigler-Hill, 2011).

Así la percepción negativa de sí mismo provoca alta sensibilidad social asociada a depresión y ansiedad, ya que la persona hace una búsqueda selectiva de retroalimentación social negativa, que la predispone a identificar con mayor facilidad respuestas negativas de los otros respecto de su comportamiento, su apariencia y su valor individual (Sanchez y Vásquez, 2012); y generan hipervigilancia sobre indicadores de rechazo social que lo hacen más sensible a éste. La inseguridad en el intercambio social y en la imagen reflejada socialmente, derivadas de la percepción errónea de sí mismo, generan excesiva dependencia interpersonal, deterioro en las habilidades sociales y excesiva inhibición interpersonal (Wang, Hsu, Chiu y Liang, 2012), que a su vez se asocian al incremento de la severidad de los síntomas y del riesgo suicida (Joiner, 2003; Kim et al., 2012).

### 2.11. Medidas de Evaluación de la Depresión

En la evaluación de cualquier condición psicológica, especialmente de enfermedades mentales, se pretende arrojar datos objetivos y estandarizados aplicables en diferentes poblaciones y latitudes, de tal modo que se reduzca la apreciación subjetiva del evaluador y se hagan estadísticamente analizables los datos, y por ende comparables con los obtenidos en otros procesos de medida. Estas medidas deben permitir diferenciar los casos patológicos de una condición normal, y hasta ahora dicha clasificación depende, en la mayor parte de las ocasiones, del uso de criterios cuantitativos sumativos acerca de los síntomas que determinan el nivel en el que ocurre

la condición depresiva.

En general evaluar el nivel de depresión de los pacientes es difícil ya que depende de la capacidad de introspección de éstos, de la energía que tengan para responder y de la comprensión que logren de las cuestiones acerca de las que se les interroga, sobre todo cuando el mismo cuadro depresivo puede provocar enlentecimiento (Campbell, Maynard, Roberti y Emmanuel, 2012).

#### 2.11.1. Desarrollo histórico

Los instrumentos de medida de una entidad responden a construcciones teóricas que pueden ser cambiantes de acuerdo con el nivel de comprensión alcanzado del fenómeno y de las estrategias usadas para su diseño y validación; incluso debe anotarse que en psicología no se cuenta con referentes de medida exactos e irrefutables, ya que aún los parámetros para establecer la confiabilidad y validez de una prueba que pretende hacerlos más robustos son centro de investigación. En la antigüedad la entrevista de los médicos era la estrategia prima de identificación de señales de melancolía (como en el inicio se denominó a los cuadros depresivos), sin que se estableciera claro límite entre la tristeza normal y la tristeza prolongada o patológica; solo hasta 1725 Blackmore la denomina depresión (Aldo Conti, 2007).

A lo largo de la historia el diagnóstico certero realizado a través de instrumentos ha constituido un reto, ya que no son pocos los obstáculos que se han debido sortear para hacer instrumentos de medida más precisos, entre ellos el solapamiento de síntomas considerados base del diagnóstico y la no identificación de síntomas centrales y claramente diferenciales que provocan alta convergencia entre las escalas usadas para medir dos entidades diagnósticas consideradas diferentes como por ejemplo depresión y

ansiedad; muchos de los instrumentos usados fueron diseñados hace largo tiempo y algunos aún no han sido reformados o actualizados; además concentran su atención en síntomas cognitivos minimizando el valor diagnóstico de los síntomas conductuales, somáticos y emocionales; esto también debido a que se busca la brevedad de los cuestionarios porque favorece la disminución de costos pero pone en juego la capacidad discriminante de los instrumentos, aumentando el tipo de error de medición provocado aceptable.

Una buena medida en el campo clínico debe responder a la necesidad de tomar decisiones efectivas tanto en el campo del tratamiento como en el de la investigación comprensiva de la depresión; pero las buenas medidas también requieren de un buen uso y ello implica un proceso de decisión que incluye la definición clara de objetivos de evaluación, ya que estos puede variar: Cribado, diagnóstico y clasificación, descripción de áreas problema y síntomas, formulación de casos o contrastación de hipótesis, planeamiento del tratamiento, predicción de conducta y obtención de resultados en una evaluación. Además, se necesita adoptar un método de aproximación al problema, que regularmente debe ser multinivel debido a la multiplicidad de objetivos específicos de evaluación, predicción, explicación y monitoreo de síntomas para cada caso que le permitirán cumplir el objetivo general (Nezú, Ronan, Meadows y McClure, 2002).

Así mismo, es imprescindible individualizar la evaluación y determinar los obstáculos particulares que existen para realizarla; entre los problemas más reconocidos se encuentran los referidos al paciente (varianza motivacional, dificultades asociadas al lenguaje, limitaciones cognitivas, emocionales e intelectuales; problemas físicos o falta de respuesta), los referidos a los recursos (costos de uso no alcanzables por el sistema, acceso limitado al material), y los referidos a los profesionales (falta de entrenamiento). por supuesto el cuarto paso implica resolver los obstáculos. También desarrollar la

acción valorativa bajo las condiciones mínimas requeridas contando con los recursos necesarios, es decir garantizar el cumplimiento de las condiciones psicométricas de los instrumentos adaptados a la población o persona objeto de la evaluación, y monitorear los efectos es decir revisar si el proceso evaluativo ha sido exitoso (Nezú, Nezú y Foster, 2002).

### 2.11.2. Cuestionarios, entrevistas, registros y otros instrumentos

Las características que deben cumplir los instrumentos son universalmente similares, sin embargo las condiciones de las que deben gozar pueden variar dependiendo del objetivo y del ambiente de uso; por ejemplo en el cribado los falsos positivos (error de inclusión) son más aceptables que los falsos negativos, es decir que es más aceptable que el instrumento sea sensible al punto de detectar posibles casos y no para ignorarlos generando falsos negativos (error de exclusión) ya que indicaría que le falta sensibilidad al instrumento y ello no permitiría la detección oportuna de casos que ameritan atención (Nezú et al., 2002). Un falso positivo implica el costo de al menos una entrevista de contrastación pero un falso negativo puede implicar la no atención oportuna, la agudización del caso y efectos directos sobre el bienestar de la persona. Cabe notar que la aceptación de falsos positivos debe ser menor a la real discriminación de posibles casos, ya que un instrumento extremadamente sensible puede provocar saturaciones innecesarias del sistema de salud.

De otra parte, Nezú et al. (2002) propone que en los procesos diagnósticos y de clasificación la atención se enfoca en la descripción específica de los síntomas y de los efectos que las intervenciones tienen sobre ellos, la medida de rangos de síntomas basadas en la frecuencia y la intensidad, para ello se requieren instrumentos que

incluyan descripciones detalladas de todos los síntomas, de su severidad y del grado de impacto clínico que tienen, de acuerdo con el sistema diagnóstico de manejo; que además arrojen resultados constantes a través del tiempo y sean utilizables en diversas poblaciones.

En las formulaciones de caso, los instrumentos deben estar dirigidos a evaluar factores asociados al inicio, curso, y en general a condiciones funcionales del problema; incluso deben abordar los motivos de consulta para permitir definir el grado de afectación de las distintas áreas de desarrollo del paciente, todo para que se logre la formulación de planes de tratamiento efectivos con algún margen de error ya que es posible redireccionar los tratamientos, aunque se espera que estos hayan sido probados previamente; en la predicción de comportamiento la atención se dirige a definir si la conducta de la persona tiene una potencial carga de riesgo personal o para otros y el error aceptable en este caso es casi nulo. Y en las medidas de seguimiento los instrumentos deben ser sensibles a los cambios del comportamiento.

Dada la importancia actual de la depresión en el mundo, existe más de 400 instrumentos diseñados para evaluar depresión en el ámbito clínico (Carrasco, Herrera, Fernández y Barros, 2013) que varían en complejidad, estilo y uso según condiciones de edad y de salud; que pueden ser aplicadas en una indagación externa en la que el profesional valora los síntomas a partir de lo que observa y contrasta con el autorreporte hecho en la entrevista, y en otros de autoevaluación en los que el propio paciente valora la intensidad de los síntomas.

Es posible clasificar las medidas de la depresión en dos grandes grupos, uno que reúne a las entrevistas estructuradas y semiestructuradas realizadas por un profesional y otro que incluye los cuestionarios de autorreporte:

#### 2.11.2.1. Entrevistas de clasificación clínica

Incluye cuestionarios de calificación clínica y entrevistas clínicas estructuradas, que proveen una evaluación longitudinal con datos normativos y criterios definidos de los trastornos; además permiten abordar aspectos biopsicosociales de la depresión y facilitan la indagación cuando hay co ocurrencia con otros síndromes que limitan la posibilidad de responder del paciente. Sin embargo determinar de forma estricta la validez y confiabilidad de las entrevistas no es tarea fácil. Entre los protocolos de calificación clínica están la Escala Hamilton de Depresión revisada, el apartado de trastornos del estado de ánimo del Mini International Interview (MINI) y la Entrevista Estructurada del DMS-IV para trastornos del Eje I (SCID) entre otras.

##### 2.11.2.1.1. MINI International Neuropsychiatric Interview

El Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1988) es una entrevista corta, estructurada y comprehensiva de salud mental que permite identificar y confirmar diagnósticos de 16 trastornos mentales actualizada a los criterios diagnóstico incluidos en el sistema DSM-IV-TR (APA, 2002) y el CIE-10 (OPS, 2010), con una sensibilidad y especificidad del 85% y un valor predictivo positivo del 75% que se conserva de manera individual en cada escala.

Existen dos versiones de aplicación, una de entrevista semiestructurada en la que el profesional otorga una calificación a las respuestas de acuerdo con un grupo de criterios y una auto administrada en la que la persona autovalora el grado de cumplimiento en cada enunciado en términos dicótomos El apartado referente a depresión incluye únicamente las escalas correspondientes a los trastornos del estado de ánimo entre ellos

episodio depresivo mayor, trastorno distímico y riesgo de suicidio. Es una entrevista de diagnóstico y clasificación considerada *gold estándar*, pero no se considera aplicable a todos los pacientes, ya que personas con trastornos neurológicos importantes o con esquizofrenia no logran completar a satisfacción la entrevista.

Entre los beneficios reconocidos del MINI está la corta duración de su aplicación (20 minutos) (Beevers, 2011) y la alta especificidad de la evaluación que ofrece. Adicionalmente se reconoce la utilidad específica del MINI en reconocer comorbilidad presente (Pinnintim, Madison, Musser y Rissmiller, 2003) pero no logra evidenciar los grados de cumplimiento de los síntomas, es decir que no permite valorar su severidad.

### 2.11.2.1.2. Escala Hamilton de Depresión

La Escala Hamilton de Depresión en su validación española (Hamilton, 1960; Ramos-Brieva y Cordero, 1988) es una escala de la calificación por observación diseñada bajo los criterios DSM antes de que se propusiera la tercera versión con actualización de acuerdo con las variaciones del sistema; mide la presencia y severidad de depresión, incluyendo un índice clínico global de severidad, que permite hacer seguimientos al impacto de los tratamientos. Incluye series de categorías con condiciones incrementales dependientes de la hora del día, la desrealización, síntomas paranoides y sistemas obsesivos. Hay cuatro versiones, la original de 21 ítems, una breve de 6, una semibreve de 17 y una extensa de 24 ítems; pero todas de heteroaplicación en la que se valora tanto la información proveída a través de la entrevista como la suministrada por la observación directa.

Los últimos cuatro ítems evalúan un grupo de síntomas denominados extraños que son perspicacia (insight o conciencia de la enfermedad), pérdida de peso, hipocondría y

síntomas genitales (disminución de la libido y trastornos menstruales) (Bjelland, Dahl, Haug y Necklemenn, 2002; Zimmerman, Martínez, Young, Chelminski y Dalrymple, 2013). Es notable que esta escala dirige su atención a los síntomas de anhedonia, evalúa sintomatologías somáticas en un solo ítem entre los que incluye pesadez, cefaleas, mialgias, fatiga y pérdida de energía, las otras las reacciones fisiológicas descritas corresponden a lo que se denomina en la escala como ansiedad somática, excepto en los ítems referidos a problemas de sueño. La calificación va en un rango de 0 a 52, con identificación de cinco niveles: Normalidad, depresión leve, moderada, severa y muy severa o de ansiedad según la escala; en puntuaciones superiores a 18 la presencia de un cuadro depresivo (Santor, Debrot, Engelhardt y Gelwicks, 2008).

Entre las limitaciones más conocidas está el hecho de que da mayor peso a los síntomas somáticos que a síntomas cognitivos como la culpa, e ignora síntomas como el enlentecimiento, y las muestras de validación han sido en un 75 a 85% femeninas. Una de las más amplias críticas a esta escala es que centra su atención en síntomas somáticos que tienen especial respuesta a los tratamientos farmacológicos, ello ha implicado que los ítems no consigan tener un funcionamiento normalizado que le den mayor poder discriminativo entre los casos de alta y baja intensidad (Beevers, 2011).

### 2.11.2.1.3. Entrevista Estructurada del DSM-IV-TR para los trastornos del Eje I

La Entrevista Estructurada del DSM-IV para los Trastornos del Eje I (SCID) es una entrevista semiestructurada elaborada por First, Spitzer, Gibbon y Williams en 1994, que evalúa en adultos los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV. Consta de un módulo general de identificación del paciente y módulos específicos de los grupos de trastornos que permite hacer un diagnóstico diferencial preciso, que no se logra

cuando son aplicados por separado. El módulo A evalúa los trastornos del estado de ánimo: Depresión mayor y distimia, con una consistencia interna adecuada que varía entre 0.66 y 0.80, y una alta validez (Sansz et al., 2005). Su duración varía de acuerdo con la complejidad del caso; es decir que casos con alta sintomatología pueden implicar un tiempo superior a los de duración sugeridos en la literatura (15 a 90 minutos); ha sido usada principalmente con fines investigativos y como prueba de oro para evaluar otras medidas (Beavers, 2011). Considerada con alta validez diagnóstica puede ser utilizada en centros de asistencia primaria en salud, ya que es un instrumento estandarizado como guía diagnóstica.

### 2.11.2.2. Medidas de autorreporte o de papel y lápiz/de medios electrónicos

Este grupo proporciona evaluación idiográfica del paciente, es decir que mide la magnitud en que se cumplen los criterios diagnósticos necesarios, en función de unas circunstancias particulares, para que quien responde sea clasificado con depresión. Se considera que los objetivos de los múltiples cuestionarios e instrumentos para evaluar depresión son similares pues sus objetivos apuntan a identificar, medir y analizar las distintas formas de expresión del estado depresivo; asumiendo que todos hayan partido del mismo concepto de depresión lo cual es poco factible.

Para confirmar si era posible asumir que lo que se evalúa a través de la gran variedad de instrumentos cuyo objeto central es la depresión correspondía al mismo constructo, Sanz, Izquierdo y García-Vera (2013) revisaron los conceptos y teorías en los que se sustentó el diseño de los más usados en España y encontraron que todos buscan medir uno o varios aspectos de un síndrome denominado depresión clínica, en el que se agrupan un conjunto de síntomas considerados centrales que cavarían; entre los

que se identificaron la anhedonia y el bajo estado de ánimo, ambos reconocidos en el DSM-IV-TR y en el CIE-10, con afectación importante en el desarrollo normal de la vida de la persona o que le provocan malestar clínicamente significativo a la persona. Síntomas que cuando tienen una duración mayor y cuentan con características estables se convierten en un trastorno, que para este caso incluye o engloba el grupo de trastornos clasificados bajo el nombre de trastornos del estado de ánimo.

Todas las escalas pretenden realizar la evaluación sintomática del paciente referido a un lapso específico que varía entre la última semana y lo extenso de la vida del individuo; su uso es complementario a la entrevista diagnóstica ya que su mayor utilidad es confirmatoria; aunque algunas de ellas son usadas en procesos de cribado en el ámbito de atención primaria en salud. Entre las escalas más utilizadas se encuentran el Inventario de Depresión de Beck primera y segunda versión (BDI-I y II), la Escala Hamilton y el Cuestionario Zung, algunas de ellas son antiguos y han tenido actualizaciones o se han desarrollado versiones breves con fines de cribado en atención primaria.

Por su parte, Sanz et al. (2013) analizaron la validez de constructo de los instrumentos, para ello revisaron si los ítems incluidos en los cuestionarios que evalúan depresión usados en España eran representativos de los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV-TR y en el CIE-10; y encontraron que el BDI-II y la Escala Zung contaban con alta relevancia y representatividad de los síntomas definidos en ambos sistemas clasificatorios; y concluyeron que más del 70% de las escalas autoaplicadas cubren depresión mayor, y cerca del 60% evalúan los síntomas de distimia; pero en ambos casos los síntomas evaluados recogen en gran medida los criterios establecidos en ambos sistemas. En general las escalas breves recogen menos del 50% de los síntomas, esto debido sin duda a que su objetivo es la detección de posibles nuevos

casos y no el diagnóstico. Así mismo se ha reconocido la alta concordancia entre los resultados obtenidos con el BDI-II, la Escala Zung, y la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS) que de por sí revelan alta especificidad y sensibilidad diagnósticas (Sharpley y Bitsika, 2014).

Antes de dar una mirada general a las características de las escalas y cuestionarios, se debe notar que aunque en su mayoría reportan índices de consistencia interna aceptables, muchos de estos instrumentos tienen serias limitaciones en su validez interna, derivadas de la inespecificidad de los síntomas que incluyen, de la baja validez externa debido a la falta de validaciones en poblaciones diversas y de limitaciones en la validez discriminante relacionadas con que aún la diferenciación de los casos clínicos y los subclínicos no es precisa (Álvarez y Londoño, 2012) ya que todavía no miden estrictamente los síntomas centrales de depresión (Peñate, Pitti, García y Perestelo, 2005).

De otra parte, aunque siempre se debe contar con el reporte directo del paciente pues es precisamente él quien vivencia los síntomas, se ha reconocido que los reportes de los pacientes en muchos casos son inespecíficos pues dependen de la capacidad individual de identificar y precisar información acerca de una amplia variedad de características consideradas indicativas, y de la existencia de sesgos en los autoinformes como el autoengaño y la visión limitada (Sasso y Strunk, 2013), condiciones que le dan mayor validez a las calificaciones ofrecidas por otros observadores (Connelly y Ones, 2010).

Entre los autoinformes están el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS), La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff (CES-D), el Cuestionario de Depresión de Zung (SDS) y la Escala de Depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad II

(MMPI-II) (Tabla 1).

#### 2.11.2.2.1. El Inventario de Depresión de Beck II

Diseñado por Beck y varios equipos de colaboradores, y adaptado al español por Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005); es la segunda versión del BDI (por sus siglas en inglés) que fue diseñado de forma no estricta bajo los criterios DSM y del CIE, soportado en las teorías de indefensión y cognitivas de la depresión. El BDI-II evalúa la presencia y severidad de los síntomas, y su uso inicial fue de cribado de casos, para lo que fue diseñado; pero erróneamente se extendió a la reconfirmación rápida de diagnósticos (Sanz, 2013). La versión original o BDI, fue reformada debido a que su capacidad discriminante no era la mejor, y se desarrolló el BDI-II (Storch, Roberti y Roth, 2004), del que se reportan condiciones de consistencia interna que oscilan entre 0.74 y 0.88 en los diversos estudios realizados (Ignjatović-Ristić, Hinić y Jović, 2012; Ojeda et al., 2003).

Su uso está restringido a población entre 13 a 80 años, sin baremos que consideren las diferencias propias de los grupos de edad. Incluye dos dimensiones o factores: Una dimensión somática (tristeza, pérdida del placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, falta de energía, el cambio en los patrones de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades de concentración, cansancio y/o fatiga, y la pérdida de interés en el sexo) y una afectiva (pesimismo, fracasos del pasado, sentimientos de culpabilidad, sentimientos de castigo, la auto-aversión, auto-criticidad, pensamientos o deseos suicidas, y falta de valor); pero se considera que todos los ítems apuntan a un factor dominante cuyo objetivo principal que es la valoración de la gravedad del cuadro depresivo a través de la evaluación de síntomas de depresión mayor y distimia en un

marco temporal de dos semanas, centrándose en el malestar subjetivo y el deterioro de la actividad práctica (Ojeda et al., 2003; Sanz, 2013).

Para España se han establecido puntos de corte en un rango de 0 a 63, que se distribuyen en cuatro grupos depresión mínima, leve, moderada y grave (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera, 2013). Se considera que las limitaciones persisten pues el nivel de discriminación no se incrementó a pesar de los ajustes, no se ha analizado el funcionamiento diferencial de los ítems asociado a sexo y tipo de patología, las muestras de validación eran principalmente femeninas (63.6 a 76.5%) [Colegio Oficial de Psicólogos España (COP), 2011] y hasta ahora no hay consenso internacional acerca de los puntos de corte (Storch et al., 2004) condición que dificulta la comparación de resultados obtenidos en diversas poblaciones (Álvarez y Londoño, 2012).

### 2.11.2.2.2. Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad

La Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS) está basada en la teoría tripartita incluye los criterios principales del DSM-IV-TR, es usada como prueba de cribado en estudios epidemiológicos aunque su objetivo original era la evaluación en pacientes adultos no mayores de 70 años en ambientes hospitalarios/psiquiátricos para la identificación del nivel de gravedad de los síntomas una vez el paciente ha sido diagnosticado con depresión y para monitorear la evolución terapéutica de los síntomas con un marco temporal inmediato. Conformada por 14 ítems, 7 de depresión y 7 de ansiedad, los ítems se valoran en una escala de intensidad que va de 0 a 3 de los síntomas experimentados en una ventana temporal de una semana previa a la aplicación de este instrumento, pero para cada uno se brinda criterios operativos distintos. Se

piensa que tiene alta sensibilidad en la detección de episodio depresivo grave (82%) y de depresión mayor (74%) (Straat, van der Ark y Sijtsma, 2013).

Para controlar el riesgo de cometer errores de identificación como el de falsos positivos no incluye síntomas somáticos de depresión y ansiedad relacionados con enfermedades médicas; recoge dos dimensiones globales, una de depresión y otra de ansiedad, aunque no es posible considerar la total independencia de los ítems de ambas escalas recientemente (Straat et al., 2013) o los resultados obtenidos con distintos análisis factoriales o en diferentes grupos muestran una conformación factorial diversa y por tanto una estructura latente no clara (Cosco, Doyle, Ward y McGee, 2012). Algunos autores consideran que se ha reconfirmado su existencia pero otros han hallado que la escala explica un 76% de covarianza relacionada con depresión y ansiedad, es decir de distrés emocional hecho que niega la existencia de los dos factores independientes si se usan las dos escalas juntas (Norton, Cosco, Doyle y Sacker, 2013).

### 2.11.2.2.3. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff

El CEDS-R (por sus iniciales en inglés), es una escala auto administrada atórica basada en criterios epidemiológicos de evaluación diagnóstica de la severidad del episodio depresivo mayor aplicable a la población en general, con una estructura bidimensional con niveles óptimos de confiabilidad, validez y con consistente convergencia teórica con otras escalas de depresión y de divergencia con escalas que miden trastornos como ansiedad, esquizofrenia y afecto positivo y negativo (Eaton, Smith, Ybarra, Muntaner y Tien, 2004). La versión revisada incluye 9 criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM-IV-TR y dos específicos acerca de disforia y anhedonia que se agrupan en dos dimensiones de estado de ánimo negativo y deterioro

funcional (Van Dam y Earleywine, 2011) con un índice de consistencia interna de 0.85 en población general y de 0.90 en población clínica (Nezú et al., 2002).

### 2.11.2.2.4. Escala Zung de Depresión

La Escala de Zung de Depresión (SDS) y su versión abreviada (Díaz, Campo, Rueda y Barros, 2005), provienen de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965 basada en el sistema DSM, con especial énfasis en el componente somático de la depresión es usada como filtro diagnóstico para episodio depresivo mayor. Utilizando frases positivas y negativas, evalúa tres dominios o grupos de síntomas: Afectivo, somáticos- fisiológico y psicomotor; con mayor peso del componente somático-conductual, ello limita su uso en población geriátrica o en población con problemas médicos; cabe notar que no incluye dentro de las opciones de respuesta un no categórico y ello provoca que algunos ítems sean omitidos por quien responde.

En un rango de calificación de 0 a 52 ofrece una clasificación de severidad en cinco grupos: No deprimido, depresión ligera/menor, depresión moderada, depresión severa y depresión muy severa; y puede ser aplicada en población adulta en todas las edades. Con calificaciones independientes en las dimensiones melancolía y autoestima (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13) ansiedad y del estado de ánimo (ítems 4, 5, y 6) y sueño (ítems 4, 5 y 6) sin puntos de corte definidos para estas. Sin embargo al revisar la escala el paciente califica más la frecuencia los síntomas que la intensidad de los mismos. En cuanto a las propiedades psicométricas la consistencia interna oscila entre 0.50 y 0.85, sin valores específicos sobre las dimensiones evaluadas, la escala se ha validado al igual que los otros instrumentos principalmente con muestras femeninas.

#### 2.11.2.2.5. Cuestionario Básico de Depresión

El Cuestionario Básico de Depresión (CBD) fue diseñado por (Peñate, 2001) partiendo de los criterios del DSM-IV con el objetivo evaluar los síntomas genuinos de depresión para dar mayor valor incremental (potenciación predictiva en comparación con otras fuentes de datos) a las medidas autorreporte, y ofrecer un instrumento válido para el diagnóstico y seguimiento de avances obtenidos en tratamientos para la depresión basado tanto en criterios clínicos de mejora como en el bienestar subjetivo reportado por los pacientes.

Este cuestionario está relacionado teóricamente con varios modelos explicativos de la depresión considera la existencia de síntomas primarios y síntomas secundarios de depresión; los síntomas centrales o genuinos de depresión son agrupados en tres contenidos de la depresión, sin que estos hayan sido confirmados como dimensiones independientes: Afecto triste, anhedonia y baja autoestima; que se diferencian claramente de los de ansiedad de acuerdo con la validez diferencial reportada, y entre los distintos tipos de trastorno depresivos de acuerdo con la validez discriminante lograda. Para evaluarlos se construyeron y validaron 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta referidas a la duración de los síntomas en términos de meses, semanas o años (Peñate et al., 2005).

La consistencia interna de la prueba está por encima de 0.80, tiene elevada estabilidad temporal y validez convergente que ha sido comprobada con diversas poblaciones, con buena capacidad para detectar posibles casos positivos su eso podría extender al cribado (Peñate, Bello, García, Rovella y Pino-Sedeño, 2014; Peñate, Ibañez y González, 2001). Al igual que en los otros instrumentos antes descritos, los procesos de validación implican muestras conformadas por mujeres en su mayoría.

#### 2.11.2.2.6. Escala de Depresión del MMPI-II

Igual que el resto del Inventario Multifásico de la Personalidad de Massachusetts II (MMPI-II), la Escala de Depresión fue diseñada a partir de las teorías factoriales de la personalidad Krapeliana vigente en la época que tenía orientación inferencial o de enlace empírico, es decir que no se sustentada propiamente en una teoría específica acerca de la personalidad ni de la depresión; pero mide la existencia de un patrón de personalidad depresivo. Tiene alta consistencia interna y estabilidad de cada una de las escalas, y en su uso completo ofrece alta discriminación entre las patologías (Espinosa y Herrera-Rojas, 2003), pero en el uso de las escalas específicas es un instrumento clasificatorio de la severidad de los síntomas con baja validez debido a que se considera que tiene pobre sensibilidad y especificidad (no diferencia claramente falsos positivos y/o falsos negativos) presente aún en la versión reformada (Gros, Keyes y Greene, 2000). La escala específica consta de 13 ítems que son compartidos factorialmente con otras escalas, con funcionamiento similar en hombres y mujeres, que buscan medir la existencia de un patrón estable de personalidad depresiva.

Existen otras escalas y cuestionarios con menor uso o reciente creación como el Inventario Estado Rasgo, la Escala de Depresión y Ansiedad de Golberg y la Escala Geriátrica de Yesavage. Aunque hay abundancia en las opciones de medida las evaluaciones usando fuentes diferentes han mostrado discrepancias importantes debido a que sobrestima el valor diagnóstico de los síntomas aun cuando muchos de ellos no son exclusivos de una entidad psicopatológica (Ruíz, Silva y Miranda, 2001), a la variación de los puntos de corte usados por distintos investigadores, y a la no existencia de validaciones para un número importante de países en algunas de ellas; o a que la mayor parte de los estudios psicométricos usan poblaciones cautivas como enfermos

diagnosticados y grupos universitarios.

Tabla 1. Características principales de las medidas de depresión

AUTORREPORTES					
Instrumento	Objetivo evaluación	Trastornos	Uso	Dimensiones que incluye	Concordancia con Criterios DSM y CIE
BDI- II	Severidad	Depresión Mayor Distimia	Cribado Reconfirmación rápida de diagnósticos	Afectiva Somática	No estricta
HADS	Severidad	Episodio depresivo mayor Depresión Mayor	Diagnóstico Monitoreo avances	Depresión Ansiedad	Estricta/no completa
CEDS-R	Severidad	Episodio depresivo mayor	Cribado	Ánimo negativo Deterioro funcional	No estricta
SDS	Severidad	Episodio depresivo mayor	Filtro diagnóstico	Afectivo Somático-fisiológico psicomotor	Estricta/no completa
CBD	Severidad	Síntomas centrales de depresión Cribado	Seguimiento de avances clínicos	Autorreporte Reporte profesional	No estricta
Escala Depresión MMPI-II	Severidad	Personalidad Depresiva	Diagnósticos diferencial	Unidimensional	--
ENTREVISTAS					
Instrumento	Objetivo evaluación	Trastornos	Uso	Dimensiones que incluye	Concordancia con Criterios DSM y CIE
MINI depression	Severidad	Depresión Mayor Distimia Riesgo Suicida	Diagnóstico diferencial	Depresión Mayor Distimia Ideación Suicida	Estricta
Escala Hamilton de Depresión	Presencia Severidad	Depresión Ansiedad	Diagnóstico Seguimiento tratamientos	Síntomas de anhedonia Síntomas somáticos Ansiedad somática Síntomas extraños Índice Global de Severidad	No Estricta
Entrevista Estructurada del DMS IV para trastornos del Eje I	Severidad Historia previa de Depresión	Depresión Mayor	Diagnóstico		Estricta

Recientemente Wahl et al. (2014), usando la Teoría de Respuesta al Ítem proporcionaron una primera aproximación a una métrica estandarizada para la evaluación de la severidad de la depresión que permitiera la comparabilidad entre los

resultados obtenidos a través de 11 cuestionarios con los que se conformó un banco de ítems, entre ellos el BDI-I y II, el HADS, el CEDS-R y otros desarrollados para población alemana, usados en 142 estudios realizados entre 2006 y 2010 en una población de 10606 adultos alemanes de los cuales el 46% eran pacientes con trastorno depresivo; sin encontrar grandes diferencias en la precisión de medida y rango ofrece razones que justifican la elección de los instrumentos y define una escala global de valoración de la severidad de la depresión consistente entre las diversas medidas ya que permite identificar un banco de ítems, los puntos umbrales clave para la toma de decisiones clínicas y epidemiológicas y facilita los estudios metanalíticos que abordan los resultados obtenidos con distintos instrumentos.

Los 89 ítems definidos en el banco miden síntomas afectivos y cognitivos de la depresión tales como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpa, dificultades de concentración e indecisión, e ideación suicida; ninguno de los síntomas somáticos cumplió el nivel de ajuste definido para ser incluidos. Además la investigación permitió notar que los niveles de clasificación leve, moderado, grave no son equivalentes entre los cuestionarios y ello podría llevar a que los estudios de análisis secundarios agrupen equivocadamente muestras no homogéneas clasificadas solo a partir del uso de la etiqueta de nivel, solo podría hablarse universalmente de no casos, casos dudosos y casos concretos.

Se evalúan también constructos relacionados con la depresión para identificar potenciales mediadores de los síntomas depresivos, entre ellos la ideación suicida; que pueden afectar el inicio, recurrencia, recuperación, mantenimiento o la existencia de recaídas en los pacientes con depresión y que merecen ser abordados; entre ellas la Escala de depresión y Ansiedad HADS Revisada, las escalas de estado de ánimo y listas de síntomas generales como la Escala de Síntomas Autorreportados (SQR) (Nezú et al.,

2002). También existen inventarios destinados a evaluar un único síntoma o un aspecto general asociado (tristeza) entre los que están la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), el Perfil de Estados de Ánimo (POMS), la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), o la subescala de Depresión del NEO PI-R.

En suma, los cuestionarios evalúan la presencia del cuadro depresivo más no la intensidad de los síntomas (Ruíz et al., 2001), esto debido a que se valora frecuencia o permanencia pues la mayoría de las escalas likert usadas van de la opción de siempre a nunca, y se ignora la intensidad; en la entrevistas la oportunidad de evaluar la intensidad de los síntomas está, no obstante en la calificación numérica de nuevo se da mayores puntajes en los casos en los que el síntoma se hace frecuente, sin valorar específicamente las áreas afectadas y el grado de afectación que se tiene derivado de los síntomas.

Se evalúan presencia, frecuencia y permanencia, pero no el impacto o intensidad de los síntomas, aunque se asume que la severidad puede estar reflejada en algunos síntomas como la aparición de ideación suicida; la gravedad no solo está dada por la ideación suicida o por la recurrencia de los síntomas, sino que podría estar mejor representada en el grado de incapacidad que provoca en el sujeto. Tampoco se evalúa en los cuestionarios la inestabilidad en el estado de ánimo, y no se puede ignorar que las fluctuaciones de estado de ánimo son bastante frecuentes en la depresión; tal vez una de las razones principales para limitar su inclusión en la evaluación es que lograr un reporte fiable depende en gran medida de la memoria retrospectiva del paciente que es la base para poder reportar con precisión el momento, la intensidad y el tipo de sensación experimentada; no obstante, un seguimiento de estas variaciones y los factores asociados puede aportar al desarrollo de tratamientos más efectivos de la depresión (Bowen, Wang, Balbuena, Houmphán y Baetz, 2013).

Desde otra perspectiva, es notable que casi todos los instrumentos han sido validados usando las teorías estadísticas clásicas, y requieren actualización usando tecnologías psicométricas más robustas como la Teoría de la Respuesta al Ítem, entre otras, que podría ayudar a resolver algunas de las limitaciones antes mencionadas, entre ellas el estudio del funcionamiento diferencial de los ítems de acuerdo con condiciones de diferenciación personal como el género, la procedencia y las condiciones étnicas. Sumado a ello en los distintos cuestionarios no se agrupan los síntomas bajo los mismos criterios y dimensiones de manera estricta, en algunos no se especifican los síntomas incluidos en un componente, ya que solo se valora un signo específico, o se engloba en uno general.

Finalmente, ya que los objetivos para los que son usados los distintos instrumentos varían debe escogerse con cuidado la opción si se desea garantizar los mejores resultados al menor costo posible (Sanz et al., 2013); es decir que deben garantizarse desde las mejores condiciones psicométricas hasta los menores costos requeridos en su uso en términos de tiempo, complejidad de uso, utilidad incremental respecto a la información ya disponible, y la complejidad de interpretación.

### 2.11.3. Procesos de diseño

La evaluación es un proceso de toma de decisiones en la que se define si una persona cumple o no un grupo de atributos que lo sitúan en cierta condición y el grado de expresión de una variable, que para el caso presente se trata de sí recibe o el diagnóstico de depresión y cuál es la intensidad de los síntomas. Entonces los procesos de diseño de los instrumentos de evaluación persiguen un objetivo central que corresponde a garantizar que la medida sea precisa, calificable y repetible de forma

estable tanto en el tiempo como en distintos contextos; es decir que cumpla criterios de validez y confiabilidad. Confiabilidad vista como el nivel de precisión que tiene un instrumento en la medida del atributo y la validez se refiere a que el instrumento mida lo más exactamente el constructo teórico que le dio origen, en palabras que mida lo que pretende medir.

Desde la Teoría de Respuesta al Ítem se espera que cada ítem tenga un buen funcionamiento y que el conjunto cumplan los principios de unidimensionalidad, independencia y dificultad (Linacre, 2002); en otras palabras que se mida un único constructo a lo largo de los ítems y que si existen componentes, éstos correspondan a los previstos o posibles del constructo, que la respuesta dada a cada ítem sea independiente a las hechas previamente a otras preguntas que hacen parte del instrumento; y finalmente que los ítems permitan identificar los distintos grados de presentación del atributo o constructo que está siendo medido. En el caso de la depresión, que mida de forma central depresión, que cada pregunta incluida aporte independientemente a la medida y que discrimine los casos clínicos, los subclínicos de los no clínicos.

#### 2.11.4. Limitaciones de los procedimientos elaborados para evaluar la depresión

En la medida de la depresión concurren varios problemas, el primero que no existe una teoría única validada, y que las teorías actuales la unen con cada vez más fuerza y argumentos a la ansiedad en un continuum; en segundo lugar, que los síntomas incluidos en la medida son dependientes del sistema nosológico usado por quien diseña y valida el instrumento y estos no son estrictamente comparables; y en tercer lugar que las muestras de análisis provean sesgos debido a su condición clínica o características

socio demográficas (edad, género y nivel económico, entre otros).

La mayor parte de los instrumentos han sido desarrollados y validados bajo la teoría clásica de los test, pero ya se ha demostrado que los beneficios pueden ser sustanciales al usar el modelo de Rasch y la teoría de respuesta al ítem en el diseño y validación de nuevos instrumentos, ya que esta permite evidenciar la existencia de subgrupos de respondientes que se comportan de forma diversa ante los ítems e identificar la redundancia de ítems que puntúan en varios factores, condiciones que ayudan a minimizar el tamaño de los errores estadísticos. Forkmann et al. (2013) revisaron la lista de síntomas derivada de todos los que han sido incluidos en los distintos cuestionarios y encontraron que había al menos tres dimensiones (emocional/cognitiva, autoestima e ideación suicida, que pueden ser tomadas en cuenta aunque el estudio, se realizó con personas que habían tenido algún diagnóstico médico.

En general en los estudios tienen problemas en la conformación de las muestras, en primer lugar se supone la homogeneidad de las muestras clínicas cuando estas recogen los distintos trastornos del estado de ánimo, que son cualitativamente diferentes. En segundo lugar, el amplio uso de muestras universitarias o de muestras clínicas sin comparaciones y se ignora que en general el significado dado por una persona no deprimida a los síntomas descritos en los ítems puede variar sustancialmente de la interpretación dada por las personas deprimidas, ya que los sesgos cognitivos (sobregeneralización, polarización, predominancia de recuerdos de eventos negativos) pueden llevar a magnificar la valoración de los mismos o subvalorarlos, la presencia de síntomas físicos puede verse magnificada por problemas médicos reales. Y finalmente, la limitante mayor consiste en el reto de llegar a cuantificar el estado de ánimo y definir si son universales las expresiones de un mismo estado.

## 2.12. Dificultades Diagnósticas Asociadas a la Disparidad de Género

El uso de un instrumento u otro puede hacer variar los resultados diagnósticos ya que algunos cuestionarios pueden tener o no alta sensibilidad a la expresión variable de los síntomas psicopatológicos que existe entre géneros o entre otras condiciones específicas como la edad y la procedencia. Como ejemplo puede hacerse referencia a varios estudios, entre los que se encuentran el de Galicia, Sánchez y Robles (2009) que arrojan diferencias significativas en los síntomas de depresión por género con el uso de una prueba de depresión como el Kovac, que no se detectan usando la Escala Zung.

El estudio de Álvarez y Londoño (2012) mostró que el BDI identificó como positivos solo a la mitad de los hombres que tenían en realidad depresión y entre los casos positivos ubicaba a los hombres en niveles con menor intensidad a la que en verdad padecían (42 de 112, depresión mayor 0 a 14); incluso instrumentos considerados más potentes en la detección y diagnóstico de los casos como el MINI se reporta cerca de un 5% menos de los casos detectados a través del Cuestionario de Depresión para Hombres; resultados que fueron corroborados en un estudio posterior por Vargas, Chaparro, Hernández y Londoño (2012). Pero que deben ser contratados por otros investigadores en poblaciones diversas.

La primera versión del BDI presentaba deficiencias diagnósticas en la discriminación de los síntomas por género, por ello se reestructuró la prueba, pero al parecer persisten los problemas de identificación de depresión en hombres. Estas diferencias podrían ser explicadas desde los hallazgos de González, Carbonell, Grau Abalo y Lorenzo (2007) que mostraron que la mayoría de las medidas de depresión centran su atención en síntomas cognitivos- subjetivos de evaluación y reevaluación de los síntomas emocionales, sin que se evalúen suficientemente los síntomas

comportamentales; y en su mayoría acuden al autoinforme que requiere alto reconocimiento reflexivo de la experiencia emocional característico de las mujeres pero no de los hombres.

Así mismo, al revisar las características de las muestras usadas en la validación tanto de los síntomas como de los instrumentos usados para evaluarlos, se encuentra que en los estudios publicados en los últimos 10 años las muestras que se conforman son predominantemente femeninas, en especial las muestras clínicas. Ejemplo de ello es el estudio de González et al. (2007) cuyo objetivo era el diseño de una escala tridimensional de depresión en el que la proporción de mujeres cuadruplicaba o más a la de hombres (151 a 26) que fue replicado por el mismo autor con una diferencia poblacional entre mujeres y hombres menor pero de nuevo notable (104 a 172 no clínicos y 9 a 45 clínicos).

Entre otros ejemplos están el estudio de Lange, Sullivan y Scott (2010) que incluye un 75.5% de población femenina en la validación del indicadores de depresión del MMPI-II, el de Aldao et al. (2010) que pretendía discriminar los síntomas físicos y los procesos subjetivos en depresión y ansiedad en una muestra conformada en un 61.9% por mujeres; la de Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez y Cortés (2011) cuya muestra estaba conformada en un 78.9% por mujeres; la de Ruiz-Grosso et al. (2012) en el que el 75.95% eran mujeres y su objetivo era validar un escala de síntomas o la de Peñate et al. (2005) en cuya muestra de 101 personas había 95 mujeres; entre muchas otras investigaciones con características similares en las conformaciones muestrales. Por ello se sugiere desarrollar y usar escalas e instrumentos sensibles a las diferencias de género para garantizar el logro de diagnósticos acertados y oportunos de los casos que requieren atención, sean hombres, mujeres o con expresiones diversas de género.

### 2.13. La Depresión como Constructo Transcultural

Según la OMS la depresión se presenta de forma similar en distintas culturas; a pesar del consenso político aún existe el interrogante de si es posible considerar la depresión como un constructo y trastorno universal que se expresa de la misma forma en todas las culturas, e incluso si todas las culturas la asumen como un trastorno.

Es preciso estudiar la relación entre cultura y depresión ya que las prácticas culturales expresadas en el tipo de relación social, el rol social asumido, la forma cómo se relacionan las emociones a ciertas situaciones y la forma misma de expresarlas son altamente variables entre las distintas organizaciones sociales. La depresión es una condición universal con un grupo de síntomas cardinales (ánimo depresivo, disminución del interés y el placer) que se expresa de manera diversa en cada cultura, dependiendo de las prácticas culturales, los roles sociales y las creencias explicativas acerca del mundo y sus eventos (Aguirre Baztan, 2008). Esta expresión diversa se hace palpable en la heterogeneidad de los trastornos y los distintos subtipos reconocidos, entre los que se cuenta la depresión atípica caracterizada por la expresión de síntomas vegetativos inversos como hipersomnia, hiperfagia y ganancia de peso.

Desde Kraepelin (1898) se considera que la depresión es un trastorno altamente asociado a factores culturales, por ejemplo en los países industrializados parece ser más frecuente el reporte de síntomas psicológicos y en la cultura latinoamericana el de síntomas somáticos asociados a mayor severidad (Tamayo et al., 2007); pero comparados con los africanos los europeos exhiben mayor número de síntomas somáticos y niegan más frecuentemente el estrés emocional; y en general se hacen menos diferenciables los cuadros de depresión de los de ansiedad (Caplan et al., 2010).

En el estudio de la OMS sobre Problemas Psicológicos en Cuidado de Salud

General llevado a cabo en 14 países ubicados en cuatro continentes, mostró que en Chile y Brasil el reporte de síntomas somáticos independiente del género y nivel educativo era más alto que el promedio total de los países incluidos (32% y 36.8% vs. 19.7%) (Tamayo et al., 2007).

Existen tres explicaciones generales dadas a este hecho, la primera, indica que personas provenientes de culturas tradicionales tienden a negar el estrés psicológico e interpretan el estrés fisiológico como una enfermedad física; la segunda, centra su atención sobre la negación de los síntomas emocionales para evitar la estigmatización, y la tercera, indica que las personas provenientes de culturas tradicionales naturalizan las reacciones emocionales propias de la depresión y quienes proceden de culturas menos tradicionales conceptualizan los síntomas depresivos más como un problema médico (Karasz, 2005).

Por otro lado, la depresión parece ser más frecuente en sociedades occidentales, tanto que algunos estudiosos la han asociado a los modelos de sociedad y economía que han elegido desarrollar (Aguirre Baztan, 2008), en los que la búsqueda de la competitividad es tan alta que se sacrifica el bienestar mental por alcanzarla los estándares sociales de “felicidad” impuestos, que están centrados en la tenencia de bienes materiales y el exitismo.

Tal vez el estudio que incluye una muestra más grande y diversa fue realizado en 33.708 personas residentes en USA entre 2003 y 2005, allí se analizó la existencia de diferencias étnicas y raciales en el diagnóstico/tratamiento de la depresión y se encontró que los afroamericanos tenían probabilidad más baja de recibir un diagnóstico positivo de depresión, que los blancos hispanos y que los norteamericanos (Akincigil et al., 2012),

De otra parte, están los estudios con fines psicométricos que permiten ver el

funcionamiento de las escalas construidas bajo un constructo supuestamente universal en diversas culturas. Algunos estudios no muestran diferencias en la expresión de la depresión entre países industrializados y países en vía de desarrollo, como el de Heerlein et al. (2000) En el que se hizo un paralelo entre la sintomatología de Depresión Mayor expresada por alemanes y chilenos; el de Sulaiman, Bhugra y De Silva (2003) que comparó características de la depresión y eventos desencadenantes en población norteamericana y de Dubai; y el de Douki, Nacef, Triki y Dalery (2012) que comparó pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar provenientes de Francia y Túnez, todos sin hallar diferencias en el inicio, ciclo de progreso y síntomas predominantes.

En suma, son pocos los estudios comparativos y su limitada existencia puede estar asociada a las dificultades metodológicas presentes que limitan los análisis comparativos, pues no se usan los mismos sistemas nosológicos para la clasificación de los trastornos y problemas metodológicos afectan la validez de los hallazgos. Aún con el uso universal del sistema DSM, éste recoge únicamente los estudios que representan a ciertos países y su cultura, que no simbolizan la vasta variedad mundial en las formas de expresar las emociones y vivenciar los estados depresivos (Aguirre Baztan, 2008)

Agregado a esto, pocos estudios analizan población latinoamericana y tampoco hacen análisis comparativos respecto de las culturas, y los que existen regularmente son realizados en poblaciones de inmigrantes en un país que no siempre los recibe con beneplácito y no siempre ofrece las mejores oportunidades laborales, sociales y educativas para ellos; además de la aculturación y las barreras lingüísticas que dificultan la evaluación adecuada.

Definitivamente la depresión debe ser vista como un fenómeno presente en distintas culturas, y esto hace que su diversidad aumente la lista de expresiones culturales posibles; condición que hace aún más evidente la necesidad de avanzar en estudios

transculturales que permitan reconocer las condiciones comunes y las especificidades por cultura; para ello es preciso desarrollar estudios que reconozcan el relativismo cultural de la psicopatología y permitan la formulación de criterios y métodos estándar de diagnóstico.

### 2.13.1. Femenidad/Masculinidad y depresión

El género ha sido tal vez el factor mayormente asociado como condición de vulnerabilidad de padecer depresión, en prácticamente el 90% de investigación realizada en los últimos 40 años alrededor del mundo se plantea, que el hecho de ser mujer especialmente en edad puberal incrementa entre el 31 y el 70% el riesgo desarrollar síntomas depresivos y un cuadro de trastornos del estado de ánimo en general (Gotlib y Hammen, 2012; Lara, 1999; Masten et al., 2003). Igualmente se ha visto, que especialmente en las mujeres el desarrollo temprano de síntomas depresivos está asociado a amplia duración de los episodios depresivos, y en los hombres principalmente con depresión y abuso de sustancias (Hölzel, Härter, Reese y Kriston, 2011).

A pesar de los avances en el conocimiento de los diversos factores que potencian el riesgo de padecer un trastornos del estado de ánimo, es difícil calcular y predecir el riesgo real de un persona (Kutcher et al., 2004); aún más en un grupo poblacional específico. Como se ha visto existen múltiples factores culturales, sociales, estructurales y psicológicos que han sido asociados a la aparición, curso y posibilidades de recuperación de los distintos trastornos del estado de ánimo, y que interactúan con frecuencia en un medio complejo como lo es la sociedad actual y en especial un país como Colombia.

Antes de discutir acerca de la relación género/depresión es necesario poner de manifiesto que el género como construcción social tiene expresiones positivas como la masculinidad y la feminidad; y expresiones negativas consecuencia de la inflexibilidad del rol y la exageración de las características aún por encima del bienestar propio y el de otros, representadas en el machismo o masculinidad agresiva y el feminismo o feminidad débil (sumisión). Masculinidad-feminidad son características que pueden coexistir en un mismo individuo como rasgos de personalidad y de la conducta que se expresan en una combinación gradual; es decir se puede tener al mismo tiempo alta masculinidad y feminidad moderada o viceversa, o moderada feminidad-masculinidad de forma simultánea, entre otras variadas combinaciones.

El desarrollo social de las culturas ha definido el papel que cada uno de sus miembros debe cumplir, ya sean los roles parentales o los referidos a la edad, todos parecen estar delimitados por los arquetipos de género y la forma aceptable de relacionarse entre ellos. A lo largo de la historia la sociedad ha dado lugar a la hegemonía masculina, basada en el machismo agresivo, que define el orden social y la relación hombre-mujer, incluso la forma como se brinda o no soporte a los hombres es mediado por el estereotipo masculino. Estas influencias sociales en la expresividad de género y su impacto en la salud mental han sido poco estudiadas, pero el número de estudios es creciente.

La masculinidad hegemónica define el orden social y étnico, la orientación sexual, el comportamiento deseable, el tipo de trabajos desempeñados por hombres y mujeres, e incluso las reacciones emocionales aceptables para cada género. Este orden social le impone al hombre una masculinidad centrada en el machismo expresado en la ejecución sexual como base de la hombría; veta la manifestación abierta de emociones como miedo, tristeza, pánico y dolor; e implícitamente. le prohíbe expresar dependencia

emocional sobre alguien (Adinkrah, 2012).

En contraposición, el arquetipo social de feminidad permite a las mujeres la expresión emocional abierta y la búsqueda de soporte social y emocional; por tanto es deseable que se muestre frágil, vulnerable y con necesidad de la protección masculina; ya que en el único evento en el que se acepta una vigorosa reacción en las mujeres es en la defensa de la descendencia, esto por supuesto en ausencia de la figura masculina.

En los hombres-masculinos la capacidad productiva y económica son signos de poderío, y denotan autonomía, seguridad y estatus; por ello, el hecho de no ser productivo ha sido ligado a estados depresivos, aun cuando la proporción sea inferior que en las mujeres. La depresión en los hombres está asociada principalmente a la pérdida de los atributos de género dados por la definición hegemónica de masculinidad; perder el trabajo es uno de los principales motivos de enojo y tristeza en los varones; así como los problemas sexuales que le hacen sentir mermada su capacidad de ser un verdadero hombre (González García, 2005), y la pérdida de la pareja que hace vacío el rol de protector (Bautista, Ito, Medina-Mora y Ramos, 2008).

El hombre evita exteriorizar emociones que indiquen debilidad, por ello solo exhibe las emociones que lo reafirman en su rol de protector, e incluso no se detiene en el análisis detallado de lo que siente porque está programado socialmente más para actuar que para sentir, principalmente si se trata de sentir tristeza (Bautista et al., 2008). Inclusive, muchos hombres en sociedades altamente machistas piensan que es mejor morir a sentirse deshonrados, ya que masculinidad es sinónimo de poder, fortaleza, posesión y autoridad (Branney y White, 2008) y bajo control del impulso sexual. Es preciso hacer explícito que el bajo control de los impulsos sexuales se toma como una forma de demostrar capacidad y arrojo (Broom y Tovey, 2009).

En las mujeres la depresión parece ocurrir por motivos diferentes y expresarse de

una forma particular, también mediada por las condiciones culturales y sociales en las que se desenvuelve. Más que la condición biológica de ser mujer, la feminidad constituye el mayor factor de riesgo de depresión; así estar centrado en el cuidado de otros, pero al mismo tiempo presentarse como un ser frágil y dependiente, combinado con el hecho de tener que insertarse en el mercado laboral, incrementan el riesgo de sentirse abatida y acudir a otros para solicitar ayuda (González García, 2005). La mujer exterioriza más sus emociones, porque la sociedad se lo permite, y por ello exhibe síntomas explícitos que son clara señal de su estado emocional, y de la continua reflexión acerca de éste; por el contrario, el hombre que llora y se deprime es visto como poco masculino (Adinkrah, 2012).

Pero, en la actualidad la distancia que marcaba la dicotomía entre ser hombre o ser mujer ha disminuido, incluso la dicotomía se ha desdibujado con el reconocimiento de la diversidad de géneros con roles intermedios; se cree que ello ha obligado a los hombres a asumir comportamientos masculinos más extremos para conservar la identidad masculina a costa de tener que padecer mayor estrés, corriendo el riesgo de agudizar la prevalencia y los síntomas de depresión; pues *un buen hombre es aquel que es buen esposo*, y es buen esposo quien responde económicamente por la familia y la protege de todas las situaciones que amenazan su estabilidad (Adinkrah, 2012).

No resulta concordante, la baja tasa de depresión diagnosticada en hombres con las altas tasas de suicidio; ya otros estudios han mostrado que la plena expresión de la masculinidad agresiva se suicidan más los hombres porque piensan que no han cumplido plenamente con el encargo social machista (Kilmartin, 2005). De otra parte, en los estudios se asume que el rol de poder y ventaja social de los hombres les confiere la condición de gozar de una buena salud mental, en la que se homogeniza a los hombres y se ratifica la visión polarizada de los géneros que limita el estudio de las

diferencias y su impacto en la salud mental (Broom y Tovey. 2009); sumado a que los servicios de salud mental no están pensados para ofrecer soporte a los hombres.

#### 2.14. Ciclo Vital y Depresión

La naturaleza de la depresión que experimentan las personas en las distintas etapas de desarrollo difiere cualitativamente en los síntomas y agudeza de los mismos. La prevalencia aproximada durante la infancia está cerca del 2% sin diferencias de género y se incrementa hasta el 4% en la adolescencia con primacía de los casos femeninos (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y Cuevas, 2011) ambas asociadas a experiencias traumáticas como desamparo, pérdida, acontecimientos estresantes (como abuso), estilos cognitivos negativos (Bonet de Luna, Fernández-García y Chamón Parra, 2011; Shanahan et al., 2008) y enfermedad mental en uno de los padres, especialmente si es un trastorno del estado de ánimo (Lewis, Rice, Harold, Collishaw y Thapar, 2011).

La prevalencia de depresión en la adolescencia llega al 18% en mujeres y al 11% en hombres, especialmente si la persona se mueve en un círculo social en el que otros miembros presentan este tipo de diagnóstico (Kiuru, Burk, Lausern, Nurmi y Salmeta-Aro, 2012).

Es poco común que se presenten cuadros de depresión durante la infancia, pero cuando aparece es descrita como una experiencia de tristeza acompañada de irritabilidad, fatiga problemas de sueño y del apetito, y gran deterioro en su funcionamiento psicológico, social y académico; trastorno que dependiendo de su severidad suele hacerse extensivo hasta la edad adulta (Ayón y Marcenko, 2008; Koulopoulou, 2010). Los niños tienen gran dificultad para reconocer, comprender y expresar sus emociones; a ello se le adjudica la alta presentación de síntomas

inespecíficos como ansiedad, llanto inmotivado, quejas somáticas, pérdida de interés por el juego, incremento de actividad motora y abulia; en los niños más pequeños se asocia con fobias escolares y trastornos de la eliminación (Eisenberg et al., 2009).

En la pubertad ocurre la depresión con síntomas similares a los infantiles pero se caracteriza por el reporte de sensación permanente de culpabilidad, baja autoestima y deterioro en la relación con los pares (Bella, Fernández y Willington, 2010); con agudización de conductas negativistas y disociales en la adolescencia y aparición de abuso de consumo de drogas en especial alcohol, deseo e intentos de fuga, problemas de ajuste con la familia y en el medio académico, mayor deterioro de la autoimagen y en el cuidado personal, insatisfacción con la imagen corporal e ideación suicida en los casos más graves (Rawana, 2013).

Adicionalmente, se ha planteado que personas que de forma permanente durante la infancia y la adolescencia duermen poco tiempo o que su sueño es superficial, ven disminuida su neuroplasticidad cerebral y ello puede facilitar la aparición de cuadros depresivos durante la edad adulta especialmente en población femenina. Lopez, Hoffmann y Armitage (2010) compararon el tiempo y profundidad del sueño de 33 casos de jóvenes entre 8 y 15 años con antecedentes familiares de depresión pero sin depresión actual, con un grupo de 30 jóvenes de características similares sin antecedentes familiares de depresión, y encontraron que quienes tenían sueño poco profundo y su tiempo de sueño era menor de 5 horas efectivas de sueño tenían menor actividad cerebral y ello estaba asociado a la aparición de síntomas de depresión.

No obstante es preciso anotar, la investigación de corte trasversal no puede considerarse concluyente ya que para ello sería preciso realizar estudios longitudinales de seguimiento y registro de aparición de los síntomas, y así diferenciar si se puede hablar de problemas de sueño independientes al trastorno como predictores o de

problemas de sueño como síntomas de un trastorno que apenas inicia su curso. No se puede perder de vista que las alteraciones del sueño hacen parte de los síntomas de los trastornos del estado de ánimo (entre ellas, dormir poco profundo, despertares continuos o sueño no reparador) y más que un factor previo podría hablarse de una expresión temprana de lo que más adelante será una depresión.

La ocurrencia de eventos que cambian el curso de la vida, como decisiones acerca del desarrollo personal, profesional y familiar propias de la juventud han sido relacionadas con la aparición y agudización de síntomas de depresión (Mossakowski, 2008), que corresponden a los descritos en el DSM vigente tal vez porque la mayor parte de los estudios base para el desarrollo del sistema incluyen esta población.

De otra parte, la depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes en la vejez, Luppá et al. (2012) revisaron publicaciones realizadas en MedLine, web of science, Cochrane Lybrary y Psyinfo desde 1999 hasta 2011, depurando 24 estudios que cumplieran los criterios de inclusión con poblaciones diversas ubicadas a lo largo del mundo, encontraron una prevalencia de depresión mayor en adultos mayores entre 4.6% y 93%, y de trastornos depresivos en general agrupadas entre 17.1% y el 7.2% para la depresión mayor. Con factores de riesgo identificados, entre los que estaban el desempleo y bajos ingresos, ser mujer, menor nivel educativo y no tener pareja afectiva (Rivas et al., 2011), y las condiciones severas discapacitantes (Bombardier et al., 2012; sin que se registre evidencia de diferencias de género en el curso de los trastornos en hombres y mujeres (Forlani et al., 2013).

En la última etapa de la vida, los síntomas más prevalentes son las alteraciones del sueño, pérdida de apetito, la fatiga, así como desesperanza sobre el futuro; quejas subjetivas de memoria y déficits cognitivos son más frecuentes en la depresión tardía que en la depresión en los adultos más jóvenes (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009), por

tanto en el diagnóstico en la tercera edad se deben tener en cuenta el aumento de la esperanza de vida y que el término "edad avanzada", abarca un grupo heterogéneo de personas con edades entre 60 y más de 100 años (Rivas et al., 2011).

Las personas mayores con síntomas depresivos clínicamente significativos se enfrentan a una serie de consecuencias negativas, incluyendo la disminución funcional, marcada discapacidad, disminución de la calidad de vida y mayor mortalidad por afecciones médicas comórbidas (Fiske et al., 2009; Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza, 2001). Además, en las personas de edad avanzada este trastorno se asocia con aumento en los costos de atención de salud (Luppa et al., 2008), y se hace más común en los residentes de hogares de ancianos (Blazer, 2003).

### 2.15. Síntomas Comunes y Específicos de la Depresión Según Sexos

En general la conducta es altamente variable entre sexos y sus expresiones sociales, aspecto que parece ser ignorado por quienes defienden la postura de que en la depresión los síntomas son independientes del género; p.e., ante la tristeza los hombres actúan de forma reservada e inexpresiva y las mujeres actúan de forma emocional abierta y expresiva. Diversos autores han demostrado que los varones tienen una cierta tendencia a la evitación cognitiva expresada en baja introspección y evitación emocional representada en la pobre identificación de sensaciones displacenteras, que además, son evitadas de forma conductual y vividas como incomodidad difusa; de tal modo que no se reconocen la necesidad ni la urgencia de apoyo social y atención profesional (Kilmartin 2005; Laitinen y Ettorre, 2004; Lehti y Johansson, 2010; Simon y Nath, 2004).

Los síntomas centrales que indican depresión de forma universal e independiente

del género aún están siendo estudiados; hasta ahora se incluyen dificultades en el sueño, percepción negativa de sí mismo, fatiga y, falta de energía, (Kilmartin 2005; Lehti y Johansson 2010; Strömberg, Backlund y Löfvander, 2010), excesiva autocrítica, cambio frecuente de pareja, baja tolerancia al estrés y dificultades de sueño (Álvarez y Londoño, 2012).

Los hombres reportan síntomas como reducido autodominio representado en cólera crónica, irritabilidad creciente; conductas autolesivas entre las que están el abuso de sustancias, exposición voluntaria al riesgo e intentos de suicidio; conductas evitativas como exceso de actividad laboral o deportiva, fatiga, pérdida de interés, negación del problema; dificultad para resolver problemas, distanciamiento social, rigidez afectiva, cambios bruscos del estado de ánimo, sensación de desamparo, autoeficacia disminuida y devaluación personal (Álvarez y Londoño, 2011; Kilmartin, 2005).

En las mujeres, la depresión es más introspectiva, con riqueza en los síntomas cognitivos de reconocimiento, análisis y alta expresividad de la sensación de tristeza (rumiación), con incrementada evitación conductual reflejada en el marcado decremento de actividad, mayor frecuencia en el reporte de síntomas somáticos, inquietud, autoestima y autoesquema deteriorados (Álvarez y Londoño, 2011; Saiz-Gonzalez, Rodríguez, García, Prieto y Saiz-Ruiz, 2009), altas respuestas de descarga emocional (Matud-Aznar, 2005; Zarragoitía, 2013) deterioro en la apariencia física, bajo control de las emociones y baja autoestima, descritos en varias investigaciones (Cusker y Galupo, 2011; Oliffe, Ogrodniczuk, Bottorff, Johnson y Hoyak, 2010; Strömberg et al., 2010).

Pero estudios recientes, muestran que las mujeres podrían estar empezando a expresar la depresión de una forma que ha sido considerada características de los hombres (Álvarez y Londoño, 2011; Möller-Leimkühler y Yücel, 2010), entonces es posible que tales diferencias no sean consistentes a través del tiempo y que dependen de

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

los cambios sociales y económicos globales. En la actualidad se desdibujan los límites entre lo masculino y lo femenino, se habla de hombres feminizados, prácticas intergéneros y otras variadas opciones, que aportan complejidad al estudio de la relación género-depresión y sus expresiones.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El impacto que tiene la depresión sobre la calidad de vida, la salud y la productividad de las personas y su cada vez mayor incidencia, ha hecho que sea declarada un problema mundial de salud pública (OMS, 2012; OPS, 2012). En primer lugar, si se tiene en cuenta que una de las principales causas de muerte masculina son las enfermedades cardiovasculares, luego de las muertes violentas, y que la relación entre las afecciones cardiovasculares y depresión ha sido ampliamente comprobada, podría pensarse que la depresión puede ser el factor potenciador de la mortalidad en las dolencias cardio vasculares en hombres (Chag-Quant et al., 2010; Norwood, 2007), o del consumo de ciertas drogas potenciadoras del riesgo (Khaled et al., 2012).

En segundo lugar, la Depresión Masculina (DM) ha sido señalada como una de las principales causas de suicidio en el mundo (Haeffel et al., 2007; Merikangas et al., 2011; Mittendorfer-Rutz, 2006; Troister y Holden, 2010). En la encuesta llevada cabo por la Federación Mundial de Salud Mental, Colombia estuvo entre los cinco primeros países de mayor prevalencia de vida de trastornos del estado de ánimo, con cifras similares a Holanda y Líbano con un 6%, que están por encima de los reportes en América Latina (FMSM; 2012; Kohn, Middeldoro, Donlan, Ligthart y Boomsma, 2005). En este mismo país en 2011 se presentaron 1.599 suicidios con la mayor tasa entre varones de 18 a 24 años y de 25 a 29 años [Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLF), 2011)] y entre enero y junio de 2013 las cifras se acercaban a los 600 casos de los cuales 410 fueron en hombres (INMLF, 2013).

Diversos autores han observado que existe una seria diferencia entre la forma cómo se expresa la depresión en hombres y mujeres (Brownhill et al., 2005; Cochran y

Rabinowitz, 2003; Möller-Leimkühler, 2002; Strömberg et al., 2010), y que los sistemas diagnósticos DSM y CIE, usados hasta ahora son imperfectos aun en las nuevas versiones (Rodríguez et al., 2011), por ello es necesario ajustarlos para hacerlos más eficiente en la identificación y diagnóstico de casos que ameritan atención.

Las mujeres se caracterizan por tener cuadros depresivos altamente melancólicos, menos valoración personal y baja satisfacción con la imagen corporal, rumiación negativa, incremento del apetito y del peso, problemas de concentración y llanto frecuente (Essau et al., 2010); por el contrario, los hombres muestran retraso en la activación psicomotora, y menosprecio por su capacidad personal, fatiga y problemas de salud (Bennett et al., 2005) y es más frecuente el reporte de síntomas bipolares como disminución del apetito, ideación suicida, aislamiento social, sensación de ser visto por otros como inadecuado o en proceso de deterioro, que denotan alta sensibilidad al rechazo (Wenzel et al., 2005).

Respecto del curso, si bien las mujeres presentan episodios más largos, mayor cantidad de episodios y más altas recurrencias, los hombres tienen episodios de inicio más temprano y menor fluctuación del estado de ánimo y menor recurrencia porque mejoran menos y su estado se hace crónico con enriquecimiento y agudización de los síntomas somáticos (Essau et al., 2010; Llucht et al., 2003; Van de Velde et al., 2013; Viana y Andrade, 2012)

Desde los años 80 se ha evidenciado un aumento sostenido de casos reportados en hombres aun cuando parece existir sesgo en el DSM-IV-TR (APA, 2002), debido a que los estudios tipo que dieron origen a la lista sintomatológica del trastorno han sido conducidos principalmente con muestras compuestas por mujeres (Álvarez y Londoño, 2011), y las estrategias de evaluación válidas disponibles se derivan del sistema nosológico vigente. Sin duda, las mujeres acuden más a centros asistenciales debido a

que tienden a buscar más soporte profesional, su depresión es de mayor duración, teniendo en cuenta que reportan más trastornos bipolares que son crónicos (Matud-Aznar, 2008) y son más expresivas emocionalmente. Por ende, participan más de los estudios tomados como base para definir los criterios diagnósticos; de allí el probable subdiagnóstico en hombres, y la necesidad de estudiar posibles diferencias en la cronicidad y recurrencia de los síntomas.

En los estudios epidemiológicos, en general usan medidas como el BDI, la escala Hamilton y otros instrumentos contruidos con muestras eminentemente femeninas, ejemplo de ello es el estudio Nacional de Salud Mental en Colombia que usó el BDI I, los estudios periódicos que hace la OMS, la Encuesta Mundial de Salud Mental y otros estudios internacionales (MPSC, 2003; FMSM, 2012; OMS, 2011; OPS, 2005); cuya sensibilidad a los cuadros masculinos de depresión, en especial en el caso del BDI en ambas versiones, es reducida. Ya Chang et al. (2008) habían encontrado serias diferencias en las estadísticas epidemiológicas en la misma población, dependientes de las escalas usadas. Cabe aclarar que no se espera que al ajustar las medidas el perfil epidemiológico de un giro radical, pero sí que se hagan más sensibles y discriminativas ante la variable género y la especificidad de la expresión de los trastornos del estado de ánimo dependiente del grado de masculinidad/feminidad expresado por cada persona y que se conduzcan estudios de corte censal con muestras eminentemente masculinas, para que exista mayor confianza en las cifras epidemiológicas disponibles.

Sin lugar a duda la diferenciación de síntomas por género en los trastornos mentales es un campo aún por explorar y merece atención. La baja consulta de los hombres está relacionada con la expresión del role social masculino asignado: De los hombres se espera estabilidad, fortaleza, arrojo y alta capacidad protectora (Möller-Leimkühler, 2002); además de olvido, perdón y alto control emocional, de tal modo que

la necesidad de ayuda profesional va en contra de asumir la masculinidad (Hirshfield et al., 2008) y pedir ayuda implicaría perder la hombría, condición difícil para la mayor parte de los hombres en occidente.

La teoría de normas de género propone que la expresividad emocional depende del contexto socio cultural y del role adjudicado y asumido por hombres y mujeres, y que existen códigos tácitos y explícitos acerca de conductas, sentimientos y actitudes que resultan lícitos y deseables en hombres y mujeres (Simon y Nath, 2004); es decir, que cada género tiene un grupo de normas a cumplir, ejemplo de ello es la mayor permisividad hacia la expresividad emocional en las mujeres que en hombres.

El valor evolutivo de la tristeza reside en la disminución de la activación para incrementar la reevaluación y permite a la persona usar su capacidad analítica en la solución de las situaciones que le provocan inquietud y comunicar la necesidad de apoyo (Clone y Colcombe, 2003; Niemyer, 2006); en los hombres se pierde porque el procesamiento es sesgado por los esquemas de pensamiento adquiridos en el proceso de mediación cultural referidos al role social de autonomía, liderazgo, invulnerabilidad, fortaleza y protección, y a los valores sociales que median los juicios acerca de la valía personal. Estos sesgos indican, además, que el hombre debe actuar de manera inmediata sin que ocurra una experiencia sensible mayor y por ende se alcance un menor grado de conciencia del problema y de las reacciones provocadas por este, ya que eso le resta estatus (Ordaz y Luna, 2012).

Entonces la tendencia a reconfirmar los esquemas disfuncionales de autonomía sociotropía negativos, enfocados en resaltar la importancia de la independencia (Zapata y Guner, 2009), centrados en la necesidad de autonomía, independencia, privacidad, autodeterminación y libertad (Hankin, 2010; Liu y Alloy, 2010), hacen que los hombres actúen de forma congruente con los esquemas respondiendo a las demandas sociales y

al deseo de ser perfectos, independientes, autodeterminados y productivos (Jahromi et al., 2012), y que la sensación de pérdida control sobre la repetición de los eventos evaluados como negativos vaya en contra de la idea de poder y control social (Van de Boogard, Verhaak, van Dyck y Spinhoven, 2011) que se les ha adscrito.

De aquí que el hombre debe resolver las necesidades económicas, de supervivencia y seguridad de su grupo familiar, en su totalidad o en una buena parte (Galea et al., 2007) aún en tiempos de crisis sociales y económicas; y que los problemas económicos y sociales mermen su capacidad de afrontar el estrés (Moore y Hadjiyannakis, 2002; Palomar y Cienfuegos, 2007), y aumentan la percepción de amenaza que disminuye su confianza personal de lograr las metas personales (Juarez y Guerra, 2011) y facilite la aparición de cuadros de depresión.

Esta masculinidad hegemónica impone un orden social en el que la masculinidad negativa o machismo está directamente asociado a la ejecución sexual (considerada base de la hombría). La alta productividad y la tenencia de riqueza son vistos como signos de poder que indican autonomías seguridad y estatus, por ello la urgencia de mantenerse productivo aun en estado depresivos sin expresiones abiertas de miedo, tristeza, dolor o dependencia emocional (Adinkrah, 2012). Las dos principales causas de depresión en los hombres, que son pérdida del trabajo y/o de la pareja (González-García, 2005), pueden explicarse bajo la óptica de la masculinidad hegemónica; ya que la depresión implica la pérdida de los atributos de género, ya que quedarse sin trabajo merma la valía y el poder, y perder la pareja implica quedarse sin el role protector (Bautista et al., 2008).

Adicionalmente, el rol masculino enfrenta a los hombres a frecuentes situaciones en las que se tiene que tomar decisiones respecto de asuntos cruciales que no solo les afectan a ellos, que representan cambios en el rumbo de la vida, y que han sido

asociados a la aparición y mantenimiento de cuadros depresivos (Mossakowski, 2008), como, por ejemplo, comprometerse y casarse, y sostener un hogar, entre otros. Es tan fuerte este efecto de la masculinidad, que en sociedades altamente machistas los hombres prefieren morir antes de verse deshonrados (Branney y White, 2008), ya sea porque perdieron sus bienes, su role social de mando, porque no protegieron a la familia (Adinkrah, 2012) o porque no respondieron sexualmente con vigor o se controlaron en extremo en situaciones de alta oportunidad de intercurso sexual (Broom y Tovey, 2009).

Entre los síntomas de depresión masculina rechazados socialmente, se encuentran el cansancio y la pérdida de energía (Kilmartin, 2005); ya Emslie, Ridge, Ziebland y Hunt (2006) plantearon que en general los hombres se encuentran menos dirigidos a reconocer que están tristes y desesperanzados debido a los problemas, porque la preocupación y el llanto son características femeninas, indicadoras de vulnerabilidad emocional, y que prefieren aducir estrés o exceso de trabajo para explicar su condición. Pues los varones deben dominar, competir, tener fuerza corporal y soportar estoicamente el dolor. Por el contrario, la depresión los hace sentirse débiles, y buscar soporte profesional ha sido asociado estrechamente al role femenino (Möller et al., 2006; Rihmer et al., 1995).

Para Carvalho y Hopko (2011), la depresión en hombres es debida a la tendencia masculina a evitar cognitiva, emocional y conductualmente y por ello los síntomas son indirectos y difíciles de detectar; sumada a la predisposición a inhibir las sensaciones displacenteras a través de la búsqueda de sensaciones extremas y no experimentar necesidad de ayuda (Cusker y Galupo, 2011; Fuss et al., 2010). Situación que los lleva a acumular tensión (Angst, Gastpar, Lépine, Mendlewicz y Tylee, 2002), tienden a negar o evitar la situación volcándose en el trabajo, el abuso de drogas y el sexo.

La tendencia evitativa general de los hombres enlazaría con el hecho de que la

depresión mayor se expresa con hostilidad, ira y agresividad, propias de la activación del sistema de alerta, ante situaciones que amenazan a la persona, en las que el escape es la opción primordial y se reemplaza por una conducta agresiva cuando no es posible escapar. Para Möller, Heller y Paulus (2006) y Möller-Leimkühler (2002), la exacerbación de la agresividad es el síntoma característico de la depresión masculina, sumada a baja tolerancia al estrés, pobre control de los impulsos, irritabilidad, inquietud, insatisfacción. Además se ha observado también en la depresión en hombres un mayor abuso de drogas (Holzel et al., 2011) y de conducta antisocial (Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian y Brahler, 2010; Strömberg et al., 2010).

En la depresión masculina parece darse una aparición gradual de los síntomas con un patrón de ocurrencia que se inicia con aumento de la tensión emocional, seguido de un incremento de la conducta agresiva, que se cierra con el abuso de drogas (Bech, Olsen, Kjoller y Ramussen, 2003); el uso de drogas y los comportamientos de alto riesgo son emitidos para demostrar la masculinidad (Emslie et al., 2006).

Es habitual que las personas con depresión exhiban conductas agresivas (Fava, Nolan, Kradin y Rosenbaum, 1995), especialmente hostilidad no verbal (Katz, Wetzler y Cloitre, 1993), y comportamiento autodestructivo como abuso de drogas y realización de actividades de alta peligrosidad (Rutz, 2004), conductas que no son tenidas en cuenta en el sistema diagnóstico, sino en los casos en los que la persona atenta directamente contra su vida. La exacerbación de los síntomas agresivos podría asociarse a la frustración sentida por no cumplir el encargo social de protegerse y proteger a otros (Emslie et al., 2006). Cabe notar que estos síntomas agresivos aparecen frecuentemente en los casos de depresión infantojuvenil, y que podría pensarse que la depresión masculina es debida a una falta de maduración emocional, pero esta afirmación es altamente discutible. En todo caso no parece justificarse la ausencia de la

irritabilidad/hostilidad como un síntoma más de la depresión en adultos (especialmente en hombres).

En sociedades con altos índices de violencia con condiciones de vida y la salud mediadas por problemas económicos, sociales y políticos, la depresión en hombres podría verse como causa y efecto del incremento del suicidio y de la violencia en general, pues los hombres están más expuestos a situaciones sociales de agresión directa derivada del role y a repetidas experiencias de interacción social no reforzante que pueden conllevar a una ira disposicional, hostilidad y evitación social (Wai y Tse, 2009).

Wai y Tse, (2009) y Wai, Tse, Jayne-Wu y Poon (2011), evidenciaron que quienes guardan hostilidad y rencor obtienen menor soporte social y desarrollan frecuentemente depresión mayor. En el caso de los hombres es pertinente preguntarse si la hostilidad expresada se debe a la no elaboración de las situaciones estresantes (ofensas, pérdidas), debida a la evitación cognitiva y emocional que retarda la resolución de la molestia que tarde o temprano aflora de forma aguda. Sin embargo, podría ser la tendencia a no olvidar o la falta de habilidades sociales la que explica la resolución de problemas sociales, pero esta postura no ha sido estudiada usando metodologías avanzadas que trasciendan el análisis meramente correlacional y permita hacer inferencias causales.

Los hombres deprimidos reportan problemas para alcanzar logros académicos (Levola, Holopaine y Aalto, 2010) y llevan a cabo con mayor frecuencia conducta suicida efectiva, probablemente por no detección oportuna, posiblemente debido a que frecuentemente rehúsan a la asistencia profesional (Mittendorfer-Rutz, Rasmussen y Wassweman, 2004). Si la detección de los casos de depresión está siendo ineficiente, es urgente desarrollar estrategias válidas y confiables para tamizar los casos y ofrecer atención oportuna para evitar la agudización de los síntomas.

También parece ser que la comorbilidad de la depresión es distinta entre hombres y mujeres. Las mujeres presentan cuadros simultáneos de ansiedad o trastornos de la conducta alimentaria, y los hombres de conducta antisocial (Ritakallio et al., 2008) o problemas sexuales (Martins y Gorelick, 2011). Sobre abuso en el consumo de sustancias, los hallazgos son mixtos y lo que se puede concluir es que existen diferencias respecto a la agudeza del comportamiento abusivo, al tipo de droga consumida y al grado de deterioro asociado (Conner, Pinquart y Gamble, 2008; García-Estrada, Mann, Strike y Khenti, 2012; Green et al., 2012; Leventhal et al., 2008; Madruga et al., 2012, Obando et al., 2004; Sánchez-Moreno et al., 2005).

El uso de drogas es una conducta evitativa emocional y conductual propia de la depresión en hombres (Green y Ritter, 2000; Marmorstein y Iacono, 2011); no obstante, para otros el abuso de drogas actúa como desencadenante de síntomas depresivos y son los síntomas depresivos los que conducen a la adicción. Este puede ser un argumento válido, pero la comprensión de esta relación implica el desarrollo de estudios longitudinales (Karagozoglu, Masten y Baloglu, 2005; Needham, 2007). Otras investigaciones ven en el consumo una estrategia para aliviar los síntomas (Moscato et al., 1997). Cerdá et al. (2010) y Edward et al. (2012) proponen la existencia de un grupo de factores comunes de riesgo entre depresión abuso de drogas que explican su coexistencia.

La comorbilidad entre depresión y problemas de conducta sexual ha sido explicada por la anhedonia, ya que debido a ella se merma el disfrute de las relaciones sexuales (Makhlouf et al., 2007). Esta pérdida de placer en los hombres no necesariamente conlleva a la reducción del número de contactos sexuales, pues en muchos casos se reporta hipersexualidad, con frecuentes cambios de pareja o infidelidad y otros comportamientos de riesgo (Bancfoft et al., 2004; Echeburúa, 2012), que ocurren

precisamente en pro de alcanzar la satisfacción esperada (Perelman, 2011), ya que se suele inculpar a la pareja cuando no se logran los objetivos de placer, aunque la literatura al respecto es limitada.

También se ha encontrado alta coocurrencia entre depresión masculina con el trastorno de conducta antisocial e ira/hostilidad, especialmente en población adolescente (Ritakallio et al., 2005; Ritakallio et al., 2008). Autores como Costello et al. (2003) proponen que no se trata de comorbilidad real, sino que los trastornos del estado de ánimo se expresan de distintas formas (signos), entre ellas ira/hostilidad y agresión, y que estas conductas deben ser vistas como formas de expresión indirecta de los síntomas de depresión y de riesgo suicida (Worley et al., 2012). Estudios previos han demostrado que la ira/hostilidad y la conducta agresiva son más frecuente entre niños, adolescentes y adultos hombres (Besharat et al., 2011; Joomar y Gotlib, 2010; Rude et al., 2012).

La agresividad puede alcanzar a conductas auto lesivas, para suicidas y suicidas (Painuly et al., 2007; pues la alta ira y el bajo control exacerbaban la crítica hacia sí mismo, la ira se rumia y se acrecienta hasta provocar alta hostilidad que acrecienta los otros síntomas depresivos y puede llevar al hombre a cometer actos en contra de su integridad física (Besharat et al., 2013; Peled y Moretti, 2012) o a agredir a otros (Bordas et al., 2010).

Definitivamente, no es concordante la tasa de suicidios con las cifras de prevalencia de depresión masculina, y tal vez la expresión extrema de la masculinidad negativa sea precisamente quitarse la vida (Kilmartin, 2005), por la extrema intolerancia a la incertidumbre de lo que vendrá y la necesidad de decidir y controlar al menos lo que tiene que ver con el evento definitivo de quitarse la vida. Tal vez tener el control y el poder no son dos ventajas sociales (Broom y Tovey, 2009), como se ha creído en el

caso de los hombres, sino una carga social tan pesada que al combinarse con la baja capacidad para reconocer y expresar sus emociones, sumadas a la no solicitud de apoyo social, pueden hacer que, en los casos más graves, desenlacen en los eventos suicidas, o la persona permanece en una lucha continua con su pobre ajuste rumiando la ira y sintiéndose permanentemente infeliz, pero mostrándose socialmente como alguien fuerte y productivo.

En todo caso, las evidencias en general acerca de la comorbilidad aún son preliminares y es preciso saber si el consumo de drogas, la conducta antisocial y en especial la ira/hostilidad representan formas de expresión de cuadros de depresión asociados a la masculinidad, o constituyen cuadros de patologías en sí mismos.

Para el caso de la depresión y la ansiedad la comorbilidad sobrepasa el 60% de casos e incrementa la expresión de síntomas somáticos, mayor recurrencia y agudización de los cuadros, así como mayor conducta suicida (Kessler et al., 2005). Podría pensarse que ambos trastornos corresponden al espectro de respuesta de los organismos de activación-reactividad (ansiedad) y desactivación-inactividad (depresión) ante el estrés (Tyrer, 2001), por ello deben estudiarse en conjunto para delimitar los alcances de los síntomas depresivos.

Retomando la sintomatología específica, en el estudio Gotland (Rihmer, Rutz y Pihlgren, 2006) en el que se usó una escala no derivada de criterios DSM, sino de la amplia experiencia de tratamiento de depresión, se evidenció que los síntomas de DM eran sustancialmente diferentes a los que expresaban las mujeres en igual condición. En esta misma línea, Zierau, Bille, Rutz y Bech (2002), compararon la discriminación de casos de depresión mayor de una escala típica (Cuestionario de Depresión de Beck, BDI) y la Escala Gotland, y encontraron que el BDI no detectó el 22% de casos de depresión en hombres, juicios confirmados mediante entrevista hechas por

profesionales.

De otra parte, se habla de diferencias en las tasas de depresión por sexo, pero los estudios específicos respecto de masculinidad/feminidad respecto del género son pocos; investigaciones recientes sugieren que las mujeres con alta masculinidad expresan la depresión de forma similar a los hombres (Álvarez y Londoño, 2011; Möller-Leimkühler y Yücel, 2010; Vargas et al., 2013). Por ejemplo, al menos dos estudios indicaron que hombres y mujeres deprimidos experimentan alta irritabilidad (Farabaugh et al., 2010; Marcus et al., 2008), probablemente debida a alta masculinidad, pero no fue medida en ambas ocasiones.

No es posible perder de vista que la expresividad de la tristeza es diferente según el grado de masculinidad/feminidad que los hombres y las mujeres posean, en la máxima expresión de masculinidad. Los hombres se muestran reservados e inexpresivos probablemente porque no logran identificar la fuente de la sensación displacentera, debido a la baja introspección (Kilmartin, 2005; Lethi y Johansson, 2010), y a que buscan aliviar a través de sus comportamientos centrados en incrementar la excitación (deportes, actividades de riesgo, sexo) así sea temporalmente.

Cabe notar que las personas en Latinoamérica, en especial los hombres tienen a interpretar el estrés psicológico como una enfermedad física (Akincigil et al., 2012; Karez, 2005) y a su vez la enfermedad es vista como un signo de debilidad. De otra parte en la expresión extrema de feminidad ellas se ubican en el polo opuesto caracterizado por alta expresividad emocional abierta y la alta rumiación acerca de la sensación y sus causas (Kilmartin, 2005; Simon y Nath, 2004); esta mayor capacidad para evocar recuerdos asociados a la memoria emocional episódica y la riqueza descriptiva de los relatos en las entrevistas facilitan el sobrepaso de los umbrales diagnósticos que son sumativos de síntomas.

En resumen, las aportaciones sobre síntomas específicos de depresión masculina implican un reducido autodominio como cólera crónica, alta hostilidad y agresividad, irritabilidad creciente y cambios bruscos en el estado de ánimo; conductas auto lesivas como abuso de drogas, exposición voluntaria al riesgo, promiscuidad; conductas evitativas como exceso de trabajo, fatiga, desinterés, negación del problema, distanciamiento social e intentos suicidas en casos agudos. (evitación cognitiva, emocional y conductual); subvaloración personal como baja autoeficacia (sensación permanente de inutilidad), menosprecio, devaluación personal, alta autocrítica y sensación de ser visto por otros en proceso de deterioro, sensación de desamparo y desesperación, y dificultad para resolver problemas, Característicamente los hombres deprimidos no expresan quejas asociadas a la tristeza, y se centran en la devaluación personal y alta culpabilidad (National Institute of Mental Health, 2005).

Saber si los hombres se deprimen más frecuentemente de lo reportado en informes epidemiológicos previos implica caracterizar este trastorno usando herramientas de cribado y diagnóstico apropiadas, diseñadas para tal fin. En un estudio realizado en Colombia por Álvarez y Londoño (2012), quienes diseñaron y validaron el Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH), que engloba los síntomas descritos en estudios centrados en comprender la depresión masculina e incluye algunos ítems de la Escala Gotland de Depresión para Hombres de Mittendorfer-Rutz (2006), se evidenciaron diferencias importantes en la sensibilidad diagnóstica de las escalas de cribado tradicionales y el CDH; hallazgos que se corroboran en un estudio posterior realizado por Vargas et al. (2013).

Los síntomas de depresión en hombres principalmente detectados con el CDH en población colombiana implicaban evitación conductual de los problemas (entre ellos, cambios recurrentes de pareja, consumo de drogas, búsqueda de constante actividad

física); y conductas auto lesivas como participación en actividades extremas. Además se identificó un 19% más casos de depresión en hombres, y en general los puntajes obtenidos indicaron mayor agudeza o importancia sintomática en todos los casos que resultaron positivos para depresión. Las autoras sugieren adelantar nuevos estudios para corroborar los hallazgos, usando entrevistas a profundidad de casos clínicos, una mayor validación cruzada con muestras nacionales e internacionales, además de evaluar en los participantes ansiedad y consumo de drogas con instrumentos independientes para valorar la comorbilidad.

Teniendo en mente lo anterior, nos planteamos si existe un infra diagnóstico de depresión en hombres, de acuerdo con los sistemas de clasificación psicopatológica disponibles. En ese sentido, si existen síntomas específicos para la depresión en hombres, no recogidos en esas clasificaciones. Cuál es la prevalencia de depresión masculina y cuáles son los factores psicosociales y ambientales asociados.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivos Generales

1. Identificar si existen síntomas de depresión masculina que no han sido identificados bajo los sistemas nosológicos DSM y CIE-10.
2. Evaluar la prevalencia de depresión en población masculina.
3. Describir los principales factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales asociados a la depresión.

### 4.2. Objetivos Específicos

- 4.2.1. Desarrollar un listado de síntomas que identificarían la depresión masculina.
- 4.2.2. Evaluar y describir las diferencias de género en la expresión de síntomas depresivos en población colombiana.
- 4.2.3. Evaluar la prevalencia de depresión en población masculina colombiana.
- 4.2.4. Identificar y describir los principales factores psicosociales asociados a la Depresión Masculina en colombianos.
- 4.2.5. Identificar y describir los principales factores ambientales asociados a la Depresión Masculina en colombianos.
- 4.2.6. Proponer un modelo predictivo de Depresión Masculina que recoja los principales factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales que facilitan la aparición del cuadro depresivo en hombres.



## 5. ESTUDIO 1: VALIDACIÓN DIFERENCIAL Y DISCRIMINANTE DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA HOMBRES (CDH)

### 5.1. Método

#### 5.1.1. Diseño

El presente estudio de corte psicométrico tuvo como fin la validación diferencial y discriminante del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH) para contar con una medida fiable de depresión masculina, y analizar la especificidad de los síntomas según el género. Para tal fin se realizaron análisis comparativos entre dos grupos clínicos para ratificar la existencia o no de diferencias en los síntomas; que a su vez fueron comparados con dos grupos no clínicos para confirmar la validez discriminante del CDH. Se generaron cuatro grupos de participantes:

G1: Grupo de hombres no clínicos.

G2: Grupo de mujeres no clínicas.

G3: Grupo de mujeres diagnosticadas con depresión.

G4: Grupo de hombres diagnosticados con depresión.

En primer lugar, se conformaron los grupos G3 y G4; los grupos G1 y G2 se conformaron buscando que los participantes cumplieran condiciones similares de género (sexo y género declarado), edad (diferencia máxima de 2 años), procedencia (de la misma región aunque no de la misma ciudad) y nivel educativo (del mismo tipo aunque no en el mismo grado), para controlar variables extrañas y hacer más

comparables los grupos. La consecución de la muestra en los grupos G1 y G2 ya que de cada 4 personas que declaraban no tener antecedentes psiquiátricos ni psicológicos y no estar actualmente deprimidos, aproximadamente 2 mostraban serios indicios de tener algún problema de ésta índole.

### 5.1.2. Participantes

La muestra estaba conformada por 226 hombres y mujeres colombianos de todos los niveles socioeconómicos con predominancia del medio bajo y bajo que sabían leer y escribir, y habían cursado como mínimo 5° grado de primaria pero principalmente con estudios de formación profesional, con edades comprendidas entre los 18 y 64 años con una media de edad de 29.53 años y desviación típica de 12.04, provenientes de 5 ciudades colombianas, a saber: Bogotá (40 casos), Medellín (23 casos), Bucaramanga (19 casos), Ibagué (17 casos) y Cali (14 casos).

En la muestra clínica, habían 59 hombres y 59 mujeres diagnosticados previamente con depresión por un profesional psicólogo o psiquiatra usando los criterios del sistema DSM-IV, su criterio clínico y en algunos casos instrumentos reconfirmatorios (BDI-II, la Escala Zung y la Escala Hamilton); los profesionales trabajaban en distintos centros de atención ubicados en las 5 ciudades; en la muestra no clínica (G1 y G2) habían 54 hombres y 54 mujeres sin diagnóstico de depresión con características sociodemográficas comparables a las de los participantes ubicados en los grupos G3 y G4, pero no mostraban indicadores de otro trastorno mental en la prueba de salud mental general Self Reporting Questionnaire SQR 20 (Hewitt et. al., 2006) y que no presentaban depresión en la Entrevista MINI de Depresión (Sheehan et al, 1988). Cabe notar que para encontrar la muestra de personas sin puntajes en la prueba MINI y sin

otro trastorno fue necesario aplicar los instrumentos y la entrevista a 100 hombres y 90 mujeres, de los cuales sólo podía presumirse que estaban en condición no clínica con 54 hombres y 54 mujeres (Figura 2).

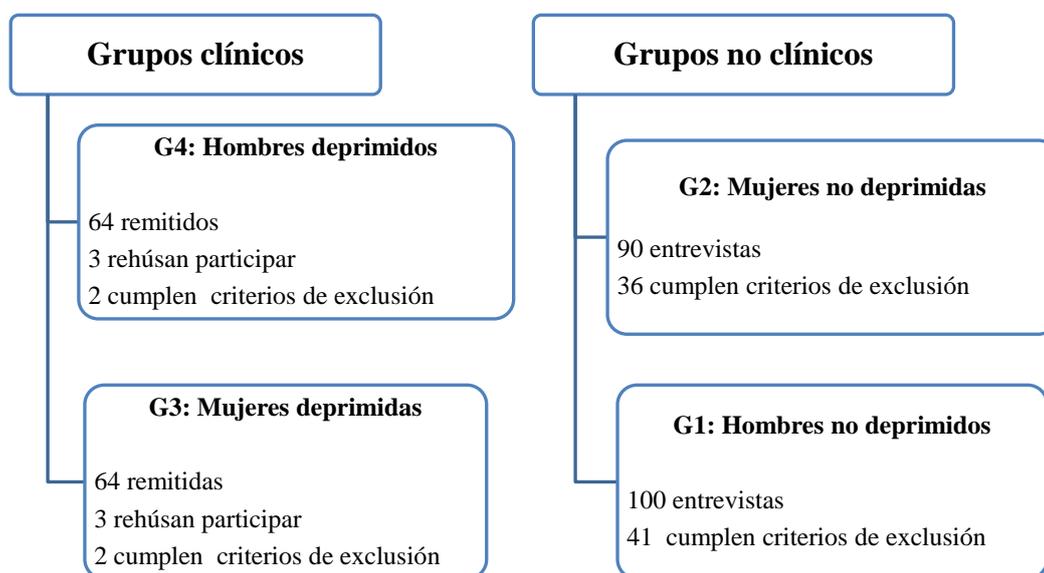


Figura 2. Proceso de conformación de los cuatro grupos de estudio

Los criterios básicos de inclusión para el grupo G4 fueron: 1) Hombres con diagnóstico confirmado de trastornos del espectro depresivo realizado por profesionales psiquiatras y/o psicólogos en centros de atención psiquiátrica y/o psicológica ubicados a nivel nacional entre los meses de mayo a noviembre de 2013, 2) sin tratamiento farmacológico en el momento de la aplicación de los instrumentos (cabe aclarar que en Colombia los factores del sistema de salud y culturales limitan el acceso a la medicación aun en casos en que es altamente recomendable).

Para este grupo eran criterios de exclusión: 1) Haber recibido un diagnóstico de trastorno bipolar, 2) encontrarse en un periodo de remisión de síntomas o recuperación, 3) no saber leer y escribir, 4) rehusar la participación y/o 5) mostrar indicadores de otros trastornos mentales del espectro psicótico en el cuestionario de salud mental general.

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

Los criterios básicos de inclusión para el grupos G2 eran los mismos del G3 solo que para este caso debían ser mujeres sin depresión; y para el G1 eran los mismos que para el grupo G4 solo que debían ser hombres sin depresión.

Tabla 2. Descripción de las características sociodemográficas de la muestra total y por grupos.

Variables	Total		Hombres No clínicos		Mujeres No clínicas		Mujeres Clínicas		Hombres Clínicos	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Nivel educativo										
<i>Primaria</i>	6	2.7	1	1.8	2	3.7	1	1.6	2	3.3
<i>Bachillerato</i>	24	11	4	7.4	5	9.2	7	11.8	6	10.1
<i>Técnico</i>	18	8.2	3	5.5	5	9.2	4	6.7	7	11.8
<i>Universitario</i>	146	66.9	37	68.5	35	64.8	36	61	37	62.7
<i>Postgrados</i>	32	14.6	6	11.1	12	22.2	6	10.1	6	10.1
Estrato										
<i>1</i>	10	4.5	1	1.8	1	1.8	2	3.3	5	8.4
<i>2</i>	69	31.6	12	22.2	20	37	21	35.5	17	28.8
<i>3</i>	94	43.1	27	50	24	44.4	21	35.5	22	37.2
<i>4</i>	45	20.6	12	22.2	13	24	12	20.3	12	20.3
<i>5</i>	6	2.7	2	3.7	1	1.8	1	1.6	1	1.6
<i>6</i>	2	0.9	0	0	0	0	2	3.3	2	3.3
Ocupación										
<i>Estudia</i>	97	44.4	23	42.5	20	37	32	54.2	22	37.2
<i>Trabaja</i>	65	29.8	16	29.6	19	35.1	10	16.9	20	33.8
<i>Estudia/trabaja</i>	55	25.2	15	27.7	20	37	8	13.5	12	20.3
<i>Desempleado</i>	9	4.1	0	0	0	0	4	6.7	5	8.4
Tiempo Ocupación										
Más de 8 horas	135	61.9	37	68.5	38	70.3	26	44	34	57.6
8 horas	49	22.4	9	16.6	11	20.3	17	28.8	12	20.3
6 horas	36	16.5	6	11.1	10	18.5	9	15.2	11	18.6
Menos de 6 horas	6	2.7	2	3.7	0	0	2	5	2	3.3
Estado civil										
<i>Soltero</i>	157	72	36	66.6	41	75.9	41	69.4	39	66.1
<i>Casado</i>	47	21.5	10	18.5	13	24	11	18.6	13	22
<i>Separado</i>	15	6.8	6	11.1	4	7.4	1	1.6	4	6.7
<i>Viudo</i>	7	3.2	2	3.7	1	1.8	1	1.6	3	5
Vive con										
<i>Papá</i>	84	38.5	18	33.3	37	68.5	34	57.6	35	59.3
<i>Mamá</i>	128	58.7	30	55.5	31	57.4	28	47.4	39	66.1
<i>Hermanos</i>	101	46.3	27	50	23	42.5	26	44	25	42.3
<i>Esposa/o</i>	48	22	11	20.3	14	25.9	10	16.9	13	22
<i>Hijos</i>	56	25.6	10	18.5	21	38.8	15	25.4	10	16.9
<i>Otros</i>	48	22	9	16.6	11	20.3	17	28.8	11	18.6

Notas: f: Frecuencia; %: Porcentaje

Para lograr el mayor control de variables posibles, los grupos de referencia G3 y G4 se conformaron caso a caso, ya que a medida que llegaban los participantes remitidos se procedía a ubicar a una persona con características similares, excepto por el

diagnóstico de depresión o enfermedad mental, a través del sistema de referidos de profesores y administrativos de las instituciones a las que pertenecían los centros de atención psicológica o psiquiátrica. Las aplicaciones a los controles se realizaron en la misma época en la que se ubicaron los casos, para controlar la variable tiempo.

El nivel educativo de ambos grupos osciló entre primaria y postgrado, con una mayor concentración de personas con estudios universitarios (64.2%); y en menor medida personas con estudios de primaria (2.6%); la mayor parte de la muestra tenía un nivel socioeconómico medio bajo codificado como estrato 3 (41.6%) en Colombia, seguido de personas con estrato 2 o nivel socioeconómico bajo (30.5%), y menor proporción personas de nivel socio económico medio-alto y alto con estratos 5 y 6 (3.6%). Al revisar las características sociodemográficas de cada grupo estudiado se evidencia que estos son más o menos homogéneos en aspectos como el nivel educativo, la ocupación, el nivel socioeconómico, el estado civil y las personas con quienes viven (Tabla 2).

### 5.1.3. Equipo de trabajo

En general la aplicación se realizó a través de la Red de Investigadores de Psicología en los nodos salud-clínica con la participación de investigadores entrenados, y a través de la Red de Centros de Servicios Psicológicos y/o Psiquiátricos con el apoyo de 8 psicólogos profesionales estudiantes de maestría o especialización en el área clínica o de la salud, y una enfermeras de centros psiquiátricos. Se entregó a todos los profesionales una guía escrita referida al procedimiento a seguir en cada una de las labores (Anexo A) una ficha técnica de la investigación; a continuación se explican las funciones de cada miembro del equipo.

Psicólogos o psiquiatras remitores: Estos profesionales estaban encargados de detectar casos clínicos que se encontraban asistiendo a los servicios de salud. En 5 casos y a voluntad del paciente, algunos de ellos llevaron a cabo la aplicación, pues no se deseaba tener contacto con nuevos profesionales. Al final había 9 psicólogos y 3 psiquiatras que desempeñaron la labor de remitores, ubicados en los departamentos de Tolima, Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca y Santander.

Asistentes de investigación: El equipo de asistentes estaba conformado por 8 psicólogos profesionales con formación en psicología clínica o de la salud, y una enfermera especializada en servicios de psiquiatría que hacían parte de los grupos de investigación enlazados desde la red o eran estudiantes de maestría o especialización clínica o en salud, encargados de hacer la aplicación de los instrumentos y la realización de la entrevista.

### 5.1.4. Instrumentos

Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH) de Álvarez y Londoño (2011): Está compuesto por 40 ítems que miden un grupo de síntomas considerados característicos de depresión en hombres. Las opciones de respuesta están en una escala Likert que va desde siempre hasta nunca en 4 gradaciones. La puntuación total de los ítems está por cortes distribuidos así: 1-28 sin depresión, 29-34 depresión leve, 35-40 depresión moderada, y mayor de 41 depresión severa. El CDH maneja un índice de evaluación de confiabilidad de 0.87, un nivel de separación de 2.61 con lo cual se evidencia que en general alcanza criterios aceptables de ajuste que indican la existencia de un grado alto de confiabilidad. En un estudio posterior, en población colombiana el índice de consistencia interna re-test se mantuvo por encima de 0.90 (Vargas et al., 2013). La

escala evalúa 6 dimensiones, que son autoimagen negativa con un índice de fiabilidad de 0.85, ideación suicida con 0.93, pobre imagen social con 0.87, afecto negativo de 0.94, desesperanza de 0.80 y evitación de 0.75 (Anexo B).

Ficha de Información sociodemográfica: Es una ficha de registro que recoge información como género, edad, nivel educativo, procedencia, estado civil, información laboral (horas al día dedicadas, ocupación, nivel de satisfacción con la labor realizada), actividad deportiva o física (horas al día dedicadas), estrato socio económico, conformación y funcionamiento familiar (Adaptability Partnertship Growth Affection Resolve APGAR), información de salud (autorreporte de enfermedades diagnosticadas, medicación, reporte de incapacidades médicas en el último mes y motivos), historia y antecedentes psicológicos/psiquiátricos familiares. Se califica el funcionamiento familiar a partir de las evaluaciones dadas por cada entrevistado y se obtiene una calificación que denota si existe disfuncionalidad tal como lo indica el procedimiento de evaluación (Anexo C).

El APGAR fue diseñado por Smilkstein en 1978 para evaluar el nivel de funcionamiento familiar, y validado para población colombiana por Forero, Avendaño, Duarte y Campo-Arias (2006). Los puntajes negativos en el APGAR indican disfunciones familiares importantes en el soporte y la comunicación. Incluye dos factores generales, el soporte familiar percibido o grado de apoyo ofrecido por la familia a cada uno de sus miembros en situaciones problemáticas y la funcionalidad familiar reflejada en la calidad de la comunicación, el cumplimiento de los roles y el ajuste familiar. Los factores no deben ser usados de forma independiente ya que no se ha estudiado el funcionamiento de cada escala por separado; y la consistencia interna del

instrumento es de 0.79, la escala está compuesta por dos factores, disfunción familiar y soporte familiar (Anexo C).

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), utilizada como prueba de oro de referencia en la validación del CDH, y como estrategia de selección a los casos incluidos en los grupos no clínicos. En las escalas relacionadas con trastornos del estado de ánimo (Escala de episodio depresivo mayor, trastorno distímico y riesgo de suicidio). El MINI ha sido usado como entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora de manera independiente los principales trastornos psicopatológicos del eje I del DMS IV y el CIE-10. La entrevista goza de un buen nivel de discriminación clínica cuando es realizada por personal entrenado, soportado en diversos estudios y en la confiabilidad test-retest que está entre 0.76 y 0.93, y puede ser aplicada por factores ya que existe independencia entre ellos (Sheehan et al., 1988).

Esta forma breve puede ser aplicada en un tiempo promedio de 30 minutos una vez que el profesional especializado haya recibido un breve entrenamiento. En la parte inicial del módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno (Anexo D) .

Al terminar módulo el análisis de síntomas reportados permite al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos del estado de ánimo. Se obtienen datos acerca de si se cumplen criterios para un diagnóstico de depresión específico y la intensidad de los síntomas. La Entrevista en su apartado de depresión incluye un Factor 1 de severidad de la depresión actual conformado por las preguntas 1 a 12, un Factor 2 de distimia conformado por las preguntas 13 a 27 y el Factor 4 de

ideación suicida que incluye las preguntas 28 a la 32.

El Cuestionario de Autorreporte de Síntomas SQR (Self-Reporting Questionnaire, Harding, 1980) es un instrumento usado para tamizar problemas de salud mental que fue creado por la OMS y la muestra base incluyó países latinoamericanos entre los que Colombia estaba incluida. El cuestionario consta de 30 preguntas que evalúan trastornos depresión, angustia entre otros de leve y moderada intensidad (preguntas 1 y 21), trastornos psicóticos (preguntas de la 22 a la 25), trastorno compulsivo (pregunta 26), alcoholismo o abuso de alcohol (preguntas 27 a la 30). Las condiciones psicométricas del cuestionario son adecuadas ya que se considera de alta sensibilidad y posee una confiabilidad de 0.89 (Climent, 1981; Harding, 1980). Hewitt et al. (2006), realizaron una adaptación para población colombiana que conserva las condiciones psicométricas, por ello es la utilizada en el presente estudio. Adicionalmente, se usó para definir la exclusión de casos con otros trastornos mentales mayores e identificar problemas de uso de sustancias psicoactivas.

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento: Desollado por Lazarus y Folkman (1985) y traducido al español por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985), fue adaptado para población colombiana por Londoño y Archila (2004) y revalidado por Rueda y Vélez-Botero (2010). Está conformada por 42 ítems que evalúan el estilo de afrontamiento predominante ante eventos estresantes. Estos estilos se agrupan en 5 factores, a saber: *Centrado en la solución de problemas, evitación, fantasía, autculpa y búsqueda de soporte social*. El afrontamiento centrado en la *solución de problemas* se caracteriza porque la persona analiza en detalle la situación, define la mejor opción de solución y la pone en marcha; la *evitación* que corresponde a la minimización del

evento, distanciamiento de la situación, atención selectiva de los detalles positivos o uso de comparaciones en las que siempre se ve a los otros en peor situación; la *fantasía* al uso de la imaginación para aplicar soluciones mágicas a la situación; y la *autoculpa* se caracteriza por la tendencia de la persona a dar explicaciones causales a los eventos basadas en la propia culpa. Las opciones de respuesta van en una escala Likert de 4 opciones. El cuestionario cuenta con una fiabilidad de 0.70, la escala de solución de problemas de 0.88, la de soporte social de 0.75, la de evitación de 0.74, la de autoculpa de 0.78, y la de fantasía de 0.85 (Anexo F).

### 5.1.5. Procedimiento

#### 5.1.5.1. Convocatoria centros

Previa convocatoria realizada en dos eventos académicos que reunían psicólogos y psiquiatras, y a través de la Red Colombiana de Investigadores en Psicología en las mesas de trabajo en Psicología Clínica y Psicología de la Salud (organizada por la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y Colciencias), para identificación de Centros de Atención Psicológica y/o Psiquiátrica, se envió un oficio al Director del Centro en el que se solicitó la colaboración en la identificación de casos de Depresión y la facilitación para la realización del estudio con usuarios que cumplieran los criterios de inclusión. Una vez realizado un contacto con respuesta positiva se procedió a tramitar la solicitud de autorización institucional.

Presentación del estudio, sus fundamentos teóricos y metodológicos, entrega de la guía de aplicación y revisión del sistema de entrega del material correspondiente, a los profesionales inscritos en los equipos de identificación, remisión y aplicación de los

instrumentos a los casos clínicos provenientes de los Centros de Atención Psicológica y/o Psiquiátrica participantes. Además de un curso de 8 horas dictado por la investigadora principal que incluyó una introducción general acerca de las características, proceso diagnóstico y evaluativo de la depresión, instrumentos usados, formas de aplicación y usos; además de la descripción del estudio, la metodología, las formas de recolección de información y el manejo adecuado y ético de la información.

Adicionalmente, quincenalmente se establecía contacto con el equipo para discutir situaciones que requirieran un proceso de toma de decisiones como por ejemplo la exclusión de un caso con un posible cuadro de demencia. Previo a la recolección de datos se estableció el protocolo de aplicación que indicaba la forma como se realizaba la entrevista y la aplicación de instrumentos, su duración, condiciones de aplicación, las normas éticas a explicar y la importancia de propender por el bienestar de los participantes.

En primer lugar, se indicó la forma de presentación de la investigación y la importancia de contestar con suficiencia todas las preguntas que surgieran para que se cumpliera realmente con las normas de consentimiento informado ratificando la libertad de participar o declinar su participación en cualquier momento de la investigación (Anexo G). En el consentimiento informado se incluyó un apartado en el que el participante definía que su terapeuta fuera informado, si deseaba recibir información acerca de los resultados directamente o si prefería no recibir información alguna al respecto; además se resaltaba la importancia de completar con sinceridad todos los datos y ofrecer durante la entrevista la mayor información posible acerca de las preguntas formuladas por el entrevistador.

Las condiciones de aplicación definidas en la guía establecían: a) Que la entrevista no debía ser llevada a cabo luego de una sesión de intervención ya que la persona podría

presentar alguna alteración emocional o cansancio que limitaran su capacidad de respuesta en el momento, b) debía realizarse en un lugar privado con condiciones de iluminación, ventilación y aislamiento, c) solo debían estar el entrevistador y el participante, y d) la entrevista y la aplicación de los instrumentos debían ser aplicados el mismo día en máximo dos sesiones de trabajo (Anexo A).

### 5.1.5.2. Recolección de datos

En primer lugar 8 profesionales psicólogos identificaron los casos remitidos por los profesionales psicólogos y psiquiatras, y verificaron el cumplimiento de los criterios de inclusión del estudio; una vez identificado el caso, se presentaba a cada paciente la investigación, sus condiciones metodológicas y éticas para lograr el consentimiento informado. Cabe notar que se identificaron en total 64 casos de hombres y 67 casos de mujeres, pero que 3 hombres y 4 mujeres rehusaron participar argumentando que no querían ser expuestos ante situaciones en las que se reconociera la procedencia de los datos. De los grupos clínicos 2 hombres y 4 mujeres cumplieron los criterios de exclusión, en los hombres se evidenciaron alucinaciones auditivas e ideas autorreferenciales y en las mujeres además de las dos anteriores ya que 1 caso reportó haber experimentado convulsiones sin diagnóstico de epilepsia y en otro se presumía el inicio de un cuadro de demencia.

### 5.1.5.3. Aplicación de la entrevista

Los profesionales asistentes de investigación entrenados acudieron a los consultorios en cada ciudad, y aplicaron la entrevista y los instrumentos elegidos para el

estudio durante una sesión programada por el terapeuta encargado del caso, pero este solo acudía al inicio de la misma para hacer el enlace (Figura 3).

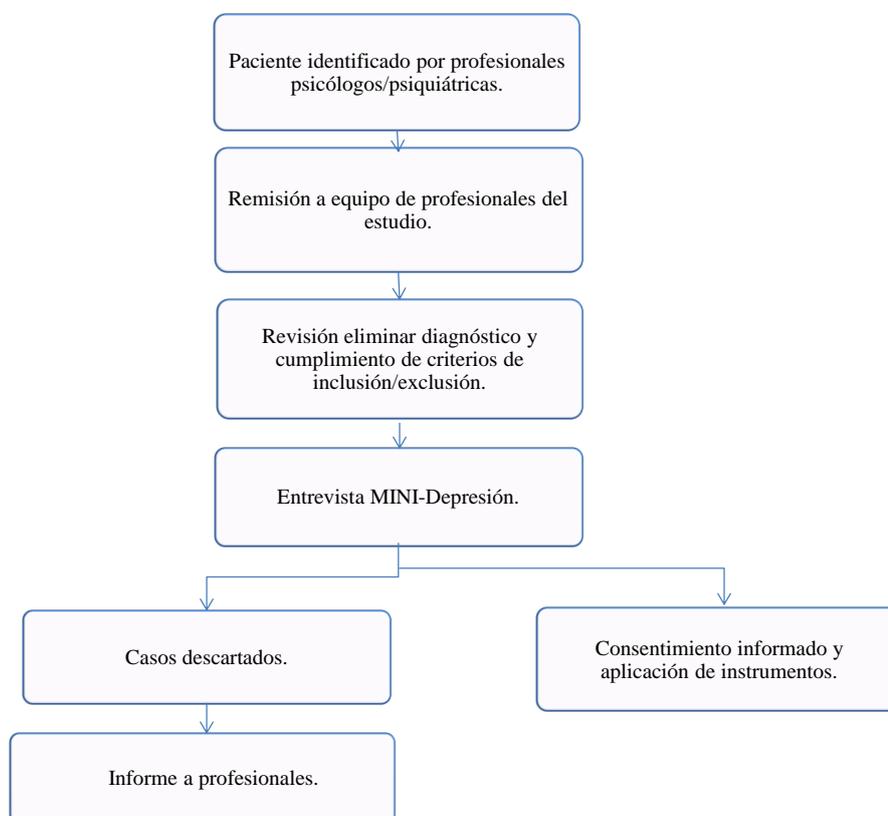


Figura 3. Diagrama de procedimiento selección participantes grupos 3 y 4

La entrevista fue realizada por un asistente de investigación con título de psicólogo profesional que se encontraba cursando estudios de maestría o especialización en universidades ubicadas en las 5 ciudades enlazadas a través de la red colombiana de investigadores en psicología; luego procedía a aplicar el apartado del MINI correspondiente a los Trastornos del Estado de Ánimo y, si detectaba señales de otras problemáticas importantes, incluía el resto de la entrevista. Cabe notar que entre las instrucciones dadas a los entrevistadores se solicitaba que no existiera discusión ni previa ni posterior con el profesional a cargo, acerca del diagnóstico del caso para no

sesgar el estudio.

#### 5.1.5.4. Elaboración de bases de datos

La elaboración de la base de lo datos se hizo en el programa de análisis estadístico SPSS 20, realizada por profesionales psicólogos titulados estudiantes de maestría que participaron como asistentes de investigación y luego fue depurada por la investigadora principal.

#### 5.1.6. Análisis de resultados

Para el análisis de resultados se usaron estadísticos descriptivos, análisis comparativos ANOVAs con el paquete SPSS y AMOS; y análisis psicométricos de confiabilidad, validez, estructura (dimensionalidad), discriminación y determinación de los puntos de corte, usando con el Modelo de Rasch desde la Teoría de Respuesta al Ítem, usando para ello el programa estadístico WINSTEP; todo bajo la asesoría de un docente investigador experto de la Universidad Católica de Colombia.

La teoría de respuesta al ítem es un conjunto de modelos probabilísticos en el que se asume que variaciones en las respuestas dadas por las personas respondientes son atribuibles a las diferencias que hay entre los ítems respecto al factor que se mide. El reactivo se considera eficiente si cuenta con la sensibilidad necesaria para discriminar si personas con altos puntajes realmente poseen la característica medida a través de la prueba en alto grado al igual que en el caso inverso. En el modelo de Rasch se calculan las respuestas y no estandariza puntajes como la teoría clásica de test; por ello es posible identificar la existencia de respuestas que se encontrarían fuera de la probabilidad para

dicho ítem, que se apartan de las expectativas del modelo y el funcionamiento independiente de las mismas. El INFIT es el indicador usado para determinar la existencia de respuestas anómalas o ajuste cercano y su valor debe estar ubicado entre 1 y 1.3 y el oufit para detectar comportamientos anómalos que estén lejos del puntaje general de cada participante y su valor debe ser menor a 2.0 (Linacre, 2002).

Para verificar la validez discriminante del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH), se analizó el funcionamiento diferencial de los ítems respecto de los casos clínicos y no clínicos (entre hombres y mujeres), para finalmente revisar el nivel de discriminación diferencial entre hombres y mujeres deprimidas. Para ello se analizaron las respuestas dadas por hombres y mujeres por separado, por los casos clínicos y no clínicos, y por los casos clínicos separados por sexo; y a través de un ANOVA se comparan las medias de los puntajes estandarizados obtenidos con un nivel mínimo de significación de  $p$  menor o igual a 0.05, y se contrastan las diferencias teniendo en cuenta tres criterios generales: a) El valor de la diferencia (Difcontrast) debe ser mayor a 0.5, b) la probabilidad de Rasch Welch debe ser inferior a 0.5, y c) que la probabilidad Mantel Haenzel sea inferior a 0.05 (Linacre, 2002).

Al evaluar la unidimensionalidad o identificación única de un constructo, que para este caso sería depresión, se retoma el puntaje obtenido en el índice de separación que debe ser superior a 1.5., y se revisa la varianza explicada por los participantes que debe ser mayor a la explicada por los ítems y superar el 40%. Si el índice de separación cumple el requisito pero la varianza no explicada es superior a 2.0, se indica que hay unidimensionalidad general, pero que el constructo medido está conformado por subdimensiones o factores. Para analizar la existencia de las subdimensiones se establece un criterio límite de dimensión de máximo 2.0 y en el Loading de 0.45, pero es preciso analizar si las agrupaciones matemáticas corresponden a agrupaciones

teóricas explicables; para reconfirmar los hallazgos se calculan los estadísticos descriptivos generales y en índice de fiabilidad del factor (Linacre, 2002).

Para analizar el funcionamiento diferencial de los ítems se utilizó el índice Mantel Haenszel (MH) en el que comparan las respuestas dadas a un ítem por sujetos que perteneciendo a distintas poblaciones muestran el mismo nivel de puntuación en el test. En un primer momento se analizan los ítems con todos y se calcula la puntuación con todos ellos, y se calcula el índice de funcionamiento diferencial; en un segundo momento se recalcula el índice únicamente con los ítems que carecen de funcionamiento diferencial, con el criterio interno purificado se recalcula de nuevo el índice de funcionamiento diferencial y se obtiene el nivel de riesgo de cada ítem identificado por el valor que debe ser inferior a 0.05. Este funcionamiento diferencial, se pone a prueba calculando la diferencia estandarizada entre los estimadores del parámetro de dificultad del ítem en cada grupo controlando las posibles diferencias entre grupos en la variable latente y utilizando la corrección de Bonferroni (Fidalgo, 1994).

La validez concurrente se analiza a partir de la observación de la covariación y su tendencia a la linealidad y menor inclinación de la pendiente en la representación gráfica y del cálculo de los índices de correlación de Pearson usado para analizar asociación entre variables numéricas, con un índice de significación de  $p$  menor o igual a 0.05. Adicionalmente, se realizó la recalibración del CDH, para definir si las condiciones previas de calificación establecidas por Álvarez y Londoño (2012) para población general, se mantenían para población clínica (Linacre, 2002).

Para determinar si existían síntomas de depresión en hombres no incluidos en el sistema diagnóstico DSM se hizo un cuadro comparativo de síntomas entre los que están previstos en el sistema nosológico DSM-IV-TR, que se conservan casi en su totalidad en el DSM-V, con los síntomas detectados para hombres e incluidos en el

CDH.

Los análisis de los factores asociados a depresión en hombres se efectuaron haciendo uso de los Modelos de Ecuaciones Estructurales que se evalúa a través de las medidas incrementales de ajuste que indican el grado de ajuste alcanzado entre el modelo teórico propuesto y el modelo empírico resultante, que son la Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), el Índice de Ajuste Normalizado NFFI (Normed Fit Index), el Índice Comparativo de Ajuste CFI (Comparative Fit Index), y Chi Cuadrado. Estas medidas, exceptuando el Chi Cuadrado, están en el rango de cero (mal ajuste) y uno (ajuste perfecto); y precisamente la única que cuenta con una medida de significancia es el Chi Cuadrado que refleja la existencia de diferencias no esperadas entre el modelo teórico propuesto y el modelo empírico, por tanto se espera que el Chi no sea significativo es decir que el valor de  $p$  debe ser mayor a 0.05 y que el Chi se aproxime a 0. Ya que el Chi Cuadrado es una medida sensible a los tamaños muestrales que no cumplen la condición de 15 sujetos por variable, en los modelos en los que las muestras no cumplen este requisito, no se calcula el Chi y se acude a los otros índices de ajuste antes mencionados.

Para el caso de RMSEA los valores esperados deben ser inferiores a 0.10, en el NFI deben ser mayores a 0.90 y para el CFI superiores a 0.95. Estos índices están corregidos de acuerdo con los tamaños muestrales para evitar sesgos. Para hallar estos índices se usa el método de máxima verosimilitud, mínimos cuadrados generalizados y la estimación por distribución libre.

Igualmente se evalúa la complejidad del modelo, y se espera que éste sea mayor, es decir que tenga la mayor cantidad posible de parámetros bien definidos, el programa AMOS reporta si el modelo es complejo o simple directamente. Además se debe considerar que los grados de libertad reportados para el modelo evaluado tiendan a uno.

## 5.2. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los procesos estadísticos usados para permitir contestar las preguntas de la investigación.

## 5.2.1. Validez discriminante del CDH

En primer lugar, se realizaron los análisis psicométricos generales del Cuestionario de Depresión de Hombres (CDH) desde la teoría de respuesta al ítem y el modelo de Rasch, y se detectaron 4 casos con comportamiento atípico o extremo que daban una respuesta constante en el CDH, se excluyen estos casos en un segundo análisis y se encontró que el instrumento cuenta con un nivel de fiabilidad alto reflejado tanto en los análisis realizados desde la teoría clásica de los test como desde el modelo de Rasch bajo la teoría de respuesta al ítem, que mejora al excluir los casos atípicos. El índice de separación era de 4.19 mayor a 1.5 considerado nivel mínimo esperado, y ello indica que el instrumento cuenta con un nivel de ajuste apropiado (Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de 223 medidas no extremas, y cálculos de índices fiabilidad como separación, ajuste y consistencia interna del CDH.

	Puntaje total	Ítems contados	Medida	Error del Modelo	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	MNSQ	MNSQ	MNSQ
Media	73.5	40.0	-0.53	0.26	1.00		1.01	
DT	22.2	0	1.30	0.06	0.52		0.59	
Max	138.0	40.0	2.56	0.49	3.82		4.21	
Min	40.0	40.0	-4.03	0.19	0.10		0.07	
Real RSME	0.30	de real	1.26	Separación	4.19	Confiabilidad		0.95
Model RSME	0.27	de real	1.27	Separación	4.62	Confiabilidad		0.96
de participantes	0.08							
N	223							

Notas: Excluidos los puntajes mínimos extremos 3 participantes 1.3%; DT: Desviación típica; MNSQ: Mínimos Cuadrados Normados; RSME: Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio; INFIT: Ajuste próximo; OUFIT: Ajuste lejano.

Teniendo en cuenta que se está desarrollando un cuestionario con fines de detección temprana y diagnóstico específicamente en hombres, para calcular el verdadero poder del cuestionario de diferenciar el tipo de respuesta y los valores característicos o valores reales correspondientes a las personas que expresan la variable (hombres deprimidos); y así evitar un sesgo en el ajuste de los ítems hacia la no expresión de la variable y ajustarlos con personas que expresan de forma positiva el atributo para obtener una medida clínica, los siguientes procesamientos para estimar los valores de los ítems se llevaron a cabo con el G4 (hombres deprimidos).

Se excluyeron de nuevo los 4 casos anómalos detectados previamente ya que sus respuestas tienen un pobre nivel de ajuste al modelo con un INFIT y OUTFIT mayores a 2.0. Al excluir estos participantes se logra la máxima estimación de dificultad posible para los ítems.

Con el objetivo de reconfirmar que no existan fallas de funcionamiento del cuestionario al ser respondido por las mujeres con depresión, se analizan el funcionamiento de los ítems del Cuestionario de Depresión en Hombres en los hombres con depresión (G4) y se evidencia en general que estos cumplen con la condición de tener puntajes entre 1 y 1.3 en el INFIT, y puntajes menores a 2.0 en el OUTFIT, con un mejor ajuste que el logrado con ambos grupos clínicos (Tabla 5).

Para reconfirmar que no existan fallas de funcionamiento del Cuestionario al ser respondido por las mujeres clínicas, se analizan el funcionamiento de los ítems del Cuestionario de Depresión en Hombres con ambos grupos clínicos (G3 y G4) y se evidencia en general que estos cumplen con la condición de tener puntajes entre 1 y 1.3 en el INFIT, y puntajes menores a 2.0 en el OUTFIT (Tabla 4).

DEPRESIÓN EN HOMBRES

Tabla 4. Funcionamiento individual de los ítems del Cuestionario de Depresión en Hombres con INFIT (ajuste próximo) y OUTFIT (Ajuste lejano) en 59 casos.

Ítem	PT	X	XM	INFIT	OUTFIT	PTM MEDIDA		OBS EXAC %	MATCH EXP %	ESTIM DISCR	p-valor
				MNSQ	MNSQ	CORR	EXP				
1	148	0.20	0.24	0.95	1.02	0.55	0.54	61.1	58.2	1.04	2.74
2	105	-0.34	0.20	0.91	0.91	0.65	0.60	61.1	51.9	1.10	1.94
3	121	-0.11	0.17	1.28	1.40	0.51	0.66	38.9	45.1	0.45	2.24
4	116	-0.40	0.17	0.84	0.77	0.74	0.67	53.7	44.9	1.25	2.15
5	138	-0.90	0.20	1.40	1.38	0.48	0.62	50.0	56.0	0.70	2.56
6	152	-1.31	0.22	1.37	1.35	0.34	0.56	48.1	56.3	0.56	2.81
7	145	-1.66	0.17	1.18	1.20	0.56	0.65	51.9	45.6	0.73	2.69
8	124	-0.23	0.19	0.93	0.90	0.65	0.62	59.3	52.5	1.08	2.30
9	126	-0.33	0.20	1.00	0.96	0.61	0.61	68.5	54.9	1.00	2.33
10	100	0.61	0.19	1.01	0.95	0.63	0.63	57.4	53.6	1.02	1.85
11	83	-0.49	0.19	1.78	1.86	0.30	0.60	53.7	63.7	0.51	1.54
12	107	-0.89	0.18	0.88	0.75	0.71	0.66	63.0	48.7	1.11	1.98
13	120	-0.01	0.18	1.15	1.27	0.57	0.63	48.1	48.9	0.79	2.22
14	112	0.26	0.20	1.05	1.02	0.58	0.59	51.9	54.7	0.97	2.07
15	149	-1.46	0.22	0.85	0.85	0.65	0.56	61.1	56.5	1.19	2.76
16	99	0.64	0.19	0.57	0.54	0.80	0.63	64.8	53.8	1.47	1.83
17	115	0.00	0.18	1.66	1.92	0.37	0.66	48.1	45.6	0.01	2.13
18	127	-0.28	0.20	0.82	0.83	0.69	0.60	63.0	54.9	1.21	2.35
19	82	1.38	0.22	0.70	0.74	0.67	0.55	70.4	65.7	1.22	1.52
20	110	0.45	0.21	0.76	0.74	0.72	0.58	61.1	54.4	1.33	2.04
21	125	-0.05	0.20	0.87	0.88	0.67	0.59	66.7	55.6	1.19	2.31
22	127	-0.15	0.19	1.73	1.75	0.23	0.60	38.9	52.9	0.01	2.35
23	106	0.34	0.18	0.76	0.70	0.75	0.66	55.6	51.8	1.24	1.96
24	131	-1.37	0.18	1.15	1.17	0.57	0.64	53.7	49.6	0.81	2.43
25	92	0.70	0.19	0.60	0.66	0.75	0.61	70.4	59.2	1.35	1.70
26	135	-0.69	0.21	0.62	0.62	0.80	0.59	72.2	57.1	1.43	2.50
27	125	-0.12	0.21	1.43	1.42	0.33	0.57	53.7	58.8	0.53	2.31
28	107	-0.43	0.19	1.60	1.53	0.34	0.61	44.4	50.9	0.21	1.98
29	117	0.04	0.18	0.72	0.70	0.77	0.64	55.6	48.6	1.4	2.17
30	118	-0.40	0.18	0.91	0.85	0.69	0.64	55.6	49.0	1.17	2.19
31	129	-0.38	0.19	0.85	0.82	0.70	0.61	61.1	53.5	1.22	2.39
32	95	0.74	0.19	0.63	0.52	0.79	0.63	74.1	57.9	1.40	1.76
33	101	0.70	0.20	0.89	0.84	0.66	0.60	46.3	52.2	1.16	1.87
34	111	0.34	0.19	0.82	0.79	0.71	0.62	59.3	49.5	1.26	2.06
35	88	0.38	0.23	0.84	0.76	0.65	0.57	61.1	60.8	1.22	1.63
36	85	1.09	0.21	0.72	0.74	0.69	0.59	66.7	63.9	1.22	1.57
37	101	0.52	0.18	0.92	1.00	0.68	0.66	51.9	55.1	1.04	1.87
38	92	0.28	0.23	1.00	1.07	0.54	0.55	68.5	59.1	0.97	1.70
39	86	1.07	0.20	0.78	0.75	0.67	0.60	57.4	63.1	1.15	1.59
40	97	0.68	0.19	0.72	0.78	0.72	0.62	70.4	55.2	1.29	1.80
X	113.7	0.00	0.20	0.99	0.99		58.0	54.2			
DT	18.8	0.70	0.01	0.31	0.35		8.7	5.2			

Notas: PT: Puntaje Total; TC: Total Casos; X: Media; DT: Desviación típica; XM: Media del Modelo; PTMA: Correlación Producto Momento; OBS EXAC: Observaciones Exactas; MACTH EXAC: MACTH exactas; ESTIM DISCRIM: Estimación de la discriminación; P VALOR: Estimación de la probabilidad; MNSQ: Mínimos Cuadrados Normados; RSME: Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio; INFIT: Ajuste próximo; OUTFIT: Ajuste lejano

Se analizó el funcionamiento de los ítems del Cuestionario de Depresión en Hombres únicamente en el grupo de hombres con depresión (G4) y se evidenció en general que estos cumplían con la condición de tener puntajes entre 1 y 1.3 en el INFIT, y puntajes menores a 2.0 en el OUTFIT.

En segundo lugar, se analizó el funcionamiento de los ítems del CDH y se evidenció en general que estos cumplían con la condición de tener puntajes entre 1 y 1.3 en el INFIT, y puntajes menores a 2.0 en el OUTFIT; a excepción de los ítems 7, 22, 25

DEPRESIÓN EN HOMBRES

y 28 en los que se evidenciaron problemas de funcionamiento ya que en el INFIT alcanzaron valores o por debajo de 1 o por encima de 1.3 y en el OUTFIT por encima de 2.0.

Tabla 5. Funcionamiento individual de los ítems del Cuestionario de Depresión en Hombres.

Ítem	PT	TC	X	XM	INFIT	OUTFIT	PTM MEDIDA		OBS EXAC %	MATC H EXP %	ESTIM DISCR	P
							MNSQ	MNSQ				
1	557	226	-0.62	0.11	0.87	0.86	0.67	0.60	64.6	60	1.15	2.46
2	388	226	-0.42	0.10	0.91	0.86	0.64	0.62	65.0	58.1	1.07	1.72
3	417	226	-1.17	0.09	1.16	1.37	0.58	0.63	54.7	54.1	0.78	1.85
4	416	226	-0.86	0.09	0.81	0.77	0.68	0.63	60.1	53.8	1.17	1.84
5	499	226	-0.01	0.10	1.06	1.05	0.61	0.63	59.6	58.3	0.96	2.21
6	529	226	-0.14	0.10	0.86	0.85	0.71	0.64	57.8	54.4	1.18	2.34
7	525	226	-1.76	0.09	1.29	1.33	0.60	0.67	51.1	49.2	0.65	2.32
8	463	226	-1.07	0.10	0.93	0.85	0.67	0.64	66.4	60.5	1.06	2.05
9	454	226	0.41	0.10	0.90	0.85	0.70	0.65	70.0	55.7	1.17	2.01
10	382	226	1.00	0.10	0.83	0.92	0.68	0.63	64.6	57.9	1.16	1.69
11	307	226	-0.00	0.12	1.58	1.62	0.39	0.56	63.7	71.4	0.63	1.36
12	415	226	-0.95	0.09	0.87	0.74	0.67	0.63	57.8	53.6	1.13	1.84
13	411	226	-1.09	0.09	1.03	1.15	0.61	0.63	53.4	54.6	0.92	1.82
14	390	226	-0.79	0.10	1.08	1.05	0.59	0.61	56.5	57.9	0.91	1.73
15	542	226	-1.71	0.10	1.01	1.00	0.67	0.67	57.0	56.8	1.00	2.40
16	351	226	1.27	0.10	0.70	0.72	0.69	0.60	70.9	63.7	1.24	1.55
17	399	226	0.86	0.10	1.34	1.35	0.52	0.64	52.5	56.2	0.62	1.77
18	440	226	-1.17	0.09	0.92	0.91	0.66	0.64	59.2	54.1	1.08	1.95
19	312	226	1.74	0.12	0.65	0.59	0.66	0.56	74.4	72.4	1.22	1.38
20	401	226	1.08	0.10	0.85	0.79	0.69	0.62	65.5	58.0	1.21	1.77
21	477	226	0.34	0.10	0.82	0.81	0.72	0.63	65.5	56.4	1.23	2.11
22	447	226	-1.19	0.10	1.99	2.20	0.35	0.64	38.1	54.2	-1.14	1.98
23	380	226	0.96	0.10	0.77	0.91	0.70	0.63	68.2	58.1	1.20	1.68
24	426	226	-1.15	0.09	0.97	0.88	0.65	0.64	62.3	53.5	1.07	1.88
25	345	226	-0.60	0.10	1.08	1.62	0.55	0.59	68.2	64.7	0.89	1.53
26	488	226	0.08	0.10	0.69	0.69	0.78	0.65	68.2	55.8	1.37	2.16
27	444	226	-1.14	0.10	1.34	1.29	0.55	0.64	54.3	56.7	0.67	1.96
28	367	226	-0.82	0.10	1.78	2.24	0.40	0.60	53.4	59.3	0.34	1.62
29	413	226	-1.06	0.10	0.71	0.69	0.70	0.63	61.9	55.3	1.29	1.83
30	380	226	1.05	0.10	0.94	0.82	0.67	0.63	66.8	57.9	1.13	1.68
31	449	226	-1.18	0.10	1.01	1.02	0.64	0.64	57.8	55.0	0.98	1.99
32	343	226	1.28	0.10	0.78	0.77	0.67	0.61	71.7	66.1	1.15	1.52
33	386	226	0.98	0.10	0.87	0.90	0.68	0.63	58.3	57.2	1.13	1.71
34	387	226	1.12	0.10	0.81	0.74	0.70	0.62	64.6	58.1	1.24	1.71
35	330	226	1.79	0.12	1.03	0.99	0.56	0.57	65.5	67.8	0.98	1.46
36	314	226	1.45	0.11	0.54	0.39	0.69	0.57	81.2	73.2	1.26	1.39
37	354	226	-0.67	0.10	0.93	0.90	0.60	0.60	65.5	63.4	1.00	1.57
38	367	226	1.37	0.11	1.26	1.26	0.51	0.61	58.3	60.2	0.73	1.62
39	325	226	1.44	0.11	0.64	0.65	0.67	0.58	72.6	70.6	1.20	1.44
40	368	226	1.36	0.10	0.83	0.90	0.67	0.62	65.0	60.2	1.14	1.63
X	409.7	226.	0.00	0.10	0.99	-0.1		62.3	59.1			
DT	64.0	0	1.08	0.00	0.29	2.7		7.6	5.6			

Notas: Pt: Puntaje Total; Tc: Total Casos; X: Dificultad; DT: Desviación Estándar; XML: Error de Medición; Ptma: Correlación producto momento; Obs Exac: Observaciones Exactas; MACTH Exac: MACTH exacto; Estim Discrim: Estimación discriminante; p: Estimación de la probabilidad; MNSQ: Mínimos Cuadrados Normados; INFIT: Ajuste Próximo; OUTFIT: Ajuste Lejano

Para revisar los ítems con funcionamiento anómalo, se procedió a entrevistar a 15 participantes ubicados en las ciudades de más fácil desplazamiento para la investigadora (Bogotá e Ibagué), y se demostró que la falla podía deberse a la forma en que fueron redactados ya que el ítem 7 incluía más de un síntoma o problema asociado al sueño

(iniciación/mantenimiento disminución/aumento exagerados), el ítem 22 no recogía en realidad un síntoma como tal ya que como hábito saludable, las personas pueden buscar realizar actividad física, por ello se planteó una reforma del mismo en la que se incorporó la funcionalidad evitativa de la actividad física exagerada. Para el caso del ítem 25 se encontró que la palabra *inútil* no era usada en el lenguaje común, por ello se modificó el ítem y se usó la expresión *no sirve para nada*, ampliamente empleada en el contexto colombiano. Así mismo, el ítem 28 hacía referencia al consumo de alcohol hasta la embriaguez sin especificar la falta de control sobre la ingesta (Tabla 6).

Tabla 6. Modificación de los ítems con funcionamiento anómalo.

Ítem	Enunciado original	Modificación
7	Tiene problemas de sueño (duerme demasiado, poco o se le dificulta conciliar el sueño)	Tiene problemas para dormir bien
22	Busca estar ocupado haciendo actividad física	Busca estar ocupado para no pensar
25	Se siente inútil	Siente que no sirve para nada
28	Consume alcohol hasta embriagarse	Bebe sin poder parar, hasta embriagarse

En el primer contraste la varianza explicada por la medida fue de 56.6% que se esperaba se ubicará por encima de 50%. Las preguntas introducían el 30.7% que era mayor que la varianza no explicada de 3.2%; sin embargo, la varianza no explicada sobrepasó el límite establecido de 2.0 que indicaba la existencia de subdimensiones; por ello se realizó un análisis de componentes o dimensiones (el equivalente a factores en la teoría estadística clásica) con un criterio límite de dimensión de 2.0 y en el Loading de 0.45 de acuerdo con los criterios teóricos que podrían explicar la agrupación de los síntomas, para observar si los síntomas se agrupaban en dimensiones o componentes del constructo depresión.

Se encontró que las preguntas se diferenciaban perfectamente en 6 dimensiones de segundo orden o subdimensiones. La primera, denominada *autoimagen negativa*, estaba

conformada por 4 ítems; la segunda, denominada *ideación suicida*, conformada por 4 ítems; la tercera subdimensión, designada como *pobre imagen social*, constituida por 5 ítems; la cuarta denominada *afecto negativo* conformada por 15 ítems, la quinta subdimensión llamada *desesperanza* conformada por 3 ítems; y la sexta dimensión estaba conformada por 8 ítems denominada *evitación* (Tabla 7).

Tabla 7. Componentes o factores contenidos en el Cuestionario de Depresión en Hombres.

Dimensiones	Denominación	Ítems	Media	DT	Confiabilidad
1	Autoimagen negativa	40, 23, 10, 32	6.52	2.92	0.85
2	Ideación Suicida	36, 37, 19, 39	5.77	2.98	0.93
3	Pobre Imagen Social	33, 29, 34, 30, 38, 31	10.54	4.05	0.87
4	Afecto negativo	1, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 24, 25, 26	30	9.43	0.94
5	Desesperanza	2, 3, 16	5.09	2.21	0.80
6	Evitación	7, 11, 17, 20, 22, 27, 28, 35	14.25	4.21	0.75

Notas: DT: Desviación típica.

Respecto de los participantes, se puede decir que la totalidad de la muestra contestó los 40 ítems y que sus respuestas expresaban diversos niveles de la variable depresión; se revisaron los datos del funcionamiento de las respuestas dadas por los participantes y se excluyeron 4 debido a que reportaban un OUTFIT mayor a 1.6 y sus datos degradaban la medida. Al revisar los casos excluidos se evidenció que las respuestas fueron constantes en el máximo nivel en todos los casos; el resto de los datos eran productivos y cumplieron con los criterios establecidos de INFIT y OUTFIT (Tabla 8).

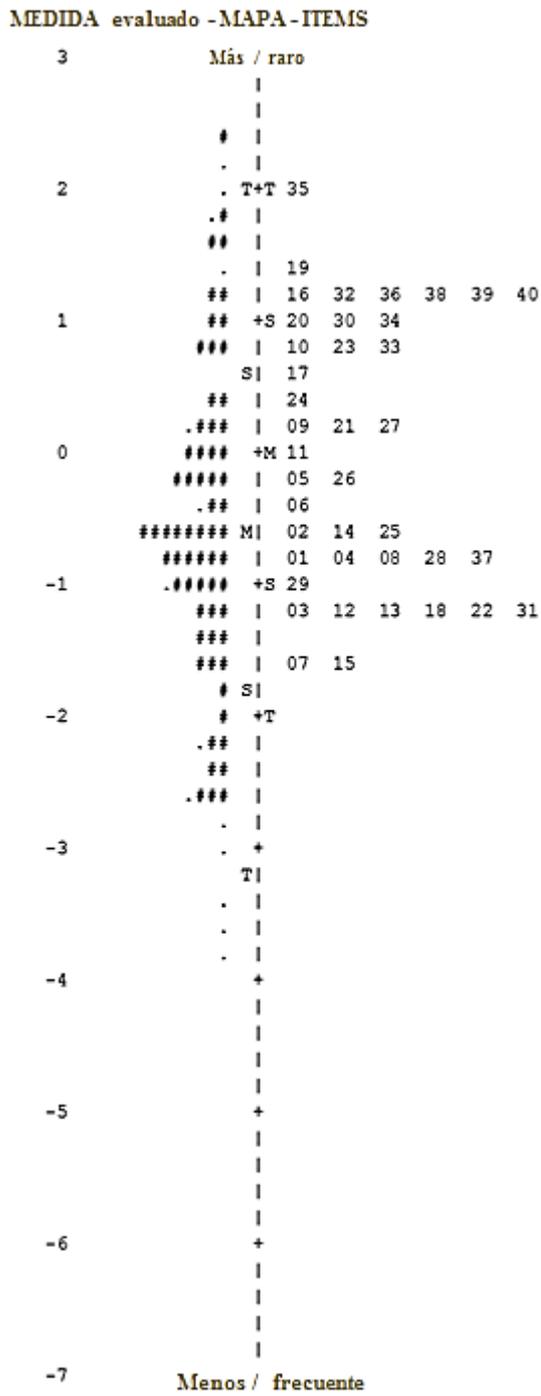
Tabla 8. Funcionamiento de las respuestas dadas por los participantes excluidos en el análisis.

Participante	Media	Puntaje	MNSQ	
			INFIT	OUTFIT
170	0.70	112	2.46	2.54
194	0.84	116	2.10	2.23
196	1.23	126	2.32	2.43
225	-0.89	72	2.08	1.98

Notas: INFIT: Ajuste próximo; OUTFIT: Ajuste lejano; MNSQ: Medios cuadrados mínimos

La distribución en el diagrama de los ítems y los participantes se encontraban entre 3 y -4 logits de forma más o menos paralela, lo que indica que se logró una alta comprensión de los ítems, y alta correspondencia entre los mismos y el grado en el que se presentaba el constructo; es decir, que la relación entre los mismos denota que estos son discriminativos respecto de los puntajes reportados en la prueba (Figura 4).

DEPRESIÓN EN HOMBRES



Notas: Cada participante: #; Cada ítem: 1,...40. Entrada participantes: 226. Entrada ítems: 40  
 Figura 4. Diagrama de distribución de ítems y participantes del CDH.

## 5.2.1.1. Funcionamiento diferencial de los ítems por género

Se llevaron a cabo análisis para detectar funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) respecto del género en la medida total, en primer lugar a través del estadístico ANOVA se comparan las medias de los puntajes estandarizados obtenidos por hombres y mujeres (Tabla 9), y se encontró que no existían diferencia entre los grupos G1 y G2 (grupos no clínicos); con diferencias significativas ( $p \leq 0.05$ ) entre los grupos no clínicos y los clínicos (G3 y G4). También se encontraron diferencias significativas de los puntajes totales del CDH entre los grupos clínicos de hombres y mujeres (G3 y G4). El grupo de hombres deprimidos (G4) alcanzó los promedios más altos en el CDH, pero el grupo de mujeres deprimidas (G3) presentó la mayor variabilidad en las respuestas dadas a dicho cuestionario.

Tabla 9. Comparación de medias del puntaje total obtenidas en el Cuestionario de Depresión en Hombres entre los grupos.

Cuestionario	Grupos Comparados		Media	Diferencia		Welch – 2 colas	
	Grupo	Grupo		DT	T	DIF	P
Cuestionario de Depresión en Hombres	1 (n= 54)	2 (n= 54)	0.33	0.29	1.13	89	0.26
	1 (n= 54)	3 (n= 59)	-1.18	0.28	-4.11	83	0.00
	1 (n= 54)	4 (n= 59)	-1.42	0.20	-7.09	110	0.00
	2 (n= 54)	3 (n= 59)	-1.51	0.35	-4.22	110	0.00
	2 (n= 54)	4 (n= 59)	-1.75	0.29	-5.96	90	0.00
	3 (n= 59)	4 (n= 59)	-0.23	0.28	-0.83	84	0.03

Notas: p: Nivel de significancia menor o igual a 0.05; DT: Desviación típica; DIF : Diferencia; t: t de Student

## 5.2.1.2. Correspondencia entre medidas y niveles de depresión

En el análisis de funcionamiento diferencial de ítems respecto del género se contrastan las posibles diferencias teniendo en cuenta que: a) El valor de la diferencia (Difcontrast) fuera mayor a 0.5, b) que la probabilidad de Rasch Welch sea inferior a

0.5 y c) que la probabilidad Mantel Haenzel fuera inferior a 0.05 (Tabla 10).

Tabla 10. Análisis del funcionamiento diferencial de los ítems respecto del género en hombres deprimidos (n=59) y mujeres deprimidas (n=59).

Participante Grupo	Diferencia de medias	Diferencia measure1	Diferencia del contraste	Rasch Welch			Mantel Haenzel	
				T	d.f	Prob.	Chi	Prob.
3	-1.08	-1.15	0.07	0.23	108	0.81	0.16	0.68
3	-0.60	-0.30	-0.30	-1.10	108	0.27	1.60	0.20
3	-0.97	-1.19	0.21	9.90	108	0.37	0.09	0.76
3	-0.09	0.29	-0.39	-1.58	108	0.11	1.96	0.16
3	-0.44	-0.48	0.41	0.15	108	0.88	0.27	0.59
3	-0.85	-0.81	-0.03	-0.12	108	0.90	1.86	0.17
3	-1.43	-1.53	0.10	0.42	108	0.67	0.24	0.61
3	-0.75	-0.94	0.19	0.70	108	0.48	0.36	0.54
3	-0.22	0.01	-0.22	-0.83	108	0.40	0.20	0.65
3	0.29	0.74	-0.44	-1.74	108	0.08	3.33	0.06
3	0.25	-0.05	0.30	1.00	107	0.32	2.21	0.13
3	-1.19	-0.56	-0.62	-2.59	108	0.01	3.29	0.06
3	0.37	0.19	0.18	0.73	108	0.46	1.07	0.30
3	-0.45	-0.92	0.46	1.67	108	0.09	2.72	0.09
3	-1.65	-1.42	-0.23	-0.79	108	0.43	0.04	0.83
3	9.93	0.84	0.08	0.32	108	0.74	0.06	0.98
3	0.84	0.32	0.52	2.00	107	0.04	2.28	0.13
3	-1.03	-1.20	0.17	0.66	108	0.50	0.53	0.46
3	1.17	1.42	-0.24	-0.87	108	0.38	2.27	0.13
3	0.54	0.86	-0.32	-1.14	108	0.25	0.26	0.60
3	-0.41	0.11	-0.53	-1.87	108	0.06	2.01	0.15
3	1.08	0.20	0.88	3.27	107	0.01	4.96	0.02
3	0.67	0.53	0.13	0.55	108	0.58	0.03	0.08
3	-1.14	-1.14	0.02	0.01	108	0.99	0.08	0.77
3	-0.68	-0.33	-0.34	-1.36	108	0.17	0.09	0.75
3	-0.62	-0.46	-0.16	-0.58	108	0.56	0.52	0.47
3	0.20	0.14	0.06	0.23	108	0.81	0.16	0.68
3	-1.14	-0.81	0.62	2.23	107	0.02	5.55	0.01
3	0.39	0.16	0.22	0.86	108	0.38	0.73	0.39
3	1.05	0.27	0.77	2.88	107	0.04	3.03	0.08
3	-1.03	-1.17	0.14	0.54	108	0.59	0.77	0.37
3	1.01	0.90	0.11	0.42	108	0.67	1.14	0.28
3	0.34	0.70	-0.36	-1.44	108	0.15	0.83	0.36
3	0.76	0.65	0.10	0.40	108	0.69	0.57	0.44
3	1.42	1.35	0.06	0.24	108	0.81	0.10	0.74
3	0.89	1.01	-0.11	-0.43	108	0.67	1.05	0.30
3	-0.83	-0.60	-0.22	-0.95	108	0.34	1.24	0.26
3	0.88	1.27	-0.38	-1.37	108	0.17	1.56	0.21
3	0.81	1.13	-0.32	-1.23	108	.2216	2.82	0.09
3	0.83	1.03	-0.20	-0.75	108	.4521	0.03	0.95

Notas: MNSQ: Mínimos Cuadrados Normados; RSME: Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio; Diferencia de las medidas: Diferencia measure1; Diferencia del contraste: mayor a 0.5; Índice de Rasch Welch; Índice Mantel Haenzel; Prob: probabilidad esperada inferior a 0.05

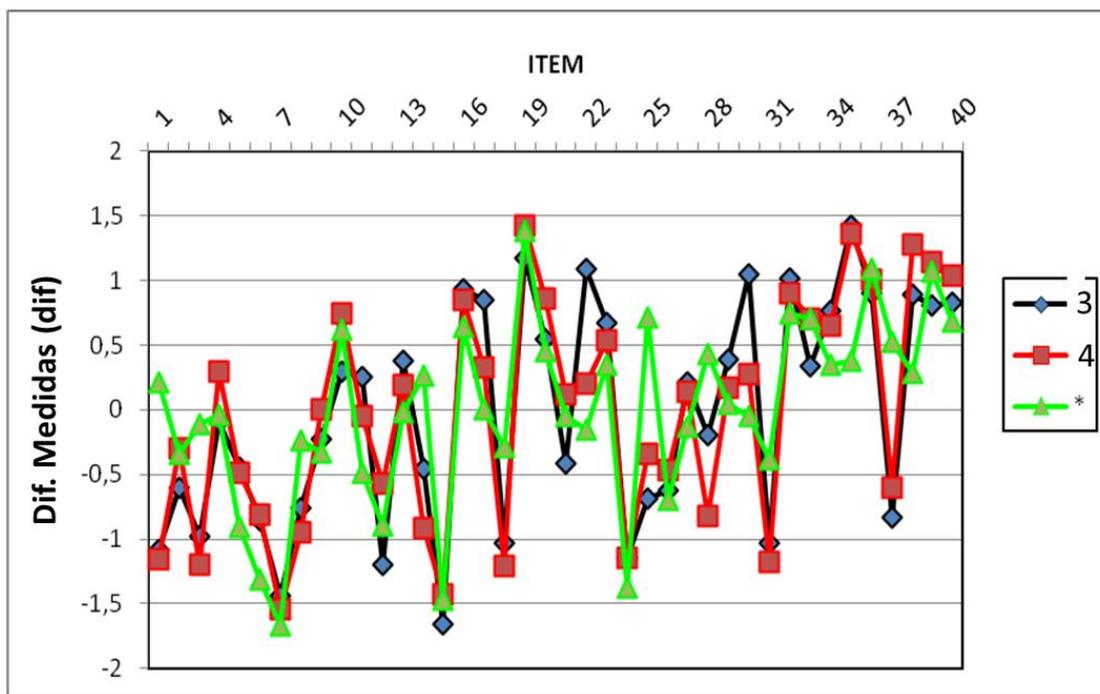
Se encontró que los ítems 12, 17, 28, 30 y 22 tienen una probabilidad distinta de ser respondidos por los grupos G3 y G4, que se expresa en que los ítems 12 y 17 son más

sensibles a mostrar la depresión en mujeres y los ítems 22, 28 y 30 en hombres. Así mismo, al comparar el G1 y el G2 se encuentra que los ítems 11 y 17 tienen diferente probabilidad de ser contestados o son más sensibles para mostrar un nivel alto de depresión (Tabla 11).

Tabla 11. Funcionamiento diferencial ítems respecto a la condición clínica, la severidad de la depresión (depresión mayor) y el género.

Ítem	Enunciado	Discriminativos Depresión			
		Condición clínica	Depresión Mayor	Mujeres	Hombres
11	Cambia muy a menudo de pareja		X		
12	Ha deseado abandonar todo	X		x	
17	Ha buscado experimentar sensaciones extremas aun cuando ponga en riesgo su vida	x	x	x	
22	Busca estar ocupado haciendo actividad física	x			x
28	Consume alcohol hasta embriagarse	x			x
30	Se comporta de tal manera que los demás piensan que parece otra persona	x			x

En la figura 5 se representa el funcionamiento diferencial de los ítems en los grupos de depresión respecto del género, la línea roja nota el funcionamiento de los ítems con el grupo de hombres deprimidos, la línea azul el de las mujeres deprimidas y la línea verde el comportamiento general de los ítems. En esta figura se evidencia que los ítems 2, 4, 9, 12, 16, 19, 20, 21, 24, 27, 29, 32, 37 y 38 se presentan más ajustados a la población masculina deprimida representada con la línea roja, pero las diferencias solo son significativas en los ítems 12, 17, 28, 30 y 22, tal como se observa en la Tabla 10.



Ítem	Mayor ajuste en hombres	p Dif
2. Ha sentido que tiene pocas opciones de realizarse como persona en la vida	x	
4. Se siente vacío	x	
9. Se ha sentido intranquilo especialmente en la mañana	x	
12. Ha deseado abandonar todo	x	x
16. Presiente que su futuro va a ser más malo que bueno	x	
17. Ha buscado experimentar sensaciones extremas aun cuando ponga en riesgo su vida		x
19. Ha pensado en formas para terminar con su vida	x	
20. Se le dificulta tomar decisiones cotidianas	x	
21. Se siente impaciente	x	
22. Busca estar ocupado para no pensar	x	
24. Se ha sentido ansioso especialmente en la mañana	x	x
27. Siente que es mejor evadir dificultades haciendo otras actividades con sus amigos	x	x
28. Consume alcohol hasta embriagarse		x
29. Se siente frustrado	x	
30. Se comporta de tal manera que los demás piensan que parece otra persona		x
32. Usa palabras como incapaz e inútil para definirse	x	
37. Fantasea con dormir y no despertar	x	
38. Le han dicho que es una persona difícil de tratar	x	

Notas: p Dif: Diferencia significativa de las medidas obtenidas por los grupos en cada ítem

Figura 5. Funcionamiento diferencial de los ítems entre hombres (n= 59) y mujeres (n= 59) con depresión.

### 5.2.1.3. Validez de criterio

En el análisis de la validez de criterio se revisa la concordancia del diagnóstico clínico realizado por los profesionales que remitieron los casos y los resultados obtenidos en la entrevista MINI de Depresión realizada por los profesionales que hacían

parte del equipo de investigación, se encontró en la mayor parte de los casos los profesionales remitores solo incluyeron en el registro un diagnóstico general de depresión y que solo en 5 casos se hizo una clasificación más específica del tipo de trastorno (aunque no se usa de forma estricta la clasificación sugerida en el DSM); clasificación que si se realiza a partir de los resultados obtenidos en la entrevista realizada como parte de la investigación (Tabla 12).

Tabla 12. Concordancia del diagnóstico clínico realizado por los profesionales que remitieron los casos y los resultados obtenidos en la entrevista MINI de Depresión.

Variable	Dx profesional remitior		Dx entrevista MINI	
	Hombres f	Mujeres f	Mujeres F	Hombres F
Depresión	56	57	--	--
Depresión bipolar	2	0	0	2
Distimia	0	1	1	--
Depresión mayor	--	1	32	38
Dm con riesgo suicida alto	--	--	16	18
Depresión mayor con intento de suicidio	1	0	0	1
Ansiedad	5	7	--	--

Notas: f: Frecuencia; Dx: Diagnóstico

Para determinar la validez concurrente se analizan la covariación existente entre los puntajes obtenidos por los participantes de todos los grupos en la Entrevista MINI como variable criterial y el Cuestionario de Depresión para Hombres. Para ello se llevaron a cabo análisis correlacionales entre las puntuaciones totales del cuestionario y sus dimensiones y las entrevistas. Se halló una correlación de Pearson de 0.733 con un p menor o igual a 0.001; entre las escalas de riesgo suicida de ambas escalas. Se halló una correlación de Pearson de 0.813 con un  $p \leq 0.001$ ; es decir que se considera significativa y que se confirma que los resultados obtenidos con ambas estrategias evaluativas son similares.

Adicionalmente, se encontraron correlaciones de Pearson significativas entre el

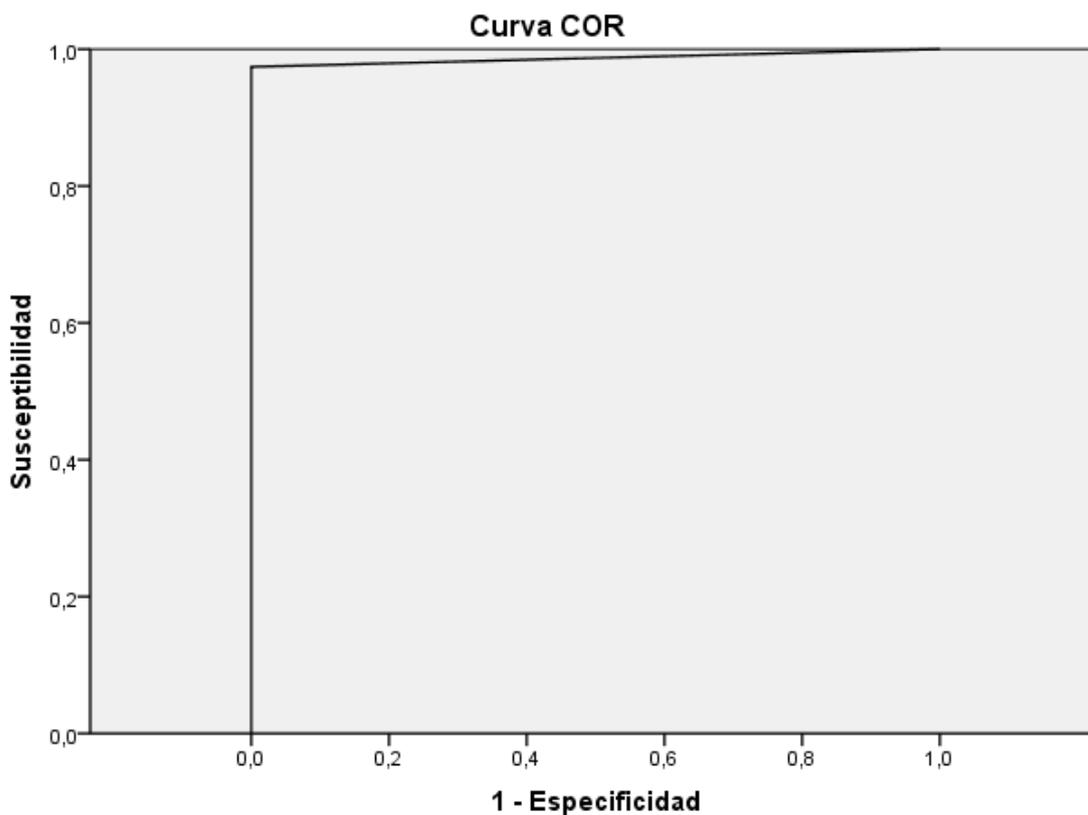
Factor 1 de la Entrevista MINI (*severidad*) y el Factor 2 del CDH (*Ideación suicida*); y entre los Factores del CDH 4 (*Afecto negativo*), 3 (*Pobre imagen social*) y 1 (*Autoimagen negativa*), y el Factor 1 de la Entrevista MINI (*Severidad*). Finalmente se encuentra el mismo tipo de relación con significancia similar entre el Factor 3 de la Entrevista MINI (*Riesgo suicida*) y el Factor 2 del CDH (*Ideación suicida*) (Tabla 13).

Tabla 13. Covariación entre los puntajes totales obtenidos por los hombres deprimidos y las mujeres deprimidas en los factores evaluados con los instrumentos MINI-Depresión y CDH.

n = 118	Factor 1 MINI	Factor 2 MINI	Factor 3 MINI	Factor 1 CDH	Factor 2 CDH	Factor 3 CDH	Factor 4 CDH	Factor 5 CDH	Factor 6 CDH
Factor 1 MINI	1	,783**	,570**	,617**	,620**	,586**	,674**	,558**	,441**
Factor 2 MINI		1	,499**	,733**	,640**	,739**	,753**	,588**	,640**
Factor 3 MINI			1	,615**	,813**	,500**	,529**	,486**	,432**
Factor 1 CDH				1	,802**	,840**	,821**	,785**	,632**
Factor 2 CDH					1	,684**	,717**	,610**	,596**
Factor 3 CDH						1	,783**	,718**	,648**
Factor 4 CDH							1	,741**	,717**
Factor 5 CDH								1	,529**
Factor 6 CDH									1

Notas: \* Correlación significativa con un nivel de 0.01; Factor 1 CDH: Autoimagen negativa; Factor 1 MINI: Severidad de la depresión actual; Factor 2 CDH: Ideación suicida; Factor 2 MINI: Distimia; Factor 3 CDH: Pobre imagen social; Factor 3 MINI: Ideación suicida; Factor 4 CDH: Afecto negativo; Factor 5 CDH: Desesperanza; Factor 6 CDH: Evitación

En la Curva COR presentada en la figura 6, que representa la sensibilidad/especificidad en un sistema de clasificación binario, se observa que el modelo es posiblemente optimo, ya que el CDH tiene un nivel de sensibilidad (verdaderos positivos VPR) y especificidad (falsos positivos FPR) cercano al de la Entrevista MINI de Depresión considerada hasta ahora la medida de oro. El CDH tiene un buen nivel de eficacia tanto en la detección de casos positivos como en la detección de casos negativos. Y los casos no detectados adecuadamente eran de mujeres. El área bajo la curva de rendimiento diagnóstico (COR) indica el porcentaje de especificidad de 0.98% que se acerca a 1 considerado el valor diagnóstico perfecto, es decir que se busca usar pruebas diagnósticas que tengan mayor valor en el área descrita bajo la curva, puntajes superiores a 0.97 son considerados excelentes.



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Verdaderos positivos 116	Falsos positivos 0
Falsos negativos 0	Verdaderos negativos 110
Área bajo la curva 0.98	

Figura 6. Curva de rendimiento diagnóstico: Sensibilidad y especificidad ROC del CDH con respecto a la medida de oro MINI de depresión.

En la figura 7 se evidencia que los participantes tienen resultados similares en ambas pruebas, y que la inclinación de la pendiente no es pronunciada y las ubicaciones de los participantes pueden ser representadas usando una línea recta, aunque se evidenció la existencia de casos atípicos que habían sido previamente detectados.

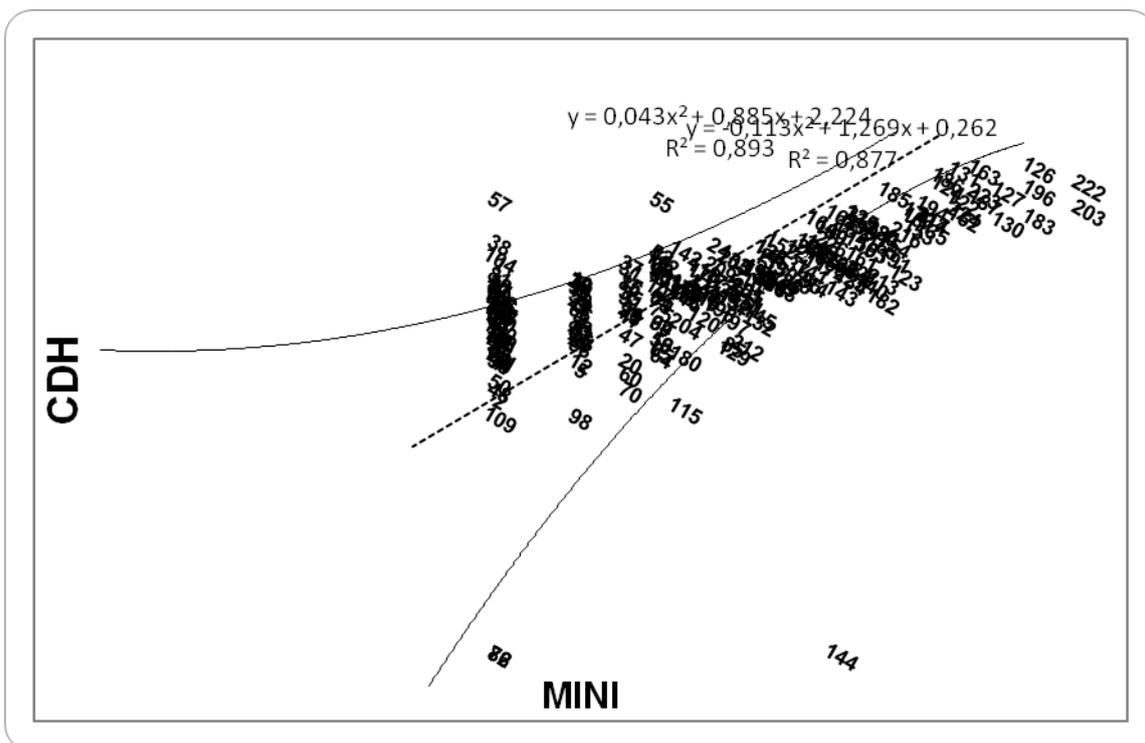


Figura 7. Covariación de los puntajes obtenidos en el MINI y el CDH

Al comparar la clasificación acerca de la severidad de la depresión obtenida a través de la Entrevista MINI-Depresión y el CDH, se encontraron algunos casos de no concordancia estricta especialmente en la identificación de casos de depresión más graves tanto en hombres como en mujeres (Tabla 14).

Tabla 14. Frecuencias del nivel de depresión identificado con los instrumentos CDH y la Entrevista MINI de Depresión

Participantes	Sexo/n	Frecuencias Nivel de Depresión					
		Leve		Moderada		Grave	
		CDH	MINI	CDH	MINI	CDH	MINI
Clínicos	Mujeres (59)	19	22	12	10	6	22
	Hombres (59)	25	21	19	17	15	21

#### 5.2.1.4. Calificación

Se consideró la necesidad de ajustar las condiciones de calificación del CDH, y se plantea que en una escala tradicional de 0 a 140, en la que se toman como extremos la calificación mínima posible a obtener en el cuestionario en caso de que la persona no presente sintoma alguno de depresión y máxima posible en caso de que la persona conteste de forma positiva ante todos los síntomas y en la mayor medida de frecuencia. Como punto central y equidistante de los extremos se definió la media en el puntaje 70 y se calculó la desviación típica de 20, todas obtenidas por el grupo base de la validación del cuestionario, la fórmula para calificación de los puntajes es:

$$\begin{aligned} \text{Medida ítem 1} + \text{medida ítem 2} + \dots + \text{medida ítem 40} &= \text{Puntaje total} \\ \text{Medida ítem a} + \text{medida ítem b} + \dots + \text{medida ítem n} &= \text{Puntaje factor} \end{aligned}$$

En la figura 8 la línea roja nota las calificaciones totales obtenidas en el CDH por el grupo de hombres no clínicos (G1), la línea azul el de las mujeres no clínicas (G2), la línea verde el de los hombres deprimidos (G4) y la morada la de mujeres deprimidas (G3); por tanto se estableció que aproximadamente en un punto clínico de corte de 70; y se definió que puntajes entre 70 y 99 indicaban la existencia de depresión leve (subclínica/en recuperación), entre 100 y 119 de depresión moderada, de 120 hacia arriba depresión severa.

Además se definió que la calificación de cada dimensión se obtiene sumando los puntajes alcanzados en cada uno de los ítems que la componen, y se interpretan de forma independiente así:

En la dimensión de *autoimagen negativa*, la escala va de 0 a 16, puntuaciones hasta 6 indican baja autoimagen negativa, entre 7 y 9 un nivel medio de autoimagen negativa

y de 10 o más un alto nivel de autovaloración negativa.

En *ideación suicida*, la escala va de 0 a 16 puntuaciones hasta 6 indican baja ideación suicida, entre 7 y 9 un nivel medio de ideación suicida; y de 10 o más un alto nivel de ideación suicida.

En *pobre imagen social*, la escala va de 0 a 24 puntuaciones hasta 6 indican bajo nivel de pobre imagen social, entre 7 y 11 un nivel medio de pobre imagen social; y de 12 o más un alto nivel de pobre imagen social.

En *afecto negativo*, la escala va de 0 a 60 puntuaciones hasta 20 indican bajo afecto negativo, entre 21 y 30 un nivel medio de afecto negativo; y de 31 o más un alto afecto negativo.

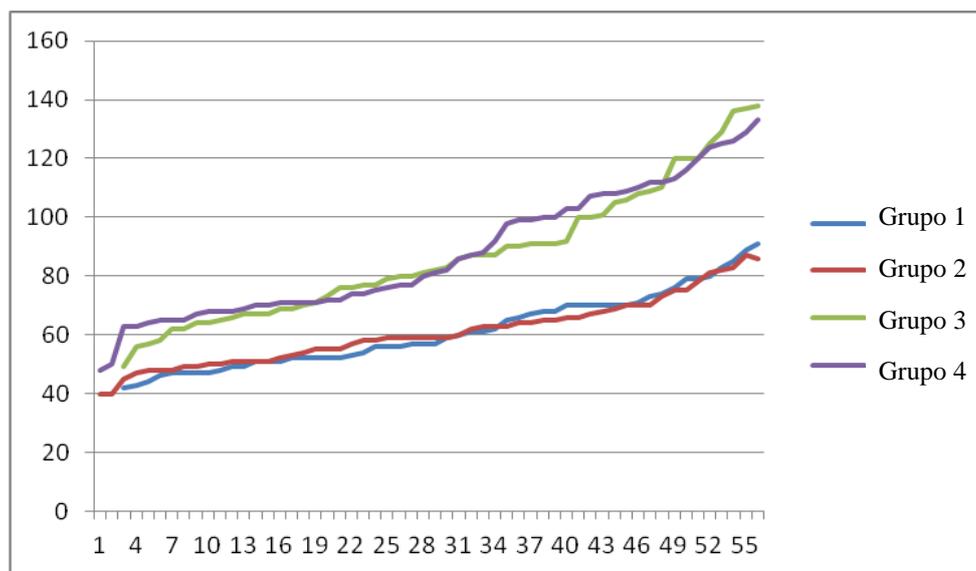
En *desesperanza*, la escala va de 0 a 12 puntuaciones hasta 4 indican baja desesperanza, entre 5 y 7 un nivel medio de desesperanza; y de 8 o más alta desesperanza.

En *evitación*, la escala va de 0 a 32 puntuaciones hasta 13 indican baja desesperanza, entre 14 y 18 un nivel medio de evitación; y de 19 o más alta evitación.

Para confirmar si el criterio estadístico antes descrito era concordante con el criterio clínico, se llevó a cabo un proceso de selección clínico. En una reunión de discusión para analizar y discutir el punto de corte, se les presentó al grupo de expertos 5 expertos en depresión (2 Psiquiatras y 3 Psicólogos con estudios de doctorado) un resumen de los casos que hacían parte de los grupos clínicos (síntomas generales y el diagnóstico previo hecho por el profesional a cargo del caso) y un resumen general de las condiciones de los grupos no clínicos; de ambos grupos se presentaron las calificaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión en Hombres y de la entrevista MINI-Depresión.

Con base en la información presentada, cada profesional de manera independiente

propuso un punto de corte y justificó su postura ante el grupo; los puntos de corte presentados fueron discutidos, y finalmente se definió en consenso que el punto clínico debería estar por encima de 70, y se reconfirmar los puntos de corte para cada una de las dimensiones (Figura 8).



Notas: Grupo1: Hombres no clínicos (n = 54); Grupo 3: Mujeres Deprimidas (n = 59);  
Grupo 2: Mujeres no clínicas (n = 54); Grupo 4: Hombres Deprimidos (n = 59)

Figura 8. Representación de la curva de calificaciones tomada para definir el punto de corte de clasificación de depresión

### 5.2.2. Comparación de los síntomas DSM y los síntomas incluidos en el CDH

Se estableció un paralelo entre los síntomas identificados como propios de la expresión de depresión en hombres a través del CDH (retomados de la lista de síntomas resultante de la revisión de estudios previos y descritos a partir de ellos) y los definidos en el sistema DSM-IV-TR, tomando como base los resultados obtenidos en los análisis de funcionamiento de los ítems, ya que cada uno de ellos representa una forma de expresión o signo de un síntoma general.

Para la comparación se tuvieron en cuenta los síntomas descritos en el DSM-IV-TR tanto para el episodio depresivo mayor como para distimia. Se identificó que el *reducido autodominio, pesimismo y desesperanza, sentimientos de inadecuación, eficacia general disminuida*, considerados síntomas de depresión en hombres, en el sistema DSM solo son incluidos entre los criterios diagnósticos específicos de distimia (Tabla 15).

Tabla 15. Paralelo entre síntomas de depresión en hombres incluidos en el CDH y sus dimensiones, y los síntomas de depresión incluidos en el DSM-IV-TR (2001).

Síntomas Masculinos	Descripción síntomas masculinos	Síntomas DSM (APA, 2002)
<b>Afecto negativo</b>	<b>Cólera crónica, alta hostilidad y agresividad, irritabilidad creciente y cambios bruscos en el estado de ánimo. Impaciencia</b> No expresión de quejas asociadas a la tristeza, más bien una constante sensación de estar vacío	Para distimia: Irritabilidad excesiva e ira desmedida.
<b>Ideación suicida y conductas autolesivas</b>	<b>Como abuso de drogas</b> <b>Depresión Mayor: Promiscuidad y exposición voluntaria al riesgo</b> <b>Ideación suicida</b>	Ideación suicida para depresión mayor
<b>Evitación (evitación cognitiva, emocional y conductual)</b>	<b>Como exceso de trabajo y actividad en general; exceso en actividades de alta excitación, fatiga, desinterés, negación del problema, fantasías de muerte, distanciamiento emocional social e intentos suicidas en casos agudos.</b> <b>Deseo de abandonarlo todo.</b>	Para distimia: aislamiento social, disminución de la actividad y la productividad.
<b>Autoimagen negativa</b>	<b>Baja autoeficacia expresada en sensación permanente de inutilidad, menosprecio, devaluación personal, alta autocrítica, sensación de ser visto por otros en proceso de deterioro, sensación de desamparo, desesperación, y dificultad para resolver problemas.</b>	Para depresión mayor: Sentimientos de minusvaloración  Para distimia: Sentimientos de inadecuación, eficacia general disminuida.  Síntomas recurrentes de tristeza y estado de ánimo deprimido Para distimia: Culpa o de repaso del pasado
<b>Desesperanza</b>	<b>Pensamientos negativos acerca del futuro, de las posibilidades de realizarse como personas y frustración</b>	Para distimia: Pesimismo o desesperanza  Depresión mayor: Pérdida de interés o placer por actividades que antes solía disfrutar Pérdida de peso Pérdida o aumento del apetito Insomnio o hipersomnias Agitación o enlentecimiento Para distimia: Malestar clínicamente significativo o deterioro funcional Problemas de concentración o indecisión.
<b>Pobre imagen social</b>	<b>Problemas en el intercambio social</b>	Aislamiento social

Sin que se especifique la frustración y la impaciencia como una señal específica importante de depresión, aunque en los hombres deprimidos ambos son evidentemente clínicos; adicionalmente en el DSM solo se incluye la *ideación suicida* como tipo de conducta autolesiva, y se evidencia en los análisis correspondientes a los reportes de depresión en hombres antes presentados la existencia de otras conductas autolesivas como *abuso de drogas, promiscuidad y exposición voluntaria al riesgo* (Tabla 15).

Además en el DSM se incluye la tristeza como un criterio diagnóstico de depresión y los hombres no expresan tristeza de forma directa, sino que describen la presencia de una sensación permanente de estar vacíos; así mismo aislamiento social y disminución de la actividad y la productividad son síntomas considerados en el DSM, que por el contrario en los hombres es expresado como incremento del intercambio social emocionalmente superficial, exceso de trabajo y actividad en general, y realización de actividades de alta excitación, que se agrupan como incremento de conductas evitativas.

En la distimia se incluye malestar clínicamente significativo o deterioro funcional general, pero para los hombres se expresa como sensación de intranquilidad o ansiedad matutina específicas. Dos síntomas identificados exclusivamente en la lista para Hombres son los cambios bruscos y extremos en el comportamiento y problemas en el intercambio social (Tabla 15).

### 5.2.3. Versión final del CDH

Una vez analizados los resultados que mostraron la necesidad de modificar los ítems 7, 22, 25 y 28 que presentaban problemas de funcionamiento y redacción, de definir que existe un comportamiento unidimensional en la prueba que denota la

existencia de un constructo global (depresión) y la existencia de 6 dimensiones/factores que lo componen (*Autoimagen negativa, ideación suicida, pobre imagen social, afecto negativo, desesperanza y evitación*); se decidió la versión final de los ítems incluidos en el Cuestionario de Depresión en Hombres (Tabla 16) que fue utilizada en el segundo estudio, se presenta a continuación:

Tabla 16. Ítems incluidos en la versión final del CDH.

AFIRMACIÓN
1. Se siente agotado
2. Ha sentido que tiene pocas opciones de realizarse como persona en la vida
3. No imagina cómo será su vida dentro de 10 años
4. Se siente vacío
5. Tiene dificultad para controlar sus emociones
6. Se siente inquieto
7. Tiene problemas para dormir bien
8. Se siente irritable
9. Se ha sentido intranquilo especialmente en la mañana
10. Ha sentido pesar de sí mismo
11. Ha tenido relaciones de pareja paralelas
12. Ha deseado abandonar todo
13. Se siente insatisfecho con lo que ha hecho de su vida
14. Reacciona agresivo ante situaciones normales
15. Se siente estresado
16. Presiente que su futuro va a ser más malo que bueno
17. Ha buscado experimentar sensaciones extremas aun cuando ponga en riesgo su vida
18. Se siente cansado sin razón
19. Ha pensado en formas para terminar con su vida
20. Se le dificulta tomar decisiones cotidianas
21. Se siente impaciente
22. Busca estar ocupado para no pensar
23. Ha pensado que los demás estarían mejor sin usted
24. Se ha sentido ansioso especialmente en la mañana
25. Siente que no sirve para nada
26. Ha tenido cambios bruscos en su estado de ánimo
27. Siente que es mejor evadir dificultades haciendo otras actividades con sus amigos
28. Consume alcohol hasta embriagarse
29. Se siente frustrado
30. Se comporta de tal manera que los demás piensan que parece otra persona
31. Ha sentido que otros lo ven como apagado
32. Usa palabras cómo incapaz e inútil para definirse
33. Ha sentido que otros lo ven como pesimista
34. Siente insatisfacción con lo que hace
35. Se queja para conmovir a otros y obtener apoyo
36. Ha deseado terminar con su vida para no sufrir más
37. Fantasea con dormir y no despertar
38. Le han dicho que es una persona difícil de tratar
39. Ha deseado morir para solucionar sus problemas
40. Suele demeritar lo que hace

La calificación total del CDH se obtiene sumando el valor de cada ítem, y la

puntuación para cada una de las seis dimensiones se obtiene sumando los ítems que las integran, y ofrecen un perfil general de quien responde el cuestionario. Se interpreta de acuerdo con los rangos de puntuación descritos en la tabla 17, cuyas condiciones de definición fueron descritas previamente. En el caso de los puntajes límite clínicos, y teniendo en cuenta que la muestra clínica tomada como base para definirlos ya se encontraban en recuperación inducida por la asistencia a terapia.

Tabla 17. Condiciones de interpretación del CDH y de las seis dimensiones que lo componen.

<b>Factor</b>	<b>Puntajes</b>	<b>Interpretación</b>
Depresión	1 a 49	Ausencia de síntomas depresivos
	50 a 69	Depresión subclínica
	70 a 99	Depresión leve
	100 a 119	Depresión moderada
	120 o más	Depresión severa.
<b>Dimensiones</b>		
Autoimagen negativa	1 a 6	Baja autoimagen negativa
	7 a 9	Nivel medio
	10 o más	Alto nivel.
Ideación suicida	1 a 6	Ideas de muerte
	7 a 9	Ideación suicida
	10 o más	Alta ideación suicida
Pobre imagen social	1 a 6	Bajo nivel
	7 a 11	Nivel medio
	12 o más	Alto nivel
Afecto negativo	1 a 20	Bajo nivel
	21 a 30	Nivel medio
	31 o más	Nivel alto
Desesperanza	1 a 4	Bajo nivel
	5 a 7	Nivel medio
	8 o más	Nivel alto
Evitación	1 a 13	Bajo nivel
	14 a 18	Nivel medio
	19 o más	Nivel alto

#### 5.2.4. Características clínicas de la depresión en hombres

En general hombres y mujeres deprimidos expresaban los síntomas de depresión considerados masculinos, aunque en todos los casos esto ocurría en mayor medida en los hombres; se observa que incluso en los puntajes inferiores obtenidos por los hombres son mayores que en los obtenidos por las mujeres. Excepto en la *ideación*

*suicida* medida a través del CDH en la que las mujeres mostraron una calificación media más alta, pero no en el *riesgo suicida* evaluado desde el MINI en el que la media en los hombres fue más alta (Tabla 18).

Tabla 18. Análisis comparativos calificación de los factores en grupos clínicos y no clínicos, y entre hombres y mujeres deprimidos.

	No Clínicos (n = 108)				Clínicos (118)			
	Mín.	Máx	X	DT	Mín	Máx	X	DT
CDH Total	0	120	60.34	16.06	42	133	71.33	22.88
<i>Factor 1. Autoimagen negativa</i>	0	12	5.38	1.89	4	15	6.38	2.82
<i>Factor 2. Ideación suicida</i>	0	12	4.60	1.53	4	16	5.59	2.80
<i>Factor 3. Pobre imagen social</i>	0	18	8.72	2.94	6	22	10.34	4.03
<i>Factor 4. Afecto negativo</i>	0	45	24.88	6.70	15	55	29.35	9.47
<i>Factor 5. Desesperanza</i>	0	9	4.21	1.51	3	11	5.13	2.09
<i>Factor 6. Evitación</i>	0	24	12.54	3.68	0	26	15.78	4.27
<i>Entrevista MINI – Depresión</i>	0	0	0	0	2	31	6.39	3.50
<i>Factor 1: Severidad depresión actual</i>	0	0	0	0	2	12	4.06	2.87
<i>Factor 2: Distimia</i>	0	0	0	0	2	19	6.79	5.25
<i>Factor 4: Riesgo suicida</i>	0	0	0	0	0	5	1.22	0.45
	Mujeres Deprimidas (n = 59)				Hombres Deprimidos (n = 59)			
	Mín.	Máx	X	DT	Mín.	Máx	X	DT
CDH Total	0	138	83.41	25.40	48	133	85.85	133
<i>Factor 1. Autoimagen negativa</i>	0	15	1.09	1.61	4	15	1.14	1.68
<i>Factor 2. Ideación suicida</i>	0	16	7.07	3.80	4	16	6.83	3.40
<i>Factor 3. Pobre imagen social</i>	0	22	12.04	4.27	6	22	12.64	4.15
<i>Factor 4. Afecto negativo</i>	0	58	35.67	10.08	19	55	35.83	8.65
<i>Factor 5. Desesperanza</i>	0	12	5.87	2.61	3	11	6.15	2.36
<i>Factor 6. Evitación</i>	0	26	15.13	4	9	26	16.71	3.92
<i>Entrevista MINI – Depresión</i>	5	31	15.64	7.70	5	31	16.17	7.81
<i>Factor 1: Severidad depresión actual</i>	3	12	6.94	2.83	2	12	7.20	2.77
<i>Factor 2: Distimia</i>	4	19	11.58	4.40	4	19	12.05	4.55
<i>Factor 4: Riesgo suicida</i>		5	1.09	1.61	0	5	1.14	1.68

Notas: Mín: Puntaje mínimo obtenido; Max: Puntaje máximo obtenido; X: Media; DT: Desviación típica

Al comparar las medias de los puntajes obtenidos en las medidas usadas para evaluar depresión se encontró que aunque los puntajes de los hombres tendían a ser mayores y presentaban menor dispersión en todos los casos no existían diferencias en las medias estadísticamente significativas excepto en el factor *evitación* que era significativamente más alto en hombres (p menor o igual a 0.05) (Tabla 19).

Tabla 19. Comparación de medias de Depresión y los Factores de la Entrevista MINI y los del CDH.

Variable	Media cuadrática	F	P
CDH Total	167.86	0.29	0.588
<i>Factor 1. Autoimagen negativa</i>	0.66	0.006	0.939
<i>Factor 2. Ideación suicida</i>	1.67	0.13	0.720
<i>Factor 3. Empobrecimiento imagen social</i>	10.38	0.58	0.445
<i>Factor 4. Afecto negativo</i>	0.76	0.009	0.926
<i>Factor 5. Pesimismo</i>	2.24	0.39	0.548
<i>Factor 6. Evitación</i>	70.58	4.49	0.036
Entrevista MINI – Depresión	7.78	0.13	0.722
<i>Factor 1: Severidad depresión actual</i>	1.89	0.24	0.624
<i>Factor 2: Distimia</i>	6.06	0.24	0.584
<i>Factor 3: Riesgo suicida</i>	0.05	0.006	0.939

Notas: p: Nivel de significancia menor o igual a 0.05; F: Estadístico del ANOVA

Teniendo en cuenta que las desviaciones estándar en la mayor parte de las medidas eran altas y que esto indica que la media no representaba exactamente los puntajes de cada participante, se analizó a través de las representaciones gráficas el comportamiento de cada participante comparando los puntajes totales obtenidos en el Cuestionario de Depresión en Hombres y la Entrevista MINI de Depresión.

En la Figura 9 (línea roja representa a los hombres deprimidos y línea azul a las mujeres deprimidas), se evidencia de forma más clara la tendencia permanente de los hombres a puntuar más alto en todos los casos y en ambos instrumentos.

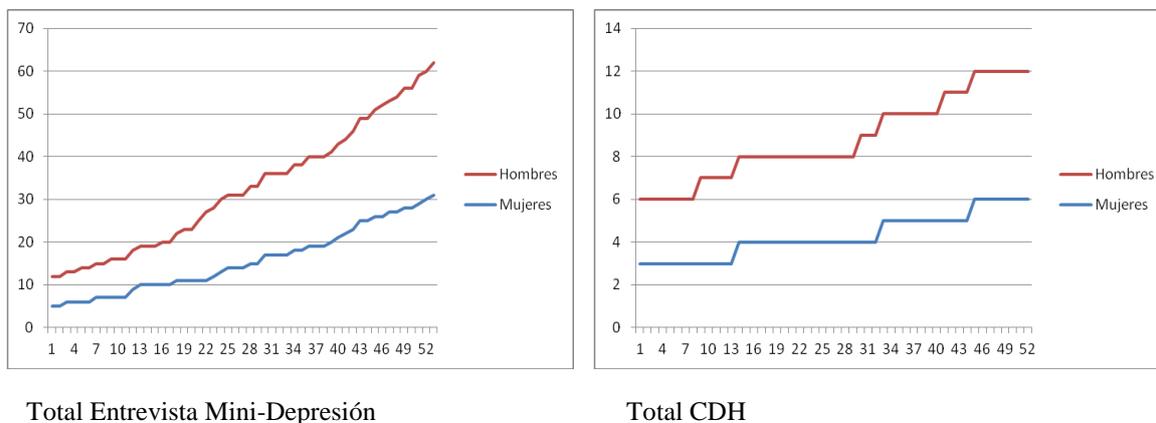


Figura 9. Comparación de los puntajes totales obtenidos por los participantes hombres y mujeres con depresión en el Cuestionario CDH y la Entrevista MINI-Depresión.

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

De la misma forma, se representaron gráficamente cada uno de los puntajes obtenidos en los factores de la Entrevista MINI-Depresión y se evidenció de nuevo que los hombres expresaban mayor severidad de la depresión actual, mayores puntajes de *distimia* y más alto *riesgo suicida* (Figura 10, línea roja representa a los hombres deprimidos y línea azul a las mujeres deprimidas)

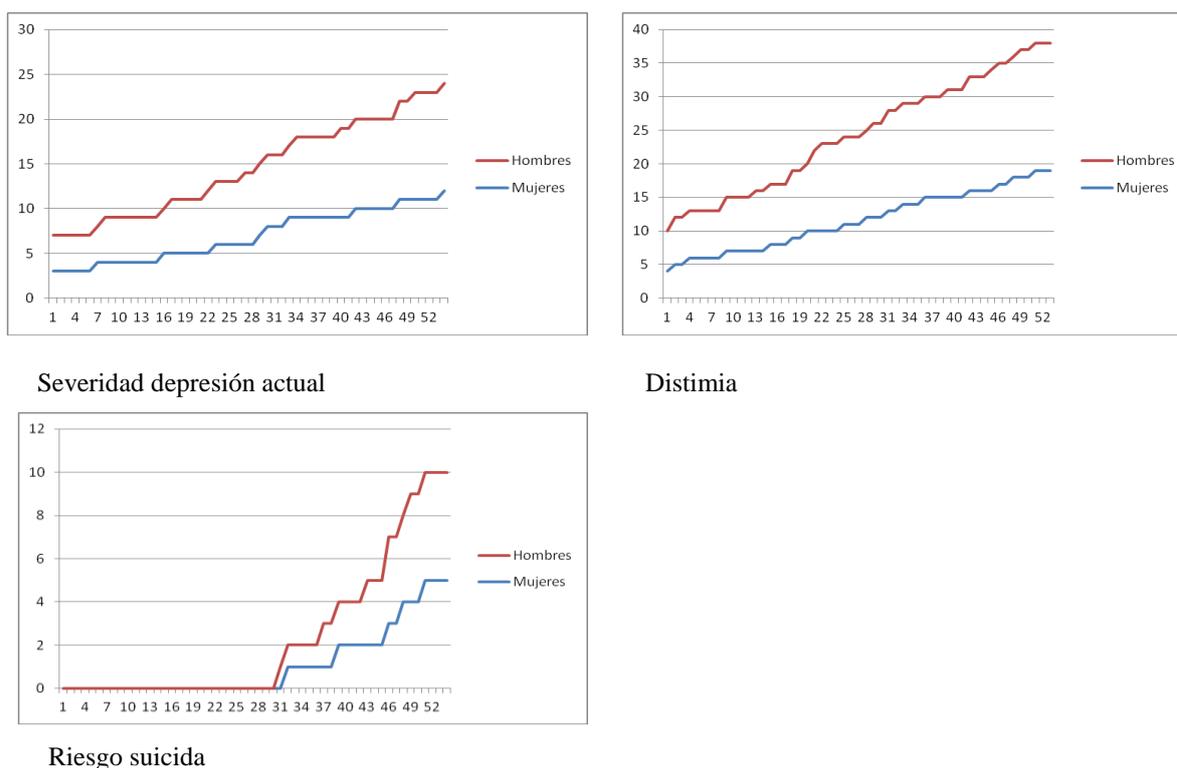


Figura 10. Comparación de puntajes obtenidos por hombres y mujeres con depresión en los factores de la Entrevista MINI-Depresión: *Severidad, distimia y riesgo suicida*.

Finalmente, se representaron gráficamente cada uno de los puntajes obtenidos en los factores de Cuestionario de Depresión en Hombres y se evidenció de nuevo que los hombres mostraban más alta *autoimagen negativa, ideación suicida, pobre imagen social, afecto negativo, desesperanza y evitación* (Figura 11, línea roja representa a los hombres deprimidos y línea azul a las mujeres deprimidas).

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

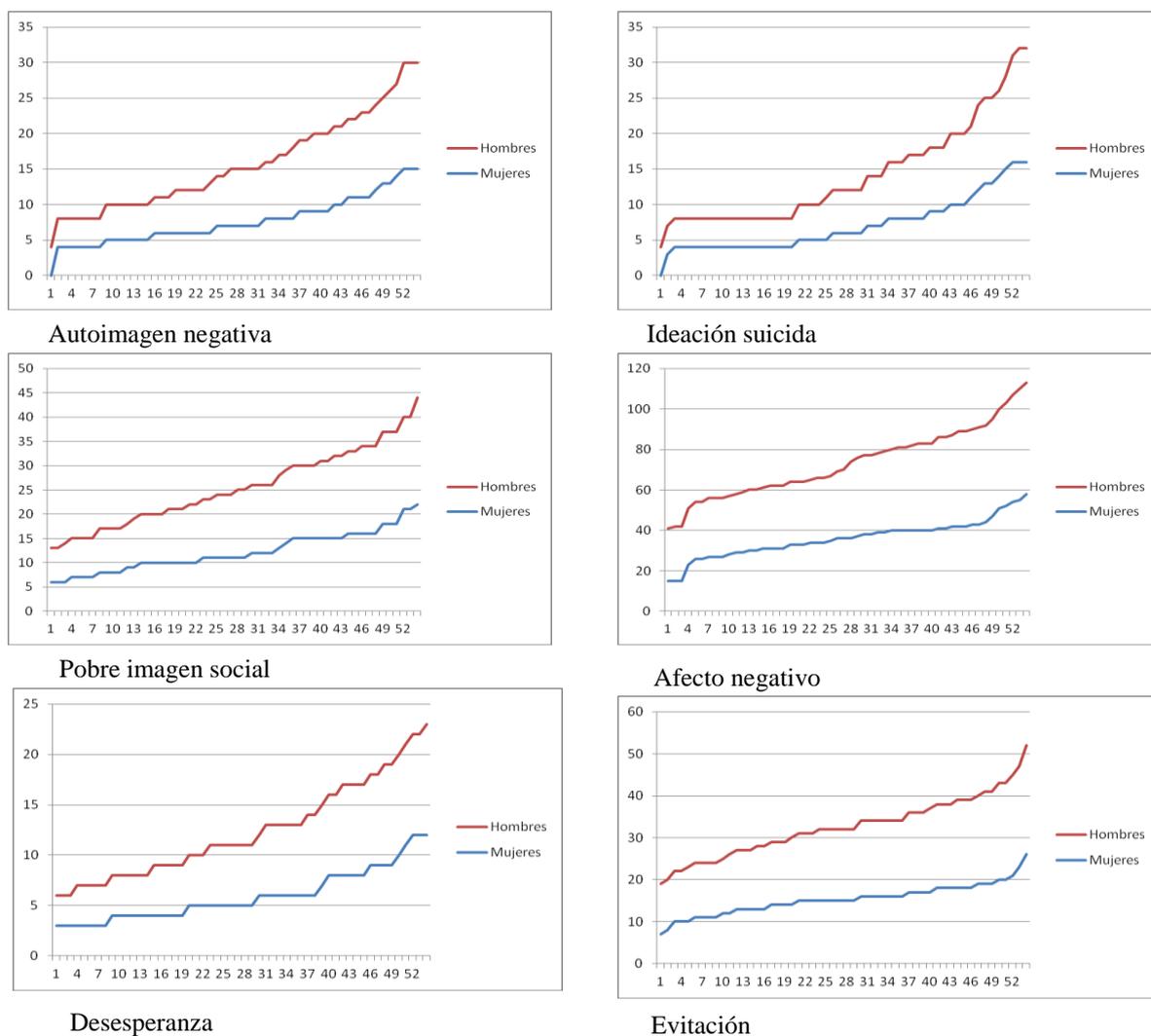


Figura 11. Comparación de puntajes obtenidos por los hombres y mujeres con depresión en las dimensiones del CDH: *Autoimagen negativa*, *ideación suicida*, *pobre imagen social*, *afecto negativo*, *desesperanza* y *evitación*.

### 5.2.5. Factores asociados a la depresión en hombres

Los grupos no clínicos (G1 y G2) reportaron medias más altas que ambos grupos clínicos (G3 y G4) en el puntaje de *funcionamiento familiar* evaluado con el APGAR, al tiempo que medias más bajas en los puntajes de *disfunción familiar*; pero a la vez exhibieron puntuaciones medias más bajas en los puntajes de *sopORTE familiar* percibido

(Tabla 20).

Tabla 20. Condiciones familiares en los cuatro grupos de estudio

	Población No Clínica (n=108)				Población Clínica (n=118)			
	Hombres (n=54)		Mujeres(n=54)		Mujeres(n=59)		Hombres(n=59)	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
APGAR familiar	0.92	2.06	1.52	1.3	0.38	2.52	0.67	2.28
<i>Disfunción</i>	1.27	1.45	0.94	1.13	1.70	1.90	1.89	1.66
<i>Soprote</i>	2.20	0.97	2.47	0.83	2.09	1.05	1.96	1.06
	1.20	1.67	0.42	0.89	1.53	1.70	2.05	2.10

Notas: X: Media; DT: Desviación típica; n: Tamaño de la muestra

Se evidenció mayor proporción de *consumo de sustancias psicoactivas* en los grupos de personas diagnosticadas con depresión (G3 y G4) que en los grupos sin depresión (G1 y G2), con mayor proporción en el *uso de energizantes* (X= 41) y alcohol (32%) en hombres deprimidos; y con proporciones más altas en el uso de *pastillas para dormir* (27%) y *cigarrillos* (25%) en mujeres deprimidas. Así mismo, los grupos de hombres y mujeres deprimidos (G3 y G4) reportaron en mayor proporción que habían tenido *problemas asociados al consumo de alcohol*, pero fue el grupo de hombres deprimidos (G4) el que reportó las proporciones más altas de *accidentes de tránsito* (14%), *problemas académicos* (11%), *peleas callejeras* (10%), *problemas familiares* (8%), *infidelidad* (5%), *problemas legales* (2%), y solo en los *problemas laborales* presentan la misma proporción que las mujeres (1%) (Tabla 21).

Los grupos de mujeres y hombres deprimidos (G3 y G4) reportaron con más frecuencia que los grupos no clínicos (G1 y G2) que su *salud* era regular o mala; pero comparativamente entre los grupos clínicos las mujeres deprimidas reportaron con mayor frecuencia que los hombres que su salud era regular (30%). Respecto a los *antecedentes familiares de salud mental*, los grupos clínicos no presentaron frecuencias más altas de *antecedentes familiares de suicidio* que los grupos no clínicos, más bien

fue el grupo de mujeres no clínicas el que reportó mayor proporción de suicidios en la familia (12%). Respecto del *dolor*, se retoma la media del puntaje obtenido por el número de dolores reportados y se evidenció que los grupos clínicos reportaron medias más altas de dolor que los grupos no deprimidos (Tabla 22).

Tabla. 21. *Consumo de drogas y problemas asociados al consumo de alcohol* en los cuatro grupos de estudio.

Variables	Población No Clínica (n=108)				Población Clínica (n=118)			
	Hombres (n=54)		Mujeres(n=54)		Mujeres(n=59)		Hombres(n=59)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Uso de drogas								
<i>Fuma</i>	5	9.2	3	5.5	12	20.3	11	18.6
<i>Bebe</i>	14	25.9	5	9.2	10	16.9	24	40.6
<i>Pastillas dormir</i>	1	1.8	1	1.8	13	22	6	10.1
<i>Relajantes</i>	1	1.8	1	1.8	2	5	3	5
<i>Energizantes</i>	8	14.8	4	7.4	11	18.6	30	50.8
Prob. asociados consumo alcohol								
Familiares	3	5.5	3	5.5	6	10.1	9	15.2
Accidentes de Tránsito	2	3.7	2	3.7	5	8.4	15	25.4
Legales	3	5.5	0	0	1	1.6	2	5
Académicos	1	1.8	0	0	5	8.4	12	20.3
Laborales	0	0	0	0	1	1.6	1	1.6
Peleas callejeras	7	11.8	0	0	4	6.7	11	18.6
Infidelidad	2	3.7	0	0	3	5	6	10.1

Notas: n: Tamaño de la muestra; f: Frecuencia; %: Porcentaje

En los grupos de hombres (G1 y G4) se presentaron proporciones iguales en el reporte de *antecedentes familiares de enfermedad mental* (29%), pero las mujeres deprimidas (G3) presentaban la mayor proporción entre todos los grupos de diagnóstico de *antecedentes familiares de enfermedad mental* (26%) y específicamente de *antecedentes familiares de depresión* (31%); aunque la cuarta parte de los hombres deprimidos reportó *antecedentes familiares de depresión* (25%) (Tabla 22).

Los grupos clínicos mostraban mayor *historia familiar de comportamiento violento*, de *comportamiento arriesgado* y de *problemas con la ley* que los grupos no clínicos; pero fue el grupo de hombres deprimidos el que en todos los casos reportó las

proporciones más altas de historia familiar de comportamiento violento (23%), de comportamiento arriesgado (12%) y de problemas con la ley (8%) (Tabla 22).

Tabla. 22. Condiciones de salud física percibidas, antecedentes de salud mental en familiares, incapacidades médicas en el último año, diagnósticos de enfermedad física, dolor reportado y actividad física en los cuatro grupos de estudio.

	Población No Clínica (n=108)				Población Clínica (n=118)			
	Hombres (n=54)		Mujeres (n=54)		Mujeres (n=59)		Hombres (n=59)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Salud percibida								
<i>Excelente</i>	19	35.1	11	20.3	7	11.8	13	32.2
<i>Buena</i>	31	57.4	47	87	30	50.8	36	61
<i>Regular</i>	1	1.8	2	3.7	16	27.1	8	13.5
<i>Mala</i>	3	5.5	0	0	1	1.6	2	3.3
Antecedentes familiares								
<i>Suicidio</i>	1	1.8	5	9.2	3	5	3	5
<i>Enfermedad mental</i>	7	12.9	6	14	16	27.1	13	22
<i>Depresión</i>	6	11.1	12	22.2	19	32	16	27.1
<i>Comp. Violento</i>	3	5.5	5	9.2	10	16.9	15	25.4
<i>Comp. Arriesgado</i>	6	11.1	4	7.4	5	8.4	8	13.5
<i>Consumo drogas</i>	3	5.5	1	1.8	2	5	2	5
<i>Problemas ley</i>	4	7.4	2	3.7	2	5	5	8.4
<i>Bebe demasiado</i>	5	9.2	8	14.8	4	6.7	3	5
Incapacidades año								
<i>Ninguna</i>	25	46.2	21	38.8	21	35.5	24	40.6
<i>Una</i>	26	48.1	31	57.4	20	33.8	26	44
<i>2 a 3</i>	3	5.5	7	12.9	10	16.9	6	10.1
<i>4 a 6</i>	0	0	0	0	1	1.6	2	5
<i>7 o más</i>	0	0	0	0	2	5	1	1.6
<i>Enfermedad física</i>	7	12.9	9	16.6	15	25.4	11	11.8
Actividad física								
<i>Nunca</i>	8	14.8	18	33.3	16	27.1	8	13.5
<i>Todos los días</i>	12	22.2	3	5.5	4	6.7	12	20.3
<i>2/3 veces semana</i>	17	31.4	11	20.3	5	8.4	20	33.8
<i>1 vez semana</i>	17	31.4	27	50	29	49.1	19	32.2
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Dolor	0.59	0.74	0.79	0.84	1.64	1.18	1.22	1.17

Notas: n: Tamaño de la muestra; f: Frecuencia; %: Porcentaje; X: Media; DT: Desviación típica

Se llevó a cabo un análisis comparativo de medias con el estadístico ANOVA de las medidas obtenidas en el *funcionamiento familiar (disfuncionalidad/sopORTE)*, del *dolor reportado* y del *uso de sustancias psicoactivas*; y se encontraron diferencias significativas en las medias entre los cuatro grupos. Al analizar la direccionalidad de las

diferencias con el estadístico PosHoc Tukey se encontró que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos no clínicos y clínicos en el *funcionamiento familiar (disfuncionalidad/soporte)*, pero no entre los grupos clínicos; notándose que ambos grupos clínicos (G3 y G4) reportaban mayor *disfuncionalidad familiar* pero percibían mayor *soporte familiar* que los grupos no clínicos (G1 y G2) (Tabla 23).

Tabla 23. Comparación entre los grupos de las medias en APGAR familiar, soporte familiar percibido, nivel de disfunción familiar, dolor reportado y uso de drogas.

Variable	Media cuadrática	F	P
APGAR	23.85	5.48	0.001
<i>Disfunción</i>	10.57	4.34	0.005
<i>Soporte</i>	2.75	2.82	0.039
Dolor Reportado	12.02	11.86	0.000
Uso de drogas	27.36	10.03	0.000

Notas: p: Nivel de significancia menor o igual a 0.05; F: Estadístico del ANOVA

Respecto del *dolor reportado*, usando los mismos estadísticos, se encontraron diferencias de medias significativas entre los grupos no clínicos y los clínicos, pero no entre los grupos clínicos. En el *uso de sustancias psicoactivas*, se evidenció que aunque los hombres deprimidos tenían una media mayor en el uso de estas sustancias que las mujeres con depresión, la diferencia no era estadísticamente significativa; pero si se encontró diferencia significativa entre las medias de los grupos clínicos (G3 y G4) y los no clínicos (G1 y G2), con una media de uso significativamente más alta en los primeros (Tabla 23).

La comparación de proporciones reportadas en *antecedentes familiares de enfermedad mental, infidelidad* y aspectos relacionados con la salud entre los grupos clínicos, dicha comparación se hizo usando el estadístico Kruskal Wallis; sin encontrar diferencias significativas en las proporciones reportadas en variables como *antecedentes*

familiares de enfermedad mental (0.15), suicidio de algún miembro de la familia (0.15), depresión en algún familiar cercano (0.35), que alguien de la familia hubiera presentado comportamiento violento (0.37) o comportamiento arriesgado (0.46), el hecho de contar con algún diagnóstico médico (0.25), que el paciente reportara infidelidad a su pareja (0.36), respecto del nivel de salud percibida (0.06) se encontró que las diferencias no eran significativas y así mismo para el número de incapacidades médicas del último año (0.52) y el tiempo usado para realizar actividad física (0.49) (Tabla 24).

Tabla 24. Comparación proporciones entre los dos grupos clínicos en antecedentes familiares, infidelidad y aspectos relacionados con la salud.

Indicador	Antecedentes familiares					Infidelidad	Dx Médico	Salud Percibida	Incapacidad último año	t act. física
	Suicidio	Salud Mental	Depresión	Comporta. Violento	Comporta. Arriesgado					
Chi-Cuadrado	0.36	2.04	0.85	0.77	0.54	0.81	1.31	3.50	0.40	0.46
Gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Significancia	0.54	0.15	0.35	0.37	0.46	0.36	0.25	0.06	0.52	0.49

Notas: Gl: Grados de libertad; Dx: Diagnóstico; t act: Tiempo actividad.

Para identificar los factores familiares asociados a los puntajes obtenidos en el CDH en depresión y los factores que lo componen, se realizaron análisis correlacionales en los que se encontró asociación significativa y directa entre *disfunción familiar* y variables como la *autoimagen negativa* (0.44), *ideación suicida* (0.39), *pobre imagen social* (0.35), *afecto negativo* (0.41), *desesperanza* (0.34) y *evitación* (0.30); y asociación significativa e indirecta entre *soporte familiar* y variables como *ideación suicida* (-0.30) (Tabla 25).

Tabla 25. Análisis de correlación entre los factores de funcionamiento familiar y los factores de funcionamiento familiar (disfunción y soporte).

VARIABLES	Autoimagen negativa	Ideación suicida	Pobre imagen social	Afecto negativo	Desesperanza	Evitación
Disfunción familiar	0.44**	0.39*	0.35*	0.41**	0.34*	0.30*
Soporte Familiar	-0.27	-0.30*	-0.20	-0.22	-0.25	-0.17

\* p menor o igual 0.05. \*\* p menor o igual a 0.01

En los *acontecimientos vitales estresantes* (AVE), se evidenció que los hombres deprimidos presentaron una media más alta de AVE reportados (8.45), seguidos por las mujeres deprimidas (7.48), las mujeres no deprimidas (6.03) y por los hombres no deprimidos (5.12).

Tabla. 26. Acontecimientos Vitales Estresantes y su nivel de impacto en los cuatro grupos de estudio.

Variables	Población No Clínica (n=108)				Población Clínica (n=118)			
	Hombres (n=54)		Mujeres (n=54)		Mujeres (n=59)		Hombres (n=59)	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
AVE	5.12	4.25	6.03	4.67	7.48	4.32	8.45	5.91
<i>Impacto de los AVE</i>								
<i>Muerte familiar cercano</i>	6.82	2.36	7.57	2.45	7.85	2.66	6.84	2.61
<i>Lesión o enfermedad personal</i>	6.07	2.33	5.66	2.05	6.54	2.36	6.25	2.01
<i>Despido del trabajo</i>	4.80	1.48	5.85	1.57	7.83	2.71	7.91	1.72
<i>Cambio salud un familiar</i>	6.65	1.89	6.44	2.13	7.64	1.85	7.19	1.85
<i>Embarazo</i>	7.00	2.00	7.33	2.06	10.0	0.00	6.62	2.77
<i>Dif. o problemas sexuales</i>	7.25	2.62	5.37	2.13	7.11	2.36	5.93	2.32
<i>Incorp. nuevo miembro familia</i>	4.80	2.04	5.83	2.03	7.58	2.93	6.69	2.71
<i>Muerte de un amigo íntimo</i>	7.20	1.92	7.28	2.42	7.71	2.28	8.14	1.74
<i>Problemas legales</i>	6.66	1.50	7.33	2.08	8.40	3.04	7.66	2.38
<i>Logro personal notable</i>	7.26	1.98	8.00	2.04	7.35	2.07	8.26	1.65
<i>Cambio en las condiciones de vida</i>	6.30	2.05	8.20	1.95	7.60	1.91	7.45	2.29
<i>Cambio de residencia</i>	7.21	2.15	7.26	2.46	7.00	2.49	6.86	2.41
<i>Cambio institución educativa/trabajo</i>	6.54	2.01	6.16	2.51	7.88	2.42	6.47	2.06
<i>Cambio de actividad de ocio</i>	6.36	2.11	5.66	1.82	6.57	1.77	6.15	1.91
<i>Cambio de actividad religiosa</i>	6.50	0.70	7.00	3.08	7.55	3.00	8.11	2.57
<i>Cambio de actividades sociales</i>	5.84	2.03	5.68	1.92	6.75	2.53	5.96	1.96
<i>Cambio de hábito de dormir</i>	6.36	2.49	6.41	2.08	8.11	2.02	7.26	2.39
<i>Cambio número reuniones familiares</i>	5.83	2.44	5.28	2.61	5.87	2.36	6.43	2.37
<i>Cambio de hábitos alimentarios</i>	6.18	1.86	6.34	1.89	7.65	1.73	6.62	2.12
<i>Vacaciones</i>	6.15	2.43	6.91	2.39	7.92	1.82	7.63	2.07
<i>Navidades</i>	6.80	2.17	7.46	2.28	8.00	2.09	7.97	2.08
<i>Leves transgresiones de la ley</i>	5.20	1.78	6.25	2.98	8.33	2.08	5.25	2.76

Notas: X: Media; DT: Desviación típica

Los cinco eventos de mayor impacto medio en los hombres deprimidos fueron, en orden descendente, la obtención de un *logro personal notable* (8.26), la *muerte de un amigo íntimo* (8.14), el *cambio de actividad religiosa* (8.11), la *navidad* (7.97) y el *despido del trabajo* (7.91); en las mujeres deprimidas fueron el *embarazo* (10), los

*problemas legales* (8.40), las *leves trasgresiones de la ley* (8.33) y las *navidades*. En los hombres deprimidos el evento que menor impacto causó fue las *leves trasgresiones de la ley* (5.25) y en las mujeres el *cambio en el número de reuniones familiares* (5.87) (Tabla 26).

En el análisis comparativo de medias entre los cuatro grupos usando el ANOVA y un análisis Pos Hoc para determinar la dirección de las diferencias, se encontró que tanto las mujeres deprimidas como los hombres deprimidos (G3 y G4) reportaron una media de *acontecimientos vitales estresantes* significativamente más alta que la de los grupos no clínicos (G1 y G2); y en el análisis Pos Hoc se evidenció que los hombres deprimidos reportaron que el *despido del trabajo* les causó significativamente más impacto que al resto de los grupos, por su parte. las mujeres deprimidas reportaron significativamente mayor impacto en eventos como el *cambio en las condiciones de vida*, el *cambio en los hábitos de dormir y de hábitos alimentarios*, y ambos grupos de personas deprimidas mostraron mayor impacto de salir a vacaciones (Tabla 27).

Tabla 27. Comparación entre los grupos de las medias de AVE y el grado de impacto psicológico.

Variable	Media cuadrática	F	P
Acontecimientos vitales estresantes	124.16	5.25	0.002
Impacto psicológico			
<i>Despido del trabajo</i>	15.76	4.38	0.013
<i>Cambio en las condiciones de vida</i>	14.85	3.45	0.019
<i>Cambio de hábito de dormir</i>	18.87	3.76	0.013
<i>Cambio de hábitos alimentarios</i>	3.94	0.66	0.036
<i>Vacaciones</i>	14.15	2.99	0.035

Notas: p: Nivel de significancia menor o igual a 0.05; F: Estadístico del ANOVA

En general las medias de calificación de la *satisfacción con la vida* y en las distintas áreas estaban por encima de 4.0, este puntaje indicaba un nivel moderado de satisfacción; específicamente en la media de la calificación *satisfacción en general con la vida* las personas no deprimidas estaban por encima de 5.0 condición que indicaba un

nivel alto de *satisfacción con la vida*. Los hombres deprimidos tenían medias de satisfacción más altas en las áreas *familiar* (4.69), *académica* (4.39) y *de salud* (4.25); y las áreas con medias de satisfacción más bajas, en orden descendente fueron, su *situación laboral actual* (4.08), *tiempo libre* (4.03), *relación de pareja* (4.0) y *nivel económico* (4.0). En la mujeres deprimidas las medias de satisfacción más altas reportadas fueron en las áreas *familiar* (4.59), *laboral* y de *relación con los amigos* (4.35 en ambos); y las áreas con menores medias de satisfacción reportadas en orden descendente fueron el *nivel económico* (4.09), el *tiempo libre* (4.07) y la *salud* (4.02) (Tabla 28).

Tabla. 28. Estadísticos descriptivos de la *satisfacción con la vida* en general y en las distintas áreas específicas de desarrollo en los cuatro grupos de estudio

	Población No Clínica (n=108)				Población Clínica (n=118)			
	Hombres (n=54)		Mujeres (n=54)		Mujeres (n=59)		Hombres (n=59)	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Satisfacción con la vida	5.06	0.71	5.08	0.651	4.22	1.25	4.34	1.35
Satisfacción por áreas								
<i>Laboral</i>	4.46	1.21	4.68	1.12	4.35	1.0	4.08	1.20
<i>Familiar</i>	5.24	0.95	5.31	0.75	4.59	1.32	4.69	1.21
<i>Pareja</i>	4.65	1.22	4.64	1.19	4.22	1.47	4.00	1.66
<i>Nivel Económico</i>	4.35	0.99	4.61	0.93	4.09	1.15	4.00	1.13
<i>Amigos</i>	4.76	0.75	4.81	0.84	4.35	1.25	4.20	1.28
<i>Tiempo libre</i>	4.09	1.32	4.31	1.26	4.07	1.26	4.03	1.28
<i>Académico</i>	4.70	0.90	5.00	0.87	4.65	1.16	4.39	1.30
<i>Salud</i>	4.83	0.86	4.78	0.81	4.02	1.32	4.25	1.38

Notas: X: Media; DT: Desviación típica

Al comparar las medias obtenidas en la *satisfacción con la vida en general* y en las distintas áreas de desarrollo se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un p menor a 0.05 en la *satisfacción con la vida en general* y en las áreas *familiar*, *nivel económico*, *relación con los amigos*, *académica*, y *de salud*; pero no en la *satisfacción con el trabajo*, *la pareja*, y con el *tiempo libre* del que disponen (Tabla 29). En el análisis Pos Hoc no se evidencian diferencias significativas entre los grupos

clínicos en las medias de la *satisfacción con la vida en general*, ni en la *satisfacción con la situación laboral*, ni en la de *satisfacción con la salud*, pero si hay diferencias significativas en éstas, en las tres medias de satisfacción entre los grupos clínicos y no clínicos.

Además, se encontró que la mujeres deprimidas reportaron una media significativamente menor que los hombres deprimidos en la *satisfacción con las relaciones familiares*, y a su vez la media reportada por ambos grupos clínicos es significativamente menor que la media reportada por los hombres no deprimidos, pero sin diferencia significativa con la media de satisfacción en esta área reportada por las mujeres no deprimidas. Por su parte, los hombres deprimidos reportaron una media de *satisfacción con la relación con los amigos* significativamente menor que el resto de los grupos, y una media de *satisfacción con la vida académica* significativamente menor que la reportada por las mujeres no deprimidas, pero sin diferencias con los otros grupos.

Tabla 29. Comparación ANOVA entre los grupos de las medias de *satisfacción con la vida en general* y en las distintas áreas de desarrollo.

Variable	Media cuadrática	F	P
Satisfacción por áreas			
<i>Laboral</i>	3.58	2.54	0.57
<i>Familiar</i>	7.57	6.51	0.00
<i>Pareja</i>	5.95	3.03	0.03
<i>Nivel Económico</i>	4.39	3.95	0.00
<i>Amigos</i>	0.86	0.86	0.00
<i>Tiempo libre</i>	0.86	0.57	0.66
<i>Académico</i>	3.69	3.18	0.00
<i>Salud</i>	11.81	10.93	0.00

Notas: p: nivel de significancia menor o igual a 0.05; F: estadístico del ANOVA

Al analizar la tendencia estadística de los puntajes obtenidos en el cuestionario de estilos de afrontamiento se evidenció que tanto las mujeres como los hombres

deprimidos exhibían medias más altas que los grupos no clínicos, en los estilos de afrontamiento *fantasía*, *autoculpa* y *evitativo*; y las mujeres deprimidas tenían medias más altas en los estilos *fantasía* (2.56), *autoculpa* (2.33) y *búsqueda de soporte social* (2.33). De otra parte, los hombres deprimidos presentaron medias más altas en los estilos *fantasía* (2.60), *solución de problemas* (2.39) y *búsqueda de soporte social* (2.32) (Tabla 30).

Tabla 30. Descripción de los estilos de afrontamiento en los cuatro grupos de estudio

	Población No Clínica (n=108)				Población Clínica (n=118)			
	Hombres (n=54)		Mujeres (n=54)		Mujeres (n=59)		Hombres (n=59)	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Estilos de afrontamiento								
<i>Solución de problema</i>	2.40	0.61	2.51	0.45	2.31	0.50	2.39	0.47
<i>Búsqueda soporte social</i>	2.16	0.65	2.29	0.06	2.33	0.63	2.32	0.67
<i>Evitativo</i>	1.79	0.54	1.87	0.45	2.05	0.44	2.08	0.47
<i>Autoculpa</i>	1.90	0.77	1.88	0.59	2.33	0.77	2.24	0.85
<i>Fantasía</i>	1.86	0.71	2.03	0.55	2.56	0.62	2.60	0.72

Notas: X: Media; DT: Desviación típica

Al comparar las medias obtenidas por los cuatro grupos en los puntajes de los *estilos de afrontamiento*, se encontraron diferencias significativas en el estilo *evitativo*, la *autoculpa* y la *fantasía* con un nivel de significación  $p$  menor de 0.05; en el análisis PosHoc posterior se hizo notable que existían diferencias significativas entre los grupos clínicos y no clínicos en el estilo de afrontamiento *autoculpa*, *fantasía* y *evitativo*, pero no entre los grupos clínicos; y que las mujeres deprimidas presentaban una media significativamente mayor de *autoculpa* que el resto de los grupos (Tabla 31).

Tabla 31. Comparación ANOVA entre los grupos de las medias de los *estilos de afrontamiento*

Variable	Media cuadrática	F	P
Estilos de afrontamiento			
<i>Solución de problema</i>	0.36	1.38	0.248
<i>Búsqueda soporte social</i>	0.32	0.83	0.477
<i>Evitativo</i>	1.11	4.81	0.003
<i>Autoculpa</i>	3.07	5.40	0.001
<i>Fantasía</i>	7.80	17.90	0.000

Notas: p: Nivel de significancia menor o igual a 0.05; F: Estadístico del ANOVA

A través de un análisis correlacional bivariado para determinar la existencia de asociación entre los estilos de afrontamiento y los factores evaluados con el Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH), se encontró relación positiva y estadísticamente significativa entre *autoculpa* y variables como *autoimagen negativa* (0.40), *ideación suicida* (0.37), *pobre imagen social* (0.34), *afecto negativo* (0.39) y *desesperanza* (0.36); y entre *fantasía* y variables como *autoimagen negativa* (0.33), *pobre imagen social* (0.33) y *afecto negativo* (0.37) (Tabla 32).

Tabla 32. Correlaciones entre los estilos de afrontamiento y los factores del CDH

	Estilos Afrontamiento				Depresión					
	Estilo 2	Estilo 3	Estilo 4	Estilo 5	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Estilo 1.	0.44	0.23	0.22	0.44	0.40	0.37	0.34	0.39	0.36	0.29
Estilo 2	1	0.27	0.85	0.58	0.32	0.22	0.33	0.37	0.27	0.28
Estilo 3		1	0.51	0.26	-0.21	-0.24	-0.19	-0.20	-0.21	-0.12
Estilo 4			1	0.19	0.02	0.00	0.04	0.05	-0.01	0.07
Estilo 5				1	0.20	0.18	0.22	0.26	0.19	0.22
F1					1	0.80	0.84	0.80	0.80	0.67
F2						1	0.72	0.74	0.67	0.65
F3							1	0.84	0.74	0.72
F4								1	0.75	0.78
F5									1	0.62

Notas: Estilo 1: Autoculpa; Estilo 2: Fantasía; Estilo 3: Solución de problemas; Estilo 4: Búsqueda de soporte social; Estilo 5: Evitativo; F1: Autoimagen negativa; F2: Ideación suicida; F3: Pobre imagen social; F4: Afecto negativo; F5: Desesperanza; F6: Evitación.

## 5.2.5.1. Factores de riesgo de depresión en hombres

Para determinar previamente los factores asociados al hecho de que las personas de la muestra padecieran o no depresión se calculó una regresión logística múltiple con el método de extracción de factores, y se generó un modelo que explicaba el 40% de la varianza, y que estaba conformado por las variables de asociación afrontamiento *solución de problemas* con un valor negativo de Beta; además de variables como afrontamiento *fantasía*, *autoculpa*, *disfunción familiar* y uso de sustancias psicoactivas, todas con valores de Beta positivos; todas con un p significativo menor a 0.05 (Tabla 33).

Tabla 33. Resumen del modelo resultante de la regresión lineal

R	R cuadrado	R corregido	Error típico de estimación		
0.56	0.41	0.39	0.42		
ANOVA					
Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	8.84	5	1.77	0.98	0.00
Residual	19.29	107	0.18		
Total	28.14	112			
Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	T	
Constante	0.49	0.20	0.12	2.43	0.02
Solución problemas	-0.23	0.80	-0.25	-2.82	0.01
Fantasía	0.17	0.06	0.28	2.82	0.01
Autoculpa	0.14	0.06	0.24	2.38	0.02
Disfunción familiar	-0.08	0.04	-0.16	-1.95	0.05
Uso de drogas	0.05	0.02	0.20	2.30	0.02

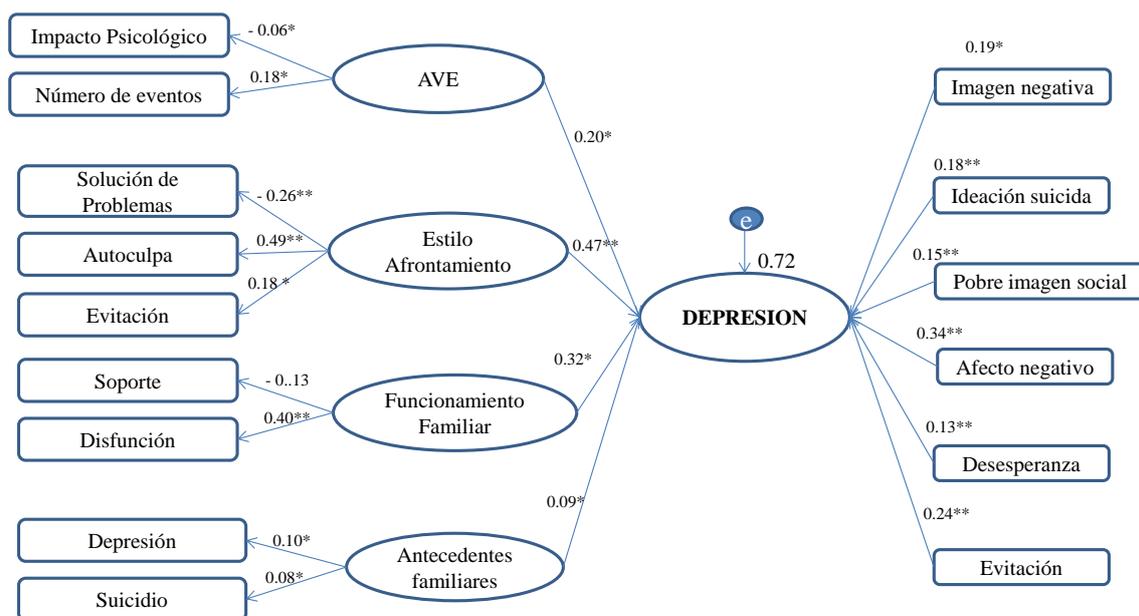
Notas: R: Probabilidad de riesgo relativo; R cuadrado: Varianza explicada; Gl: Grados de libertad; F: Medida del ANOVA; Sig: Significancia. drogas: Sustancias psicoactivas.

## 5.2.5.2. Modelo predictivo de depresión para cada género

Finalmente, con los datos obtenidos en ambos grupos clínicos se procedió a desarrollar un análisis modelar mediante el uso de la herramienta estadística de Modelos de Ecuaciones Estructurales. Se calcularon los índices de ajuste, los pesos relativos de varianza aportados por cada factor considerado predictor de depresión y el total de varianza explicada del modelo. En primer lugar, en la Figura 12 se presenta el modelo de medición y el modelo resultante para el grupo G4 (hombres deprimidos), en el que variables como *acontecimientos vitales estresantes* (AVE) (0.20), *estilos de afrontamiento* (0.47), *funcionamiento familiar APGAR* (0.32) y los *antecedentes familiares* (0.09) en interacción explicaron el 72% de varianza de la depresión en hombres.

En primer lugar, se encontró un estilo de afrontamiento mixto conformados por *autoculpa* con mayor peso de varianza explicada aportado (0.49). Seguido del aporte negativo que hace la *solución de problemas* (-0.26) y del aporte positivo de la *autoculpa* (0.18). En segundo lugar, se encuentra la variable (latente) del modelo denominada *acontecimientos vitales estresantes* que mostró que el *número de eventos reportados* por la persona aportaba en mayor medida y de forma positiva (0.18 a la explicación de varianza de la *depresión* que el *impacto psicológico* provocado por los AVE reportado, que aportó de forma negativa y significativa (-0.06) al ajuste del modelo (Figura 12).

## DEPRESIÓN EN HOMBRES



Notas: \* p menor a 0.05; \*\* p menor a 0.01

Figura 12. Factores asociados a la Depresión en Hombres representados en el Modelo de Ecuaciones Estructurales.

En tercer lugar, se encontró el *funcionamiento familiar*, y se evidenció que la *disfunción familiar* reportada aportaba un peso relativo de varianza explicada (0.40) positivo y mayor que el *soporte familiar* percibido, que aportaba un peso relativo de varianza negativo (- 0.13); finalmente se encontraban los antecedentes en la salud mental de la familia, en el que un historial de depresión aportaba un peso relativo de varianza explicada (0.10) mayor que los informes familiares de suicidio (0.08), siendo ambos positivos. Todas las relaciones descritas del modelo cumplían el criterio mínimo de ser significativas con un p menor o igual a 0.05 (Figura 12).

Al calcular los índices corregidos para el tamaño de la muestra, se encontró que todos denotan que el modelo tiene un nivel de ajuste adecuado ya que el RSMEA es inferior a 0.10, el NFI es mayor a 0.80, el CFI es superior a 0.95 y el Chi Cuadrado de bondad del ajuste tiene una significancia superior a 0.05, es decir que el modelo está

identificado porque sus parámetros lo están; y que es recursivo porque no tiene efectos circulares o recíprocos entre sus variables (Tabla 34).

Tabla 34. Índices de ajuste del modelo de ecuaciones estructurales identificado de depresión en hombres.

Índices de ajuste		Resultado	Indicador
Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio	RSMEA	0.02	---
Índice de Ajuste Normalizado	NFFI	1.0	---
Índice Comparativo de Ajuste	CFI	1.0	---
Chi cuadrado	Chi	0.0	p mayor a 0.05
Grados de libertad	Gl	3	---
Varianza explicada	R2	0.72	p menor a 0.05

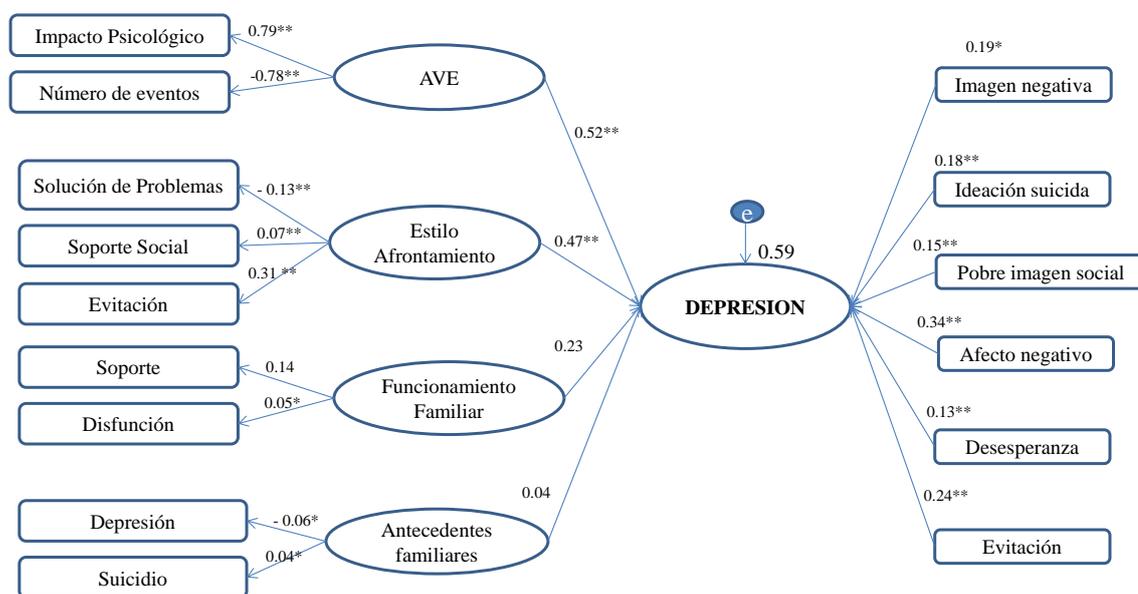
Notas: p: Probabilidad de error

Para facilitar la comprensión de las características de los factores asociados a la depresión en hombres, se definió un modelo predictivo de *depresión* en mujeres que permitió reconocer con mayor claridad las posibles diferencias. En la figura 13 se presenta el modelo de medición y el modelo resultante para el grupo G3 conformado por mujeres con depresión, en el que variables como *acontecimientos vitales estresantes* (0.52), *estilos de afrontamiento* (47), *funcionamiento familiar* (0.23) y *antecedentes familiares* (0.04\*) en interacción explicaban el 59% de varianza de la depresión en mujeres.

En primer lugar, se encontraba la variable (latente) del modelo denominada *acontecimientos vitales estresantes* (0.52) que mostró que el *impacto psicológico* y el *número de eventos* reportados por la persona aportaban de forma similar (0.79 y 0.78 respectivamente a la explicación de varianza de la Depresión. En segundo lugar, un *estilos de afrontamiento mixto* conformado por *evitación*, con mayor peso de varianza explicada aportado (0.31), seguido del aporte negativo que hacia la *solución de problemas* (-0.13) y del aporte positivo de la *búsqueda soporte social* (0.07\*).

En tercer lugar, se encontró el *funcionamiento familiar*, y se evidenció que el

*soporte familiar* percibido aporta un peso relativo de varianza explicada (0.14) positivo y mayor que la *disfunción familiar* reportada, que aportó un peso relativo de varianza positivo (0.05); finalmente se encontró que los antecedentes en la salud mental de la familia aportaban a la explicación (0.04), y se notó que tener un antecedente de depresión aportaba un peso relativo de varianza explicada negativo (0.06) y los *antecedentes familiares de suicidio* aportaron de forma positiva (0.04).



Notas: \* p menor o igual a 0.05. \*\* p menor o igual a 0.01

Figura 13. Factores asociados a la Depresión en Mujeres representados en el Modelo de Ecuaciones Estructurales.

Al calcular los índices corregidos para el tamaño de la muestra (Tabla 35), se encontró que todos denotan que el modelo tiene un nivel de ajuste adecuado, ya que aunque el RSMEA no es inferior a 0.10, el NFI si es mayor a 0.80, el CFI es superior a 0.95 y el Chi Cuadrado de bondad del ajuste tiene una significancia superior a 0.05, es decir que el modelo está identificado porque sus parámetros lo están; y que es recursivo porque no tiene efectos circulares o recíprocos entre sus variables.

Tabla 35. Índices de ajuste del modelo de ecuaciones estructurales identificado de depresión en hombres.

Índices de ajuste		Resultado	Indicador
Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio	RSMEA	0.26	---
Índice de Ajuste Normalizado	NFFI	1.00	---
Índice Comparativo de Ajuste	CFI	1.00	---
Chi cuadrado	Chi	0.0	p mayor a 0.05
Grados de libertad	Gl	2	---
Varianza explicada	R2	0.59	P menor a 0.05

Notas: p: Probabilidad de error

### 5.3. Discusión y Conclusiones

Hasta aquí se han presentado los resultados obtenidos en los análisis psicométricos del Cuestionario de Depresión en Hombres, los datos referidos tanto a las condiciones psicométricas del instrumento necesarios para aportar garantía de la calidad de la medida usada en el alcance de los objetivos propuestos, relacionados con la identificación y descripción de los síntomas específicos de depresión en hombres, y de los principales factores psicológicos, sociales y ambientales asociados con este trastorno.

Para facilitar la comprensión de la discusión, este apartado se organizó del siguiente modo, en primer lugar están los principales hallazgos psicométricos respecto de la evaluación de la depresión en hombres, en segundo lugar, los hallazgos referidos a las características clínicas de la depresión en hombres comparadas con las de las mujeres, y finalmente se presentan los factores relacionados con este trastorno en población masculina.

Respecto de los análisis psicométricos adelantados es posible concluir que el CDH cuenta con un nivel adecuado de confiabilidad y validez, ya que cumple los tres criterios

principales de unidimensionalidad, separación e independencia; todos considerados importantes indicadores de validez. Además, están el ajuste óptimo de los ítems a las respuestas, el ajuste de las condiciones de quienes responden a los ítems y el análisis de funcionamiento diferencial de los ítems (que permitió identificar la existencia de un sesgo de medida en la depresión relacionado con el género). También se identificaron indicadores de confiabilidad, como el alto índice de consistencia interna logrado y el mayor ajuste de los ítems a la población masculina, en especial a quienes fueron diagnosticados previamente con depresión.

El instrumento tiene poder discriminante y sensibilidad que le permiten diferenciar adecuadamente los casos positivos (poder discriminante positivo) de los casos negativos y viceversa (poder discriminante negativo), y detectar adecuadamente los distintos grados de expresión del constructo evaluado (depresión), con un nivel de precisión similar al alcanzado por la entrevista Mini International Interview específica para depresión, sensibilidad que se hace menor en la detección de los casos más severos.

La concordancia de los puntajes obtenidos en el CDH con los diagnósticos emitidos por algunos profesionales fue menos estricta que la alcanzada con el MINI, ya que a los profesionales que remitieron casos se les pidió que los reportaran, pero no se les solicitó describir en detalle el trastorno, por tanto la mayoría usaron la etiqueta de diagnóstico general *depresión* sin incluir más detalles, y fue a través de los instrumentos que se hizo una clasificación más específica del tipo de trastorno.

A partir de análisis de segundo orden de dimensionalidad, se identificaron seis factores que componían la depresión en hombres, estos fueron autoimagen negativa, ideación suicida, pobre imagen social, afecto negativo, desesperanza y evitación.

Respecto de los hallazgos a nivel clínico, en general los hombres no solo presentaron niveles de depresión más severos que las mujeres, sino que además se

hallaron indicadores estadísticos de diferencias en los síntomas con las mujeres como el mejor ajuste de la mayoría de los ítems a la población masculina y la existencia de funcionamiento diferencial asociado al género en por lo menos el 40% de los ítems. Sumados a indicadores clínicos de diferencias según el género, como la tendencia a presentar calificaciones más elevadas en los puntajes totales y en los puntajes de cada dimensión obtenidos a partir de los dos instrumentos usados para evaluar depresión.

Entre los síntomas intrapersonales identificados como propios de los hombres se cuentan el uso de palabras como inútil o incapaz para definirse, pensamientos asociados con formas de terminar con su vida o fantasías de no despertar, frustración, sensación de estar vacío, ansiedad matutina, deseo de abandonarlo todo, impaciencia, sensación de haber tenido pocas opciones de realizarse en la vida, presentimientos negativos acerca del futuro, búsqueda de sensaciones extremas aunque se ponga en riesgo la vida, dificultad en la toma de decisiones, realización de actividades como trabajar más y realizar actividades con los amigos de forma intensa para evitar pensar en su situación. Y entre los interpersonales cambios agudos de comportamiento y dificultades en el intercambio social.

Resultado de comparar los síntomas de depresión considerados en el sistema DSM-IV-TR y el CIE-10, se estableció que el pesimismo, la desesperanza, la eficacia general disminuida, los sentimientos de inadecuación identificados como síntomas de depresión en hombres, sólo son considerados como criterios diagnósticos exclusivos de distimia, sin que se especifique la frustración como un síntoma; aunque en los hombres ésta resulte ser una indicación clínica; de otra parte en el DSM-IV-TR solo se incluyen la ideación suicida y el intento de suicidio como comportamientos dirigidos a hacerse daño a sí mismo, y los hombres deprimidos exhiben otras conductas autolesivas importantes como consumo abusivo de drogas (especialmente alcohol y energizantes),

la promiscuidad (sin protección) y la exposición voluntaria a situaciones que representan riesgo real para su vida.

En el DSM se incluye la tristeza como criterio central en el diagnóstico de depresión, y en este estudio se hace evidente que los hombres no la reportan, y que en su lugar más bien refieren una sensación permanente de estar vacío. Adicionalmente, los hombres deprimidos incrementan la actividad física, trabajan más tiempo y realizan más actividades con sus amigos, mientras que en el DSM se incluyen síntomas totalmente opuestos como aislamiento, disminución de la actividad y decremento en la productividad. También en la categoría diagnóstica de distimia se incluyen malestar clínicamente significativo, que en los hombres se expresa como intranquilidad o ansiedad matutina, y deterioro funcional general que en esta población se presenta específicamente en las áreas social y familiar. Finalmente, los hombres presentan dos síntomas no incluidos en los sistemas nosológicos existentes, consistentes en cambios bruscos y extremos de comportamiento, y la existencia de problemas en el intercambio social no relacionados con el aislamiento sino más bien con el tipo de interacción.

Los factores psicológicos principalmente asociados a la depresión en hombres son el afrontamiento mixto que combina los estilos de autculpa, evitación y baja solución de problemas, con mayor tendencia a la evitación que las mujeres, menor nivel de satisfacción con la vida en las áreas laboral y de interacción con los amigos; el consumo abusivo de sustancias psicoactivas como el alcohol y los energizantes; y la existencia de quejas somáticas aumentadas en especial de múltiples dolores al parecer no asociados a una condición médica detectada. Aunque de forma global aparecen los mismos factores para hombres y mujeres, al revisar de forma concienzuda los resultados obtenidos en cada uno de los grupos se encontraron especificidades que pueden ampliar la comprensión de las diferencias respecto del género.

Entre los factores sociales asociados a depresión, en hombres estaban la alta disfuncionalidad familiar combinada con bajo soporte familiar percibido, y la existencia de antecedentes familiares de depresión y suicidio; sumados con el efecto de factores ambientales como el hecho de haber vivido un número elevado de acontecimientos vitales estresantes de impacto psicológico medio; y que entre los acontecimientos vitales estresantes hubiese ocurrido la pérdida del trabajo evaluado por los hombres como el suceso con mayor impacto psicológico, además de otros eventos considerados de alto impacto psicológico como alcanzar un logro personal notable, vivir la muerte de un amigo íntimo, cambiar de actividad religiosa y la llegada de la navidad.

En contraste las mujeres deprimidas presentaron un afrontamiento mixto conformado los estilos fantasía, evitación, búsqueda de soporte social y alta autoculpa (por encima de los hombres); en general ellas perciben como regular su salud física (incluso por debajo de la percibida por los hombres). Los factores sociales asociados a depresión en este grupo fueron disfunción familiar y bajo soporte familiar percibido, además de antecedentes de problemas de salud mental en general y específicos de depresión en los familiares.

Los factores ambientales asociados a la depresión y su severidad, no deben ser considerados de forma estricta como ambientales, ya que su impacto depende en gran medida de la forma como la persona los valora y asume; así que es posible que con menor cantidad de eventos vitales los hombres se reporte mayor impacto psicológico acumulado. Los eventos estresantes con mayor impacto psicológico en las mujeres, en orden decreciente fueron el embarazo, problemas legales, transgresiones leves de la ley y las navidades.

Una vez resumidos los resultados principales de la investigación es preciso ahondar en el análisis comprensivo de los mismos, de tal modo que se ofrezca una mirada clara

sobre el posible sustento teórico de los mismos, los alcances de los hallazgos y de las inferencias que se desprenden de ellos, las limitaciones del estudio y las futuras direcciones; además de las conclusiones y una reflexión sobre las posibles implicaciones clínicas de los aportes de este trabajo investigativo.

### 5.3.1. Validez discriminante del Cuestionario de Depresión en Hombres

Una vez analizados los resultados es posible afirmar que en el CDH se cumplen los tres supuestos principales de la teoría de respuesta al ítem, unidimensionalidad porque se mide un único rasgo latente o dimensión dominante (rasgo principal depresión), que se expresa a través de otras subdimensiones no dominantes pero que son componentes del constructo (*autovaloración negativa, ideación suicida, afecto negativo, pobre imagen social, desesperanza y evitación*); además cumplió el criterio de independencia local de las respuestas porque cada nueva respuesta era independiente de las repuestas dadas previamente por los evaluados, es decir que no se dio un patrón de respuesta (los casos que lo presentaron fueron excluidos) y la respuesta solo estaba determinada por el contenido del ítem y el grado en que la persona cumplía el aspecto evaluado o nivel de aptitud general (depresión). Además todos los sujetos con el mismo nivel de aptitud tenían la misma probabilidad de responder de la misma manera (Pérez Gil, 2013), y las respuestas dadas por los sujetos a cada ítem no se influencia mutuamente (Santisteban, 1995).

La unidimensionalidad identificada en el Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH) es considerada un importante indicador de su validez, por cuanto denota que los 40 ítems que lo conforman, en conjunto miden un constructo global o rasgo denominado depresión; es decir, que este mismo constructo resulta suficiente para

explicar las distintas respuestas dadas por los participantes ante dicho conjunto de ítems. Además, está el hecho de que el ajuste de los ítems, evaluado a través de los INFIT y OUTFIT, es apropiado en la mayor parte de los casos (Hambleton y Jones 1993), y que en los casos que no fue así una vez detectado se procedió a modificarlos para luego evaluarlos en la aplicación nacional del instrumento.

El CDH a la vez cumple con el criterio de separación que indica que las respuestas entre los distintos ítems son estadísticamente independientes, es decir que las respuestas dadas a cada uno de los ítem no se afectan mutuamente, ni dependen una de otras (Linacre, 2002). Como parte de las pruebas realizadas para determinar la validez del cuestionario, se analizó el Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) que permitió identificar la existencia de sesgos de medida debidos a variables específicas de clasificación de grupos, como el género en este caso; para ello se evaluó el DIF de los ítems respecto de los dos grupos de personas deprimidas, y se comparó el funcionamiento específico de los ítems en mujeres y en hombres.

En los resultados se evidenció que más o menos el 40% de los ítems del CDH funcionaron de forma diferencial, es decir que tanto el nivel de depresión como el funcionamiento respecto del género fueron notablemente diferentes; resultados que a la luz de la teoría de respuesta al ítem implican que la variable de agrupación resultó ser relevante (Gómez y Navas, 1998), pues no solo no se dio el mismo nivel de habilidad en ambos grupos clínicos, pues los hombres mostraron tendencia a elegir las respuestas que reflejaban más severidad que las mujeres, y además el funcionamiento de los ítems no fue similar en los dos grupos de referencia; es decir que el cuestionario favorece al grupo de hombres deprimidos (Holland y Thayer, 1988). Pero aún es preciso desarrollar una versión breve del Cuestionario que le de mayor utilidad clínica e investigativa.

Para este caso es válido decir que las preguntas evocan un tipo de respuesta diferente en hombres y mujeres, es decir que sus funciones características son diferentes y por ello es preciso contar con instrumentos sensibles a las diferencias de género que median la expresión de la depresión. Situación que deja en claro la necesidad de estudiar específicamente el tipo de respuestas que cada pregunta evoca en hombres y mujeres, y si ésta es estable en diversas poblaciones diferentes a la incluida en el presente estudio.

Previamente otros autores había observado que algunos instrumentos presentan sesgos métricos respecto del género (CDH, BDI-II, el Zung e incluso el MINI), sesgos que en este estudio han sido confirmados para el primer instrumento mencionado (Álvarez y Londoño, 2012; Galicia et al., 2009; Vargas et al., 2012; Zierau et al. 2002); es decir que estas herramientas no deberían ser usadas para determinar la existencia de síntomas de depresión y definir el nivel de severidad en poblaciones en las que presentan sesgos métricos; por ejemplo el CDH no debería ser usado para la detección y diagnósticos en poblaciones femeninas y el MINI, el BDI-I y II no deberían ser usados como apoyos técnicos en la evaluación en hombres, o deberían desarrollarse subescalas sensibles al género en ambos.

La diferencia entre hombres y mujeres en la forma de responder al mismo cuestionario está asociada a la relevancia que los ítems tienen para cada población (Becker y Kimmel, 1992), es decir, que posiblemente para los hombres los síntomas evaluados en el CDH resultan más familiares y ajustados a su forma de actuar y pensar (deprimirse) que para el grupo de mujeres.

En el caso de los ítems con funcionamiento diferencial, es posible pensar que cada uno de ellos mide aspectos diferentes y a que evocan procesamientos diversos en hombres y mujeres, es decir que miden dos dimensiones diferentes o no exactamente

iguales en los dos grupos clínicos de estudio y probablemente las distribuciones multidimensionales no son exactas para cada grupo. Entonces deben conservarse en especial los ítems que presentan funcionamiento diferencial y que se muestran más ajustados a los hombres, y evaluar en próximas investigaciones aquellos que presentaron funcionamiento diferencial respecto de las mujeres.

Los ítems con funcionamiento diferencial indican que las diferencias encontradas no podrían asumirse debidas a un sesgo de medida existente en la prueba sino a lo que Ackermann (1992) llamó un sesgo real debido al impacto del género sobre la medida de la depresión, que para Camilli (1992) es un indicador de la diferencias cualitativas en el constructo entre los grupos medidos, que indica que los síntomas allí descritos se ajustan de mejor forma a los exhibidos por los hombres que a los síntomas presentados por la mujeres. Por tanto si se asume la diferencia entre hombres y mujeres y se acepta que hay varianza métrica deben generarse distintas formas de medir y evaluar la depresión entre los distintos géneros, y para ello se requiere alcanzar mayor comprensión acerca del constructo evaluado (Millsap y Everson, 1993).

En la misma línea, el mayor ajuste de los ítems del CDH logrado con los hombres puede considerarse un indicador de funcionamiento específico referido al género, pues es una reconfirmación de que los ítems se muestran más sensibles a las respuestas dadas por los hombres a preguntas que engloban principalmente síntomas previamente identificados como característicos de la depresión en hombres. Además de reconocer el acierto logrado en el diseño del cuestionario ya que solo 4 hombres de los 113 incluidos en el estudio presentaron respuestas atípicas que reflejan o falta de honestidad o falta de comprensión de los ítems (Linacre, 2002).

Cabe anotar que si buena parte de los ítems tienen funcionamiento diferencial las comparaciones entre géneros usando el CDH no estarían justificadas, ya que bajo la

presunción de que los otros instrumentos tienen mayor sensibilidad para detectar depresión en mujeres, con el CDH ocurriría lo contrario y los resultados de las comparaciones realizadas usando este instrumento deben ser tomadas con cautela y merecen reconfirmación en nuevas investigaciones.

La teoría de respuesta al ítem facilita el desarrollo de estudios psicométricos con grupos específicos de difícil acceso y consecución, como en el caso de la depresión, ya que gracias a la objetividad específica que garantiza el ajuste de los datos y a que el modelo de medida es independiente de la muestra de sujetos y no se requiere de grandes muestras. Aunque si se requiere un número equilibrado de sujetos con el mismo nivel de expresión de la variable para lograr un ajuste total de la medida, y en la muestra objeto de estudio había un número reducido de casos severos de depresión, por tanto es importante dirigir los esfuerzos hacia el estudio del funcionamiento del instrumento en casos de alta severidad.

De otra parte, los ítems que presentaron dificultades de ajuste fueron revisados teniendo en cuenta los reportes dados por algunos participantes luego de una entrevista realizada a hombres y mujeres que conformaban los distintos grupos de participantes dirigida a identificar las dificultades existentes en los ítems, se encontró que tenían limitaciones en su redacción que afectaban el ajuste y por ello fueron modificados. Todo porque se pretende conservarlos en la prueba para analizar su funcionamiento en el segundo estudio, que además permitirá reconfirmar la validez del instrumento.

También se encontró que dos ítems, que evaluaban el cambio a menudo de pareja y la búsqueda de sensaciones extremas ignorando el riesgo vital, presentaban funcionamiento diferencial en los casos más severos, y que si quien los responde marca en ambas respuestas positivas de mayor valencia se espera que obtenga una calificación global indicativa de alta severidad, en otras palabras estos ítems tienen mayor

probabilidad de ser respondidos afirmativamente y con mayor grado de intensidad si la persona exhibe un cuadro depresivo mayor (Atorresi, Lozzla, Abal, Galibert y Aguerri, 2009). Pero no se puede asumir que estos ítems conforman una escala de severidad, ya que este atributo debe ser medido teniendo en cuenta tanto la intensidad de los síntomas como el grado de afectación producido por ellos en el desenvolvimiento cotidiano de las personas, tema que debe ser motivo de nuevos desarrollos de este cuestionario.

La importancia de incluir en los instrumentos escalas que valoren la severidad había sido previamente reconocida por Ruiz, Silva y Miranda (2001); pero no se cuenta con estudios dirigidos a analizar el funcionamiento diferencial de los ítems en población colombiana y solo se ha realizado este análisis para evaluar el sesgo métrico debido al género y al tipo de trastorno en la escala BDI-II en España (COP, 2011), pero hace falta corroborar este funcionamiento en otras poblaciones.

En suma, la respuesta dada a ciertos ítems no dependía estrictamente del nivel de depresión expresado sino que estaba mediada por el género, y es posible pensar que estos ítems no pueden ser usados con equidad para medir depresión en hombres y mujeres, y que en el ámbito clínico deberían usarse únicamente para detectar y medir depresión en hombres.

### 5.3.1.1. Sensibilidad y especificidad del CDH

Un indicador de la adecuada discriminación lograda por el CDH fue la confirmación del punto de corte calculado a partir de métodos estadísticos por un grupo de expertos en depresión; ya que no solo era importante alcanzar significancia estadística, también era preciso ajustar las medidas a criterios clínicos que le dieran sentido y sustento a los indicadores numéricos hallados. No se puede perder de vista que

la psicología de las personas va más allá del manejo de cifras y requiere de la sensibilidad propia de quienes se desenvuelven día a día como terapeutas (Iraguri, 2009), que van más allá pueden reconocer la importancia de medidas sensibles e importantes como las del sufrimiento humano y aquellas que pueden ayudar a prevenir suicidios.

Los resultados obtenidos en el CDH tenían alta concordancia con los obtenidos en la entrevista MINI, usada como prueba de oro debido a su valor predictivo del 75% y grado de sensibilidad y especificidad del 85% (American Psychiatry Association, 2000; European Psychiatry Association, 2003; Pinnintim et al., 2003); pero dicha relación no se mantiene para los casos más severos, probablemente porque los procesos evaluativos resultan ser más complejos debido a la riqueza de los síntomas y solo a través del uso de técnicas de heteroevaluación como la entrevistas diagnósticas MINI es posible recabar información más completas acerca del caso.

De modo tal que facilita a los profesionales establecer un dictamen de tipo diagnóstico. En general en las pruebas de autorreporte ya se han reconocido previamente limitaciones en los alcances evaluativos ya que dependen de una parte de la capacidad de auto observación que tiene quien responde, de su deseo de ser sinceros y de la comprensión misma de las cuestiones abordadas en las preguntas.

De otra parte, la concordancia del CDH con los diagnósticos emitidos por algunos profesionales fue menos estricta (p.e., 5 casos en los que se hizo una clasificación más específica del tipo de trastorno a partir de los resultados obtenidos en los instrumentos), esto puede ser porque los profesionales remitores incluyeron una etiqueta diagnóstica general de *depresión* especialmente en los casos de depresión en hombres. Probablemente el reducido conocimiento sobre la depresión masculina o la falta de sistematización del mismo, hace que el profesional emita un juicio global derivado de

su observación, experiencia y experticia clínica, que del uso estricto del sistema para diagnosticar estos casos, y ello dificulta la identificación de ciertas características específicas del trastorno.

La alta coincidencia de los resultados del CDH y los obtenidos en la entrevista MINI, previamente hallados en otros estudios realizados en población colombiana (Álvarez y Londoño, 2012; Vargas et al, 2013); así como la concordancia entre los resultados obtenidos en las escalas relacionadas con riesgo e ideación suicida apuntan hacia la posibilidad de usar el CDH en procesos de cribado, como fuente de reconfirmación diagnóstica y en investigación adelantada en el campo de la psicología clínica en hombres.

No obstante, la concordancia no estricta en la detección de casos de depresión mayor, tanto en hombres como en mujeres, limita el uso del CDH e indica que es preciso realizar nuevos estudios dirigidos a mejorar el funcionamiento de los ítems y su poder discriminativo en casos de depresión mayor, pues aunque en la teoría de respuesta al ítem no se requieren tamaños muestrales mayores para adelantar este tipo de análisis, la baja participación de personas diagnosticadas con Depresión Mayor no permitió llevar a cabo este procedimiento.

### 5.3.2. Síntomas de depresión en hombres

Como ya se había anotado, para la interpretación de los datos de este estudio fueron tomadas en cuenta la alta correspondencia entre los ítems, las opciones de respuesta ofrecidas y el alto nivel de expresión del constructo medido; además de que las diferencias halladas no fueron debidas a la calidad de la medida sino a sesgos métricos previamente descritos.

Tal como se ha planteado a lo largo de este trabajo, la depresión es un fenómeno complejo que se genera a partir de la convergencia de cambios que ocurren en los distintos niveles de funcionamiento del individuo, por ello siempre que se haga referencia a este fenómeno debe aludirse a la combinación de elementos o componentes, que para el caso de los hombres parece estar conformado por seis aspectos en los que pueden ser agrupados los síntomas.

Antes de ahondar en la discusión de los síntomas es preciso anotar que en la misma línea de estudios transnacionales previos (Llucht et al., 2003; Van dek Velde et al., 2010) los hombres expresaron cuadros de depresión más severos, con síntomas más agudos y estables en todos los pacientes que el grupo de mujeres deprimidas, en especial en *evitación e ideación suicida* tal como se había visto en población masculina en distintos países del mundo (Mittendorfer-Rutz et al., 2004; Viana y Andrade, 2012; Wetzel et al., 2005). Esto probablemente porque los hombres acuden a los servicios sanitarios solo cuando los síntomas son tan agudos y que han afectado las distintas áreas de desenvolvimiento, y les resulta casi imposible seguir adelante sin ayuda (Álvarez y Londoño, 2012), incluso es posible que se vea como una señal máxima de deterioro el hecho de que la actividad laboral esté afectada o a que el consumo de alcohol haya ocasionado otros problemas que hacen evidente la necesidad de ayuda. O al hecho de que los hombres tienen menor reactividad y sensibilidad al reconocimiento de los eventos que le provocan estrés (Drevets y Furey, 2009) condición que retarda tanto la respuesta autorregulatoria como la de solicitud de soporte social y profesional, o a que temen ser estigmatizados con un diagnóstico de enfermedad mental (Karasz, 2005) y ello impacta de forma negativa su salud mental (Burton et al., 2004).

Es decir, que los síntomas que serán descritos en adelante se presentan más frecuentemente y de manera más constante en hombres deprimidos, sin que ello indique

que estos no puedan ser expresados por las mujeres tal como se evidenció en este estudio y en la investigación previa realizada por Álvarez y Londoño (2012).

Los síntomas de depresión en hombres pueden clasificarse en cuatro grupos: a) Los cognitivos que incluyen creencias, pensamientos y atribuciones que hacen los hombres deprimidos acerca de sí mismos, el mundo, los otros y el futuro; b) los síntomas afectivos que comprenden todas las manifestaciones emocionales negativas, c) los síntomas conductuales que agrupan todos los comportamientos característicos de las personas que se encuentran en este estado, y d) sociales en donde se agrupan los cambios en la interacción con otros, que son debidos al efecto de los expresados en los tres grupos anteriores. En los siguientes apartados pasamos a comentar los síntomas que hemos mencionado.

### 5.3.2.1. Síntomas cognitivos

Los síntomas cognitivos de depresión en hombres están referidos a la autoimagen negativa, sensación de culpa, el deseo de abandonarlo todo, ideas y fantasías de muerte para darle fin a los problemas que lo agobian, conductas autolesivas como la exposición voluntaria a riesgo o consumo de drogas, y en los casos más severos alta ideación suicida. Además de la sensación de tener pocas opciones para realizarse como persona, evaluación pesimista y desesperanzadora en el futuro y la idea persistente de empobrecimiento de la imagen proyectada socialmente, pues considera que los otros lo ven sin energía y apagado, incluso como alguien difícil de tratar.

#### 5.3.2.1.1. Autoimagen negativa

Aunque de forma general la pobre valoración personal combinada con alta exigencia personal ya habían sido relacionados con depresión por diversos autores (p.e., Bockran, 2006; Franchi, 2010; Scher et al, 2005). La autoimagen negativa en los hombres deprimidos a diferencia de las mujeres, no se expresa en el deterioro de la estima personal, el valor personal y la autoimagen corporal, si no que afecta la percepción autoeficacia, y provoca autoevaluaciones de sí mismo basadas en las premisas de inutilidad y culpa, que ya habían sido documentadas como síntoma de depresión en hombres por varios autores (Álvarez y Londoño, 2012; Kilmartin, 2005; Lehty y Jonansson, 2010; Stroberg et al., 2010).

Autoimagen, que es fuente de permanentes censuras, excesiva autocrítica y de la sensación incapacidad de afrontar incluso las situaciones cotidianas, que los llevan a sentirse frustrados e inútiles hasta el punto de menospreciar las propias capacidades y mermar la percepción de autoeficacia, que provoca devaluación personal y pobre control.

Se ha planteado que la pobre expectativa de autoeficacia y el deterioro del autoconcepto provienen de la existencia de estándares estrictos y ambiciosos de desempeño difíciles de cumplir (Kuiper et al., 1988; Stoeber y Otto, 2006), que provoca sentimientos de inferioridad y culpabilidad cada vez que son alcanzados, situación de por si frecuente debido a la maximización o exageración de las metas elegidas (González et al., 2013; Hewitt et al., 2008; Ramos, 2011). En estudios previos ya se había confirmado que los hombres manejan más autoesquemas de autonomía que las mujeres, caracterizados por la necesidad permanente de independencia, privacidad, autodeterminación y libertad (Hankin, 2010; Liu y Alloy, 2010).

Así los hombres deprimidos esperan ser y actuar de forma perfecta e independiente (Mallinger, 2009; Zapata y Guner, 2009) y libre, basados en la creencia de que pueden y deben autodeterminar totalmente sus exigentes metas personales (Jahromi et al., 2012), aunque en realidad lo que hace es interpretar los estándares sociales definidos por el grupo social al que pertenece. Estas metas suelen ser extremas e inalcanzables, y no cumplirlas les genera autocrítica hostil (hosein Ghahramani et al., 2011) y sensación de culpa que afectan su estado emocional.

Es posible pensar que las atribuciones de culpa que hacen parte del autoesquema negativo característico de los hombres deprimidos se basan en argumentos causales de tipo interno y estable (Calvete et al., 2008; Moore y Fresco, 2007; van de Boogaard et al., 2011), y que son debidas a una condición personal inmodificable de vulnerabilidad de poco control, cuya repetición es inevitable.

Este estilo de procesamiento negativo, del cual provienen todas las valoraciones negativas de sí mismo y del mundo, ha sido asociado a estados depresivos de alta severidad (Iacovello et al., 2006). Aunque este es un estudio trasversal de alcances limitados por el hecho de que no permite hacer la distinción funcional de la acción del procesamiento selectivo negativo, es posible pensar que los datos confirman la existencia de selectividad negativa en el procesamiento de información interna y externa que actúa como predisponente y mantenedor, que para Zapata y Giner (2009) es la base del sufrimiento que aqueja a los hombres con depresión.

Así parte de la respuesta emocional de sufrimiento es provocada por la conjugación de la subvaloración personal y el miedo permanente a provocar evaluación negativa de rechazo proveniente de otros por no cumplir las expectativas sociales, que facilita el uso de argumentos de desaprobación y crítica hacia las propias actuaciones al tiempo que acrecientan el miedo de recibir rechazo, desaprobación o crítica de quienes los rodean

(van Tuijl et al., 2013; Weeks et al., 2010).

En oposición, otros autores han propuesto que el menosprecio personal es una secuela del estado depresivo y no su causa (Zeigler-Hill, 2011), y que el deterioro de la valoración acerca de la capacidad personal, la utilidad personal y la frustración, se debe al decremento en el rendimiento y la actividad propios de la depresión. Explicación que resulta poco plausible si se toma en cuenta la masa crítica de conocimiento acumulado, en múltiples estudios incluso varios de ellos metanalíticos, acerca de la existencia de vulnerabilidad cognitiva en las personas que las predispone a padecer depresión y que los esquemas negativos que la componen son activados por un evento provocador de estrés (Dai y Feng, 2011; Disner et al., 2011; Herrera y Maldonado, 2001; Joomar y Glotib, 2010; Peckham et al., 2010).

La existencia previa de los esquemas negativos de procesamiento, ha sido reconocida también por Anderson y Hope (2008) pues en el modelo tripartito de la depresión, se propone que el afecto negativo está basado en esquemas negativos de alta autocrítica, culpa y negativismo que provocan el incremento de la afectividad negativa en general considera la base común de la depresión y la ansiedad. Es preciso reconocer que tampoco en los resultados de ésta investigación se encuentra claro el límite de los trastornos si se tiene en cuenta que una parte de la muestra clínica también presentaba síntomas de ansiedad, aunque el cuadro depresivo era predominante.

En el caso de los hombres la explicación de Zeigler-Hill (2011) pareciera ser aún menos plausible, ya que los varones a causa de su depresión dedican más tiempo a las actividades laborales y se incrementa la probabilidad de cumplir los estándares mínimos de desempeño en su trabajo; así que la cantidad de actividad no disminuye aunque no se sabe aún a ciencia cierta qué tanto afecta el rendimiento laboral en los hombres, pero se puede pensar que es probable que a mayor tiempo de dedicación mejor desempeño.

### 5.3.2.1.2. Desesperanza y pesimismo

Otro síntoma que al parecer caracteriza especialmente a hombres que sufren depresión es la desesperanza o visión pesimista del futuro, cuyo contenido está más dirigido a la preocupación expresa acerca de la falta de oportunidades futuras para realizarse como persona y a la expectativa de que no se logran las metas establecidas (Mc Evoy et al., 2013; McLaughlin y Nolen Hoeksema 2011; Mahoney et al., 2012) debido a la incapacidad personal. Esta visión pesimista depresiva no solo se concentra en la valoración de que los eventos negativos tienen mayor probabilidad de ocurrir que los eventos positivos, sino que además considera que la ocurrencia de eventos positivos es improbable o meramente casual, ya que asume que los eventos negativos obedecen a causas internas que son constantes y estables (Marrero y Carballeira, 2010; Remor, Amorós y Carboles, 2006; Seligman, 2005).

El pesimismo es una forma de expresar la tendencia a la preocupación ya que hace parte de ella, pues de forma permanente se anticipa un futuro negativo; y la *sensación de estar vacío* aparece porque la persona no sabe qué ocurrirá y tampoco se siente preparada para responder ante las demandas ambientales y sociales, en parte porque considera que no cuenta con los recursos personales para hacerles frente (Fergus y Wu, 2011; Rosellini et al., 2011).

Para varios autores, este pesimismo puede ser considerado una señal de intolerancia a la incertidumbre (González et al., 2011; González et al., 2013; Rosellini et al., 2011; Rovella et al., 2011), ya que ante el dilema de no saber qué vendrá se activan los esquemas negativos que hacen que la persona recuerde con facilidad eventos negativos ya vividos, y que asuma como alta su probabilidad de repetirse, o que se valore como pobre la capacidad personal de provocar consecuencias positivas y se

espere un desenlace negativo en todas las ocasiones.

#### 5.3.2.1.3. Pobre imagen social

De la misma forma que en estudios anteriores, los hombres deprimidos participantes del estudio se preocupaban excesivamente por la imagen social reflejada (Joiner, 2003; Wang et al., 2012) y el deterioro de la misma, incluso por encima de la preocupación expresada por las mujeres diagnosticadas con depresión quienes sienten que ser vistas como vulnerables es necesario para recibir ayuda y comprensión.

El temor de los hombres a que su imagen social se deteriore parece tener origen en la pobre percepción que tienen de sí mismos y de sus propias capacidades, pues esperan que los otros noten también las características personales negativas que a les resultan tan salientes a ellos mismos, y los predisponen a detectar más fácilmente información social negativa, a interpretar como negativa información imprecisa o neutra (Lester et al., 2011; Tran, Hertel y Joormann, 2011) y a recordarla más fácilmente debido a los sesgos cognitivos que alteran la adecuada percepción de las situaciones sociales de intercambio emocional y la reacción afectiva derivada de las mismas (Gollan et al., 2008; Gollan et al., 2012; Habel y Alter, 2011; Sánchez y Vázquez, 2012).

Esta incrementada sensibilidad social, que ya había sido asociada a depresión por otros autores (Wilhem et al., 2004), fue definida por Ellis y Rutherford (2008) como una forma de perfeccionismo social impuesto por la cultura, que para el caso de los hombres colombianos es transmitida como parte de la educación de forma directa a partir de mandatos explícitos y de forma indirecta a través de prácticas culturales dirigidas a hacerlo más competitivo, funcional y fuerte, en espera de que las asuma como propias y las incorpore en su espectro comportamental.

Y es precisamente este perfeccionismo socialmente orientado y dependiente de la valoración hecha por otros, el que ha sido ligado fuertemente tanto a depresiones más severas (Lim et al., 2012) como a la ideación suicida (O`connor, 2011; Ramussen et al., 2012) y a los intentos de suicidio (Egan et al., 2011; Franchi, 2010).

### 5.3.2.2. Síntomas afectivos

Entre los síntomas afectivos identificados en los hombres deprimidos participantes del estudio están la sensación continua de estar vacío, la impaciencia e intranquilidad matutinas; pero no la irritabilidad.

#### 5.3.2.2.1. Sensación de estar vacío

Los hombres deprimidos participantes en este trabajo no reportaron tristeza y melancolía, en su lugar refirieron *la sensación permanente de estar vacíos*, datos que resultan concordantes con reportes epidemiológicos previos de población masculina del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIHM por sus siglas en inglés, 2005).

Hallazgo que puede explicar, al menos en parte, la ausencia de una respuesta cognitiva dirigida a la reevaluación adaptativa de los eventos y de la propia respuesta, como se espera que ocurra de forma natural en la tristeza (Bonnano y Kaltman, 2001); y que en consecuencia tampoco se emitan conductas de reajuste comportamental (también propias de la tristeza) (Niemeyer, 2006) que le permitan reconocer, comprender y resolver la situación, o al menos reconocer la sensación misma de tristeza que se confunde con la de vacío.

Es indudable que sin tristeza no se puede vivir y responder de forma adaptativa ante los cambios que implican pérdidas y frustración, pues es a través de esta emoción que se revalúan las pérdidas, se otorga significado a los hechos y se modifica el curso del comportamiento, ya sea para evitar nuevas pérdidas o para ajustar la manera de afrontarlas.

Ya se ha demostrado que para que ocurra la autorregulación comportamental en casos de pérdida y frustración se requiere de la previa comprensión y reevaluación de los eventos (Welling, 2003; Clore y Colcombe, 2003) que se espera aumente con la experiencia y la educación emocional provista; pero en la sociedad colombiana se enseña a los hombres desde la infancia a reprimir, negar y evitar la tristeza, esto conlleva al desconocimiento de su naturaleza e importancia, y limita la posibilidad de aprender de las situaciones que los preparan para afrontar de forma adaptativa futuras pérdidas.

Incluso podría pensarse que la falta de habilidad para reconocer la tristeza hace que ésta se interprete como desprecio hacia sí mismo debido a la falta de capacidad personal y a la sensación de culpa propias de los esquemas negativos activados automáticamente cuando se analizan los eventos que ocurren y su relación con la baja capacidad personal de controlarlos; ya años atrás Bonnano et al. (1998) identificaron la fuerte relación de la sensación de culpa, las reacciones hostiles y el desprecio con estados permanentes de tristeza.

Al parecer los hombres, y debido a la cultura colombiana, pierden tanto la expresividad abierta de la tristeza como su valor comunicativo social, por ello no se obtiene ayuda y solidaridad; como se espera ocurra ante las señales de abatimiento expresadas por quien sufre, que se hacen notorias para el grupo social que lo puede ayudar y dar soporte (Ambady y Gray, 2002; Niemeier, 2006); de hecho los hombres

de las sociedades latinas que lloran y se deprimen son vistos como poco masculinos (Adinkrah, 2012), y en general no esperan obtener apoyo porque eso implicaría asumir socialmente la incapacidad personal o la culpa.

Pero aquí surge un problema crucial, pues si la base de la depresión es la tristeza y la melancolía tal como lo proponen múltiples autores (p.e., Bonnano et al., 2008; Viana y Andrade, 2012) y ello claramente se cumple en el caso de las mujeres deprimidas incluso en las que participaron en la presente investigación, cómo se garantiza que los síntomas masculinos descritos son debidos a la depresión y además reconocerlos como propios de esa condición psicopatológica en los hombres.

Indiscutiblemente una forma de ratificar que los síntomas descritos si son propios de la depresión, es que en la presente investigación se usaron varias medidas clínicas de reconfirmación que concuerdan en señalar que los hombres que hicieron parte de la población clínica que estaba realmente deprimida. Probablemente, la tristeza es un componente más de la depresión y no la base de la misma pero es necesario comprobar ésta hipótesis con nuevas investigaciones.

Otra forma de explicar que los hombres deprimidos no reporten tristeza, es que de la misma forma que otras emociones como la ansiedad, la reacción de tristeza ocurra de forma encubierta o no explícitamente manifiesta, y sus señales son indirectas, esto probablemente debido a la continua supresión de la misma debida a la evitación/negación permanente que les impide reconocer los cambios fisiológicos y estos son percibidos de manera difusa e interpretados bajo los autoesquemas disponibles de fortaleza y equilibrio, y finalmente la tristeza es experimentada como una *sensación permanente de vacío*.

Pero algunos de los resultados del presente estudio no van en la misma dirección del modelo ripartito, que plantea que en la depresión se disminuye la activación, la

energía y la aventura, todas expresiones del afecto positivo (Clark y Watson, 1996b), sin diferencias de género (Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín y Blalock, 1996).

Pero en los hombres parece que ocurre lo contrario pues se reporta de manera estable incremento en la actividad laboral social, sexual y una marcada tendencia a la aventura; es decir que el afecto positivo no es necesariamente bajo en este grupo de hombres deprimidos, como se ha encontrado en otras investigaciones que no hacen alusión al género como variable de control (Anderson y Hope, 2008; Echeburúa et al., 2000). Es decir que es posible que existan importantes diferencias en la expresión del afecto entre hombres y mujeres deprimidos que determinan el tipo de síntomas, la severidad de la depresión y por tanto el tipo de intervenciones que pueden resultar efectivas.

### 5.3.2.3. Síntomas conductuales

Como síntomas comportamentales se han definido todas las conductas que expresan depresión; así los hombres que padecen depresión buscan estar siempre ocupados para evitar pensar o sentirse mal; e invierten su tiempo en la realización de actividades como trabajar durante largas jornadas de forma intensa, en salidas con amigos o en la realización de actividades que les permitan experimentar sensaciones extremas. En la población objeto de estudio esta evitación conductual, es realizada a través del trabajo excesivo, el consumo abusivo de alcohol, la realización de actividades con los amigos y el involucramiento en actividades extremas independientemente del riesgo; y es característica de los hombres con estados depresivos severos acompañados de con alto riesgo suicida.

5.3.2.3.1. Conductas evitativas

Las conductas evitativas ya habían sido reportadas como síntomas de depresión en varones en varios estudios (Kilmartin, 2005; Laitinen y Ettorre, 2004; Lehti y Jonanson, 2010; Marmorstein y Iacono 2011; Simon y Nath, 2004), incluso en población colombiana (Álvarez y Londoño, 2012; Vargas et al., 2013). Esta tendencia evitativa en los hombres parece tener dos objetivos, uno de carácter cognitivo que es evadir la preocupación acerca del futuro y el otro de carácter emocional dirigido a minimizar la sensación displacentera de vacío que les provoca la depresión (Bennett et al., 2005).

En ésta misma dirección, el abuso en el consumo de drogas ha sido conceptualizado funcionalmente como un mecanismo de escape, pues se espera que sus efectos minimicen las sensaciones negativas que se experimentan a causa de la depresión (Martins y Goerlick, 2011); estudios como los de Green y Ritter (2000), Moscatto et al. (1997) y el de Marmorstein y Iacono (2011) apuntaron en la misma dirección de los resultados del presente estudio al respecto. En los hombres colombianos, es frecuente el uso y abuso de bebidas alcohólicas para disminuir tensión emocional, relajarse y olvidar los problemas, y se consume alcohol de forma abusiva con la expectativa de conseguir estos efectos (Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005; Valencia et al., 2009). Lo que es potencialmente nocivo es que el alcohol tiene efectos depresores del sistema nervioso que favorecen el incremento de la severidad del trastorno depresivo, empobrecen los resultados terapéuticos e incrementan el riesgo suicida (Glasner-Edwards et al., 2008; Worley et al., 2012).

En la lista de sustancias psicoactivas consumidas, en el segundo lugar se ubicaron los energizantes, que de acuerdo con la información obtenida en las entrevistas son usados para combatir el agotamiento producido por las largas jornadas de trabajo,

facilitar el desempeño en actividades deportivas y atenuar los efectos de la embriaguez; ya que éste es un problema creciente en Colombia (Cote-Menéndez, 2011).

También se ha planteado que la infidelidad, puede funcionar como una conducta evitativa, que ocurre para incrementar la conducta sexual ya que los efectos de los intercambios sexuales son reforzantes o por lo menos le ayudan a aliviar o liberar tensión (Echeburúa, 2012); aunque algunos autores la describen más como hipersexualidad asociada a trastornos bipolares (Angst, 1998; Nelson y Oehlert, 2008) aquí solo se trata de intercambios sexuales fuera de las relaciones estables de pareja o al cambio frecuente de pareja sexual sin que exista necesariamente compromiso emocional (Álvarez y Londoño, 2012).

Pero el cambio de parejas o los intercambios sexuales con diversas personas igualmente podría ser visto como una expresión de la tendencia a experimentar sensaciones y novedad, previamente identificadas como síntoma de depresión mayor en hombres (Cusker y Galupo, 2011; Fuss et al., 2010), sin que tenga el carácter evitativo que se le ha adjudicado. Durante las entrevistas los hombres mencionaron que este comportamiento obedecía más a la segunda funcionalidad que a la primera, pues evaluaban como pobre su relación de pareja y se reportaban poco satisfechos con ella; incluso que ya no había contactos sexuales con su pareja y por ello se buscaba a otras mujeres para ello. Hallazgos congruentes con los reportados previamente por Brom y Trovey (2009), quienes encontraron que la alta actividad sexual en hombres deprimidos era asumida como una forma de expresar la conservación de la capacidad sexual y el arrojo necesario para involucrarse en situaciones prohibidas.

Romi (2005) ya había notado que la actividad sexual con distintas parejas no necesariamente ocurre de forma planeadas por el hombre, sino debido al aprovechamiento de oportunidades que se presentaban sin que estos lo propiciaran

abiertamente. Para un hombre latino situaciones como la antes descrita representa una ocasión para validar su masculinidad, su poder y capacidad sexual; incluso podría ser que la infidelidad que ocurre durante la depresión tiene como función reafirmar la autonomía y la libertad que sienten pérdidas, y que desean recuperar. Pero es preciso no perder de vista el hecho de que en la expresión del comportamiento sexual el control de impulsos juega un papel preponderante, y en los hombres deprimidos parece estar mermado (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Kilmartin, 2005; Watkins, 2011).

Finalmente, cabe anotar que la baja introspección ha sido asociada tanto a pobre conciencia emocional de la tristeza como a alta evitación emocional y conductual, y estas a su vez han sido descritas como síntomas característicos de depresión en grupos de hombres (Kilmartin, 2005; Laitinen y Ettore, 2004; Lehti y Jonansson, 2010; Simon y Nath, 2004).

### 5.3.2.3.2. Cambios extremos de comportamiento

Una característica de los hombres que hacían parte de la muestra clínica de la presente investigación, fue la presencia de comportamientos inusuales o que se encontraban fuera del espectro conductual que había caracterizado a estas personas antes de haberse deprimido. Síntoma previamente registrado en un estudio con población proveniente de países industrializados Kilmartin (2005), por Álvarez y Londoño (2012) y Vargas et al. (2013) en población colombiana.

Para Kilmartin (2005) y Bowen et al. (2013) estas fluctuaciones ocurren debido a la inestabilidad emocional que es bastante frecuente en la depresión, pero que ha sido poco estudiada tal vez porque este no es un síntoma registrado por la mayor parte de los instrumentos tal como lo había señalado Mazer y Juruena (2013). Es posible pensar, que

los cambios de comportamiento y las fluctuaciones del estado de ánimo hacen que los hombres perciban como poco controlable su situación y refuerzan los esquemas de incapacidad y bajo control sobre las propias emociones.

### 5.3.2.3.3. Conductas autolesivas, ideación suicida y suicidio

En la muestra objeto de estudio se encontró que los hombres con depresión presentaban con mayor frecuencia conductas autolesivas, ideación suicida y riesgo suicida, principalmente en los que reportaron mayor severidad en este trastorno. En esta misma línea otros autores han encontrado que en los hombres con depresión mayor es frecuente la ideación suicida (O`connor, 2011; Ramusen et al., 2012), con intentos de suicidio en los casos más graves (Egan et al., 2011; Franchi, 2010) y suicidios efectivos con métodos más agresivos (Kilmartin, 2005).

Entre las conductas autolesivas reportadas durante la entrevista estaban la exposición voluntaria al riesgo en la realización de deportes extremos sin cumplir todos los requerimientos de seguridad, el abuso en el consumo y mezcla de drogas, conducir ebrio o tener relaciones sexuales sin usar medios de protección efectivos. Estas conductas autolesivas y para suicidas han sido vistas por Arsenault-Lapierre et al. (2004) como una expresión de ira hacia sí mismos, pueden ser realmente extremas y terminar en un suicidio.

Consumir drogas y no usar protección en el contacto sexual son conductas poco saludables, y no siempre tienen el carácter de ser autolesivas en estricto sentido, si es importante tener en cuenta que si bien personas sin depresión las realizan debido a estilos no saludables y sin la idea de provocarse daño; las personas deprimidas si presentan ira y enojo hacia sí mismos y las acciones negativas hacia sí mismos son de

alguna manera programadas.

#### 5.3.2.4. Síntomas interpersonales

Como ya se ha presentado, el grupo de hombres deprimidos presentó de forma distintiva un grupo de síntomas cognitivos, afectivos y comportamentales que tienen efectos no deseables en la forma como interactúa con los otros, en especial los cambios extremos de comportamiento y la inestabilidad emocional. Los hombres deprimidos a diferencia de las mujeres no disminuye actividad, ni se aísla del grupo social, pero tampoco busca soporte.

Mantiene actividades que implican en mayor o menor medida interacción con otros ya sea en el trabajo o en las actividades que realiza con sus amigos o en actividades deportivas. Pero podría pensarse que sus relaciones son superficiales y no implican la expresividad abierta de cómo se siente, como tampoco la búsqueda de soporte social pues no quiere ser visto como alguien incapaz, inútil o enfermo, tal como se ha hallado en estudios anteriores (Matud-Aznar, 2008).

La importancia otorgada a sentirse aceptado y bien evaluado, propia de los hombres deprimidos (Nahromi, Nazir y Gargarizar, 2012) en contraposición con los esquemas de autonomía y libertad (Lui y Alloy, 2010), genera emociones contradictorias que aumentan la inestabilidad emocional y provocan dificultades para sentirse ajustado socialmente y lograr adaptarse efectivamente. Sin embargo, dicha adaptación también depende del grado de competencia social con el que cuenta, de la importancia dada al intercambio social y a qué tanto se reconoce el valor de obtener soporte social familiar y profesional, y estos son aspectos que deben ser abordados en nuevas investigaciones al respecto.

De otra parte, y al igual que en tres estudios previos, dos realizados en población colombiana (Álvarez y Londoño, 2012; Vargas et al., 2013) y otro en población europea (Möller-Leimkühler y Yucel, 2010), las mujeres también presentaron algunos síntomas considerados propios de los hombres. Esto conduce a pensar que las diferencias en los síntomas no son debidas al sexo sino al género como expresión de factores culturales a través de la masculinidad/feminidad que cambian a través del tiempo, debido al impacto de transformaciones económicas, políticas y sociales que tienen impacto en la cultura y en los roles que deben asumir hombres y mujeres.

También pudo establecerse que existe un grupo de síntomas de depresión que parecen ser independientes del género y únicamente debidos al estado depresivo, que podrían corresponder a lo que Peñate et al. (2005) y Peñate et al. (2014) han llamado síntomas centrales de depresión (afecto triste, anhedonia y baja autoestima), y que su identificación facilitaría la diferenciación de los trastornos de alta comorbilidad, como la depresión y la ansiedad, entre otros. Pero los hallazgos en este estudio apenas permiten evidenciar la importancia de trabajar en el tema.

Los problemas de ajuste de los ítems diseñados para evaluar síntomas como problemas para dormir bien, ocupar el tiempo haciendo actividad física, sensación de inutilidad y consumo de alcohol hasta embriagarse, impiden concluir acerca de los síntomas allí incluidos; pero se propone conservarlos y ajustarlos para poder estudiarlos en el segundo estudio reportado en el presente documento.

En suma, los hombres no solo presentan casos más agudos de depresión con síntomas severos de evitación, autoimagen negativa, ideación suicida, pobre imagen social, y desesperanza que las mujeres, sino que exhiben un grupo de síntomas que pueden considerarse distintivos del grupo de pacientes que formó parte del presente estudio (Tabla 36).

Tabla 36. Lista de síntomas de depresión en hombres

<b>Tipo</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Detalle</b>
Cognitivos	Autoimagen negativa	Baja autoeficacia y sentimientos de inutilidad. Sensación de culpa y excesiva autocrítica
	Deseo de abandonarlo todo	
	Ideas y fantasía de muerte	
	Conductas autolesivas	Exposición a riesgo voluntario Abuso en el consumo de drogas
Afectivos	Ideación suicidas	Síntoma de severidad mayor
	Desesperanza	Pesimismo y preocupación constante acerca del futuro.
	Temor al de empobrecimiento de la imagen social	
	Sensación de estar vacío	
Comportamentales	Intranquilidad matutina y ansiedad	
	Conductas evitativas	Trabajo excesivo
		Búsqueda de sensaciones. Infidelidad
	Conductas autolesivas, ideación suicida y suicidio	Abuso en el consumo de drogas, sexo promiscuo sin protección, exposición voluntaria al riesgo.
	Cambios extremos del comportamiento que afectan la interacción social	Asociados a la inestabilidad emocional

### 5.3.3. Comparación de los síntomas DSM, CIE y la lista de síntomas masculinos

En el presente estudio se ha hecho evidente que los sistemas nosológicos DSM-IV-TR (2001) conservado casi en su totalidad en la quinta versión y CIE-10 (OPS, 2010), actualmente usados por psiquiatras y psicólogos como referentes en el diagnóstico de depresión en hombres y mujeres, no reconocen plenamente las diferencias de género, a pesar de que en su desarrollo se ha previsto que sea así, pues en los criterios diagnósticos allí compilados se consideran parcialmente los síntomas característicos de depresión en hombres como indicadores en algunas categorías diagnósticas, en otras son diametralmente opuestos a lo que se registra comúnmente en los hombres y algunos simplemente no están incluidos.

El *reducido autodomínio, pesimismo y desesperanza, sentimientos de inadecuación, eficacia general disminuida*, considerados síntomas de depresión en hombres, forman parte de los criterios diagnósticos específicos de Distimia, pero no de otros trastornos de estado de ánimo. Sin que se especifique la *frustración* y la *impaciencia* como una señal importante de depresión, aunque en los hombres deprimidos ambos son evidentemente clínicos (Calvete et al., 2008; Moore y Fresco, 2007; van den Boogaard et al., 2011; Zapata y Guiner, 2009).

Así mismo, en el DSM solo se tiene en cuenta la *ideación suicida*, y se evidencia en los análisis correspondientes a los reportes de depresión en hombres aunque existen otras *conductas autolesivas como abuso de drogas, promiscuidad y exposición voluntaria al riesgo* (Álvarez y Londoño, 2012; Arsenault-Lapierre et al., 2004; Kilmartin, 2005; Marmonstein y Iacono, 2011; Perelman, 2011).

Además en el DSM el síntoma afectivo de *tristeza* es el criterio diagnóstico de depresión más importante, y los hombres no reportan sentir tristeza durante el episodio depresivo sino que describen de forma más o menos consistente la *sensación de estar vacíos* (Ambady y Gray, 2002; Bonnano et al., 2008; Bonnano, Mihalecz y LeJeune, 1999; Cusker y Galupo, 2011; Niemeyer, 2006; Oliffe et al., 2010; Saiz-González, Rodríguez, García, Prieto y Saiz-Ruiz, 2009; Stromerg et al., 2010), además de fluctuaciones constantes en el estado de ánimo (Álvarez y Londoño, 2012; Bowen et al., 2013; Kilmartin, 2005; Mazer y Juruena, 2013).

En este sistema, también se incluye *aislamiento social y disminución de la actividad y la productividad*; opuestos en gran medida al *incremento del intercambio social emocionalmente superficial, exceso de trabajo y actividad en general, y realización de actividades de alta excitación*, previamente documentados en esta y otras investigaciones como síntomas presentes de forma estable en los casos de depresión en

hombres (Álvarez y Londoño, 2012; Bowen et al., 2013; Carvalho y Hopko, 2011; Fairholme et al., 2010; Fuss et al., 2010; Watkins, 2011).

Para el diagnóstico de distimia se incluye el *malestar clínicamente significativo o deterioro funcional general*, pero en hombres se expresa como sensación de intranquilidad o ansiedad matutina específicas (Moller et al., 2006; Moller-Leimkuhler, 2002) y no se puede considerar de forma global de deterioro funcional general sino en casos de gravedad extrema (Jahromi et al., 2012; van den Boogaard et al., 2011). Incluso, para ganar precisión diagnóstica en las descripciones de los criterios, que actualmente enmarcan más fácilmente expresiones femeninas de depresión, podrían incluirse especificaciones más detalladas que incluyan los aspectos más importantes de la depresión en hombres.

Entonces todo apunta a contestar de manera afirmativa a la pregunta de que sí existen síntomas de Depresión Masculina que no han sido identificados bajo el sistema nosológico DSM-IV-TR (APA, 2002) y CIE-10 (OPS, 2010) y que los criterios diagnósticos pueden ser ajustados para mejorar su alcance en la detección y diagnóstico de depresión en los hombres. Aunque aún es preciso conducir estudios transculturales que permitan contrastar si los resultados obtenidos en este estudio son generalizables a otros grupos poblacionales.

### 5.3.3. Factores asociados con la depresión

Si se analiza de forma superficial es claro que los factores asociados a la depresión en hombres y mujeres son prácticamente los mismos: El tipo de afrontamiento, el funcionamiento familiar, los antecedentes familiares de enfermedad mental y los eventos estresantes; pero si se observa en detalle estos factores tienen componentes

específicos que interactúa de forma diversa en hombres y mujeres. Aquí ahondaremos en los factores asociados a la depresión en hombres porque es el objeto de la investigación.

En este estudio se determinó que entre los factores asociados a la aparición y mantenimiento de depresión en hombres se incluyen la disfunción familiar combinada con alto soporte familiar percibido y antecedentes familiares de enfermedad mental en general; la ocurrencia durante el último año de un número alto de acontecimientos estresantes de impacto psicológico moderado de medio combinados con uno de alto impacto como la pérdida del trabajo, la muerte de un amigo íntimo o la obtención de un logro personal importante; el afrontamiento que combina evitación extrema, alta autculpabilización, alta fantasía y baja solución de problemas; el abuso en el consumo de drogas como el alcohol y energizantes, y la insatisfacción con la vida en general, pero particularmente con las condiciones y oportunidades laborales, de salud y familiares.

En contraste, en las mujeres los factores asociados incluyen de igual manera la disfunción familiar pero acompañada de bajo soporte familiar percibido, y antecedentes familiares de enfermedad mental en especial de depresión; la ocurrencia en el último años un número menor de eventos vitales estresantes con impacto psicológico alto en especial si se incluían entre ellos el embarazo que siempre fue evaluado como extremadamente impactante y/o problemas legales; la tendencia a afrontar el estrés con autculpa extrema, alta evitación, constante búsqueda de soporte social y alta fantasía; el abuso en el consumo de drogas como pastillas para dormir y cigarrillo; y menor satisfacción en la calidad de sus relaciones familiares. Pero nos compete analizar aquí los factores asociados a la depresión en hombres y nos concentraremos en ello en adelante.

Entre los factores asociados a la aparición de la depresión tal vez el más claramente asociado entre todos ha sido el pobre funcionamiento familiar (OMS, 2012; Wang et al., 2013), las constantes peleas, la falta de comunicación entre los miembros, el uso permanente de críticas y juicios de valor negativos sobre el comportamiento de los miembros del núcleo familiar (Vallejo et al., 2008) y en ocasiones la existencia de conductas violentas en la pareja o hacia los hijos afectan la vivencia familiar y ello a su vez impacta a quienes hacen parte de la familia.

En oposición a los hallazgos de estudios previos en los el bajo soporte familiar percibido y real se ha asociado a depresión, estrés y disminución de la estima personal (Baena et al., 2005; Heponemi et al., 2006; Palomar y Cienfuegos, 2007; Sanders y Mac Carthy, 2005); en la presente investigación es la percepción de alto soporte la que parece provocar estrés y depresión, probablemente debido a que para los hombres latinos recibir ayuda de otros en especial de la pareja y los hijos significa la disminución de la privacidad, la autonomía, la independencia, la autovaloración y la sensación de autoeficacia personal, pues su rol es proteger, ayudar y sostener a su familia, y no lo contrario (Hankin 2010; Jahromi et al., 2012; Lui y Alloy, 2010) y se preocupa por la imagen que su familia tiene de él (Joiner, 2003; Wang et al., 2012), especialmente porque en América latina el hombre aún es visto como la base del sustento económico de la familia (Gala et al., 2007).

Incluso es posible pensar que los hombres no quieren perder su role de protector, y que como consecuencia se deteriore su imagen social, pues perder estatus puede provocar sensación de culpa y la sensación de incapacidad se incrementa hasta el punto que se afecta la autoeficacia. Esto podría explicarse si se asume la pre-existencia de esquemas negativos que hacen vulnerable a los hombres, que hace que se dé una evaluación sesgada acerca del comportamiento de su familia (Gollan et al., 2012; Wisco

y Nolen-Hoeksema, 2010) que provoca alta reactividad, ya que se detecta como negativa cualquier información derivada de la interacción familiar (Sanchez y Vázquez, 2012).

Sin embargo, se requiere indagar con más profundidad al respecto para determinar los motivos que llevan a los hombres que perciben alto apoyo a reportar depresión, ya que no se puede perder de vista que éste es un estudio de corte transversal, y no es posible tener certeza sobre si el apoyo ofrecido por la familia ha sido siempre estable o si más bien el diagnóstico de enfermedad mental es el que ha provocado que la familia se concentre en el cuidado de su protector.

Por otro lado, se encontró que el reporte de antecedentes familiares de enfermedad mental en la familia inmediata y el reporte de depresión; a este respecto hay suficiente evidencia anterior a favor de su existencia, pero resulta difusa pues aún no se ha comprendido del todo la relación entre ciertas condiciones estructurales y la herencia de un trastorno específico (Akiskal y Benazzi, 2006; Alcaro et al., 2010; Barnett et al., 2011; Callado et al., 2008; Franic et al., 2010; Nestler et al., 2012; Opmer et al., 2010), y ello facilita la conclusión a favor de que los antecedentes familiares de enfermedad mental predisponen a la persona a padecer un trastorno mental, entre los que se cuenta la depresión. Pero no se puede perder de vista que aquí solo se ha estudiado la existencia de dichos antecedentes a partir del autorreporte y esto da un límite importante a las conclusiones que al respecto se saquen.

Respecto a los acontecimientos vitales estresantes se determinó que para el grupo de hombres deprimidos la ocurrencia consecutiva o simultánea de estresores con impacto psicológico moderado estaba asociada a la aparición y mantenimiento de la patología. Es suficiente la evidencia de que la ocurrencia durante el último año de un número alto de acontecimientos estresantes de impacto psicológico medio potencia

mutuamente su efecto estresógeno (p.e., Monroe y Hadjiyannkis, 2002; Sterner Kalynchuck, 2010; Zoy et al., 2012), especialmente si se combinan con una situación de alto impacto pueden provocar depresión como ocurre en el grupo clínico de estudio conformado por hombres.

El efecto acumulativo del estrés ha sido motivo de varias investigaciones y de forma estable se ha asociado a la aparición de trastornos del estado de ánimo; pues la exposición a estrés moderado pero crónico deteriora tanto la percepción de capacidad de afrontamiento como los recursos reales con los que se cuenta para hacerle frente (Almeida et al., 2011; Zoy et al., 2012; Steiner y Kalynchuck, 2010).

Ya que se no permite que la persona reaccione ante el evento y se recupere para afrontar nuevas situaciones que sobrevienen una tras otra, sino que en medio del impacto ocurre otra situación cuyo efecto compite con la recuperación y el restablecimiento del equilibrio y la persona se agota (Zhang y Meaney, 2010), pues la presencia simultánea o consecutiva de acontecimientos estresantes potencia el efecto estresante de los mismos (Oliva et al., 2008).

Una vez más se confirma la vigencia del modelo transaccional del estrés en el que plantea que el estrés psicológico depende del balance existente entre las características del evento y los recursos personales de afrontamiento. De una parte, está la capacidad estresógena del evento o de los eventos acumulados que se han tenido que afrontar, que en los hombres participantes en el estudio fueron en promedio más de cinco acontecimientos estresantes de impacto medio, uno de alto impacto en buena parte de los casos (perder el trabajo o que se deterioren las condiciones laborales) en el último año sumados al estrés cotidiano que debían afrontar.

Y de otra, obedece a la mediación que se hace la autovaloración de los recursos, que para la población en mención parece que ya era negativa desde antes del inicio del

episodio de depresión. Ya que lo que provoca el estrés y determina el impacto es el grado de desbalance existente entre los altos requerimientos del entorno y la baja capacidad autoevaluada de hacerles frente (Barcelata et al., 2011; Barrett y Turner, 2005; Lazarus y Folkman, 1984;).

Aunque evidentemente el impacto psicológico o magnitud del año de cada evento es dependiente de la valoración individual, ya otros autores habían reportado que la mayor cantidad de eventos incrementa la reactividad al estrés y aumenta la probabilidad de que ocurre un desajuste emocional, en especial si la persona valora como limitados sus recursos (Myers, 2006; Folkman, 2001). En esta línea, Ordaz y Luna (2012) relacionaron específicamente estrés crónico al surgimiento de la depresión.

No se puede perder de vista que las diferencias en el impacto psicológico de las situaciones estresantes dependen de la vivencia interoceptiva del evento, del grado de conciencia acerca del mismo y del impacto personal que este tiene (Ordaz y Luna, 2012), la magnitud de la pérdida está asociada tanto a los cambios que provoca en la vida cotidiana de quien vive el evento, y este impacto se acentúa cuando la persona no recibe soporte (Cameron et al., 2010; Plotzker et al., 2007; Domínguez y Watkins, 2003) ya sea porque no dispone de él o porque rehúsa solicitarlo probablemente porque requiere de reconocimiento social positivo (Hewitt et al., 2008) asociado al ya descrito perfeccionismo social de los hombres que les ha sido impuesto (Ellis y Rutherford, 2008).

Entre los eventos de mayor impacto psicológico reportados por los hombres, estaban el cambio de las condiciones laborales (pérdida del trabajo principalmente) y la muerte de un amigo íntimo.

La evidencia previa apunta en dirección del primero pero no del segundo, ya que Boland y Keller (2002) y más recientemente Abramson et al. (2012) observaron que

perder el rol o estatus laboral limita la expresión de habilidades y el despliegue de la capacidad productiva, y por ello genera depresión especialmente en los hombres. Por su parte Hidaka (2012) registro que los problemas económicos en hombres y mujeres pero especialmente en los hombres, en este caso debidos a la falta de empleo o a que se tiene un empleo mal remunerado generan depresión, pues reducen la capacidad de afrontar otros estresores debido a que como hombre debe concentrar su esfuerzo en suplir las necesidades básicas propias y las de su familia (Baena et al., 2005; Palomar y Cienfuegos, 2007).

Es comprensible que los problemas económicos y aún más los que se derivan de la falta de empleo o de un buen empleo deterioren la salud mental de los hombres, ya que las oportunidades de trabajo en Colombia son cada vez más limitadas y las que existen están mal remuneradas o no ofrecen las garantías laborales esperadas; por ello para quien se encuentra desempleado el panorama no es benéfico máxime si se es proclive a la depresión. Pero es de suma importancia anotar que aún en sociedades industrializadas, en donde el desempleo no es un problema mayor que afecte a la población, se registra incremento de casos de depresión (Penn et al., 2011), hecho que reconfirma plenamente que no solo es el efecto provocador de estrés de la pérdida del empleo el que genera depresión en éste y otros grupos poblacionales.

Por otro lado, la pérdida de un amigo íntimo no había sido reportada previamente como una situación de alto impacto psicológico, más bien en su lugar se había identificado que la pérdida de la pareja era un evento altamente estresante (González García, 2005); al respecto varios autores habían concluido que el ambiente social funciona como mediador del impacto de los acontecimientos estresantes (Mejía y Castillo, 2011; Monroe y Hadjiyannakis, 2002; Sandín, 2003),

Pero es difícil ahondar en el análisis al respecto sin caer en el terreno de la

especulación, ya que son muchas las preguntas que surgen, de una parte es importante determinar si ha cambiado la valoración de los eventos y ello indica que el impacto valorado de estos está mediado por la cultura y el momento histórico en el que ocurren, en qué condiciones ocurre la muerte del amigo; además de la pérdida del amigo el impacto está dado por la pérdida de la posibilidad de realizar actividades sociales que le permitían distensionarse; proveen más soporte social a los hombres los amigos que su pareja; y estas cuestiones deben ser abordadas en nuevas investigaciones que arrojen datos más concluyentes.

En la muestra de estudio la depresión se asoció en la totalidad de los casos a la ocurrencia de eventos estresógenos y durante la entrevista los hombres reconocieron que la aparición de los síntomas ocurrió inmediatamente después o durante la ocurrencia consecutiva de múltiples situaciones estresantes; es decir que se asume que su depresión era reactiva. Hecho que va en la misma dirección que los hallazgos de importantes estudios metanalíticos como el Bodgan et al. (2013) que permitió establecer que en más del 80% de los casos el evento depresivo había sido desencadenado por acción de situaciones estresantes.

Respecto del afrontamiento como facilitador de depresión en los hombres se definió que la tendencia a reaccionar de forma evitativa ante los eventos estresantes, acompañada de propensión al uso de explicaciones basadas en argumentos autculpabilizantes por la ocurrencia de dichos eventos, de la predisposición a pensar en que ocurrirán soluciones mágicas y de la tendencia a no actuar frente a los problemas.

Tres de los cuatro componentes de esta forma de afrontar el estrés están concentrados en aliviar la emoción más que en resolver la situación, que resulta adaptativo si los eventos ocurridos son de bajo control y la persona debe centrar su atención en el alivio de la emoción para ajustarse efectivamente a los cambios. Pero si

por el contrario la situación afrontada es altamente controlable, se espera que la persona dirija su acción a resolverla.

Por el contrario los hombres deprimidos parecen tener la tendencia a centrarse en el alivio de la emoción de forma indirecta evitando sistemáticamente pensar en el problema y cuando lo visualizan tienden a usar argumentos internos de culpa para explicarlos o fantasean con la existencia de soluciones mágicas para el evento. El afrontamiento emocional implica la reevaluación del evento (reconocer y comprender para resolver) es necesaria para lograr el ajuste y es considerada adaptativa excepto cuando lo que predomina es la evitación como en este caso.

De acuerdo con la evidencia existente, cuando se evita no ocurre la reevaluación natural del evento y se disminuye la respuesta analítica que permite reconocer, comprender y resolver los problemas (Carvalho y Hopko, 2011; Niemeyer et al., 2006). En este caso, los hombres limitan el análisis a la culpa y la fantasía por ello las decisiones se postergan o son tomadas usando argumentos derivados de esquemas disfuncionales que surgen de forma automática cuando no se hacen análisis, así que los esquemas se refuerzan y los problemas persisten hasta que la situación se vuelve compleja y sobreviene la depresión.

Existe evidencia empírica reciente que señala la misma dirección, como la publicación de Hernangómez Criado (2012) en la que se reporta que acontecimientos estresantes activan esquemas disfuncionales asociados a las preocupaciones específicas de las personas, que dan lugar a estilos de afrontamiento congruentes con creencias que también pueden ser disfuncionales, y las personas explican las situaciones de forma automática. Varios autores han señalado que cuando se activan esquemas negativos como el de autculpa se potencia el impacto de los eventos (Alloy et al., 2006; Klieman y Riskind, 2012; Safford et al., 2007), así como el riesgo de depresión y suicidio

(Blackwell y Holmes, 2010).

Además, ya se había identificado que el afrontamiento evitativo incrementa el riesgo de depresión, la severidad con que se presenta, la cronicidad y recurrencia del trastorno (Alloy et al., 2006; Iacovello et al., 2006); esto seguramente debido a que evitar pensar en los eventos no permite que ocurra la autorregulación emocional producto de la reevaluación conductual y cognitiva, hallazgos que pueden sustentar ésta idea son los de Fairholme et al. (2013) y Detweiler-Bedell, Friedman, Leventhal, Miller y Leventhal (2008), quienes demostraron que la fuente de la aceptación de los problemas es la reevaluación, y que cuando no ocurren las personas tienden a posponer su solución y como efecto se agravaba la situación.

Adicionalmente, el abuso en el consumo de drogas como el alcohol y energizantes (sustancias psicoactivas) que se encontró asociado a la depresión y al aumento de la severidad de los síntomas en el grupo de hombres con depresión, va en el mismo sentido que los hallazgos de Essau et al. (2010) y Martins y Gorelick, (2011) que relacionan estrechamente el consumo de cualquier tipo de drogas con la aparición y el incremento de la severidad de los estados depresivos.

Pero específicamente sobre el abuso en el consumo de alcohol los hallazgos no consistentes con los datos obtenidos en el metanálisis realizado por Conner, Pinquart y Holbrock en 2008 pues éste no encontró estabilidad en los reportes que asociaban el consumo abusivo de alcohol a depresión en población proveniente de países industrializados; pero es concordante con los resultados reportados por García-Estrada et al. (2012) y Madruga et al. (2012) al respecto.

Consumir alcohol es una forma evitativa de asumir las situaciones, ya que el pensamiento analítico se ve afectado mientras dura el efecto de la intoxicación alcohólica y la persona se relaja. En Colombia, y en el mundo, el alcohol es una práctica

cultural más relacionada con el hecho de ser hombre, aunque ocurre cada vez con más frecuencia en las mujeres, y se usa como facilitador del intercambio social; sin mayor control sobre la cantidad bebida pues lo que se busca es precisamente no pensar y desinhibirse (Cote, 2007; Londoño et al., 2005).

Pero al respecto aún se mantiene la discusión acerca de la estrecha relación entre consumo de drogas y depresión, pues no es claro si el consumo excesivo de drogas es el que deteriora el funcionamiento emocional y provoca la depresión; o son las condiciones emocionales y afectivas del hombre lo que lo lleva a usar y abusar de las drogas.

Existe evidencia en ambos sentidos, en primer lugar están los estudios acerca de la historia previa de depresión y consumo (Angst et al., 2006; Green et al., 2012; Leventhal et al., 2008; Marmorstein y Iacono, 2011) y en segundo los que apuntan a que abusar de las drogas predispone a desarrollar un trastorno depresivo (Essau et al., 2010; Conner, Pinquart y Holbrook, 2008); pero la mayor cantidad de la investigación se limita a estudiar el impacto de la comorbilidad sin determinar causalidad ni la dirección de la misma (Conner, Pinquart y Gamble, 2008; Gomes et al., 2012; Madruga et al., 2012; Martins y Goerlick, 2011; Sánchez-Moreno et al., 2012) incluso se ha identificado la existencia de factores de riesgo compartidos que podrían explicar su comorbilidad aunque no la relación de predisposición sugerida previamente.

Finalmente, la insatisfacción con la vida en general pero particularmente con las condiciones y oportunidades laborales, de salud y familiares del grupo de estudio se asociaron al reporte de depresión en el mismo; que de nuevo ponen de manifiesto la importancia que estos le dan en primer lugar a su vida laboral ya que ésta les brinda la posibilidad de mantener el estatus social que se les confiere de proveedores y protectores en el grupo familiar, y les permite realizar las metas personales que como ya

se ha discutido son en gran medida definidas por la cultura.

La insatisfacción con la salud, puede ser explicada desde dos perspectivas ambas con soporte empírico, una en la que el incremento de reportes de quejas somáticas propio de los estados depresivos disminuye la percepción de bienestar somático (Bennett et al., 2005; Ros Montalban et al., 2009; Tamayo et al., 2007; Van de Velde et al., 2010) y la otra que es precisamente el deterioro de las condiciones de salud el que provoca la aparición y agudización de síntomas de depresión (Khaled et al., 2012; Meltzer et al., 2012; Ninot et al., 2010; Norwood, 2007; Nuevo y Ayuso-Mateos, 2011). Pero el hecho de que éste y otros estudios hayan tomado medidas transversales limita de nuevo los alcances de las conclusiones al respecto.

Finalmente el modelo empírico es consistente con los resultados previamente discutidos, en primer lugar el agotamiento de respuesta ocurrido por la mutua potenciación del impacto psicológico generan reactividad evitativa antes el estrés; reactividad que se conjuga con la tendencia evitativa cognitiva y comportamental de los hombres ante los problemas expresada en el incremento de la actividad laboral y social con los amigos, y en el uso de argumentos de culpabilidad que son resueltos a través de la fantasía acerca de la ocurrencia de soluciones mágicas, y que al combinarse con la tendencia a posponer la solución de problemas; que se potencian si se vive en un ambiente familiar caótico y con dificultades en la comunicación el pobre funcionamiento familiar; y conjugados provocan, mantienen y agudizan la depresión en el grupo de hombres participantes del estudio.

### 5.3.4. Limitaciones

Aunque a lo largo de la discusión se han señalado algunas de las limitaciones del

estudio, aquí se pretende hacer un compendio crítico de las mismas. Para empezar, tal vez la principal de este y de muchos otros estudios, es que se pretendió englobar como un solo constructo varias formas de “depresión” bajo la idea de que todas corresponden a una forma de depresión clínica, aunque cada una corresponda a las diversas expresiones de lo que se ha denominado trastornos del estado de ánimo; por tanto se requiere nuevos estudios específicos que además de reconocer cada tipo de trastorno de forma particular y analizar el grupo de síntomas que los caracterizan, expresión de los síntomas de acuerdo con cada tipo de trastorno, permitan identificar como se expresan diferencialmente en hombres y mujeres.

Otra limitación tiene que ver con la concordancia no estricta entre el CDH, el MINI en especial en los casos más severos, y se esperará que las entrevistas sean más precisas que los cuestionarios de autodiligenciamiento, hay varios los motivos por los que pudo haber ocurrido esto. A pesar de que se realizó entrenamiento conjunto de los auxiliares y asistentes de investigación, la aplicación de los cuestionarios fue llevada a cabo en condiciones cualitativamente distintas y por profesionales con diversos niveles de entrenamiento con mayor o menor habilidad para estimular el reporte abierto de sus síntomas; entonces en nuevos trabajos y para controlar de alguna forma ésta variable puede delimitarse el tiempo mínimo de experiencia y un nivel mínimo de formación exigido a fin de intentar unificar el nivel de competencia profesional y conocimiento de quienes remiten y entrevistan.

Para seguir en la línea de la evaluación de las limitaciones, es preciso comentar que aunque la hostilidad y el comportamiento agresivo son expresiones del afecto frecuentes en hombres y son reconocidas como parte del afecto por Anderson y Hope (2008) y consideradas expresiones indirectas de tristeza y frustración, Álvarez y Londoño (2012) no las incluyeron en la lista de síntomas usadas como base para elaborar el CDH; esta es

una limitación del instrumento usado en el presente estudio que debe ser superada en nuevas investigaciones que ahonden en el tema, en especial si se tiene en cuenta que Colombia reporta altos índices de violencia que es ejercida en la mayoría de las ocasiones por los hombres (Acciones subversivas, homicidios, secuestros, violencia de pareja y contra los hijos) [Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2013].

También hay que tener en cuenta que el hecho de que los hombres hayan presentado depresiones más severas con puntajes más altos en las escalas, puede deberse más que a la existencia de diferencias en la severidad sino a la menor expresividad y baja conciencia emocional que parecen caracterizar a los hombres con depresión; ya que ello pudo haber retrasado el proceso de evaluación.

Por el contrario, en las mujeres la alta expresividad emocional pudo haber facilitado el inicio de la recuperación debida al menos al incremento de la sensación de soporte; incluso solo se sabe pidió que los pacientes fueran remitidos antes de iniciar cualquier tratamiento pero no se indagó sobre el tipo de relación establecido con el terapeuta, las estrategias de recolección de información usadas ni la cantidad de sesiones adelantadas, aunque todas ellas pueden tener algún efecto terapéutico que haya alterado las medidas tomadas. En próximos trabajos se deben registrar y controlar el tiempo de trabajo, el número de sesiones de evaluación, las estrategias usadas en la evaluación, e incluso si la persona consultaba por primera vez, si había sido remitido por otro profesional y si la historia previa de salud mental.

Finalmente, ya que los casos fueron remitidos en un lapso de 5 meses, algunos más próximos al fin de año y las vacaciones de mitad de año, tiempo en el que se incrementa la consulta por enfermedad mental, algunos de los casos fueron abordados meses antes que los otros, pero ya que la población es difícil de ubicar ésta siempre será una limitante difícil de sortear.

### 5.3.5. Futuras direcciones

A raíz del presente estudio surgen muchas preguntas, por ejemplo cómo explicar de forma suficiente las divergencias encontradas en los síntomas de depresión entre hombres y mujeres; es preciso saber si las diferencias se deben a la expresión del género y no a las condiciones estructurales definidas por el sexo como se propone en este trabajo. Incluso cabe preguntarse si las diferencias que parecen haber entre hombres y mujeres respecto de la depresión son constantes en otros grupos poblacionales con distintas prácticas culturales, condiciones ambientales, económicas y políticas; y si las diferencias vistas desde las perspectivas transdiagnósticas se mantienen.

Así mismo, la confirmación del sesgo métrico por género requiere de nuevos estudios poblacionales en los que se comparen hombres y mujeres, a fin de definir cuales ítems podrían resultar improductivos en la prueba, en especial los dos que mostraron funcionamiento diferencial de ítems favorable a las mujeres que son el deseo de abandonarlo todo y la búsqueda de sensaciones extremas; y determinar cuáles pueden ser considerados síntomas comunes o centrales, y cuáles son específicos por género.

Así mismo, es preciso analizar el efecto o impacto de los síntomas desde una perspectiva de severidad, comparando la expresión de acuerdo con los trastornos específicos; y para ello es necesario ahondar en el desarrollo de medidas de depresión que permitan tener una mirada tridimensional de frecuencia, intensidad y severidad o grado de afectación en los casos de depresión en hombres y mujeres.

La concordancia entre las técnicas de evaluación es un indicador de la capacidad de detección del CDH de depresión en hombres, con ciertas limitaciones y necesidades de ajuste para mejorar su detección de casos de depresión mayor aún en hombres; por ello es importante analizar a través de estudios cualitativos las connotaciones semánticas de

los términos usados en los cuestionarios y sus posibles diferencias por región, sexo y nivel de depresión.

Aunque no se consideran los síntomas somáticos dentro del CDH, si se evidencia que tanto hombres como mujeres deprimidas reportan en el último año más frecuentemente como regular o mala su salud, refieren mayor número de dolores ubicados en distintas partes del cuerpo y reportan mayor cantidad de incapacidades (paros) debidas a salud; sin embargo estas medidas son imprecisas y debe ahondarse en nuevos estudios que permitan describir y comprender si existen diferencias al respecto entre hombres y mujeres, y cuál es su impacto en el diagnóstico, curso y recuperación.

Finalmente, sin lugar a dudas el mayor uso de los procedimientos de análisis psicométricos más robustos como la teoría de respuesta al ítem y sus bondades en el campo educativo, demuestra el potencial enorme de uso en el campo clínico, en el que se requiere de alta precisión en las medidas ya sea de cribado, diagnóstico, de investigación o de seguimiento de efectos de los tratamientos, que orientan las decisiones de los profesionales sanitarios y de quienes están encargados de formular las políticas sanitarias sociales al respecto, aún en el presente son limitados los estudios clínicos que hacen uso de dichas comparaciones.

Por otra parte, y tal y como se mencionó al inicio de este trabajo, es deseable conocer si los procesos tanto intrapersonales (el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, rumiación y preocupación) como interpersonales (déficit interpersonales) y las estrategias de regulación de las emociones: 1) ¿Existen diferencias de género en esos procesos y en las estrategias de regulación emocional usadas por cada uno?; 2) ¿los procesos y las estrategias de regulación emocional se relacionan de la misma manera con psicopatología en hombres y mujeres?; y 3) las diferencias de género en los procesos y en las estrategias de regulación emocional explican las diferencias de género

en algunos trastornos psicopatológicos?.

Por otra parte, dado las diferencias en depresión entre hombres y mujeres y el grado de comorbilidad de la primera, es deseable conocer si algunos de los procesos o estrategias de regulación emocional son transdiagnóstico según el género

### 5.3.6. Implicaciones clínicas

Si se asume que instrumentos como el BDI (en sus dos versiones) y el Zung que son los cuestionarios más usados en cribado, diagnóstico e investigación en Colombia (Campo-Arias, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes y Barros-Bermúdez, 2005) son menos sensibles a detectar depresión en los hombres, se requiere hacer estudios de sesgo métrico con ello e incorporar el CDH como nueva medida sensible a las diferencias de género de tal manera que se facilite la detección, evaluación y seguimiento adecuado de los casos de depresión en hombres; y proveer educación y entrenamiento al respecto a los profesionales responsables.

En el caso específico del riesgo suicida, el CDH podría ser usado para el cribado en poblaciones consideradas de alto riesgo como las fuerzas armadas, la policía, población adulta y grupos de hombres con enfermedad crónica.

Además, aceptar la diferencia de síntomas masculinos conlleva al desarrollo de nuevas estrategias de intervención acordes con sus necesidades y características específicas; una terapia centrada en el incremento de actividad no parecería ser la mejor manera de fomentar el incremento de la introspección y promover la autorregulación emocional; si no que más bien puede reforzar las conductas evitativas y provocar el alivio emocional pero no la recuperación real.

### 6.3.5. Conclusiones

- En primer lugar, el Cuestionario de Depresión en Hombres puede ser considerado una medida válida para evaluar depresión, ya que cumple con suficiencia los principios de unidimensionalidad, separación e independencia requeridos; cuenta con un nivel de sensibilidad y especificidad adecuados, y los ítems están ajustados pues alcanzan un buen nivel de funcionamiento. Aunque aún es preciso ajustar algunos ítems, reconfirmar los hallazgos métricos en población masculina general y trabajar en el desarrollo de un aversión breve que incremente su utilidad clínica e investigativa.
- En segundo lugar, existe un grupo de síntomas de depresión masculina que no son descritos de manera precisa en los sistemas DSM y CIE-10, ya que al comparar la lista resultante y los criterios incluidos en estos sistemas se encuentra que algunos de los síntomas son considerados como señales específicas de uno u otro trastorno y en los hombres deprimidos que participaron se presentaban casi de forma general, otros síntomas se describen de forma diametralmente opuesta y otros no son incluidos.
- En tercer lugar, el Cuestionario de Depresión en Hombres puede ser usado con confianza en población masculina en la detección de nuevos casos, la reconfirmación diagnóstica y en trabajos investigativos que pretendan ahondar sobre el tema de la depresión y el género.
- En cuarto lugar, existen diferencias entre hombres y mujeres en los síntomas que denotan depresión, y esta diferencia parece deberse más que a las condiciones estructurales definidas por el sexo biológico a las características y expresividad cultural del género, pero los hallazgos no son del todo concluyentes.

- En quinto lugar, los hombres presentan depresión más severa y con mayor riesgo suicida que las mujeres, y los hallazgos al respecto son concordantes con la medida de oro utilizada.
- En sexto lugar, los síntomas de depresión masculina pueden resumirse en autoimagen negativa caracterizada por sensación de incapacidad y baja autoeficacia, culpabilidad, sentimientos de inutilidad; la presencia pensamientos asociados con formas de terminar con su vida, fantasías de no despertar, deseos de abandonarlo todo y conductas autolesivas (consumo de drogas, contactos sexuales sin protección); desesperanza y frustración con ideas de falta de posibilidades de realizarse como persona y presentimientos negativos acerca del futuro; fluctuaciones constantes en el estado de ánimo, sensación de estar vacío, ansiedad matutina e impaciencia y búsqueda de sensaciones extremas aunque se ponga en riesgo la vida e intercambios sexuales con diversas parejas sin importar el compromiso; dificultad en la toma de decisiones: Incremento evitativo en la realización de actividades como trabajar en excesos y realizar actividades con los amigos de forma intensa o el consumo de drogas para aliviar la sensación constante de inadecuación, Además de cambios agudos de comportamiento, establecimiento de relaciones sociales emocionalmente superficiales y dificultades en el intercambio social.
- En séptimo lugar, respecto de los factores asociados a la depresión en hombres es posible afirmar que la exposición a repetidos eventos estresantes de nivel de impacto moderado (factores ambientales); el pobre funcionamiento familiar y el alto soporte familiar percibido (factores sociales); la tendencia al afrontamiento de tipo mixto compuesto por evitación extrema, autoculpabilización, fantasía y baja resolución de problemas, la pobre satisfacción con la vida en especial en las

áreas laboral, económica y de pareja, y uso abusivo de alcohol y energizantes (factores psicológicos).

- En último lugar, es preciso seguir ahondando en la comprensión de la depresión en general, y en particular en población masculina ya que los hallazgos obtenidos en éste estudio aunque importantes aún deben ser considerados como exploratorios.

6. ESTUDIO 2: VALIDACIÓN NACIONAL DEL CUESTIONARIO DE  
DEPRESIÓN EN HOMBRES, PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MASCULINA Y  
DE FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS

En esta etapa se pretende evaluar la prevalencia del trastorno en hombres colombianos e identificar qué factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales son predictores de DM y de su agudeza.

6.1. Método

6.1.1. Diseño

La primera parte de este segundo estudio era de corte psicométrico con fines de validación, en el que se pretendía evaluar si las condiciones psicométricas del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH) de fiabilidad y del funcionamiento de los ítems, obtenidas en el primer estudio, se conservaban. En la segunda parte, con los mismos datos y otros complementarios se hizo un estudio de tipo epidemiológico para identificar la prevalencia de corte de depresión en hombres reportada entre los meses de agosto y noviembre de 2013; y en la tercera parte se adelantó un estudio correlacional descriptivo con análisis de corte multivariante en el que se pretendía identificar y describir los factores ambientales, culturales, sociales y psicológicos asociados a la depresión en hombres.

### 6.1.1. Participantes

La muestra no aleatorizada y estratificada por edad y lugar de procedencia estaba conformada por 2200 hombres que fueron abordados por grupos de 15 a 35 personas en empresas, instituciones de educación (media vocacional y superior), entidades gubernamentales y no gubernamentales que concedieron el permiso y dispusieron del tiempo y lugar necesarios para la aplicación. De esa muestra inicial 1525 hombres aceptaron participar finalmente. De ellos se eliminaron 115 casos debido a las razones siguientes: No firmaron el consentimiento informado, a constancia inusual en sus respuestas (sesgos de respuestas), omisión de respuestas en más del 4% en un cuestionario o negación a responder alguno de los cuestionarios (Figura 14).

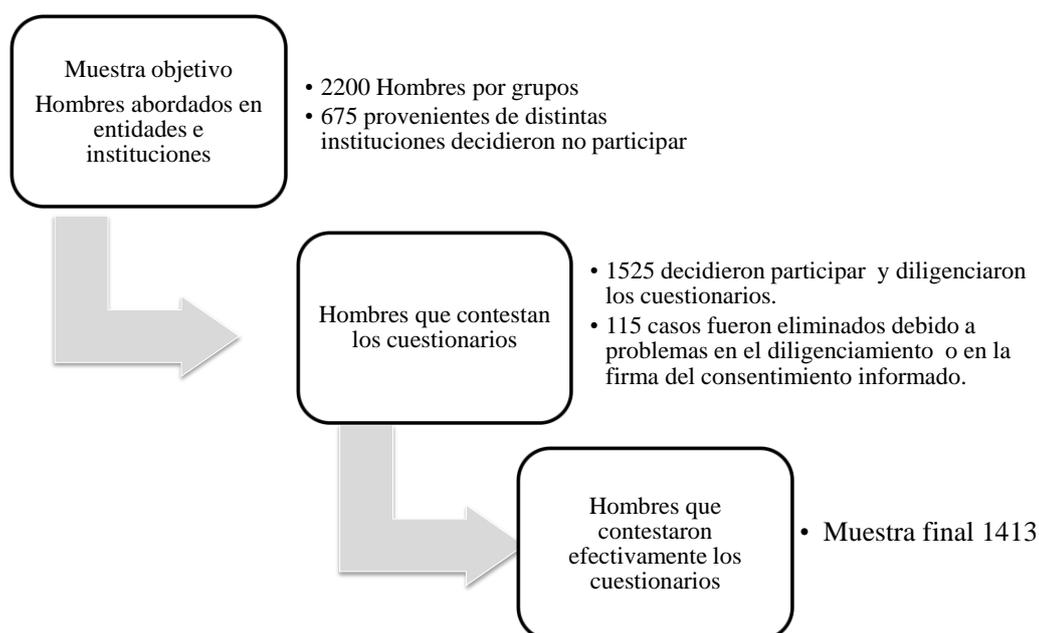


Figura 14. Diagrama de flujo de conformación de la muestra.

Entre los criterios de inclusión del estudio estaban ser hombre colombiano, residir

en el territorio nacional, ser mayor de 18 años y saber leer y escribir; además de acceder voluntariamente a participar en la encuesta.

Las edades fueron de 18 a 83 años, con una edad media 26.59 con desviación típica de 9.45 años, principalmente jóvenes (40.2%- 22 a 35 años) y adolescentes mayores (40.2%- 18 a 21 años), que vivían principalmente acompañados de su familia (91.1%); con distintos niveles educativos, entre ellos universitario (40%), Bachillerato (34.2%) y técnico (14.4%); de estratos 1 al 6 con predominancia del nivel socio económico medio bajo (estratos 2 y 3 con 27.5% y 46.9% correspondientemente) (Tabla 37).

Tabla 37. Descripción de las condiciones sociodemográficas de los 1413 hombres participantes en el estudio.

Variable	f	%	Variable	f	%
Nivel educativo			Procedencia		
<i>Primaria</i>	45	3.2	<i>Cundinamarca</i>	308	21.8
<i>Bachillerato</i>	480	34.2	<i>Santander</i>	119	8.4
<i>Técnico</i>	203	14.4	<i>Tolima</i>	95	3.7
<i>Universitario</i>	570	40.3	<i>Valle</i>	89	6.3
<i>Postgrados</i>	115	8.1	<i>Boyacá</i>	154	10.9
Estrato			<i>Quindío</i>	15	1.1
<i>1</i>	99	7	<i>Arauca</i>	1	0.1
<i>2</i>	389	27.5	<i>Antioquia</i>	100	7.1
<i>3</i>	663	46.9	<i>Cauca</i>	5	0.3
<i>4</i>	217	15.4	<i>Nariño</i>	23	1.6
<i>5</i>	37	2.6	<i>Huila</i>	71	5.0
<i>6</i>	8	0.6	<i>Casanare</i>	10	0.7
Ocupación			<i>Magdalena</i>	81	5.7
<i>Estudia</i>	340	24.1	<i>Meta</i>	12	0.8
<i>Trabaja</i>	466	33.0	<i>Bolívar</i>	21	1.5
<i>Estudia/trabaja</i>	304	21.5	<i>Armenia</i>	7	0.5
<i>Otro</i>	183	13.0	<i>Cesar</i>	146	10.3
<i>Desempleado</i>	120	8.4	<i>Atlántico</i>	20	1.4
Vive con			<i>Guajira</i>	51	3.6
<i>Familia</i>	1285	91.1	<i>Caldas</i>	57	4.0
<i>Amigos</i>	12	0.8	<i>San Andrés</i>	1	0.1
<i>Otros</i>	102	7.2	<i>Córdoba</i>	26	1.8
<i>Solo</i>	12	0.8			
Grupos de edad					
<i>18 a 21</i>	568	40.2			
<i>22 a 35</i>	622	44.0			
<i>36 a 50</i>	180	2.7			
<i>51 o más</i>	43	3.0			

Notas: f: Frecuencia; %: Porcentaje

En cuanto a la ocupación, una tercera parte de la población estaba dedicada

exclusivamente a trabajar (33%), una quinta parte solo estudiaba (24.1%), un poco menos de un quinto combinaban estas dos actividades (21.5%), y en menor proporción se encontraban los que estaban en condiciones especiales como pensionados y jóvenes que prestaban el servicio militar obligatorio (13%) y los desempleados (8.4%) (Tabla 37).

Los hombres participantes eran provenientes de aproximadamente 95 Municipios ubicados en 22 Departamentos ubicados en las zonas de más densa población del territorio nacional, tal como se observa en la figura 15.



Figura 15. Mapa de Colombia con la ubicación de los participantes en el estudio. Se resalta en naranja los departamentos a los que pertenecían los participantes.

### 6.1.3. Equipo de trabajo

De la misma forma que el primer estudio, el segundo se realizó con el apoyo de la Red de Investigadores de Colombia Mesa de Psicología de la Salud, de semilleros de investigación y de estudiantes universitarios. Previa convocatoria realizada en dos congresos nacionales, las redes sociales de los programas de psicología y los correos electrónicos institucionales.

Los auxiliares de investigación debían estar cursando mínimo VII semestre de la carrera profesional de Psicología, tener un promedio superior a 8.0 o su equivalente, ser presentado por un miembro de la red de investigadores mediante una carta de aval e inscribirse enviando un correo con los datos de identificación. A la convocatoria respondieron 24 de los cuales 3 fueron rechazados debido a que no cumplían las condiciones mínimas previamente definidas. Una vez firmadas y revisadas todas las cartas de compromiso se estableció contacto virtual con cada uno de ellos. Se elaboró una carta de compromiso, responsabilidad y seriedad en la recolección de al menos 50 encuestas en su región. Adicionalmente se nombró al auxiliar con mejor perfil (estudiante de primer año de maestría) como asistente de la dirección y coordinador de los auxiliares, estableciendo una remuneración por su labor.

Bajo la coordinación de la asistente de investigación, 19 auxiliares respondieron efectivamente a su compromiso de aplicación, organización y envío de las encuestas en físico. Los auxiliares que participaron y culminaron el proceso de forma efectiva recibieron una certificación de la labor, un cupo para asistir presencial o virtualmente a un curso de actualización sobre depresión de 8 horas de duración, dictado por la investigadora principal, una copia de la grabación del curso y una carpeta con material bibliográfico seleccionado sobre el tema. El curso incluyó una introducción general

acerca de las características, proceso diagnóstico y evaluativo de la depresión, instrumentos usados, formas de aplicación y usos; además de la descripción del estudio, la metodología, las formas de recolección de información y el manejo adecuado y ético de la información.

Antes de iniciar el proceso de aplicación se llevó a cabo la presentación virtual de la ficha técnica de la investigación, que incluía los fundamentos teóricos y metodológicos, una guía de aplicación y la descripción del procedimiento de entrega del material para aplicación y la devolución del material ya aplicado. Semanalmente se establecía contacto telefónico o por correo electrónico para orientar a los auxiliares o registrar información importante sobre el proceso de aplicación, la actitud de los encuestados y otros temas relacionados con el proceso.

En la guía de aplicación se indicaba la forma de abordar a los participantes, resaltando la importancia de la investigación y la necesidad de contar con su participación para lograr los objetivos, así como la forma como presentar la información acerca del estudio y sus alcances de tal modo que se cumpliera realmente las normas de consentimiento informado y libertad de participar en la investigación. En el consentimiento informado se incluyó un apartado en el que el participante definía si deseaba recibir información acerca de los resultados directamente o si prefería no recibir información alguna al respecto (Anexo C). Además, se resaltaba la importancia de completar con sinceridad todos los datos y ofrecer a través de la encuesta la mayor información posible acerca de las preguntas formuladas en los cuestionarios.

Las condiciones de aplicación definidas en la guía establecían: a) Que la encuesta no debía ser llevada a cabo si la persona expresaba sentirse muy cansada en el momento de abordarla, ya que el agotamiento podría limitar su capacidad de respuesta en el momento; b) debía realizarse en un lugar privado con condiciones de iluminación,

ventilación y aislamiento adecuadas; c) solo debían estar el encuestador y los o el participante; d) la encuesta debía ser diligenciada en su totalidad en una sesión; y e) si la aplicación era grupal no debía permitirse la interacción entre los encuestados durante el diligenciamiento de la misma (Anexo H).

### 6.1.4. Instrumentos

Ficha de Información sociodemográfica: Esta es una ficha de registro que recoge información como género, edad, nivel educativo, procedencia, ocupación y nivel de satisfacción con la actividad laboral realizada, estrato socio-económico, conformación y *funcionamiento familiar* (APGAR, Adaptability Partnership Growth Affection Resolve, Smilkstein, 1978), historia y antecedentes psicopatológicos familiares. Se califica el funcionamiento familiar a partir de las evaluaciones dadas por cada entrevistado y se obtiene una calificación que denota si existe disfuncionalidad tal como lo indica el procedimiento de evaluación del APGAR. Los puntajes negativos en el APGAR indican disfunciones familiares importantes en el soporte y la comunicación. El APGAR fue diseñado por Smilkstein en 1978 para evaluar el nivel de funcionamiento familiar, y validado para población colombiana por Forero et al. (2006). La escala está compuesta por dos factores, *disfunción familiar* y *soporte familiar*. Los puntajes negativos en el APGAR indican disfunciones familiares importantes en el soporte y la comunicación. La consistencia interna global es de 0.79, pero no se ha calculado la consistencia de cada dimensión (Anexo J).

Cuestionario de Depresión en Hombres (Álvarez y Londoño, 2011): De acuerdo con los datos obtenidos en el estudio 1 de la presente investigación, el cuestionario obtuvo un

nivel de fiabilidad elevado de 0.95 y 0.96 en los índices calculados desde la Teoría Clásica de los Test y desde la Teoría de Respuesta al Ítem respectivamente, y un índice de separación adecuado de 4.19 que indica un ajuste adecuado. Los resultados precedentes identificaron cinco dimensiones: La primera, denominada *autoimagen negativa*, estaba conformada por 4 ítems; la segunda, denominada *ideación suicida*, conformada por 4 ítems; la tercera dimensión, designada como *pobre imagen social*, constituida por 5 ítems; la cuarta, denominada *afecto negativo*, conformada por 15 ítems; la quinta subdimensión llamada *desesperanza* conformada por 3 ítems y la sexta denominada *evitación* con 8 ítems. Tomando en cuenta la puntuación total, el punto de corte para considerar la presencia de un cuadro depresivo fue de 70 puntos (Anexo K).

Escala de Ansiedad-Depresión Hospitalaria HADS: Diseñada por Zigmond y Snaith (1983), utiliza en el cribado de trastornos de depresión y ansiedad, ya que proporciona de manera rápida una puntuación en ambos problemas psicológicos. Ha sido validada por Rico, Restrepo y Molina (2005), para población colombiana. En este estudio fue aplicada la subescala de Ansiedad que evalúa de manera situacional la *ansiedad* sentida durante la semana inmediatamente anterior (Anexo L).

Está compuesta por 7 ítems con opciones de respuesta en escala Likert de 4 opciones que van de 0 a 3. La calificación total va de 0 a 21 y los puntajes altos indican mayor presencia de síntomas. El HADS cuenta con un adecuado nivel de confiabilidad reflejado en el Alfa de Cronbach reportado de 0.85 para toda la escala; menor en las escalas específicas pero adecuado, 0.76 para la escala de ansiedad y 0.77 para la de depresión. Las calificaciones mayores 11 indican un problema clínico.

Escala de Eventos Vitales Estresantes de la OMS: Adaptada por Oliva et al. (2008), y validada en población colombiana por Gómez et al., (2012), se usa para evaluar la existencia de condiciones ambientales provocadoras de estrés y la intensidad de su efecto. Consta de ítems que describen brevemente 23 sucesos potencialmente estresantes para las personas, obteniendo una fiabilidad de 0.70. En la interpretación se suman el *número de eventos vitales estresantes* reportados en el último año y se promedia la suma del *impacto psicológico* con el que se ha calificado cada evento los impactos psicológicos, para obtener el puntaje de impacto (Anexo M).

Escala de Role de Masculinidad Femenidad: Desarrollada en Colombia por Lara (1991) y revalidada por Martínez, Guerrero y Rey (2012), se usa para analizar el role social asumido por las personas; consta de 60 ítems que incluye adjetivos descriptivos de los roles, que se subdividen en cuatro factores a saber, *masculinidad*, *feminidad*, *machismo* y *sumisión*. El factor de masculinidad incluye adjetivos que describen rasgos positivos considerados característicos de los varones; el factor feminidad incluye adjetivos que describen rasgos positivos considerados femeninos o característicos de las mujeres; el factor machismo engloba adjetivos que describen características masculinas negativas, y el factor sumisión que incluye adjetivos que describen rasgos negativos de la feminidad centrados precisamente en la sumisión. Las opciones de respuesta van de 1 a 7 en una escala Likert que ofrece diversos grados de frecuencia en los que la persona puede expresar el rasgo definido en cada adjetivo. Los valores del Alfa de Cronbach de las cuatro escalas fueron 0.78 en el factor *masculinidad*, 0.88 en el factor *feminidad*, 0.82 en el factor *machismo* y 0.79 en el factor de *sumisión* (Anexo N).

Con respecto a la masculinidad, comprende rasgos considerados masculinos y positivos, asociados a lo práctico, la orientación hacia la acción. Incluye los siguientes

adjetivos: Seguro de sí mismo, tomo decisiones con facilidad, autosuficiente, dispuesto a arriesgarme, independiente, analítico, competitivo, valiente, racional, de personalidad fuerte, reflexivo, atlético, maduro, hábil para dirigir, me comporto confiado de mí mismo.

La feminidad abarca rasgos valorados como femeninos positivos, asociados con la relación, las habilidades interpersonales, la preocupación por los demás y la expresividad. Incluye: Sensible a las necesidades de los demás, deseoso de consolar al que se siente lastimado, comprensivo, tierno, afectuoso, cariñoso, dulce, caritativo, me gustan los niños, generoso, de voz suave, cooperador, espiritual, compasivo y amigable.

El machismo comprende rasgos estimados como masculinos y negativos, relacionados con la agresividad, la dominación y la intransigencia. Incluye: Agresivo; dominante; autoritario; rudo, egoísta, enérgico, de voz fuerte, incomprensivo, uso de malas palabras, individualista, materialista, arrogante, frío, ambicioso, malo.

Finalmente, la sumisión incluye rasgos considerados femeninos y negativos, asociados con la abnegación, la dependencia, la subordinación y la debilidad. Comprende: Indeciso, de personalidad débil, cobarde, sumiso, incapaz de planear, dependiente, influenciado, conformista, tímido, retraído, pasivo, no me gusta arriesgarme, simplista, resignado, inseguro de mí.

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento: Desarrollado por Lazarus y Folkman (1985) y traducido al español por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985), fue adaptado para población colombiana por Londoño y Archila (2004), y revalidado por Rueda y Vélez-Botero (2010). Está conformada por 42 ítems que evalúan el estilo de afrontamiento predominante ante eventos estresantes. Estos estilos se agrupan en 5 factores, a saber: Centrado en la *solución de problemas*, *evitación*, *fantasía*, *autoculpa* y

*búsqueda de soporte social*. Las opciones de respuesta van en una escala Likert de 4 opciones. El cuestionario cuenta con una fiabilidad para la escala total de 0.70, 0.88 para la escala de *solución de problemas*, 0.75 para la de *búsqueda de soporte social*, 0.74 para la de *evitación*, 0.78 para la de *autoculpa* y 0.85 para la de *fantasía* (Anexo F).

#### 6.1.5. Procedimiento

A continuación se describe el proceso adelantado en el desarrollo de la investigación.

##### 6.1.5.1. Convocatoria de auxiliares e identificación de grupos de aplicación

Se realizó una convocatoria abierta de auxiliares de investigación de la forma descrita previamente. En primer lugar se procedió a ubicar mediante contactos institucionales con empresas, organizaciones e instituciones de educación superior en donde había mayoritariamente población masculina, para luego entrar en contacto con las directivas para tramitar la autorización de la aplicación de instrumentos, con el compromiso de entrega de un informe general de resultados. Los auxiliares identificaron que la muestra cumpliera los criterios de inclusión al tiempo que presentaban un informe escrito de las condiciones a cumplir para tramitar la autorización a la asistente de investigación, para proceder a enviar las cartas correspondientes. Una vez obtenida la autorización por parte de la institución, se procedía a programar la aplicación teniendo en cuenta los horarios de trabajo, estudio, acceso o permanencia de hombres colombianos.

#### 6.1.5.2. Aplicación de la encuesta

Los auxiliares de investigación, el asistente de investigación o la investigadora principal aplicaron en forma grupal los instrumentos a cada una de las submuestras de hombres en cada institución por ciudad. La sesión de aplicación se dividía en tres etapas: La primera de saludo y presentación de los objetivos, metodología y manejo ético de la investigación; la segunda de aceptación y firma del documento de consentimiento informado, en la que quienes no deseaban participar se retiraban libremente de la sesión sin que ello implicara dar informe a la institución acerca de su identidad; y un tercer momento de aplicación en el que el encuestador aplicaba los cuestionarios a quienes habían accedido participar y respondía de manera individual las inquietudes presentadas. Una vez los participantes terminaban de diligenciar los cuestionarios el encargado de la aplicación constataba que no faltara información relevante y que los instrumentos hubiesen sido correctamente diligenciados, a pesar de ello, algunos cuestionarios debieron ser desechados porque les faltaba un 4% de la información o más (Anexo H).

Adicionalmente los auxiliares de investigación hicieron un reporte de las principales preguntas e inquietudes, o dificultades que se presentaron durante el proceso de aplicación, con el fin de nutrir el análisis de resultados y reconocer las posibles limitaciones del estudio. Entre las principales limitaciones reportadas por los auxiliares acerca del comportamiento de las personas abordadas estaba la renuencia de los hombres a diligenciar encuestas que involucraban informes acerca de su intimidad y características personales, el miedo a ser expuesto en público, la creencia de que no se tenían problemas mentales que hicieran necesaria o importante la participación y la extensión de la entrevista.

#### 6.1.5.3. Diseño de bases de datos

La elaboración de la base de datos se hizo en el programa SPSS 20, realizada por profesionales de la psicología titulados, estudiantes de maestría que participaron como asistentes de investigación, que luego fue depurada por la investigadora principal.

#### 6.1.6. Análisis de resultados

Los resultados fueron analizados en términos de prevalencia con el programa STATA 18 y SPSS 20. Adicionalmente se examinaron la asociación de síntomas depresivos con factores psicológicos (ansiedad y afrontamiento), sociales (condiciones socioeconómicas), culturales (masculinidad) y ambientales (eventos vitales estresantes), elegidos para hacer parte del modelo predictivo teórico propuesto comparado con el modelo empírico obtenido mediante el análisis de Ecuaciones Estructurales AMOS 20. Se llevó a cabo un análisis para determinar el mantenimiento de las condiciones psicométricas de fiabilidad y validez, usando el Modelo de Rasch desde la Teoría de Respuesta al Ítem, y para ello se usó el programa estadístico WINSTEP; todo bajo la asesoría de un docente investigador experto de la Universidad Católica de Colombia.

Para verificar la validez del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH), se analizó el funcionamiento de los ítems y se calcularon los índices de fiabilidad y de separación. Para evaluar si mantenían las propiedades psicométricas del cuestionario obtenidas en el estudio 1 y se determinó que si bien el cumplimiento de los tres criterios básicos de unidimensionalidad, separación, independencia era similar, era importante verificar si se había alcanzado un buen nivel de funcionamiento los ítems modificados.

Los análisis de los factores asociados a depresión en hombres se realizaron

haciendo uso de Modelos de Ecuaciones Estructurales, en los que se evaluó a través de las medidas incrementales de ajuste, el grado de ajuste alcanzado entre el modelo teórico propuesto y el modelo empírico resultante; estos son la Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), el Índice de Ajuste Normalizado NFFI (Normed Fit Index), el Índice Comparativo de Ajuste CFI (Comparative Fit Index), y Chi Cuadrado. Estas medidas, exceptuando el Chi Cuadrado, están en el rango de cero y uno; y precisamente la única que cuenta con una medida de significación es el Chi Cuadrado que refleja la existencia de diferencias no esperadas entre el modelo teórico propuesto y el modelo empírico, por tanto se espera que el Chi no sea significativo es decir que el valor de  $p$  debe ser mayor a 0.05 y que el Chi se aproxime a 0.

Ya que el Chi Cuadrado es una medida sensible a los tamaños muestrales que no cumplen la condición de 15 participantes por variable, en los modelos en los que las muestras no cumplen este requisito, no se calcula el Chi y se acude a los otros índices de ajuste antes mencionados. Para el caso de RMSEA los valores esperados deben ser inferiores a 0.10, en el NFI deben ser mayores a 0.90 y para el CFI superiores a 0.95. Estos índices están corregidos de acuerdo con los tamaños muestrales para evitar sesgos. Para hallar estos índices se usó el método de máxima verosimilitud, mínimos cuadrados generalizados y la estimación por distribución libre. Igualmente se evalúa la complejidad del modelo, y se espera que ésta sea mayor, es decir, que tenga la mayor cantidad posible de parámetros bien definidos, el programa AMOS reporta si el modelo es complejo o simple directamente. Además se debe considerar que los grados de libertad reportados para el modelo evaluado tiendan a 1.

## 6.2. Resultados

## 6.2.1. Características psicométricas del CDH

Al comparar la dificultad del CDH encontrada en el primer estudio con la hallada a partir del análisis de los datos obtenidos en la segunda aplicación, se aplica el EQUATING (equiparación) con preguntas de anclaje que permite hacer comparables los resultados de las personas (Baker, 1994; Schumacker, 2005), y se espera utilizar los mismo criterios de clasificación que la prueba usada en el estudio 1 (Tabla 38).

Tabla 38. Resumen de 1413 medidas, y cálculos de índices de fiabilidad como separación, ajuste y consistencia interna del CDH en la aplicación nacional.

	Puntaje total	Conteo de casos	Medida	Error del Modelo	INFIT		OUTFIT	
					MNSQ	MNSQ	MNSQ	MNSQ
Media	69.3	40.0	-1.62	0.27	1.06			1.04
DT	18.7	0.1	1.16	0.10	0.52			0.60
Max	138.0	40.0	1.83	1.00	3.36			9.53
Min	41.0	39.0	-5.32	0.20	0.15			0.16
Real RSME	0.33	de real	1.11	Separación	3.38	Confiabilidad		0.92
Model RSME	0.29	de real	1.12	Separación	3.80	Confiabilidad		0.94
de participantes	0.08							
n	223							

Notas: Excluidos los puntajes mínimos extremos 3 participantes 1.3%; DT: Desviación típica; MNSQ: Mínimos Cuadrados Normados; RSME: Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio

En general los reactivos cumplen con la condición de tener puntajes entre 1 y 1.3 en el infit, y puntajes menores a 2.0 en el outfit (Tabla 39).

Tabla 39. Funcionamiento individual de los ítems del Cuestionario de Depresión en Hombres en la aplicación a la muestra nacional.

Ítem	PT	Medida	XM	INFIT	OUTFIT	PTM MEDIDA		OBS EXA C %	MAT CH EXP %	ESTI M DISC R	p-valor
				MNSQ	MNSQ	CORR	EXP				
1	3202	-1.19		0.79	0.91	0.53	0.63	54.9	49.4	1.07	2.27
2	2427	-0.02		0.88	1.03	0.57	0.56	62.2	56.8	1.07	1.72
3	3125	-1.08		2.06	2.25	0.29	0.62	35.0	49.8	-0.48	2.21
4	2364	0.90		0.83	0.75	0.65	0.56	65.7	58.0	1.24	1.67
5	2701	-0.46		0.93	0.96	0.57	0.59	59.9	53.0	1.03	1.91
6	3033	-0.95		1.08	1.08	0.56	0.62	53.6	50.3	0.87	2.15
7	2670	-0.42		1.11	1.14	0.55	0.59	53.6	53.6	0.86	1.89
8	2558	-0.24		0.76	0.77	0.63	0.58	61.4	55.0	1.24	1.81
9	2610	-0.32		1.10	1.11	0.56	0.58	58.6	54.4	0.90	1.85
10	2222	0.35		1.00	0.98	0.60	0.54	69.4	60.9	1.09	1.57
11	2381	0.06		1.46	1.65	0.38	0.56	52.0	57.9	0.46	1.69
12	2498	-0.14		0.80	0.81	0.63	0.57	63.3	56.1	1.21	1.77
13	2472	-0.10		1.11	1.11	0.57	0.57	60.5	56.3	0.94	1.75
14	2350	0.11		0.83	0.88	0.57	0.55	65.4	58.1	1.12	1.66
15	3012	-0.92		0.81	0.84	0.60	0.62	59.0	50.3	1.15	2.13
16	2133	0.54		1.00	1.03	0.57	0.52	69.6	63.7	1.08	1.51
17	2510	-0.16		1.39	1.61	0.44	0.57	51.1	55.7	0.54	1.78
18	2558	-0.024		0.83	0.80	0.64	0.58	64.4	55.0	1.22	1.81
19	2419	0.51		1.55	2.09	0.45	0.52	63.5	63.0	0.61	1.52
20	2342	0.13		0.79	0.83	0.59	0.55	65.0	58.5	1.17	1.66
21	2638	-0.37		0.72	0.71	0.66	0.59	65.4	54.2	1.32	1.87
22	2816	-0.65		1.15	1.13	0.55	0.60	53.9	51.9	0.83	2.00
23	2414	0.02		1.19	1.33	0.53	0.56	61.9	57.3	0.83	1.71
24	2472	-0.90		0.90	0.87	0.62	0.57	63.1	56.3	1.15	1.75
25	2068	0.69		1.12	1.02	0.56	0.51	71.2	65.8	1.04	1.46
26	2669	-0.41		0.76	0.77	0.64	0.59	61.9	53.6	1.25	1.89
27	2845	-0.68		1.13	1.16	0.55	0.60	55.6	51.8	0.84	2.01
28	2348	0.12		1.49	1.52	0.43	0.55	55.7	58.4	0.55	1.66
29	2300	0.20		0.76	0.72	0.65	0.55	67.0	59.3	1.28	1.63
30	2244	0.31		0.89	0.82	0.61	0.54	70.6	60.7	1.17	1.59
31	2584	-0.28		0.79	0.77	0.62	0.58	63.8	54.9	1.20	1.83
32	1996	0.86		0.96	0.78	0.59	0.49	74.8	68.3	1.16	1.41
33	2261	0.28		0.92	0.84	0.61	0.54	66.0	60.1	1.15	1.60
34	2365	0.08		0.95	0.94	0.60	0.56	65.7	58.0	1.10	1.67
35	2046	0.74		1.06	0.95	0.53	0.50	68.5	66.6	1.03	1.45
36	1902	1.11		0.99	0.68	0.60	0.47	76.7	72.8	1.19	1.35
37	2089	0.64		1.05	0.88	0.59	0.51	71.7	65.1	1.11	1.48
38	2208	0.38		1.05	1.02	0.53	0.53	63.5	61.6	0.97	1.56
39	1930	1.03		1.00	1.04	0.57	0.48	74.4	71.5	1.14	1.37
40	2167	0.47		0.97	0.92	0.60	0.53	70.3	62.8	1.12	1.53

Notas: PT: Puntaje total; TC: Total casos; X: Media; XM: Media del modelo; PTMA: Correlación producto momento; OBS EXAC: Observaciones exactas; MACTH EXAC: MACTH Exacta; ESTIM DISCRIM: Estimación de la discriminación; P VALOR: Estimación de la probabilidad; MNSQ: Mínimos cuadrados normados; RSME: Raíz cuadrada del error cuadrático medio; INFIT: Ajuste próximo; OUTFIT: Ajuste lejano.

Excepto el ítem 3 que presenta un infit y outfit por encima del índice, y el ítem 19 que presenta un outfit por encima de 2. Sin embargo, no alcanzan un nivel de desajuste mayor que atente contra el funcionamiento global del cuestionario, por ello se decide conservarlos en la aplicación actual, pero ajustarlos en la versión final de la siguiente

forma (Tabla 40). Los ítems fueron reformados preliminarmente, luego de entrevistar a 10 hombres quienes estuvieron de acuerdo entre ellos que el lenguaje usado era muy técnico y de analizar los comentarios en una de las sesiones de encuentro con los integrantes del Grupo de Investigación que hace parte de la Red de Investigadores que apoyo esta investigación.

Tabla 40. Ítems reformados a incluir en la versión definitiva del CDH.

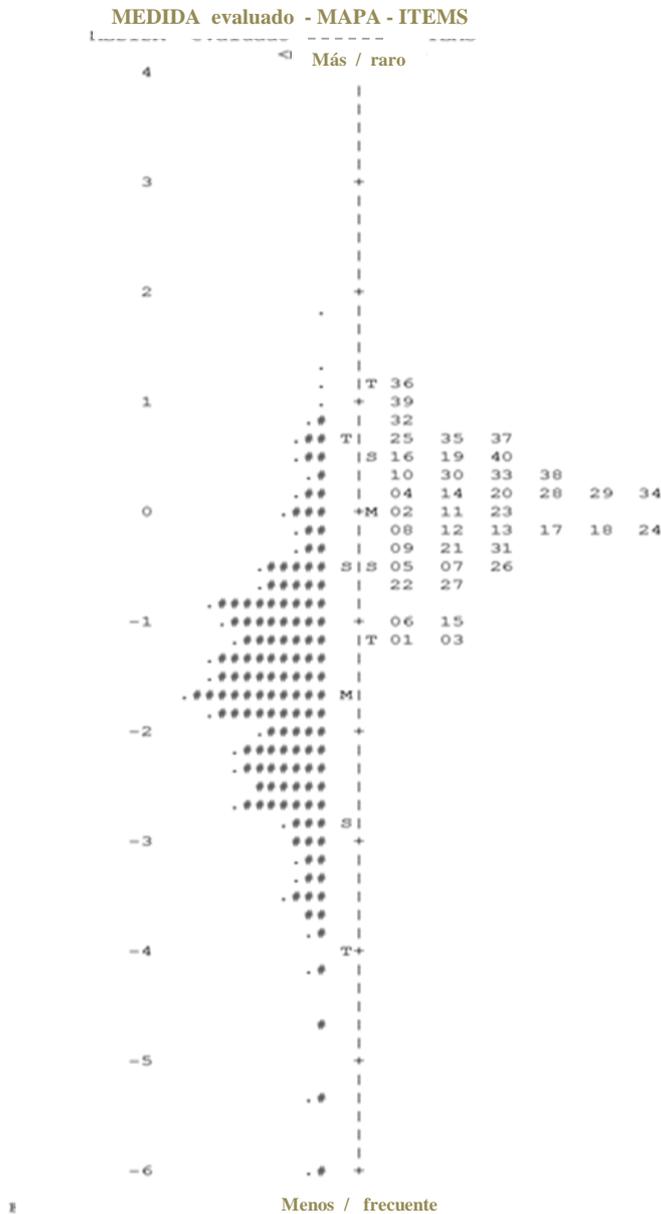
No.	Ítem	Ítem
3	Ha sentido que tiene pocas opciones de realizarse como persona en la vida	Considera que será difícil realizarse como persona
19	Ha pensado en formas para terminar con su vida	Ha pensado en cómo terminar con su vida

En la figura 16 se representan tanto el comportamiento de las personas que responden el cuestionario, como el comportamiento global de los ítems. En ella se observa que todos los participantes que conformaron la muestra final contestaron los 40 ítems (los que obviaron respuestas fueron excluidos) y que las respuestas dadas expresan diversos niveles de la variable depresión que van desde estados depresivos severos hasta estados libres de síntomas; se revisan los datos del funcionamiento de las respuestas dadas por los participantes y se conservan los 1413 participantes ya todos los datos son productivos y cumplen con los criterios establecidos de infit y outfit. Estos datos permiten establecer que se superaron los problemas de ajuste de los ítems 7, 22, 25 y 28 reportados en el estudio anterior.

La distribución en el diagrama de los ítems y los participantes se encuentran entre 3 y -7 logits de forma más o menos paralela, lo que indica que existe una alta comprensión de los ítems, y alta correspondencia entre los mismos y el nivel de severidad de depresión (grado). Es decir, que la relación entre los mismos denota que

DEPRESIÓN EN HOMBRES

estos son discriminativos respecto de los puntajes reportados en la prueba y que la mayor parte de la población obtuvo puntajes por debajo del punto de corte (Figura 16).



Notas: Cada participante: #; Cada ítem: 1,...40. Entrada participantes: 226. Entrada ítems: 40

Figura 16. Distribución de los ítems y los participantes en el Cuestionario de Depresión para Hombres.

## 6.2.2. Prevalencia

Teniendo en cuenta que la medida de la prevalencia fue tomada de forma transversal y sin seguimientos a las muestras, ésta debe ser interpretada como una prevalencia de punto de corte, que hace referencia al número de casos de depresión existentes entre los meses de agosto y noviembre en el grupo de hombres encuestados. Los límites de la generalización de los hallazgos están dados por la amplitud de la muestra y que ésta fue conformada a conveniencia.

Tabla 41. Condiciones de interpretación del CDH y de las seis dimensiones que lo componen.

Depresión	Puntajes	Interpretaciones
Depresión	1 a 85	Ausencia de depresión.
	86 y 105	Síntomas leves/estado subclínico
	106 y 125	Depresión moderada.
	126 y 140	Depresión severa.
Dimensiones		
Autoimagen negativa	1 a 7	Ausencia
	8 a 10	Moderada
	11 o más	Alta
Ideación suicida	0 a 4	Ausencia
	5 a 7	Pensamientos de muerte
	8 a 10	Ideación suicida
	11 o más	Alta ideación
Pobre imagen social	1 a 7	Bajo nivel
	8 a 12	Nivel medio
	13 o más	Alto nivel
Afecto negativo	1 a 26	Bajo nivel
	27 a 34	Nivel medio
	35 o más	Nivel alto
Desesperanza	1 a 6	Bajo nivel
	7 a 9	Nivel medio
	10 a 12	Nivel alto
Evitación	1 a 17	Bajo nivel
	18 a 22	Nivel medio
	23 – 32	Nivel alto

En un primer momento se calcularon las calificaciones obtenidas por los participantes, y se encontró que más de 40% parecía presentar depresión, esto probablemente se debía a que la calificación del cuestionario había sido calibrada con población clínica en tratamiento que iniciaba un proceso de recuperación. Para ajustar los puntos de corte y reducir la sensibilidad que inducía a incrementar el número de falsos positivos, se retomaron la media y la desviación típica de las medidas obtenidas en los puntajes totales y las seis dimensiones por los hombres participantes. Los puntos de corte recalculados se recogen en la tabla 41.

Tabla 42. Prevalencia de depresión en la muestra objeto de estudio y su nivel de severidad

Variable	f	%	Variable	f	%
Depresión			F1: Imagen negativa		
<i>Sin depresión</i>	1161	82.2	<i>Baja</i>	1054	74.6
<i>Depresión clínica</i>	98	6.9	<i>Moderada</i>	256	18.1
			<i>Alta</i>	103	7.1
Población			F2: Ideación suicida		
<i>Sin depresión</i>	1161	82.2	<i>Ausente</i>	1032	80.1
<i>Depresión leve</i>	154	10.9	<i>Ideas de muerte</i>	173	12.2
<i>Depresión</i>	98	7.9	<i>Ideación suicida</i>	108	7.7
			F3: Pobre imagen social		
Nivel severidad			<i>Bajo</i>	412	29.2
<i>Depresión moderada</i>	88	6.1	<i>Medio</i>	734	51.9
<i>Depresión severa</i>	10	0.8	<i>Alta</i>	267	18.9
			F4: Afecto negativo		
			<i>Bajo</i>	662	46.9
			<i>Medio</i>	488	34.5
			<i>Alto</i>	253	18.6
			F5: Desesperanza		
			<i>Baja</i>	1071	75.8
			<i>Media</i>	315	22.3
			<i>Alta</i>	27	1.9
			F6: Evitación		
			<i>Baja</i>	1151	81.5
			<i>Media</i>	203	14.4
			<i>Alta</i>	59	4.2

Notas: f: Frecuencia. %: Porcentaje. n: 1413

De los hombres encuestados, el 6.9% alcanzó puntajes que sobrepasaron el punto de corte clínico (106 puntos), de ellos el 6.1% reportó un nivel de severidad moderado y

el 0.8% de *depresión severa* durante el último mes. Es importante notar que el 10.9% de la población presentaba síntomas de depresión en un nivel subclínico (Tabla 42).

Analizando por dimensiones del CDH, en *imagen negativa de sí mismo* el 7.1% presentó un nivel alto, el 18.1% un nivel moderado y el 74.6% un nivel bajo. Asimismo el 7.7% de la población presentó *ideación suicida*, el 12.2% haber tenido ideas de muerte. El 18.9% de los hombres encuestados refirieron tener un nivel alto de *pobre imagen social* y el 51.9% un nivel medio; de otra parte el 18.6% reportó tener *afecto negativo* alto y el 34.5% un nivel moderado. Para el caso del factor *desesperanza*, el 1.9% muestra alta *desesperanza* y el 22.7% un nivel moderado de la misma; finalmente el 14.4% presenta un nivel medio de *evitación* y el 4.2% un nivel alto (Tabla 42).

### 6.2.3. Síntomas y severidad

Con el objeto de confirmar la lista de síntomas de depresión y diferenciar los síntomas de acuerdo con el nivel de severidad, se agruparon los participantes no deprimidos (depresión subclínica y no deprimidos) y se dejaron los grupos de depresión teniendo en cuenta que cada uno superaba un tamaño mínimo de 25 deseable para análisis estadísticos de comparación. Se contrastaron las medias obtenidas en cada síntoma por cada uno de los tres grupos: Sin depresión, depresión moderada y depresión severa; y se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos sin depresión (sin depresión nivel subdiagnóstico) y las medias de los grupos con depresión (depresión moderada y depresión severa).

Al comparar los dos grupos con depresión se encontró que no había diferencias significativas en los síntomas: *Agotamiento, frustración, pesimismo, dificultad para controlar emociones, inquietud, intranquilidad, problemas de sueño, siente pesar de sí*

*mismo, insatisfacción con lo que ha hecho en la vida, estrés, busca experimentar sensaciones sin importar el riesgo, agotamiento, dificultad para tomar decisiones, impaciencia, busca estar ocupado para no pensar, piensa que los demás estarían mejor sin él, ansiedad matutina, se siente inútil, cambios bruscos en el estado de ánimo, evade las dificultades haciendo actividades con amigos, abuso en el consumo de alcohol, frustración, cambios extremos de comportamiento, siente que otros lo ven como apagado, autoconcepto centrado en la incapacidad e inutilidad, siente que los otros lo ven como pesimista, se siente insatisfecho, deseos de terminar con su vida, dificultad en el trato con otros y suele demeritar lo que hace;* con un nivel de significancia mayor 0.05 (Tabla 45).

Con respecto a las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de depresión moderada y severa, solo en el síntoma *si ha tenido relaciones de pareja paralelas*, puntuaron más alto las personas con depresión moderada. Las personas con depresión severa puntuaron significativamente alto en síntomas como: *Sensación de estar vacío, irritabilidad, deseo de abandonarlo todo, reacciona agresivo ante situaciones normales, presiente que su futuro va a ser más malo que bueno, pensado en formas de quitarse la vida, se queja para conmovier a otros y obtener apoyo, fantasea con dormir y no despertar, y ha deseado morir para solucionar sus problemas;* todos con un p menor o igual a 0.05 (Tabla 45).

Tabla 45. Comparación medias por síntoma en el CDH respecto del nivel de depresión.

Ítem	Nivel comparado (I)	Nivel comparación (J)	ANOVA (I-J)	Error típico	Sig.
1	Moderada	Sin depresión	0.89	0.07	0.00
		Depresión severa	0.3	0.23	0.47
2	Severa	Sin depresión	1.22	0.22	0.00
		Depresión severa	-0.37	0.24	0.39
3	Moderada	Sin depresión	1.70	0.23	0.00
		Depresión severa	0.69	0.12	0.00
3	Severa	Sin depresión	-0.42	0.37	0.64
		Depresión severa	1.12	0.35	0.00

DEPRESIÓN EN HOMBRES

(Continuación tabla 45 Comparación medias por síntoma en el CDH respecto del nivel de depresión).

Ítem	Nivel comparado (I)	Nivel comparación (J)	ANOVA (I-J)	Error típico	Sig.
4	Moderada	Sin depresión	1.50	0.08	0.00
		Depresión severa	-0.63	0.24	0.40
	Severa	Sin depresión	2.14	0.23	0.00
5	Moderada	Sin depresión	1.10	0.08	0.00
		Depresión severa	-1	0.27	0.21
	Severa	Sin depresión	1.61	0.25	0.00
6	Moderada	Sin depresión	1.05	0.10	0.00
		Depresión severa	-1	0.30	0.21
	Severa	Sin depresión	1.63	0.29	0.00
7	Moderada	Sin depresión	1.21	0.09	0.00
		Depresión severa	-1	0.28	0.06
	Severa	Sin depresión	1.91	0.27	0.00
8	Moderada	Sin depresión	1.31	0.06	0.00
		Depresión severa	-0.67	0.24	0.02
	Severa	Sin depresión	1.99	0.23	0.00
9	Moderada	Sin depresión	1.20	0.09	0.00
		Depresión severa	-0.49	0.29	0.31
	Severa	Sin depresión	1.69	0.27	0.00
10	Moderada	Sin depresión	1.61	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.13	0.24	0.93
	Severa	Sin depresión	1.75	0.23	0.00
11	Moderada	Sin depresión	0.95	0.09	0.00
		Depresión severa	1	0.28	0.24
	Severa	Sin depresión	0.43	0.27	0.37
12	Moderada	Sin depresión	1.40	0.08	0.00
		Depresión severa	-0.77	0.24	0.00
	Severa	Sin depresión	2.17	0.23	0.00
13	Moderada	Sin depresión	1.38	0.09	0.00
		Depresión severa	-1	0.28	0.18
	Severa	Sin depresión	1.93	0.26	0.00
14	Moderada	Sin depresión	1.12	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.87	0.23	0.00
	Severa	Sin depresión	1.93	0.22	0.00
15	Moderada	Sin depresión	1.04	0.08	0.00
		Depresión severa	-1	0.27	0.10
	Severa	Sin depresión	1.64	0.25	0.00
16	Moderada	Sin depresión	1.38	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.67	0.23	0.01
	Severa	Sin depresión	2.05	0.22	0.00
17	Moderada	Sin depresión	0.98	0.09	0.00
		Depresión severa	-0.24	0.30	0.83
	Severa	Sin depresión	1.23	0.26	0.00
18	Moderada	Sin depresión	1.28	0.08	0.00
		Depresión severa	-1	0.26	0.12
	Severa	Sin depresión	1.86	0.25	0.00
19	Moderada	Sin depresión	1.37	0.09	0.00
		Depresión severa	-1.03	0.27	0.00

DEPRESIÓN EN HOMBRES

(Continuación tabla 45 Comparación medias por síntoma en el CDH respecto del nivel de depresión).

Ítem	Nivel comparado (I)	Nivel comparación (J)	ANOVA (I-J)	Error típico	Sig.
20	Severa	Sin depresión	2.40	0.26	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.32	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.05	0.23	0.99
21	Severa	Sin depresión	1.37	0.22	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.27	0.08	0.00
		Depresión severa	-0.41	0.25	0.34
22	Severa	Sin depresión	1.68	0.24	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.07	0.10	0.00
		Depresión severa	-0.20	0.31	0.91
23	Severa	Sin depresión	1.27	0.29	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.40	0.09	0.00
		Depresión severa	-0.43	0.27	0.37
24	Severa	Sin depresión	1.84	0.26	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.32	0.08	0.00
		Depresión severa	-0.36	0.25	0.47
25	Severa	Sin depresión	1.68	0.24	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.54	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.30	0.23	0.54
26	Severa	Sin depresión	1.84	0.22	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.36	0.08	0.00
		Depresión severa	-0.16	0.25	0.92
27	Severa	Sin depresión	1.54	0.24	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.09	0.10	0.00
		Depresión severa	-0.42	0.30	0.49
28	Severa	Sin depresión	1.52	0.29	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.01	0.09	0.00
		Depresión severa	0.05	0.30	0.99
29	Severa	Sin depresión	0.95	0.28	0.04
	Moderada	Sin depresión	1.51	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.18	0.22	0.82
30	Severa	Sin depresión	1.70	0.21	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.30	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.29	0.23	0.58
31	Severa	Sin depresión	1.59	0.22	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.24	0.08	0.00
		Depresión severa	-0.35	0.24	0.47
32	Severa	Sin depresión	1.59	0.23	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.58	0.06	0.00
		Depresión severa	-0.33	0.20	0.33
33	Severa	Sin depresión	1.91	0.19	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.44	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.15	0.24	0.91
34	Severa	Sin depresión	1.59	0.23	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.33	0.08	0.00
		Depresión severa	-1	0.25	0.21
35	Severa	Sin depresión	1.88	0.24	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.35	0.27	0.00
		Depresión severa	0.64	0.22	0.01

(Continuación tabla 45 Comparación medias por síntoma en el CDH respecto del nivel de depresión).

Ítem	Nivel comparado (I)	Nivel comparación (J)	ANOVA (I-J)	Error típico	Sig.
36	Severa	Sin depresión	0.71	0.21	0.04
	Moderada	Sin depresión	1.68	0.06	0.00
		Depresión severa	-0.41	0.18	0.10
37	Severa	Sin depresión	2.10	0.17	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.47	0.07	0.00
		Depresión severa	-0.61	0.23	0.33
38	Severa	Sin depresión	2.09	0.22	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.17	0.08	0.00
		Depresión severa	-0.29	0.24	0.59
39	Severa	Sin depresión	1.46	0.23	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.50	0.06	0.00
		Depresión severa	-0.69	0.19	0.01
40	Severa	Sin depresión	2.20	0.18	0.00
	Moderada	Sin depresión	1.38	0.07	0.00
		Depresión severa	-1	0.23	0.09
	Severa	Sin depresión	1.91	0.22	0.00

#### 6.2.4. Factores asociados a depresión en los hombres

Respecto de las variables sociales del total de la población, el 12.2% tenía *antecedentes familiares de depresión*, el 9.9% de *consumo de sustancias psicoactivas*, el 4.4% de *suicidio*, el 8.9% de *conducta violenta* y el 8.6% de *comportamiento arriesgado* en algún familiar. Las medias reportadas de *funcionamiento familiar* (APGAR) se ubicaron en un nivel bajo de *disfunción familiar* (1.12) y en nivel moderado bajo de *soporte familiar* percibido (2.02) (Tabla 43).

Entre los factores culturales evaluados, se encontró que cerca del 100% de los varones encuestados informaron ser heterosexuales. En el mismo grupo de factores, se evidenció que la media más alta en la prueba de masculinidad/feminidad fue la del factor *masculinidad* (4.14), seguida de la media de *machismo* (3.86), de la de *feminidad* (3.82) y la de *sumisión* (3.49); todas con desviaciones estándar menores a 0.85 y ello

indica baja dispersión en los datos (Tabla 43).

En los factores ambientales, se evidenció que los hombres habían vivido cerca de 6 *acontecimientos vitales estresantes* en el último año (5.56), con una media alta de *impacto psicológico* (7.06) relacionado. Específicamente sobre los *acontecimientos vitales estresantes* vistos como factores ambientales, se encontró que entre los cinco *acontecimientos vitales estresantes* más reportados por los hombres estaban el *logro personal notable* (38.6%), el *cambio en las condiciones de vida* (32.9%), las *vacaciones* (32.6%), la *navidad* (32.2%) y el *cambio de salud de algún familiar* (31.2%).

Entre los cinco *eventos vitales estresantes* que causaron mayor impacto psicológico entre los hombres encuestados se encontraban el *logro personal notable* (7.93), el *embarazo* de su pareja (7.55), la *muerte de un familiar cercano* (7.54), la *navidad* (7.47) y las *vacaciones* (7.41); y los tres con menor impacto reportado, sin que este llegara a ser bajo, fueron la *lesión o enfermedad personal* (6.44), los *problemas sexuales* (6.62) y el *cambio de actividades de ocio* (6.78) (Tabla 43).

Por lo que se refiere a los factores psicológicos evaluados, se encontró que el puntaje medio de *ansiedad* era moderado (6.38), el de *depresión* se ubicaba en el nivel no clínico (69.11), En los factores del CDH, la *autoimagen negativa* e ubicó en el extremo más alto del nivel bajo (6.22), al igual que el de *ideación suicida* (5.70); y en los niveles medios se ubican la *pobre imagen social* (9.88), el *afecto negativo* (27.76), la *desesperanza* (5.43) y el la *evitación* (14.12).

Tomando en cuenta los estilos de afrontamiento, la media más alta corresponde al estilo de afrontamiento *solución de problemas* (2.42), seguida de *búsqueda de soporte social* (2.26), de *fantasía* (2.17), de *autoculpa* (2.07); y en último lugar *evitación* (1.98). En general los hombres encuestados presentan medias de satisfacción moderada en

todas las áreas de su vida, con la media más alta en la satisfacción con la familia (5.16) y en la *satisfacción con la vida* en general (4.90); y con las medias más bajas en la *satisfacción con las condiciones económicas actuales* (4.19) y con el *tiempo libre* (4.17) (Tabla 43).

Tabla 43. Datos descriptivos de los factores sociales, culturales, ambientales y psicológicos evaluados en la muestra.

Variable	f	%	Variable	F	%
Antecedentes familiares			Género		
Suicidio	62	4.4	Heterosexuales	1356	96
Consumo drogas	133	9.4	Homosexuales	39	2.7
Depresión	173	12.2	Bisexuales	17	1.2
Conducta violenta	126	8.9	Otro	1	01
Comportamiento arriesgado	121	8.6			

Variable	Min	Max	X	DT	Variable	Min	Max	X	DT
Ansiedad	0	17	6.38	3.38	Estilo de Afrontamiento				
Depresión	0	160	69.11	18.99	<i>Solución de problemas</i>	1	4	2.42	0.49
<i>Imagen negativa de sí mismo</i>	0	16	6.22	2.36	<i>Soporte social</i>	1	4	2.26	0.55
<i>Ideación suicida</i>	0	16	5.70	2.40	<i>Evitativo</i>	1	4	1.98	0.44
<i>Pobre imagen social</i>	0	24	9.88	3.36	<i>Autoculpa</i>	1	4	2.07	0.65
<i>Afecto negativo</i>	0	60	27.76	7.85	<i>Fantasia</i>	1	4	2.17	0.67
<i>Desesperanza</i>	0	12	5.43	1.77					
<i>Evitación</i>	0	32	14.12	3.96	Masculinidad/feminidad				
					<i>Masculinidad</i>	1	7	4.14	0.84
APGAR					<i>Feminidad</i>	1	7	3.82	0.78
Disfunción	0	8	1.12	1.30	<i>Machismo</i>	1	7	3.86	0.82
Soporte	0	5	2.02	0.99	<i>Sumisión</i>	1	7	3.49	0.80
Acont. Vitales Estresantes					Satisfacción				
Número AVE	0	22	5.56	5.02	<i>Vida en general</i>	1	6	4.90	1.00
Impacto	6	9	7.06	0.72	<i>Trabajo</i>	1	6	4.46	1.15
					<i>Familia</i>	1	6	5.16	0.96
Uso drogas	0	10	2.60	1.45	<i>Pareja</i>	1	6	4.58	1.24
					<i>Condiciones económicas</i>	1	6	4.19	1.16
					<i>Amigos</i>	1	6	4.64	1.02
					<i>Tiempo libre</i>	1	6	4.17	1.32
					<i>Estudio</i>	1	6	4.49	1.21
					<i>Salud</i>	1	6	4.84	1.02

Notas: f: Frecuencia; %: Porcentaje; x: Media; DT: Desviación típica

En los acontecimientos vitales se encuentra que los cinco más frecuentemente reportados por los hombres fueron el *logro personal notable* (38.9%), *cambio en las condiciones de vida* (32.9%), *vacaciones* (32.6%), *navidad* (32.2%) y *cambio en la*

*salud de un familiar* (31.2%); y los dos de menor frecuencia fueron *problemas legales* (9.5%) y *leves trasgresiones de la ley* (8.3%). Mientras que cinco que produjeron más impacto psicológico fueron el logro personal notable (7.9), embarazo de la pareja (7.55), muerte de un familiar cercano (7.54), incorporación de un nuevo miembro a la familia (7.51) y navidad (7.47); y las dos de menor impacto fueron lesión o enfermedad personal (6.44) y cambio en el número de reuniones familiares (6.55) (Tabla 44).

Tabla 44. Acontecimientos vitales estresantes el logro personal notable (38.9)

Variables	f	%	Min	Max	X	DT
AVE						
<i>Impacto de los AVE</i>						
<i>Muerte familiar cercano</i>	371	26.3	4	10	7.54	1.95
<i>Lesión o enfermedad personal</i>	317	22.4	4	10	6.44	1.81
<i>Despido del trabajo</i>	149	10.5	4	10	6.88	1.98
<i>Cambio salud un familiar</i>	441	31.2	4	10	7.02	1.80
<i>Embarazo</i>	146	10.3	4	10	7.55	2.09
<i>Dif. o problemas sexuales</i>	162	11.5	4	10	6.62	1.99
<i>Incorp. nuevo miembro familia</i>	216	15.3	4	10	7.51	2.09
<i>Muerte de un amigo íntimo</i>	180	12.7	4	10	7.25	1.96
<i>Problemas legales</i>	134	9.5	4	10	7.14	1.89
<i>Logro personal notable</i>	549	38.9	4	10	7.93	1.77
<i>Cambio en las condiciones de vida</i>	465	32.9	4	10	7.24	1.83
<i>Cambio de residencia</i>	299	21.2	4	10	7.00	2.00
<i>Cambio institución educativa/trabajo</i>	272	19.2	4	10	7.12	1.88
<i>Cambio de actividad de ocio</i>	272	19.2	4	10	6.78	1.92
<i>Cambio de actividad religiosa</i>	148	10.5	4	10	6.98	2.01
<i>Cambio de actividades sociales</i>	307	21.7	4	10	6.88	1.89
<i>Cambio de hábito de dormir</i>	404	28.6	4	10	7.14	2.08
<i>Cambio número reuniones familiares</i>	252	17.8	4	10	6.58	1.88
<i>Cambio de hábitos alimentarios</i>	379	26.8	4	10	6.95	1.91
<i>Vacaciones</i>	461	32.6	4	10	7.41	1.95
<i>Navidad</i>	455	32.2	4	10	7.47	2.01
<i>Leves trasgresiones de la ley</i>	117	8.3	4	10	6.89	1.7

Notas: Hombres (n=1413); f: Frecuencia; %: Porcentaje; Min: Puntaje mínimo obtenido; Max: Puntaje máximo obtenido; X: Media; DT: Desviación típica.

Se compararon las medias obtenidas en *afrentamiento*, *masculinidad/feminidad*, *ansiedad* y *eventos vitales estresantes* por los grupos conformados por hombres según los niveles de severidad de la depresión (sin depresión/depresión subclínica, depresión moderada y depresión severa) (Tabla 46), y se encontraron diferencias estadísticamente

significativas en los estilos de afrontamiento *solución de problemas*, *autoculpa*, *evitativo* y *fantasia*, pero no en *soporte social*.

En el análisis Pos Hoc, para identificar la direccionalidad de las diferencias se evidenció que los grupos de hombres deprimidos (*moderada/severa*) tenían medias menores en *solución de problemas* que la obtenida por el grupo de hombres sin depresión, y que la media significativamente más baja fue la del grupo de depresión moderada.

Los hombres con depresión severa obtuvieron una media significativamente mayor en afrontamiento *evitación* que los hombres con depresión moderada, y estos a su vez tenían una media significativamente más alta que la de los varones sin depresión. De forma similar, en *autoculpa*, las medias de los grupos de hombres con depresión moderada y severa, fueron significativamente mayores que la de los hombres sin depresión.

De otra parte, los grupos de hombres con depresión moderada y severa, presentaron medias significativamente mayores en *fantasia* que la reportada por el grupo de hombres sin depresión

Con análisis idénticos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en *masculinidad*, *machismo*, *feminidad* y *sumisión*, *ansiedad* y en el *número de acontecimientos vitales estresantes* reportados, pero no en el *impacto psicológico* referido. En el análisis Pos Hoc se determinó que los grupos de hombres con depresión (*moderada/severa*) tenían medias significativamente más altas en *masculinidad*, *feminidad* y *sumisión* que el grupo de hombres sin depresión, pero significativamente más bajas en *machismo*. Cabe notar que el grupo de hombres con depresión severa presentó la media más alta de *feminidad*, y los hombres con depresión moderada obtuvieron la media más baja de todas en *machismo*.

En general las personas deprimidas (moderada/severa) presentaron significativamente mayor *ansiedad* que el grupo sin depresión, sin diferencias significativas entre los grupos según severidad de la depresión. Así mismo, los hombres con depresión severa tenían una media significativamente más alta en el *número de eventos estresantes* que el grupo de depresión moderada, y estos a su vez reportaron una media significativamente más alta en este factor que el grupo de hombres no deprimidos. Pero en el impacto psicológico de los eventos estresantes no se hallaron diferencias entre los grupos con depresión, aunque ambas medias eran significativamente mayores que la del grupo de hombres sin depresión.

Tabla 46. Comparación ANOVA entre los grupos de las medias de los *estilos de afrontamiento*.

Variable	Media cuadrática	F	P
Estilos de afrontamiento			
<i>Solución de problema</i>	1.36	5.57	0.001
<i>Búsqueda soporte social</i>	0.14	0.462	0.709
<i>Evitativo</i>	4.67	24.78	0.000
<i>Autoculpa</i>	8.52	21.16	0.000
<i>Fantasía</i>	6.85	18.85	0.000
Género			
<i>Masculinidad</i>	92.87	48.52	0.000
<i>Feminidad</i>	50.42	28.82	0.000
<i>Machismo</i>	12.01	18.30	0.000
<i>Sumisión</i>	4.34	6.77	0.000
Ansiedad	1525.19	202.55	0.000
Acon. Vitales Estresantes			
<i>Número de AVE</i>	81.06	3.24	0.021
<i>Impacto psicológico</i>	1.03	2.20	0.141

Notas: p: Nivel de significancia menor o igual a 0.05; F: Estadístico del ANOVA

#### 6.2.4.1. Factores de riesgo de depresión en hombres

En la tabla 47 se puede observar la existencia de correlaciones positivas y significativas con un p menor o igual a 0.005 entre variables como *ansiedad* y *depresión*

(0.70), *ansiedad* medida con la escala específica de ansiedad del HADs y cada una de las dimensiones del CDH, con *autoimagen negativa* (0.58), con *ideación suicida* (0.53), con *pobre imagen social* (0.63), *afecto negativo* (0.69), con *desesperanza* (0.47) y con *evitación* (0.61). Este mismo tipo de relación se encontró entre depresión y los estilos de afrontamiento *evitación* (0.33) y *fantasía* (0.30); entre *afecto negativo* y el estilo de afrontamiento *evitación* (0.32); y entre *evitación* y estilo de afrontamiento *evitación* (0.32). Así mismo, se encuentra correlación negativa entre *autoimagen negativa* y *masculinidad* (-0.33).

Tomando en cuenta las variables anteriores sobre las variables psicosociales relacionadas con el nivel de depresión en hombres, se llevaron a cabo un último grupo de análisis para determinar posibles factores de riesgo.

En primer lugar se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple, método de exclusión de variables para identificar cuáles pueden ser consideradas variables predictoras del riesgo de padecer depresión en los hombres, el modelo inicial incluyó la edad, estilos de afrontamiento, ansiedad, masculinidad/feminidad, funcionamiento familiar y antecedentes familiares de enfermedad mental. En la tabla 45 se resume en modelo final resultante.

DEPRESIÓN EN HOMBRES

Tabla 47. Análisis correlacional de los factores asociados a Depresión y sus componentes

	Cuestionario Depresión en Hombres						Estilos de Afrontamiento					Masculinidad/Feminidad				
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Estilo 1	Estilo 2	Estilo 3	Estilo 4	Estilo 5	Ansiedad	Masc.	Fem.	Mach.	Sumi
Depresión	0.84	0.78	0.88	0.94	0.69	0.86	-0.08	-0.01	0.33	0.29	0.30	0.70	-0.28	-0.16	-0.09	-0.00
Factor 1	1	0.73	0.76	0.73	0.56	0.64	-0.11	-0.03	0.26	0.24	0.23	0.58	-0.33	-0.20	-0.10	-0.01
Factor 2		1	0.69	0.64	0.46	0.62	-0.10	-0.04	0.25	0.20	0.20	0.53	-0.28	-0.19	-0.14	-0.04
Factor 3			1	0.78	0.58	0.70	-0.07	-0.00	0.28	0.25	0.26	0.63	-0.26	-0.16	-0.10	-0.00
Factor 4				1	0.62	0.77	-0.06	-0.01	0.32	0.30	0.31	0.69	-0.21	-0.11	-0.06	0.00
Factor 5					1	0.51	-0.08	0.00	0.19	0.22	0.20	0.47	-0.24	-0.16	-0.02	0.02
Factor 6						1	-0.04	0.03	0.32	0.26	0.27	0.61	-0.22	-0.12	-0.08	-0.00
Estilo 1							1	0.64	0.29	0.32	0.38	-0.00	0.19	0.20	0.12	0.13
Estilo 2								1	0.29	0.30	0.33	0.04	0.05	0.07	0.09	0.14
Estilo 3									1	0.50	0.51	0.26	0.00	0.08	0.05	0.12
Estilo 4										1	0.47	0.23	0.01	0.07	0.10	0.16
Estilo 5											1	0.25	0.03	0.06	0.17	0.19
Ansiedad												1	-0.19	-0.10	-0.05	0.00
Masc.													1	0.70	0.46	0.33
Fem.														1	0.40	0.44
Mach.															1	0.69
Sumi.																1

F1: Autoimagen Negativa; F2: Ideación Suicida; F3: Pobre Imagen Social; F4: Afecto Negativo; F5 Desesperanza; F6: Evitación; Estilo 1: Solución de Problemas; Estilo 2: Búsqueda de Soporte Social; Estilo 3: Evitación; Estilo 4: Autoculpa; Estilo 5: Fantasía; Masc.: Masculino; Fem: Femenino. Mach: Machismo; Sumi: Sumisión.

El modelo resultante explica el 42% de la varianza con un error de 0.21, y las variables de asociación que lo componen fueron el afrontamiento mixto compuesto por el estilo *evitativo* alto, *baja solución de problemas*, *alta autocolpa*; además de *alta ansiedad*, *baja masculinidad*, *alto número de acontecimientos vitales estresantes de impacto psicológico moderado*, *uso de sustancias psicoactivas*, *alta disfunción familiar* y *antecedentes familiares de suicidio* (Tabla 48).

Tabla 48. Modelo de los factores predictivos de depresión resultante de la regresión lineal múltiple adelantada.

R	R Cuadrado	R cuadrado corregido	Error típico de estimación				
0.61	0.42	0.41	0.21				
ANOVA							
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig		
Regresión	180.55	10	10.85	400.480	0.000		
Residual	300.25	660	0.046				
		Coefficientes no estandarizados	Coefficientes tipificados	Intervalo de confianza 95.5 % para B			
Modelo	B	Error típico	Beta	T	Sig	Limite inferior	Limite superior
Constante	-0.16	0.074		-20.26	0.024	-0.03	1.02
<i>Evitativo</i>	0.02	0.003	0.03	80.83	0.00	0.01	0.15
<i>Sol.problemas</i>	-0.04	0.01	-0.08	-20.44	0.01	-1.20	0.99
<i>Autocolpa</i>	0.003	0.02	0.05	10.51	0.13	-0.07	0.84
<i>Ansiedad</i>	0.009	0.003	0.12	30.184	0.00	-0.01	1.36
<i>Masculino</i>	-0.03	0.001	-0.15	-40.65	0.00	-1.54	-0.02
Impacto psicológico	-0.02	0.010	-0.15	-20.30	0.02	-0.93	0.37
No.AVE	0.05	0.020	0.13	20.05	0.04	0.02	1.09
Uso de drogas	0.01	0.060	0.07	20.30	0.02	0.02	1.12
Antec. Fam. de suicidio	0.18	0.035	0.16	50.21	0.00	0.001	1.04
Disfunción familiar	0.02	0.007	0.13	40.18	0.00	0.02	2.6

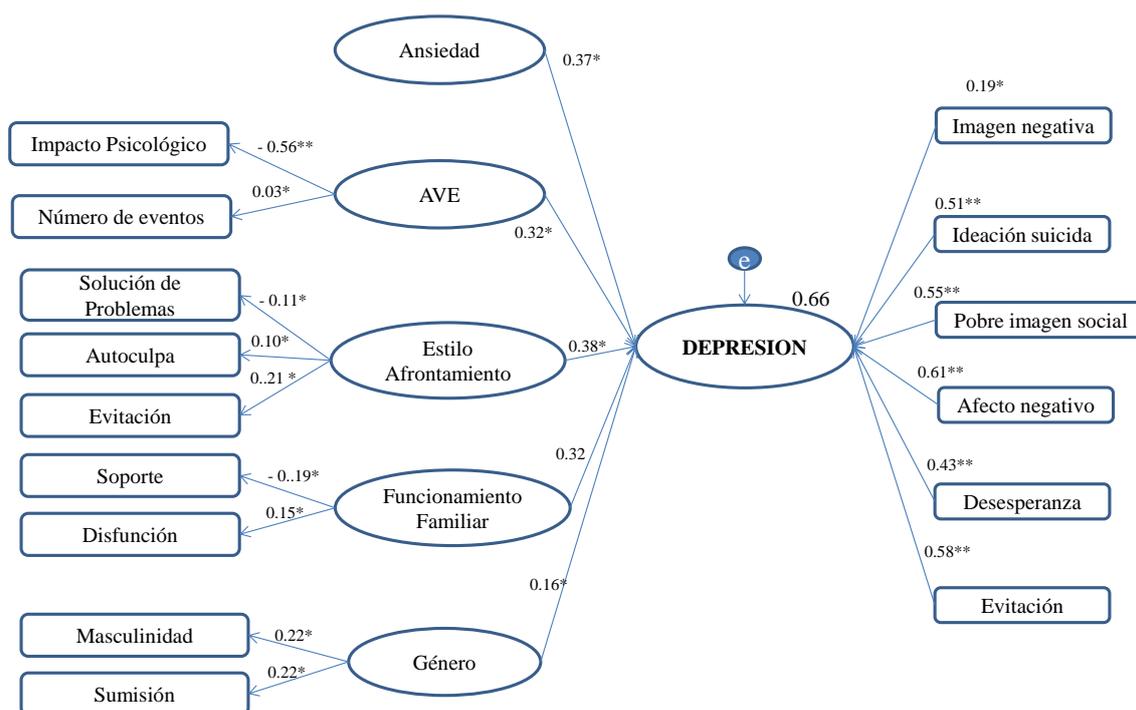
Notas: R: Probabilidad de riesgo relativo; R cuadrado: Varianza explicada; Gl: Grados de libertad; F: Medida del ANOVA; Sig: Significancia. Beta: Probabilidad de riesgo relativo; No. AVE: Número de acontecimientos vitales estresantes; drogas: Sustancias psicoactivas.

Finalmente con los datos obtenidos en la encuesta se procedió a evaluar el modelo predictivo mediante el uso de la herramienta estadística de Ecuaciones Estructurales, y se calcularon los índices de ajuste, los pesos relativos de varianza aportados por cada factor considerado predictor de depresión y el total de varianza explicada del modelo. Este Modelo también permitió contrastar los datos obtenidos en una muestra clínica con

los de una muestra de población en general, y así definir si el modelo es lo suficientemente estable en la explicación de la depresión en hombres. En la Figura 17 se presenta el modelo de medición y el modelo resultante de los factores predictores de la severidad de la depresión en los hombres, en el que variables como *Acontecimientos vitales estresantes* (0.38) la *ansiedad* (0.37), los *estilos de afrontamiento* (0.38), el *funcionamiento familiar* (0.32) y el *género* (0.16) en interacción explican el 66% de varianza de la severidad de la depresión en hombres.

En primer lugar, como era esperable después del análisis de regresión, se encuentra un *estilo de afrontamiento* mixto conformado por la *evitación* con mayor peso de varianza explicada aportado (0.21), seguido del aporte negativo que hace el estilo centrado en la *solución de problemas* (-0.11) y del aporte positivo del afrontamiento centrado en la *autoculpa* (0.10). En segundo lugar, se encuentran las variables (latentes) del modelo denominadas *acontecimientos vitales estresantes* y el *funcionamiento familiar* (0.32 respectivamente); en la primera se muestra que el *impacto psicológico* aporta en mayor medida y de forma negativa (-0.56), que el *número de eventos* reportados por la persona (0.03), a la explicación de varianza de la severidad de la depresión. Respecto del *funcionamiento familiar* se encontró que la *disfunción familiar* aporta un peso relativo de varianza positivo (0.15) y el *soporte familiar* aporta de forma negativa (-0.19). En cuarto lugar, se encontró que el *role de género* aportaba el menor peso relativo de varianza explicada (0.16) con la *masculinidad* y la *sumisión* aportando en la misma medida (0.22). Todas las relaciones descritas del modelo cumplen el criterio mínimo de ser significativas con un p menor o igual a 0.05 (Figura 17).

## DEPRESIÓN EN HOMBRES



Notas: \* p menor o igual a 0.05. \*\* p menor o igual a 0.01

Figura 17. Factores asociados a la severidad de la Depresión en Hombres representados en el Modelo de Ecuaciones Estructurales.

Al calcular los índices corregidos para el tamaño de la muestra (Tabla 49), se encontró que todos denotan que el modelo tiene un nivel de ajuste adecuado, ya que aunque el RSMEA no es inferior a 0.10, el NFI sí es mayor a 0.80, el CFI es superior a 0.95 y el Chi Cuadrado de bondad del ajuste no fue significativo ya que el p hallado era superior a 0.05, es decir, que el modelo está identificado porque sus parámetros lo están; y que es recursivo porque no tiene efectos circulares o recíprocos entre sus variables.

Tabla 49. Índices de ajuste del modelo de ecuaciones estructurales identificado de severidad de la depresión en hombres.

Índices de ajuste		Resultado	Indicador
Raíz Cuadrada del Error Cuadrático Medio	RSMEA	0.13	---
Índice de Ajuste Normalizado	NFFI	1.00	---
Índice Comparativo de Ajuste	CFI	1.00	---
Chi cuadrado	Chi	0.0	p = 0.097
Grados de libertad	Gl	2	---
Varianza explicada	R2	0.59	p = 0.001

Notas: p: Nivel de significancia

Finalmente, de acuerdo con estos dos últimos análisis, se presenta en una tabla el resumen de los factores asociados a la aparición de depresión en hombres como de la severidad con la que se expresa (Tabla 50).

Tabla 50. Tabla resumen de los síntomas característicos de depresión y factores más relevantes en la predicción del trastorno en hombres.

Características	Expresión aguda de síntomas en todas las áreas y mayor ideación suicida que en los casos femeninos.	
	Componente	Síntoma
Síntomas	Autoimagen negativa	Baja autoeficacia Sensación de inutilidad
	Alta evitación comportamental	Incremento de actividad laboral y social. Abuso en el consumo de energizantes y alcohol
	Afecto negativo	Intranquilidad matutina Sensación de estar vacío
	Cambios bruscos de comportamiento	Actúa como si fuera otra persona
	Pobre imagen social	Sensación de ser visto como peor, apagado o mermado
	Conductas autolesivas	Exposición voluntaria a riesgo: Infidelidad/intercambio con parejas simultáneas, consumo abusivo de alcohol, conducir ebrio.
	En los casos más severos y recurrentes ideación suicida	Pensamientos de muerte, ideación de formas para quitarse la vida y planes de matarse.
Psicológicos	Estilo de afrontamiento mixto	Alto Evitativo Baja solución de problemas Alta autculpa
	Uso de sustancias psicoactivas	Alcohol y energizantes
	Ansiedad	Alta ansiedad
	Satisfacción	Baja satisfacción laboral Baja satisfacción con la pareja Baja satisfacción con sit. Económica
Sociales	Funcionamiento familiar	Alta disfunción familiar Bajo soporte familiar percibido
	Antecedentes familiares de enf. Mental	Suicidio

(Continuación tabla 50 resumen de los síntomas característicos de depresión y factores más relevantes en la predicción del trastorno en hombres).

Factores asociados	Factores específicos	Detalle
Culturales	Género	Alta masculinidad Alta sumisión
Ambientales	Acontecimientos vitales estresantes	Alto número de eventos Bajo impacto psicológico Pérdida de trabajo Problemas económicos Muerte de un amigo íntimo

### 6.3. Discusión y Conclusiones

Los principales resultados indican que el CDH mantiene el nivel de validez y confiabilidad obtenido en el primer estudio, pues nuevamente se cumplen los tres criterios psicométricos fundamentales de unidimensionalidad, separación e independencia, considerados indispensables en la validación de un instrumento (Linacre, 2002). Se logró mejorar el ajuste de casi la totalidad de los ítems, incluidos los cuatro que habían presentado dificultades de redacción en el primer estudio y, por el uso de análisis de equiparación, se evidencia que las seis dimensiones definidas en el primer estudio se mantienen.

Para la calificación e interpretación del CDH fue necesario modificar el punto de corte clínico, debido a que el uso de la puntuación definida en el primer estudio determinaba un límite clínico superado por el 40% de la población evaluada. Esta sensibilidad aumentada en la detección de casos positivos de depresión inducía a errores de identificación de un número elevado de falsos casos. Una vez corregida la puntuación tomando como referente los puntajes de la misma población se superó el

problema.

De acuerdo con los datos obtenidos, es posible afirmar que existe subreporte epidemiológico de casos de depresión en hombres, para este caso en Colombia, debido al uso de instrumentos derivados del sistema DSM y CIE que no recogen de manera precisa los síntomas propios de la depresión masculina.

Como factores psicológicos asociados tanto a la depresión como su severidad se confirma que el afrontamiento mixto que combina alta *evitación*, alta *autoculpa* y baja *solución de problemas* de un número alto de *acontecimientos vitales estresantes* de *impacto psicológico* moderado; mezclados con la presencia de alta *ansiedad*, *uso de drogas*, alta *disfunción familiar* y *bajo soporte familiar percibido* y una expresión del género que combina alta *masculinidad* con alta *sumisión*, además de antecedentes familiares de suicidio reportados, están estrechamente asociados en la aparición de casos de depresión en la población colombiana participante del estudio.

El modelo empírico logrado es similar al obtenido en el primer estudio, ya que el tipo de relación del soporte familiar percibido previamente asociado a depresión, se incluyen el factor psicológico de ansiedad y un factor cultural que corresponde a la expresión del género masculinidad/feminidad.

Los síntomas de depresión en hombres que se presentan en todos los niveles de severidad del trastorno son:

Afecto negativo expresado en *agotamiento*, *dificultad para controlar emociones*, *inquietud e intranquilidad*, *frustración*, *estrés*, *agotamiento*, *impaciencia*, *ansiedad matutina*, *sentimientos de inutilidad* y *cambios bruscos en el estado de ánimo*.

Desesperanza reflejada en *insatisfacción con lo que ha hecho en la vida* y *pesimismo*.

Evitación con comportamientos como: *Busca experimentar sensaciones aunque*

*ponga en riesgo la integridad personal, dificultad en toma de decisiones, busca estar ocupado para no pensar, evadir las dificultades haciendo actividades con amigos, consumo abusivo de alcohol y otras drogas, y problemas de sueño.*

Autoimagen negativa que incluye *sentimientos de pesar hacia sí mismo, pensamientos referidos a que los demás estarían mejor sin él, baja autoeficacia y tendencia a demeritar lo que hace.*

Pobre imagen social expresada como *frustración, la idea de que otros perciben los cambios extremos de su comportamiento, sensación de que otros lo ven como apagado, y pesimista, insatisfacción, reportes de que le han dicho que es una persona difícil de tratar.*

Ideación suicida que se caracteriza por el reporte de *deseos de terminar con su vida.*

El único síntoma que presentó mayor severidad en los casos de depresión moderada fue el hecho de haber tenido *relaciones de pareja paralelas*, reporte que disminuye significativamente en los casos de depresión mayor.

Los síntomas en los que aumenta de forma significativa la severidad y se expresan especialmente en los hombres con depresión mayor, organizados de nuevo por dimensiones, fueron:

Afecto negativo con *sensación de estar vacío, irritabilidad, deseo de abandonarlo todo y reacciones agresivas ante situaciones normales.*

Ideación suicida propiamente dicha ya que el hombre reporta que *ha pensado en formas de quitarse la vida, fantasea con dormir y no despertar, y ha deseado morir para solucionar sus problemas.*

Desesperanza ya que *presiente que su futuro va a ser más malo que bueno.*

Evitación expresada en *quejas indirectas para conmover a otros y obtener apoyo.*

En adelante se procede a discutir los hallazgos. Dada la semejanza alta entre los resultados obtenidos entre el primer estudio y el presente trabajo, se profundizará especialmente en aquellos aspectos que no resultaron concordantes o que amplían la comprensión del fenómeno.

### 6.3.1. Validación nacional del CDH

Como se indicó al principio, de nuevo se cumplen los tres principales criterios psicométricos en el CDH (unidimensionalidad, separación e independencia de validez) y se logró que casi la totalidad de los ítems alcanzara los criterios de ajuste y funcionamiento; condiciones que en conjunto indican que las respuestas dadas reflejan distintos grados de expresión de depresión, hecho que confirma su capacidad discriminante y que hubo alta comprensión de los ítems (Linacre, 2002). Además, se evaluó la fiabilidad, y se confirmó que las características psicométricas del cuestionario se mantienen en la aplicación hecha a la muestra nacional compuesta por un grupo diverso de hombres en nivel educativo, edad y procedencia, y realizado en distintas condiciones y por distintos evaluadores.

De otra parte la equiparación métrica entre el primer grupo de estudio y el segundo grupo correspondiente a la muestra nacional de hombres, permitió promediar los resultados obtenidos en los ítems que no presentaban dificultad (la mayoría de ellos) y se definió que el comportamiento psicométrico era similar. Se asumió entonces que las dimensiones eran igualmente consistentes.

No obstante, los ítems 3 y 19 presentaron problemas de funcionamiento y ello sugirió la necesidad de indagar sobre cuáles eran las fuentes del desajuste. Asumiendo que el problema podría ser similar al presentado por algunos ítems en el sentido de la

validez discriminante del CDH, antes de redactarlos de nuevo se entrevistó a 10 hombres que habían hecho parte de la muestra nacional y estos adujeron dificultades para comprenderlos plenamente, ya que según ellos se usaban palabras de difícil comprensión y que podrían ser consideradas muy técnicas.

Por esto, como estrategia inicial para mejorar el ajuste, se sugiere la reforma de los ítems 3 y 19, con un cambio de redacción realizada a partir de algunas entrevistas hechas a participantes y del análisis hecho por el grupo de trabajo, pero estas modificaciones requieren de un análisis mayor.

Sin querer obviar la importancia de ajustar estos dos ítems, es posible afirmar que ya se ha logrado una validación nacional del cuestionario y que éste puede ser usado con rigor en diversas poblaciones colombianas para detectar eficientemente casos de depresión en los hombres. Por el sistema de equiparación, se mantienen las seis dimensiones definidas en el primer estudio (*Autoimagen negativa, ideación suicida, pobre imagen social, desesperanza, evitación y afecto negativo*). Sin embargo, no se recomienda el uso aislado de los ítems que conforman cada dimensión porque no se han valorado sus alcances en el uso independiente de las mismas y se desconocen los límites evaluativos de cada una.

### 6.3.1.1. Calificación y tipificación.

Respecto del punto de corte clínico fue necesario recalcularlo para hacer menos sensible la prueba, pues el hecho de haber definido los puntos de corte con población ubicada en los extremos de expresión de la variable, la hizo altamente sensible, incrementando el error de medición, es decir que el instrumento no estaba clasificando correctamente a quienes presentaban en realidad la condición de estar deprimidos. Esto

fue debido probablemente a que la población clínica con la que se calibraron los puntos de corte estaban siendo abordados por su patología, por lo que es sospechable que alguno de ellos hubieran empezado a disminuir sus puntuaciones en depresión, producto de ese abordaje y, posiblemente alcanzando ya niveles subclínicos en depresión.

El problema que fue subsanado con el recalcular de los puntajes que indicaban el umbral clínico, a partir del uso de las medidas de tendencia central y dispersión de la muestra nacional.

Es más deseable detectar posibles casos que ignorarlos (falsos negativos), pero lo correcto es que la detección de casos sea próxima al número real de positivos, es decir que lo que se espera es alcanzar un nivel adecuado de sensibilidad que se aproxime al 100%, y que además logre la especificidad o capacidad para detectar correctamente los casos en los que la condición (depresión) no ocurre efectivamente (falsos positivos). Con este ajuste se optimizaron los requerimientos para falsos positivos y negativos de una prueba diagnóstica (Nezú et al., 2002). Con estos datos se puede decir que se confirma adecuada sensibilidad del CDH, y por ello puede usarse en el cribado, diagnóstico, reconfirmación diagnóstica e investigación (Carrasco et al., 2013).

### 6.3.2. Prevalencia.

La prevalencia de corte en el último mes, medida entre los meses de agosto a noviembre, se encontró que el 7.9% de los hombres encuestados padecían de depresión, y ésta proporción encontrada está notablemente por encima de la reportada en estudios nacionales previos que oscila entre el 6% y el 6.2% (FMSM, 2012; Gómez-Restrepo, 2004; MCPS, 2003).

El 6.1% de los hombres deprimidos estaba en nivel moderado y el 0.8% presentaba

depresión severa (1 de cada 10), sin que sea posible especificar si se trataba de un episodio de depresión mayor o del trastorno, debido a que en este estudio se asumió como concepto global la existencia de depresión clínica en general y no la identificación específica de los trastornos del estado de ánimo.

Si se retoma la comparación de las cifras de prevalencia, hay dos vías posibles de explicación de la diferencia. En primer lugar, ésta podría deberse al incremento ocurrido en los años que han transcurrido luego del Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, o en los otros estudios más recientes; y en segundo lugar, a que probablemente los instrumentos usados hasta ahora para hacer los seguimientos epidemiológicos en el país son menos sensibles para detectar depresión en hombres. Tal como concluyen Chang et al. (2008), los resultados epidemiológicos disponibles son variables y dependen mucho del instrumento utilizado para medir, pues varían los aspectos de la depresión que son privilegiados y su nivel de sensibilidad. Y no se puede perder de vista que varios trabajos previos con medidas tomadas con dos instrumentos simultáneamente han permitido identificar que el Zung y el BDI en sus dos versiones son menos sensibles a detectar casos de depresión en hombres (Álvarez y Londoño, 2012; Galicia et al., 2009; Vargas et al., 2013).

El 7.7% de los encuestados presentó alto riesgo suicida que se asoció con depresión severa, y el 12.2% reportó ideas de muerte o deseos de morir, asociado a depresión moderada en la mayoría de los casos, pero no de forma exclusiva, ya que existe cerca del 4% de casos en los que desconoce la fuente de los deseos de morir. Los datos nacionales disponibles sobre el riesgo suicida indican que más del 6% de la población está en riesgo (FMSN, 2012), pero no es concordante con los resultados de este trabajo, pues aquí se halló un riesgo suicida notablemente mayor, incluso próximo al 20%. Adicionalmente, ya se ha establecido con suficiente certeza que los hombres tienen

mayor riesgo suicida, pues la mayor parte de los suicidios efectivos registrados en Colombia y el mundo son cometidos por hombres (FMSN, 2012; Haeffel et al., 2007; INMLF, 2011; INMFL, 2013; Merikangas et al., 2011).

Aunque no puede equipararse ideación suicida y depresión, pues son variados los trastornos psicológicos y físicos que pueden llevar a alguien a considerar la posibilidad de quitarse la vida (enfermedad mental severa, condiciones de salud física que implican dolor, problemas económicos y motivos culturales), sí se ha establecido que al menos en la mitad de los casos el acto suicida está relacionado con diagnósticos previos de trastornos del estado de ánimo, en especial de depresión mayor (Arsenault-Lapierre et al., 2004) y que los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres de cometer efectivamente el acto suicida (OMS, 2012).

Si se retoma el hecho de que los hombres con depresión moderada también refirieron el deseo de quitarse la vida, aunque que no siempre las ideas de muerte o la ideación conlleva al acto suicida efectivo, debe ser considerada como una señal de alarma pues su aparición ha sido relacionada por varios autores con el posterior incremento en la severidad de los síntomas y la consolidación de las ideas de quitarse la vida (Egan et al., 2011; O'connor 2011; Ramussen, 2012). En especial, si se tiene en cuenta que el contexto colombiano es rico en ambientes violentos y de desigualdad, resulta propicio para reafirmar las creencias desesperanzadoras sobre la vida.

Así mismo, cerca del 11% de los hombres presentó síntomas leves de depresión que indican la existencia de condiciones subclínicas que merecen atención y el desarrollo de acciones preventivas dirigidas a la población masculina, para sensibilizar sobre los síntomas, la importancia del problema y su posible impacto. Ya se ha visto previamente que las acciones preventivas específicas tienen mejor impacto y alcance, que las que se hacen de forma global (Sandler y Chassin, 2002). Además, no se puede

perder de vista que el 10.9% de los encuestados presentaban un nivel subclínico de depresión; y esta condición puede agudizarse con relativa facilidad en un país como Colombia, en el que hay inestabilidad laboral, un sistema de salud pobre e ineficiente, sumado a la situación de conflicto armado de larga data.

Condiciones que proveen a diario estrés moderado pero crónico, que ya ha sido identificado como depresógeno en el estudio 1 y por un grupo extenso de autores (Almeida et al., 2011; Birmaher et al., 2004; Hammer et al., 2010; Safford et al., 2007; Steiner y Kalynchuck, 2010; Vargas Navarro et al., 2011; Zoy et al., 2012), ya que aumenta la reactividad, deteriora la capacidad real de respuesta y afecta la evaluación que la persona hace acerca de su capacidad.

De otra parte, y aunque se esperaba que en un estudio de corte nacional la comparación de prevalencias por departamentos, en la presente investigación no fue posible debido a la estrategia de recolección de los datos no permitió el contar con muestras representativas de cada departamento.

### 6.3.3. Síntomas de depresión

Se reconfirma la existencia de un grupo de síntomas de depresión masculina y se evidencia que la lista de síntomas encontrados en el estudio 1 y el estudio 2 son similares, sin que se pueda confirmar la especificidad hallada en el estudio previo, de acuerdo con el género, pues la muestra estaba conformada solo por hombres, y merece un estudio nuevo que incluya mujeres y de este modo se pueda definir si algunos de los síntomas considerados masculinos más bien hacen parte de los síntomas centrales (afecto triste, anhedonia y baja autoestima) que ha buscado describir Peñate (2001) y Peñate et al. (2005). Sin embargo, aún con la propuesta de Peñate (2001) resultan

inconsistentes los síntomas masculinos descritos en este trabajo, pues como se ha planteado previamente los hombres no refieren tristeza ni anhedonia abiertamente.

Los síntomas que son comunes en el estudio 1 y 2, que además han sido reportados en otros estudios son: *Relaciones paralelas de pareja, búsqueda de sensaciones y exposición voluntaria al riesgo, evitación conductual alta a través del consumo de drogas* (en especial alcohol), *agotamiento, dificultad para controlar emociones, inquietud e intranquilidad, frustración, estrés, impaciencia, ansiedad matutina, sensación de inutilidad, cambios bruscos en el estado de ánimo. Desesperanza* reflejada en *insatisfacción con lo que ha hecho en la vida y pesimismo*.

Frecuentes comportamientos evitativos como la *búsqueda constante de sensaciones diferentes sin tomar en cuenta el riesgo, dificultad en toma de decisiones, buscar estar ocupado para no pensar, evadir las dificultades haciendo actividades con amigos, consumo abusivo de alcohol y otras drogas, y problemas de sueño*; además de autoimagen negativa reflejada en *sentimientos de pesar hacia sí mismo, pensamientos referidos a que los demás estarían mejor sin él, baja autoeficacia, sensación de inutilidad y tendencia a demeritar lo que hace; sumados a pobre imagen social expresada como frustración, la idea de que otros perciben los cambios extremos de comportamiento, sensación de que otros lo ven como apagado, y pesimista, se siente insatisfecho, reportes de que le han dicho que es una persona difícil de tratar* (Álvarez y Londoño, 2012; Kilmartin, 2005; NIHM 2005; Vargas et al., 2013).

Pero los hallazgos respecto de algunos síntomas y sus diferencias en relación del nivel de severidad en que se presentan son disimiles entre los estudios 1 y 2. Por ejemplo, los síntomas *relaciones paralelas de pareja, y búsqueda de sensaciones sin importar el riesgo*, en el primer estudio se identificaron como característicos de los casos con mayor severidad; por el contrario, en este estudio se determinó que el primero

ocurría en mayor medida en los casos de depresión moderada, y el segundo en general en todos los casos de depresión. Igualmente, las *quejas indirectas para conmovier a otros y obtener apoyo*, aquí fueron características de hombres con depresión severa y en la investigación anterior se presentaron indistintamente de la severidad en todos los casos de depresión.

Las conductas autolesivas como la exposición voluntaria al riesgo con el propósito de *buscar sensaciones* han sido registradas como señales de depresión mayor en al menos un estudio anterior (Arsenault-Lapierre et al., 2004), contrario a la dirección en la que apuntan los resultados al respecto en este trabajo, pero en la misma línea del estudio anterior. Para dirimir esta disyuntiva es necesario hacer estudios en los que se comparen los síntomas de acuerdo con cada nivel de severidad de la depresión, y esto se logrará una vez se haya incorporado al CDH una escala de severidad tal como se propuso en el estudio 1.

Así mismo, la *sensación de estar vacío, la irritabilidad, deseos de abandonarlo todo y reacciones agresivas ante situaciones normales* se habían asociado a depresión en general, y aquí su mayor expresión se da en los casos de mayor severidad. Lo que sí es consistente en ambos estudios es que la *ideación suicida* se asocia a depresión severa, ya que se reporta que de manera frecuente *ha pensado en formas de quitarse la vida, fantaseado con dormir y no despertar, y ha deseado morir para solucionar sus problemas*. Las *ideas de muerte o deseos de terminar con su vida* están presentes incluso en los casos de depresión moderada.

En diversos estudios previos se ha confirmado que la ideación suicida aparece como pensamientos de muerte expresados en deseos de morir, que se convierten en la ideación difusa de formas de matarse y se vuelve aguda cuando la persona planea en detalle de forma explícita quitarse la vida, y está ligada a la larga duración y aumento

de intensidad de los síntomas (Egan et al., 2011; Franchi, 2010; Kilmartin, 2005; O`connor, 2011; Ramussen et al., 2012). Los deseos de morir pueden aparecer agudicen cualquier fase de proceso depresivo, pero el aumento de la ideación suicida y su planificación deben ser considerados indicadores de deterioro.

De otra parte, se confirma el hecho de que los hombres deprimidos no refieren sentir tristeza y tampoco llanto frecuente. Está por definir las causas este estado y la identificación de los factores culturales y sociales asociados a la supresión del llanto y la expresión de la tristeza. También queda por establecer si esa supresión está en relación con la preponderancia en los hombres con depresión de mayor sensación de vacuidad, del odio hacia sí mismo y de culpabilización (Bonnano et al., 1998; Bonnano et al., 2008; Niemeyer, 2006).

Respecto al hecho de que las personas más deprimidas poseen un deseo sexual más inhibido y disminuyen tanto la cantidad como la calidad de los encuentros sexuales, ya sea por la falta de deseo, falta de energía o por la falta de oportunidades (Hopko y Mullane, 2008; Laurent y Simmons, 2008), se contradice con los datos del estudio 1, ya que se indicaba que los hombres más deprimidos tenían una expresión sexual aumentada,

Aunque Perelman (2011) también encontró que los hombres deprimidos en general presentaban incremento de contactos sexuales, esto no significaba un aumento de la libido o del desempeño. De acuerdo con Echeburúa (2012) y Nelson y Oehlert (2008), es posible que la mayor expresión sexual en hombres deprimidos se haga con la finalidad de aminorar las sensaciones indeseables y negativas. Pero los datos recolectados en el presente y el anterior estudio al respecto no dan pie para discutir o contrastar mayormente el conocimiento previo, y solo indican que entre la agenda investigativa futura debe estar incluida la expresión sexual de los hombres deprimidos

para definir si el deseo, la frecuencia y la calidad de los intercambios sexuales se ve afectada y de qué manera.

En el caso específico de la *búsqueda de sensaciones extremas sin importar el riesgo* que de estas se derive, que según los resultados se presenta en los hombres con depresión moderada, ésta puede ser vista de varias formas. De un lado, podría verse como conducta para suicida o autolesiva, pues puede pensarse que la persona intenta expiar sus culpas a través del riesgo o que tienen la capacidad de tomar la decisión de quitarse la vida. Y del otro, esta corresponde a una estrategia para aliviar el sufrimiento, ya que los componentes evitativos y de conductas autolesivas son similares y es difícil saber si se hace para evitar el sufrimiento o como una forma de castigo.

Estos hallazgos muestran la diversidad de expresiones y combinaciones de síntomas que pueden ocurrir en un cuadro depresivo y cómo estos varían entre los distintos casos. Aunque lo que sugieren, es la necesidad de continuar con la indagación en un terreno que por ahora debe considerarse exploratorio y que con la realización de estudios cualitativos o de estudios de caso, podría arrojar luces al respecto.

Si se comparan el grupo de síntomas de depresión en hombres aquí descritos con la lista de síntomas incluidos en el banco de ítems de depresión resultante de estudios metanalíticos que fue actualizada en 2014 por Wahl et al. (2014), es posible notar que allí también se obvian estos síntomas masculinos, pues estos metanálisis han sido realizados con estudios en los que predominaba la participación de mujeres deprimidas, y en ella de nuevo están los síntomas de decremento de la actividad y tristeza, que al parecer no son propios de los hombres.

Desde una perspectiva transdiagnóstica los hombres deprimidos presentan perfeccionismo de origen social representado en la pobre imagen social que perciben combinados con estándares sociales extremos, ambos asociados a estrés y este a su vez

relacionado con la aparición de síntomas depresivos en estudios previos hechos por Calvete et al. (2008) en niños y adultos, y por Hewitt y Flett en adultos (1991). Además, podría asumirse que la autocrítica, la tendencia a autoculpabilizarse, la preocupación por el futuro expresada como sensación de imposibilidad de realizarse, por la sensación de estar vacío y el incremento de la evitación, son indicadores de baja tolerancia a la incertidumbre, tal como lo propusieron Flett et al. (2012) y confirmado por González et al. (2013). Y precisamente la evitación dificulta la solución efectiva de los problemas pues la falta de autoregulación emocional ocurre debido a la no reevaluación (Fairhome et al., 2013).

### 6.3.4. Factores asociados con la depresión en hombres

En este segundo estudio, el modelo que pretende mostrar la relación entre los factores sociales, culturales, ambientales y psicológicos que predicen la aparición y agudización de los síntomas de depresión, es similar al obtenido en el primer estudio por ello se corroboran los resultados anteriores, solo cambian el nivel de soporte asociado, y se agregan otros factores antes no estudiados como la ansiedad y la expresión del género alta sumisión/alta masculinidad.

Los factores asociados a la aparición de la depresión en hombres y del incremento de la severidad, detectados en estos estudios son los *eventos vitales estresantes* y el mal *funcionamiento familiar*: Estar expuesto a un alto número de estresores que ocurren de forma consecutiva (con un impacto psicológico moderado), y no contar con adecuado soporte familiar y estar expuesto a un ambiente familiar disfuncional, incrementan el riesgo de padecer de depresión y que ésta se haga más severa, con hallazgos similares están los estudios previos realizados por Myers (2006) y Folkman, (2001).

En el estudio 1, se había notado que más que el impacto psicológico de un evento estresante en particular, era la acumulación de eventos de impacto psicológico moderado lo que se asociaba a la aparición y agudización de depresión en hombres; hallazgos congruentes con los de varios estudios previos que indicaban que la acumulación de estrés crónico que no permite a la persona la reevaluación de los eventos magnifica su impacto, pues produce agotamiento en quien responde (Bodgan et al., 2013, Steiner y Kalynchuck, 2010; ; Zhang y Meaney, 2010; Zoy et al., 2012).

También se había hecho notable el efecto del funcionamiento familiar, pero se había planteado que era el alto soporte familiar percibido el que se asociaba a la depresión en los hombres. Pero igual que en el presente estudio, que apunta en sentido contrario a este respecto, existe amplia evidencia del efecto negativo que tiene la falta de apoyo social, especialmente del que ofrece o se espera que ofrezca la familia (Dokin et al., 2013; Fellingner et al., 2009; Grav, Hellzen, Romild y Stordal, 2012; Pawlby, Hay, Sharp, Waters y O'Keane, 2009).

El pobre soporte familiar reportado por los hombres deprimidos, tiene dos posibles explicaciones. En la primera se aduce que el grupo familiar no cuenta con las habilidades para brindar apoyo debido a la dinámica familiar; y en la segunda, se plantea que aunque es capaz de hacerlo no lo lleva a cabo debido a que el hombre no lo solicita para no ir en contra de los preceptos sociales.

En favor de la primera explicación ya se ha evidenciado que para cualquiera vivir en un ambiente de bajo soporte, sin apoyo ni acompañamiento especialmente durante las dificultades; sino que más bien es en medio de ellos que reina la comunicación basada en críticas, juicios de valor e incluso expresiones de violencia verbal o física (Drydakakis, 2013; Vallejo et al., 2008).

Pero también existe evidencia que apoya la segunda explicación, que permite

pensar que los hombres evitan solicitar apoyo social, tanto familiar como profesional, debido a los fuertes esquemas de independencia y autonomía que manejan; y a que su rol de protector y proveedor no se lo admiten pues es precisamente él quien brinda apoyo a los miembros de la familia que lo necesitan (Burton et al., 2004; Galea et al., 2007; Latkin y Curri, 2003). Pero los mismos resultados de este estudio, indican que es precisamente la combinación de un ambiente familiar empobrecido y disfuncional que no provee apoyo y la tendencia masculina a evitar pedir ayuda lo que facilita que los hombres se depriman.

En tercer lugar, por su grado de aporte explicativo al modelo identificado, está la forma en cómo responden los hombres ante las situaciones estresantes antes descritas. En los dos estudios se coincide con otros trabajos previos (Carver y Connor-Smith, 2010; Gómez y Aclaren, 2006), en apuntar a que un estilo dirigido principalmente a aliviar la emoción y poco centrado en encontrar salida a la situación problemática y estresante, facilita la depresión. Evitar de manera constante el pensar o actuar sobre los problemas, y usar explicaciones basadas en atribuciones causales de culpa personal, se conjugan fácilmente con un pobre direccionamiento hacia la solución real de la situación y provocan que la respuesta al estrés no solo sea ineficiente sino que, además, se deteriore al punto de consolidar la depresión.

Los estilos de afrontamiento responden a los estilos atribucionales o tienen base en ellos y en los esquemas que son activados por las situaciones estresantes, por eso la persona tiende a dar explicaciones automáticas a los eventos y éstas a su vez generan reacciones disfuncionales, (Hernánomez Criado, 2012) que no le permiten ajustarse plenamente a la situación, ya que le impiden comprender y solucionar los problemas que se derivan de ésta. Ya es conocido que el impacto de los eventos depende de la valoración que cada uno hace acerca de los recursos de que dispone para afrontar cada

evento (Barcelata et al., 2011; Barret y Turner, 2005), que en éste caso es sin duda negativa ya que está basada en la baja capacidad percibida.

Un segundo grupo de factores predictores de los niveles de depresión fueron la tendencia cognitiva y conductual a responder ante el estrés con un afrontamiento mixto, en el que predomina la *evitación*, y la tendencia a no actuar frente a los problemas (*baja solución de problemas*), además de la continua sensación de culpabilidad (*alta autoculpa*). El papel la *ansiedad* se incrementa en especial si se da simultáneamente con una expresión de género que combina alta *sumisión/alta masculinidad*.

Tanto la ansiedad como la masculinidad/feminidad fueron incorporadas al modelo obtenido en el estudio 1, y se encontró que ambas actúan como potenciadoras de la aparición y agudización de la depresión en hombres. En el primer caso, como era de esperarse, se corrobora que padecer ansiedad se relaciona con el reporte de depresión; y hay evidencia precedente que indica que la ocurrencia comorbil se da en más del 60% de los casos (Campos y Martínez Larrea, 2002; Merikangas, 2009), siendo la comorbilidad más estable con depresión por encima de otros trastornos (Conner et al., 2008).

Este dato no implica que la ansiedad preceda la aparición de la depresión, tal como aparece en el modelo resultante. La evidencia al respecto señala que existe un efecto bidireccional. Autores como Chorpita y Daleiden (2002), y Merikangas y Avenevoli (2002), encontraron que padecer ansiedad potencia la aparición de los trastornos del estado de ánimo, en especial de depresión mayor y trastorno bipolar. Otros autores como Campos y Martínez-Larrea (2002) y Ehring y Watkins (2008), hallaron que es la depresión precedente facilitaba la ocurrencia de los trastornos de ansiedad

Si bien es clara la comunalidad etiológica entre los trastornos de ansiedad y los del estado del ánimo (Barlow, 2008), la existencia de síntomas característicos comunes en

ambos trastornos evidenciada por Barlow et al. (2011), de nuevo conduce a concluir que no han sido totalmente diferenciados como lo habían anotado Stark y Laurent (2001), pudiendo existir un solapamiento mutuo de síntomas (Agudelo et al., 2007; Kessler et al., 2005). Este nivel de comorbilidad de solapamiento de síntomas ha llevado a Tyrer et al. (2001), a proponer que depresión y ansiedad son variantes expresivas de un mismo trastorno.

En todo caso, debido a los límites inferenciales de nuestros estudios, solo es posible concluir que la ansiedad está asociada a la aparición y agudización de depresión. Se hace necesario por tanto incrementar el conocimiento explicativo existente acerca de ambos trastornos y su relación, que supere además los problemas de alcance que tiene la investigación transversal.

La expresión de masculinidad/feminidad que combina alta sumisión/alta masculinidad puede estar relacionada con los factores asociados con el inicio y severidad de la depresión.

En primer lugar, la sumisión ha sido considerada la expresión negativa de lo femenino, pues implica indecisión, debilidad, cobardía, incapacidad, dependencia, conformismo, timidez, retraimiento, pasividad, con miedo a arriesgarse, resignación e inseguridad personal, y ello resulta opuesto a la masculinidad, o expresión positiva de lo masculino, que se caracteriza por la seguridad en sí mismo, la habilidad para decidir, autosuficiencia, disposición al riesgo, independencia, capacidad analítica, competitividad, valentía, racionalidad, personalidad fuerte, madurez, con autoridad (Martínez, Guerrero y Rey, 2012).

La sumisión es el extremo opuesto de lo que se considera masculino; así, en los estándares sociales impuestos para los hombres se incluyen cuatro condiciones: Posesión, fortaleza, capacidad y autoridad. Las tres primeras relacionadas con la

productividad (Brom y Trovey, 2009), y la última opuesta a la sumisión. Entonces se espera que el hombre “masculino” sea altamente productivo y con capacidad económica, condiciones que le dan estatus y reconocimiento social; por ende no ser productivo o no tener autoridad es símbolo de debilidad y de “falta de hombría”.

Por el contrario, como lo hizo evidente el estudio de Adinkrah (2012), los grupos sociales altamente machistas esperan de los hombres agresividad, dominancia y arrojo; y vetan las manifestaciones públicas de emociones que indican “debilidad”, como miedo, tristeza o dolor, que expresen dependencia o que indican dependencia o subordinación.

Así, la cultura define la relación que debe establecer cada persona con los demás y determina el papel social que cada uno debe asumir; y éstas a su vez son la fuente de la construcción de la identidad, del establecimiento del concepto de sí mismo y de las expresiones emocionales que lo caracterizan. Incluso el grupo le enseña a cada quien a discriminar qué emociones le están permitidas y cuáles no, y la forma de cómo deben interpretarse (Aguirre Baztan, 2008). En Colombia, la cultura indica a los hombres que una forma aceptable de controlar las emociones es el consumo de bebidas alcohólicas y la hiperactivación sexual.

Es posible pensar entonces que en los hombres la depresión implica la pérdida de atributos de género. Por ello los varones evitan exteriorizar emociones como el miedo y la tristeza por considerarlas indicadores de debilidad; al contrario, los hombres intentan incrementar la imagen de que son productivos, volcándose en el trabajo, incrementar su imagen de valentía y la imagen de que la adversidad no les afecta (Bautista et al., 2008). En estudios previos hechos con población masculina proveniente de sociedades altamente machistas se concluyó que muchos hombres, en especial los que son líderes de grupos sociales, prefieren morir antes de vivir la deshonra de mostrarse vencidos o

mermados (Johnson y Wong, 2011; Kilmartin, 2005; Oliffe et al., 2011;), aunque en el presente estudio no se encontró asociación entre el riesgo suicida y alta masculinidad.

Esta reactividad elevada ante la expresión social interpretada como negativa, también fue registrada por Iacovello et al. (2009), y asociada al perfeccionismo social impuesto culturalmente a los hombres y mujeres (Ellis y Rutherford, 2008), cada uno en su role y con un estándar particular: El deseo de alcanzar siempre un desempeño perfecto y la sensación de frustración al no alcanzarlo (Mallinger, 2009). Los hombres evitan mostrar su debilidad, pues según sus esquemas esa demostración evidenciaría sus carencias.

La inflexibilidad del role provoca su expresión negativa, pues se busca alcanzar (incluso de forma extrema) las características masculinas, aún por encima del propio bienestar. Aunque actualmente y con los cambios sociales se acepta que los hombres puedan poseer ciertas características tradicionalmente adscritas a la feminidad, la idea de que nunca deben ser sumisos aún se mantiene. Estos conceptos derivados del role a cumplir se comportan como esquemas disfuncionales y los utilizan de manera automática para evaluar el mundo y el propio comportamiento (Beck, 2008), ante los eventos estresantes.

Aunque no hay suficiente conocimiento disponible acerca de lo íntimo de los hombres y menos acerca de sus emociones. Posiblemente una de las razones de esa ausencia de conocimiento se deba a que los estudios con enfoque de género se han limitado a mostrar que el orden social impuesto en sociedades altamente machistas, como la colombiana, impactan la salud mental de las mujeres (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2005; OMS, 2009), pero se ha obviado en la discusión que éste modelo también resulta poco beneficioso para la salud mental de los hombres: Se sigue pensando en ellos como los actores centrales del sistema productivo

y sociológicamente se hace recaer en ellos la obligación de ser competentes en todos los campos.

Esto porque a pesar de que las mujeres cada día tienen un papel productivo más activo, aún en las sociedades latinoamericanas son los hombres los que deben resolver a diario los requerimientos económicos de una familia, solventar los problemas de seguridad (Galea et al., 2007; Latkin y Curri, 2003) y, particularmente en Colombia, enfrentarse a la situación político social. Y son precisamente estas condiciones y la forma de asumirlas, lo que incrementan el riesgo de padecer depresión.

Es preciso señalar que muchos análisis que consideran el género como variable, han cometido el error de ser tendenciosos y centrados en resaltar la ventaja social que les confiere el “poder” que tienen, pues se piensa que éste en sí mismo es provocador de salud y por el contrario puede ser la razón principal de la pérdida de bienestar; ya que este implica a quien lo ejerce tomar decisiones, actuar, definir por otros, producir e involucrarse directamente en confrontaciones o disputas. Este modelo social machista o de masculinidad hegemónica no es saludable ni para los hombres ni para las mujeres, y los análisis científicos deben trascender las barreras y sesgos culturales de los investigadores para evitar usar argumentos que beneficien o afecten especialmente a uno u otro.

Finalmente, hay que anotar que la coexistencia de dos características casi opuestas como la sumisión y la masculinidad, puede resultar difícil de asimilar tanto a nivel teórico como a nivel social, pues es difícil comprender que se compartan en una persona, ya que implica pensar en alguien con alta dominancia e independiente, pero igualmente dependiente y sumiso. A este respecto se debe ahondar en próximos estudios y reconfirmar si realmente una ambivalencia psicológica tal existe, que de por sí ya haría comprensible el hecho de que quien vive esta disonancia sufra y se desajuste

emocionalmente.

Tomando en cuenta una dimensión metodológica, también se puede cuestionar si existen fallas serias en la calidad métrica del inventario utilizado para medir masculinidad/feminidad, IMAFE. Estas fallas podrían deberse al proceso de validación o a baja validez de constructo. En primer lugar, la validación realizada para población colombiana fue hecha con estudiantes universitarios, y probablemente eso explica por qué personas con menor nivel educativo presentaron dificultades en la comprensión de varios de los adjetivos usados para describir las cuatro categorías de los requerimientos educativos, tal como lo registran los diarios de aplicación entregados por 7 de los auxiliares de investigación de este estudio.

También puede ocurrir que el IMAFE además de medir masculinidad/feminidad expresadas, mida satisfacción con la expresión de género, y los reactivos provoquen que las personas piensen en lo deseable que les resulta ser de tal o cual modo, y terminen respondiendo en dos sentidos: Cómo piensan que son y cómo piensan que deben ser.

En suma, una cultura que exige a los hombres perfección, productividad, autonomía, valor y estabilidad emocional; con un ambiente rico en estresores que impactan moderada pero constantemente su funcionamiento emocional; que viven en un grupo familiar que deben proteger y sostener, pero que les brinda pobre soporte y un ambiente caracterizado por los problemas de comunicación (críticas, juicios y continuas discusiones), generan en conjunto el empobrecimiento de la imagen de sí mismos, la disminución de la autoeficacia y la frustración, que les puede hacer sentir sin opciones, con sensación de vacío, pero al mismo tiempo retado de seguir adelante evitando las sensaciones que la misma cultura evitó que aprendiera a reconocer y vivir de forma más positiva.

### 6.3.5. Limitaciones

Aunque se haya logrado realizar un estudio con la más alta participación de hombres hasta ahora lograda en Colombia, la consecución de la muestra fue una tarea compleja, ya que a pesar del apoyo decidido del equipo de trabajo, su dedicación y profesionalismo en la aplicación estricta del protocolo de contacto y recolección de los datos, un buen número de hombres se negó a contestar los cuestionarios, los diligenció sin firmar el consentimiento informado o dio respuestas al azar.

Así mismo, la no estratificación estricta de la población por departamentos es una limitante, pues aunque se pretendió hacerlo, fue más fácil conseguir que hombres procedentes del interior del país, en donde están ubicadas las ciudades más importantes de Colombia, accedieran a contestar los cuestionarios.

Esta dificultad parece resuelta en parte con el uso de la teoría de respuesta al ítem, ya que los criterios de representatividad muestral no son un requerimiento estricto para su utilización, ya que ésta basa los análisis en modelos probabilísticos de respuesta y no con comparaciones poblacionales. Sin embargo, al reconocer esta dificultad se acepta la necesidad de realizar nuevos estudios con muestras regionales que permitan determinar de qué manera otros factores culturales median la expresión de la depresión, además de contrastar los resultados obtenidos en este trabajo.

De otra parte, se reconoce que evaluar depresión en hombres es difícil, ya que su comprensión y adecuado reporte dependen en gran medida de la capacidad de introspección de quien contesta el instrumento (Campbell et al., 2012), e incluso de su deseo de realizar dicha introspección; y en los hombres hay una variabilidad motivacional elevada que lo hace aún más complejo (Nezú et al., 2002).

En este estudio se describe la dimensión sintomatológica de la depresión en hombres, pero no se ahonda en la dimensión temporal de los mismos ni en el curso del trastorno, y ello es necesario pues no es usual investigaciones específicas con población masculina en este sentido (Spielberger et al., 2008).

Igualmente, para el caso del IMAFE, en el que parece que la falta de comprensión plena de los reactivos del instrumentos y la alta deseabilidad social pueden haber afectado negativamente la calidad y precisión de los datos obtenidos, se requiere desarrollar nuevas investigaciones que incluyan población de nivel educativo medio, a las que se les entreviste acerca de la forma como asumen e interpretan cada uno de los adjetivos presentados y se hagan los ajustes necesarios; para luego evaluar la calidad del instrumento y realizar nuevas investigaciones en las que se indague sobre la relación entre depresión y la expresión del género.

Entonces es preciso confirmar si los hallazgos respecto del apoyo social, no consistentes con el estudio 1, pero similares a los estudios previos, se mantienen en otras poblaciones colombianas. Así como determinar si los resultados obtenidos respecto de la expresión de género, miscelánea entre alta sumisión y alta masculinidad, son debidas a problemas en la medida o se corresponden realmente a la forma inconsistente de comportamiento, cognición y afecto que parece caracterizar a los hombres deprimidos.

### 6.3.6. Futuras direcciones

Son múltiples los interrogantes que surgen al terminar esta investigación; de una parte queda clara la importancia de seguir en el desarrollo y perfeccionamiento métrico del CDH, ya que aún se debe reconfirmar si aún con muestras no clínicas de mujeres se

mantiene el funcionamiento diferencial de los ítems, si hay funcionamiento diferencial de acuerdo con los niveles de severidad, y cuáles son los ítems mínimos suficientes para mantener la discriminación, sensibilidad y especificidad adecuadas para lograr versiones más cortas. Además queda pendiente trabajar en el diseño de un cuestionario que recoja los síntomas centrales de la depresión, los que son específicos de género y una escala de severidad.

También es necesario estudiar la comorbilidad con otros trastornos y los límites reales de la expresión de cada uno, para determinar si los hallazgos son debidos a la coocurrencia de trastornos y no a que la depresión en hombres realmente se diferencia de la expresada por las mujeres.

Ya que la depresión en hombres está ligada fuertemente al riesgo suicida, y la tasa de suicidios mundial y local va en aumento, se requiere realizar investigaciones transculturales que permitan reconocer si los hallazgos respecto de los síntomas y los factores asociados se mantienen, para adelantar acciones de prevención que ayuden a dar respuesta a este problema. A este respecto, las futuras investigaciones deben apuntar a incrementar la comprensión sobre la forma en que viven los hombres la tristeza, cuáles son sus expresiones conductuales, cognitivas y afectivas, y en qué se diferencian de las expresadas durante la depresión; así como profundizar sobre la evolución de la salud mental para definir si ésta ha cambiado producto de la reconformación del orden social y político en Colombia y en el mundo.

Es importante ampliar la validación del IMAFE y estudiar su funcionamiento diferencial con personas de distintos niveles educativos, analizar si existe un quinto factor de satisfacción con la expresión personal de género o de discapacidad, que no haya sido evidenciado con los análisis clásicos. Y que lo que se está midiendo es la satisfacción con el comportamiento referido a masculinidad/feminidad

Finalmente, se espera que los resultados de este trabajo incentiven el trabajo de otros grupos de investigación en Colombia, y otros investigadores desarrollen nuevos trabajos al respecto que incrementen el nivel de conocimientos en este campo.

### 6.3.7. Implicaciones clínicas

Entre las implicaciones clínicas más sobresalientes está la urgente necesidad de desarrollar acciones dirigidas a prevenir el suicidio, haciendo especial énfasis en la población masculina y en los distintos niveles sanitarios; además de entrenar al personal sanitario en la detección oportuna y manejo de posibles casos.

También es necesario incluir en los procesos de cribado, diagnóstico y seguimiento de personas con depresión, instrumentos sensibles a las diferencias de género; y entrenar a los profesionales sanitarios en su uso. Ya que los tratamientos para la depresión han sido diseñados a la medida de las condiciones consideradas características, y estas parecen ser más representativas de depresión en mujeres, es necesario diseñar y validar procedimientos terapéuticos que estén acordes con las necesidades de los hombres con depresión.

### 6.3.8. Conclusiones

De acuerdo con los resultados expuestos hasta aquí, y tomando en cuenta todas las limitaciones señalada, se pueden señalar las siguientes conclusiones:

En primer lugar, la validación nacional el CDH mantiene las condiciones psicométricas de fiabilidad y validez esperadas, se superan el desajuste de los ítems considerados improductivos y se detectan nuevas dificultades en dos ítems diferentes.

Además se establece que los criterios de calificación estaban sesgados pues fueron definidos con población clínica que recibía soporte profesional, por ello se reajustaron.

En segundo lugar, existe un grupo de síntomas que caracteriza la depresión en hombres que se pueden agrupar en las seis dimensiones definidas en el estudio 1 y reconfirmadas en este trabajo.

En tercer lugar, existe subreporte epidemiológico de casos de depresión y de riesgo suicida en hombres en Colombia que merece especial y urgente atención.

En cuarto lugar, se confirma que los factores que determinan más fuertemente la aparición y aumento de la severidad de los síntomas de depresión son la acumulación de eventos estresantes de impacto psicológico moderado y la disfunción familiar, que son moderados por el estilo de afrontamiento mixto, constituido por alta evitación, alta autoculpa y baja solución de problemas.

En quinto lugar, el reporte de síntomas de ansiedad está asociado a la aparición y severidad de casos de depresión; aunque el tipo de relación y el límite real de los síntomas de cada trastorno no está claro.

En sexto lugar, factores culturales como el género están asociados con la aparición y severidad de síntomas de depresión en los hombres, ya que la combinación alta masculinidad y la tendencia a ser sumisos en los varones se asociaron con la severidad de los síntomas.



## 7. CONCLUSIONES GENERALES

En primer lugar, el CDH es un instrumento fiable y válido que puede ser usado en el cribado, diagnóstico y seguimiento de avances terapéuticos en depresión en hombres. Incorpora un grupo de síntomas característicos de depresión masculina que lo hace altamente específico para esta población y ofrece un perfil detallado de seis componentes o dimensiones en las que se expresa este trastorno.

En segundo lugar, es posible afirmar que existen diferencias en la expresión de la depresión en hombres y mujeres no explicada plenamente por las características estructurales de cada sexo, ya que su expresión es modulada por factores culturales y sociales que determinan el rol de género, que determina a su vez cómo se expresa la depresión. Los hombres participantes en el estudio presentan casos de depresión más aguda que las mujeres y con mayor riesgo suicida.

En tercer lugar, los sistemas DSM y CIE tienen sesgos de género en los criterios diagnósticos de los trastornos del estado de ánimo que limitan su uso en población masculina, y pueden tener un efecto indeseable en la definición del acceso de los hombres a la atención sanitaria oportuna; pues a causa del subdiagnóstico se puede negar atención a quien realmente la necesita. Especialmente si se tiene en cuenta que en Colombia el sistema sanitario, en especial lo que atañe a la atención en salud mental, ya es de por sí inequitativo y de baja calidad.

En cuarto lugar, los síntomas de depresión masculina incluyen la autoimagen negativa caracterizada por sensación de incapacidad, inutilidad y culpa, y baja autoeficacia, pensamientos de muerte, conductas autolesivas, desesperanza y frustración. Se encuentran fluctuaciones constantes en el estado de ánimo, sensación de

estar vacío, ansiedad e impaciencia, y búsqueda de sensaciones extremas sin tener en cuenta el riesgo, intercambios sexuales con diversas parejas; Así mismo, estos síntomas incluyen la dificultad en la toma de decisiones, conductas evitativas como trabajar en exceso y realizar actividades con los amigos o el consumo de drogas.

En quinto lugar, la depresión en hombres y mujeres comparten muchos factores asociados en relación con la aparición, mantenimiento y severidad de la depresión. Específicamente, en los hombres estos factores son el estrés crónico y la disfunción familiar acompañados de bajo soporte familiar, que son afrontados de forma evitativa, con sentimientos fuertes de culpa y la procrastinación en la solución de los problemas, sumados a la existencia de síntomas de ansiedad y una probable disonancia en la expresividad del género que se caracteriza por la tendencia a ser sumiso y el deseo de ser fuerte y dominante.

En sexto lugar, este trabajo es una aproximación inicial a la comprensión de la depresión en población masculina, por este motivo hay que trascender las limitaciones metodológicas y de recursos que definen los alcances de las conclusiones del presente estudio, para hacer de este un conocimiento sólido que pueda tener el impacto social y en el sistema de salud que se espera lograr.

## 8. REFERENCIAS

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Marzola, E., Amianto, F., Zuccolin, M. y Fassino, D. (2011). Eating disorders and major depression: Role of anger and personality. *Depression Research and Treatment*, 11, 101-126. doi:10.1155/2011/194732
- Abi-Habbi, R. y Luyten, P. (2013). The role of dependency and self-criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences*, 23(1), 14-27. doi: 10.1016/j.paid.2013.07.466.
- Abramson, L. Y., Alloy, L., Hankin, B., Haeffel, G., MacCoon, D. y Gibb, B. (2002). Cognitive Vulnerability-Stress Model of Depression in a self-regulatory and psychobiological context. En I. Gotlib y C. Hammen (2002). *Handbook of Depression*. 2 ed. (pp. 268-294). New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- Alahveriani, K., Rajaie, H., Shakeri, S. y Lohrasbi, A. (2010). Studying the relationship between sexual disorder and marriage satisfaction in those suffering from depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1672-1675. Recuperado de: [http://ac.els-cdn.com/S1877042810017179/1-s2.0-S1877042810017179-main.pdf?\\_tid=0ca8245e-b4e8-11e3-a450-0000aacb362&acdnat=1395839629\\_9ee82eaa6450031ce0f0a31384abc203](http://ac.els-cdn.com/S1877042810017179/1-s2.0-S1877042810017179-main.pdf?_tid=0ca8245e-b4e8-11e3-a450-0000aacb362&acdnat=1395839629_9ee82eaa6450031ce0f0a31384abc203)
- Ackerman, T. A. (1992). A didactic explanation of item bias, item impact, and item validity from a multidimensional perspective. *Journal of Educational Measurement*, 29, 67-91. doi: 10.1111/j.1745-3984.1992.tb00368.x.
- Acuña, L. (2012). Efectos de diversas variables sobre la salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 825-841. Recuperado de: <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Publicaciones/AIP>
- Acuña, J., Botto, B. y Jiménez, J. (2009). Psiquiatría para atención primaria y el médico general. Depresión, ansiedad y somatización. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 5(4), 423-554. Recuperado de: <http://www.mediterraneo.cl>
- Acuña, L., González-García, D. A. y Bruner, C. A. (2008). Efecto benéfico del número de personas en la red de apoyo social sobre la percepción del estrés vital. En S. Rivera Aragón., R. Díaz, R. Loving, R. Sánchez-Aragón, e I. Reyes Lagunes. *La Psicología social en México*, vol. 19, (pp.387-393). Mexico: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Adam, E. K., Doane, L. D., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Craske, M. G. y Griffith, J. W. (2010). Prospective prediction of major depressive disorder from cortisol awakening responses in adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 921-931. doi:10.1016/j.paid.2011.02.008
- Adinkrah, M. (2012). Better dead than dishonored: Masculinity and male suicidal behavior in contemporary Ghana. *Social Science & Medicine*, 74(4), 474-481. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.10.011.
- Agudelo Vélez, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 139-160.

- Agudelo Vélez, D., Buéla-Casal, G. y Spierlberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41. doi:10.12804/apl32.1.2014.05
- Aguirre Baztan, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 563-601. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n3/02.pdf>
- Airaksinen, E., Wahlin, A., Forsell, Y. y Larsson, M. (2007). Low episodic memory performance as a premorbid marker of depression: evidence from a 3-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 458-465. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00932.x
- Akincigil, A., Olson, M., Siegel, M., Zurlo, K., Walkup, J. y Crystal, S. (2012). Racial and Ethnic Disparities in Depression Care in Community-Dwelling Elderly in the United States. *American Journal of Public Health*, 102(2), 319-328. doi: 10.2105/AJPH.2011.300349
- Akiskal, H. S. y Benazzi, F. (2006). The DSM-IV and ICD-10 categories of recurrent [major] depressive and bipolar II disorders: Evidence that they lie on a dimensional spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 45-54. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.035.
- Alcaro, A., Panksepp, J., Witczak, J., Hayes, D. y Northoff, G. (2010). Subcortical-cortical midline activity in depression mediated by glutamate and GABA? A cross-species translational approach. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 34(4), 592-605. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.11.023
- Aldao, A. (2012). Estrategias de regulación emocional como procesos transdiagnósticos: Una visión más detenida sobre la invarianza de su forma y función. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261-278. Recuperado de: <http://paslab.osu.edu/documents/Aldao2012transdiagnosticERRRPC.pdf>
- Aldao, A., Mennin, D. S., Linardatos, E. y Fresco, D. M. (2010). Differential patterns of physical symptoms and subjective processes in generalized anxiety disorder and unipolar depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 250-259. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.12.001
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Aldo Conti, N. (2007). *Historia de la Depresión*. Buenos Aires- Argentina: Polemos.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Safford, S. M. y Gibb, B. E. (2006). The cognitive vulnerability to depression (CVD) project: current findings and future directions. En L. B. Alloy, J. H. Riskind (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. (pp. 33-61). US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Almeida, O., Alfonso, H., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L., Snowdon, J., Draper, B., Byrne, G., Goldney, R., Lautenschlager, N., Stocks, N., Scazufca, M., Huisman, M., Araya, R. y Pfaff, J. (2011). A practical approach to assess depression risk and to guide risk reduction strategies in later life. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 280-291. doi: 10.1017/S1041610210001870
- Almeida, O., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L., Snowdon, F., Draper, B., Byrne, G., Lautenschlager, N., Stocks, N., Alfonso, H. y Pfaff, J. (2012). Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. (2012). *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 322-331. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.021.

- Altamura, A. C., Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Buoli, M., Bassetti, R. y Mundo, E. (2011). Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260, 385-391. doi:10.1007/s00406-009-0085-2
- Altshuler, L. L., Kupka, R. W., Helleman, G., Frye, M. A., Sugar, C. A., McElroy, S. L. Nolen, W. A., Grunze, H., Leverich, G. S., Keck, P. E., Zerneto, M., Post, P. M. y Suppes, T. (2010). Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the stanley foundation bipolar treatment outcome network. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 708-715. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010105.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G. y Muñoz, M. G. (2005). Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana Salud Pública*, 18, 4-5. doi: 10.1590/S1020-49892005000900008
- Álvarez, N. y Londoño, C. (2011). *Se deprimen los hombres? Diferente de las mujeres?: Cuestionario de Depresión en Hombres*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Álvarez, N. y Londoño, C. (2012). Diseño y validación del Cuestionario de Depresión en Hombres. Tesis de Maestría. Universidad Católica de Colombia.
- Ambady, N. y Gray, H. M. (2002). On being sad and mistaken: Mood effects on the accuracy of thin-slice judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 947-961. doi: 10.1037/0022-3514.83.4.947
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV TR*. Washington, D. C.: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrade, L., Walters, E., Gentil, V. y Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Society Psychiatry of Psychiatry Epidemiology*, 37(7), 316-25. PMID:12111023
- Anderson, E. y Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28, 275-287. doi:10.1016/j.cpr.2007.05.004
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, 1-4. doi: 10.1016/j.cpr.2009.06.007
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Silverstein, B., Ajdacic-Gross, V., Eich, D. et al. (2006). Atypical depressive syndromes in varying definitions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 44-54. PMID: 16041559
- Angst, J., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J. y Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European Depression, I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209. doi 10.1007/s00406-002-0381-6
- Arankowsky-Sandoval, G. y Castillo-Manzano, R. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Revista Biomedica*, 19(3), 128-136. Recuperado de: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb081932.pdf>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides a meta-analysis. *BCM Psychiatry*, 4, 37-47. doi:10.1016/j.jmhg.2005.05.004

- Asato, M. R., Terwilliger, R., Woo, J. y Luna, B. (2010). White matter development in adolescence: a DTI study. *Cerebral Cortex*, 20, 2122-2131. doi: 10.1093/cercor/bhp282
- Atorresi, I., Lozzla, G., Abal, F., Galibert, S. y Aguerri, M. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem: conceptos básicos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 18, 179-188. Recuperado de: [www.clinicapsicologica.org.ar/download\\_file.php?id=123...](http://www.clinicapsicologica.org.ar/download_file.php?id=123...)
- Ayón, C. y Marcenko, M. (2008). Depression among latino children in the public child welfare system. *Children and Youth Service Review*, 30(12), 1366-1375. doi: S0190740908001047
- Baeg, S., Wang, S. K., Chee, I. S., Kim, S. y Kim, J. L. (2011). Anger in elderly patients with depressive disorders. *Psychiatry Investigation*, 8(3), 186-193. doi: 10.4306/pi.2011.8.3.186
- Baek, J. H., Park, D. Y., Choi, J., Kim, J. S., Choi, J. S., Ha, K., Kwon, J. S., Lee, D. y Hong, K. S. (2010). Differences between bipolar I and bipolar II disorders in clinical features, comorbidity, and family history. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 59-67. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.020
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-14. Recuperado de: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)
- Bagby, R., Ryder, B., y Schuller, D. (2003). Depressive personality disorder: a critical overview. *Current Psychiatry Report*, 5, 16-22. doi: 10.1007/s11920-003-0004-6
- Baker, F. B. (1994). *Equate2: computer program for equating two metrics in item response theory* [computer program]. Madison: University of Wisconsin, Laboratory of Experimental Design.
- Balsamo, B. (2012). Personality and depression: evidence of a possible mediating role for anger trait in the relationship between cooperativeness and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 46-52. doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.007
- Bancroft, J., Janssen, E., Carnes, L., Goodrich, D., Strong, D. y Long, J. S. (2004). Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Journal of Sex Research*, 41, 181-192. PMID: 15326543.
- Barcelata, B., Durán, E. y Gómez-Maqueo, L. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6) 513-520. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-3252012000600009yscript=sci\\_ar ttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-3252012000600009yscript=sci_ar ttext)
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1263. PMID: 11280938
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Guilford Press. 4 edition. Recuperado de: [http://www.psichi.org/pubs/articles/article\\_340.aspx](http://www.psichi.org/pubs/articles/article_340.aspx)
- Barrett, A. y Turner R. (2005). Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health Social Behavior*, 46(2), 156-169. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.phpscript=sci\\_nlinksyref=2465105ypid=S0185-3325201200060000900020ylng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.phpscript=sci_nlinksyref=2465105ypid=S0185-3325201200060000900020ylng=es)

- Bautista, C., Ito, M. A., Medina-Mora, M. E. y Ramos, L. (2008). Los malestares masculinos. *Salud Mental*, 31, 381-390. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n5/v31n5a6.pdf>
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M. y Ramussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comparison of the SF-36 mental health subscale and the WHO-Five well-being scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 85-91. doi: 10.1002/mpr.145
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37. Recuperado de: <http://www.books.google.es/books?isbn=1593853432>
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375. Recuperado de: <http://www.books.google.es/books?isbn=8432309435>
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-46.
- Beevers, Ch. (2011). Introduction: Evidence-based practice for major depressive disorder. 1-14. Recuperado de: [http://www.wiley.com/legacy/wileyblackwell/images/Springer\\_c01.pdf](http://www.wiley.com/legacy/wileyblackwell/images/Springer_c01.pdf)
- Bella, M., Fernández, R. y Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastornos de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(2), 124-129. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n2a06.pdf>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-312. Recuperado de: <http://www.a360grados.net/sumario.asp?id=3550>
- Benazzi, F. (2007). Testing predictors of bipolar-II disorder with a 2-day minimum duration of hypomania. *Psychiatry Research*, 153(2), 153-162. Recuperado de: <http://dx.doi.org.ezproxy.unal.edu.co/10.1016/j.psychres.2006.05.016>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Flez-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*, 46(5), 417-424. doi: S0036-36342004000500007.
- Bennett, D., Ambrosini, P., Kudes, D., Metz, C. y Rabinovic, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3), 35-44. doi: 10.1016/j.jad.2005.05.020
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y Cuevas, C. (2011). Child Depression in the school context. *Procedia-Social and Behavior Sciences*, 29, 198-207. doi: S1877042811026863

- Berk, M., Malhi, G., Hallam, K., Gama, C., Dodd, S., Andreazza, A., Frey, B. y Kapczinski, F. (2008). Early intervention in bipolar disorders: Clinical, biochemical and neuroimaging imperatives. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1-3), 1-13. doi:10.1016/j.jad.2008.08.011
- Bergman, A. J., Nyland, J. E. y Burns, L. R. (2007). Correlates with perfectionism and utility of dual process model. *Personality and Individual Differences*, *43*, 389-399. doi:10.1016/j.paid.2006.12.007
- Besharat, M. A., Addolmananfi, A., Farahani, H. y Khodaii, M. (2011). The moderating role of locus of control on the relationship between anger and depression in patients with major depression disorder. *Procedia-Social and Behavioral Science*, *30*, 302-306. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.07.013
- Besharat, M. A., Nia, M. E. y Farahani, H. (2013). Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian Journal of Psychiatric*, *6*(1), 35-41. doi: S1876201812001384?np=y
- Beutel, M., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H. y Brahler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, *13*, 32-39. doi: 10.1186/cc9210.
- Beyers, J. M. y Loeber, R. (2003). Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*, 247-266. doi: 10.1023/A:1023225428957
- Bienvenu, O. J., Hettema, J. M., Neale, M. C., Prescott, C. A. y Kendler K. S. (2007). Low extraversion and high neuroticism as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia, and animal phobia. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1714-1721. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06101667
- Birmaher, B. y Heydl, P. (2001). Biological studies in depressed children and adolescents. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *4*, 149-157. doi:10.1007/s10567-011-0084-5
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. y Necklemenn, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 69-77. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.08.010
- Blackwell, S. E. y Holmes, E. A. (2010). Modifying interpretation and imagination in clinical depression: A single case series using cognitive bias modification. *Applied Cognitive Psychology*, *24*(3), 338-350. doi:10.1002/acp.1680
- Blaut, A., Paulewicz, B., Szastok, M., Prochwicz, K. y Koste, E. (2013). Are attentional bias and memory bias for negative words causally related? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*(3), 293-299. doi:10.1016/j.jbtep.2013.01.002
- Blazer, D. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology. Medical Sciences*, *58A*, 249-265. doi: 10.1093/gerona/58.3.M249
- Bockian, N. R. (2006). Personality-guided therapy for depression. *American Psychological Association*, *14*, 325, Washington D.C.: APA Book. doi: 10.1037/11476-004
- Bogdan, R., Nikolova, Y. y Pizzagalli, D. (2013). Neurogenetics of depression: A focus on reward processing and stress sensitivity. *Neurobiology of Disease*, *52*, 12-23. doi:10.1016/j.nbd.2012.05.007
- Boland, R. y Keller, M. (2002). Course of outcome of depression. En I. Gotlib, y Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. (pp. 23-43). New York: Guilford Press.

- Bombardier, C., Fann, J., Tate, D., Richards, S., Wilson, C., Warren, A., Temkin, N. y Heinemann, A. (2012). An exploration of modifiable risk factors for depression after spinal cord injury: which factors should we target? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(5), 775-781. Recuperado de: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(12\)00010-X/fulltext](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(12)00010-X/fulltext)
- Bonet de Luna, C., Fernández-García, M. y Chamón Parra, M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 13(51), 471-189. doi: 10.4321/S1139-76322011000300012
- Bonnano, G., Goorin, L., y Coifman, K. (2008). Sadness and Grief. En Lewis, M., Haviland-Jones, J. y J. Feldman (2008). *Handbook of Emotions*. (3<sup>rd</sup>). (1-21). NY USA: Guilford Press
- Bonanno, G. A. y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00062-3
- Bonanno, G. A., Mihalecz, M. C. y LeJeune, J. T. (1999). The core appraisal and emotion themes of conjugal loss. *Motivation and Emotion*, 23, 175-201. doi: 10.1023/A:1021398730909
- Bordas, R., Very, E., Bui, E., Paux, J., Courtney, C., Lecoules, N. y Schmitt, L. (2010). P02-04 - Characteristics of secluded, restrained and aggressive patients in a locked term psychiatric unit. *European Psychiatry*, 25(1), 622. doi: 10.1016/S0924-9338(10)70617-9.
- Bowen, R., Wang, Y., Balbuena, L., Houmphan, A. y Baetz, M. (2013). The relationship between mood instability and depression implications for studying and treating depression. *Medical Hypotheses*, 81(3), 459-462. doi: 0306987713002880.
- Bramen, J. E., Hranilovich, J. A., Dahl, R. E., Forbes, E. E., Chen, J., Toga, A. W. Dinov, I. D., Worthman, C. M. y Sowell, E. R. (2010). Puberty influences medial temporal lobe and cortical gray matter maturation differently in boys than girls matched for sexual maturity. *Cerebral Cortex*, 21, 636-646. doi: 10.1093/cercor/bhq137
- Branney, P. y White, A. (2008). Big boys don't cry: Depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 256-262. doi: 10.1192/apt.bp.106.003467
- Brewin, C. R., Reynolds, M. y Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 511-517. doi: 10.1037/0021-843X.108.3.511
- Brødsgaard Grynderup, M., Kolstad, A. S., Mikkelsen, S., Hviid Andersen, J., Bonde, J. P., Nørmølle Buttenschøn, H., Kaergaard, A., Kaerlev, L., Rugulies, R., Thomsen, J., Vammen, M., Mors, O. y Hansen, A. (2010). A two-year follow-up study of salivary cortisol concentration and the risk of depression. *Psychoneuroendocrinology*, 38(10), 2042-2050. Recuperado de: <http://ac.els-cdn.com/S030645301300108X/1-s2.0-S030645301300108X-main.pdf>
- Broom, A. y Tovey, P. (2009). *Men's Health*. United Kingdom: Wiley.
- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313-328. doi: 10.1037/0021-843X.116.2.313
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271. doi: S0005789412001220
- Brown, T. A. y Naragon-Gainey, K. (2013). Evaluation of the unique and specific contributions of dimensions of the Triple Vulnerability Model to the prediction

- of DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Behavior Therapy*, 44(2), 277-292. doi: 10.1016/j.beth.2012.11.002
- Brown, T. A. y Rosellini, A. J. (2011). The direct and interactive effects of neuroticism and life stress on the severity and longitudinal course of depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 844-856. doi: 10.1037/a0023035
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. y Schmied, V. (2005). Big build: hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 921-931. doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01665.x
- Bruce, J., Fisher, P. A., Pears, K. C. y Levine S. (2009). Morning cortisol levels in preschool-aged foster children: differential effects of maltreatment type. *Development of Psychobiology*, 51, 14-23. doi: 10.1002/dev.20333
- Burcusa, S. y Iacono, W. (2007). Clinical psychology review risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985. Recuperado de: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2169519/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2169519/)
- Burdick, K. E., Funke, B., Goldberg, J. F., Bates, J. A., Jaeger, J., Kucherlapati, R. y Malhotra, A. K. (2007). COMT genotype increases risk for bipolar I disorder and influences neurocognitive performance. *Bipolar Disorders*, 9(4), 370-376. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00384.x
- Burton, E., Stice, E. y Seeley, J. R. (2004). A prospective test of the stress-buffering model of depression in adolescent girls: No support once again. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 72, 689-697. doi: 10.1097/00004583-200001000-00016.
- Buttner, N., Bhattacharyya, S., Walsh, J. y Benes, F. M. (2007). DNA fragmentation is increased in non-GABAergic neurons in bipolar disorder but not in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 93, 33-41. doi: 10.1016/j.schres.2007.01.030
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide
- Callado, L. F., Ortega, J. E. y Horillo, I. (2008). Bases neurobiológicas de la depresión. *Salud y Ciencias*, 16(8), 835-838. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/vitriolum/publicacin-salud-y-ciencia-bases-neurobiologicas-de-la-depresin-pgs-1-a-4-total-51-pgs-ok>
- Calvete, E., Villardón, L. y Estévez, A. (2008). Attributional style and depressive symptoms in adolescents: An examination of the role of various indicators of cognitive vulnerability. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 944-953. doi: 10.1016/j.brat.2008.04.010
- Cameron, A., Palm, K. y Follette, V. (2010). Reaction to stressful life events: What predicts symptom severity? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 645-649. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.008
- Campbell, M. H., Maynard, D., Roberti, J. W. y Emmanuel, M. K. (2012). A comparison of the psychometric strengths of the public-domain Zung Self-rating Depression Scale with the proprietary Beck Depression Inventory-II in Barbados. *West Indian Medical Journal*, 61(5), 483-888. PMID: 23441369
- Campbell-Sills, L. y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Campo-Arias, J., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, E. y Barros-Bermúdez, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 54-62. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403005>

- Campos, M. S. y Martínez-Larrea, J. A. (2002). Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales*, 25(3), 117-136. Recuperado de: [http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25\\_3.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html)
- Cane, D. B. y Gotlib, I. H. (1985). Depression and the effects of positive and negative feedback on expectations, evaluations, and performance. *Cognitive Therapy and Research*, 9(2), 145-160. doi: 10.1007/BF01204846.
- Caplan, S., Alvidrez, J., Paris, M., Escobar, J., Dixon, J., Desai, M., Whittemore, R. y Scahill, L. (2010). Subjective versus objective: an exploratory analysis of latino primary care patients with self perceived depression who do not fulfill primary care evaluation of mental disorders patient health questionnaire for depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 12, e1-e12. doi:10.4088/PCC.09m00899blu
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C. y Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 343-360. doi: 10.1016/j.cpr.2013.01.003
- Carlier, I. V., Voerman, B. E. y Gersons, B. P. (2000). Intrusive traumatic recollections and comorbid posttraumatic stress disorder in depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 26-32. PMID: 10705908
- Carrasco, J. y Díaz, M. (1997 septiembre). Psicobiología de los trastornos de personalidad. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 1(3). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/151/136>
- Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B. y Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(1), 9-14. doi: 10.1016/j.regg.2012.04.006
- Carvakhais, S. M., Lima-Costa, M. F., Peixoto, S. V., Firmo, J. O., Castro-Costa, E. y Uchoa, E. (2008). The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences. *International Journal of Social Psychiatry*, 447-456. Recuperado de: [www.epistemikos.org/.../e2e6639f648b4ca99cd039288b0d5c89425b...](http://www.epistemikos.org/.../e2e6639f648b4ca99cd039288b0d5c89425b...)
- Carvalho, A.F., Hyphantis, T., Taunay, T., Macêdo, D., Floros, G., Ottoni, G., Fountoulakis, K. y Lara, D. (2013). The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *Journal of Affective Disorders*, 146(1, 20), 58-65. doi:10.1016/j.jad.2012.08.
- Carvalho, J. y Hopko, D. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 154-162. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.10.001
- Carver, C. S. y Connor-Smith J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., Johnson, S. L. y Joormann, J. (2008). Serotonergic function, two-mode models of self-regulation, and vulnerability to depression: What depression has in common with impulsive aggression? *Psychological Bulletin*, 134, 912-943. doi: 10.1037/a0013740
- Caseras, X., Gamer, M., Bradley, B. P. y Mogg, K. (2007). Biases in visual orienting to negative and positive scenes in dysphoria: an eye movement study. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 491-497. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.49
- Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R. y Moffitt, T. E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its

- implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry*, 167, 509-527. doi: B300B285D519C934EB192E145997CA2B.-zQKnzAySRvJOZcdfIziQ%3a3
- Cassidi, F. y Carroll, B. (2001). The clinical epidemiology of pure and mixed manic episodes. *Bipolar Disorders*, 3, 35-40. doi: S0034-745020030010000200010
- Castro, J., Diessler, J., Varea, E., Márquez, C., Larsen, M., Cordero, I. y Sandi, C. (2011). Personality traits in rats predict vulnerability and resilience to developing stress-induced depression-like behaviors, HPA axis hyper-reactivity and brain changes in pERK1/2 activity. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1209-1223. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.12.014
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2005). Estudio Nacional de Género y Salud. Gobierno de México. Recuperado diciembre 10 de 2012 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7598.pdf>
- Chan, M. (2010). Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana. Recuperado de: <http://www.who.int/gender/events/2010/iwd/backgrounder/es/index.html>
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y. y Quin-Xiu, L. (2010a). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing*, 39(1) 23-30. doi: 10.1093/ageing/afp187
- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y. y Qing-Xiu, L. (2010b). Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 9, 131-141. doi:10.1016/j.arr.2009.05.005.
- Chan, R., Steel, Z., Brooks, R., Heung, T., Erlich, J., Chow, J. y Suranyi, M. (2011). Psychosocial risk and protective factors for depression in the dialysis population: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(5), 300-310. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.05.002.
- Chang, S. M., Hahm, B-J., Lee, Y-J., Shin, M.S., Jeon, H. J., Hong, J. P. y Cho, H. (2008). Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2), 159-167. doi:10.1016/j.jad.2007.07.023.
- Chung, M. C., Symons, C., Gyllian, J. y Kamiski, E. R. (2010). Stress, psychiatric comorbidity and coping in patients with chronic idiopathic urticaria. *Psychology and Health*, 25, 477-490. Recuperado de: <http://www.psicologia.unam.mx/contenido/Estatico/archivo/files/Publicaciones/.pdf>
- Chavez-León, E., Ontiveros, M. P. y Serrano, C. (2008). Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina. *Salud Mental*, 31(4), 307-319. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a8.pdf>
- Chen, L., Eaton, W., Gallo, J. y Nestadt, G. (2000). Understanding the heterogeneity of depression through the triad of symptoms, course and risk factors: a longitudinal, population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 59(1), 1-11. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00132-9
- Chopra, K., Bagby, M., Kennedy, S., Ravindran, A. y Levitan, R. (2005). A dimensional approach to personality in atypical depression. *Psychiatry Research*, 134 (2), 161-167. doi: S0165178105000478
- Chorpita, B. F. y Daleiden, E. L. (2002). Tripartite dimensions of emotion in a child clinical sample: Measurement strategies and implications for clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1150-1160. doi: 10.1037//0022-006X.70.5.1150

- Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (2007). Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: A multilevel perspective. *Development and Psychopathology*, 19(3), 787-809. doi: 10.1017/S0954579407000399
- Clore, G. y Colcombe, S. (2003). The parallel worlds of affective concepts and feelings. En Musch J., Klauer K. C., (2003). *The psychology of evaluation: Affective processes in Cognition Emotion*. (pp. 335-369). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley and Sons.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991a). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. doi:10.1037/0021-843X.104.1.3
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991b). General affective dispositions and their importance in physical and psychological health. En E. R Snyder y D. R. Forsyth (1991), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 221-245). Nueva York: Pergamon Press.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3, 167-226. PMID: 3809156
- Coccaro, E., Ong, A. y Seroczynski, A. (2011). Affective intensity and lability: Heritability in adult male twins. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1011-1016. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.042
- Cochran, S. V. y Rabinowitz, F. E. (2003). Gender-sensitive recommendation for assessment and treatment of men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 132-140. Recuperado de: <http://www.apa.org/research-action/men.aspx>
- Cola, L., Samuel, H. y Hollon, S. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 487-495. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.013
- Colegio Oficial de Psicólogos España-COP (2011). Evaluación del inventario BDI- II. Recuperado marzo de 2014 de: <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. y Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 566-576. PMID: 17485608
- Connelly, B. S. y Ones, D. S. (2010). Another perspective on personality: meta-analytic integration of observers' accuracy and predictive validity. *Psychological Bulletin*, 136, 1092-1122. doi: 10.1037/a0021212
- Conner, K., Piquart, M. y Gamble, S. (2008). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 127-137. doi: 10.1016/j.jsat.2008.11.007
- Conradi, H. J., Ormel, J. y de Jonge, P. (2010). Disminución en el rendimiento laboral. *Psychology Medical*, 8, 1-10. doi: 10.1002/14651858
- Conradi, H. J., Ormel, J. y de Jonge, P. (2011). Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3 year prospective study. *Psychological Medicine*, 44, 1165-1174. doi: 10.1017/S0033291710001911
- Córdoba, J., Fuentes, A. y Ruíz, C. (2011). Revisión Bibliográfica sobre características sociodemográficas y repercusiones de la depresión en el trabajador. *Medicina y*

- Seguridad en el Trabajo*, 57(223), 174-187. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n223/revision.pdf>
- Correa, F., Mallard, C., Nilsson, C. y Sandberg, M. (2011). Activated microglia decrease histone acetylation and Nrf2-inducible anti-oxidant defence in astrocytes: restoring effects of inhibitors of HDACs, p38 MAPK and GSK3 $\beta$ . *Neurobiological Disorders*, 44, 142-151. doi: 10.1016/j.nbd.2011.06.016
- Cosco, Th., Doyle, F., Ward, M. y McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: A 10-year systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 180-184. doi:S0022399911001942
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.83
- Cote-Menéndez, M., Rangel-Garzón, C. X., Sánchez-Torres, M. Y. y Medina-Lamus, A. (2011). Bebidas energizantes: ¿Hidratantes o estimulantes? *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*. 59(3). Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/26461/38956>
- Cogle, J. R., Timpano, A. R. y Goetz, A. R. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences*, 52, 515-520. doi: 10.1016/j.paid.2011.11.017
- Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 43-66. doi: 10.4067/S0718-48082011000200011
- Cunningham, S. (2006). *Anxiety, depression and hopelessness in adolescents: a structural equation model*. USA: University of Calgary.
- Cusker, M. y Galupo, M. (2011). *The Impact of Men Seeking Help for Depression on Perceptions of Masculine and Feminine Characteristics*. Department of Psychology: Towson. doi: 10.1037/a0021071.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Cherry, C., Houck, P. y Kupfer, D. J. (2004). Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 267-273. doi: 10.1016/j.jpsychires.2003.08.003
- Dai, Q. y Feng, Z. (2011). Dysfunctional distracter inhibition and facilitation for sad faces in depressed individuals. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 206-211. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.007
- Dai, Q. y Feng, Z. (2012). More excited for negative facial expressions in depression: Evidence from an event-related potential study. *Clinical Neurophysiology*, 123(11), 2172-2179. doi:10.1088/0256-307X/30/8/084206.
- de Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M. E., Helmich, S. y Zitman, F. G. (2007). The tripartite model for assessing symptoms of anxiety and depression: Psychometrics of the Dutch version of the mood and anxiety symptoms questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1609-1617. doi:10.1016/j.brat.2006.07.004
- Degenhardt, E., Gatz, J., Jacob, J. y Tohen, M. (2012). Predictors of relapse or recurrence in bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 733-739. doi: 10.1016/j.jad.2011.09.051
- De Raedt, R. y Koster, E. H. W. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and

- a new conceptual framework. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 10 (1), 50-70. doi:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20233955
- den Hollander-Gijsman, M. E., de Beurs, E., van der Wee, N. J. A., van Rood, Y. R. y Zitman, F. G. (2010). Distinguishing between depression and anxiety: A proposal for an extension of the tripartite model. *European Psychiatry*, 25(4), 197-205. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.09.005
- Detweiler-Bedell, J., Friedman, M., Leventhal, H., Miller, I. y Leventhal, E. (2008). Integrating co-morbid depression and chronic physical disease management: Identifying and resolving failures in self-regulation. *Clinical Psychological Review*, 28(8), 1426-1446. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.002
- Dew, M., DiMartini, A., DeVito Dabbs, A., Fox, K., Myaskovsky, L., Posluszny, D., Switzer, G., Zomak, R., Kormos, R., & Toyoda, Y. (2010). Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation, *General Hospital Psychiatry*, 34(2), 127-138. Recuperado de: [https://bib.irb.hr/lista-radova?sif\\_podr=3-02&period=200](https://bib.irb.hr/lista-radova?sif_podr=3-02&period=200)
- Didden, R., Embregts, P., van der Toorn, M. y Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavior and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: a pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 927-932. PMID: 19217753
- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P. y Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477. doi:10.1038/nrn3027
- Dokin, R., Rubino, J., Allen, L., Friedman, J., Gara, M., Mark, M. y Menza, M. (2013). Predictors of treatment response to cognitive behavioral therapy for depression in Parkinsons disease. *Journal of Consultin Clinical Psychology*, 80(4), 694-699. doi: 10.1037/a0027695
- Domínguez, S. y Watkins, C. (2003). Creating networks for survival and mobility: Social capital among african-american and latinamerican low income mothers. *Social Problems*, 50(1), 111-135. Doi:10.4236/sm.2012.22031
- Donaldson, C., Lam, D. y Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2664-2678. doi:10.1016/j.brat.2007.07.00
- Douki, S., Nacef, F., Triki, T. y Dalery, J. (2012). Les aspects culturels du trouble bipolaire: résultats d'une étude comparative entre des patients français et tunisiens. *L'Encéphale*, 38(3), 194-200. doi: S0013700611000765
- Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L. y Reim, E. (2010). A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biological Psychiatry*, 67, 446-457. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.09.033
- Dozier, M., Manni, M., Gordon, M. K., Peloso, E., Gunnar, M. R., Stovall-Mcclough, K. C., Eldreth, D. y Levine, S. (2006). Children's diurnal production of cortisol: An exploratory study. *Child Maltreatment*, 11(2), 189-197. doi: 10.1177/1077559505285779
- Drevets, W. C. y Furey, M. L. (2009). Depression and the brain. *Encyclopedia of Neuroscience*. National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA. doi:10.1016/B978-008045046-9.00846-9
- Drydakakis, N. (2013). Mullying at school and labour market outcomes. *IZA Discussion Paper*, 7432, mayo. Recuperado de: <http://ftp.iza.org/dp7432.pdf>

- Dryden, W. y Ellis, A. (2001). Rational emotive behavior therapy. En K. S. Dobson (2001), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, (pp. 295-348). New York: Guilford Press.
- Eatonj, W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C. y Tien, A. (2004). Center for epidemiologic studies depression scale: review and revision. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, 27, 363-377. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.018
- Echeburúa, E. (2012). Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24(4), 281-286. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289124639001.pdf>
- Echeburúa, E., Salaberria, K., De Corral, P. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 26, 509-535. doi:scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000400002...
- Edwards, A., Aliev, F., Bierut, L., Bucholz, E., Helsselbrock, Kramer, J., Kuperman, S., Numberger, J. J., Schuckit, M. A., Poriesz, B. y Dick, D. M. (2012). Genome-wide association study of comorbid depressive síndrome and alcohol dependence. *Psychiatrics Genetics*, 22(1), 31-41. doi: 10.1097/YPG.0b013e32834acd07
- Egan, S., Wade, T. y Shafran, R. (2011). Perfeccionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.009
- Ehring, T. y Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192-205. doi:10.1521/ijct.2008.1.3.192
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S. y Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225-232. doi: S000579161000114X#bbib29
- Eisenberg, N., Valiente, C., Spinrad, T., Cumberland, A., Liew, J., Reiser, M., Zhou, Q. y Losoya, S. H. (2009). Longitudinal relations of children's effort full control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. *Developmental Psychology*, 45(4), 988-1008. doi:10.1037/a0016213
- Ellenbogen, M. A., Hodgins, S., Linnen, A. M. y Ostiguy, C. S. (2011). Elevated daytime cortisol levels: a biomarker of subsequent major affective disorder? *Journal of Affective Disorders*, 132, 265-269. doi:10.1016/j.jad.2011.01.007
- Ellis, A. J., Beevers, C. G. y Wells T. T. (2011). Attention allocation and incidental recognition of emotional information in dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 35 (5), 425-433. doi:10.1007/s10608-010-9305-3
- Ellis, T. E. y Rutherford, B. (2008). Cognition and suicide: two decades of progress. *International Journal of Cognition Therapy*, 1(1), 47-68. Recuperado de:file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario%208/Mis%20documentos/Downloads/Ellis%20Rutherford%202008.pdf
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S. y Hunt, K. (2006). Men's account of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science y Medicine*, 62, 2246-2257. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.004
- Espinosa, J. C. y Herrera-Rojas, N. (2003). Evaluación psicométrica de un instrumento construido a través de enlace empírico (MMPI). *Avances en Medición*, 1(1), 91-104. Recuperado de: <http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8213/7036/3943/>

- Essau, C., Lewinsohn, P., Seeley, J. y Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 185-190. doi:10.1016/j.jad.2010.05.016
- Estevez, A. y Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*, 25 (1), 27-35. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps>:1695-2294
- European Psychiatry Association. (2003). DSM-IV diagnosis in depressed primary care patients with previous psychiatric ICD-10 Bipolar disorder. Recuperado de: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(13\)00714-3/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(13)00714-3/abstract)
- Evans, G. W. y Kim, P. (2007). Childhood poverty and health: Cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science*, 18(11), 953-957. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.02008.x
- Everaert, J., Koster, E. y Derakshan, N. (2012). The combined cognitive bias hypothesis in depression. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 413-424. doi:10.1016/j.cpr.2012.04.003
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T. y Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: a unified perspective. A. M. Kring, D. Sloan (2010), *Emotion regulation and psychopathology*, (pp. 283-309). New York: Guilford Press.
- Fairholme, C. P., Nosen, E., Nillni, Y., Scumacher, J., Tull, M. y Coffey, S. (2013). Sleep disturbance and emotion dysregulation as transdiagnostic processes in a comorbid sample. *Behavior Research and Therapy*, 51(9), 540-546. doi: S0005796713001022
- Farabaugh, A. H., Mischoulon, D. D., Fava, M., Green, C., Gykyer, W. y Apert, J. (2004). La relación potencial entre los niveles de estrés percibidos y los subtipos de trastornos depresivos mayores (TDM). *Revista de Toxicomanías*, 41, 12-14. Recuperado de: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/ret41-2.pdf>
- Farabaugh, A. H., Sonawalla, S., Johnson, D. P., Witte, J., Papakostas, G. I., Goodness, T., et al. (2010). Early improvements in anxiety, depression, and anger/hostility symptoms and response to antidepressant treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(3), 166-71. PMID: 20680189
- Farmer, R. y Chapman, A. (2002). Evaluation of DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 285-300. doi: 10.1053/comp.2002.33494
- Farooq, R. K., Isingrini, E., Tanti, A., Le Quisquet, A. M., Arlicot, N., Minier, F., Leman, S., Chalon, S., Belzung, C. y Camus, V. (2012). Is unpredictable chronic mild stress (UCMS) a reliable model to study depression-induced neuroinflammation? *Behavioral Brain Research*, 231(1), 130-137. doi: 10.1016/j.bbr.2012.03.020.
- Fava, M., Nolan, S., Kradin, R. y Rosenbaum, J. (1995). Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 18, 10-14. doi: 10.1007/s10802-010-9458-2
- Fava, M., Rankin, M., Wright, E., Alpert, J., Nierenberg, A., Pava, J. y Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 97-102. PMID: 10741886
- Federación Mundial de Salud Mental. (2012). Depresión: Una crisis global. Día Mundial de la salud Mental 2012. Recuperado de: <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay%20Packet%20-%20Spanish%20Translation%202.pdf>

- Feehan, M., McGee, R. y Williams, S. (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1118-1126. PMID: 8282655
- Feldman, H. A., Glodstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J. y McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study (MMAS). *Journal of Urology*, 151(1), 54-61. doi:10.1177/14746514020020040801
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M. y Goldberg, D. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medical Child Neurology*, 51(8), 635-641. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03218.
- Fergusson, D. M., Wanner, B., Vitaro, F., Horwood, J. y Swain-Campbell, N. (2003). Deviant peer affiliations and depression: Confounding or causation? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 605-618. doi: 10.1023/A:1026258106540
- Fergus, T. y Wu, K. D. (2011). Searching for specificity between cognitive vulnerabilities and mood and anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 446-458. doi:10.1007/s10862-011
- Fernando, K., Carter, J., Frampton, Ch., Luty, S., McKenzie, J., Mulder, R. y Joyce, P. (2011). Childhood, teenage and adult-onset depression: diagnostic and individual characteristics in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 623-629. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.12.006
- Fidalgo, A. M. (1994). *Mhdif: a computer program for detecting uniform and nonuniform differentzial item functioning with the Mantel-Haenszel procedure*. [computer program] Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.
- Fiske, A., Wetherell, J. L. y Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy
- Fitzgerald, P. B., Oxley, T. J., Laird, A. R., Kulkarni, J., Egan G. F. y Daskalakis Z. J. (2006). An analysis of functional neuroimaging studies of dorsolateral prefrontal cortical activity in depression. *Psychiatry Research*, 148, 33-45. doi: 10.1016/j.psychres.2006.04.006
- Fitzgerald, P. B., Sritharan, A., Daskalakis, J., de Castella, A., Kulkarni, A. y Egan, G. (2007). A functional magnetic resonance imaging study of the effects of low frequency right prefrontal transcranial magnetic stimulation in depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, 488-492. doi: 10.1097/jcp.0b013e318151521c
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L. y Curtin, C. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *Journal of the American Medical Association*, 303, 235-241. doi:10.1001/jama.2009.2014.
- Flensborg-Madsen, T., von Scholten, M. B., Flachs, E. M., Mortensen, E. L., Prescott E. y Tolstrup, S. (2011). Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 143-149. doi: S0022-3956(10)00184-6
- Flett, G. L., Galfi-Pechenkov, I., Molnar, D. S., Hewitt, P. L. y Goldstein, A. L. (2012). Perfectionism, mattering, and depression: A mediational analysis. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 828-832. doi:10.1016/j.paid.2011.12.041
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. En M. S. Stroebe y R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 563-584). Washington, DC: American Psychological Association.
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, C. y Campo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis factorial del APGAR. *Revista Colombiana de Psicología*, 35(1), 23-29.

- Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0034-74502006000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0034-74502006000100003)
- Forlani, C., Morri, M., Ferrari, B., Dalmonte, E., Menchetti, M., De Ronchi, D. y Att, A. R. (2013). Prevalence and gender differences in late-life depression: A Population-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 370-380. doi:10.1016/j.jagp.2012.08.015
- Forkmann, T., Kroehnen, U., Wirtz, M., Norra, C., Baumeister, H., Gauggel, S., Elhan, A.H., Tennant, A. y Boecker, M. (2013). Adaptive screening for depression-recalibration of an item bank for the assessment of depression in persons with mental and somatic diseases and evaluation in a simulated computer-adaptive test environment. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(5), 437-443. doi: S0022399913003395
- Fostick, L., Silberman, A., Beckman, M., Spivak, B. y Amita, D. (2010). The economic impact of depression: Resistance or severity? *European Neuropsychopharmacology*, 20(10), 671-675. doi:10.1016/j.euroneuro.2010.06.001
- Fowler, P., Tompsett, C., Braciszewski, J., Jacques-Tiura, A. y Baltés, B. (2009). Community violence: A metaanalysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21, 227-259. doi: 10.1017/S0954579409000145
- Fox, J. K., Halpern, L. F., Ryan, J. L. y Lowe, K. A. (2010). Stressful life events and the tripartite model: Relations to anxiety and depression in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 33(1), 43-54. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.05.009
- Franchi, S. (2010). Estilo de personalidad perfeccionista y depresión. *Perspectivas en Psicología*, 13(15), 53-64. Recuperado de: <http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/...revista13/.pdf>
- Friedman, E. S. y Thase, M. E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buelay J.A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 (pp.619-681). Madrid: Siglo XXI
- Fuss, J., Ben Abdallah, N., Vogt, M., Touma, C., Pacifici, P. y Palme, R. (2010). Voluntary exercise induces anxiety-like behavior in adult C57BL/6J mice correlating with hippocampal neurogenesis. *Hippocampus*, 20(3), 364-376. doi: 10.1002/hipo2.0634.
- Gaik, L., Abdillah, M. C., Elias, H. y Uli, J. (2010). Development of Antisocial Behaviour. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 7, 383-388. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.10.052
- Galea, S., Ahern, J., Nandi, E., Tracy, M., Beard, J. y Vlavov, D. (2007). Urban neighborhood poverty and the incidence of depression in a population-based cohort study. *Annals of Epidemiology*, 17(3), 171-179. doi:10.1016/j.annepidem.2006.07.008.
- Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, P. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes. *Anales de Psicología*, 25(2), 227-240. doi:10.6018/87501
- Galione, J. y Oltmanns, Th. (2013). *The relationship between borderline personality disorder and major depression in later life: acute versus temperamental symptoms*. Department of Psychology, Washington University in Saint Louis, MO. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.026
- García-Estrada, M., Mann, R., Strike, C. y Khenti, A. (2012). Comorbilidad entre el estrés psicológico y abuso/dependencia de drogas, Ciudad de Guatemala/Guatemala. *Texto y Contexto Enfermagem*, 21, 124-132. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71423223016.pdf>

- Gillies, J. y Niemeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 31-65. doi: 10.1080/10720530500311182
- Grav, S., Hellzen, O, Romild, U. y Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: The Hunt study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing, 21*(1-2), 111-120. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03868.
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L. J., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A., Rawson, R., Anglin, M. D., Balabis, J. C., Bradway, R. C., Brown, A. H., Burke, C. C., Christian, D. C., Cohen, J. C., Cosmineau, J. C., Dickow, A. C., Donaldson, M. C., Woodward, K. C. y Zwebwn, J. C. (2008). Significant psychiatric history. Psychiatric characteristics of MA users are strongly associated with SA, warranting careful assessment of psychiatric history. *The American Journal on Addictions, 17*, 24-27. doi: 10.1080/10550490701756070
- Gobierno de Australia. (2011). Encuesta Nacional de Salud Mental y Bienestar de Australia. Recuperado junio de 2012 de: [web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf](http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf)
- Gobierno de Canarias. (2010). *Antidepresivos en el tratamiento de la depresión. Bolcan, buen uso de los medicamentos*. Canarias: España
- Goeleven, E., De Raedt, R., Baert, S. y Koster, E. (2006). Deficient inhibition of emotional information in depression. *Journal of Affective Disorders, 93*(1-3), 149-157. doi:10.1016/j.psychres.2007.10.022
- Goff, B., Gee, D. G., Telzer, E. H., Humphreys, K. L., Gabard-Durnam, L., Flannery, J. y Tottenham, N. (2012). Reduced nucleus accumbens reactivity and adolescent depression following early-life stress. *Neuroscience, 249*, 129-138. doi:10.1016/j.neuroscience.2012.12.010
- Golden, S. H. (2007). A review of the evidence for a neuroendocrine link between stress, depression and diabetes mellitus. *Current Diabetes Review, 3*(4), 252-25. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584200/>
- Gollan, J. K., Pane, H. T., McCloskey, M. S. y Coccaro, E. F. (2008). Identifying differences in biased affective information processing in major depression. *Psychiatry Research, 59*, 18-24. doi: 10.1016/j.psychres.2007.06.011
- Golman, L., Nielsen, N. y Champion, H. (1999). Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *Journal of General Internal Medicine, 14*(9), 569-580. doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.03478.x
- Gomes, S. T., Gomes, F., Frota, M. V., Aguiar, M. B. y Nogueira, M. B. (2012). Substance abuse and depression in adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 60*(5), S243. doi: 10.1016/j.neurenf.2012.04.601
- Gómez, J. y Navas, M. J. (1998). Impacto en el funcionamiento diferencial de los ítems respecto al género. *Psicothema, 10*(3), 685-696. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/197.pdf>
- Gómez, R. y Aclaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: applicability of resiliency models. *Personality and Individual Difference, 40*, 1165-1176. doi:10.1016/j.paid.2005.1
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F. A., Rondón Sepúlveda, M. y Díaz Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública, 16*(6), 378-86. doi:10.1590/S1020-49892004001200003

- González, F., Carbonell, M., Grau Abalo, J. y Lorenzo, A. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de los estados de ansiedad y depresión. En F. González (Eds). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. (pp. 165-214). Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf)
- González, C., Angel de Greiff, E. y Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: Evaluación empírica. *Psychologia*, 5(1), 59-72. Recuperado de: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/107>
- González de Rivera, J. L., Revuelta J. L. y Morera Fumero, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11. Recuperado de: [http://www.psicoter.es/\\_arts/83\\_A032\\_02.pdf](http://www.psicoter.es/_arts/83_A032_02.pdf)
- González de Rivera, J. L., Morera, A., Sanchis, P. y Sánchez, A. (1983). La reactividad al estrés: Valores medios en estudiantes de medicina. *Psiquis*, 4, 198-201.
- González García, J. L. (2005). *La depresión entre la necesidad y el negocio: Revisión psicológica sobre sus causas y tratamientos*. Madrid: Ed. Fundamento
- González, M., Herrero, M., Viña, C., Ibañez, I. y Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536208.pdf>
- González, M., Ibañez, I. y Cubas, R. (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización en otras medidas de ansiedad y depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 23-39. Recuperado de: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-164.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-164.pdf)
- González, M., Ibañez, I., Rovella, A., López, M. y Padilla, I. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 81-101. doi: 10.1016/j.brat.2009.11.013.
- Goodyer, I. M., Croudace, T., Dudbridge, F., Ban, M. y Herbert J. (2010). Polymorphisms in BDNF (Val66Met) and 5-HTTLPR, morning cortisol and subsequent depression in at-risk adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 197, 365-37. doi:10.1192/bjp.bp.110.077750
- Goodman, S. H. y Gotlib, I. H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, D C: American Psychological Association.
- Gordillo, R., Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2012). Análisis longitudinal de la comorbilidad entre depresión y agresión: Cronicidad y severidad en sujetos de 11 a 13 años. *Interdisciplinaria*, 29(1), 165-185. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272012000100010yln=esynrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272012000100010yln=esynrm=iso)
- Gotlib, I. y Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Gotlib, I. y Joormann J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
- Gótor, L. (2001). Tratamiento farmacológico de las depresiones resistentes. *Revista de la Asociación de Especialistas en Neuropsiquiatría*, 21(82), 43-55. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n82/n82a04.pdf>
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Triall, S., Joormann, J., Arnow, B. A. y Johnson S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing in depression and

- social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 396-398. doi: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2004-17366-003>
- Green, B. E. y Ritter, C. (2000). Marijuana use and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 40-49. doi: 10.2307/2676359.
- Green, K., Zebrak, K., Fothergill, J., Robertson, J. y Ensmiger, M. (2012). Childhood and adolescent risk factors for comorbid depression and substance use disorders in adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1240-1247. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.06.008
- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum H. G., Leong, S., Lowe, S., Berglund, P. et al. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1465-1475. PMID: 14728109
- Grimm, S., Ernst J., Boesiger P., Schuepbach D., Hell, D., Boeker, H. y Nortoff, G. (2009). Increased self-focus in major depressive disorder is related to neural abnormalities in subcortical-cortical midline structures. *Human Brain Mapp*, 30, 2617- 2627. doi:10.1002/hbm.20693
- Grondin, O., Johnson, E. I., Husky, M. y Swendsen, J. (2011). Sociotropy and autonomy vulnerabilities to depressed mood: A daily life comparison of Reunion Island and metropolitan France. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(6), 928-943. doi: 10.1177/0022022110383422
- Gros, K., Keyes, M. D. y Greene, R. L. (2000). Assessing depression with the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 73, 464-477. doi: 10.1207/S15327752JPA7503\_07
- Guadamarra, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2013) Bases neuroquímicas de la depresión. Recuperado 20 de diciembre de 2013 de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- Guibert Reyes, W., Prendes Labrada, M., González Pérez, R. y Valdés Pérez, E. (1999). Influencia en la salud del rol de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 7-13. doi: S0718-0705200600020000200014&lng=en
- Guimón, J. (2006). Usos y abusos de las dimensiones y espectros en el diagnóstico psiquiátrico, *Avances en Salud Mental Relacional*, 5(2), 1-8. <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0502/espectros.pdf>
- Gunnar, M. R., Frenn, K., Wewerka, S. y Van Ryzin, M. J. (2009). Moderate versus severe early life stress: associations with stress reactivity and regulation in 10- to 12-year old children. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 62-75. doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.08.013
- Habel, U. y Alter, K. (2011). 'Emotion' 'The essence of Human communication – The processing of emotional information': Comment on: Brück C, Kreifelts B, Wildgruber D. Emotional voices in context: a neurobiological model of multimodal affective information processing. *Physics of Life Reviews*, 8(4), 406-407 doi:10.1016/j.pprev.2011.10.016
- Haefel, G., Abramson, L., Brazy, P., Shah, J., Teachman, B. y Nosek, B. (2007). Explicit and implicit cognition: Apreliminary test of a dual-process theory of cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1155-1167. Recuperado de: <http://projectimplicit.net/papers.html>
- Halbreich, U. y Kahn, L. S. (2007). Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? *Journal of Affective Disorders*, 102, 245-258. doi: 10.1016/j.jad.2006.09.023

- Halligan, S. L., Herbert, J., Goodyer, I. y Murray, L. (2007). Disturbances in morning cortisol secretion in association with maternal postnatal depression predict subsequent depressive symptomatology in adolescents. *Biological Psychiatry*, *62*, 40-46. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.011
- Hambleton, R. y Jones, R. (1993). Comparison of classical test theory and item response theory and their applications to test development. *Education of Measure*, *120*, 38-47. doi: 10.1111/j.1745-3992.1993.tb00543.x
- Hammar, A., Lund, A. y Hugdahl, I. K. (2003). Long-lasting cognitive impairment in unipolar major depression: a 6-month follow-up study. *Psychiatry Research*, *118*(2), 189-196. doi: 10.1016/S0165-1781(03)00075-1
- Hammarströma, A., Lehtia, A., Danielsson, U., Bengs, C. y Johansson, E. E. (2009). Gender-related explanatory models of depression: A critical evaluation of medical articles. *Public Health*, *123*, 689-693. doi:10.1016/j.puhe.2009.09.010
- Hamilton, J. P. y Gotlib, I. H. (2008). Neural substrates of increased memory sensitivity for negative stimuli in major depression. *Biological Psychiatry*, *63*, 1155-1162. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.12.015
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Hammen, C., Ellicott, A. y Gitlin, M. (1989). Vulnerability to specific life events and prediction of course of disorder in unipolar depressed patients. *Canadian Journal of Behavioral Science*, *21*, 377-388. doi: 10.1192/bjp.135.1.15
- Hane, A. A. y Fox N. A. (2006). Natural variations in maternal caregiving of human infants influence stress reactivity. *Psychological Science*, *17*, 550-556. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01742.x
- Hankin, B. L. (2010). Personality and Depressive symptoms: Stress generation and cognitive vulnerabilities to depression in a prospective daily diary study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(4), 369-401. doi:10.1521/jscp.2010.29.4.369
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N. y Haeffel, G. J. (2004). Cognitive Vulnerability-Stress Theories of Depression: examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 309-345. doi: 10.1023/B:COTR.0000031805.60529.0d
- Harald, B. y Gordon, P. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of Affective Disorders*, *139*(2), 126-140. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.015
- Hariri, A. R. (2009). The Neurobiology of Individual Differences in Complex Behavioral Traits. *Annual Review of Neuroscience*, *32*, 225-24. doi: 10.1146/annurev.neuro.051508.135335
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E. y Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 830-842. PMID: 17606817
- Hasler, G. y Northoff, H. (2011). Discovering imaging endophenotype for major depression. *Molecular Psychiatry*, *16*(6), 604-619. doi: 10.1038/mp.2011.23.
- Heerlein, A., Gablet, G., Chaparro, C., Kraus, A., Richter, P. y Berkau, C. (2000 junio). Comparación psicométrica transcultural de la depresión mayor entre Chile y Alemania. *Revista Médica*, *128*(6). doi: 10.4067/S0034-98872000000600007
- Henriques, G. y Leitenberg, H. (2002). An experimental analysis of the role of cognitive errors in the development of depressed mood following negative social feedback. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(2), 245-260. doi: 10.1023/A:101457790483

- Heponiemi, T., Elovainio, M., Kivimäki, M., Pulkki, I., Puttonen, S. y Keltikangas-Järvinen, L. (2006). The longitudinal effects of social support and hostility on depressive tendencies. *Social Science y Medicine*, 63(5), 1374-1382. doi:10.1016/j.socscimed.2006.03.036
- Hernández, M. y Viadela, C. (2002). Trastorno depresivo de la personalidad. *Psychiatric Biology*, 9(5), 200-206. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/46/46v09n05a13041446pdf001.pdf>
- Hernangómez Criado, L. (2012). Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: relación entre sesgos atencionales, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/16407/>
- Herrera, A. y Maldonado, A. (2002). Depresión, cognición y fracaso académico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 25-50. Recuperado de: [http://aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-29.pdf](http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-29.pdf)
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 857-864. doi:10.1176/appi.ajp.163.5.857
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi: 10.1037/0003-066X.38.11.1145
- Hewitt, P. L., Habke, A. M., Lee-Baggley, D. L., Sherry, S. B. y Flett, G. L. (2008). The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry*, 71(2), 93-122. doi: 10.1521/psyc.2008.71.2.93
- Hidaka, B. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205-214. doi:10.1016/j.jad.2011.12.036
- Hirsch, C., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G. y Hayes, S. (2013). Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 388-395. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.03.004
- Hirshfield, S., Wolitskib, R. J., Chiassona, M. A., Remienc, R. H., Humberstonea, M. y Wongd, T. (2008). Screening for depressive symptoms in an online sample of men who have sex with men. *AIDS Care*, 20, 904-910. doi: 10.1080/09540120701796892.
- Holley, C. y Mast, B. (2007). The effects of widowhood and vascular risk factors on late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(8), 690-698. doi:10.1097/JGP.0b013e3180311209.
- Holmes, E. A., Lang, T. J. y Shah D. M. (2009). Developing interpretation bias modification as a “cognitive vaccine” for depressed mood: Imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 76-88. doi: 10.1037/a0012590
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Response*, 11, 213-218. doi:10.1016/0022-
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C. y Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression-A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129, 1-13. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.025

- hosein ghahramani, M., Ali Besharat, M. y naghypour, B. (2011). An examination of the relationship between perfectionism and self-esteem in a sample of student athletes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1265-1271. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.245
- Horwitz, A., y Wakefield, J. (2007). The Loss of Sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1764-1765. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07081263
- Hovens, J., Wiersma, J., Giltay, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Pennix, B. y Zitman, F. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66-74. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x
- Huprich, S.K. (2000). Describing depressive personality analogues and dysthymics on the NEO-personality inventory-revised. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1521-1534. doi: 10.1002/1097-4679(200012)56
- Huprich, S., Porcerelli J., Keaschuk, Binienda, J. y Engle, B. (2007). Depressive personality disorder, dysthymia and their relationship to perfectionism. *Depression and Anxiety*, 0, 1-11. Recuperado de: <http://www.drstevenhuprich.com/wp-content/uploads/2013/05/Huprich-Porcerelli-Keaschuk-Binienda-Engle-2007-DPD-Dysthymia-and-their-Relationship-to-Perfectionism-Depression-and-Anxiety.pdf>
- Hurre, T., Eerola, M., Rahkonen, O. y Does, H. (2006). Social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 55-64. doi: 10.1016/j.jad.2006.09.019
- Hybels, C. F., Pieper, C. F., Blazer, D. G. y Steffens, D. C. (2008). The course of depressive symptoms in older adults with comorbid major depression and dysthymia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4), 300-309. doi: 10.1097/JGP.0b013e318162f15f
- Iacoviello, B., Alloy, L., Abramson, L., Whitehouse, W. y Hogan, W. (2006). The course of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 61-69. doi: 10.1016/j.jad.2006.02.012.
- Iacoviello, B. M., Grant, D. A., Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (2009). Cognitive personality characteristics impact the course of depression: a prospective test of sociotropy, autonomy and domain-specific life events. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 187-198. doi: 10.1007/s10608-008-9197-7
- Ibarra-Alcantar, M., Ortiz-Guzmán, J., Alvarado-Cruz, F., Graciano-Morales, H. y Jiménez-Genchi, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*, 33(4), 317-324. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n4/v33n4a3.pdf>
- Iglesias, C. y Alonso, M. J. (2008). Síntomas residuales de depresión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 101-105. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.02.007 52 I
- Iglesias, M., Barreiro de Acosta, M., Vázquez, I., Figueiras, A., Nieto L., Lorenzo, A. y Domínguez-Muñoz, J. (2009). Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes en remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(4), 249-257. doi:10.4321/S1130-01082009000400003
- Ignjatović-Ristić, D., Hinić, D y Jović, J. (2012). Evaluación del Inventario de la Depresión Beck en una muestra no clínica de estudiantes. *West Indian Medical*

- Journal*, 61(5), 489-493. Recuperado de: [http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0043-31442012000500004&lng=es&nrm=iso](http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0043-31442012000500004&lng=es&nrm=iso)
- Ingram, R. E. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8(5), 443-477. doi: 10.1007/BF01173284
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Depresión. Recuperado octubre de 2013 de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2011). *Forensis: Datos para la vida*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=comwrapperyItemid=323>
- Iraguri, I. (2009). Evaluación de los resultados clínicos: Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *Norte de Salud Mental*, 33, 94-108. Recuperado de: [http://antigua.ome-aen.org/norte/33/NORTE\\_33\\_140\\_94-108.pdf](http://antigua.ome-aen.org/norte/33/NORTE_33_140_94-108.pdf)
- Irastorza, L. y Calcedo, A. (2012). Personalidad depresiva: concepto y diferenciación: diagnóstico diferencial entre trastorno de personalidad depresiva y distimia. Tesis para optar al Título de Doctor, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/15066/>
- Irastorza, L., Rojano, R., Gonzalez-Salvador, T., Cotobal, J., Leira, M., Rojas, C., Rubio, G., Rodríguez-Rieiro, C., Bellon, J., Alvarez, M., Rodríguez, C. y Arango, C. (2012). Psychometric properties of the spanish version of the Diagnostic Interview for Depressive Personality. *European Psychiatry*, 27(8) 582-590. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.11.003
- Isacson, D., Bingeors, K. y von Knorring, L. (2005). The impact of depression is unevenly distributed in the population. *European Psychiatry*, 20 (3), 205-212. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.12.011
- Ivbijaro, G. (2012). *Fortalecimiento del sistema a través del sector de la salud para promover resiliencia en tiempos de dificultades económicas FMH* (Europe). London, UK: Chair Waltham Forest Clinical Commissioning Group. Recuperado de: [http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012\\_wmhday\\_spanish.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf)
- Jahromi, F. G., Naziri, G. y Barzegar, M. (2012). The relationship between socially prescribed perfectionism and depression: The mediating role of maladaptive cognitive schemas. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 32, 141-147. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.023
- Jenkins, R. y McDaid, D. (2012). *El impacto económico de la depresión*. WHO Collaborating Centre, Institute of Psychiatry, Kings College London, London School of Economics and Political Science. Recuperado de: [http://www.cochrane.es/files/handbookcast/Manual\\_Cochrane\\_510.pdf](http://www.cochrane.es/files/handbookcast/Manual_Cochrane_510.pdf)
- Johnson, S. y Kizer, A. (2002). Bipolar and unipolar depression a comparison of clinical phenomenology and psychosocial predictors. En I. Gotlib, y Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. 2ed. (pp. 894-906). New York, United State of America: Guilford Press.
- Joiner, T. (2003). "Contagion" of suicidal symptoms as a function of assortative relating and shared relationship stress in college roommates. *Journal of Adolescence*, 26, 495-504. doi: 10.1016/S0140-1971(02)00133-1
- Joiner, Th., Catanzaro, S., Laurent, J., Sandín, B. y Blalock, J. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: Evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1), 27-34. Recuperado de: <http://www.espacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-1996-B5C33E0A-EA39-4F2C-88EA-B1C3893069AA/PDF>

- Jonsdottir, I., Börjesson, M. y Ahlberg, G. (2013). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychology*, no pagination specified. doi: 10.1037/a0034402
- Jones, K. y Thomsen, C. (2013). The role of the innate immune system in psychiatric disorders. *Molecular and Cellular Neuroscience*, 53, 52-62. doi: 10.1016/j.mcn.2012.10.002
- Joormann, J. y D'Avanzato, C. (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition and Emotion*, 24(6), 913-939. doi:10.1080/02699931003784939
- Joormann, J. y Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 80-85. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.80
- Joormann, J. y Gotlib I. (2008). Updating the contents of working memory in depression: Interference from irrelevant negative material. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 182-192. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.182
- Joormann, J. y Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), 281-298. doi: 10.1016/j.ajp.2012.07.013
- Joormann, J., Talbot, L. y Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 135-143. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&uid=2007-01891-013>
- Joormann, J., Yoon, K. L. y Siemer, M. (2010). Cognition and emotion regulation. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 174-203). New York: Guilford Press.
- Joormann, J., Yoon, K. L. y Zetsche U. (2007). Cognitive inhibition in depression. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 128-139. doi: 10.1016/j.appsy.2007.09.002
- Juárez, F. y Guerra, R. (2011). Características socioeconómicas y salud en personas pobres y desplazadas. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 27(4), 511-519.
- Jylhä, P., Melarin, T., Rytsälä, H. y Isometsä, E. (2009). Neuroticism, introversion, and major depressive disorder-traits, states, or scars? *Depression and Anxiety*, 26, 325-334. doi: 10.1002/da.20385
- Karagozoglu, C., Masten, W. y Baloglu, M. (2005). Evidence for differentiating between anxiety and depression in Turkish college students. *Social Behavior and Personality*, 33, 579-586. doi: 10.2224/sbp.2005.33.6.579.
- Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A., Frey, B., Gomes, F., Tramontina, J., Kauer-Sant'anna, M., Grassi-Oliveira, M. y Post, R. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. *Neuroscience Biobehavior Review*, 32(4), 675-692. doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.10.005
- Karasz, A. (2005). Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science y Medecine*, 60(7), 1625-1636. doi: S027795360400396X
- Karg, K., Burmesister, M., Shedden, K. y Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Archives General of Psychiatry*, 68, 444-454. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- Karsten, J., Penninx, B., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. y Hartman, C. (2012). The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits.

- Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 644-650. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.024
- Katz, M., Wetzler, S. y Cloitre, M. (1993). Expressive characteristics of anxiety in depressed men and women. *Journal of Affective Disorders*, 28, 267-277. doi: 10.1192/apt.bp.106.003467
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Anderson, G. M., Price, L. H. y Carpenter LL. (2008). Sex differences in emotional and physiological responses to the Trier Social Stress Test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 87-98. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.02.003
- Keller, M. B. (2006). Social anxiety disorder clinical course and outcome: review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl 12), 14-19. PMID: 17092191
- Kendler, K. S. (1996). Major depression and generalized anxiety disorder same genes, (partly) different environments-revisited. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 68-75. Recuperado de: <http://www.scopus.com.ezproxy.unal.edu.co/...3D3BD5A2DBCD987073D01EF D515CEDF.53bsOu7mi7A1NSY7fPJf1g%3a21>
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardener, C. O. y Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives General of Psychiatry*, 60, 789-796. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.789
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B.T., Arolt, V. y Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 118, 201-204. doi:10.1016/j.jad.2009.01.033
- Kertes, D. A., Gunnar, M. R., Madsen, N. J. y Long J. (2008). Early deprivation and home basal cortisol levels: a study of internationally-adopted children. *Development of Psychopathology*, 20, 473-491. doi: 10.1017/S0954579408000230
- Kessler, R. (2002). Epidemiology depression. En I. Gotlib, y C. Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. 2ed. (pp. 145-156). New York: Guilford Press.
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. y Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R., Zhao, S., Blazer, D. y Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 45(1-2), 19-30. PMID: 9268772
- Khaled, S., Bulloch, A., Williams, J., Hill, J., Lavorato, D. y Patten, S. (2012). Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence. Evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4), 436-443. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.11.011.
- Kiesner, J. (2002). Depressive symptoms in early adolescence: Their relations with classroom problem behavior and peer status. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 463-478. Recuperado de: <http://www.76E4D1CBC679D5FB14578E9D7B8 D3A15.WeLimyRvB Mk2ky9SFKc8Q%3a21>
- Kilmartin, Ch. (2005). Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health and Gender*, 2(1), 95-99. doi: 10.1080/17482620701547008
- Kim, S. W., Stewart, R., Kim, J. M., Shin, I. S., Yoon, J. S., Jung, S. W., Lee, M. S., Yim, H. W. y Jun, T. Y. (2011). Relationship between a history of a suicide

- attempt and treatment outcomes in patients with depression. *Journal Clinical of Psychopharmacology*, 31, 449-456. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182217d51
- Kircanski, K., Joormann, J. y Gotlib, I. H. (2012). Cognitive aspects of depression. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 3(3), 301-313. doi: 10.1002/wcs.1177
- Kiuru, N., Burk, W., Lausern, B., Nurmi, J. E. y Salmeta-Aro, K. (2012). In depression contagious? *Journal of Adolescents Health*, 50(3), 250-255. doi: S1054139X11002357
- Klein, D. N., Durbin, C. E. y Shankman, S. A. (2002). Depression and personality. En I. Gotlib, y Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. 2ed. (pp. 93-112). New York: Guilford Press.
- Klein, D. N., Schatzberg, A. F., McCullough, J. P., Keller, M. B., Dowling, F., Goodman, D., Howland, R. H., Markowitz, J. C., Smith, C., Miceli, R. y Harrison, W.M. (2012). Early-versus late-onset dysthymic disorder: comparison in outpatients with super imposed major depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 52, 187-196. doi: 10.1016/S0165-0327(98)00079-2
- Klein, D. N., Shankman, S. A. y Rose S. (2008). Dysthymic disorder and double depression: prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 408-415. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.01.009
- Kleiman, E. y Riskind, J. H. (2012). Cognitive vulnerability to comorbidity: Looming cognitive style and depressive cognitive style as synergistic predictors of anxiety and depression symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1109-1114. doi: S0005791612000481
- Knorr, U., Vinberg, M., Kessing, L. V. y Wetterslev, J. (2010). Salivary cortisol in depressed patients versus control persons: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 35(9), 1275-1286. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.08.006. 0 0
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J. et al. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 229-240. doi:10.1590/S1020-49892005000900002
- Kohn, S., Middeldoro, Ch., Donlan, C., Ligthart, L. y Boomsma, D. (2010). Childhood and Adolescent Anxiety and Depression: Beyond Heritability. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 49(8), 820-829. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.013
- Korhonen, T., Broms, U., Varjonen, J., Romanov, K., Koskenvuo, M., Kinnunen T. y Kaprio, J. (2007). Smoking behaviour as a predictor of depression among Finnish men and women: a prospective cohort study of adult twins. *Psychological Medicine*, 37, 705-715.
- Korhonen, T., Koivumaa-Honkanen, H., Varjonen, J., Broms, U., Koskenvuo, M., Kaprio, J. (2011). Cigarette smoking and dimensions of depressive symptoms: longitudinal analysis among Finnish male and female twins. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 261-272. doi: 10.1093/ntr/ntq251
- Koster, E. H. W., De Lissnyder, E., Derakshan, N. y De Raedt, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: The impaired disengagement hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 138-145. doi:10.1016/j.cpr.2010.08.005
- Koster, E. H. W., De Raedt, R., Goeleven, E., Franck, E. y Crombez, G. (2005). Mood-congruent attentional biases in dysphoria: maintained attention with and impaired

- attentional disengagement from negative information. *Emotion*, 5, 446-455. doi: 10.1037/1528-3542.5.4.446
- Koster, E. H. W., De Raedt, R., Leyman, L. y De Lissnyder, E. (2010). Mood-congruent attention and memory bias in dysphoria: Exploring the coherence among information-processing biases. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 219-225. doi:10.1016/j.brat.2009.11.004
- Koulopoulou, A., (2010). P01-221-Anxiety and depression symptoms in children-commorbidity with learning disabilities. *European Psychiatry*, 25(1), 432. doi: S0924933810704272
- Kraepelin, E. (2002). *Lifetime Editions of Kraepelin in English*. New York: Thoemmes Press, Bristol.
- Kratz, G. F., Silva de Lima, M., Frank, T. B. y Curi, H. P. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista e Saude Publica*, 38(3), 365-71. doi: 10.1590/S0034-89102004000300005
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C. Hawkins, A., O'connor, T. G., Stenes, S. y Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43(4), 931-946. doi: 10.1037/0012-1649.43.4.93
- Kretschmer, E. (1936). *Physique and Character*. London UK: Trubner.
- Kuiper, N. A., Olinger, L. J. y MacDonald, M. R. (1988). Vulnerability and Episodic Cognitions in a Self-worth Contingency Model of Depression. En N.A. Kuiper, L.J. Olinger y M.R. MacDonald, *Cognitive Processes in Depression* (pp. 289-309). New York: Guilford Press.
- Kujawa, A.J., Torpey, D., Kim, J., Hajcak, G., Rose, S., Gotlib, I.H. y Klein, D. N. (2011). Attentional biases for emotional faces in young children of mothers with chronic or recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 125-135. doi: 10.1007/s10802-010-9438-6
- Kunik, M. E., Roundy, K., Veazey, C., Soucek, J., Richardson, P., Wray, N. P. y Stanley, M.A. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*, 127(4), 1205-1211. PMID:15821196
- Kutcher, S., Kusumakar, V., LeBlanc, J., Santor, D., Lagace, D. y Morehouse, R. (2004). The characteristics of asymptomatic female adolescents at high risk for depression: the baseline assessment from a prospective 8-year study. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 177-185. doi:10.1016/S0165-0327(02)00458-5
- Kutcher, S. y Sokolov, S. (1995). Adolescent depression: Neuroendocrine aspects. En I. Goodyear (Eds.). *The depressed child and adolescent: developmental and clinical perspectives*. (pp. 453-459). Cambridge: Cambridge University.
- Laitinen, I. y Ettore E. (2004). The Women and Depression Project: Feminist action research and guided self-help groups emerging from the Finnish women's movement. *Women's Studies International Forum*, 27, 203-221.
- Lange, R. T., Sullivan, K. A. y Scott, C. (2010). Comparison of MMPI-2 and PAI validity indicators to detect feigned depression and PTSD symptom reporting. *Psychiatry Research*, 176, 229-235. doi:10.1016/j.psychres.2009.03.004
- Lara, M. (1991). Masculinidad, feminidad y salud mental: Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, 14(1), 12-18. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&UID=1993-85005-001>

- Lara, D., Bisol, I., Brunstein, M., Reppold, C., de Carvalho, W. y Ottoni, G. (2012). The affective and emotional composite temperament (AFECT) model and scale: a system-based integrative approach. *Journal of Affective Disorders*, *140*, 14-37. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.036
- Latkin, C. y Curry, A. (2003). Stressful neighborhoods and depression: A prospective study of the impact of neighborhood disorder. *Journal of Health and Social Behavior*, *4*(1), 34-44. doi:http://www.jstor.org/stable/1519814
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 234-247. doi:10.1016/0272-7358(86)90029-2
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Madrid España: Martínez Roca.
- Leahey, T. y Harris, R. (2000). *Aprendizaje y Cognición*. Madrid: Prentice Hall
- Lehti, A. y Johansson, E. (2010). The Western Gaze: An analysis of medical research publications concerning the expressions of depression, focusing on ethnicity and gender. *Health Care for Women International*, *31*, 100-112. doi: 10.1080/07399330903067861
- Lemogne, C., Piolino, P., Friszer, S., Claret, A., Girault, N., Jouvent, R., Allilaire, F-F y Fossati, P. (2005). Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, auto-noetic consciousness, and self-perspective. *Consciousness and Cognition*, *15*(2), 258-268. doi:10.1016/j.concog.2005.07.005
- Lester, K. J., Mathews, A., Davison, P. S., Burgess, J. L., y Yiend, J. (2011). Modifying cognitive errors promotes cognitive well being: A new approach to bias modification. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*, 298-308. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.01.001
- Leung, K-K., Lee, M. C., Yip, P., Li, L. y Wong, M. (2009). Selective attention biases of people with depression: Positive and negative priming of depression-related information. *Psychiatry Research*, *165*(3-28), 241-251. doi:10.1016/j.jad.2006.03.007
- Leventhal, A., Witt, C. y Zimmerman, M. (2008). Associations between depression subtypes and substance use disorders. *Psychiatry Research*, *161*(1- 30), 43-50. doi: 10.1016/j.psychres.2007.10.014
- Levola, J., Holopainen, A. y Aalto, M. (2010). Depression and heavy drinking occasions: A cross-sectional general population study. *Addictive Behavior*, *36*(4), 375-380. PMID: 21216107
- Lewis, G., Rice, F., Harold, G., Collishaw, S. y Thapar, A. (2011). Investigating environmental links between parent depression and child depressive/anxiety symptoms using an assisted conception design. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, *50*(5), 451-459. doi: S0890856711000621
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seely, J. R. y Rodhe, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*(6) 809-818. PMID: 7598758
- Leyman, L., De Raedt, R., Schacht, R. y Koster E. H. (2007). Attentional bias for angry faces in unipolar depression. *Psychological Medicine*, *37*, 393-402. doi: 10.1017/S003329170600910X
- Linacre, J. M. (2002). What do Infit and Outfit, Mean-square and Standardized mean?. *Rasch Measurement Transaction*, *168*(2) 878. Recuperado de: <http://www.rasch.org/rmt/rmt162f.htm>

- Linares, R. y Espinel, A. (2007). Factores que dificultan el diagnóstico de la depresión en los servicios de Atención Primaria. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 53(109), 6-14. Recuperado de: [http://www.svp.org.ve/images/factores\\_109.pdf](http://www.svp.org.ve/images/factores_109.pdf)
- Linden, S., Jackson, M., Subramanian, L., Healy, D. y Linden, D. (2011). Sad benefit in face working memory: An emotional bias of melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 251-257. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.002
- Liu, L., Zeng L., Li, Y., Ma, Q., Li, B., Shen, H. y Hu., D. (2012). Altered cerebellar functional connectivity with intrinsic connectivity networks in adults with major depressive disorder. *Plos ONE*, 7(6), e39516. doi: 10.1371/journal.pone.0039516.
- Liu, R. T. y Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30, 582-593. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.010
- Liu, W., Wang, L., Zhao, S., Ning, Y. y Chan, R. (2012). Anhedonia and emotional word memory in patients with depression. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 361-367. doi:10.1016/j.psychres.2012.07.025
- Lo, S. L., Ho, M. y Hollon, S. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 487-495. doi:10.1016/j.brat.2008.01.013
- Lopez, J., Hoffmann, R. y Armitage, R. (2010). Reduced sleep spindle activity in early-onset and elevated risk for depression. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 49(9), 934-943. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.014.
- Lozano, J. A. (2009). Síntomas residuales y tratamiento de la depresión. *Semergen*, 3(1), 43-49. doi: 10.1016/j.semerg.2011.08.006
- Lucht, M., Schaub, R. T., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Bartels, T., von Howland, J., Barnow, S., Freyberger, H. J., Dilling, H. y Joh, U. (2003). Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of german nationality. *Journal of Affective Disorders*, 77(3), 203-211. doi:10.1016/S0165-0327(02)00121-0.
- Lujan, W., Ramírez, E., García, J., Berrocal, A. y Calvo, A. (2003). Factores de riesgo asociado a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Peruana de Reumatología*, 9(1), 35-53. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v09\\_n1/riesgo.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v09_n1/riesgo.htm)
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J., Swartz, L. y Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science y Medicine*, 71(3), 517-528. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., Konig, H. H. y Riedel-Helle, S. G. (2012). Age and genderspecific prevalence of depression in latest life systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221, doi: 10.1016/j.jad.2010.11.033
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. y Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Natural Review Neuroscience*, 10(6), 434-445. doi: 10.1038/nrn2639
- Madruga, C., Laranjeira, R., Caetano, R., Pinsky, I., Zaleski, M. y Ferri, C. (2012). Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil: A national survey. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1171-1175. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.05.008

- Mahoney, A., McEvoy, P. y Moulds, M. (2012). Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 359-367. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.12.003
- Makhlouf, A., Kparker, A. y Niederberger, C. (2007). Depresión y disfunción eréctil. *Urología Clínica Norteamericana*, 34, 565-574. doi: 507v34n04a13128124pdf001
- Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Iyengar, S., Ball, S. y Russel, J. (2007). Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *International Journal of Clinical Practique*, 61, 2030-2040. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01602.x
- Mallinger, A. (2009). The Myth of Perfection: Perfectionism in the Obsessive Personality. *American Journal of Psychotherapy*, 63(2), 00029564. PMID: 19711766
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychological Review*, 29(7), 647-657. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Marcus, S. M., Kerber, K. B., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A., Balasubramani, G. K., Ritz, L., Kornstein, E. A., Young, E. A. y Trivedi, M. H. (2008). Gender differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 238-246. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.06.012
- Marcus, S. M., Young, E. A., Kerber, K. B., Kornstein, S., Farabaugh, A. H., Mitchell, J., Wisniewski, S.R., Balasubramani, G. K., Trivedi, M. H. y Rush, A.J. (2005). Gender differences in depression: findings from the study. *Journal of Affective Disorders*, 87,141-150. doi: 10.1016/j.jad.2004.09.008
- Markowitz, J., Skodol, A., Petkova, E., Xie, H., Cheng, J., Hellerstein, D., Gunderson, J., Sanislow, C., Grilo, C. y McGlashan, H. (2005). Longitudinal comparison of depressive personality disorder and dysthymic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 239-245. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.09.003
- Marmorstein, N. R. y Iacono, W. G. (2011). Explaining associations between cannabis use disorders in adolescence and later major depression: A test of the psychosocial failure model. *Addictive Behaviors*, 36, 773-776. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.02.006.
- Marneros, A. (2009). Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*, 8(2), 52-55. doi: 10.1016/j.mppsy.2008.10.022
- Marrero, R. y Caballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 3(1), 39-46. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielophp?script=sci\\_nlinks&ref=6533714&pid=S0718-4808201200020000800044&lng=es](http://www.scielo.cl/scielophp?script=sci_nlinks&ref=6533714&pid=S0718-4808201200020000800044&lng=es)
- Martin-Carbonell, M., Riquelme-Marín, A., Ortigosa-Quiles, J. M., Meda, R., Cerquera-Córdoba, A. M., Enríquez-Santos, J. (2012). Utilidad del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): un estudio con muestras de cuatro países iberoamericanos para el diagnóstico clínico. *Anales de Psicología*, 28(3), 763-771. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/analesps.28.3.133711/138251>
- Martin, M., Baca Baldomero, E., Álvarez, E., Bousño, M., Eguiluz, I. y Urretavizcaya, M. (2008). Consenso de la depresión como un trastorno a largo plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(Supl 2), 1-27. Recuperado de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/11/ESP/11-ESP-835359.pdf>
- Martin, M., Grau, J. A., Ramírez, V. y Grau, R. (2005). El Inventario de Depresión rasgo-Estado. En P. Vera Villarroel y L. Oblitas (Eds.). *Manual de Escalas y*

- Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud*. Bogotá: Psicom Editores (e-book)
- Martins, S. S. y Gorelick, D. A. (2011). Conditional substance abuse and dependence by diagnosis of mood or anxiety disorder or schizophrenia in the U.S. population. *Drug Alcohol Dependency*, 119, 28-36.
- Martínez, J. C. y González, C. (2007). Diagnóstico diferencial entre manía y déficit atencional hiperactivo. *Revista Chilena de Pediatría*, 78(1), 13-19. doi: S0370-1062007000100002
- Masten, W. G., Caldwell-Colbert, A. T., Williams, V., Jerome, W. W., Mosby, L., Barrios, Y. y Helton, J. (2003). Gender differences in depressive symptoms among Mexican adolescents. *Anales de Psicología*, 19(1), 91-95. 10.1016/j.jadohealth.2010.11.258
- Mathews, A. y MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916
- Matud-Aznar, M. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 75-94. doi:134212604003
- Matud-Aznar, M. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra residente en Canarias. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 395-403. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020634004.pdf>
- Mazer, A. K. y Juruena. M. (2013). Differential diagnosis between bipolar disorder and borderline personality disorder based on early life stress and psychoneuroendocrine assessment. *European Psychiatry*, 28(1), 122-134. doi: 10.1016/S0924-9338(13)77077-9
- Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology Sciences and Practical*, 5, 291-313. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00151.x.
- McDermut, W., Zimmerman, M. y Chelminski, I. (2003). The construct validity of depressive personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 49-60. doi: 10.1037/0021-843X.112.1.49
- McEvoy, P., Watson, H., Watkins, E. y Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313-320. doi: S0165032713004928
- McLaughlin, K., Borbovec, T. y Sibrava, N. (2007). The effect of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*, 38(1), 23-38. doi. 10.1016/j.beth.2006.03.003
- McLaughlin, K. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 49(3), 186-193. doi: S000579671000255X
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., McManus, S., Rai, D., Dennis, M. y Jenkins, R. (2012). Physical ill health, disability, dependence and depression: Results from the 2007 national survey of psychiatric morbidity among adults in England. *Disability and Health Journal*, 5(2), 102-110. doi: 10.1016/j.dhjo.2012.02.001.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., y Ritter, M. R. (2008). Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood Disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depression and Anxiety*, 25, 289-299. doi: 10.1002/da.20493

- Mejía Castillo, A. de J. (2011). Estrés ambiental e impacto de los factores ambientales en la escuela. *Pampedia*, 7, 3-18. Recuperado de: <http://www.uv.mx/pampedia/numeros/numero-7/Estres-ambiental-e-impacto-de-los-factores-ambientales-en-la-escuela.pdf>
- Merikangas, K. R. (2009). National Comorbidity Study replicated by National Institute of Mental Health. *Journal American Academic Child and Adolescents Psychiatry*, 48(4), 367-369. doi: 10.1097/CHI.0b013e31819996f1
- Merikangas, K. R. y Avenevoli, S. (2002). Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents En M. T. Tsuang, M. Tohen (Eds.), Textbook in psychiatric epidemiology, 2nd Edition, (pp. 657-704). New York: Wiley-Liss. doi: 10.1002/0471234311.ch24
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J-P., Kessler, R., Lee, S., Sampson, N., Viana, M. C. Andrade, L. H., Hi, Ch., Karam, E., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, E. y Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archive General of Psychiatry*, 68(3), 241-251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
- Michelle, M., Loman, M. y Gunnar, L. (2010). Early experience stress and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 34(6), 867-876. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.05.007
- Mitjans, M. y Arias, B. (2012). La genética de la depresión. *Actas Especializadas de Psiquiatria*, 40(2), 70-83. Recuperado de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
- Miller, A. H. (2010). Depression and immunity: a role for T cells? *Brain Behavior Immunity*, 24, 1-8. doi: 10.1016/j.bbi.2009.09.009.
- Millsap, R. E. y Everson, H. T. (1993). Methodology review: Statistical approaches for assessing measurement bias. *Applied Psychological Measurement*, 17(4), 297-334. doi: 10.1177/014662169301700401
- Ministerio de Protección Social Colombia. (2003). *Informe Estudio Nacional de Salud Mental*. Bogotá D.C.: Gobierno Nacional. Recuperado noviembre 18 de 2013 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15133DocumentNo1981.PDF>.
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). Informe Encuesta Nacional de Salud, 2009-2011. Santiago de Chile: MINSAL. Recuperado octubre de 2012 de: [web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf](http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2008). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. España: Madrid. Recuperado de: [http://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_depresion\\_ansiedad\\_2\\_edicion.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf)
- Mittendorfer-Rutz W. E. (2006a). Social psychiatry and public mental health: present situation and future objectives: Time for rethinking and renaissance? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 3, 95-100. PMID: 16445490
- Mittendorfer-Rutz, W. E. (2006b). Trends of youth suicide in Europe during the 1980`s and 1990`s. *Gender Differences and Implications for Prevention*, 3, 250-257. doi:10.1016/j.jmhg.2006.02.006.
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F. y Wasserman, D. (2004). Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *Lancet*, 364(9440), 1135-1140 doi: 10.1016/S0140-6736(04)17099-2

- Moffitt, T. E., Caspi, A. y Rutter, M. (2006). Measures of gene-environment interactions in psychopathology: Concepts, research, strategies, and implications for research, intervention and public understanding of genetics. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 5-27. doi: 10.1111/j.1601-183X.2005.00152.x.
- Mogg, K., Bradbury, K. y Bradley, B. (2006). Interpretation of ambiguous information in clinical depression. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1411-1419. doi:10.1016/j.brat.2005.10.008
- Möller-Leimkühler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of socio-cultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9. PMID:12167495
- Möller-Leimkühler, A.M. y Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders*, 121, 22-29. doi: 10.1016/j.jad.2009.05.007
- Möller, A.M., Heller, J. y Paulus, N.C. (2006). Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents a Department of Psychiatry, *Journal Affects Disorders*, 7, 65-72. doi:10.1016/j.jad.2006.07.007
- Mondimore, F. M., Zandi, P. P., MacKinnon, D. F., McInnis, M. G., Miller, E. B. y Crowe R. P. (2006). Familial aggregation of illness chronicity in recurrent, early-onset major depression pedigrees. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1554-1560. doi: 10.1176/appi.ajp.163.9.1554
- Montorsi, F., Adakan, G., Becher, E. (2010). Efficacy and tolerability on sexual dysfunctions in men. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1353-1337. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02062.x
- Moreno, D. H. y Andrade L. H. (2010). Latent class analysis of manic and depressive symptoms in a population-based sample in Sao Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 123, 208-215. doi: 10.1016/j.jad.2009.09.023
- Moore, M. y Fresco, D. (2007). Depressive realism and attributional style: Implications for individuals at risk for depression. *Behavior Therapy*, 38, 144-154. Recuperado de: <http://www.personal.kent.edu/~mtmoore1/thesis.pdf>
- Moore, S. M. y Hadjiyannakis, K. (2002). The Social Environment and Depression: Focusing on Severe Life Stress. En I. Gotlib, y Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. (pp. 314-340). New York: Guilford Press.
- Moreno, M. (2009). Intolerancia a la incertidumbre como factor cognitivo asociado a la ansiedad y al humor depresivo en la adolescencia. *MedUla*, 18, 83-89. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/30684/5/articulo2.pdf>
- Moscato, B., Russell, M., Zielezny, M., Bromet, E., Egri, G. y Mudar, P. (1997). Gender differences in the relation between depressive symptoms and alcohol problems: a longitudinal perspective. *American Journal of Epidemiology*, 146, 966-974. PMID: 9400339
- Mossakowski, K. N. (2008). Dissecting the influence of race, ethnicity, and socioeconomic status on mental health in young adulthood. *Research on Aging*, 30(6), 649-671. doi: 10.1177/0164027508322693
- Murrough, J., Iacoviello, J., Neumeister, A., Charney, A. y Iosifescu, D. (2011). Cognitive dysfunction in depression: Neurocircuitry and new therapeutic strategies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 553-563. doi: 10.1016/j.nlm.2011.06.006.
- Najt, P., Fusar-Poli, P. y Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*, 186, 159-164. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.04

- Naranjo, C., Kornreich, C., Campanella, S., Noël, X., Vandriette, Y., Gillain B., de Longueville, X., Delatte, B., Verbank, P. y Consstant, E. (2011). Major depression is associated with impaired processing of emotion in music as well as in facial and vocal stimuli. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 243-251. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.039
- National Health Institute (2006). *National Healthcare Disparities Report 2006*, Publication 07-0012. Rockville, Md, Agency for Healthcare Research and Quality, Dec 2006. Recuperado de: <http://nhim/nhcd.gov.usa>.
- National Institute of Mental Health. (2005). Mental health mens. Recuperado noviembre de 2012 de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/men-and-depression/index.shtml>
- Needham, B. (2007). Gender differences in trajectories of depressive symptomatology and substance use during the transition from adolescence to young adulthood. *Social Sciencey Medicine*, 65, 1166-1179. PMID: 17574316
- Nelson, K .G. y Oehlert, M. E. (2008). Psychometric exploration of the Sexual Addiction Screening Test in veterans. *Sexual Addiction y Compulsivity*, 15, 39-58. doi: 10.1080/10720160701876609
- Nery, F., Hatch, J., Glahn, D., Nicoletta, M., Monku, E. y Najt, P. (2008). Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. *Depression and Anxiety*, 26, 382-388. doi: 10.1002/da.20478
- Newton-Howes, G., Tyrer, P. y Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20. doi:10.1192/bjp.188.1.1-a1
- Nezú, Ch., Nezú, A. y Foster, S. (2002). A 10-step guide to selecting assessment measures in clinical and research settings. En A. Nezu, G. Ronan, E. Meadows y S. McClure (2002) *Practitioners guide to empirically based measures of depression*. (pp. 17-30). New York: Plenum Publishers. doi: 10.1007%2F0-306-47629-0\_3
- Nezú, Ch., Ronan, G., Meadows, E. y McClure, S. (2002) *Practitioners guide to empirically based measures of depression*. New York: Plenum Publishers
- Niemeyer, R. A. (2006). Widowhood, grief and the quest for meaning: A narrative perspective on resilience. En D. Carr, R. M. Nesse, y C. B. Wortman (Eds.), *Spousal bereavement in late life*. (pp. 227-252). New York: Springer
- Ninot, G., Delignières, D. y Varray, A. (2010). Stability of physical self: Examining the role of chronic obstructive pulmonary disease. *European Review of Applied Psychology*, 60(1), 35- 40. doi:10.1016/j.erap.2009.07.001
- Nivoli, A., Pacchiarotti, I., Rosa, A., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., Bonnin, M., Grande, I., Sanchez-Moreno, J., Vieta, E. y Colom, F. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 443-449. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.055
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424. Recuperado de: <http://pps.sagepub.com.ezproxy.unal.edu.co/content/3/5/400>
- Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J. y Sacker, A. (2013). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A meta confirmatory factor analysis. *Journal of psychosomatic research* 74(1), 74-81 doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.10.010
- Norwood, R. J. (2007). A review of etiologies of depression in COPD. *International Journal of Chronic Obstruction Pulmonary Disease*, 2(4), 485-491.

- Obando, P., Kliewer, W., Murrelle, L. y Svikis, D. (2004). The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms in Costa Rican adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(1-5), 37-44. doi: S0376871604001048
- O'Connor, S., Comtois, K., Atkins, D., Janis, K., Chessen, C. y Landes, S. (2012). Ideación suicida: Identifying outpatients with entrenched suicidal ideation. *Following Hospitalization*, 42(2), 173-184. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00080.x
- Oitzl, M., Champagne, D., van der Veen, R. y de Kloet, W. (2010). Brain development under stress: hypotheses of glucocorticoid actions revisited. *Neuroscience Biobehavior Review*, 34(6), 853-85. doi: 10.1046/j.1460-9568.2000.00231.x
- Ojeda, C., Silva, H., Cabrera, J., Tchimino, C., de la Carrera, C. y Molina, A. (2003). Validez interna y concurrente de una escala breve auto administrada de siete ítems para la depresión, evaluada en relación a los inventarios de Beck y Hamilton. Estudio preliminar. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatria*, 41(1), 31-38. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000100005>
- Olié, E. y Courtet, P. (2010). Dépression: guérison et récurrence Quelles réalités, quelles actualités? *L'Encéphale*, 36(5), 117-S122. doi:10.1016/S0013-7006(10)70042-700029564
- Oliffe, J., Ogradniczuk, J., Bottorff, J., Johnson, J. y Hoyak, K. (2010). You feel like you can't live anymore?: Suicide from the perspectives of men who experience depression. *Social Science y Medicine*, 74(4) 506-514. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.057.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á. y Sánchez- Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62. doi: 10.1007/s10826-012-9681-
- Omenn, G. (2010). Evolution in health and medicine Sackler colloquium: evolution and public health. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(1), 1702-1709. doi: 10.1073/pnas.0914475107
- Opmeer, E., Kortekaas, R. y Aleman, A. (2010). Depression and the role of genes involved in dopamine metabolism and signalling. *Progress in Neurobiology*, 92(2), 112-133. doi: 10.1016/j.pneurobio.2010.06.003
- Ordaz, S. y Luna, B. (2012). Sex differences in physiological reactivity to acute psychosocial stress in adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1135-1157. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.01.002>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Gender and Mental Health. Ginebra. Recuperado de: <http://www.Who.int/gender/henderandhealth.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). La salud mental de las mujeres: los datos de hoy la agenda de mañana. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_IER\\_MHI\\_STM.09.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Gender and Mental Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.Who.int/gender/henderandhealth.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Encuesta Mundial de Salud Mental. Informe. Washington D.C: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). Sistemas de salud mental. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/report\\_on\\_mental\\_health\\_systems\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/report_on_mental_health_systems_Spanish.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Día Mundial de la salud Mental. Recuperado de: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1047&Itemid=325](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047&Itemid=325)
- Organización Panamericana de Salud. (2010). Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5395&Itemid=2560&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5395&Itemid=2560&lang=es)
- Ørstavik, R., Kendler, K., Czajkowski, N., Tambs, K. y Reichborn-Kjennerud, R. (2007). Genetic and environmental contributions to depressive personality disorder in a population-based sample of Norwegian Twins. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 181-189. doi: 10.1016/j.jad.2006.09.011
- Oswald, P., Souery, D., Kasper, S., Lecrubier, Y., Montgomery, S., Wyckaert, S., Zohar, J. y Mendlewicz, J. (2007). Current issues in bipolar disorder: A critical review. *European Neuropsychopharmacology*, 17(11), 687-695. Recuperado de: <http://dx.doi.org.ezproxy.unal.edu.co/10.1016/j.euroneuro.2007.03.006>
- Painuly, N., Sharan, P. y Kumar Mattoo, S. (2007). Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression, *Psychiatry Research*, 153(1), 39-45. doi: S016517810600062X
- Palomar, J. (2007). *Pobreza recursos psicológicos y bienestar subjetivo*. México: Universidad Iberoamericana.
- Palomar, J. y Cienfuegos, Y. (2007). Pobreza y apoyo Social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 177-188. Recuperado de: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/.../nov\\_art111.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/.../nov_art111.pdf)
- Pando, M., Aranda, C., Alfaro, N. y Mendoza, P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 36(3), 140-144. doi: 10.1016/S0211-139X(01)74704-X
- Parker, G. (2006). Through a glass darkly: the disutility of the DSM nosology of depressive disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 879-886. PMID: 17249630
- Parker, G., Roy, K., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P. y Wilhelm, K. (2003). Distinguishing early and late onset non-melancholic unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 131-138. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00002-2
- Pariante, C. M. y Lightman, S. L. (2008). The HPA axis in major depression: classical theories and new developments, *Trends Neurosciences*, 31(9), 464-468. doi: 10.1016/j.tins.2008.06.006
- Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S. y O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 113, 236-243. PMID: 18602698
- Paykel, E. S. (1991). Depression in women. *British Journal of Psychiatry*, 158, 22-29
- Peckham, A. D., McHugh, R. K. y Otto M. W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1135-1142. doi:10.1002/da.20755
- Peen, J., Schoevers, R., Beekman, A. y Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 84-93. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x.
- Peled, M. y Moretti, M. (2010). Ruminating on rumination: are rumination on anger and sadness differentially related to aggression and depressed mood? *Journal of*

- Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 108-117. doi: 10.1007/s10862-009-9136-2
- Penninx, B., Nolen, A., Lamers, F., Zitman, F., Smit, J., Spinhoven, P., Cuijpers, P., Jong, P., van Marwijk, H., van der Meer, K., Verhaak, P., Laurant, M., de Graaf, R., Hoogendijk, W., van der Wee, W., Ormel, J., van Dyck, R. y Beekman, A. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 76-85. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.027
- Peñate, W. (2001). Presentación de un cuestionario básico para evaluar los síntomas genuinos de la depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(115, monográfico) 679-731. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.30.1.185311/156381>
- Peñate, W., Bello, R., García, A., Rovella, A. y Pino-Sedeño, T. (2014). Características psicométricas del Cuestionario Básico de Depresión en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(1), 143-149 doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.185311>
- Peñate, W., Ibáñez, I. y González, M. (2001). Sexto estudio: La estructura final del CBD Implicaciones para el diagnóstico diferencial con los trastornos de ansiedad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 831-849.
- Peñate, W., Pitti, C., García, A. y Perestelo, L. (2005). La validez de tratamiento del cuestionario básico de depresión. Primeros datos. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 31(138), 379-406. Recuperado de: [www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/.../2126](http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/.../2126)
- Pereira, V., Nardi, A. y Cardoso, S. (2013). Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends Psychiatry Psychother*, 35(1), 55-61. Recuperado de: <http://www.doi.org/10.1590/S2237-60892013000100007>
- Perelman, M. (2011). Erectile Dysfunction and Depression: Screening and Treatment. *Urologic Clinics of North America*, 38(2), 125-139, doi:S0094014311000292
- Pérez-Franco, B. y Turabian-Fernandez, J. (2006). Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en Atención Primaria. *Reflexiones en Medicina de Familia*, 37(1), 37-39. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v37n01a13083942pdf001.pdf>
- Phillips, K. A., Hirschfeld, R. M., Shea, M. T. y Gunderson, J. G. (1995). Depressive personality disorder. En W.J. Livesley (1995). *The DSM-IV Personality Disorders*. (pp. 287-302). New York: Guilford Press.
- Pichot, P. (1994) Nosological models in psychiatry. Genetic and environmental contributions to depressive personality disorder in a population-based sample of Norwegian Twins. *British Journal of Psychiatry*, 164(2), 232-401. doi: 10.1192/bjp.164.2.232.
- Pies, R.W. (2009). Depression and the pitfalls of causality: Implications for DSM-V. *Journal of Affective Disorders*, 116(1-2), 1-3. doi: 10.1016/j.jad.2008.11.009
- Pier, M. P., Hulstijn, W. y Sabbe B. G. (2004). Differential patterns of psychomotor functioning in unmedicated melancholic and nonmelancholic depressed patients. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 425-435. doi: 10.1016/j.jpsychires.2003.11.008
- Pinnintim, N., Madison, H., Musser, E. y Rissmiller, D. (2003). MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry*, 18(7), 361-364. doi: S0924933803001159

- Pizzagalli, D. A., Jahn, A. y O'Shea, J. P. (2005). Toward an objective characterization of an anhedonic phenotype: a signal-detection approach. *Biological Psychiatry*, 57(4-15), 319-327. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.11.026
- Plotzker, R. E., Metzger, D. S. y Holmes, W. C. (2007). Childhood sexual and physical abuse histories, PTSD, depression and HIV risk outcomes in women injection drug users: a potential mediating pathway. *The American Journal of Addictions*, 16(6), 431-438. doi: 10.1080/10550490701643161
- Pollack, W., Garbarino, J., Kindlon, D. y Thompson, M. (1999). Boys to men: Emotional miseducation. *American Psychological Association Monitor*, 30(7), 38-39. Recuperado de: <http://www.fact.on.ca/newpaper/am9907.htm>
- Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M., Roeber, B., Wewerka, S., Wiik, K. L., Frenn, K., Loman, M.M. y Gunnar, M.R. (2010). Neurodevelopmental effects of early deprivation in post-institutionalized children. *Children Development*, 81(1), 224-236. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01391
- Pomerol Monseny, J. M. (2010). Disfunción eréctil de origen psicógeno. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 599-602. doi: 181019359005
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C. y Orozco, R. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal Affective Disorders*, 138(35), 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.040
- Raineki, Ch., Rincón Cortés, M., Belnoue, L. y Sullivan, R. (2012). Effects early life abuse differ across development: Infant social behavior deficits are followed by adolescent depressive-like behaviors mediated by the amygdale. *Journal of Neuroscience*, 32(22), 7758-7765. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5843-11.2012
- Rajkowska, G. y Miguel-Hidalgo, J. (2007). Gliogenesis and glial pathology in depression. *CNS y Neurological Disorders Drug Targets*, 6, 219-233. doi: 10.2174/187152707780619326
- Ramos-Brieva, J. A. y Cordero-Villafafila, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research*, 22(1), 21-28. PMID: 3397906
- Ramos, L. (2011). Entendiendo el perfeccionismo: definición, dimensionalidad, adaptabilidad y psicopatología. *Revista de Psicología de Arequipa*, 1(1), 11-26. [http://www.colegiodepsicologosarequipa.org/colegio/index.php?option=com\\_docman](http://www.colegiodepsicologosarequipa.org/colegio/index.php?option=com_docman&Itemid=2)
- Rasmussen, S., Elliot, M. y O'Connor, R.C. (2012). Psychological distress and perfectionism in recent suicide attempters: The role of behavioural inhibition and activation. *Personality and Individual Differences*, 52(6), 680-685. doi: 10.1016/j.paid.2011.12.011
- Rawal, A. y Rice, F. (2012). Examining overgeneral autobiographical memory as a risk factor for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 51(1), 518-527. doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.025.
- Rawana, J. (2013). The relative importance of body change strategies, weight perception, perceived social support, and self-esteem on adolescent depressive symptoms: longitudinal findings from a national sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(1), 49-54. doi: S002239991300189X
- Remor, R., Amorós, M. y Carboles, J. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el Malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-4. Universidad de Murcia, España. doi: 10.6018/analesps.29.3.175751
- Renaud, S., Corbalan, F. y Beaulieu, S. (2012). Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of

- the affective dimension. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 952-961. Recuperado de: <http://dx.doi.org.ezproxy.unal.edu.co/10.1016/j.comppsy.2012.03.004>
- Retamal, P. (2008). El impacto de la depresión en la salud pública. *Acta Médica CSM*, 2(1), 16-21. doi: 10.1590/S003636342004000500007
- Rhebergen, D., Beekman, A., de Graaf, R., Nolen, W., Spijker, J., Hoogendijk, W. et al. (2010). Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: A 3-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 148-156. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.029
- Rihmer, Z. y Akiskal, Z., (2010). Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 12-18. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.05.012.
- Rihmer, Z., Rutz, W. y Pihlgren, H. (1995). Depression and suicide on Gotland An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 35, 147-152. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00055](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(95)00055)
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, E., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J. y Merikangas, K. R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA*, 301(23) 2462-2471. doi: 10.1001/jama.2009.878
- Ritakallio, M., Kaltiala-Heino, J., Kivivuori, J. y Rimpela, M. (2005). Brief report: Delinquent behaviour and depression in middle adolescence: a Finnish community sample. *Journal of Adolescence*, 28(1), 155-159. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.07.00
- Ritakallio, M., Koivisto, A. M., von der Pahlend, B., Pelkonen, M., Marttunen, M. y Kaltiala-Heino, R. (2008). Continuity, comorbidity and longitudinal associations between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: A 2-year. *Journal of Adolescence*, 10, 10-16. doi: 0140197107000735.
- Rivas, M., Nuevo, R. y Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), 144-149. doi:10.1016/j.rpsm.2011.05.005
- Rodié, J. y Usall, I. (2001). *Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura*. Centro de Salud Mental. El Prat de Llobregat. Barcelona.
- Ramírez, A., Ekselius, L. y Ramklint, M. (2013). Depression in Young psychiatric outpatients: delimiting early onset. *Early Intervention in Psychiatry*, Sep. 30. doi: 10.1111/eip.12092
- Rodríguez, M., Reed, G., First, M. y Ayuso-Mateos, J. (2011). Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 29(2), 130-137. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a09v29n2.pdf>
- Romeo, R.D. (2010). Stress and brain morphology. *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience*, 304-309. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-045396-5.00231-1>
- Romi, J. C. (2005). La sexualidad y las enfermedades psiquiátricas, influencia de la medicación. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 5(1), 78-108. Recuperado de: [www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex97.pdf](http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex97.pdf)
- Rosellini, A., Fairholme, Ch. y Brown, T. (2011). The temporal course of anxiety sensitivity in outpatients with anxiety and mood disorders: Relationships

- with behavioral inhibition and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (4), 615-621.
- Ros Montalbán, S., Comas Vives, Á. y García-García, M. (2009). Síntomas depresivos y somáticos en mujeres de mediana edad atendidas en Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 35(4), 165-172. doi: 10.1016/S1138-3593(09)70924-4
- Rosmond, R. y Bjorntorp, P. (2000). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity as a predictor of cardiovascular disease, type 2 diabetes and stroke. *Journal International of Medecine*, 247(2) 188-197. PMID: 10692081
- Rost, K., Smith, J. L. y Dickinson, M. (2004). The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med Care*, 42, 1202–1210. PubMed ID: 15550800
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for interval versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rovella, A., González, M., Ibáñez, I. y Peñate, W. (2011). Preocupación-rasgo y trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de la población general: el papel diferencial de la intolerancia a la incertidumbre, la evitación cognitiva, la orientación negativa al problema y las meta creencias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 101-108. Recuperado de: [www.clinicapsicologica.org.ar/download\\_file.php?id=54&hax](http://www.clinicapsicologica.org.ar/download_file.php?id=54&hax)
- Roza, S. J., Hofstra, M. B., van der Ende, J. y Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2116-2121. doi: 10.1176/appi.ajp.160.12.2116
- Rude, S. S., Chrisman, J. G., Denmark, A. B. y Maestas, K. L. (2012). Expression of direct anger and hostility predict depression symptoms in formerly depressed women. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 44(3), 200-209.. doi: 10.1037/a0027496
- Ruiz, A., Silva, H. y Miranda, E. (2001). Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general. *Revista Médica de Chile*, 129(6), (sin paginación). doi: 10.4067/S0034-98872001000600005
- Ruiz-Grosso, P., Loret de Mola, C., Vega-Dienstmaier, J. M., Arévalo, J. M., Chavez, K., Vilela, A., Lazo, M. y Huapaya, J. (2012). Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: A Comparative Validation Study. *PLoS ONE*, 7(10), e45413. doi: 10.1371/journal.pone.0045413
- Ruscio, A., Seitchik, A., Gentes, E., Jones, J. y Hallion, L. (2011). Perseverative thought: a robust predictor of response to emotional challenge in generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 867-874. doi: 10.1016/j.brat.2011.10.001
- Rutz, W. (2004). Men's health on the European WHO agenda. *Journal of Men's Health y Gender*, 1(1), 22–25. doi:10.2772/60721
- Ryder, A., Bagby, R., y Dion, K. (2001). Chronic, low-grade depression in a nonclinical sample: depressive personality or dysthymia? *Journal of Personality Disorders*, 15, 84-93. doi: 10.1521/pedi.15.1.84.18641
- Ryder, A., Bagby, R., Marshall, M. y Costa, P. (2005). The depressive personality. En M. Rosenbluth, S.H. Kennedy, R.M. Bagby (2005), *Depression and Personality:*

- Conceptual and Clinical Challenges*, (pp. 65-94). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Safford, S. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y. y Crossfield, A. G. (2007). Negative cognitive style as a predictor of negative life events in depression-prone individuals: A test of the stress generation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 99, 147-154. doi:10.1016/j.jad.2006.09.003
- Saiz-González, D., Rodríguez, M., García, C., Prieto, R. y Saiz-Ruíz, J. (2009). Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(3). doi: 10.1016/S1888-9891(09)72402-4
- Salamone, J. D. (2012). The mysterious motivational functions of mesolimbic dopamine. *Neuron*, 76(3), 470-485. doi: 10.1016/j.neuron.2012.10.021
- Sanchez, A. y Vázquez, C. (2012). Sesgos de atención selectiva como factor de mantenimiento y vulnerabilidad de la depresión. *Terapia Psicológica*, 30(3), 103-117. doi: 10.4067/S0718-48082012000300010
- Sánchez, R., Calvo, J. y Nieto, K. (2001). Patrones de comorbilidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(1), 21-37. Recuperado de: [www.redalyc.org/pdf/806/80630103.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/806/80630103.pdf)
- Sanchez-Gistau, V., Colom, F., Mane, A., Romero, S., Sugranyes, G. y Vieta E. (2009). Atypical depression is associated with suicide attempt in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 30-36. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01341.x
- Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A. y Vieta, E. (2005). Comorbilidad en el trastorno bipolar. *Revista Psiquiátrica Facultad de Medicina de Berna*, 32(2), 77-88. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/vitriolum/comorbilidad-en-el-trastorno-bipolar>
- Sander, J. y McCarty, C. (2005). Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 203-219. doi: 10.1007/s10567-005-6666-3
- Sandi, C., Cordero, M. I., Ugolini, A., Varea, E. y Caberlotto, L. (2008). Chronic stress-induced alterations in amygdala responsiveness and behavior-modulation by trait anxiety and corticotropin-releasing factor systems. *European Journal of Neurosciences*, 28, 1836-1848. doi: 10.1111/j.1460-9568.2008.06451.x
- Sandi, C. y Richter-Levin, G. (2009). From high anxiety trait to depression: a neurocognitive hypothesis. *Trends of Neurosciences*, 32, 312-320. doi:10.1016/j.tins.2009.02.004
- Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157. Recuperado de: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-65.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf)
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. (2012). Trasdiagnóstico, nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184.
- Sanz, J. (1998). Estado de ánimo deprimido y atención selectiva. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck. *Papeles del Psicólogo*, 14(2), 161-168. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pub/files/assets/basic-html/page3.html>
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario de Beck (BDI-II). *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142. doi: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Santor, D., Debrot, M., Engelhardt, N. y Gelwicks, S. (2008). Optimizing the ability of

- the Hamilton Depression Rating Scale to discriminate across levels of severity and between antidepressants and placebos. *Depression and Anxiety*, 25(9), 774-786. PMID:17935212
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C. y García-Vera, M. P. (2013). Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II). Manuscrito bajo revisión editorial.
- Sanz, J., Izquierdo, A. y García-Vera, M. (2013). Una revisión desde la perspectiva de la validez de contenido de los cuestionarios, escalas e inventarios auto aplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos. Universidad Complutense de Madrid. Informe de investigación. Recuperado de: <http://www.pearsonpsychcorp.es/Portals/0/DocProductos/13714632901.pdf>
- Sasso, K. y Strunk, D. (2013). Thin slice ratings of client characteristics in intake assessments: Predicting symptom change and dropout in cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 443-450. doi: S0005796713000740
- Sharpley, Ch. y Bitsika, V. (2014). Validity, reliability and prevalence of four clinical content subtypes of depression. *Behavioural Brain Research*, 259(1), 9-15. doi: S0166432813006463
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Herqueta, T., Baker, R. y Dunbar, G.C. (1988). The Mini-International Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structure diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(sup 20), 22-33. PMID: 9881538
- Straat, J. H., van der Ark, A. y Sijtsma, K. (2013). Methodological artifacts in dimensionality assessment of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 116-121. doi: S0022399912003327
- Sauer-Zavala, S. Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A. y Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 551-557. doi:10.1016/j.brat.2012.05.005
- Scher, Ch., Ingram, R. y Segal, Z. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 487-510. doi:10.1016/j.cpr.2005.01.005
- Schrijvers, D., Hulstijn, W. y Sabbe, G. (2008). Psychomotor symptoms in depression: a diagnostic, pathophysiological and therapeutic tool. *Journal of Affective Disorders*, 109, 1-2. doi:10.1016/j.jad.2007.10.019
- Schumacker, R. (2005). Test equating. Applied measurement associated. 2a Reunión Regional Norte, Centro América de Evaluación Educativa. Documento de trabajo.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R., y Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *British Journal Psychiatry*, 188, 313-320. PMID: 16582056.
- Sederer, L.I., Petit, J., Paone, D., Ramos, S., Rubin, J. y Christman, M. (2007). Changing the landscape depression screening and management in primary care. Joint center for Political and economic Studies Health Policy Institute. Washington, D.C. Recuperado de: <http://www.jointcenter.org/hpi/files/manual/Depression%20Screening%20and%20Management.pdf>

- Segal, Z. V., y Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, *14*, 663-695. doi:10.1016/0272-7358(94)90003-5.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., Teasdale, J. D. y Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, *26*, 371-380.
- Seligman, M. E. P. (1983). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Sequeira, A., Mamdani, F., Ernst, C., Vawter, M. P., Bunney, W. E. y Lebel, V. (2009). Global brain gene expression analysis links glutamatergic and GABAergic alterations to suicide and major depression. *PLOS ONE*, *4*, 6585. Recuperado de: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0006585>
- Servicio Andaluz de Salud. (2011). Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Gobierno de España. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_488\\_Depresion\\_AP\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf)
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E. y Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *49*(1), 34-42. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x
- Shane, M. S. y Peterson, J. B. (2007). An evaluation of early and late stage attentional processing of positive and negative information in dysphoria. *Cognition and Emotion*, *21*(4), 789-815. doi: 10.1080/02699930600843197
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A. y Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetric Gynecology*, *112*, 970-978. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181898cdb
- Suttjit, S., Kittirattanapaiboon, P., Junsirimongkol, B., Likhitsathian, S. y Srisurapanont, M. (2012). Risks of major depressive disorder and anxiety disorders among Thais with alcohol use disorders and illicit drug use: Findings from the 2008 Thai National Mental Health Survey. *Addictive Behaviors*, *37*(12), 1395-1399. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.06.014.
- Simon, N., Smoller, J., Fava, M., Sachs, G., Racette, S., Perlis, R., Sonawalla, S. y Rosenbaum, (2003). Comparing anxiety disorders and anxiety-related traits in bipolar disorder and unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, *37*(3), 187-192. doi: 10.1016/S0022-3956(03)00021-9
- Simon, R. W. y Nath, L. E. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behaviors. *American Journal of Sociology*, *109*, 1137-1176. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/382111>
- Smith, D. J. y Alloy, L. (2009). A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construc. *Clinical Psychology Review*, *29*, 116-128. doi: 10.1016/j.cpr.2008.10.003
- Smith, D. J., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., Caesar, A., McGuffin, P., Jones, I., Jones, L. y Craddock, N. (2007). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*, *108*(3), 279-284. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.001>
- Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, M., Ström, O. y Bo, R. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, *22*(3), 46-152. PMID:17194573
- Solis, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, *6*, 33-39. Recuperado de:

- <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>
- Sowislaio, J. F. y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. doi: 10.1037/a0028931
- Spielberger, Ch., Agudelo Vélez, D., Buéla-Casal, G., Carretero-Dios, H. y De los Santos-Roig., M. (2004). Análisis de ítems de la versión experimental castellana del cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP) con una muestra española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 495-535. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67925837008.pdf>
- Spielberger, C. D., Agudelo, D. y Buéla-Casal, G. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones
- Stark, K. D. y Laurent, J. (2001). Joint factor analysis of the children's depression inventory and the revised children's manifest anxiety scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, pp. 552-567. PMID: 11708242
- Starr, S. y Moulds, M. (2006). The role of negative interpretations of intrusive memories in depression. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 125-132. doi:10.1016/j.jad.2006.03.001
- Sternier, E. y Kalynchu, L. (2010). Behavioral and neurobiological consequences of prolonged glucocorticoid exposure in rats: Relevance to depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(5), 777-790. doi:10.1016/j.pnpbp.2010.03.005
- Sterzer, P., Hilgenfeldt, T., Freudenberg, P., Bempohi, F. y Adli, M. (2011). Access of emotional information to visual awareness in patients with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 41, 1615-1624. doi: 10.1017/S00332917110002540
- Stetler, C. y Miller, G. E. (2005). Blunted cortisol response to awakening in mild to moderate depression: regulatory influences of sleep patterns and social contacts. *Journal of Abnormal Psychology* 114(4), 697-705. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.697
- Stoeber, J. y Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319. Recuperado de: [http://kar.kent.ac.uk/4481/1/Stoeber\\_&\\_Otto\\_PositiveConceptions\\_2006.pdf](http://kar.kent.ac.uk/4481/1/Stoeber_&_Otto_PositiveConceptions_2006.pdf)
- Stokes, C. y Hirsch, C. (2010). Engaging in imagery versus verbal processing of worry: Impact on negative intrusions in high worriers, *Behavior Research and Therapy*, 48(5), 418-423. doi: 10.1016/j.brat.2009.12.011
- Storch, E. A., Roberti, W. y Roth, D. A. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*, 19(3) 187-189. PMID: 15129421
- Strömberg, R., Backlund, L. G. y Löfvander, M. A. (2010). Comparison between the Beck's Depression Inventory and the Gotland Male Depression Scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 258-264. doi:10.3109/08039480903511407
- Struijs, S., Groenewold, N., Oude Voshaar, R. y de Jonge, P. (2013). Cognitive vulnerability differentially predicts symptom dimensions of depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 92-99. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.057>

- Suárez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R. y Barlow D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a “triple vulnerability” framework. En M. M. Antony, M. B. Stein (Eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. (pp. 153-172). New York: Oxford University Press.
- Sulaiman, S., Bhugra, D. y De Silva, P. (2003). Sintomas de depresión en las mujeres de Dubai. *The European Journal of Psychiatry*, 17(1), 22-32. doi: 10.4321/S1579-699X2003000100003
- Suominen, K., Mantere, O., Valtonen, H., Arvilommi, P., Leppamaki, S. y Isomeka, E. (2010). Gender differences in bipolar disorder type I and II. *Acta Psychiatrica Escandinavica*, 120(6), 464-473. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01407.
- Sutton, J. M., Mineka, S., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Griffith, J. W., Rose, R. D., Rose, A.M., Waters, M., Nazarian, M. y Mor, N. (2011). The relationships of personality and cognitive styles with self-reported symptoms of depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 381-393. doi: 10.1007/s10608-010-9336-9
- Talbot, F. y Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*, 23(10), 1556-1562. PMID: 11023152
- Tamayo, J. M., Rovner III, J. y Muñoz, R. (2007). La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 183-184. doi 10.1590/S1516-44462006005000028
- Taylor, W. D., MacFall, J. R., Payne, M. E., McQuoid, D. R., Steffens, D. C., Provenzale, J. M. y Krishnan K. R. (2007). Orbitofrontal cortex volume in late life depression: influence of hyperintense lesions and genetic polymorphisms. *Psychological Medicine*, 37, 1763-1773. doi: 10.1017/S0033291707000128
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274. doi: 10.1080/02699938808410927
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. H. Turna y I.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale: Erlbaum.
- Thase, M. E., Jindal, R. y Howland, R. H. (2002). Biological aspect of Depression. En I. Gotlib, y Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. (pp.128-147). New York: Guilford Press.
- Thimm, J. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 373-380. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009>
- Treuer, T. y Tohen, M. (2010). Predicting the course and outcome of bipolar disorder: A review. *European Psychiatry*, 25(6), 328-333. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.11.012
- Troisi, A. y D'Argenio, A. (2004). The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: the role of insecure attachment. *Journal of Affective Disorders*, 79(1.3), 269-272. doi: S0165032702004068
- Troister, T. y Holden, R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 689-693, doi: 10.1177/0748175612451744
- Tse, W., Wu, J. y Poon, K-Ch. (2011). Motivation for achievement as perceived resource value in social rank theory of depression: A structural equation modeling

- analysis. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1034-1038. doi:10.1016/j.paid.2011.01.019
- Tyrer, P. (2001). The case for cothymia: Mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 179, 191-193. doi:10.1192/bjp.179.3.191
- Valladares, A., Dilla, T. y Sacristán, J. A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 49-53. doi : 10/55/ESP/12816+12-1227
- Vallejo Casarín, A., Osorno Murguía, R. y Mazadiego Infante, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), 91-105.
- Van Dam, N. y Earleywine, M. (2011). Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised (CESD-R): Pragmatic depression assessment in the general population. *Psychiatric Research*, 186(1), 128-132. doi: S0165178110005263
- van den Boogaard, M., Verhaak, P. F., van Dyck, R. y Spinhoven, P. (2011). The impact of causal attributions on diagnosis and successful referral of depressed patients in primary care. *Social Science y Medicine*, 73(12), 1733-1740. doi:10.1016/j.socscimed.2011.09.027
- Van de Velde, S., Bracke, P. y Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science y Medicine*, 71(2), 305-313. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.035
- van Eijndhoven, P., van Wingen, G., van Oijen, K., Rijpkema, M., Goraj, B., Jan Verkes, R. et al. (2009). Amygdala volume marks the acute state in the early course of depression. *Biology and Psychiatry*, 65(9), 812-818. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.10.027. Epub 2008 Nov 22
- Van Meter, A., Youngstrom, E. y Findling, R. (2012). Cyclothymic disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 229-243. Recuperado de: <http://dx.doi.org.ezproxy.unal.edu.co/10.1016/j.cpr.2012.02.001>
- van Tuijl, L., de Jong, P., Sportel, E., de Hullu, E. y Nauta, M. (2013). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: a longitudinal study in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 45, 113-121. doi:10.1016/j.jbtep.2013.09.007
- van Veen, T., Wardenaar, K. J., Carlier, I. V. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H. y Zitman, F. G. (2013). Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *Journal of Affective Disorders*, 146(2-5), 238-245. doi:10.1016/j.jad.2012.09.011
- van Wingen, G., van Eijndhoven, P., Cremers, H., Tendolkar, I., Jan Verkes, R., Buitelaar, J. K. et al. (2010). Neural state and trait bases of mood-incongruent memory formation and retrieval in first-episode major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 44(8), 527-534. Recuperado de: doi:10.1016/j.jpsychires.2009.11.009,
- Van Yperen, N. W. y Hagedoorn, M. (2008). Living up to high standards and psychological distress. *European Journal of Personality*, 22, 337-346. doi:10.1002/per.681
- Vargas-Navarro, P., Latorre-López, D. y Parra-Cárdenas, S. (2011). Estresores psicosociales y depresión mayor recurrente. *Revista Salud Bosque*, 1 (2), 39-53. doi: 10.4067/S0717-92272002000500005.

- Vargas, J., Ruíz Hernández, L. M. y Londoño, C. (2013). Depresión y masculinidad en hombres de la ciudad de Ibagué. Tesis de Pregrado. Coruniversitaria de Ibagué. Ibagué, Colombia.
- Vargas, B., Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J. y Cortés, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedades en el primer nivel de atención. *Propiedades Psicométricas. Salud Mental*, 34(4), 323-331 Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a5.pdf>
- Vásquez, C., Sanchez, A. y Romero, N. (2011). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV R/ DSM 5 y la CIE-10. En V. Caballo, I. Salazar, y J. A. Carrobes. (2011). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*. (pp. 92-105). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, L. F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. Recuperado de: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3-08.pdf>
- Venkatraman, T., Krishnan, R., Steffens, D., Song, W. y Taylo, W. (2008). Biochemical abnormalities of the medial temporal lobe and medial prefrontal cortex in late-life depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 172(1), 49-54. doi: 10.1016/j.pscychresns.2008.07.001
- Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., De Clippele, A. y Deboutte, D. (2002). Predicting recidivism in delinquent adolescents from psychological and psychiatric assessment. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 42-149. doi: 10.1053/comp.2002.30809
- Viana, M. C. y Andrade, L. H. (2012). Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 249-260. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.001
- Vieta, E., Gastó, C., Otero, A., Nieto, E. y Vallejo, J. (1997). Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 38(2), 98-101. doi: 10.1016/S0010-440X(97)90088-2
- Vrshek-Schallhorn, S., Doane, L. D., Mineka, S., Zinbarg, R. E., Craske, M. G. y Adam E. K. (2012). The cortisol awakening response predicts major depression: predictive stability over a 4-year follow-up and effect of depression history. *Psychosomatic Medicine*, 1-11. doi:10.1017/S0033291712001213
- Wahl, I., Löwe, B., Bue Bjorner, J., Fischer, F., Langa, G., Voderholzer, U., Aita, S., Bergemann, N., Branler, E. y Rose, M. (2014). Standardization of depression measurement: A common metric was developed for 11 self-report depression measures. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(1), 73-86. doi: S0895435613003168
- Wai, S. y Tse, T. H. (2009). Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression. *Personality and Individual Differences*, 46(3), 365-368. Recuperado de: [http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J\\_pdf/33413904502.pdf](http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/33413904502.pdf)
- Wai, S., Jayne, W. y Kai-Chung. (2011). Motivation for achievement as perceived resource value in social rank theory of depression: A structural equation modeling analysis. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1034-1038. doi:10.1016/j.paid.2011.01.019

- Watkins, K. E., Hunter, S. B. y Hepner, K. A. (2011). An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of General Psychiatry*, 68, 577-584. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230556/>
- Wallace, J., Schneider, T. y McGuffin, P. (2002). Genetics of Depression. En I. Gotlib y Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. (pp.169-191). New York, United State of America: Guilford Press.
- Wang, K., Song, L-L., Cheung, E., Lui, S., Shum, D. y Chan, R. (2013). Bipolar disorder and schizophrenia share a similar deficit in semantic inhibition: A meta-analysis based on Hayling Sentence Completion Test performance. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 46(1), 153-160. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.07.012
- Wang, W. T., Hsu, W. Y., Chiu, Y. C. y Liang, C. W. (2012). The hierical model of social interaction anxiety and depression: the critical roles of fears of evaluation. *Journal of Anxiety Disordeers*, 26(1) 215-224. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.11.004
- Wardenaar, K. J., van Veen, T., Giltay, E. J., den Hollander-Gijsman, M., Penninx, B. W. y Zitman F. G. (2010). The structure and dimensionality of the Inventory of Depressive Symptomatology Self Report (IDS-SR) in patients with depressive disorders and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 125, 146-154. doi: 10.1016/j.jad.2009.12.020
- Watson, D., Gamez, W. y Simms L. J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39, 46-66. doi: 10.1016/j.jrp.2004.09.006
- Watson, L. A., Clark, G. y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353. PMID: 3192830
- Weeks, J. W., Jakatdar, T. A. y Heimberg, R. G. (2010). Comparing and contrasting fears of positive and negative evaluation as facets of social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 68-94. doi: 10.1521/jscp.2010.29.1.68
- Weishaar, M. E. y Beck. A. T. (2006). Cognitive theory of personality and personality disorders. En S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* 2nd ed. (pp. 113-135). New York: SpringerPublishing Company.
- Weissman, A. N. y Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL (1978, November).
- Welling, H. (2003). An evolutionary function of the depressive reaction: the cognitive map hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 21(2), 147-156. doi:10.1016/S0732-118X(03)00017-5
- Wenzel, A., Steer, R. y Beck, A. T. (2005). Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? *Journal of Affective Disorders*, 8(1-3), 177-181. doi: 10.1016/j.jad.2005.06.009
- Wichers, M. y Maes, M. (2002). The psychoneuroimmuno-pathophysiology of cytokine-induced depression in humans. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5, 375-388. doi: 10.1017/S1461145702003103
- Wilhelm, K., Boyce, P. y Brownhill, S. (2004). The relationship between interpersonal sensitivity, anxiety disorders and major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79 (1-3), 33-41. doi10.1016/S0165-0327(0200069-1
- Williams, J. M. G., Mathews, A. y MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24. Recuperado de:

- <http://brainimaging.waisman.wisc.edu/~perlman/papers/stickiness/WilliamsEmoStoop1996.pdf>
- Winkler, D., Pjrek, E. y Kasper, S. (2006). Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *The Journal of Men's Health y Gender*, 3(1), 9-24. doi: S1571891305000920
- Wisco, B.E. y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Interpretation bias and depressive symptoms: The role of self-relevance. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1113-1122. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.004>
- Wolff, C., Alvarado R., y Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65-74. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-0182010000100011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-0182010000100011)
- World Health Organization. (2012). World suicide prevention day 2012. Sixty fifth world health assembly 2012. Recuperado de: [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention\\_day/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/) Accessed 16.6.20120
- Worley, M., Trim, R., Roesch, S., Mrnak-Meyer, J., Tate, S. y Brown, S. (2012). Comorbid depression and substance use disorder: Longitudinal associations between symptoms in a controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 291-302. doi: 10.1016/j.jsat.2011.12.010
- Yach, D., Stuckler, D., Brownell, K. D. (2006). Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nature Medical*, 12, 62-66. PMID: 1639757
- Yildiz-Yesiloglu, A. y Ankerst, D. P. (2006). Review of 1H magnetic resonance spectroscopy findings in major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychiatry Research Neuroimaging*, 147, 1-25. doi: 10.1016/j.psychres.2005.12.004
- Zapata, G. y Giner, M. (2009). La cognición del individuo: reflexiones sobre sus procesos e influencia en la organización. *Espacio Abierto*, 1, 235-256. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12211826003>
- Zarragoitia, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión. *Medwave*, 13(3), e5651 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164. doi:10.1007/s10879-010-9167-8.
- Zhang, T. Y. y Meaney M. J. (2010). Epigenetics and the environmental regulation of the genome and its function. *Annual Review of Psychology*, 61(439-466), C1-C3. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163625.
- Zheng, S., Yu, M., Lu, X., Huo, T., Ge, J., Yang, J., Wu, Ch., y Li, F. (2010). Urinary metabonomic study on biochemical changes in chronic unpredictable mild stress model of depression. *Clinica Acta*, 411(3-4), 204-209. doi:10.1016/j.cca.2009.11.003
- Zierau, F., Bille, A., Rutz, W. y Bech, P., (2002). The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 265-271. Recuperado de: [http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jmhg/article/S1571-8913\(05\)00092-0/references](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jmhg/article/S1571-8913(05)00092-0/references)
- Zilberman, M. L., Taveres, H., Andrade, A. G. y Guebaly, N. (2003). The impact of an outpatient program for women with substance use related disorders on retention. *Substance Use and Misuse*, 38 (14), 2109-2124. doi: 10.1081/JA-120025128

- Zimmerman, M., Martinez, J., Young, D., Chelminski, I. y Dalrymple, K. (2013). Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 384-388. doi: S0165032713003017
- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J.W., Wisniewski, S.R., Balasubramani, G.K., Fava M., Gilmer, W. S., Dresselhaus, T. R., Thase, M. E., Nierenberg, A. A., Trivedi, M. H. y Rush, A. J. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1539-1546. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06101757
- Zisook, S., Rush, A.J., Albala, A., Alpert, J., Balasubramani, G.K., Fava, M., Husain, M., Sackeim, H., Trivedi, M. y Wisniewski, S. (2004). Factors that differentiate early vs. later onset of major depression disorder. *Psychiatry Research*, 129(2-15), 127-140. doi:10.1016/j.psychres.2004.07.004
- Zou, Y.F., Wang, F., Feng, X., Li, W., Tao, J.H., Pan, FM, Huang, F y Su, H. (2012). Meta-analysis of FKBP5 gene polymorphisms association with treatment response in patients with mood disorders. *Neuroscience letters*, 484(1), 56-61. doi: 10.1016/j.neulet.2010.08.019
- Zuñiga, A. B. (2005 Noviembre). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), Recuperado 15 de marzo de: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)



## 9. ANEXOS

### Anexo A. Guía de aplicación estudio 1.

#### **Guía de Aplicación**

Apreciado Psicólogo/Psiquiatra:

En primer lugar agradecemos su valiosa colaboración en el desarrollo de ésta investigación, en segundo lugar queremos dejar claramente definidos algunos aspectos relacionados con la misma, que resultan de vital importancia para el cumplimiento de los criterios éticos y la conservación de las condiciones de aplicación definidas.

#### **Consideraciones Éticas**

Cuando se realiza una investigación especialmente en las que se requiere de la participación de personas se deben tener en cuenta algunas normas que delimitan la forma como se realizará, con el fin de no afectar a los participantes ni los resultados que se obtengan. Las siguientes son las consideraciones éticas que se utilizarán durante la presente investigación, éstas se basan en los principios éticos de los psicólogos consignados en el código de conducta (Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association, 2002) y el Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo (Tribunal Nacional y Regionales Deontológicos y Bioéticos de la Psicología, julio de 2010).

1. Se respetarán los derechos de libre elección de la participación, confidencialidad de los participantes y sus nombres no serán expuestos ya que permanecerán en anonimato. Solo cuando el usuario esté completamente convencido de participar y halla firmado el consentimiento informado procederemos a programar la entrevista.
2. La investigación no reviste peligro ni posibilidad de daño a los participantes, aunque puede generar una leve incomodidad por la duración de la sesión de aplicación, por ello se llevará a cabo en dos sesiones continuas luego de un descanso.
3. La investigación fue planeada, es decir que cuenta con un diseño definido que le rogamos se siga estrictamente, pues esto posibilita tomar las medidas necesarias para propender por el bienestar de los participantes.
4. Se contará con un formato de consentimiento informado para que los participantes conozcan la naturaleza de la investigación y se les notificará que tendrán la libertad para participar o desistir de su participación en cualquier momento del proceso, incluso luego de haber terminado la entrevista.

Condiciones de aplicación:

- a) Empiece la sesión saludando de manera cordial y agradezca al participante su colaboración.
- b) Reconfirme que aunque haya firmado el consentimiento informado puede desistir en cualquier momento.
- c) La aplicación de los instrumentos o la entrevista no deben ser llevadas a cabo si la persona expresa sentirse muy cansada en el momento de abordarla, ya que el

agotamiento podría limitar su capacidad de respuesta, si es preciso ofrezca un refrigerio al participante, déjelo descansar 15 minutos y reinicie la sesión.

- d) El lugar de aplicación debe cumplir las condiciones adecuadas de privacidad, iluminación, ventilación y aislamiento.
- e) Durante la entrevista solo deben estar presentes el encuestador y el participante. Por favor no olvide, que aunque el diagnóstico dado por el profesional que remite es confiable, debemos reconfirmarlo. Si a su juicio es preciso aplicar la entrevista MINI completa, por favor hágalo.
- f) La encuesta debe ser diligenciada en su totalidad en una sesión; si la aplicación de los instrumento era grupal no debía permitirse la interacción entre los encuestados durante el diligenciamiento de la misma.
- g) Finalmente, no establezca compromisos con el participante más allá de proveerle información adicional a él y su terapeuta acerca de su condición.

Anexo B. Versión 1 Cuestionario de Depresión para Hombres.

<b>CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA HOMBRES</b>				
<p>El objetivo de la prueba es describir la forma en que usted piensa, se siente o actúa tomando en cuenta el último mes, elija la opción de respuesta que mejor lo describa. Es recomendable que lea con atención cada uno de los ítems que encontrara a continuación y responda teniendo en cuenta la escala que se presenta a continuación, no existen respuestas buenas o malas, sea sincero.</p>				
<b>AFIRMACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>			
Se siente agotado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha sentido que tiene pocas opciones de realizarse como persona en la vida	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se le dificulta imaginar cómo va a ser su vida dentro de 10 años	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente vacío	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Tiene dificultad para controlar su emociones	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente inquieto	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Tiene problemas de sueño (Duerme demasiado, poco o se le dificulta conciliar el sueño)	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente irritable	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se ha sentido intranquilo especialmente en la mañana	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha sentido pesar de sí mismo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Cambia muy a menudo de pareja	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha deseado abandonar todo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente insatisfecho con lo que ha hecho de su vida	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Reacciona agresivo ante situaciones normales	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente estresado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Presiente que su futuro va a ser más malo que bueno	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha buscado experimentar sensaciones extremas aun cuando ponga en riesgo su vida	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente cansado sin razón	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha pensado en formas para terminar con su vida	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se le dificulta tomar decisiones cotidianas	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente impaciente	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Busca estar ocupado haciendo actividad física	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha pensado que los demás estarían mejor sin usted	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se ha sentido ansioso especialmente en la mañana	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente inútil	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha tenido cambios bruscos en su estado de ánimo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

Siente que es mejor evadir dificultades haciendo otras actividades con sus amigos	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Consumo alcohol hasta embriagarse	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente frustrado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se comporta de tal manera que los demás piensan que parece otra persona	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha sentido que otros lo ven como apagado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Usa palabras cómo incapaz e inútil para definirse	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha sentido que otros lo ven como pesimista	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Siente insatisfacción con lo que hace	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se queja para conmovir a otros y obtener apoyo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha deseado terminar con su vida para no sufrir más	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha tenido fantasías con dormir y no despertar para sentirse mejor	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Le han dicho que es una persona difícil de tratar	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha deseado morir para solucionar sus problemas	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Suele demeritar lo que hace	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

Anexo C. Ficha de recolección de datos sociodemográficos y APGAR familiar

<b>FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>	
<b>FECHA DE APLICACIÓN</b>	<b>CÓDIGO DE APLICACIÓN</b>
<b>ENTREVISTADOR</b>	<b>CIUDAD</b>
<b>Información General de Identificación del Participante</b>	
<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN</b>	
<b>SEXO</b>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <span style="float: right;">EDAD <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> años</span>
<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Otro <small>Cuál?</small>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o (Unión libre) <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Otro. <small>Cuál?</small>
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado
<b>ESTRATO</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<b>Información Laboral</b>	
<b>OCUPACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Estudia <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> Otro. <small>Cuál?:</small>
<b>HORARIO DE TRABAJO/ESTUDIO</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Otro. <small>Cuál?:</small>
<b>TIEMPO POR DÍA</b>	<input type="checkbox"/> Más de 8 horas <input type="checkbox"/> 8 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> Menos de 5 horas
<b>Información Familiar</b>	
<b>PERSONAS QUE CONFORMAN SU FAMILIA</b>	<input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijos # ____ <input type="checkbox"/> otros _____
<b>PERSONAS CON QUIENES VIVE</b>	<input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> otros
<b>SUS RELACIONES FAMILIARES SON</b>	<input type="checkbox"/> Conflictivas <input type="checkbox"/> Armónicas <input type="checkbox"/> Agresivas <input type="checkbox"/> De Apoyo
<b>EN SU FAMILIA ALGUIEN</b>	<input type="checkbox"/> Grita <input type="checkbox"/> Pega <input type="checkbox"/> Bebe demasiado <input type="checkbox"/> Ha tenido problemas con la ley <input type="checkbox"/> Discute <input type="checkbox"/> Consume drogas <input type="checkbox"/> Ha intentado quitarse la vida
<b>EN SU FAMILIA BIOLÓGICA ALGUIEN</b>	<input type="checkbox"/> Se ha suicidado <input type="checkbox"/> Ha recibido tratamiento psiquiátrico <input type="checkbox"/> Tiene tendencia a deprimirse <input type="checkbox"/> Ha recibido tratamiento psicológico <input type="checkbox"/> Tiene tendencia a ser violento <input type="checkbox"/> Es demasiado arriesgado
<b>CUANDO TIENE PROBLEMAS EN SU FAMILIA ALGUIEN</b>	<input type="checkbox"/> La(o) escucha <input type="checkbox"/> La(o) deja sola(o) <input type="checkbox"/> La(o) juzga <input type="checkbox"/> La(o) regaña <input type="checkbox"/> La(o) ayuda <input type="checkbox"/> Le soluciona
<b>Información de salud</b>	
<b>USTED ACOSTUMBRA A</b>	<input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Beber <input type="checkbox"/> Tomar pastillas para dormir <input type="checkbox"/> Tomar relajantes <input type="checkbox"/> Tomar energizantes <input type="checkbox"/> Usar cinturón de seguridad <input type="checkbox"/> Usar condón <input type="checkbox"/> Conducir después de beber <input type="checkbox"/> Usar el cinturón de seguridad
<b>DEBIDO A SU FORMA DE BEBER O USAR ALGUNA DROGA USTED HA TENIDO</b>	<input type="checkbox"/> Problemas familiares <input type="checkbox"/> Problemas económicos <input type="checkbox"/> Problemas con la ley <input type="checkbox"/> Problemas académicos <input type="checkbox"/> Problemas en el trabajo <input type="checkbox"/> Peleas y discusiones

DEPRESIÓN EN HOMBRES

<b>EN EL ÚLTIMO MES USTED</b>	<input type="checkbox"/> Se ha emborrachado	<input type="checkbox"/> Ha consumido alguna droga para sentirse mejor
	<input type="checkbox"/> Ha tenido encuentros sexuales con personas distintas a su pareja estable	
<b>LE HAN DIAGNOSTICADO EN EL ÚLTIMO AÑO</b>	<input type="checkbox"/> Un problema psicológico. Cuál? _____	
	<input type="checkbox"/> Una enfermedad médica. Cual? _____	
	<input type="checkbox"/> Un problema psiquiátrico. Cuál? _____	
<b>HA ESTADO EN TRATAMIENTO</b>	<input type="checkbox"/> Psicológico	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Otro Cuál? _____
<b>SU SALUD ES</b>	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
<b>SUFRE DOLOR DE</b>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Espalda
	<input type="checkbox"/> Estómago	<input type="checkbox"/> Cintura
	<input type="checkbox"/> Estómago	<input type="checkbox"/> Brazos/Piernas
	<input type="checkbox"/> Otro. Cuál? _____	<input type="checkbox"/> No sufre de dolor
<b>INCAPACIDADES EN EL ÚLTIMO AÑO</b>	<input type="checkbox"/> 1 vez o menos	<input type="checkbox"/> 2 a 3 veces
	<input type="checkbox"/> 5 a 6 veces	<input type="checkbox"/> Más de 7 veces
<b>REALIZA ACTIVIDAD FISICA</b>	<input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por semana
	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	
<b>HORAS POR SESION DE ACTIVIDAD FISICA</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	
<b>NIVEL DE SATISFACCION GENERAL</b>		
<b>TRABAJO</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>FAMILIA</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>PAREJA</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>NIVEL ECONOMICO</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>AMIGOS</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>TIEMPO LIBRE</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>ESTUDIO</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>SALUD</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>VIDA EN GENERAL</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho

Anexo D. Entrevista M.I.N.I. - de Depresión

<b>MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW M.I.N.I.</b>	
A continuación encontrará una serie de preguntas enunciadas acerca de sus sentimientos le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal como usted lo siente; no existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa realmente su experiencia.	
<b>EN LA ÚLTIMAS DOS SEMANAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>
¿Se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del Día, casi todos los días?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CUANDO SE SENTÍA SIN INTERÉS EN LAS COSAS:</b>	
¿Disminuyó o aumento su apetito casi todos los días?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (ej variaciones en el último mes de + 5% de su peso corporal ó + 8 libras o + 3.5 kgr; para una persona de 160 libras / 70 kgr)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Casi todos los días se sentía culpable o inútil?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿ Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>FACTOR 2</b>	
¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Cuándo algo bueno le sucede, falla en hacerlo sentirse mejor aunque sea Temporalmente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CUANDO SE SENTIA SIN INTERÉS EN LA MAYORÍA DE LAS COSAS:</b>	
¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en la mañana?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual,	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Y tenía dificultades para volver a dormirse?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS</b>	
¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha habido algún período de dos meses o más, en el que se haya sentido bien?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>DURANTE ESTE PERIODO EN EL QUE SE SINTIÓ DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO:</b>	
¿Cambio su apetito notablemente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se sintió cansado o sin energía?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Perdió la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>FACTOR 4</b>		
¿Ha querido hacerse daño?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha pensado en el suicidio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha planeado como suicidarse?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A lo largo de su vida: ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## Anexo E. Self Reporting Questionarie

---

**CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS (SELF-REPORTING QUESTIONARE) (SQR)**


---

A continuación encontrará una serie de preguntas de cómo cree usted que se siente acerca de varias cosas, para cada pregunta usted debe marcar una de las dos opciones de la columna de la derecha, asegúrese de marcar la que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentirse, no es necesario pensarlo mucho le pedimos su colaboración respondiendo tal como usted se siente, no existen respuestas correctas o incorrectas, la respuesta es la que expresa en realidad lo que le ocurre.

---

**EN LA ÚLTIMAS DOS SEMANAS  
FRECUENCIA**

Tiene frecuentes dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene mal apetito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Duerme mal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se asusta con facilidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sufre de Temblor en las manos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se siente nervioso (a), tenso (a) o aburrido (a)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sufre mala digestión	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
No puede pensar con claridad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se siente triste	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Llora usted con mucha frecuencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene dificultad para disfrutar de sus actividades diarias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene dificultad para tomar decisiones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene dificultad para hacer el trabajo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sufre usted con su trabajo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha perdido el interés por las cosas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Siente que es una persona inútil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha tenido la idea de acabar con su vida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se siente cansado (a) todo el tiempo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene sensaciones desagradables en su estomago	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se cansa con facilidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Siente usted que alguien ha tratado de herirlo (a) de alguna forma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida de conocimiento.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alguna vez le ha parecido o a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

---

Anexo F. Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

<b>INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</b>				
Este cuestionario sirve para evaluar cómo se siente, qué hace y qué piensa cuando se enfrenta a situaciones problemáticas que le producen estrés. No existen respuestas buenas o malas, simplemente piense en qué medida actúa usted en esas situaciones de la manera como se afirma en cada ítem. Marque con una X la casilla que desee.				
<b>SITUACION</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>			
Me concentré exclusivamente en pensar qué sería más apropiado y qué debía hacer a continuación.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Me propuse encontrar algo positivo que remediara la situación	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Me criticqué o sermoneé a mí mismo.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
No intenté quemar de inmediato todos mis cartuchos, sino que dejé alguna posibilidad abierta	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Confié en que ocurriera un milagro.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Seguí adelante como si nada hubiera pasado	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Intenté guardar para mí mis sentimientos	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Busqué algún resquicio de esperanza (intenté mirar las cosas por el lado bueno)	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Dormí más de lo habitual.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Busqué la ayuda de un profesional.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Cambié, maduré como persona	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Me eché la culpa de lo ocurrido.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Elaboré un plan de acción y lo seguí.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Acepté la segunda posibilidad mejor de solución, inferior a la ideal para mí.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Me di cuenta que fui la causa del problema	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Salí de esa experiencia mejor de lo que entré.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Intenté sentirme mejor, comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Intenté no actuar demasiado pronto, ni dejarme llevar por mi primer impulso	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Cambié algo para que las cosas salieran bien.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Evité estar con la gente en general.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

Me rehusé a pensar en el problema por mucho tiempo.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Consulté a algún pariente o amigo y respeté su consejo.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Oculté a los demás lo mal que estaban las cosas para mí.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Le conté a alguien cómo me sentía.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Me negué a creer lo que había ocurrido.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Propuse un par de soluciones diferentes para ese problema.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Intenté que mis sentimientos no interfirieran tanto en la toma de decisiones.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba ocurriendo.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba sintiendo.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Cambié algo de mí, de tal forma que pudiera enfrentarme mejor a la situación.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Fantaseé o imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Deseé ser una persona más fuerte y optimista de lo que soy.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida
Pensé cosas irreales o fantásticas (como ganarme la lotería) que me hicieran sentir mejor.	<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En alguna medida	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En gran medida

Anexo G. Consentimiento Informado estudio 1

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

Le invitamos a hacer parte de nuestra investigación, antes de decidir su participación es importante que conozca la información general del estudio:

**Título de la investigación:** CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN HOMBRES, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS  
**Investigador Principal:** Ps. Constanza Londoño Pérez PhD (c)  
**Institución:** Universidad de la Laguna - Universidad Católica de Colombia.

---

Pero antes de decidir usted debe saber que

---

- 1 La participación es totalmente voluntaria ya que usted es libre de retirarse de la actividad cuando desee.
- 2 La investigación sigue los lineamientos éticos establecidos por la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 del ejercicio de la psicología en Colombia y la Resolución No. 008430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en el área de la salud.
- 3 Las actividades realizadas no implican ningún riesgo para su salud.
- 4 El objetivo del presente estudio es describir la depresión en población colombiana, sus causas y factores asociados.
- 5 La entrevista y los cuestionarios han sido seleccionados teniendo en cuenta que fueran los mínimos necesarios para requerir del menor tiempo posible, y aunque sienta que se repite la información o las preguntas, es necesario que todas sean contestadas siempre.
- 6 Se garantiza la privacidad y confidencialidad sobre las respuestas que usted brinde en esta prueba. Esta información se utilizará con el fin de cumplir el objetivo del estudio.
- 7 Si usted aprueba, será contactado en caso de que producto de los análisis de las pruebas se identifiquen riesgos para su salud o indicadores clínicos, para ofrecerle orientación.

---

**SI DECIDIO PARTICIPAR, DILIGENCIE LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN, PARA QUE LE SEA ASIGNADO UN CÓDIGO SECRETO DE IDENTIFICACIÓN Y PUEDA DAR INICIO LA ENTREVISTA.**

---

Yo \_\_\_\_\_ Identificada(o) con CC No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, acepto participar en el proyecto CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN HOMBRES, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS, proyecto de Tesis de Doctorado en la Universidad de la Laguna en convenio con la Universidad Católica de Colombia.

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Si desea recibir información acerca de los resultados de las pruebas aplicadas por favor registre aquí un correo electrónico \_\_\_\_\_ o un numero de teléfono \_\_\_\_\_ para hacerle llegar la información.

**DE ANTEMANO GRACIAS POR SU PARTICIPACION**

---

Anexo H. Guía de Aplicación de Entrevistadores, estudio 2.

**Apreciado**

Psicólogo en Formación – Auxiliar

Felicitaciones, usted ha sido admitido en el equipo de AUXILIARES de la ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL EN HOMBRES, cuyo cronograma de actividades se presenta a continuación:

Semanas 1 y 2. Entrenamiento básico para la realización de la aplicación a través de la guía de aplicación, la revisión del material teórico seleccionado, y las sesiones de encuentro virtual programadas. En esta misma semana se deben hacer las solicitudes de material para que este sea allegado oportunamente.

Semana 3 y 4. Envío de una carta de compromiso con firma escaneada, en la que exprese el reconocimiento de que su labor como auxiliar no implica derechos de autor de ninguno de los productos derivados de la investigación y con el manejo ético de la información, además del compromiso referido al tamaño de la muestra y las instituciones en las que se aplicará. El envío de las cartas de presentación y de solicitud de autorización se hará de forma directa via correo postal.

Semana 5 a 21. Aplicación de las ENCUESTAS en cada ciudad; con una sesión de aclaración de dudas con la Directora de la Investigación cuando así lo requieran.

Semana 22. Entrega del material aplicado y registro del cumplimiento de los compromisos. Cabe aclarar que los certificados de participación UNICAMENTE serán enviados cuando el auxiliar haya hecho entrega del total de las encuestas debidamente diligenciadas y verificadas de acuerdo con el compromiso previamente definido.

Semana 23. Actualización sobre Depresión, dirigido a AUXILIARES que hayan entregado los materiales de aplicación cumpliendo con los requisitos previstos.

**Consideraciones Éticas**

Cuando se realiza una investigación especialmente en las que se requiere de la participación de personas se deben tener en cuenta algunas normas que delimitan la forma como se realizará, con el fin de no afectar a los participantes ni los resultados que se obtengan. Las siguientes son las consideraciones éticas que se utilizarán durante la presente investigación, éstas se basan en los principios éticos de los psicólogos consignados en el código de conducta (Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association, 2002) y el Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo (Tribunal Nacional y Regionales Deontológicos y Bioéticos de la Psicología, julio de 2010).

1. Se respetarán los derechos de confidencialidad de los participantes y sus nombres no serán expuestos ya que permanecerán en anonimato.
2. La investigación no reviste peligro ni posibilidad de daño a los participantes.
3. La investigación fue planeada pues esto posibilita tomar las medidas necesarias para propender por el bienestar de los participantes.

4. Se contará con un formato de consentimiento informado para que los participantes conozcan la naturaleza de la investigación y se les notificará que tendrán la libertad para participar o desistir de su participación en cualquier momento del proceso.

**Antes de aplicar por favor cerciórese de que:**

1. Cuenta con el material necesario (cuestionarios, esferos y un lugar cómodo para el diligenciamiento); en caso de que la aplicación sea electrónica por favor verifique que la conexión a internet sea estable, ya que el formulario no tiene autoguardado y si se interrumpe la señal se perderán las respuestas.
2. La persona cumple con los siguientes requisitos: ser hombre, mayor de 18 años y menor de 60 años que sabe leer y escribir, sin alguna discapacidad cognitiva detectable, nacido en Colombia.
3. La persona está completamente convencida de participar y no se siente coaccionada de forma alguna.
4. Cuenta con una libreta de notas para registrar las preguntas realizadas por el participante, las dificultades en el diligenciamiento y cualquier comportamiento que usted considere relevante para el análisis de los resultados.
5. Su presentación personal refleja el profesionalismo, seriedad y rigurosidad del presente estudio.

Para la aplicación del paquete de cuestionarios siga las instrucciones que encuentra a continuación:

2. Preséntese usted ante la persona o el grupo, y presente el objetivo de la encuesta así: “Mi nombre es \_\_\_\_\_, hago parte del equipo de soporte de la investigación propuesta desde la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, para la prevalencia de Depresión en hombres colombianos, las causas y los factores asociados, para lo cual les pediré que por favor, me colaboren con el diligenciamiento de un paquete de cuestionarios acerca del tema. Tardaremos alrededor de 25 minutos.
3. Les entregaré un paquete con 5 cuestionarios cortos, que hacen parte del proyecto. Les voy a pedir el favor que lo empiecen a diligenciar una vez haya terminado de decirles cómo hacerlo.
4. Para empezar, hay dos versiones del cuestionario; una impresa y otra electrónica, entonces elija la que más se acomode a su estilo.
5. Por favor si tiene alguna inquietud levante la mano y haga la consulta en voz baja al coordinador.
4. Tomando un paquete como guía, muestre primero a la persona cómo está organizado el paquete:

Primera hoja: a) Consentimiento informado b) Una ficha de registro de condiciones sociales, c) una lista de eventos vitales estresantes, c) un cuestionario de afrontamiento, d) un cuestionario de depresión en hombres, un cuestionario de ansiedad, e) y un cuestionario de masculinidad feminidad.

5. Oriente cada cuestionario, teniendo en cuenta las preguntas más frecuentes:

*Primera hoja, cara 1: Consentimiento informado:* deben leer todo el consentimiento informado y firmarlo, escribir la fecha y su documento de identidad. En la línea de abajo, que contesten si desean recibir retroalimentación de sus respuestas (no es necesario que escriban el teléfono, pueden reemplazarlo por el correo electrónico).

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

Una vez firmado el consentimiento, deben anotar sus datos (género, edad y procedencia).

Para finalizar, la persona que termina entrega su cuestionario diligenciado al auxiliar encargado de la aplicación, NO OLVIDE revisar que los participantes hayan contestado todos los cuestionarios mencionados y todas las preguntas.

De antemano agradezco su valiosa participación en este proceso investigativo, sin su colaboración no sería posible cumplir nuestros objetivos.

Cordialmente,

**Ps. Constanza Londoño Pérez, PhD (c)**

Directora Investigación – Directora Grupo de Investigación Enlace

Universidad Católica de Colombia

Anexo I. Consentimiento informado estudio 2

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

Le invitamos a hacer parte de nuestra investigación, antes de decidir su participación es importante que conozca la información general del estudio:

**Título de la investigación:** CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN HOMBRES, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS  
**Investigador Principal:** Ps. Constanza Londoño Pérez PhD (c)  
**Institución:** Universidad de la Laguna - Universidad Católica de Colombia.

---

Pero antes de decidir usted debe saber que

---

- 1 La participación es totalmente voluntaria ya que usted es libre de retirarse de la actividad cuando desee.
- 2 La investigación sigue los lineamientos éticos establecidos por la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 del ejercicio de la psicología en Colombia y la Resolución No. 008430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en el área de la salud.
- 3 Las actividades realizadas no implican ningún riesgo para su salud.
- 4 El objetivo del presente estudio es describir la depresión en población colombiana, sus causas y factores asociados.
- 5 La entrevista y los cuestionarios han sido seleccionados teniendo en cuenta que fueran los mínimos necesarios para requerir del menor tiempo posible, es necesario que todas sean contestadas siempre.
- 6 Se garantiza la privacidad y confidencialidad sobre las respuestas que usted brinde en esta prueba. Esta información se utilizará con el fin de cumplir el objetivo del estudio.
- 7 Si usted aprueba, será contactado en caso de que producto de los análisis de la pruebas se identifiquen riesgos para su salud o indicadores clínicos, para ofrecerle orientación.

---

**SI DECIDIO PARTICIPAR, DILIGENCIE LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN, PARA QUE LE SEA ASIGNADO UN CÓDIGO SECRETO DE IDENTIFICACIÓN Y PUEDA DAR INICIO AL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CUESTIONARIOS.**

---

Yo \_\_\_\_\_ Identificada(o) con CC No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, acepto participar en el proyecto CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN HOMBRES, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS, proyecto de Tesis de Doctorado en la Universidad de la Laguna en convenio con la Universidad Católica de Colombia.

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Si desea recibir información acerca de los resultados de las pruebas aplicadas por favor registre aquí un correo electrónico \_\_\_\_\_ o un número de teléfono \_\_\_\_\_ para hacerle llegar la información.

**DE ANTEMANO GRACIAS POR SU PARTICIPACION**

---

Anexo J. Ficha de recolección de información sociodemográfica estudio 2.

<b>FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>	
<b>FECHA DE APLICACIÓN</b>	<b>CÓDIGO DE APLICACIÓN</b>
<b>ENTREVISTADOR</b>	<b>CIUDAD</b>
<b>Información General de Identificación del Participante</b>	
<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN</b>	
<b>SEXO</b>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <span style="float: right;">EDAD <input type="text"/> años</span>
<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Otro <span style="float: right;">Cuál?</span>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o (Unión libre) <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Otro. <span style="float: right;">Cuál?</span>
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado
<b>ESTRATO</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<b>Información Familiar (APGAR)</b>	
<b>PERSONAS QUE CONFORMAN SU FAMILIA</b>	<input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijos # ____ <input type="checkbox"/> otros _____
<b>PERSONAS CON QUIENES VIVE</b>	<input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> otros
<b>SUS RELACIONES FAMILIARES SON</b>	<input type="checkbox"/> Conflictivas <input type="checkbox"/> Armónicas <input type="checkbox"/> Agresivas <input type="checkbox"/> De Apoyo
<b>EN SU FAMILIA ALGUIEN</b>	<input type="checkbox"/> Grita <input type="checkbox"/> Pega <input type="checkbox"/> Bebe demasiado <input type="checkbox"/> Ha tenido problemas con la ley <input type="checkbox"/> Discute <input type="checkbox"/> Consume drogas <input type="checkbox"/> Ha intentado quitarse la vida
<b>EN SU FAMILIA BIOLOGICA ALGUIEN</b>	<input type="checkbox"/> Se ha suicidado <input type="checkbox"/> Ha recibido tratamiento psiquiátrico <input type="checkbox"/> Tiene tendencia a deprimirse <input type="checkbox"/> Ha recibido tratamiento psicológico <input type="checkbox"/> Tiene tendencia a ser violento <input type="checkbox"/> Es demasiado arriesgado
<b>CUANDO TIENE PROBLEMAS EN SU FAMILIA ALGUIEN</b>	<input type="checkbox"/> La(o) escucha <input type="checkbox"/> La(o) deja sola(o) <input type="checkbox"/> La(o) juzga <input type="checkbox"/> La(o) regaña <input type="checkbox"/> La(o) ayuda <input type="checkbox"/> Le solucioNO
<b>Información de salud</b>	
<b>USTED ACOSTUMBRA A</b>	<input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Beber <input type="checkbox"/> Tomar pastillas para dormir <input type="checkbox"/> Tomar relajantes <input type="checkbox"/> Tomar energizantes <input type="checkbox"/> Usar cinturón de seguridad <input type="checkbox"/> Usar condón <input type="checkbox"/> Conducir después de beber <input type="checkbox"/> Usar el cinturón de seguridad
<b>DEBIDO A SU FORMA DE BEBER O USAR ALGUNA DROGA USTED HA TENIDO</b>	<input type="checkbox"/> Problemas familiares <input type="checkbox"/> Problemas económicos <input type="checkbox"/> Problemas con la ley <input type="checkbox"/> Problemas académicos <input type="checkbox"/> Problemas en el trabajo <input type="checkbox"/> Peleas y discusiones
<b>EN EL ULTIMO MES USTED</b>	<input type="checkbox"/> Se ha emborrachado <input type="checkbox"/> Ha consumido alguna droga para sentirse mejor <input type="checkbox"/> Ha tenido encuentros sexuales con personas distintas a su pareja estable
<b>LE HAN DIAGNOSTICADO EN EL ULTIMO AÑO</b>	<input type="checkbox"/> Un problema psicológico. <span style="float: right;">Cuál? _____</span> <input type="checkbox"/> Una enfermedad médica. <span style="float: right;">Cuál? _____</span> <input type="checkbox"/> Un problema psiquiátrico. <span style="float: right;">Cuál? _____</span>

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

<b>HA ESTADO EN TRATAMIENTO</b>	<input type="checkbox"/> Psicológico	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Otro	Cuál? _____	
<b>SU SALUD ES</b>	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
<b>SUFRE DOLOR DE</b>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Estómago	<input type="checkbox"/> Cintura	<input type="checkbox"/> Estómago	
	<input type="checkbox"/> Brazos/Piernas	<input type="checkbox"/> Otro. Cuál? _____	<input type="checkbox"/> No sufre de dolor			
<b>INCAPACIDADES EN EL ULTIMO AÑO</b>	<input type="checkbox"/> 1 vez o menos	<input type="checkbox"/> 2 a 3 veces	<input type="checkbox"/> 5 a 6 veces	<input type="checkbox"/> Más de 7 veces		
<b>REALIZA ACTIVIDAD FISICA</b>	<input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por semana	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana			
<b>HORAS POR SESION DE ACTIVIDAD FISICA</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				
<b>NIVEL DE SATISFACCION GENERAL</b>						
<b>TRABAJO</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>FAMILIA</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>PAREJA</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>NIVEL ECONOMICO</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>AMIGOS</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>TIEMPO LIBRE</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>ESTUDIO</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>SALUD</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<b>VIDA EN GENERAL</b>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Muy insatisfecho

Anexo K. Versión reformada Cuestionario de Depresión para Hombres

<b>CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA HOMBRES</b>				
<p>El objetivo de la prueba es describir la forma en que usted piensa, se siente o actúa tomando en cuenta el último mes, elija la opción de respuesta que mejor lo describa. Es recomendable que lea con atención cada uno de los ítems que encontrara a continuación y responda teniendo en cuenta la escala que se presenta a continuación, no existen respuestas buenas o malas, sea sincero.</p>				
<b>AFIRMACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>			
Se siente agotado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha sentido que tiene pocas opciones de realizarse como persona en la vida	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
No imagina como será su vida dentro de 10 años	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente vacío	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Tiene dificultad para controlar sus emociones	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente inquieto	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Tiene problemas para dormir bien	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente irritable	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se ha sentido intranquilo especialmente en la mañana	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha sentido pesar de sí mismo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha tenido relaciones de pareja paralelas	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha deseado abandonar todo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente insatisfecho con lo que ha hecho de su vida	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Reacciona agresivo ante situaciones normales	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente estresado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Presiente que su futuro va a ser más malo que bueno	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha buscado experimentar sensaciones extremas aun cuando ponga en riesgo su vida	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente cansado sin razón	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha pensado en formas para terminar con su vida	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se le dificulta tomar decisiones cotidianas	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente impaciente	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Busca estar ocupado para no pensar	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha pensado que los demás estarían mejor sin usted	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se ha sentido ansioso especialmente en la mañana	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Siente que no sirve para nada	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

## DEPRESIÓN EN HOMBRES

Ha tenido cambios bruscos en su estado de ánimo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Siente que es mejor evadir dificultades haciendo otras actividades con sus amigos	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Consumo alcohol hasta embriagarse	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se siente frustrado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se comporta de tal manera que los demás piensan que parece otra persona	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha sentido que otros lo ven como apagado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Usa palabras cómo incapaz e inútil para definirse	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha sentido que otros lo ven como pesimista	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Siente insatisfacción con lo que hace	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Se queja para conmovir a otros y obtener apoyo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha deseado terminar con su vida para no sufrir más	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Fantasea con dormir y no despertar	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Le han dicho que es una persona difícil de tratar	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Ha deseado morir para solucionar sus problemas	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Suele demeritar lo que hace	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

Anexo L. Escala HADS de Ansiedad

**ESCALA HAMILTON DE ANSIEDAD**

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

AFIRMACION	FRECUENCIA			
1. Me siento tenso o nervioso	<input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	<input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte	<input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte	<input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa	<input type="checkbox"/> Nada
3. Tengo mi mente llena de preocupaciones	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia	<input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy seguido	<input type="checkbox"/> Solo en ocasiones
4. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Por lo general	<input type="checkbox"/> No muy seguido	<input type="checkbox"/> Nunca
5. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones	<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia	<input type="checkbox"/> Muy seguido
6. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> No mucho	<input type="checkbox"/> Nada
7. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/> Bastante seguido	<input type="checkbox"/> No muy seguido	<input type="checkbox"/> Nada

Anexo M. Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes

<b>ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES</b>	
<b>Por favor, señale con un círculo aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año y califique de 1 a 10 que tanto lo afecto siendo 1 el mínimo nivel de impacto y 10 el máximo</b>	
<b>SITUACION</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>
<input type="checkbox"/> Muerte de un familiar cercano	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Lesión o enfermedad personal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Despido del trabajo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio de salud de un familiar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Dificultades o problemas sexuales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Incorporación nuevo miembro a la familia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Muerte de un amigo íntimo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Problemas legales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Logro personal notable	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio en las condiciones de vida	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio de residencia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio de institución educativa/trabajo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio de actividad de ocio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio de actividad religiosa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio de actividades sociales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio de hábito de dormir	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio número de reuniones familiares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Cambio de hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Vacaciones	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Navidades	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Leves transgresiones de la ley	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10

Anexo N. Inventario de Masculinidad/Feminidad IMAFE

**CUESTIONARIO DE MASCULINIDAD – FEMINIDAD**

A continua encontrara una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le pedimos que utilice esas palabras para describirse. Esto es, póngale un número entre 1 y 7 a cada palabra, según que tan bien crea que describe su manera de ser

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca soy así	Muy pocas veces soy así	Algunas veces soy así	La mitad de las veces soy así	A menudo soy así	Muchas veces soy así	Siempre o casi siempre soy así

**Ejemplo:** Listo: 3 le podrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.  
 Malicioso 1 Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca cree que es malicioso.  
 Responsable: 7 Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre.

**En seguida se encuentran estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.**

AFIRMACION	Calif	AFIRMACION	Calif
1. Seguro de sí mismo		2. Materialista	
3. Afectuoso		4. Pasivo (a)	
5. Energético		6. Competitivo (a)	
7. Conformista		8. Tierno (a)	
9. Me comporto confiado en los demás		10. Autoritario (a)	
11. Compasivo		12. Resignado (a)	
13. Dominante		14. Atlético (a)	
15. Simplista		16. Dulce	
17. Analítico (a)		18. Egoísta	
19. Sensible a las necesidades de los demás		20. Cobarde	
21. Individualista		22. Racional	
23. Sumiso (a)		24. Me gustan los niños	
25. Hábil para dirigir		26. Rudo	
27. Comprensivo (a)		28. Dependiente	
29. Ambicioso (a)		30. Maduro	
31. Incapaz de Planear		32. De voz suave	
33. Tomo decisiones con facilidad		34. Incomprensivo (a)	
35. Caritativo (a)		36. Influenciable	
37. Arrogante		38. Valiente	
39. Indeciso		40. Generoso (a)	
41. Dispuesto (a) a arriesgarme		42. Frío (a)	
43. Deseoso (a) de consolar al que se siente lastimado		44. No me gusta arriesgarme	
45. Agresivo (a)		46. Reflexivo (a)	
47. De personalidad débil		48. Espiritual	
49. Autosuficiente		50. De voz fuerte	
51. Cariñoso		52. Retraído	
53. Uso malas palabras		54. De personalidad fuerte	
55. Inseguro (a) de mí mismo (a)		56. Cooperador	
57. Independiente		58. Malo	
59. Amigable		60. Tímido	