



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIFERENCIAS CULTURALES EN LA  
ESTRUCTURACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL  
GÉNERO: UN ANÁLISIS TRANSCULTURAL EN LAS  
POBLACIONES ESPAÑOLA Y CUBANA**

**Dña. MARIA JOAQUINA GUERRERO ESCUSA**

**2014**

A mí querida hija Ainhoa,

Mi maestra en la vida



## Agradecimientos

---

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que me han acompañado en esta experiencia intensa y rica para mi formación académica con la que me he sentido enriquecida también a nivel personal.

En primer lugar quiero dar las gracias a mis Directores Dr. Antonio Riquelme Marín y Dr. Juan Manuel Ortigosa Quiles por vuestra calidad humana, vuestra dirección, sabiduría y disposición a lo largo de la elaboración de este trabajo y la Dra. Marta Marín Carbonell por su valiosa aportación en la recogida de los datos de Cuba de este estudio.

Gracias Ainhoa, por estar siempre a mi lado sean cuales sean las circunstancias, por tu apoyo permanente, por tu presencia, tus detalles, tu dedicación, por todo lo que hemos compartido, por crecer juntas en la adversidad, porque cada día me regalas el don más preciado, tu amor y tu presencia. Gracias por tus ánimos y tu ayuda y tu paciencia cada día y en todos los momentos sin la que mi dedicación a este trabajo no habría sido posible.

A mis padres, gracias por la vida que amorosamente me disteis, por vuestros cuidados y mimos permanentes. Gracias siempre por vuestro interés y apoyo incondicional. Gracias por vuestro amor, esa clase de amor sin reservas que me ha ayudado a crecer y que me ayuda cada día a ser mejor persona.

A mis hermanos y mi “cuñi” gracias por vuestro cariño y nuestra unión, por constituir esa piña fantástica, consistente y sólida que nos hace más fuertes y por vuestro apoyo durante el tiempo en el que he estado dedicada al trabajo de tesis, habéis sido un estímulo constante que me ha reportado energía en los momentos en los que la necesitaba.

A ti Mari Paz, siempre gracias por ser una mujer increíble. Especialmente en esta etapa que compartimos quiero agradecerte tu presencia, ese fluir amoroso que nos envuelve y nos llena de fortaleza también en la adversidad.

Gracias Antonio por todo lo que me has dado, por la familia que creamos juntos, por nuestra preciosa hija, por estar siempre a mi lado sean cuales hayan sido las circunstancias de nuestra vida. Estés donde estés se que estarás feliz.

A mis “maris”, mujeres especiales, auténticas, incondicionales, con las que la palabra amiga cobra su significado más pleno, me siento feliz de teneros en mi vida. Gracias por vuestra paciencia, estímulo y comprensión en todos los momentos, sois un regalo.

De manera destacada quiero dar las gracias a Maleni, mi amiga y compañera, preciosa alma que me acompaña en el camino de la vida. Gracias por tu apoyo, tu ayuda desinteresada, por tu calidad humana que me conmueve, por tu presencia permanente en mi vida. Sin tu estímulo y tu ayuda no habría sido posible.

Gracias a mi vida, a todas las vivencias que me han llevado en este momento concreto a realizar este trabajo, gracias por todo lo que recibo y todo lo que tengo la oportunidad de dar. Gracias a la vida por todo lo que regala cada día, por cada una de las situaciones que me trae en el camino que son oportunidades para aprender y crecer y por tener la oportunidad de aportar mi granito de arena para contribuir a la felicidad y el bienestar de otros.

---

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

## I. Parte teórica

<b>Capítulo 1. Aspectos generales de la depresión.....</b>	<b>3</b>
1.1. Aspectos generales de la depresión.....	5
1.2. Conceptualización .....	6
1.2.1. La depresión ¿enfermedad o trastorno? .....	12
1.3. Factores psicosociales asociados a la depresión.....	13
1.4. Incidencia y Prevalencia de la depresión .....	25
1.4.1. Incidencia .....	25
1.4.2. Prevalencia .....	26
1.5. Evaluación .....	29
1.6. Diagnóstico .....	37
1.6.1. Instrumentos para la identificación o screening de la depresión.....	44
1.6.2. Diagnóstico diferencial .....	46
1.7. Curso.....	47
1.8. Tratamiento.....	50
1.9. Costos de la depresión .....	56
1.10. Conclusión .....	57
<b>Capítulo 2. Diferencias asociadas al género en la depresión .....</b>	<b>59</b>
2.1. Depresión y Género .....	61
2.2. Vulnerabilidad de la mujer ante la depresión.....	62
2.2.1. Diferencias de género en la esfera biológica .....	64
2.2.2. Diferencias de género en la esfera genética .....	70

2.2.3. Diferencias de género en la esfera psicológica y social.....	72
2.3. Características diferenciales en la depresión entre hombre y mujer .....	77
2.3.1. Diferencias morfológicas y funcionales entre hombre y mujer.....	78
2.3.2. Diferencias fenomenológicas .....	78
2.4. Estilos de respuesta en función del género.....	81
2.4.1. Respuesta biológica al estrés .....	82
2.4.2. Autoconcepto y mujer .....	84
2.4.3. Estilos de afrontamiento .....	84
2.5. Experiencias vitales estresantes en la mujer.....	87
2.6. La depresión en los hombres.....	92
2.7. Rasgos de personalidad y depresión .....	94
2.8. Diferencias de género en el cuadro ansioso-depresivo .....	97
2.9. Suicidio y depresión en función del género .....	98
2.9.1. Factores sociodemográficos del suicidio y el género.....	102
2.9.2. Depresión, alcoholismo y género.....	106
2.10. Tratamiento y género .....	110
2.11. Conclusión.....	114
<b>Capítulo 3. Aspectos transculturales de la depresión .....</b>	<b>117</b>
3.1. La depresión a nivel cultural y transcultural .....	119
3.2. Psicopatología transcultural .....	121
3.3. La depresión a nivel mundial.....	123
3.4. Epidemiología .....	131
3.5. Prevalencia.....	132
3.5.1. Variaciones en la prevalencia de la depresión según el país y la edad.....	135
3.6. Variaciones interculturales en la depresión .....	138
3.6.1. Diferencias de género en la depresión en función del país.....	140
3.7. Abordaje de la depresión en el contexto cultural .....	150
3.8. Actitud clínica cultural .....	155
3.9. Conclusión .....	161

---

## II. Parte empírica: Aspectos metodológicos

<b>2.1. Objetivos</b> .....	167
2.1.1. Objetivo general .....	167
2.1.2. Objetivos específicos. ....	167
<b>2.2. Hipótesis de trabajo.</b> .....	167
<b>2.3. Material y Método.</b> .....	169
2.3.1. Población. ....	169
2.3.2. Muestra. ....	169
2.3.3. Procedimiento. ....	170
2.3.4. Instrumentación. ....	171
<b>2.4. Variables estudiadas.</b> .....	172
2.4.1. Variables de tipo demográfico y de identificación personal.....	172
2.4.2. Depresión. ....	173
2.4.3. Problemas de salud. ....	179
2.4.4. Nivel educativo. ....	180
2.4.5. Situación laboral. ....	180
2.4.6. Economía familiar.....	180
<b>2.5. Descripción de la muestra.</b> .....	180
2.5.1. Descripción de la muestra según el país. ....	181
2.5.2. Descripción de la muestra según el género y el país. ....	182
2.5.3. Descripción de la muestra según la edad.....	183
2.5.4. Descripción de la muestra según la edad agrupada y el país. ....	184
2.5.5. Descripción de la muestra según el estado civil y el país.....	186
2.5.6. Descripción de la muestra según el nivel educativo y el país. ....	187
2.5.7. Descripción de la muestra según la situación laboral y el país. ....	190
2.5.8. Descripción de la muestra según la economía familiar y el país. ....	192
2.5.9. Descripción de la muestra según la vivencia subjetiva de salud y el país.....	195
2.5.10. Descripción de la muestra según la enfermedad y el país.....	196

2.5.11. Descripción de la muestra según el tipo de población normal, subclínica y clínica. ....	198
<b>2.6. Tratamiento y análisis estadístico. ....</b>	<b>199</b>

### **III. Resultados**

<b>3.1. Resultados por grupos de síntomas. ....</b>	<b>203</b>
3.1.1. Síntomas Físicos.....	203
3.1.1.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas físicos.....	213
3.1.1.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas físicos. ....	216
3.1.2. Síntomas Interpersonales.....	219
3.1.2.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas interpersonales. ....	223
3.1.2.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas interpersonales. ....	224
3.1.3. Síntomas Motivacionales ....	226
3.1.3.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas motivacionales ....	232
3.1.3.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas motivacionales. ....	234
3.1.4. Síntomas Afectivos. ....	235
3.1.4.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas afectivos. ....	252
3.1.4.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas afectivos. ....	256
3.1.5. Síntomas Conductuales. ....	262

---

3.1.5.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas conductuales. ....	267
3.1.5.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas conductuales. ....	269
3.1.6. Síntomas Cognitivos.....	271
3.1.6.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas cognitivos. ....	288
3.1.6.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas Cognitivos .....	292
<b>3.2. Resultados de síntomas por rangos de edad .....</b>	<b>300</b>
3.2.1. Análisis de los Síntomas Físicos.....	300
3.2.1.1 Síntomas Físicos en jóvenes. ....	300
3.2.1.2 Síntomas Físicos edad en adultos.....	307
3.2.1.3. Síntomas Físicos en personas de edad avanzada.....	317
3.2.1.4. Conclusiones para los síntomas Físicos. ....	325
3.2.1.4.1. Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los distintos síntomas Físicos. ....	326
3.2.1.4.2 Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Físicos.....	330
3.2.2. Análisis de los Síntomas Interpersonales.....	337
3.2.2.1. Síntomas Interpersonales en jóvenes. ....	337
3.2.2.2. Síntomas Interpersonales en adultos. ....	341
3.2.2.3. Síntomas Interpersonales en personas de edad avanzada.....	348
3.2.2.4. Conclusiones para los síntomas Interpersonales. ....	351
3.2.2.4.1 Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los distintos síntomas Interpersonales.....	351
3.2.2.4.2 Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Interpersonales. ....	353

---

3.2.3. Análisis de los Síntomas Motivacionales. ....	357
3.2.3.1. Síntomas Motivacionales en jóvenes.....	357
3.2.3.2. Síntomas Motivacionales en adultos. ....	362
3.2.3.3. Síntomas Motivacionales en personas de edad avanzada. ....	370
3.2.3.4. Conclusiones para los síntomas Motivacionales .....	375
3.2.3.4.1 Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los distintos síntomas Motivacionales. ....	376
3.2.3.4.2 Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Motivacionales.....	377
3.2.4. Análisis de los Síntomas Afectivos. ....	381
3.2.4.1. Síntomas Afectivos en jóvenes.....	381
3.2.4.2. Síntomas Afectivos edad en adultos.....	395
3.2.4.3. Síntomas Afectivos en personas de edad avanzada.....	413
3.2.4.4. Conclusiones para los síntomas Afectivos. ....	420
3.2.4.4.1. Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los distintos síntomas Afectivos. ....	420
3.2.4.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Afectivos.....	425
3.2.5. Análisis de los Síntomas Conductuales. ....	433
3.2.5.1. Síntomas Conductuales en jóvenes....	433
3.2.5.2. Síntomas Conductuales en adultos.....	436
3.2.5.3. Síntomas Conductuales en personas de edad avanzada.....	442
3.2.5.4. Conclusiones para los síntomas Conductuales. ....	447
3.2.5.4.1. Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los distintos síntomas Conductuales. ....	448
3.2.5.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Conductuales. ....	450
3.2.6. Análisis de los Síntomas Cognitivos.....	454

---

3.2.6.1. Síntomas Cognitivos en jóvenes .....	454
3.2.6.2. Síntomas Cognitivos en adultos.....	466
3.2.6.3. Síntomas Cognitivos en personas de avanzada edad.....	484
3.2.6.4. Conclusiones para los síntomas Cognitivos.....	491
3.2.6.4.1. Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los distintos síntomas Cognitivos. ....	492
3.2.6.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Cognitivos. ....	503
<b>IV. Discusión</b>	
<b>Discusión</b> .....	509
<b>V. Conclusiones</b>	
<b>5.1. Conclusiones</b> .....	593
5.2. Dificultades encontradas.....	625
5.3. Implicaciones prácticas.....	625
5.4. Futuras líneas de investigación.....	626
<b>VI. Referencias Bibliográficas</b> .....	627
<b>VII. Anexos</b>	
<b>Anexo 1:</b> Cuestionario sociodemográfico .....	661
<b>Anexo 2:</b> Inventario de Síntomas Depresivos Riquelme et al. (2005) .....	665
<b>Anexo 3:</b> Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión ( <i>Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D</i> ) <i>Minimental State Examination (Test de Folstein)</i> .....	677
<b>Anexo 4:</b> Entrevista estructurada para la evaluación de trastornos emocionales (MINI). <i>International Neuropsychiatric Interview</i> . Versión en Español 5.0.0. ....	669



# ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

## I. PARTE TEÓRICA

### ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1.1.1.-</b> Definición de la depresión. ....	7
<b>Cuadro 1.1.2.-</b> Clasificación de los trastornos del estado de ánimo DSM-IV-TR (APA, 2000).....	8
<b>Cuadro 1.1.3.-</b> Clasificación de los trastornos del humor CIE-10 (OMS,1992).....	9
<b>Cuadro 1.1.4.-</b> Distintos conceptos de la depresión.....	10
<b>Cuadro 1.1.5.-</b> Correspondencia entre los vectores de la vitalidad y las dimensiones depresivas. Modelo Tetradimensional (Alonso-Fernández, 1998). ....	11
<b>Cuadro 1.1.6.-</b> Factores psicosociales relacionados con la depresión. ....	15
<b>Cuadro 1.1.7.-</b> Resumen de los resultados de Van Grootheest, et al. (1999). ....	24
<b>Cuadro 1.1.8.-</b> La depresión en Atención Primaria. ....	33
<b>Cuadro 1.1.9.</b> Criterios diagnósticos para la depresión ansiosa de la CIE-11-APA (OMS, 2011). ....	34
<b>Cuadro 1.1.10.</b> Criterios diagnósticos para la depresión ansiosa de la CIE-11-APA (OMS, 2011).....	36
<b>Cuadro 1.1.11.-</b> Inclusiones que presenta el DSM-V (APA, 2013). ....	38
<b>Cuadro 1.1.12.-</b> Cambios que introduce el DSM-V (APA, 2013).....	39
<b>Cuadro 1.1.13.-</b> Criterios para los episodios depresivos según la CIE-10 (OMS, 1992). ....	40
<b>Cuadro 1.1.14.-</b> Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR (APA, 2000). ....	42
<b>Cuadro 1.1.15.-</b> Criterios para el diagnóstico del Desorden Depresivo Mayor DSM-V (APA, 2013).....	43

<b>Cuadro 1.1.16.-</b> Medidas de screening para la depresión en adultos (adaptado de Sharp y Lipsky, 2002). .....	45
<b>Cuadro 1.1.17.-</b> Diagnóstico diferencial de la depresión, APA (2000). .....	47
<b>Cuadro 1.1.18.-</b> Pautas de actuación médica en atención primaria. ....	50
<b>Cuadro 1.1.19.-</b> Fármacos más frecuentes en el tratamiento de la depresión. ....	51
<b>Cuadro 1.1.20.-</b> Psicoterapias más frecuentes en el tratamiento de la depresión. ....	51
<b>Cuadro 1.1.21.-</b> Requisitos previos al plan terapéutico (tomado de Chinchilla, 2003). .....	52
<b>Cuadro 1.1.22.-</b> Niveles del Modelo Conceptual (Folkman, 2008). .....	53
<b>Cuadro 1.2.23.-</b> Hipótesis para explicar la depresión de Cova (2005). .....	64
<b>Cuadro 1.2.24.-</b> Criterios diagnósticos del DSM-V para la depresión premenstrual (APA, 2013). .....	68
<b>Cuadro 1.2.25.-</b> Resumen de las características diferenciales en la depresión entre hombres y mujeres. ....	81
<b>Cuadro 1.2.26.-</b> Diferencias de género (Ezcurra, 2006). ....	97
<b>Cuadro 1.2.27.-</b> Criterios del DSM-V para el desorden de comportamiento suicida asociado con la exposición al alcohol durante la gestación (APA, 2013). ....	107
<b>Cuadro 1.3.28.-</b> Elementos de interés a tener en cuenta en la atención primaria respecto a la depresión (adaptado de Zarrogoitia, 2006). .....	154

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1.1.1.-</b> Relación entre desigualdades sociales y salud. ....	20
<b>Figura 1.1.2.-</b> Factores asociados con la cronicidad y la remisión de la depresión según Alexopoulos y Chester (1992). ....	49
<b>Figura 1.2.3.-</b> Evolución de la vulnerabilidad de la mujer ante la depresión. ....	62
<b>Figura 1.2.4.-</b> Base de las diferencias de género en la depresión. ....	63
<b>Figura 1.2.5.-</b> Modelo de feminidad de Kaplan (1986). ....	74
<b>Figura 1.2.6.-</b> Categorización feminidad – masculinidad. ....	76
<b>Figura 1.2.7.-</b> Reacción emocional del abuso sexual (Echeburúa 2010). ....	90

## **ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1.3.1.-</b> Carga de enfermedad en el año 1990 y estimación para el año 2020 (Adaptado de Ayuso, 2004).....	125
<b>Tabla 1.3.2.-</b> Posición que ocupa la depresión en distintos países entre las principales causas de AVAD en el mundo (estimaciones para el año 2000, adaptado de Ayuso, 2004) .....	126
<b>Tabla 1.3.3.-</b> Posición que ocupan los trastornos mentales como generadores de carga de enfermedad (Adaptado de Prieto, 2002 y WHO, 1999). .....	128
<b>Tabla 1.3.4.-</b> Prevalencia (en porcentaje) de depresión en algunos países de América Latina y el Caribe (Adaptado de Kohn et al., 2005) .....	133
<b>Tabla 1.3.5.-</b> Diferencias en la depresión en función del país. ....	141

## **II. PARTE EMPIRICA**

### **ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 2.1.-</b> Estadístico descriptivo según el país.....	182
<b>Tabla 2.2.-</b> Estadístico descriptivo según el género y el país.....	182
<b>Tabla 2.3.-</b> Chi.Cuadrado de Pearson.....	183
<b>Tabla 2.4.-</b> Estadístico descriptivo según rango de edad de los países España y Cuba.....	184
<b>Tabla 2.5.-</b> Estadístico descriptivo edad agrupada y país. ....	185
<b>Tabla 2.6.-</b> Chi.Cuadrado de Pearson.....	185
<b>Tabla 2.7.-</b> Descripción de la muestra según el estado civil y el país. ....	186
<b>Tabla 2.8.-</b> Chi.Cuadrado de Pearson.....	187
<b>Tabla 2.9.-</b> Descripción de la muestra del nivel educativo según el país. ....	188
<b>Tabla 2.10.-</b> Chi.Cuadrado de Pearson.....	189
<b>Tabla 2.11.-</b> Descripción de la situación laboral según el país .....	191
<b>Tabla 2.12.-</b> Chi.Cuadrado de Pearson.....	191
<b>Tabla 2.13.-</b> Descripción de la economía familiar según el país.....	193

<b>Tabla 2.14.-</b> Chi.Cuadrado de Pearson .....	194
<b>Tabla 2.15.-</b> Descripción de la vivencia de enfermedad según el país. ....	195
<b>Tabla 2.16.-</b> Chi.Cuadrado de Pearson .....	196
<b>Tabla 2.17.-</b> Descripción de enfermedad según el país .....	197
<b>Tabla 2.18.-</b> Chi.Cuadrado de Pearson .....	197
<b>Tabla 2.19.-</b> Descripción de la muestra según tipo de población y país. ....	199

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 2.1.-</b> Diferencia en el estado civil según el país.....	187
<b>Gráfico 2.2.-</b> Diferencias en el nivel educativo según el país.....	189
<b>Gráfico 2.3.-</b> Diferencias en la situación laboral según el país .....	192
<b>Gráfico 2.4.-</b> Diferencias en la economía familiar según el país .....	194
<b>Gráfico 2.5.-</b> Diferencias en la vivencia de salud según el país.....	196
<b>Gráfico 2.6.-</b> Diferencias en personas que padecen enfermedad según el país.....	198

## **III. RESULTADOS**

### **ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 3.1.1.</b> Resultados de los Síntomas Físicos. ....	205
<b>Tabla 3.1.2.</b> Resumen de las diferencias en los valores de los Síntomas Físicos. ....	215
<b>Tabla 3.1.3.</b> Resumen de las Interacciones significativas de los Síntomas Físicos. ....	218
<b>Tabla 3.1.4</b> Resultados de los Síntomas Interpersonales.....	220
<b>Tabla 3.1.5.</b> Resumen de las diferencias en los valores Síntomas Interpersonales.....	224
<b>Tabla 3.1.6.</b> Resumen de las Interacciones significativas de los Síntomas Interpersonales.....	225

<b>Tabla 3.1.7.</b> Resultados de los Síntomas Motivacionales.....	228
<b>Tabla 3.1.8.</b> Resumen de las diferencias en los Síntomas Motivacionales.....	233
<b>Tabla 3.1.9.</b> Resumen de las Interacciones significativas de los Síntomas Motivacionales .....	235
<b>Tabla 3.1.10.</b> Resultados de los Síntomas Afectivos.....	238
<b>Tabla 3.1.11.</b> Resumen de las diferencias en los Síntomas Afectivos. ....	254
<b>Tabla 3.1.12.</b> Resumen de las Interacciones significativas de los Síntomas Afectivos.....	257
<b>Tabla 3.1.13.</b> Resultados de los Síntomas Conductuales.....	264
<b>Tabla 3.1.14.</b> Resumen de las diferencias en los Síntomas Conductuales. ....	269
<b>Tabla 3.1.15.</b> Resumen de las Interacciones significativas de los Síntomas Conductuales.....	270
<b>Tabla 3.1.16</b> Resultados de los Síntomas Cognitivos.....	274
<b>Tabla 3.1.17.</b> Resumen de las diferencias en los Síntomas Cognitivos .....	289
<b>Tabla 3.1.18.</b> Resumen de las Interacciones significativas de los Síntomas Cognitivos .....	293

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 3.1.1.1.</b> Sexo*TP. Tener pesadillas o sueño intranquilo. ....	207
<b>Gráfico 3.1.1.2.</b> Sexo*TP. Perder peso sin proponérselo. ....	207
<b>Gráfico 3.1.1.3.</b> Sexo*País. Perder peso sin proponérselo.....	208
<b>Gráfico 3.1.1.4.</b> Sexo*País. Estado de ánimo peor por la mañana.....	208
<b>Gráfico 3.1.1.5.</b> TP*País. Sentirse enlentecido .....	209
<b>Gráfico 3.1.1.6.</b> TP*País. Encontrarse más fatigado de lo normal .....	210
<b>Gráfico 3.1.1.7.</b> TP*País. Ganar peso sin proponérselo .....	210
<b>Gráfico 3.1.1.8.</b> TP*País. Perder peso sin proponérselo. ....	211
<b>Gráfico 3.1.1.9.</b> Sexo*TP*País. Más molestias y dolores de lo habitual en España.....	212
<b>Gráfico 3.1.1.10.</b> Sexo*TP*País. Más molestias y dolores de lo habitual en Cuba .....	212
<b>Gráfico 3.1.1.11.</b> Sexo*TP*País. Tener pesadillas o sueño intranquilo en España .....	212

<b>Gráfico 3.1.1.12.</b> Sexo*TP*País. Tener pesadillas o sueño intranquilo en Cuba.....	212
<b>Gráfico 3.1.2.1.</b> Sexo*País. Tendencia a aislarse. ....	221
<b>Gráfico 3.1.2.2.</b> TP*País. Tendencia a aislarse. ....	222
<b>Gráfico 3.1.2.3.</b> TP*País. Hablar menos de lo habitual.....	222
<b>Gráfico 3.1.3.1.</b> TP*País. Falta de interés por todo o casi todo.....	229
<b>Gráfico 3.1.3.2.</b> TP*País. Dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.....	230
<b>Gráfico 3.1.3.3.</b> TP*País. Disminución de interés sexual. ....	230
<b>Gráfico 3.1.3.4.</b> Sexo*TP*País. Falta de interés por todo o casi todo en España.....	231
<b>Gráfico 3.1.3.5.</b> Sexo*TP*País. Falta de interés por todo o casi todo en Cuba.....	231
<b>Gráfico 3.1.3.6.</b> Sexo*TP*País. Disminución de interés sexual en España. ....	232
<b>Gráfico 3.1.3.7.</b> Sexo*TP*País. Disminución de interés sexual en Cuba. ....	232
<b>Gráfico 3.1.4.1.</b> Sexo*País. Pensar en la posibilidad de quitarse la vida.....	241
<b>Gráfico 3.1.4.2.</b> Sexo*País. Pensar sobre la forma de quitarse la vida.....	241
<b>Gráfico 3.1.4.3.</b> Sexo*TP. Pérdida de confianza en sí mismo .....	242
<b>Gráfico 3.1.4.4.</b> Sexo*TP. Hacerse o temer hacerse daño.....	242
<b>Gráfico 3.1.4.5.</b> Sexo*País. Hacerse o temer hacerse daño. ....	243
<b>Gráfico 3.1.4.6.</b> Sexo*País. Sentirse vacío sin sentimientos.....	243
<b>Gráfico 3.1.4.7.</b> Sexo*País. No alegrarse por las cosas buenas que le pasaban.....	244
<b>Gráfico 3.1.4.8.</b> Sexo*País. Estado de ánimo peor por la mañana. ....	244
<b>Gráfico 3.1.4.9.</b> TP*País. Criticarse a sí mismo. ....	245
<b>Gráfico 3.1.4.10.</b> TP*País. Sentirse triste o abatido.....	245
<b>Gráfico 3.1.4.11.</b> TP*País. Sentirse inquieto algo malo ocurrirá .....	246
<b>Gráfico 3.1.4.12.</b> TP*País. Más irritable de lo normal .....	246
<b>Gráfico 3.1.4.13.</b> TP*País. Más miedo de lo habitual sin razón concreta.....	247
<b>Gráfico 3.1.4.14.</b> TP*País. Sentirse vacío sin sentimientos.....	247
<b>Gráfico 3.1.4.15.</b> TP*País. Tener sentimientos de culpa .....	248
<b>Gráfico 3.1.4.16.</b> Sexo*TP*País. Sentirse poco valiosa en España .....	249

---

<b>Gráfico 3.1.4.17.</b> Sexo*TP*País. Sentirse poco valiosa en Cuba .....	249
<b>Gráfico 3.1.4.18.</b> Sexo*TP*País. Disminución de satisfacción con la vida en España .....	249
<b>Gráfico 3.1.4.19.</b> Sexo*TP*País. Disminución de satisfacción con la vida en Cuba.....	249
<b>Gráfico 3.1.4.20.</b> Sexo*TP*País. Pensar en la posibilidad de quitarse la vida en España. ....	250
<b>Gráfico 3.1.4.21.</b> Sexo*TP*País. Pensar en la posibilidad de quitarse la vida en Cuba.....	250
<b>Gráfico 3.1.4.22.</b> Sexo*TP*País. Pensar sobre la forma de quitarse la vida en España .....	250
<b>Gráfico 3.1.4.23.</b> Sexo*TP*País. Pensar sobre la forma de quitarse la vida en Cuba.....	250
<b>Gráfico 3.1.4.24.</b> Sexo*TP*País. Sentirse inútil en España.....	251
<b>Gráfico 3.1.4.25.</b> Sexo*TP*País. Sentirse inútil en España.....	251
<b>Gráfico 3.1.4.26.</b> Sexo*TP*País. Sensación nueva de haber perdido algo importante en España. ....	252
<b>Gráfico 3.1.4.27.</b> Sexo*TP*País. Sensación nueva de haber perdido algo importante en Cuba. ....	252
<b>Gráfico 3.1.5.1.</b> Sexo*País. Consumir más alcohol de lo habitual.....	265
<b>Gráfico 3.1.5.2.</b> TP*País. Hablar menos de lo habitual. ....	266
<b>Gráfico 3.1.5.3.</b> TP*País. Disminución del nivel de actividad .....	266
<b>Gráfico 3.1.5.4.</b> TP*País. Dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merece esfuerzo.....	267
<b>Gráfico 3.1.6.1.</b> Sexo*TP. Pensar en la posibilidad de quitarse la vida .....	276
<b>Gráfico 3.1.6.2.</b> Sexo*TP. Pensar sobre la forma de quitarse la vida .....	277
<b>Gráfico 3.1.6.3.</b> Sexo*TP. Hacerse o temer hacerse daño.....	277
<b>Gráfico 3.1.6.4.</b> Sexo*TP. Tendencia a pensar cosas desagradables del pasado .....	278
<b>Gráfico 3.1.6.5.</b> Sexo*País. Pensamiento especialmente lento .....	278

---

<b>Gráfico 3.1.6.6.</b> Sexo*País. Hacerse o temer hacerse daño .....	279
<b>Gráfico 3.1.6.7.</b> Sexo*País. Trabajo para tomar decisiones.....	279
<b>Gráfico 3.1.6.8.</b> Sexo*País. Creer incapaz de resolver sus problemas .....	280
<b>Gráfico 3.1.6.9.</b> Sexo*País. Problemas para concentrarse .....	280
<b>Gráfico 3.1.6.10.</b> Sexo*País. Especialmente pesimista.....	281
<b>Gráfico 3.1.6.11.</b> TP*País. Pensamiento especialmente lento .....	281
<b>Gráfico 3.1.6.12.</b> TP*País. Trabajo para tomar decisiones. ....	282
<b>Gráfico 3.1.6.13.</b> TP*País. Incapaz de resolver sus problemas.....	282
<b>Gráfico 3.1.6.14.</b> TP*País. Sentirse inquieto algo malo ocurrirá .....	283
<b>Gráfico 3.1.6.15.</b> TP*País. Problemas para concentrarse.....	283
<b>Gráfico 3.1.6.16.</b> TP*País. Sentirse especialmente pesimista .....	284
<b>Gráfico 3.1.6.17.</b> TP*País. Tener más problemas de memoria de lo habitual.....	284
<b>Gráfico 3.1.6.18.</b> Sexo*TP*País. Sentirse poco valioso en España .....	285
<b>Gráfico 3.1.6.19.</b> Sexo*TP*País. Sentirse poco valioso en Cuba .....	285
<b>Gráfico 3.1.6.20.</b> Sexo*TP*País. Percepción de cosas que otros no perciben y creen inexistentes en España .....	286
<b>Gráfico 3.1.6.21.</b> Sexo*TP*País. Percepción de cosas que otros no perciben y creen inexistentes en Cuba .....	286
<b>Gráfico 3.1.6.22.</b> Sexo*TP*País. Pensar en la posibilidad de quitarse la vida en España.....	286
<b>Gráfico 3.1.6.23.</b> Sexo*TP*País. Pensar en la posibilidad de quitarse la vida en Cuba.....	286
<b>Gráfico 3.1.6.24.</b> Sexo*TP*País. Pensar sobre la forma de quitarse la vida en España.....	287
<b>Gráfico 3.1.6.25.</b> Sexo*TP*País. Pensar sobre la forma de quitarse la vida en Cuba .....	287
<b>Gráfico 3.1.6.26.</b> Sexo*TP*País. Tendencia a pensar cosas desagradables del pasado en España .....	288
<b>Gráfico 3.1.6.27.</b> Sexo*TP*País. Tendencia a pensar cosas desagradables del pasado en Cuba .....	288

---

## RESULTADOS DE SÍNTOMAS POR RANGOS DE EDAD

### ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 3.2.1.1.</b> Síntomas Físicos en los jóvenes .....	302
<b>Tabla 3.2.1.2.</b> Síntomas Físicos en los adultos.....	309
<b>Tabla 3.2.1.3.</b> Síntomas Físicos en las personas de avanzada edad .....	319
<b>Tabla 3.2.1.4.1.</b> Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas físicos.....	329
<b>Tabla 3.2.1.4.2.</b> Interacciones significantes para cada rango de edad en los síntomas físicos.....	334
<b>Tabla 3.2.2.1.</b> Síntomas Interpersonales en los jóvenes .....	338
<b>Tabla 3.2.2.2.</b> Síntomas Interpersonales en los adultos.....	343
<b>Tabla 3.2.2.3.</b> Síntomas Interpersonales en las personas de edad avanzada .....	349
<b>Tabla 3.2.2.4.1.</b> Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas Interpersonales.....	353
<b>Tabla 3.2.2.4.2.</b> Interacciones significantes para cada rango de edad en los síntomas Interpersonales. ....	356
<b>Tabla 3.2.3.1.</b> Síntomas Motivacionales en los jóvenes.....	358
<b>Tabla 3.2.3.2.</b> Síntomas Motivacionales en los adultos .....	363
<b>Tabla 3.2.3.3.</b> Síntomas Motivacionales en las personas de avanzada edad.....	372
<b>Tabla 3.2.3.4.1.</b> Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas Motivacionales.....	377
<b>Tabla 3.2.3.4.2.</b> Interacciones significantes para cada rango de edad en los síntomas Motivacionales. ....	380
<b>Tabla 3.2.4.1.</b> Síntomas Afectivos en los jóvenes.....	382
<b>Tabla 3.2.4.2.</b> Síntomas Afectivos en los adultos .....	397
<b>Tabla 3.2.4.3.</b> Síntomas Afectivos en las personas de avanzada edad.....	415
<b>Tabla 3.2.4.4.1.</b> Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas Afectivos.....	423

<b>Tabla 3.2.4.4.2.</b> Interacciones significantes para cada rango de edad en los síntomas Afectivos .....	430
<b>Tabla 3.2.5.1.</b> Síntomas Conductuales en los jóvenes.....	434
<b>Tabla 3.2.5.2.</b> Síntomas Conductuales en los adultos.....	438
<b>Tabla 3.2.5.3.</b> Síntomas Conductuales en las personas de avanzada edad.....	444
<b>Tabla 3.2.5.4.1.</b> Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas Conductuales.....	450
<b>Tabla 3.2.5.4.2.</b> Interacciones significantes para cada rango de edad en los síntomas Conductuales .....	453
<b>Tabla 3.2.6.1.</b> Síntomas Cognitivos en los jóvenes .....	455
<b>Tabla 3.2.6.2.</b> Síntomas Cognitivos en los adultos.....	468
<b>Tabla 3.2.6.3.</b> Síntomas Cognitivos en las personas de avanzada edad .....	486
<b>Tabla 3.2.6.4.1.</b> Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas Cognitivos.....	494
<b>Tabla 3.2.6.4.2.</b> Interacciones significantes para cada rango de edad en los síntomas Cognitivos .....	502

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 3.2.1.1.1.</b> Dificultad para dormirse. ....	304
<b>Gráfico 3.2.1.1.2.</b> Perder peso sin proponérselo .....	305
<b>Gráfico 3.2.1.1.3.</b> Disminución del apetito .....	305
<b>Gráfico 3.2.1.1.4.</b> Encontrarse más fatigado de lo normal.....	306
<b>Gráfico 3.2.1.1.5.</b> Dormir menos de lo habitual en España .....	307
<b>Gráfico 3.2.1.1.6.</b> Dormir menos de lo habitual en Cuba .....	307
<b>Gráfico 3.2.1.2.1.</b> Aumento de apetito .....	311
<b>Gráfico 3.2.1.2.2.</b> Disminución del apetito .....	311
<b>Gráfico 3.2.1.2.3.</b> Aumento de apetito .....	312
<b>Gráfico 3.2.1.2.4.</b> Dormir más de lo habitual.....	312

---

<b>Gráfico 3.2.1.2.5.</b> Estado de ánimo peor por la mañana.....	313
<b>Gráfico 3.2.1.2.6.</b> Dificultad para estar quieto .....	313
<b>Gráfico 3.2.1.2.7.</b> Sentirse entendido.....	314
<b>Gráfico 3.2.1.2.8.</b> Despertar antes de lo habitual .....	314
<b>Gráfico 3.2.1.2.9.</b> Dificultad para dormirse .....	315
<b>Gráfico 3.2.1.2.10.</b> Sudores, Palpitaciones, Temblores y otros síntomas de nerviosismo .....	315
<b>Gráfico 3.2.1.2.11.</b> Disminuido su apetito en España .....	316
<b>Gráfico 3.2.1.2.12.</b> Disminuido su apetito en Cuba.....	316
<b>Gráfico 3.2.1.2.13.</b> Tener pesadillas o sueño intranquilo en España .....	317
<b>Gráfico 3.2.1.2.14.</b> Tener pesadillas o sueño intranquilo en Cuba.....	317
<b>Gráfico 3.2.1.3.1.</b> Disminuido el apetito.....	321
<b>Gráfico 3.2.1.3.2.</b> Estado de ánimo peor por la mañana.....	322
<b>Gráfico 3.2.1.3.3.</b> Dormir más de lo habitual .....	322
<b>Gráfico 3.2.1.3.4.</b> Tener pesadillas o sueño intranquilo.....	323
<b>Gráfico 3.2.1.3.5.</b> Perder peso sin proponérselo.....	323
<b>Gráfico 3.2.1.3.6.</b> Sentirse entendido en España .....	324
<b>Gráfico 3.2.1.3.7.</b> Sentirse entendido en Cuba.....	324
<b>Gráfico 3.2.1.3.8.</b> Dormir más de lo habitual en España.....	325
<b>Gráfico 3.2.1.3.9.</b> Dormir más de lo habitual en Cuba .....	325
<b>Gráfico 3.2.2.1.1.</b> Tendencia a aislarse.....	339
<b>Gráfico 3.2.2.1.2.</b> Tendencia a aislarse.....	340
<b>Gráfico 3.2.2.1.3.</b> Hablar menos de lo habitual en España .....	341
<b>Gráfico 3.2.2.1.4.</b> Hablar menos de lo habitual en Cuba.....	341
<b>Gráfico 3.2.2.2.1.</b> Tenido más problemas de lo habitual .....	344
<b>Gráfico 3.2.2.2.2.</b> Tendencia a aislarse.....	345
<b>Gráfico 3.2.2.2.3.</b> Tendencia a aislarse .....	345
<b>Gráfico 3.2.2.2.4.</b> Tendencia a aislarse en España .....	346

---

<b>Gráfico 3.2.2.2.5.</b> Tendencia a aislarse en Cuba .....	346
<b>Gráfico 3.2.2.2.6.</b> Ha tenido más problemas de lo habitual en España.....	347
<b>Gráfico 3.2.2.2.7.</b> Ha tenido más problemas de lo habitual en España.....	347
<b>Gráfico 3.2.2.2.8.</b> Hablar menos de lo habitual en España.....	347
<b>Gráfico 3.2.2.2.9.</b> Hablar menos de lo habitual en Cuba .....	347
<b>Gráfico 3.2.2.3.1.</b> Hablar menos de lo habitual .....	350
<b>Gráfico 3.2.3.1.1.</b> Pérdida de interés por cosas que le agradaban.....	360
<b>Gráfico 3.2.3.1.2.</b> Disminución de interés sexual.....	360
<b>Gráfico 3.2.3.1.3.</b> Falta de interés por todo o casi todo .....	361
<b>Gráfico 3.2.3.2.1.</b> Dejar de experimentar placer .....	364
<b>Gráfico 3.2.3.2.2.</b> Falta de interés por todo o casi todo .....	365
<b>Gráfico 3.2.3.2.3.</b> Pérdida de interés por cosas que le agradaban.....	365
<b>Gráfico 3.2.3.2.4.</b> Disminución de interés.....	366
<b>Gráfico 3.2.3.2.5.</b> Dejar de experimentar placer .....	367
<b>Gráfico 3.2.3.2.6.</b> Falta de interés por todo o casi todo .....	367
<b>Gráfico 3.2.3.2.7.</b> Pérdida de interés por cosas que le agradaban.....	368
<b>Gráfico 3.2.3.2.8.</b> Disminución de interés.....	368
<b>Gráfico 3.2.3.2.9.</b> Dejar de experimentar placer en España.....	369
<b>Gráfico 3.2.3.2.10.</b> Dejar de experimentar placer en Cuba .....	369
<b>Gráfico 3.2.3.2.11.</b> Pérdida de interés por cosas que le agradan en España .....	370
<b>Gráfico 3.2.3.2.12.</b> Pérdida de interés por cosas que le agradan en Cuba.....	370
<b>Gráfico 3.2.3.3.1.</b> Dejar de experimentar placer .....	373
<b>Gráfico 3.2.3.3.2.</b> Pérdida de interés por cosas que le agradan.....	374
<b>Gráfico 3.2.3.3.3.</b> Dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merece esfuerzo .....	374
<b>Gráfico 3.2.3.3.4.</b> Dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merece esfuerzo .....	375

---

<b>Gráfico 3.2.4.1.1.</b> Pérdida de confianza en sí mismo .....	385
<b>Gráfico 3.2.4.1.2.</b> Sentirse poco valiosa .....	385
<b>Gráfico 3.2.4.1.3.</b> Pensar en la posibilidad de quitarse la vida.....	386
<b>Gráfico 3.2.4.1.4.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida .....	386
<b>Gráfico 3.2.4.1.5.</b> Pérdida de confianza en sí mismo .....	387
<b>Gráfico 3.2.4.1.6.</b> Estar preocupado sin razón concreta .....	387
<b>Gráfico 3.2.4.1.7.</b> Sentirse vacío sin sentimientos.....	388
<b>Gráfico 3.2.4.1.8.</b> Criticarse a sí mismo .....	389
<b>Gráfico 3.2.4.1.9.</b> Disminución de satisfacción con la vida .....	389
<b>Gráfico 3.2.4.1.10.</b> Sentirse triste o abatido.....	390
<b>Gráfico 3.2.4.1.11.</b> Pérdida de confianza en sí mismo .....	390
<b>Gráfico 3.2.4.1.12.</b> Sentirse poco valioso en España.....	391
<b>Gráfico 3.2.4.1.13.</b> Sentirse poco valioso en Cuba .....	391
<b>Gráfico 3.2.4.1.14.</b> Disminución de satisfacción con la vida en España .....	392
<b>Gráfico 3.2.4.1.15.</b> Disminución de satisfacción con la vida en Cuba .....	392
<b>Gráfico 3.2.4.1.16.</b> Pensar en la posibilidad de quitarse la vida en España .....	392
<b>Gráfico 3.2.4.1.17.</b> Pensar en la posibilidad de quitarse la vida en Cuba .....	392
<b>Gráfico 3.2.4.1.18.</b> Pensar en la forma de quitarse la vida en España.....	393
<b>Gráfico 3.2.4.1.19.</b> Pensar en la forma de quitarse la vida en Cuba .....	393
<b>Gráfico 3.2.4.1.20.</b> Sentimientos de fracaso en España .....	394
<b>Gráfico 3.2.4.1.21.</b> Sentimientos de fracaso en Cuba .....	394
<b>Gráfico 3.2.4.1.22.</b> Sentirse inútil en España.....	394
<b>Gráfico 3.2.4.1.23.</b> Sentirse inútil en Cuba .....	394
<b>Gráfico 3.2.4.2.1.</b> Disminución de satisfacción con la vida .....	399
<b>Gráfico 3.2.4.2.2.</b> Más irritable de lo normal .....	399
<b>Gráfico 3.2.4.2.3.</b> Disminución de la satisfacción de la vida .....	400
<b>Gráfico 3.2.4.2.4.</b> Hacerse o temer hacerse daño .....	401
<b>Gráfico 3.2.4.2.5.</b> Sentirse una carga para los demás .....	401
<b>Gráfico 3.2.4.2.6.</b> Sentirse más irritable de lo normal.....	402

---

<b>Gráfico 3.2.4.2.7.</b> Sentimientos de fracaso.....	402
<b>Gráfico 3.2.4.2.8.</b> No alegrarse por cosas buenas que pasan.....	403
<b>Gráfico 3.2.4.2.9.</b> Estado de ánimo peor por las mañanas.....	403
<b>Gráfico 3.2.4.2.10.</b> Disminución de la satisfacción con la vida.....	404
<b>Gráfico 3.2.4.2.11.</b> Sentirse bien o abatido.....	405
<b>Gráfico 3.2.4.2.12.</b> Pensar en la posibilidad de quitarse la vida.....	405
<b>Gráfico 3.2.4.2.13.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida.....	406
<b>Gráfico 3.2.4.2.14.</b> Pérdida de confianza en sí mismo.....	406
<b>Gráfico 3.2.4.2.15.</b> Más irritable de lo normal.....	407
<b>Gráfico 3.2.4.2.16.</b> Llorando.....	407
<b>Gráfico 3.2.4.2.17.</b> Más miedo de lo habitual sin razón concreta.....	408
<b>Gráfico 3.2.4.2.18.</b> Estar más preocupado sin razón concreta.....	408
<b>Gráfico 3.2.4.2.19.</b> Sentirse vacío sin sentimientos.....	409
<b>Gráfico 3.2.4.2.20.</b> Sentimientos de fracaso.....	409
<b>Gráfico 3.2.4.2.21.</b> Sentirse inútil.....	410
<b>Gráfico 3.2.4.2.22.</b> Sensación nueva de haber perdido algo importante.....	410
<b>Gráfico 3.2.4.2.23.</b> No alegrarse por cosas buenas que le pasaban.....	411
<b>Gráfico 3.2.4.2.24.</b> Más irritable de lo normal en España.....	412
<b>Gráfico 3.2.4.2.25.</b> Más Irritable de lo normal en Cuba.....	412
<b>Gráfico 3.2.4.2.26.</b> Sentimientos de fracaso en España.....	412
<b>Gráfico 3.2.4.2.27.</b> Sentimientos de fracaso en Cuba.....	412
<b>Gráfico 3.2.4.2.28.</b> Sensación nueva de haber perdido algo importante en España.....	413
<b>Gráfico 3.2.4.2.29.</b> Sensación nueva de haber perdido algo importante en Cuba.....	413
<b>Gráfico 3.2.4.3.1.</b> Criticarse así mismo.....	417
<b>Gráfico 3.2.4.3.2.</b> No alegrarse por cosas buenas que le pasaban.....	418
<b>Gráfico 3.2.4.3.3.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida en España.....	419
<b>Gráfico 3.2.4.3.4.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida en Cuba.....	419
<b>Gráfico 3.2.4.3.5.</b> No alegrarse por cosas buenas que le pasan en España.....	419
<b>Gráfico 3.2.4.3.6.</b> No alegrarse por cosas buenas que le pasan en Cuba.....	419

---

<b>Gráfico 3.2.5.1.1.</b> Empeorado su eficacia para hacer cosas .....	435
<b>Gráfico 3.2.5.1.2.</b> Disminución del nivel de actividad .....	436
<b>Gráfico 3.2.5.2.1.</b> Consumido más alcohol de lo habitual .....	439
<b>Gráfico 3.2.5.2.2.</b> Empeorado su eficacia para hacer las cosas.....	440
<b>Gráfico 3.2.5.2.3.</b> Llorando .....	440
<b>Gráfico 3.2.5.2.4.</b> Disminución del nivel de actividad .....	441
<b>Gráfico 3.2.5.2.5.</b> Hablar menos de lo habitual en España .....	442
<b>Gráfico 3.2.5.2.6.</b> Hablar menos de lo habitual en Cuba.....	442
<b>Gráfico 3.2.5.3.1.</b> Consumiendo más alcohol de lo habitual.....	445
<b>Gráfico 3.2.5.3.2.</b> Dejar de hacer las cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.....	446
<b>Gráfico 3.2.5.3.3.</b> Hablar menos de lo habitual.....	446
<b>Gráfico 3.2.5.3.4.</b> Dejar de hacer cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.....	447
<b>Gráfico 3.2.6.1.1.</b> Sentirse poco valiosa .....	458
<b>Gráfico 3.2.6.1.2.</b> Pensar sobre la posibilidad de quitarse la vida.....	459
<b>Gráfico 3.2.6.1.3.</b> Criticar a sí mismo.....	459
<b>Gráfico 3.2.6.1.4.</b> Percepción de cosas que otros no perciben y creen inexistentes .....	460
<b>Gráfico 3.2.6.1.5.</b> Comunicación o pensamientos extraños que otros creen falsos.....	460
<b>Gráfico 3.2.6.1.6.</b> Pensamiento especialmente lento .....	461
<b>Gráfico 3.2.6.1.7.</b> Problemas para concentrarse .....	461
<b>Gráfico 3.2.6.1.8.</b> Tener más problemas de memoria que lo habitual .....	462
<b>Gráfico 3.2.6.1.9.</b> Sentirse poco valiosa en España .....	463
<b>Gráfico 3.2.6.1.10.</b> Sentirse poco valiosa en Cuba .....	463
<b>Gráfico 3.2.6.1.11.</b> Convicción o pensamientos extraños que otros creen falsos en España .....	463

---

<b>Gráfico 3.2.6.1.12.</b> Convicción o pensamientos extraños que otros creen falsos en Cuba .....	463
<b>Gráfico 3.2.6.1.13.</b> Pensar en la posibilidad de quitarse la vida en España .....	464
<b>Gráfico 3.2.6.1.14.</b> Pensar en la posibilidad de quitarse la vida en Cuba.....	464
<b>Gráfico 3.2.6.1.15.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida en España .....	465
<b>Gráfico 3.2.6.1.16.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida en Cuba.....	465
<b>Gráfico 3.2.6.1.17.</b> Crees incapaz de resolver sus problemas en España.....	465
<b>Gráfico 3.2.6.1.18.</b> Crees incapaz de resolver sus problemas en Cuba .....	465
<b>Gráfico 3.2.6.2.1.</b> Hacerse o temer hacerse daño .....	470
<b>Gráfico 3.2.6.2.2.</b> Trabajo para tomas decisiones .....	471
<b>Gráfico 3.2.6.2.3.</b> Creerse incapaz de resolver sus problemas.....	471
<b>Gráfico 3.2.6.2.4.</b> Especialmente pesimista.....	472
<b>Gráfico 3.2.6.2.5.</b> Pensamiento especialmente lento.....	472
<b>Gráfico 3.2.6.2.6.</b> Problemas para concentrarse .....	473
<b>Gráfico 3.2.6.2.7.</b> Percepción de cosas que otros no perciben y creen inexistentes.....	474
<b>Gráfico 3.2.6.2.8.</b> Convicción o pensamiento extraños que otros creen falsos .....	474
<b>Gráfico 3.2.6.2.9.</b> Tendencia a pensar cosas desagradables del pasado.....	475
<b>Gráfico 3.2.6.2.10.</b> Pensar que sus problemas no tienen solución.....	475
<b>Gráfico 3.2.6.2.11.</b> Pensar sobre la posibilidad de quitarse la vida.....	476
<b>Gráfico 3.2.6.2.12.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida.....	476
<b>Gráfico 3.2.6.2.13.</b> Pensamiento especialmente lento.....	477
<b>Gráfico 3.2.6.2.14.</b> Trabajo para tomar decisiones.....	477
<b>Gráfico 3.2.6.2.15.</b> Creer incapaz para resolver sus problemas .....	478
<b>Gráfico 3.2.6.2.16.</b> Problemas para concentrarse .....	478
<b>Gráfico 3.2.6.2.17.</b> Especialmente pesimista .....	479
<b>Gráfico 3.2.6.2.18.</b> Estar preocupado sin razón concreta.....	479
<b>Gráfico 3.2.6.2.19.</b> Tenemos más problemas de memoria de lo habitual .....	480
<b>Gráfico 3.2.6.2.20.</b> Pensamiento especialmente lento en España .....	481
<b>Gráfico 3.2.6.2.21.</b> Pensamiento especialmente lento en Cuba .....	481

<b>Gráfico 3.2.6.2.22.</b> Trabajo para tomar decisiones en España.....	481
<b>Gráfico 3.2.6.2.23.</b> Trabajo para tomar decisiones en Cuba .....	481
<b>Gráfico 3.2.6.2.24.</b> Creerse incapaz de resolver sus problemas en España .....	482
<b>Gráfico 3.2.6.2.25.</b> Creerse incapaz de resolver sus problemas en Cuba .....	482
<b>Gráfico 3.2.6.2.26.</b> Problemas para concentrarse en España .....	483
<b>Gráfico 3.2.6.2.27.</b> Problemas para concentrarse en Cuba.....	483
<b>Gráfico 3.2.6.2.28.</b> Especialmente pesimista en España.....	483
<b>Gráfico 3.2.6.2.29.</b> Especialmente pesimista en Cuba .....	483
<b>Gráfico 3.2.6.3.1.</b> Tendencia a pensar cosas desagradables.....	488
<b>Gráfico 3.2.6.3.2.</b> Criticarse a sí mismo .....	489
<b>Gráfico 3.2.6.3.3.</b> Pensamiento especialmente lento .....	490
<b>Gráfico 3.2.6.3.4.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida en España.....	491
<b>Gráfico 3.2.6.3.5.</b> Pensar sobre la forma de quitarse la vida en Cuba .....	491

## IV DISCUSIÓN

### ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 4.1.</b> Diferencias en sintomatología depresiva en función del género (Elaboración propia).....	520
<b>Cuadro 4.2.</b> Diferencias en sintomatología depresiva en función del país. (Elaboración propia).....	529
<b>Cuadro 4.3.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población normal, subclínica y clínica) en los síntomas Físicos. (Elaboración propia).....	535
<b>Cuadro 4.4.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población (normal, subclínica y clínica) en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia).....	537

<b>Cuadro 4.5.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población (normal, subclínica y clínica) en los síntomas Cognitivos.(Elaboración propia) .....	540
<b>Cuadro 4.6.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función del país en los síntomas Físicos. (Elaboración propia) .....	542
<b>Cuadro 4.7.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función del país en los síntomas Interpersonales. (Elaboración propia). .....	543
<b>Cuadro 4.8.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función del país en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia).....	544
<b>Cuadro 4.9.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función del país en los síntomas Cognitivos. (Elaboración propia) .....	546
<b>Cuadro 4.10.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Físicos. (Elaboración propia).....	548
<b>Cuadro 4.11.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas interpersonales. (Elaboración propia).....	549
<b>Cuadro 4.12.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Motivacionales. (Elaboración propia).....	550
<b>Cuadro 4.13.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia) .....	551
<b>Cuadro 4.14.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Conductuales. (Elaboración propia) .....	552
<b>Cuadro 4.15.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Cognitivos. (Elaboración propia). .....	553

---

<b>Cuadro 4.16.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones reciprocas de país y tipo de población en los síntomas Físicos. (Elaboración propia).....	555
<b>Cuadro 4.17.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones reciprocas de país y tipo de población en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia). (Continuación) .....	556
<b>Cuadro 4.18.</b> Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones reciprocas de país y tipo de población en los síntomas Cognitivos. (Elaboración propia) .....	558
<b>Cuadro 4.19.</b> Interacción sexo* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas físicos. (Elaboración propia).....	566
<b>Cuadro 4.20.</b> Interacción sexo* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas interpersonales. (Elaboración propia) .....	569
<b>Cuadro 4.21.</b> Interacción sexo* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas motivacionales. (Elaboración propia) .....	572
<b>Cuadro 4.22.</b> Interacción sexo* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas motivacionales. (Elaboración propia) .....	580
<b>Cuadro 4.23.</b> Interacción sexo* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas conductuales. (Elaboración propia) .....	584
<b>Cuadro 4.24.</b> Interacción sexo* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas cognitivos. (Elaboración propia) .....	593



# INTRODUCCIÓN

---



Dentro de las alteraciones psicológicas la depresión se viene anunciando como la más aventajada de todas y como la que hará tambalear más la calidad de vida, incluso nos atreveríamos a decir que puede tambalear también la “cantidad” de vida y no sólo la calidad, por ser una alteración mental que puede llegar a producir la muerte a través del suicidio. Las personas con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse (DSM-IV-TR, 2000). Muñoz (2005) defiende que la depresión es un factor de riesgo que conlleva importantes problemas de salud pública, este autor dice que si se pudiera reducir la prevalencia de la depresión se estaría mejorando la salud poblacional.

Los cambios acelerados en la forma de vida, la ruptura de las estructuras sociales y la ruptura del modelo de familia tradicional, son motivos que se atribuyen a la espiral ascendente de la depresión en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que 340 millones de personas sufren actualmente algunas de las formas de depresión clínica y ésta llegará a ser la primera causa de discapacidad y la segunda, después de la obesidad, que contribuya a la adquisición de enfermedades en el mundo para el año 2020 (WHO, 2008).

La OMS, (2012) señala que existe una fuerte vinculación entre enfermedad mental y suicidio. Los trastornos afectivos, y sobre todo la depresión, son los que más se relacionan con el suicidio. Así, la depresión aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, de manera que, según los estudios de Guze y Robins (2011) y Goodwin y Jamison (2012), hasta un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor pueden llegar a suicidarse. El suicidio es un fenómeno multifactorial que afecta, al menos, a un millón de personas a nivel mundial y que, en los últimos 45 años, ha aumentado su prevalencia en un 60% (OMS, 2012).

Cuando el cáncer comenzó a hacerse presente como un importante factor de riesgo que puede causar la muerte, toda la comunidad científica comenzó a evaluarlo e investigarlo con el objetivo de conocer su procedencia y su evolución, para poder así llegar al tratamiento y sobre todo a la prevención de algo que se presentaba tan

destrutivo para la humanidad. Pues bien, la depresión no ha tenido una entrada tan espectacular como el cáncer en nuestras vidas, pero tiene un poder que también es destructivo para la persona ya que afecta a todas las áreas de su vida, por lo que requiere atención y movilización de estudios e investigaciones que traten de llegar al origen de la depresión, con el fin de conocer cómo evoluciona, que factores están implicados en su inicio y desarrollo, a quién afecta en función del género, como afecta la cultura en su desarrollo, que tratamientos son efectivos y buscar formas de prevención.

Entender las diferencias entre hombres y mujeres en los factores que influyen en su predisposición, inicio y desarrollo de la depresión es importante por la elevada incidencia y el alto coste que tiene la depresión en la calidad de vida. La depresión es un trastorno más frecuente en la mujer. Una de las explicaciones viene dada por factores genéticos y hormonales, otras relacionan la mayor vulnerabilidad de la mujer a la depresión por factores psicológicos y sociales. Los estilos de respuesta al estrés y la influencia del ambiente, son diferentes para hombres y para mujeres, González (2007) incide en la relación de la influencia del ambiente, parece que determinados trastornos endógenos pueden iniciarse a partir de eventos ambientales que, al incidir sobre el terreno genético, desencadenan los procesos neurobiológicos propios de este trastorno. Harkness et al., (2012), reflejan en los resultados de sus estudios que las mujeres tiene un riesgo de presentar el trastorno depresivo dos veces más alto que los hombres y el DSM-V (APA, 2013) afirma que la proporción del desorden de depresión mayor en EE.UU. refleja que las mujeres experimentan de un 1.5 a 3 índices más altos que los hombres, empezando en la temprana adolescencia.

De estos conceptos se desprende que las diferencias entre el hombre y la mujer van más allá de las simples diferenciaciones biológicas. No podemos quedarnos sólo con una explicación biológica o familiar porque no abarca toda la complejidad de las diferencias de género en la depresión. Se necesitan incluir también los factores sociales y psicológicos.

La sociedad en la que vivimos determina nuestra forma de pensar, sentir, actuar y vivir. La salud y la enfermedad están sujetas a la forma de vida, por lo que es posible encontrar diferencias entre en la prevalencia y la vivencia de los problemas de

salud física y mental de las distintas culturas. Definimos la cultura como los valores, creencias, normas y estilos de vida que se transmiten de generación en generación, dentro de una sociedad determinada, por tanto, si nos adentramos y conocemos una cultura podemos conocer a su gente, su salud y cuáles son sus formas de enfermar.

Resulta curioso observar cómo la depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Pese a las diferencias que marcan las pautas culturales, existe una similitud en la forma de afrontar la vida y sus acontecimientos por parte del ser humano, viva donde viva.

La salud mental es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos genera como consecuencia un trastorno mental. La mayoría de las enfermedades y trastornos tienen una causa multifactorial, determinantes concretos y factores de riesgo y protección que interactúan entre sí, en un complejo sistema biopsicosocial.

En el primer estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (CGE) de 1993, apareció una nueva medida sobre la enfermedad: los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), que hace una valoración de la discapacidad junto a la mortalidad (combina los años de vida perdidos por muerte prematura y los Años de vida Vividos con Discapacidad-AVD) y muestra el impacto de morbilidad generada por las enfermedades.

El estudio CGE mostró cómo las enfermedades mentales (muy discapacitantes pero poco mortales), aparecían como una de las mayores causas de carga de enfermedad a nivel mundial (Murray & López, 1996b). Este estudio mostró que la depresión unipolar es la cuarta causa, a nivel mundial, que provoca una enorme carga de enfermedad, siendo tan importante como las enfermedades cardiovasculares o respiratorias, por ejemplo (Ayuso, 2004).

Los trastornos depresivos se mantienen como una de las principales causas de AVAD en el mundo. Suponen el 4,46% de los AVAD totales y el 12,1% de los AVD (WHO, 2001a; WHO, 2002; Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004)

El reconocimiento de la depresión como principal causa de discapacidad en el mundo, hace que este problema de la salud humana, sea de particular interés de muchos, por su complejidad en la sociedad actual. La preocupación cada vez mayor por la salud mental, particularmente la depresión, en el mundo y en el país, ha llevado a muchos estudiosos investigar en este campo.

El trabajo de investigación que se expone, parte del interés de continuar desvelando interrogantes respecto a la etiología y fenomenología de la depresión, ahondando en las diferencias en función del género desde una perspectiva intercultural, en la que establecemos comparación entre los países España y Cuba, teniendo en consideración la distribución de la sintomatología depresiva en función del tipo de población normal, subclínica y clínica y realizando un estudio comparativo en función de la edad.

Silverstein (2013) sugiere que la diferencia de géneros en la prevalencia de la depresión se debe a una diferencia en la depresión somática de un fenotipo diferente. Por tanto, realizar una recapitulación y análisis de las características en cada una de las etapas del ciclo reproductivo en interrelación con la presencia de la depresión en la mujer, resulta de un valor inestimable en la evaluación y terapéutica de dicho trastorno mental.

El presente estudio presenta varios propósitos. El primer objetivo pretende determinar las implicaciones del género en las diferencias en sintomatología depresiva, según distintos componentes de la depresión, en sendas muestras de población normal, subclínica y clínica. Pretendemos con el segundo objetivo, determinar las implicaciones de la edad en las diferencias en sintomatología depresiva, según distintos componentes de la depresión, en sendas muestras de población normal, subclínica y clínica. El tercer objetivo nos llevará a determinar la influencia de la nacionalidad en las diferencias de género respecto a la sintomatología depresiva en los distintos tipos de muestra y el cuarto objetivo pretende determinar las implicaciones de la edad respecto a la influencia de la nacionalidad, en las diferencias de género respecto a la sintomatología depresiva en los distintos tipos de muestra.

Respecto a la estructura del estudio, se pretende seguir una organización lógica y coherente, dirigiendo las cuestiones desde una visión general hacia aspectos más específicos. Pudiendo diferenciar dos bloques principales, el primero de naturaleza teórica y el segundo de carácter empírico.

El primer bloque se compone de tres capítulos, que pretenden acotar el estudio de la depresión, descendiendo desde una visión general a los aspectos más específicos.

**El capítulo uno**, está relacionado con los aspectos generales de la depresión, estableciendo en un primer punto la definición del término, seguido de la distinción, de la depresión como enfermedad o cómo trastorno, poniendo clarificación en cuanto a la depresión como síntoma, como síndrome o como trastorno con entidad nosológica. A continuación se revisa la prevalencia, incidencia, evaluación, diagnóstico y tratamiento para terminar con unas reflexiones que recogen la síntesis del capítulo.

**El capítulo dos**, se centra en las diferencias de género, aportando una visión del desarrollo de la sintomatología depresiva en la mujer en cuanto a las diferencias en las respuestas al estrés, eventos vitales estresantes, estilo de personalidad, ansiedad y depresión. Analizaremos las características diferenciales entre hombres y mujeres en cuanto a sintomatología depresiva y el suicidio, para terminar con el curso de la depresión, tratamiento, costos e interrogantes respecto a las diferencias de género.

**En el capítulo tres** abordaremos la perspectiva transcultural de la depresión revisando el nivel cultural y transcultural y la perspectiva desde la psiquiatría Transcultural. Haremos un recorrido de la depresión a nivel mundial, explorando la epidemiología, las variables interculturales de la depresión según el género y el tratamiento.

Tras este bloque teórico se expone la parte empírica del estudio. Que consta de un primer capítulo, en el que se hace referencia a los aspectos metodológicos, que recoge los objetivos que se proponen alcanzar y que delimita la formulación de las hipótesis del trabajo, el método, las variables que conforman el estudio, y la

descripción de la muestra. El segundo capítulo recoge los resultados para cada grupo de síntomas (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos) y los resultados de cada grupo de síntomas en cada rango de edad, para terminar con el correspondiente análisis de los datos en el apartado de discusión y conclusiones.

# I. PARTE TEÓRICA

---



# **CAPITULO 1**

---

## **ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN**



## 1.1. Aspectos generales de la depresión

La depresión es una enfermedad compleja que compromete múltiples áreas del ser humano y ocasiona síntomas emocionales, físicos, cognitivos y conductuales, afectando todos los ámbitos de la vida cotidiana, personal, familiar, laboral y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 340 millones de personas sufren actualmente alguna de las formas de depresión clínica. Así mismo indica que la depresión llegará a ser la primera causa de discapacidad y la segunda causa, después de la obesidad, que contribuya a la adquisición de enfermedades en el mundo para el año 2020 (WHO, 2008). Este auge en espiral ascendente de la depresión es explicado por los cambios acelerados en la forma de vida, la ruptura con las tradiciones y las estructuras sociales y la ruptura del modelo de familia tradicional.

Según el proyecto *ESEMeD-España* en un estudio epidemiológico realizado sobre los trastornos mentales en nuestro país, el trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia anual y un 10,5% de prevalencia a lo largo de la vida (Palacín, Alonso, Haro et al., 2006).

En Europa un el estudio epidemiológico realizado en los últimos años sobre los trastornos mentales, concluyó que la prevalencia de depresión en la población española es del 10-12% a lo largo de la vida y de un 4% anual (Haro, Palacin, Vilagut, Romera, Codony, Autonell et al., 2003).

Dentro de las enfermedades mentales la depresión se viene anunciando como la más aventajada de todas y como la que hará tambalear más la calidad de vida, incluso nos atreveríamos a decir que puede tambalear también la “cantidad” de vida y no sólo la calidad, por ser una alteración mental que puede llegar a producir la muerte a través del suicidio. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%.

Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse (DSM-IV-TR, 2000). Muñoz (2005) defiende que la depresión es un factor de riesgo para importantes problemas de salud pública. Este autor dice que si se pudiera reducir la prevalencia de la depresión se estaría mejorando la salud poblacional.

La segunda mitad del siglo XX es la “Era de la depresión” (Alonso Fernández (1988). La depresión está presente en nuestra vida, convivimos con ella a diario, es fácil escuchar a las personas de nuestro entorno decir frases como “estoy con la *“depre”*”, cuando se encuentran en estados de tristeza, como forma de definir un estado puntual dominado por el desánimo. Sin embargo, esta desvirtuación popular de la palabra depresión, cada vez tiene menos peso ya que se tiene más conciencia de que la depresión no es sólo un estado de ánimo sino que interesa a más áreas del universo personal, por lo que es más frecuente pedir ayuda. Este hecho se da en conjunción con la apertura de la expresión de las emociones y la liberación de prejuicios respecto a solicitar la ayuda de psicólogos y psiquiatras.

Podemos hacernos una idea de dónde viene la elevada prevalencia de la depresión, pero aún desconocemos muchos aspectos sobre cómo se inicia, quien la padece, por qué las mujeres tienen mayor prevalencia que los hombres, si se da más en jóvenes, personas adultas o ancianos, si tiene la misma incidencia en culturas diferentes. Son muchas las incógnitas que todavía quedan por desvelar y que requieren especial atención.

## **1.2. CONCEPTUALIZACIÓN**

En relación al término depresión, se dan distintas definiciones que son muchas veces las responsables de la disparidad encontrada en los resultados hallados en la literatura respecto al tema.

Existe bastante ambigüedad en relación al término “depresión”, pues se presta a distintas definiciones que son muchas veces las responsables de la

disparidad encontrada en los resultados hallados en la literatura respecto al tema. La “depresión” puede definirse de las siguientes maneras (Véase cuadro 1.1.1):

**Cuadro 1.1.1.** *Definición de la depresión.*

<b>DEPRESIÓN COMO</b>	
SÍNTOMA	De una enfermedad física o mental
SÍNDROME	Reúne características generales
TRASTORNO	Definido por criterios específicos.

**La depresión, como síntoma,** se refiere al estado de ánimo que se caracteriza por la tristeza, el abatimiento o la apatía. Los síntomas depresivos pueden acompañar a una enfermedad física o mental o pueden aparecer tras la vivencia de un acontecimiento estresante.

**La depresión, como síndrome,** se refiere a un conjunto de síntomas depresivos que interfieren en el funcionamiento normal de la persona. En este caso la sintomatología depresiva es más intensa, desproporcionada y profunda, y suele acompañarse de distintas alteraciones físicas, psicológicas y sociales, como son alteraciones en el sueño, la sexualidad, el apetito, el ánimo, la memoria, los procesos del pensamiento, la anhedonia, etc., creando un malestar clínicamente significativo que puede afectar a todas las áreas de la vida: personal, familiar, laboral y social.

**La depresión, como trastorno,** viene dada cuando se establece el diagnóstico de depresión clínica que se realiza cuando la persona presenta una sintomatología determinada mantenida durante un periodo de tiempo también determinado y establecido dentro de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales (DSM y CIE).

Vivir la depresión como un síntoma, como un síndrome o llegar a desarrollar un trastorno, dependerá de la disposición genética, el estilo de

personalidad, experiencias vitales previas, conflictos personales o relacionales y la actitud a la hora de enfrentarlos. En cada caso, y en función de cómo sea su manifestación depresiva, así será su tratamiento y la respuesta al mismo.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) divide la sección de “trastornos del estado de ánimo” en tres partes (véase cuadro 1.1.2.).

**Cuadro 1.1.2.** Clasificación de los trastornos del estado de ánimo DSM-IV-TR (APA, 2000)

Trastornos del estado de ánimo		
<b>1. Episodios afectivos</b>		Episodio depresivo mayor. Episodio maníaco. Episodio mixto. Episodio hipomaníaco. Episodios que son el fundamento para el diagnóstico de los trastornos.
<b>2. Trastornos del estado de ánimo</b>	<b>Trastornos depresivos (depresión unipolar)</b>	Trastorno depresivo mayor (episodio único o recidivante). Trastorno distímico. Trastorno depresivo no especificado.
	<b>Trastornos bipolares</b>	<b>Trastorno bipolar I</b>  Episodio maníaco único. Episodio más reciente hipomaníaco. Episodio más reciente maníaco. Episodio más reciente mixto. Episodio más reciente depresivo. Episodio más reciente no especificado.  <b>Trastorno bipolar II</b>  Trastorno ciclotímico. Trastorno bipolar no especificado.
	<b>Trastornos basados en la etiología</b>	Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
<b>3. Especificaciones</b>	Para describir el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.	

El hecho de que este desorden es actualmente definido por el DSM IV-TR (APA, 2000a), como “simplemente un conjunto de síntomas” que presentan “un periodo de tiempo”, ha sido ampliamente criticado en los ámbitos académico y clínico (Beck et al., 2011)

La clasificación de los trastornos del humor que aporta la *CIE-10* (OMS, 1992), divide en siete grupos los trastornos que afectan a la afectividad (véase *cuadro 1.1.3*):

**Cuadro 1.1.3** Clasificación de los trastornos del humor *CIE-10* (OMS, 1992)

<b>1. Episodio maníaco</b>	Hipomanía; Manía (sin o con síntomas psicóticos); otros episodios maníacos y episodio maníaco sin especificación.
<b>2. Trastorno bipolar</b>	Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco. Trastorno bipolar, episodio actual maníaco (sin o con síntomas psicóticos). Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave (sin o con síntomas psicóticos). Trastorno bipolar, episodio actual mixto. Trastorno bipolar, actualmente en remisión. Otros trastornos bipolares y trastorno bipolar sin especificación.
<b>3. Episodios depresivos</b>	Episodio depresivo leve. Episodio depresivo moderado. Episodio depresivo grave (sin o con síntomas psicóticos). Otros episodios depresivos y episodio depresivo sin especificación.
<b>4. Trastorno depresivo recurrente</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave (sin o con síntomas psicóticos). Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión. Otros trastornos depresivos recurrentes y trastorno depresivo recurrente sin especificación.
<b>5. Trastornos del humor (afectivos) persistentes</b>	Ciclotimia. Distimia. Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes. Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.
<b>6. Otros trastornos del humor (afectivos)</b>	Otros trastornos del humor (afectivos) aislados. Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes- Otros trastornos del humor (afectivos).
<b>7. Trastorno del humor (afectivo) sin especificación</b>	

A diferencia de lo que ocurre con el español, en inglés y en otros idiomas existe la posibilidad de usar una palabra diferente para designar cada estadio de la depresión, según se quiera expresar uno u otro aspecto (*véase cuadro 1.1.4.*).

**Cuadro 1.1.4.** Distintos conceptos de la depresión

DEPRESIÓN COMO	
<i>disease</i>	Con una patogénesis y ciertos síntomas médicamente definidos.
<i>illness</i>	Describe la experiencia del individuo y refleja el concepto cultural de enfermedad.
<i>sickness</i>	Describe el reconocimiento social del estado del paciente como una razón para obtener el subsidio por enfermedad.

Para unos autores los estados depresivos varían en una única dimensión, en un continuo de gravedad, donde la diferencia estaría en la intensidad cuantitativa de los síntomas (Beck, 1976; Hirschfeld & Cross, 1982; Goldberg & Huxley, 1992). Sin embargo, para otros autores, la depresión “normal” difiere cualitativamente de la depresión “patológica”, afectando a todos los aspectos del funcionamiento de la persona (Akiskal, 1983; Andreasen, 1985).

Alonso (1988) define la depresión como un hundimiento del plano vital en cuatro dimensiones: humor depresivo, anergia (falta de impulsos vitales), discomunicación y ritmopatía (alteración de los ritmos vitales sueño-vigilia y alimentación).

En el **estado de ánimo depresivo** sobresale inicialmente el pesimismo o amargura, la desesperanza, la tristeza, el hastío de la vida o la falta de placer, las preocupaciones morales o económicas, la hipocondría, las cefaleas, la opresión precordial y distintas sensaciones de malestar corporal.

En la **anergia** o vaciamiento de impulsos suele aparecer con mucha frecuencia desde el principio el aburrimiento o la apatía, las cavilaciones obsesivas, la indecisión, la disminución de la actividad habitual en los trabajos o

diversiones, la abstinencia o inactividad (fatiga corporal), y el apagamiento de la libido sexual.

En cuanto a la **discomunicación**, los rasgos más frecuentes inicialmente son la aflicción por cualquier cosa, el retraimiento social, las sensaciones de soledad o aislamiento, la irritabilidad, el abandono de las lecturas, radio o televisión y el descuido en el arreglo personal y en el vestuario.

Respecto a la **ritmopatía** o desregulación de los ritmos suele sobresalir inicialmente la hiposomnia precoz, media o tardía, el empeoramiento por las mañanas, la pérdida del apetito y de peso, la inestabilidad del estado subjetivo y objetivo a lo largo del día (oscilación circadiana de la sintomatología). El 50 % de las fases depresivas comienzan con un trastorno del sueño.

El modelo tetradimensional de la depresión que propone Alonso-Fernández (1988) reflejado en el *cuadro 1.1.5.*, implica una serie de características positivas con relación al criterio configurado como un trastorno afectivo o del ánimo.

**Cuadro 1.1.5.** Correspondencia entre los vectores de la vitalidad y las dimensiones depresivas. Modelo Tetradimensional Alonso Fernández (1988)

Vector de la vitalidad	Dimensión depresiva
Estado de ánimo	Humor depresivo
Impulso de acción	Anérgia
Sintonización interpersonal y espacial	Discomunicación
Regulación de los ritmos	Ritmopatía

Este modelo precisa que la depresión es una enfermedad que afecta al núcleo vital psicocorporal del ser humano, cuyas manifestaciones no son sólo afectivas.

### 1.2.1. La depresión ¿enfermedad o trastorno?

La dimensión antropológica de la depresión, defendida por los psiquiatras y psicólogos humanistas, ha sido negada. En la práctica la corriente biologicista distingue entre depresión como enfermedad biológica o endógena (del griego *ando-genos* que traducido al latín sería *intusgenitus*, es decir nacido dentro), a la que atribuyen una procedencia genética (*disease*) y la depresión como trastorno reactivo o depresión exógena (*illness*).

Frente a la corriente biológica que atribuye una causa endógena a la depresión, va ganando terreno la consideración antropológica que define la depresión como un “hundimiento vital” que supone una enfermedad psíquica y que implica cierto grado de alienación biográfica.

La enfermedad depresiva, así definida, abarca la perturbación en el desarrollo biográfico con la introducción de elementos psicosociales y biológicos que afectan al individuo mermando su libertad interior.

Como trastorno psíquico, la depresión tiene una clara incidencia en lo somático, por lo que requiere de tratamiento psicoterapéutico acompañado de un tratamiento médico que combata las lesiones somáticas producidas. Por tanto, la depresión es una “enfermedad psicofísica” y no un mero trastorno reactivo (Aguirre, 2006).

Según Alonso-Fernández (1998), *“la totalidad semiológica de la depresión se resume presentándola como una depresión (hundimiento vital), en la que lo biológico y lo cultural se aúnan para manifestar el sufrimiento que padece el hombre por vivir” (p.17).*

Es importante tener en cuenta que aunque una persona no reúna los criterios diagnósticos para ser diagnosticada de depresión, puede necesitar tratamiento por el malestar clínicamente significativo que le causan los síntomas. No debemos pasar por alto un síndrome depresivo ni tampoco un síntoma, ya que pueden estar ocasionando a la persona un malestar suficiente como para afectar a su calidad de vida. Por eso es necesaria una adecuada valoración y una certera evaluación que permitirán establecer el tratamiento

necesario para atajar la sintomatología y evitar su posible avance hacia un trastorno depresivo más complejo.

### **1.3. Factores psicosociales asociados a la depresión**

Los factores psicosociales derivados de eventos que acontecen a lo largo de la vida de las personas, alterando su funcionamiento, está bien documentado con la depresión, además estos factores afectan de diferente manera a los hombres y a las mujeres, en las que provocan mayor vulnerabilidad (Gouri6n, 2009).

Es importante resaltar que los factores sociales no son estables, van cambiando a lo largo del tiempo y a trav6s de las distintas culturas, pudiendo variar la prevalencia de la depresión seg6n el g6nero en cada lugar. Por ejemplo, seg6n Astbury (2001) la pobreza o el bajo nivel educacional, aumentan el riesgo de depresión con distinta distribuci6n entre hombres y mujeres.

Algunas variables psicosociales llegan a tener m6s poder explicativo en la sintomatología depresiva en ambos g6neros que el g6nero en s6 (Emslie et al., 2002, Walters et al., 2002; Aluoja et al., 2004; Rief et al., 2004 & Matud et al., 2006).

En las 6ltimas d6cadas estamos viviendo continuos cambios sociales que impactan en el terreno de nuestra psique. Algunos de estos cambios dentro de las sociedades industrializadas son, por ejemplo, la incorporaci6n de la mujer al trabajo, la reducci6n de la natalidad, el aumento de a6os de estudios con la consiguiente estancia de los hijos m6s tiempo en casa, etc. Cambios que, sin duda, est6n influyendo de forma directa o indirecta en la formaci6n o no de sintomatología depresiva y en el curso y recuperaci6n de los trastornos depresivos una vez iniciados.

Seg6n Barnow et al. (2002), los factores psicosociales, deberían incluirse en los criterios diagn6sticos de la depresión, ya que dichos criterios ignoran las

características sociodemográficas y los eventos vitales, tan importantes a veces en el desarrollo de sintomatología depresiva.

En una muestra extraída de la población general, de las Islas Canarias, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, Matud et al. (2006) hallaron los siguientes resultados al evaluar la depresión con la escala de depresión grave del Cuestionario de Salud General de Golberg:

- Las diferencias de género en la sintomatología depresiva son mínimas, produciéndose muchas de ellas por variables sociales y estructurales, que llegan a tener más importancia que el género en sí.
- Las diferencias de género en la depresión aumentaban en las personas mayores de 34 años, en las que tenían hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las no profesionales.
- En personas sin hijos, solteras, de edades entre 25 y 34 años y en las profesionales el porcentaje de varianza explicado por el género fue inferior al 0,5%.
- Las mujeres con estudios universitarios y las profesionales tenían una sintomatología depresiva inferior a la de los hombres con empleo manual, los solteros, los que tenían un menor nivel de estudios y los de 18 a 24 años.

Son muchos los estudios que destacan la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de la sintomatología depresiva. En el *cuadro 1.1.6.*, vemos reflejados los distintos factores psicosociales y su relación con la depresión:

**Cuadro 1.1.6.** Factores psicosociales relacionados con la depresión

**En cuanto a los eventos vitales**, Schoevers et al. (2003) muestran que, una vez que se presenta la depresión, los eventos vitales recientes y los cambios en la salud parecen tener menos influencia en el pronóstico, el cual depende principalmente de la vulnerabilidad generada por los años. Según Ganoso (2004), la incapacidad física y la dependencia, junto con la falta de apoyo social son factores de riesgo para la sintomatología depresiva. La ambigüedad de la salud, el sexo y la interacción de ambas variables, se asocia con los síntomas depresivos (McCarthy, 2013).

El estudio de Barnow et al. (2002) concluye que las diferencias de género y los eventos vitales están relacionados con la severidad de la depresión. Las mujeres, en este estudio, mostraron más severidad que el hombre en relación a la depresión. Mientras que dicha severidad fue independiente de los factores sociodemográficos en los hombres, en las mujeres sí hubo relación entre la severidad y dichos factores (estar casada, tener niños en casa y un alto nivel educacional).

**Respecto al apoyo social**, Kendler et al. (2005) en un estudio con hermanos gemelos de distinto sexo, exponen que aunque los niveles de apoyo social no explican las diferencias de género en la depresión, la mujer es más

sensible que el hombre a un menor nivel de apoyo social, por lo que concluyen que sí resulta ser, el apoyo social respecto a la depresión, un factor protector más importante en la mujer que en el hombre.

Con respecto al género es el estudio de Hann et al. (2002) el primero en incluir la relación apoyo social-depresión en pacientes hombres y mujeres. Éste halló que tener una amplia red social de apoyo estaba asociada significativamente a menos depresión en las mujeres, tal vez, concluye el estudio, que sea porque la mujer cuenta más con su familia y sus amigos ante los problemas beneficiándose del apoyo recibido.

En el estudio de Wang et al. (2006), el apoyo percibido de amigos y familiares estaba relacionado con una menor sintomatología depresiva en el hombre anciano, mientras que en la mujer anciana fue el apoyo de los amigos, solamente, el que resultó más significativo en la depresión.

En esta misma línea, estudios más recientes reflejan que la falta de apoyo social es un factor de riesgo para la depresión que puede ser diferente para hombres y para mujeres. No tener pareja, tener una red pequeña y un apoyo social bajo son factores predisponentes para el desarrollo de la depresión en los hombres, mientras que la necesidad de afiliación se asoció con la depresión en las mujeres pero no en los hombres (Sonnenberg, 2013).

Antonucci et al. (2002) encontraron muy pocas diferencias de género en la cantidad y calidad de la red social de la muestra de ancianos evaluada, perteneciente a cuatro ciudades: Francia, Alemania, Japón y Estados Unidos. En todas estas ciudades hallaron que la mujer tenía más déficit de recursos que el hombre. Déficit que se asocia en todas las ciudades con sintomatología depresiva; también la calidad de las relaciones sociales, especialmente las negativas, se asoció con la sintomatología depresiva. Sin embargo, la interacción de la calidad y el déficit no fue significativa en ninguna de las ciudades ni en hombres y ni en mujeres. Sí que apareció entre las mujeres francesas y japonesas que la calidad de las relaciones compensaba las consecuencias negativas del déficit de recursos. Esto indica que es importante

prestar atención a la influencia que pueden ejercer las diferentes culturas en la asociación de las relaciones sociales y el déficit de recursos con la sintomatología depresiva.

**La pérdida** es otro de los factores que se asocian como un factor de riesgo para la depresión, en concreto la pérdida de un compañero significativo comparable a la comorbilidad de alguna enfermedad médica (Gorn et al., 2005). El estudio de Pakkala (1990) señaló que un 12% de las depresiones observadas en los hombres y el 25% de las depresiones observadas en las mujeres están relacionadas con la pérdida del cónyuge.

Según Gayoso (2004), los factores de riesgo psicosocial para la depresión en el anciano son: la muerte del cónyuge o ser querido (con un mayor riesgo en el primer año), enfermedad médica o quirúrgica, mala autopercepción de salud, incapacidad y pérdida de funcionalidad y escaso apoyo social.

**La edad y el género**, se consideran factores de vulnerabilidad en relación a la depresión. Aunque la prevalencia de la depresión no tiene una edad clara de inicio sin embargo parece que aumenta conforme aumenta la edad.

En las mujeres sobre todo este aumento aparece relacionado en algunos estudios con los factores genéticos y hormonales, en otros con los estereotipos sexuales, que son diferentes para cada sexo y pueden influir en la mayor vulnerabilidad depresiva de la mujer Zahn et al. (2008), otros reflejan las diferencias en base a la mayor vivencia de eventos estresantes en la mujer, personalidad, autoconcepto, o la mayor respuesta al estrés.

En el estudio de Fischer et al. (2003), el anciano depresivo respecto al joven tiene una salud más débil y presenta tres o más problemas de salud. Sin embargo, el joven depresivo frente al anciano tiene más probabilidades de tener nuevos diagnósticos de depresión. Además, los jóvenes habían tenido más tendencia que los ancianos depresivos a un ánimo deprimido en el año

anterior, así como también habían tenido con más frecuencia que los ancianos algún problema con el alcohol. El anciano depresivo está más en riesgo que el joven depresivo por las circunstancias sociales y las condiciones médicas (Fischer et al., 2003). Según el estudio de Papadopoulos et al. (2005), la comorbilidad de problemas digestivos, neurológicos y coronarios se asocia a un incremento del riesgo de depresión.

La depresión constituye un problema de la salud emocional que afecta a múltiples factores de riesgo, entendiendo por riesgo, la probabilidad que tiene un individuo a desarrollar una enfermedad mental determinada a lo largo de un periodo preestablecido (Díaz, 2013).

Los estudios de Mazure y Maciejewski (2003) evalúan los eventos de vida en interacción con el estilo de afrontamiento hacia dicho evento con respecto a la depresión. Eventos estresantes severos junto a ciertos estilos cognitivos son importantes factores de riesgo para la depresión mayor.

**Respecto a la población**, la depresión mayor es menos prevalente en las áreas rurales, siendo su población más anciana que en la población urbana (Blazer et al., 1985). La prevalencia estimada en las zonas rurales es de menos de un 1%. En las muestras urbanas la estimación de la prevalencia de la depresión mayor es más elevada (Blazer, 2002).

Respecto a la raza, en el estudio de Kales et al. (2005), no se hallaron diferencias en el diagnóstico de depresión mayor entre los ancianos (blancos y afroamericanos), sin embargo, en estudios anteriores realizados por Harwood et al. (1999) encontraron mayor riesgo para la depresión en los cubanos americanos respecto a los blancos.

**En relación al nivel educacional**, los estudios de Lucht et al. (2003) reflejan un elevado nivel educacional reduce el exceso de la depresión en la

mujer; al menos 12 años de formación educacional reduce la prevalencia de la depresión en la mujer.

Sin embargo, Barnow et al. (2002) hallaron que un nivel alto educacional por sí mismo o en relación con estar casada o tener niños en casa son factores que influyen en la severidad de la depresión en la mujer. Puede que a más estudios más se le demande a la mujer, sobre todo independencia y un buen trabajo (Wiessman y Yerman, 1977 y Silverstein y Perlick, 1991).

Según el estudio en atención primaria de Fischer et al. (2003), los ancianos deprimidos tienen un nivel educacional menor que los jóvenes deprimidos.

En un estudio llevado a cabo por Inaba et al. (2005) no encontraron una asociación entre depresión y nivel educacional en la población japonesa, sin embargo, en la población estadounidense hallaron que a más nivel educacional menos sintomatología depresiva.

**En cuanto al nivel de estatus socioeconómico**, las investigaciones se han mostrado consistentes respecto a la relación entre el estatus socioeconómico y la morbilidad y mortalidad de la población general. Aquellos que tienen un bajo estatus socioeconómico generalmente experimentan mayores proporciones de morbilidad y mortalidad que aquellos con un alto nivel socioeconómico (Marmot y Wilkinson, 1999; Mielck, 2000; Gorn et al., 2005 & Inaba et al., 2005).

Las principales explicaciones dadas respecto a las influencias de las desigualdades sociales en la salud que podemos ver en la *figura 1.1.1.*, son las siguientes:

1. Un mayor riesgo de un estilo de vida menos saludable en los grupos de menor nivel socioeconómico (Lynch et al., 1996 y Lantz et al., 2001).
2. Desigualdad en el acceso y la calidad de los cuidados de salud recibidos (Mackenbach et al., 1989 y Feinstein, 1993).

3. Exposición diferente a situaciones de privación y estresores psicosociales a lo largo de la vida, sobre todo en los inicios (Kuh y Ben-Shlomo, 1997) y en la mediana edad (Marmot et al., 2002). Parece ser que las personas con un nivel social bajo se enfrenta a un mayor número de estresores crónicos y eventos vitales negativos junto a unos recursos materiales y sociales escasos (Pearlin, 1989 y Kessler, 1994)

**Figura 1.1.1.** Relación entre las desigualdades sociales y la salud



Hay estudios que han confirmado la hipótesis de que las diferencias en el nivel socioeconómico en morbilidad y mortalidad disminuyen con la edad, como resultado de la supervivencia selectiva de la vejez (House et al., 1994; Stolpe, 1997 y Manor et al., 1999). Gayoso (2004) considera que el factor económico parece ser menos importante en las personas de mayor edad que en los más jóvenes como factor estresante.

Griffin et al. (2002) examinaron el papel que jugaba el poder en el trabajo y en casa viendo si variaba según la posición social y así determinar si ciertos grupos de mujeres y hombres con bajo poder tienen un mayor riesgo de

depresión y ansiedad. Se basaron para ello en dos teorías que examinan la relación entre el estrés y la salud. Por un lado, la teoría relacionada con el género, centrada en el estrés asociado a los roles y las condiciones estresantes dentro del hogar. Y, por otro lado, la teoría relacionada con el trabajo, centrada en el estrés laboral.

En este estudio, con funcionarios londinenses de 35 a 55 años de distintas clases sociales, hubo una mayor proporción de mujeres con depresión y ansiedad en casi todos los tipos de empleo, respecto a los hombres. Tanto los hombres como las mujeres jóvenes tenían más probabilidad de estar deprimidos que los más mayores, pero a diferencia de otros estudios, el tener hijos no fue un predictor de la depresión o la ansiedad.

Griffin et al. (2007) encontraron que una baja autoridad en la toma de decisión suponía un riesgo para la depresión tanto en hombres como en mujeres, algo más fuerte en los hombres. Entre las mujeres con un bajo poder de decisión aparecía un 40% más de riesgo para la depresión que en aquellas con un mayor poder. En el caso de los hombres fue un 50% más de riesgo para la depresión en aquellos con un bajo poder de decisión. También en ambos sexos, el bajo control en casa (considerado como un bajo poder o dominio en el mantenimiento de la familia y de las obligaciones del hogar) presentaba mayor riesgo para la depresión y la ansiedad. La mujer con bajo control en casa tenía el doble de riesgo para la depresión que la mujer con un alto control.

Arber (1991,1997) decía que para entender el impacto de los roles sociales y laborales en la salud hay que tener en cuenta la posición social y el nivel de control que otorgan ciertas posiciones en la sociedad a las mujeres. Según esto, Griffin et al. (2002) exponen que los beneficios del trabajo empiezan a invertirse cuando la mujer, especialmente las de posiciones sociales bajas, llegan a una falta de control sobre sus vidas laborales y familiares.

Para describir las circunstancias estresantes que con frecuencia se asocian con la depresión y la ansiedad, los investigadores han usado diferentes teorías para hombres y para mujeres. Para éstas se ha hecho referencia a las

tensiones vividas dentro de la familia y en el trabajo remunerado. Mientras que para el hombre sólo se ha hecho referencia al trabajo remunerado (Griffin et al., 2002).

La mayor proporción de depresión en la mujer no obedece solamente a su vulnerabilidad biológica o a los cambios hormonales de su ciclo vital ni a su autoconcepto o estilo de personalidad, no a su respuesta a los agentes estresores, que sin duda son factores importantes como ya hemos visto en el capítulo anterior, si fueran solo estos factores no deberían estar afectadas por variables sociodemográficas y sin embargo, encontramos variaciones en función de que las personas sean solteras, casadas, separadas o viudos.

**En relación al estado civil**, encontramos variaciones en función de que las personas sean solteras, casadas, separadas o viudas.

En las personas casadas, el estudio de Kasen et al. (2004), con mujeres americanas con hijos, muestra que estar casada (frente a estar divorciada) está relacionado con menos depresión. Por su parte, Barnow et al. (2002), encontraron que las mujeres con una depresión más severa estaban casadas, en la mayoría de los casos, frente a las mujeres con una depresión menos severa (evaluada la depresión a nivel psicométrico). Además, las más severamente deprimidas, solían tener hijos en casa y un nivel educacional alto. En los hombres no encontraron ninguno de estos factores significativos.

Según el estudio de Lucht et al. (2003), llevado a cabo en una muestra de 4075 alemanes, la prevalencia de la depresión es mayor en las mujeres casadas que en los hombres casados, además estar casado incrementa el riesgo de depresión femenina cuando se tienen hijos. En los casados y los solteros sin hijos las diferencias de género en la depresión fueron menores, aunque estos resultados fueron inconsistentes. El riesgo de depresión aumenta, en este estudio, casi por igual en hombres y mujeres separados, divorciados y viudos. En el estudio de Trivedi et al. (2005), estar casado o vivir con alguien mejora la depresión.

En relación a las personas separadas o divorciadas, Kasen (2004) estudió el impacto de la ruptura matrimonial en la depresión (evaluada a nivel psicométrico) y encontraron un incremento de las puntuaciones obtenidas en depresión. Este incremento fue mayor en la mujer pero menos aparente cuando habían existido problemas dentro del matrimonio. La mujer divorciada con hijos y trabajadora presenta más sintomatología depresiva que la casada.

Papadopoulos et al. (2005) encontraron, en una población rural de mayores de 60 años, que el incremento de la edad, el género femenino, el bajo nivel educacional y el estar soltero, estaba relacionado con un alto riesgo de depresión, sin embargo cuando controlaron la función cognitiva esta asociación desaparecía excepto la asociación entre depresión y estado civil. El estar soltero también estaba relacionado con mayor sintomatología depresiva en el estudio de Inaba et al. (2005), en población japonesa y estadounidense.

En cuanto a las personas viudas, el 20% de los ancianos viudos reúnen los criterios diagnósticos para una depresión mayor dos meses después de la muerte de sus parejas. En un tercio de estos casos, la depresión se alarga un año o más (Zisook y Downs, 1998). Las personas en duelo que sufren una depresión mayor experimentan una mayor morbilidad y mortalidad que aquellas personas en duelo sin evidencia de depresión (Sable et al., 2002).

Bennett et al. (2005) hallaron que los viudos mostraban, con más frecuencia que las viudas, más síntomas depresivos y, a su vez, esta sintomatología estaba relacionada con un no afrontamiento de la situación. La principal explicación respecto a las diferencias de género en la depresión después de la pérdida del cónyuge indica que pueden existir distintos aspectos socio-emocionales e instrumentales en el matrimonio.

El estudio de Van Grootheest et al. (1999), con 2.626 viudos y casados holandeses entre 55 y 85 años, muestra que la viudedad está asociada a altos niveles de sintomatología depresiva (evaluada con el CES-D), asociación más fuerte para hombres que para mujeres. Y, sobre todo, las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la depresión son más evidentes en grandes

períodos de tiempo, la mujer es la que se suele adaptar mejor y más rápidamente que el hombre a la viudedad. Aunque el efecto de la viudedad está mediatizado por diferentes tipos de estresores ambientales, la viudedad por sí sola tiene un fuerte efecto en la depresión (véase *cuadro 1.1.7.*).

En este estudio (Van Grootheest et al., 1999), al controlar la edad, la capacidad funcional y las enfermedades crónicas, los viudos, hombres y mujeres, presentaban significativamente más sintomatología depresiva que los casados (hombres y mujeres). Entre los casados las mujeres tenían más sintomatología depresiva que los hombres. También estudiaron la relación del apoyo social, las finanzas y las tareas domésticas en la depresión respecto a la viudedad. Encontraron que el hombre viudo comparado con el hombre casado recibe menos apoyo emocional y más apoyo en las tareas domésticas, dedicándoles más tiempo.

La mujer viuda recibe más apoyo instrumental y tiene una menor red social que la mujer casada; sus ingresos no parecen ser muy diferentes, aunque si están, las viudas, menos satisfechas con ellos. La viuda recibe menos ayuda en las tareas del hogar que la casada, y aunque le dedica menos tiempo a la casa hacen las mismas tareas fuertes que las casadas. El incremento del apoyo instrumental recibido por la mujer viuda es mayor que el incremento de dicho apoyo recibido por el hombre viudo. Hay más viudos entre los ancianos depresivos que entre los jóvenes depresivos, según el estudio de Fischer et al. (2003).

**Cuadro 1.1.7.** Resumen de los resultados del estudio de Van Grootheest et al. (1999)

<b>En el hombre</b>	Ser viudo y el apoyo instrumental recibido está asociado a unas elevadas puntuaciones en depresión, mientras que el apoyo emocional recibido, el tamaño de la red social y la satisfacción con los ingresos están asociados con unas menores puntuaciones en depresión.
<b>En la mujer</b>	Ser viuda y recibir ayuda en las tareas domésticas está asociado a elevadas puntuaciones en depresión, mientras que el tamaño de la red social y la satisfacción con los ingresos está relacionado con menores puntuaciones en depresión.

**En cuanto a la situación laboral**, el estudio de Lucht et al. (2003) refiere que no estar trabajando incrementa el riesgo de depresión en hombres, manteniéndose casi igual dicho riesgo para las mujeres.

También Breslin y Mustard (2003) muestran como el desempleo puede llevar a la depresión clínica en adultos de 31 a 55 años, mientras que dicha asociación no se halló entre los jóvenes de 18 a 30 años.

El estudio de Bergdahl y Bergdahl (2002), con una muestra de 1.275 hombres y mujeres del norte de Suecia, de 20 a 69 años, muestra que las mujeres de 30 a 39 años tienen más niveles de estrés que los hombres de este grupo de edad, siendo más vulnerables a la sintomatología ansiosa y a la depresiva, incluyendo una mayor ideación suicida, problemas de sueño y pérdida de apetito.

## **1.4. Incidencia y Prevalencia de la depresión**

### **1.4.1. Incidencia**

Según el DSM-IV-TR (2000), se estima que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor.

La publicación en 1996 del estudio *Global Burden of Disease* (Carga de Enfermedad en el Mundo) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Universidad de Harvard, puso en un primer plano la importancia de las enfermedades neuropsiquiátricas en el campo de la salud pública, al considerar en los parámetros de medida de la salud de las poblaciones datos relativos a la mortalidad producida por los distintos procesos, así como los relativos a la discapacidad que ocasionan en las personas afectadas. En particular, la depresión emergía en el estudio como una de las principales causas de carga de enfermedad en el mundo, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo (Murray & López, 1996).

WHO (2002) refiere que la depresión es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la definición de caso y el tipo de instrumento empleado, se acepta que un 2-15% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión unipolar (Weissman & Olfson ,1996).

En la misma línea, los estudios de seguimiento realizados por Kendler, Myers & Prescott (2005) ponen de relieve que además el trastorno depresivo a menudo recurre y puede hacerse crónico en el 25% de los enfermos.

Foster et al. (1991) realizaron un estudio para comprobar la incidencia de la depresión, en una cohorte de 104 nuevas admisiones durante un año en los medios sanitarios, encontrando una incidencia del 14%. Un tercio de estos nuevos casos fueron diagnosticados de depresión mayor y dos tercios de depresión menor.

En la Comunicación presentada en el 13º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis en 2012, Patrón, et al. (2012) acentuaron que depresión es un trastorno mental con una elevada incidencia y prevalencia en la población general. Se encuentra dentro de las primeras causas de discapacidad en el mundo, siendo una entidad clínica recurrente, con tendencia a la cronificación.

Además reflejaron que la depresión es una de las variables más relacionadas con la conducta suicida. La comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos mentales, como el alcoholismo, predispone a una mayor probabilidad de recaídas. Existen diferentes factores que podrían intervenir en la génesis de la depresión, entre ellos, factores genéticos, personales, cognitivos, sociales y familiares (Patrón et al., 2012).

#### **1.4.2. Prevalencia**

Dentro de la epidemiología hay que tener en cuenta las tendencias históricas de los trastornos depresivos para entender los cambios y la mayor prevalencia en unas poblaciones y no en otras, como son los efectos de

cohorte. Distintos hallazgos vienen a demostrar que las cohortes más jóvenes tienen una prevalencia mayor de depresión que las cohortes más mayores:

Los distintos estudios revisados vienen a demostrar que las cohortes más jóvenes tienen una prevalencia mayor de depresión que las cohortes más mayores. Las cohortes más jóvenes parecen tener más alta prevalencia de depresión que las más mayores del final del siglo veinte (Robins et al., 1984; Myers et al., 1984) y las proporciones de suicidio se han incrementado con la edad (Blazer et al., 1986). Así los estudios longitudinales que llevaron a cabo Srole & Fischer (1980), demostraron que la prevalencia de la depresión dentro de una misma cohorte no cambia con el incremento de la edad. Demir et al. (2011) reflejan que en la edad pediátrica la prevalencia en la edad es de 0,03% a 1,9% y en la adolescencia se incrementa desde 0,7% hasta 7%.

La prevalencia de la depresión mayor es del 1-5% en muestras comunitarias, y cuando la muestra es rural la prevalencia es menor (menos del 1%). En el caso de la distimia la prevalencia es del 2-8%, y el rango de prevalencia de sintomatología depresiva significativa que no llega a formar el diagnóstico de depresión mayor es del 15% al 25% (Blazer, 2002).

Según la evaluación CIE-9, la prevalencia de la depresión es de un 4,8% a un 7% (OMS, 1978; Dean, et al., 1983). Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la prevalencia de los trastornos depresivos es más alta en el grupo de edad comprendido entre los 25 y los 44 años, para ambos géneros, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

Cairney & Wade (2002) observan como las diferencias de género se mantienen constantes aunque disminuya la prevalencia de la depresión con la edad, y aunque se controlen factores sociodemográficos.

Klerman (1978) señala que, en contraste con la “edad de la ansiedad”, después de la Segunda Guerra Mundial, la sociedad occidental puede haber

entrado en la “edad de la melancolía”, precipitada por factores sociales como la amenaza de la contaminación o la inestabilidad económica.

En España, Ayuso-Mateos (2004) refiere que la depresión es también el trastorno mental más prevalente, si bien los estudios comparativos europeos reflejan unas cifras de depresión en la población general menores que en otros países del continente. En los distintos estudios epidemiológicos completados en España, se estima que entre un 5 y un 10% de la población presentará un episodio depresivo a lo largo de su vida. La depresión se asocia a niveles significativamente más bajos de salud percibida en la población general y la gravedad clínica es menor entre los pacientes con depresión en la población general que en aquellos en contacto con dispositivos asistenciales. Otro estudio realizado en la población española refiere una prevalencia a lo largo de la vida de un 10 a un 12% y una prevalencia-anual del 4% (Haro et al., 2003).

Harris (1997) encontró que las tasas de mortalidad por depresión evaluadas a partir de los informes de defunción son muy bajas, estimándose un riesgo medio anual de 3‰, si bien los resultados hallados por *World Health Organization* (2002) refieren que un 15% de los depresivos pueden llegar a fallecer por suicidio.

Blazer (2002) señala que la Depresión Mayor se sitúa entre el 1 y el 16%, la Distimia entre el 2 y el 23% y la sintomatología depresiva entre un 15 y un 25%. Palacín, et al. (2006) señalan una prevalencia de vida para la Depresión mayor de un 10,5% y una prevalencia-anual de 3,9%. En cuanto a la prevalencia en función del género, en todos los estudios epidemiológicos revisados en los que encontramos porcentajes elevados de prevalencia en la depresión, son las mujeres las que se presentan con más riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) señala una prevalencia de vida para la Depresión mayor del 5 al 12% en hombres y del 10 al 25% en mujeres y una prevalencia puntual del 2 al 3% en hombres y del 5 al 9% en mujeres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de

población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los hombres. En la distimia la prevalencia puntual es del 3% y la prevalencia a lo largo de la vida es aproximadamente del 6%; tasas de prevalencia que parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

Por su parte, Charney & Weissman (1988) señalan una prevalencia anual de un 18% siendo del 2 al 3% en hombres y un 8% en mujeres.

En la población europea, la prevalencia de la depresión es del 6,61% para hombres y del 10% para mujeres, y en España la prevalencia es del 4,3% para hombres y del 5,5% para mujeres (Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Dowrick, Lehtinen, Dalgard, Casey et al., 2001).

Harkness et al. (2012) señala que la depresión es más frecuente en el sexo femenino en la etapa media de la vida. Las mujeres tienen un riesgo de presentar un trastorno depresivo dos veces más alto que los hombres.

## **1.5. Evaluación**

Los servicios preventivos de Estados Unidos (la USPSTF, U.S. *Preventive Services Task Force*), hallaron que los pacientes mejoraban su estado cuando sus médicos reconocían sus síntomas de depresión y les aseguraban un tratamiento adecuado (USPSTF, 2002).

Esto es un hecho. En muchas ocasiones se da una falta de reconocimiento por parte de los médicos de Atención Primaria de la sintomatología depresiva, en unos casos por el sesgo profesional que busca automáticamente problemas orgánicos, otras porque la depresión no siempre presenta una sintomatología clara y puede ser manifestada a través de somatizaciones, por lo que queda enmascarada o bien puede ser negada por el propio paciente.

El Centro de investigación para la Tercera Edad MINSAP (2012) refleja que la relación encontrada entre la función y la depresión, se debe a que la depresión, al causar en las personas mayores pérdida de interés y disminución del deseo de realizar actividades, contribuye a la parte clínica de la depresión, mientras que la limitación funcional previa puede desencadenar en el estado depresivo.

Ahora bien, respecto a los ancianos, no se debe confundir el envejecimiento normal con la presencia de depresión. Penninx et al. (2008) refieren que la depresión a menudo es reversible con un diagnóstico adecuado, pero sólo reciben tratamiento un 10% de los ancianos que lo precisan. Los adultos mayores tienden a negar sus sentimientos de depresión y ansiedad, además, con frecuencia presentan molestias somáticas con una base orgánica real y sus síntomas depresivos quedan enmascarados. A menudo refieren problemas de ansiedad generalizada, irritabilidad, pérdida de peso relacionada con la astenia, insomnio y conductas adictivas como el alcohol, lo que les lleva a requerir múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos que no son reconocidos en relación directa con la intensidad de la depresión.

Martínez-Larrea (2004) obtuvo resultados similares al realizar un estudio con ancianos mayores de 75 años. Concluyó que a partir de esa edad es frecuente el desarrollo de depresión, más del 15% de los adultos mayores se ve afectado por depresión severa. Estimó que más del 43% de los mayores que reciben atención institucionalizada, residen en hogares de ancianos o casas de reposo.

A los factores sociales apela también el estudio de Argüelles et al. (2004). Los resultados de su trabajo con personas mayores retiradas, cuya renta per cápita era insuficiente y dependían de la ayuda de sus familiares para satisfacer sus necesidades, indican que las condiciones económicas son fuentes generadoras de estrés y depresión.

Por su parte, la propuesta de Chinchilla (2003) refiere algunas variables clínicas y socio-demográficas que dificultan el reconocimiento de la depresión:

sexo femenino, tener mediana edad, estar en situación de soltería o viudedad (mucho más si la viudedad es reciente), estar en situación de paro, bajo rendimiento escolar, tener consultas previas y haber tenido una depresión ya sea leve o de mayor duración.

Lo que está claro es que cuanto más severa es la sintomatología depresiva y mayor comorbilidad psíquica presenta, resulta más fácil su detección. Del mismo modo, cuando la mayoría de los síntomas son somáticos es más difícil reconocer los cuadros depresivos, sin embargo es bastante menos complicado reconocer la depresión cuando los síntomas que más se evidencian son psíquicos.

Por otro lado, el diagnóstico se hace más difícil cuando el paciente no colabora, cuando no verbaliza las quejas psicológicas o no tiene conciencia de enfermedad psíquica (Chinchilla, 2003). Además, Blanco, Picabia et al. (2005) sugieren que algunas escalas de evaluación, con su diversidad de síntomas, hace que se sobrevaloren algunas áreas frente a otras a las que se concede menor importancia en función del criterio con el que se haya construido la escala.

Un estudio de la OMS titulado "*Problemas psicológicos en la atención sanitaria general*" mostraba que las tasas de discapacidad asociadas con la depresión eran mayores que las producidas por otras enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, la artritis y el dolor de espalda (Ustun & Sartorius, 1995). En este estudio internacional, se analizó a cerca de 5.000 pacientes ambulatorios en diferentes países y se examinó la relación entre el estado psiquiátrico y la discapacidad. Los resultados mostraron que los trastornos depresivos son muy comunes en Atención Primaria y llevan asociada una importante discapacidad funcional.

El alto impacto funcional de la depresión fue también uno de los más relevantes hallazgos del *Medical Outcomes Study* llevado a cabo en EE.UU. en 1989. Wells, Stewart & Hays (1989) refieren que a pesar de la frecuente comorbilidad entre enfermedades físicas y depresión en Atención Primaria, la

relación entre psicopatía y discapacidad no pudo explicarse por el estado físico de los enfermos.

En ese estudio se recogieron datos de 11.242 pacientes. Los síntomas depresivos, con o sin depresión unipolar (según el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, tercera revisión), afectaban a la capacidad funcional y el bienestar tanto o más que la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la hipertensión o la enfermedad cardíaca. Tras cerca de 2 años de seguimiento, el 40% de los pacientes diagnosticados de depresión unipolar continuaban afectados funcionalmente, mientras que el 54% de los diagnosticados de distimia habían sufrido un episodio de depresión mayor durante ese período. En cualquier caso, la recuperación parcial de la capacidad funcional fue la normal. No debe olvidarse que la depresión tiene además un impacto significativo en la familia del enfermo, por ser el principal soporte de los cuidados.

Los estudios de muestras de pacientes atendidos por los servicios de salud ponen de manifiesto que los trastornos depresivos causan una discapacidad significativa que limita la actividad y la productividad de los sujetos que la padecen.

Solo un 20% de la sintomatología depresiva aparece de una forma rápida y está asociado con las pérdidas súbitas como accidentes, muerte, intentos de suicidio fallidos o suicidio consumado y diagnóstico de una enfermedad grave. Estas situaciones traumáticas e impactantes comportan que el individuo tenga un hundimiento vital agudo y repentino.

Los casos de depresión que acuden a atención primaria son diferentes de los que van a consultas privadas de psiquiatras y psicólogos; Suelen ser más enmascarados, más leves o moderados y con menos interferencias en los intereses diarios (*véase cuadro 1.1.8.*).

Los primeros síntomas que aparecen son alteración del sueño: sueño inquieto o interrumpido, malestar al despertar y durante toda la mañana, llanto y enlentecimiento físico y mental. Junto a esta sintomatología objetiva y

observable, aparecen vivencias subjetivas como el aburrimiento, la tristeza, la hipocondría, la inhibición, la disminución del placer con las cosas que antes ocasionaban satisfacción, abandono personal, disminución de interés por las relaciones sociales y por la comunicación interpersonal.

En la revisión de la clasificación de los Trastornos Mentales de la OMS para la Atención Primaria, la CIE-11-AP, se distingue entre la depresión ansiosa y el trastorno depresivo (OMS, 2011):

**Cuadro 1.1.8.** La depresión en Atención Primaria. (Tomado del Libro Blanco sobre la calidad asistencial de la depresión en España, 1997)

#### DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Como cuadros independientes: 10-23% de los pacientes frente al 50% en consultas psiquiátricas.
- Como síntomas inespecíficos de cuatro médicos: 15-17%.
- La depresión es el motivo de consulta en el 25% de los casos y se detecta de forma secundaria en el 70-75%.
- Alrededor del 75% de los casos son mujeres.
- Alrededor del 65% de los casos son ancianos.
- Por decisión propia acude el 60% y por decisión familiar el 25%.
  
- Las quejas más frecuentes como demanda de la consulta son:
  - Ánimo depresivo: 65%
  - Anhedonia y desinterés: 44%
  - Trastornos del sueño: 46%
  - Merma vital: 36%
  - Estados de ansiedad: 25%
  - Trastornos del apetito: 9%
  - Inseguridad y pérdida de confianza: 13%
  - Máscaras psicósomáticas e hipocondríacas: 11%
  - Ideación suicida: 9%
  - Mermas cognitivas: 4%
  - Algias y parestesias: 16%
  - Otras quejas.

## 1) DEPRESIÓN ANSIOSA.

➤ **Descripción clínica:** Se trata de un trastorno disfórico en el que la presencia de los síntomas de ansiedad y depresión mixtos provoca un malestar o disfunción significativa que lleva a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda.

En el *cuadro 1.1.9.* se reflejan los criterios diagnósticos de la CIE-11-APA (OMS, 2011) para la depresión ansiosa.

**Cuadro 1.1.9.** Criterios diagnósticos para la depresión ansiosa de la CIE-11-APA (OMS, 2011).

DEPRESIÓN ANSIOSA
<p><b>Síntomas necesarios para el diagnóstico:</b></p> <p><b>A.</b> Ausencia de episodios maníacos previos. Presencia de al menos tres síntomas depresivos y tres síntomas de ansiedad de la siguiente lista durante un periodo de, al menos, dos semanas:</p> <p><u>-Los síntomas de ansiedad son los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sentirse nervioso, ansioso o al límite.</li> <li>-Incapacidad para controlar las propias preocupaciones.</li> <li>-Tener problemas para relajarse.</li> <li>-Sentirse tan inquieto que resulta difícil quedarse quieto.</li> <li>-Sentir miedo de que algo terrible pueda pasar.</li> </ul> <p><u>- Los síntomas de depresión son los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estado de ánimo deprimido persistente.</li> <li>-Marcada disminución del interés o placer.</li> <li>-Baja confianza en uno mismo.</li> <li>-Ideación recurrente de muerte o suicidio.</li> </ul>
<p><b>Síntomas asociados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de peso/apetito.</li> <li>Pérdida de libido.</li> <li>Fatiga/baja energía.</li> <li>Ataques de pánico.</li> <li>Rumiaciones obsesivas.</li> <li>Excesiva preocupación por la propia salud.</li> </ul>
<p><b>Gravedad del trastorno:</b></p> <p><u>Depresión ansiosa leve:</u> 6 ó 7 síntomas al día en las últimas 2 semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con dificultad.</p> <p><u>Depresión ansiosa moderada:</u> 8 ó más síntomas, con discapacidad marcada en al menos un área. Pueden presentar además síntomas neuro-vegetativos, como cambios en el apetito y el peso, falta de sueño, variación diurna del estado de ánimo o pérdida de libido. También pueden experimentar ataques de pánico.</p> <p><u>Depresión ansiosa severa:</u> Tienen todas las dificultades anteriores. Presentan malestar y discapacidad severos afectando a la mayoría de las áreas (trabajo, familia, actividades de la vida diaria Algunos de los síntomas anteriores son de intensidad grave pudiendo presentar además agitación motora.</p>
<p><b>Diagnóstico diferencial:</b></p> <p><b>A. Enfermedades físicas:</b> hipotiroidismo, síndrome de Cushing.</p> <p><b>B. Efectos secundarios de la medicación</b> (por ejemplo: los beta-bloqueantes, antidepresivos, antagonista de H2, tratamiento con esteroides) o el uso de sustancias.</p>

- **Problemas que presenta:** Los pacientes generalmente presentan síntomas somáticos, pero se ha encontrado tanto síntomas ansiosos como depresivos acompañando a estos síntomas. Una minoría puede presentar síntomas depresivos. En los centros de Atención Primaria, este agrupamiento de síntomas a menudo depende de la influencia de determinantes sociales, tanto en la evaluación como en el manejo del paciente. Los pacientes pueden presentar síntomas físicos como la pérdida de peso.
- **Infancia:** Antes de la pubertad, la depresión puede presentarse con características somáticas, irritabilidad y conductas oposicionistas, especialmente en niños. Suele confundirse con el trastorno negativista desafiante. También puede haber una disminución en el rendimiento escolar.

## 2). TRASTORNO DEPRESIVO

- **Descripción clínica:** Se trata de un trastorno disfórico en el que los síntomas depresivos provocan malestar o una disfunción significativa que lleva a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda, sin síntomas relevantes de ansiedad.
- **Problemas que presenta:**
  - ✓ Tristeza o estado de ánimo deprimido o falta de interés o placer son los síntomas principales que indican la presencia de un trastorno depresivo cuando se presentan durante al menos dos semanas.
  - ✓ El número y el tipo de otros síntomas implicados son indicadores de gravedad. Los pacientes pueden presentar también, síntomas físicos como la pérdida de peso.
- **Infancia:** Antes de la pubertad, la depresión puede presentarse con características somáticas, irritabilidad y conductas oposicionistas, especialmente en niños. Suele confundirse con el trastorno negativista desafiante. También puede haber una disminución en el rendimiento escolar.

En el *cuadro 1.1.10.* se reflejan los criterios diagnósticos de la CIE-11-APA (OMS, 2011) para el trastorno depresivo.

**Cuadro 1.1.10.** Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo de la CIE-11-APA (OMS, 2011).

<b>TRASTORNO DEPRESIVO</b>
<p><b>Síntomas necesarios para el diagnóstico:</b></p> <p>Ausencia de episodios maníacos previos.                      Presencia de al menos tres de una lista de cinco síntomas depresivos y unos pocos síntomas ansiosos, provocando un malestar o una disfunción significativos y dando lugar a alteraciones funcionales con una duración de al menos dos semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estado de ánimo deprimido persistente.</li> <li>-Marcada disminución del interés o placer.</li> <li>-Sentimientos de inutilidad o de culpa.</li> <li>-Confianza baja en uno mismo.</li> <li>-Ideación recurrente de muerte o suicidio.</li> </ul> <p><u>Presentan pocos síntomas de ansiedad y son los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sentirse nervioso, ansioso o al límite.</li> <li>-Incapacidad para controlar las propias preocupaciones.</li> <li>-Tener problemas para relajarse.</li> <li>-Sentirse tan inquieto que resulta difícil quedarse quieto.</li> <li>-Sentir miedo de que algo terrible pueda pasar.</li> </ul>
<p><b>Síntomas asociados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sueño y apetito alterados.</li> <li>-Agitación o enlentecimiento del movimiento o del habla.</li> <li>-Fatiga.</li> <li>-Irritabilidad.</li> <li>-Variación diurna del estado de ánimo.</li> <li>-Despertar precoz.</li> <li>-Disminución de la autoestima y la confianza en sí mismo.</li> <li>-Visión sombría y pesimista del futuro.</li> </ul>
<p><b>Gravedad del trastorno:</b></p> <p><u>Depresión leve:</u> Presentan al menos tres síntomas de depresión al día en las últimas 2 semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con dificultad.</p> <p><u>Depresión moderada:</u> Presentan al menos cuatro síntomas todos los días durante las dos últimas semanas, con discapacidad marcada en al menos un área. Pueden presentar además síntomas neuro-vegetativos, como cambios en el apetito y el peso, falta de sueño, variación diurna del estado de ánimo o pérdida de libido.</p> <p><u>Depresión severa:</u> Tienen todas las dificultades anteriores siendo algunos de los síntomas de intensidad grave. También pueden mostrar lentitud del habla y la acción, o ideación suicida.</p>
<p><b>Diagnóstico diferencial:</b></p> <p><b>Condiciones médicas:</b>                      Hipo/hipertiroidismo, síndrome de Cushing.</p> <p><b>Efectos secundarios de la medicación</b> (por ejemplo: los beta-bloqueantes, antidepresivos, antagonista de H2, tratamiento con esteroides) o el uso de sustancias.</p> <p>Depresión ansiosa -(con tres o más de los síntomas de ansiedad).</p> <p>Trastorno de Angustia corporal – (los pacientes no cumplen tres o más síntomas depresivos).</p>

La evaluación de la depresión no puede hacerse viendo a la persona de forma aislada, ya que pueden ser diversos factores los que estén incidiendo en el desarrollo o el mantenimiento de la sintomatología depresiva. Una adecuada evaluación de la depresión debe tener presente la historia médica, desarrollo personal y familiar de depresión, los tratamientos médicos y psiquiátricos recibidos, los problemas de salud y los fármacos que se están tomando para ellos, así como los estresores psicosociales acontecidos pasados o presentes en la vida de la persona (Vázquez & Lozoya, 1994).

Es importante promover campañas de concienciación y elaborar programas específicos entre médicos generales encaminados a poner conciencia en la importancia que tienen los síntomas depresivos como la tristeza, anhedonia, apatía, cansancio, dificultad para dormir, aumento o disminución de apetito, etc. Muchos casos de depresión podrían ser resueltos con un diagnóstico precoz o con la derivación a un especialista, pero aún son muchos los déficits de nuestro sistema de salud, sobre todo en lo que respecta a la salud mental.

## **1.6. Diagnóstico**

En nuestra investigación nos hemos centrado en distinguir la sintomatología depresiva en función del género, el país y los tres tipos de población, clínica, subclínica y normal, tomando como sistema de clasificación diagnóstica el DSM-IV-TR, para analizar las diferencias en sintomatología depresiva a nivel psicométrico, hemos empleado el Inventario de Síntomas depresivos, elaborado por Riquelme (2005).

En el nivel cualitativo o categorial se seguirían los criterios diagnósticos de los principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales para el diagnóstico de la depresión.

Vamos a ver los criterios diagnósticos necesarios que definen el trastorno depresivo, según los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV-TR y la

última versión del DSM-V aprobada el 1 de diciembre de 2012 durante la CLXVI sesión anual de la APA en San Francisco (EE.UU.) y presentada el 18 de Mayo de 2013.

El CIE-10 y el DSM-IV-TR distinguen entre un episodio depresivo único o recurrente, sin embargo el DSM-V incluye cambios asociados a la organización de los trastornos dentro del manual, basando su exposición en relación con su aparición en el ciclo vital, esto es, los trastornos del desarrollo primero y los neurocognitivos al final. A lo largo de todo el manual, los trastornos se enmarcan en cuanto a la edad, sexo y características del desarrollo del paciente, eliminándose el sistema de evaluación multi-axial por considerar que creaba distinciones artificiales. La inclusión de trastornos específicos, ahora denominados desordenes y la unificación de trastornos, antes separados, bajo un mismo epígrafe supone una novedad que aporta claridad y mayor precisión a la hora de establecer su diagnóstico (*véase cuadro 1.1.11.*).

**Cuadro 1.1.11.**Inclusiones que presenta el DSM-V (APA, 2013)

Inclusiones de trastornos en el DSM V		
	TRASTORNO	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
INCLUSIÓN	Trastorno por atracón	Personas que comen en exceso más de 12 veces al día en tres meses.
	Trastorno por Excoriación	Rascado compulsivo de la piel.
	Trastorno de Acaparamiento	Considerado hasta ahora un síntoma del Trastorno Obsesivo Compulsivo.  Definido como <i>“Dificultad persistente dedesprenderse de objetos, independientemente de su valor”</i> .
	Trastorno Disfórico Premenstrual	
	Trastorno Neurocognitivo leve.	
	Trastorno del Estado de Ánimo Disruptivo y No Regulado	Caracteriza a los niños con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol de de conducta (rabietas), tres o más veces a la semana durante más de un año.  Tiene la finalidad de reducir el diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia, cuya prevalencia se ha visto aumentada en el DSM IV-TR, debido a que incluía problemas de irritabilidad crónica severa dentro de esta categoría.

Respecto a la depresión encontramos en el DSM-V, que se consideran como trastornos independientes síntomas que formaban parte del repertorio de sintomatología depresiva en el DSM IV-TR. Además se han incorporado categorías dentro de los trastornos para recoger con mayor exactitud los diferentes desordenes y se deja de considerar como trastorno la transexualidad (véase en el cuadro 1.1.12.)

**Cuadro 1.1.12.** Cambios que introduce el DSM-V (APA, 2013)

- **El Duelo no excluye el diagnóstico de depresión.** Si bien el DSM-IV excluía dentro de la depresión a las personas que mostraban síntomas tras la pérdida de un ser querido en los meses posteriores, el DSM-V omite esta exclusión.
- **Trastorno por consumo de sustancias.** Se incorpora en el DSM-V para agrupar los trastornos por abusos de sustancias y dependencia de sustancias. Además se ha creado una nueva categoría para recoger las “adicciones conductuales”, dónde se incluye el juego patológico, que antes estaba recogido en la categoría de Trastornos del Control de los Impulsos no clasificados.
- **Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad.** Se ha modificado levemente para recoger la posibilidad de su diagnóstico en la edad adulta. En niños se ha cambiado la edad de aparición para el diagnóstico de TDAH (ahora los síntomas tienen que aparecer a los 12 años, mientras que antes era a los 7 años).
- **Trastornos de Ansiedad.** Incluyen los Trastornos Disociativos, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno por Estrés postraumático. Estos trastornos antes estaban unificados en el mismo epígrafe mientras que ahora se describen en apartados independientes para legitimar su carácter distintivo.
- **Trastorno por Estrés Postraumático.** Ahora incluye cuatro grupos de síntomas para su diagnóstico: Reexperimentación, Hiperactivación, Evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo.

Los umbrales de edad también se han modificado, así como los criterios que se aplican para su diagnóstico en menores de 6 años.

**Trastorno Depresivo Mayor.** Incluye dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida:

- Desorden del comportamiento suicida.
- Autolesión no suicida.

**Transexualidad.** Deja de considerarse trastorno mental.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 que vemos en el *cuadro 1.1.13*, mencionan diez síntomas. Contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor, y requiere la presencia de al menos dos de los tres síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los tres síntomas para los episodios graves.

**Cuadro 1.1.13.** Criterios para los episodios depresivos según la CIE-10 (OMS, 1992)

**Los episodios depresivos se dividen en:**

1. Episodio depresivo leve: como mínimo 4 síntomas.
2. Episodio depresivo moderado: como mínimo 6 síntomas.
3. Episodio depresivo grave: como mínimo 8 síntomas.

Además del estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés y la pérdida de energía. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Actualmente el Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias de la OMS está creando una red global de profesionales de la salud mental para promover información para el desarrollo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11), cuya publicación está prevista para 2015. La OMS asume como una meta importante de esta revisión la mejora de la utilidad clínica de los actuales sistemas de clasificación a nivel local.

En una entrevista realizada a Geoffrey M. Reed (director de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11, OMS) publicada en Infocop el 11 de abril de 2012, refiere que la revisión de la CIE se está centrando particularmente en la mejora de la utilidad clínica y la aplicabilidad global de la clasificación, y la mayoría de los cambios que están siendo considerados están relacionados con estas prioridades. Considera que el nuevo sistema encajará mejor con la práctica psicológica. La nueva clasificación pondrá énfasis en la severidad del trastorno de personalidad, pero también hará posible la codificación de rasgos prominentes, en lugar de tener muchas entidades diagnósticas artificiales. Esto representa una visión mucho más psicológica de la personalidad y de los trastornos de la personalidad (Tyrer, Crawford, Mulder et al., 2011).

Existe un reconocimiento de los beneficios que tendría para el mundo que la CIE-11 y el DSM-V fueran consistentes el uno con el otro en la medida de lo posible, sin embargo la OMS (2012) ha indicado que podrán existir diferencias sustantivas entre las dos clasificaciones, debido a sus diferentes objetivos y representantes. Un tipo de diferencia que es lícito que exista está de hecho basada en la necesidad de la aplicabilidad transcultural de la CIE-11.

En cuanto a la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2000) podemos ver en el *cuadro 1.1.14*. los criterios diagnósticos, que incorpora nueve síntomas, de los que se requiere la presencia de cinco de ellos, durante un periodo de dos semanas para establecer un diagnóstico de depresión.

**Cuadro 1.1.14.** Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. Puede ser referido por el propio paciente en forma de tristeza, o sentimientos de vacío (lo que va a ser menos frecuente en el anciano) u objetivarse por la presencia, por ejemplo, de llanto.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (referido por el propio paciente u observado por otros). Esta Anhedonia, acompañada generalmente de apatía, no siempre resulta fácil de valorar en los ancianos arrinconados o privados de estimulación en su entorno.
3. Aumento o pérdida importante de peso sin hacer régimen y/o aumento o pérdida de apetito, casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no mera sensación de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una percepción subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

En el *cuadro 1.1.15.*, podemos ver los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2013) para el diagnóstico del Desorden Depresivo Mayor, que incorpora nueve síntomas de los que se requiere la presencia de cinco de ellos durante un periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo. Al menos uno de los síntomas es de humor depresivo o pérdida de interés o placer.

**Cuadro 1.1.15.** Criterios para el diagnóstico del Desorden Depresivo Mayor según el DSM-V (APA, 2013)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Ánimo deprimido la mayoría del día casi todos los días. Puede ser referido subjetivamente como (sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza) o por la observación hecha por otros, (Labilidad emocional). En los niños y adolescentes puede ser humor irritable.
2. Interés disminuido del placer en todo o casi todo, en la mayoría de actividades casi todos los días, ya sea por opinión subjetiva o de otros.
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta (un cambio de más del 5% del cuerpo en un mes). A la vez aumento de decrecimiento en el apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación psicomotora o retardación casi todos los días. Observado por otros.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de falta de autoestima, excesiva o inapropiada culpabilidad casi todos los días (no meramente un autor reproche o culpabilidad de enfermo).
8. Habilidad disminuida para pensar o concentrarse o falta de decisión casi todos los días (ya sea por vivencia subjetiva u observada por otros).
9. Pensamientos recurrentes de la muerte (no solo temor a la muerte). Recurrente idea de suicidio con o sin plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos de otros medicamentos.

**NOTA:** los criterios A-C representan un episodio depresivo mayor.

**NOTA:** Las respuestas a una pérdida significativa pueden incluir la sensación de intensa tristeza, rumiación por la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso observado en el criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, de la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia de la individualización y la cultura y las normas para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La ocurrencia del episodio depresivo mayor no se explica por un trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofrénico o desorden psicológico.

E. Nunca ha habido episodios maníacos o hipomaniacos.

### 1.6.1. Instrumentos para la identificación o *screening* de la depresión

Aunque las medidas de *screening* para la depresión no permiten su diagnóstico, sí nos facilitan información sobre la presencia de sintomatología depresiva y su gravedad, permitiéndonos realizar o no una posterior evaluación más profunda para el diagnóstico. Todas aquellas personas que superan el punto de corte establecido estadísticamente en todas las medidas, son las que pasarían a ser entrevistadas para determinar si reúnen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) o la CIE-10 (OMS, 1992) y DSM V (APA, 2013), para un trastorno depresivo. Por lo tanto, una evaluación adecuada de la depresión pasaría por la evaluación cuantitativa y cualitativa de los síntomas.

A nivel cualitativo o categorial se seguirían los criterios diagnósticos de los principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Y a nivel cuantitativo o dimensional se aplicarían las escalas específicas de depresión para valorar la intensidad y gravedad de los síntomas.

Estas medidas de *screening* son muy útiles en aquellos casos en los que se solapan los síntomas depresivos con otros trastornos físicos o psicológicos, y en aquellos otros casos en los que existen dudas sobre qué ocurre exactamente, como es el caso de la presencia de demencia o no en un anciano. La semejanza de síntomas que hay entre un problema y otro obliga a evaluar ambos adecuadamente para poder más tarde aplicar un tratamiento correcto. Además, el juicio clínico debería superar, en ocasiones, a los criterios diagnósticos dado que éstos no siempre se cumplen, debido a la variabilidad de manifestaciones clínicas que tiene la depresión según la edad, el género o la cultura (Sharp & Lipsky, 2002). Las medidas de *screening*, según Sharp y Lipsky (2002), están indicadas cuando existe:

- Algún familiar de primer grado con historia de depresión.
- Dos o más enfermedades crónicas.
- Obesidad.
- Dolor crónico (por ejemplo, jaquecas).
- Problemas económicos.

- Cambios bruscos.
- Embarazo o posparto.
- Aislamiento social.
- Varios síntomas (Gastrointestinales, neurológicos).
- Fatiga o problemas del sueño.
- Abuso de sustancias.
- Pérdida de interés en la actividad sexual.
- Senectud.

En el nivel cuantitativo o dimensional se aplicarían instrumentos de medida constituidos por escalas específicas de depresión para valorar la intensidad y gravedad de los síntomas (Sharp & Lipsky, 2002) (véase *cuadro 1.1.16*). Una adecuada evaluación de la depresión debe tener presente la historia médica e historia personal y familiar de depresión, los tratamientos médicos y psiquiátricos recibidos, los problemas de salud y los fármacos que se están tomando para ellos, así como los estresores psicosociales acontecidos (Vázquez & Lozoya, 1994).

**Cuadro 1.1.16.** Medidas de screening para la depresión en adultos (adaptado de Sharp & Lipsky, 2002)

Instrumento de medida	Versión española	Nº de ítems	Tiempo de aplicación (minutos)
Inventario de Depresión de Beck (BDI)			
Inventario de Depresión de Beck-II	Sí	21	5-10
Inventario de Depresión de Beck-PC (BDI-PC)	Sí	7	< 5
Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)	Sí	20	5-10
Edinburgh Postnatal Depression Scale	Sí	10	< 5
Zung Depression Rating Scale (SDS)	No	20	5-10

El BDI-II (Beck et al., 1996) es una modificación del BDI (Beck, 1961) que refleja los criterios del DSM-IV. Por su parte, el BDI-PC (Beck et al., 1997) es una versión de 7 ítems del BDI-II, cuya sensibilidad es menor que la del BDI. Ambas

versiones incluyen ítems que hacen referencia a la sintomatología experimentada en las últimas dos semanas, incluyendo el día de la evaluación.

El BDI, el CES-D (Radloff, 1977) y la Escala de Edinburgo (Cox et al., 1996) se usan para el screening de la depresión en la mujer durante el embarazo y el postparto. La escala de depresión de Edinburgo fue específicamente elaborada para evaluar la depresión postparto, sus 10 ítems hacen referencia a los últimos siete días. Tanto el BDI como el CES-D muestran “falsos positivos” en la mujer embarazada (Myers & Weissman, 1980; Salamero et al., 1994).

El Instituto de Salud Mental de Estados Unidos ha formado un comité con el propósito de evaluar las clasificaciones diagnósticas de los desordenes mentales incluyendo la depresión. Insel et al. (2010) apuntan que la evaluación psicométrica de la depresión necesita adecuarse a las nuevas pautas de conceptualización que toman en consideración las emociones positivas y estilos de afrontamiento positivos dentro del proceso de estrés (Folkeman, 2008).

Este enfoque sugiere incluir formas más dinámicas de evaluación que incluyen los rasgos de personalidad y sus diferencias individuales con el fin de que podamos concebir la depresión con una visión más ampliada.

### **1.6.2. Diagnóstico diferencial**

Es preciso definir adecuadamente la depresión para poder realizar un buen diagnóstico ya que, como hemos referido anteriormente, a veces la sintomatología depresiva puede estar enmascarada con otros trastornos o problemas físicos o psicológicos.

En el *cuadro 1.1.17*. se presentan los trastornos que un profesional de la salud tendrá que distinguir respecto al trastorno depresivo (APA, 2000):

**Cuadro 1.1.17.** Diagnóstico diferencial de la depresión, APA (2000).

Períodos de tristeza	No se debe diagnosticar de depresión si no reúne los criterios incluidos en los sistemas de clasificación.
Trastorno esquizoafectivo	Al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparezcan en ausencia de síntomas afectivos acusados.
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	La respuesta a un acontecimiento estresante no debe confundirse con un trastorno adaptativo
Distimia	Se pueden distinguir en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia.
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	Distinguir si la depresión es independiente de la enfermedad médica.
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias	Puede aparecer como efecto de una sustancia o como abstinencia de ella.
Demencia	Es fácil de confundir con la depresión en ancianos.
Esquizofrenia, trastorno delirante y trastorno psicótico no especificado	Pueden darse síntomas depresivos que no siempre cumplen todos los criterios

Es necesario ir un paso más allá en la exploración, para ver a la persona del paciente de forma más amplia es necesario tener presente sus factores socioculturales (Lipsky, 2002):

- ✓ Situación personal: Problemas económicos, cambios bruscos en su entorno, situaciones estresantes, pérdidas, pérdida o disminución de interés sexual, abuso de sustancias, fatiga o problemas del sueño, etc.
- ✓ Antecedentes de enfermedad: Familiares de primer grado con historia de depresión, enfermedades crónicas, obesidad, dolor crónico, síntomas gastrointestinales.
- ✓ Situación social: Aislamiento, apoyos sociales, relaciones interpersonales

## 1.7. Curso

En cuanto al inicio de la depresión, los estudios revisados coinciden en que no hay una edad concreta de comienzo en la depresión. El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, el promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Sin embargo, Angermeyer, Anthony, De

Graaf, Demyttenaere y Gasquet, Kessler (2007), concluyeron que el trastorno depresivo generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales.

El 80% de las personas que desarrollan depresión lo hacen de una forma gradual. Aguirre (1998) refiere que la depresión se gesta, su comienzo es gradual, requiere de un proceso de gestación en el que los síntomas prodrómicos avisan de que el estado depresivo está en proceso, la rapidez con la que aparezcan los síntomas depresivos depende de las diferencias individuales y la capacidad de afrontamiento de los individuos.

La duración de un episodio depresivo mayor es variable. Lo habitual es que, si no se trata la depresión, dure cuatro meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas. Del 20% al 30 % de los casos, mantienen algunos síntomas depresivos durante meses o años, sin llegar a cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Del 5 al 10% mantienen la sintomatología depresiva durante dos o más años lo que constituye un cuadro depresivo crónico.

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10 % en estudios epidemiológicos y en un 15-25 % en población clínica). Hay datos que sugieren que estos sujetos tienen más probabilidades de presentar otros episodios depresivos mayores, además de tener peor recuperación (APA, 2000).

El número de episodios depresivos experimentado predice la probabilidad de presentar un episodio depresivo posterior. También la gravedad del episodio inicial predice la persistencia del trastorno, así como la existencia de alguna enfermedad médica. Aproximadamente, según datos del DSM-IV-TR, se puede esperar que del 50% al 60% de los sujetos con un trastorno depresivo mayor desarrolle un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero

y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto.

Alexopoulos y Chester (1992) asocian cinco factores con la cronicidad y la remisión de la depresión, como podemos ver en la *figura 1.1.2.*, estos factores pueden ser agrupados en función de los factores relacionados con la duración y la severidad del episodio depresivo teniendo en cuenta la historia personal del sujeto, factores genéticos, factores sociodemográficos como la edad, género, estatus socioeconómico, nivel de apoyo y factores físicos (enfermedad médica) y factores cognitivos, en los que incluyen el estado mental y las anomalías neurológicas.

**Figura 1.1.2.** Factores asociados con la cronicidad y la remisión de la depresión, según Alexopoulos y Chester (1992)

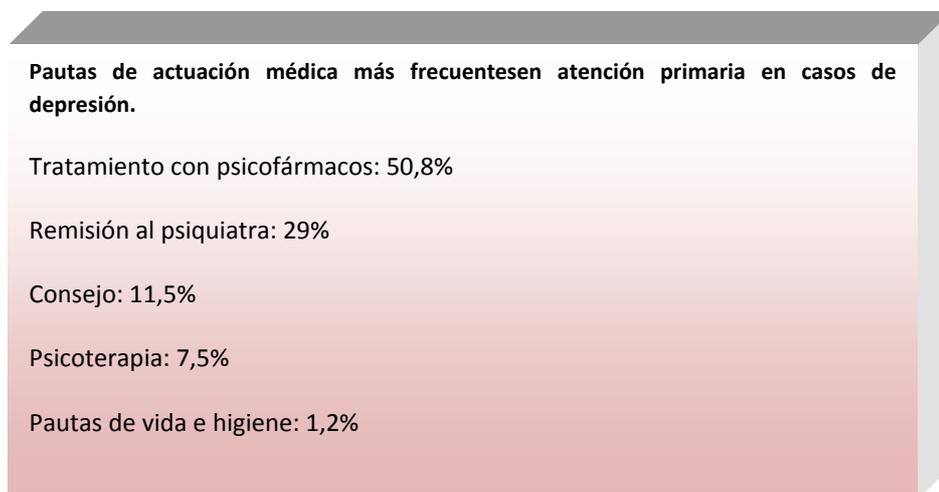


Tanto la duración y la severidad del episodio depresivo como un temprano episodio depresivo predicen un curso desfavorable, así como la comorbilidad de síntomas cognitivos y variables relacionadas con la salud (Beekman et al., 1995b; Henderson et al., 1997; Cole et al. 1999 & Kennedy et al., 1991).

## 1.8. Tratamiento

En la atención Primaria, como vemos en el Cuadro 1.1.18, sólo una de cada tres personas con depresión recibe un diagnóstico y tratamiento adecuados (Zivin et al., 2009). Se estima que menos de un 2% de pacientes en atención primaria consulta explícitamente por un sentimiento de tristeza (Gayoso, 2004).

**Cuadro 1.1.18.** Pautas de actuación médica en Atención Primaria



(Tomado del Libro Blanco sobre la calidad asistencial de la depresión en España, 1997)

Chinchilla (2003) sugiere que cuando la depresión es severa y va acompañada de elevado riesgo suicida, tiene síntomas psicóticos, se le añade alguna adicción, con incumplimiento terapéutico, efectos secundarios exagerados a antidepresivos o escaso apoyo socio familiar, entre otras características, se hace necesaria una valoración de ingreso hospitalario. También puede ser útil la terapia electro-convulsiva, en la depresión, cuando los psicofármacos están contraindicados, en cuadros muy severos, con resistencia a los tratamientos o con una inhibición profunda.

La mayoría de pacientes con depresión pueden ser tratados con éxito con Farmacoterapia y Psicoterapia (Elkin et al., 1989, Zivin, 2009). Además, se debe prestar atención a cualquier problema físico o psicológico que acompañe a la depresión, aplicando el tratamiento o los tratamientos correspondientes.

En el *cuadro 1.1.19.* podemos ver los fármacos que se usan de forma frecuente en el tratamiento de la depresión.

**Cuadro 1.1.19.** Fármacos más frecuentes en el tratamiento de la depresión

Antidepresivos tricíclicos.
Antidepresivos heterocíclicos
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
Ansiolíticos.
Inhibidores de la monoaminoxidasa
Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa

En cuanto a la psicoterapia que tradicionalmente ha abordado el tratamiento de la depresión en el *cuadro 1.1.20.*, encontramos diversos modelos de intervención.

**Cuadro 1.1.20.** Psicoterapias más frecuentes en el tratamiento de la depresión.

Terapia Cognitiva-Conductual
Terapia Humanista
Terapia individual y/o grupal
Terapia de familia y/o de pareja

Sin embargo la adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como terapéutico, tiene tasas muy altas de abandono temprano. En cuanto al tratamiento farmacológico, según Hayness et al. (2008) y Zivin et al. (2009) esa falta de adherencia se ha asociado con la creencia de los pacientes acerca de los medicamentos, temor a los efectos secundarios, rasgos de personalidad, apoyo familiar, ausencia de información suficiente, sentirse excluido de las decisiones que se tomen respecto al tratamiento, estar o no de acuerdo con el diagnóstico, la estigmatización social asociada al diagnóstico (Holma et al. 2010), la falta de mejoría y cambios en las situaciones psicosociales como el estado marital o el empleo (Woolley et al., 2010).

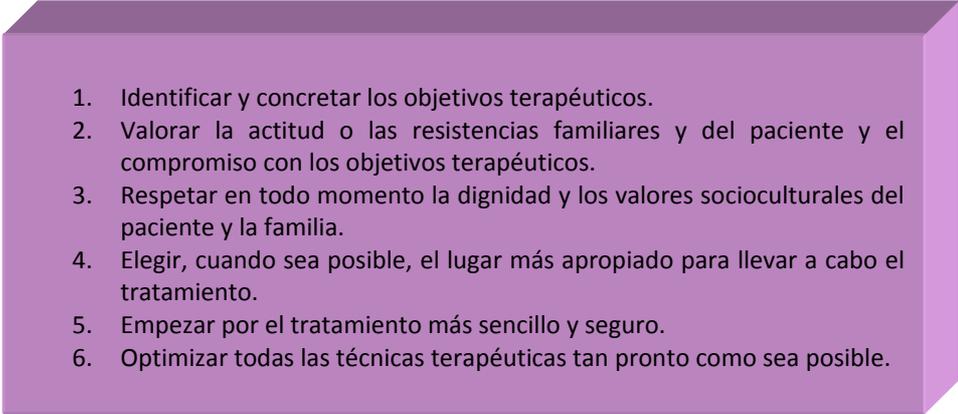
Es importante resaltar que la respuesta al tratamiento es variable y se ha demostrado que un grupo importante de pacientes requiere ajustes en la dosis

o cambios en el medicamento a lo largo del tratamiento, factores que también pueden influir en el abandono del tratamiento al albergar la creencia de que no resulta efectivo (Mulder, 2009).

Respecto al tratamiento psicológico, Parikh et al. (2009) refieren que las características comunes entre los distintos tipos de terapia están en la relación que el paciente establece con el terapeuta, cuando se establece una adecuada alianza terapéutica supone la base de un tratamiento adecuado. El paciente busca alivio sintomático y un mayor conocimiento de su enfermedad, así que es fundamental conocer el impacto y la efectividad de los tratamientos para poder identificar a los pacientes con diagnóstico de depresión que se beneficiaran de cada intervención.

Chinchilla (2003) establece seis requisitos que han de ser previos al plan terapéutico, que podemos ver en el *cuadro 1.1.21*.

**Cuadro 1.1.21.** Requisitos previos al plan terapéutico (tomado de Chinchilla, 2003).

- 
1. Identificar y concretar los objetivos terapéuticos.
  2. Valorar la actitud o las resistencias familiares y del paciente y el compromiso con los objetivos terapéuticos.
  3. Respetar en todo momento la dignidad y los valores socioculturales del paciente y la familia.
  4. Elegir, cuando sea posible, el lugar más apropiado para llevar a cabo el tratamiento.
  5. Empezar por el tratamiento más sencillo y seguro.
  6. Optimizar todas las técnicas terapéuticas tan pronto como sea posible.

La terapia tradicional no resulta efectiva en el 50% de los casos (McNeil & Harsany, 1989). Sería necesario, como indica Ring (1994), llevar a cabo terapias más creativas, con el respeto y el cariño que merece un trabajo así, considerando tanto los aspectos personales como los sociales de la depresión. Además, hay que tener en cuenta tanto las pérdidas de los roles sociales como los roles que siguen desarrollándose.

En esta línea se encuentra el modelo conceptual de Folkman, (2008) en el que se incluyen las emociones positivas y los estilos de afrontamiento positivo dentro de la interacción del proceso de estrés y depresión. La experiencia de las emociones positivas amplían el proceso cognitivo y de acción de la persona, extiende un repertorio de conductas que sirven de base para construir recursos personales y de resistencia para el afrontamiento del estrés (Fredrickson, 2003).

El modelo propone tres estilos de afrontamiento, por medio de los cuales, las personas con niveles elevados de estrés y depresión logran expresar emociones positivas (Véase cuadro 1.1.22.).

**Cuadro 1.1.22.** Niveles del Modelo Conceptual (Folkman, 2008)

Re-evaluación cognitiva positiva. (Positive reappraisal)	El objetivo es que la persona logra percibir el lado positivo de una experiencia estresante.
Afrontamiento orientado a metas. (Goal-focus coping)	La persona mantiene una postura orientada hacia actividades de la vida diaria y una perspectiva futura positiva.
Infusión de eventos ordinarios con significado positivo. (Positive meaning)	La persona materializa sus actividades con significado positivo.

Los últimos estudios realizados con éxito por Romero (2013) aportan nueva luz en el terreno del tratamiento de la depresión y de distintas patologías al sugerir el movimiento como recurso terapéutico. Sugiere el método BAPNE para el desarrollo de las inteligencias múltiples a través de la fundamentación y sistematización de la didáctica de la percusión corporal. El método BAPNE basado en la percusión corporal, a la que define como “*el arte de percutirse en el cuerpo produciendo diversos tipos de sonidos con la finalidad didáctica, terapéutica, antropológica y social*”. Este método aporta al paciente con depresión recursos para su mejoría gracias a su impacto en el desarrollo de las

habilidades de comunicación, la expresión creativa, el trabajo inclusivo y la emergencia de una imagen corporal positiva a través del diálogo corporal.

La base de este método viene dada por la bioenergética y se centra en tres formas principales de arraigamiento del cuerpo y la conexión con tres canales básicos: la mirada, las manos y los pies, que se trabajan a nivel grupal, a través del movimiento, con la intención de ampliar su nivel de atención y focalizarlo sobre sí mismo y de estructurar su aplicación práctica basada en las relaciones igualitarias con el fin de mejorar el aspecto socio-afectivo.

En estudios anteriores ya hablaban de la focalización como recurso terapéutico. Csikszentmihalyi (1999) definió como Estado de Flow al *“estado en el cuál las personas que se hayan tan involucradas en la actividad que nada más parece importarles, la experiencia por sí misma es tan placentera que las personas la realizan aunque tenga un gran coste, por el puro motivo de hacerla”*. Esta aportación que realizó en el campo de la Motivación, fue recogida para la psicología por Seligman & Csikszentmihalyi (2000).

Desde el punto de vista psicológico y neurológico, el Método BAPNE le aporta al paciente todas las herramientas posibles y los recursos necesarios para su mejoría.

La percusión corporal ha tenido diferentes roles que pueden ser clasificados en unos usos, significados y funciones propios de cada cultura, por eso el cuerpo es empleado como instrumento acústico, rítmico, tímbrico y dinámico porque está ligado al movimiento con o sin desplazamientos. Es importante destacar que los medios de comunicación y las redes sociales han jugado un papel importante para su difusión debido a su alto contenido visual y estético (Romero, 2013).

En este estudio, es de especial relevancia la aportación del Método BAPNE, al traspasar las limitaciones propias de las fronteras culturales, por lo que abre las puertas a la interculturalidad terapéutica y ofrece un potente recurso terapéutico en el tratamiento y la mejora de las personas que sufren depresión.

En la misma línea, Krogh et al. (2011) se refieren al efecto positivo de la actividad física en la salud mental. El ejercicio aumenta las concentraciones de monoaminas y endorfinas e incrementa la neurogénesis, además son intervenciones de bajo costo que pueden actuar como distracción de los pensamientos negativos y favorecen el contacto social, factores que mejoran el estado de ánimo y tienen efecto positivo en el bienestar general (Mota-Pereira et al., 2011).

Otra línea terapéutica que está resultando efectiva en el tratamiento de la depresión es la Terapia Asistida por Animales (TAA), combinada con la Terapia Cognitiva (TCG). La Organización Internacional *Delta Society*, líder en el entrenamiento y preparación para la práctica de la TAA, la define como una intervención orientada por objetivos donde el animal, que reúne criterios específicos, forma parte integral del proceso terapéutico. La terapia pretende que el paciente establezca un nexo de unión con el profesional, en el que el animal es utilizado para fomentar mejoras en el funcionamiento físico, social, emocional y cognitivo del paciente.

Según Walsh (2009b) la TAA ha demostrado ser muy efectiva en pacientes con problemas en la comunicación interpersonal, baja autoestima, problemas motrices, etc. Los pacientes depresivos que presentan deterioro en sus relaciones, tienen ideas de suicidio, aislamiento, sentimientos de soledad, estado de ánimo deprimido, etc, podrían verse mejorados si se los impulsa a establecer una relación con un animal.

En la misma línea, Gutiérrez, Granados y Piar (2007) refieren que la interacción con animales mejora el sentido del humor, favorece el contacto físico y las demostraciones de afecto tanto con el animal como con las otras personas. Los estudios de Gutiérrez et al., (2007); Oropesa (2009) y Walsh, (2009b) afirman que cuando las personas salen a pasear con sus mascotas, a menudo hablan y se relacionan con otras personas que realizan la misma actividad, lo que facilita la relación interpersonal produciendo importantes beneficios sociales por la función que cumplen los animales, que actúan como

*lubricantes o catalizadores* sociales. Fine (2010), coincide en afirmar los beneficios del *cambio de foco* que surge a partir de la presencia del animal en el proceso terapéutico.

### **1.9. Costos de la depresión**

Un diagnóstico equivocado genera aumento de costos y empeoramiento de la depresión, entre otros aspectos Chinchilla (2003) refiere que es fundamental realizar una correcta evaluación para garantizar un adecuado tratamiento. Y dado que el médico de atención primaria suele atender bastantes casos de depresión, se hace fundamental que conozcan esta enfermedad y que tengan la habilidad necesaria para poder identificarla y prevenir un curso más grave de la misma, ya que con frecuencia se subestima lo psicopatológico en nuestros centros de salud.

Los estudios en que se realizan autopsias verbales de los fallecidos por suicidio (entrevistas con familiares y médicos de cabecera de los fallecidos) demuestran que, en un 30-45% de los suicidios consumados, la depresión es el antecedente principal. Por esta razón debe contabilizarse como atribuible a la depresión una gran parte de las muertes por suicidio. En España se ha objetivado una tendencia creciente en el reconocimiento del suicidio como causa de muerte.

Además de tener una carga social importante, derivada del sufrimiento que producen en los pacientes y sus familiares y de las muertes prematuras como consecuencia del suicidio, los resultados arrojados por los Consultores para Europa Bernard Krief (2004) pusieron de relieve que los trastornos depresivos tienen un alto impacto social derivado de los costes vinculados con su morbilidad y su asistencia.

El Gabinete de Estudios Sociológicos (1998) sostiene que el coste total de la depresión en España varía según las fuentes. Los resultados de su trabajo lo ha cifrado en 745 millones de euros anuales, de los que 535 corresponderían a costes directos, derivados del manejo y del tratamiento del paciente, y el

resto a pérdidas de la productividad generadas por la incapacidad temporal laboral por la depresión.

Alonso-Fernández (1997) refiere que dentro de los costes directos, tan sólo un 15,9% corresponde al tratamiento farmacológico, mientras que el componente más importante de los costes directos era el vinculado con el seguimiento ambulatorio. La hospitalización por depresión supone un capítulo también reducido del conjunto de los gastos derivados de la enfermedad, un 15,9%.

En el Reino Unido, donde los cuadros afectivos constituyen la causa más frecuente de absentismo laboral Almond (2003), se ha evaluado recientemente el impacto económico de estos costes indirectos de la depresión. Sobre un coste total de la depresión estimado para ese país de 9 billones de libras, la parte más significativa de este coste es la vinculada con la pérdida de productividad laboral de los sujetos afectados, que suponía el 90,25% del coste total. Estos costes indirectos eran 23 veces más altos que los derivados del uso de medicación antidepresiva, que tan sólo suponían el 3,4% de los costes totales de la depresión.

Kessler (2003) sostiene que la depresión tiene un impacto económico en la comunidad que va más allá de los costes directos vinculados con el uso de los servicios sanitarios. La depresión afecta al rendimiento laboral del individuo de una manera muy marcada.

### **1.10. Conclusión**

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, la palabra depresión forma parte de nuestras vidas para expresar un malestar significativo y en muchos casos limitador, por lo que merece una atención especial, sobre todo porque se desconoce bastante acerca de cómo se ha filtrado con tanta fuerza y velocidad en nuestros tiempos, y por las poderosas repercusiones que tiene en la persona, su entorno y en la comunidad. Podemos hacernos una idea de

dónde viene la elevada prevalencia de la “depresión”, pero desconocemos exactamente por qué, por ejemplo, se da más en los ancianos o en los más jóvenes o por qué es la mujer la que tiene una mayor prevalencia de depresión que el hombre.

Cuando hablamos de depresión como trastorno psiquiátrico, no podemos compararlo con los estados de tristeza o frustración que podemos sentir en ocasiones en nuestras vidas. El diagnóstico de depresión clínica se llega a realizar cuando la persona presenta una sintomatología determinada mantenida durante un periodo de tiempo también determinado y establecido dentro de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales (CIE-10, DSM-IV-TR y DSM V).

En la atención Primaria, sólo una de cada tres personas con depresión recibe un diagnóstico y tratamiento adecuados. Se estima que menos de un 2% de pacientes en atención primaria consulta explícitamente por un sentimiento de tristeza (Gayoso, 2004). Una buena evaluación nos permitirá aplicar un tratamiento adecuado. Conociendo el contexto en el que aparece la depresión y los factores personales y sociales que lo rodean nos permitirá tomar una decisión respecto al programa de tratamiento. Angermeyer et al. (2001), demostraron la importancia que tienen los factores socioculturales en las conductas de ayuda.

El avance en los modelos de tratamiento Folkman (2008) con su propuesta del Modelo Conceptual y Romero (2013) al sugerir el método BAPNE basado en la percusión corporal como recurso terapéutico, aportan nueva luz en el terreno del tratamiento de la depresión y de distintas patologías psicoafectivas y en la depresión.

Aunque cada vez se conocen algo más los factores que influyen en el desarrollo de la depresión, faltan más investigaciones que muestren el peso específico de cada factor y las formas de interacción que tienen con otros factores, proporcionando así información sobre la manera de prevenir los trastornos depresivos.

## **CAPITULO 2**

---

### **DIFERENCIAS ASOCIADAS AL GÉNERO EN LA DEPRESIÓN**



## 2.1. Depresión y Género

Es necesario aclarar los conceptos y la terminología utilizados en este trabajo, que tiene como objetivo estudiar las diferencias de género en la depresión. Las palabras “género y sexo” se entrecruzan con frecuencia y a veces son empleadas de forma indistinta. Mientras que el “sexo” hace referencia a los rasgos biológicos que distinguen al hombre de la mujer, el “género” se refiere a las características comportamentales y sociales que definen la identidad de la persona en relación al sexo. Las diferencias de género, por tanto, pueden variar entre personas de un mismo sexo y puede influir en las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a la prevalencia de la depresión (Bebbington, 1996).

Aunque en nuestro trabajo aparecerán ambos términos, nos resulta de interés esta distinción, ya que nos lleva a enfatizar más el término “género”, que incluye una visión más amplia de hombre y mujer, más allá de lo biológico.

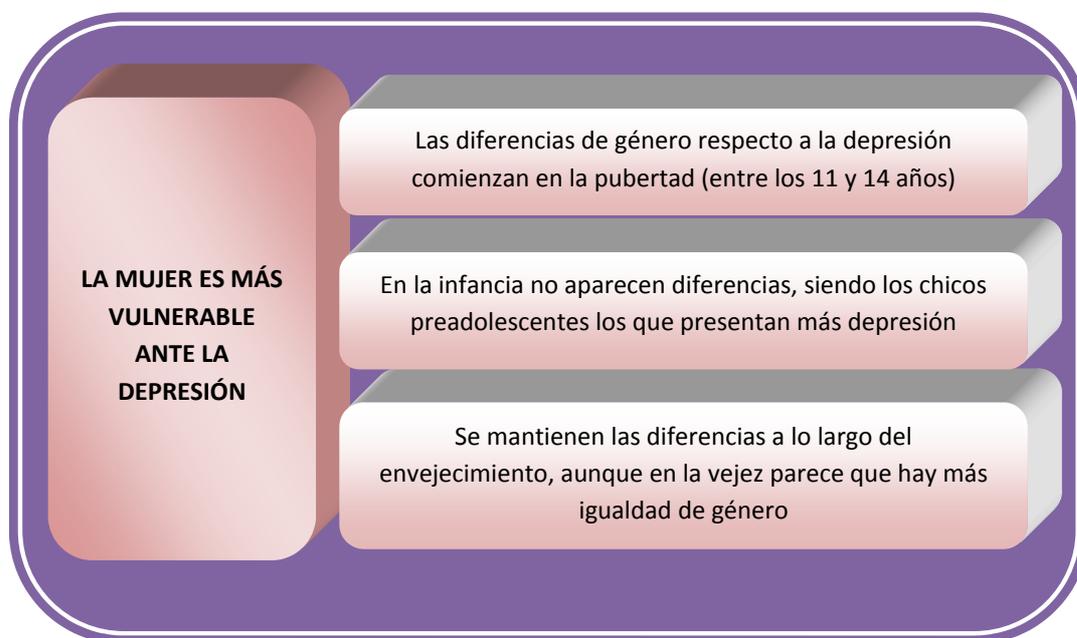
Ser mujer es un factor de vulnerabilidad ante la depresión. Pertenecer al sexo femenino es el principal riesgo demográfico para un problema depresivo. Además la literatura apoya constantemente esta tendencia autores como Gorn, Sáinz e Icaza (2005), Inaba, Thoits, Veno, Gove, Evenson y Sloan (2005), Gómez Díaz et al. (2006) y Matud, Guerrero y Matías (2006), entre otros, reflejan la mayor vulnerabilidad de la mujer, cosa que no ocurre con otros factores estudiados en relación a la depresión, como es el caso de la raza o el nivel cultural o social. La depresión mayor es la causa principal de enfermedad que genera invalidez, en las mujeres (Murria & López, 1996).

Las diferencias de género respecto a la depresión no son constantes a lo largo del ciclo vital (Solar, 2005), aparecen en la adolescencia, donde son más las chicas que los chicos las que tienen más tendencia a la depresión.

En la infancia no existen diferencias entre niños y niñas, y algunos estudios encuentran mayor prevalencia de la depresión en chicos prepuberales respecto a las chicas de esta etapa (Anderson et al., 1987; Kashani & Carlson, 1987; Fleming & Offord, 1990 y Nolen-Hoeksema, 2001).

Es entre los 11 y 14 años cuando se incrementa al doble la prevalencia de la depresión en la mujer, manteniéndose esta tendencia en la edad adulta (Rutter et al., 1976; Cohen et al., 1993; Angold et al., 1998 y Simonds & Whiffen, 2003). Y es que es en la adolescencia cuando se producen importantes cambios biológicos, sociales y psicológicos. Sin embargo, otros muestran que no es tanto la edad cronológica la que marca el inicio de la mayor prevalencia de la depresión en la mujer con respecto al hombre sino la fase de la pubertad (Patton et al., 1996 & Angold et al., 1998) (véase en la figura 1.2.3.).

**Figura 1.2.3.** Evolución de la vulnerabilidad de la mujer ante la depresión



## 2.2. Vulnerabilidad de la mujer ante la depresión

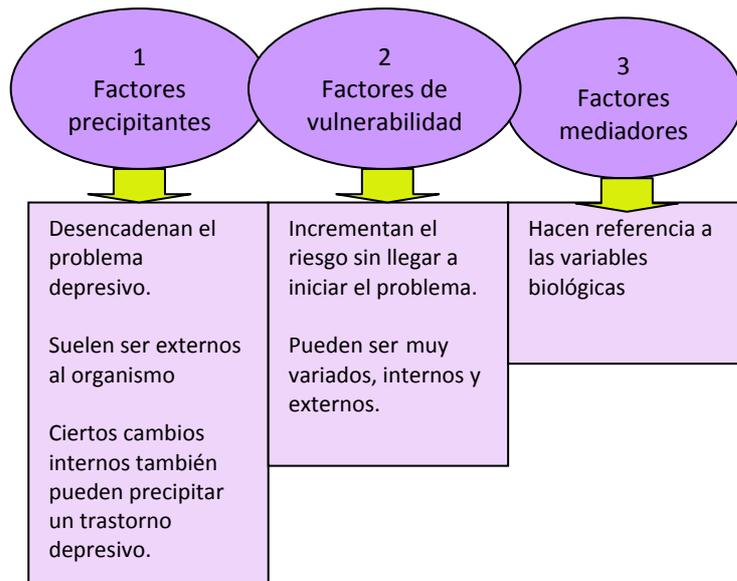
De acuerdo a datos de la OMS (2009), las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y a la ansiedad. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor.

El hecho de que la mujer doble en número al hombre con respecto al desarrollo de la depresión, sin duda motiva a indagar los motivos subyacentes a este hecho tan sumamente llamativo. Pese a las explicaciones que se han dado ninguna es lo suficientemente completa para dar una solución satisfactoria a

este hecho, por lo que, en los últimos años hay una tendencia a integrar los distintos modelos explicativos ofrecidos hasta ahora (Nolen-Hoeksema, 2001).

En la base de las diferencias de género en la depresión, Bebbington (1996) menciona tres factores que se presentan en la *figura 1.2.4*.

**Figura 1.2.4.** Base de las diferencias de género en la depresión



En cuanto a las diferencias de género en la psicopatología general, Rutter et al. (2003) distinguen de tres causas:

- 1) Las diferencias genéticas entre hombres y mujeres.
- 2) Diferencias biológicas y culturales.
- 3) Factores de riesgo o de protección que difieren entre hombres y mujeres (por ejemplo, rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento).

Estos autores muestran que las diferencias de género en los trastornos mentales pueden incluirse en dos grupos:

- 1) Los trastorno neuropsiquiátricos que aparecen en la infancia, como el autismo (Fombonne, 1999), los trastornos del lenguaje (Bishop, 1997, 2002) o la dislexia (Katusic et al., 2001; Snowling, 2002), que muestran una preponderancia masculina.

2) Los trastornos emocionales que aparecen en la adolescencia, como el episodio depresivo (Bebbington, 1996-1998) o los trastornos de la alimentación (Nielsen, 1990; Lucas, Pizarro, Granada, Salinas & Sanmartin, 2001), que muestran una preponderancia femenina.

Para explicar las diferencias de género en la depresión, Cova (2005), agrupa las múltiples hipótesis que se plantean y que se pueden agrupar en torno a las hipótesis biológicas, las hipótesis psicosociales y las hipótesis artefactuales (véase *cuadro 1.2.23.*):

**Cuadro 1.2.23.** Hipótesis para explicar la depresión Cova (2005)

1. Hipótesis biológicas	Rol que desempeñan las hormonas reproductivas.
2. Hipótesis psicosociales:	Factores culturales y sociales que favorecen una vulnerabilidad en el desarrollo emocional, social y cognitivo de mujeres y hombres.
3. Hipótesis de factores artefactuales:	Se debe estar alerta con aquellos factores que puedan amplificar artificialmente las diferencias de género, aunque su poder explicativo es restringido.

### 2.2.1. Diferencias de género en la esfera biológica.

En la 10ª edición del manual Merck (1999) refiere que las mujeres son más vulnerables que los hombres con respecto a la depresión debido a que las mujeres tienen:

- ✓ Niveles más altos de monoaminoxidasa (considerada importante para el estado de ánimo), es la enzima que metaboliza los neurotransmisores.
- ✓ Alteraciones más frecuentes de la función tiroidea.

- ✓ Consumen anticonceptivos orales que contienen progesterona, que por su efecto depresor aumenta la probabilidad de padecer depresión.
- ✓ Sufren cambios endocrinos premenstruales y posparto.
- ✓ Su respuesta biológica a los estresores está relacionada con la influencia de las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona), otorgando más vulnerabilidad ante la depresión a las mujeres.

Algunos factores biológicos pueden determinar la capacidad de reacción de la persona a las contingencias ambientales, (Hammen et al., 2010). Sin embargo, el desarrollo de la depresión tiene su diferenciación propia, la cual estaría dada en una primera instancia por la presencia de los estrógenos. De acuerdo a datos de la OMS (2009) las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y a la ansiedad.

Jabbi et al. (2008) refieren que en algunos casos de depresión se evidencian alteraciones del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Sus resultados arrojan también una baja susceptibilidad en las personas que tienen una elevada respuesta al estrés agudo y una marcada disminución en plasma en los niveles ACTH durante la recuperación del estrés. Esta alteración sólo se observa en las mujeres, mientras que en los hombres se muestra todo lo contrario.

La mayoría de los estudios encuentran una prevalencia mayor de la depresión en mujeres cuya edad coincide con su etapa biológica reproductora, de los 20 a los 50 años aproximadamente. Después de esta etapa hay una igualdad de género en la prevalencia de la depresión y un descenso de la misma (Bland et al., 1988; Lindeman et al., 2000 & Solar, 2005). Parece que las diferencias de género no son tan grandes después de la menopausia (Meltzer et al., 1995 y Jenkins et al., 1997), aún controlando ciertas variables sociales como el estado civil o laboral (Bebbington et al., 2003).

En estudios anteriores, Eagles y Whalley (1985) consideraban que la etapa reproductiva de la mujer es una etapa de vulnerabilidad en la que podía desarrollar, por razones biológicas o sociales, algún trastorno psiquiátrico. Benazzi (2000b) plantea la posibilidad de una diferente fenomenología en la depresión femenina antes y después de los 40 años.

Kormsteiny et al. (2000) concluyeron que las adolescentes deprimidas tienen mayores tasas de depresión en familiares del sexo femenino que en los del sexo masculino. Janzing et al. (2009), en un estudio realizado con adolescentes, encontraron que la incidencia de depresión es similar en ambos sexos.

Autores como Baghai (2008), Xuy, Lif, Huan, Sun, Zhang, Liu (2009) y Hammen et al. (2010) reflejan que el desarrollo de la Genética Humana abre nuevas perspectivas para el descubrimiento de los genes responsables y los productos genéticos que están involucrados en la aparición de la depresión.

Muchos estudios ponen de relieve que **los cambios hormonales** en la mujer predisponen a la depresión. Es importante resaltar las etapas propias de la mujer que provocan cambios hormonales significativos en su estructura y funcionamiento.

Kaplan et al. (2010), reflejan que cuando ocurre la primera menstruación se incrementa la posibilidad de desarrollar estados depresivos en la mujer. Por otro lado, Zahn-Waxter et al. (2008) y Hyde et al. (2008), en esta misma línea, concluyeron que la depresión estaría determinada por el flujo hormonal.

Las fluctuaciones hormonales son propias de las diferentes fases del ciclo menstrual, por lo que serían las responsables de la sintomatología depresiva (Shansky, 2009).

Cunninghan et al. (2009) refieren que los síntomas depresivos se manifiestan durante la semana previa al inicio de la menstruación y normalmente mejoran al cabo de unos días del inicio del sangrado menstrual.

Para Rocha et al. (2011), el trastorno Disfórico Premenstrual (TDP), consiste en síntomas depresivos y somáticos en la última semana de la fase lútea y con remisión después de la menstruación.

En la misma línea, Pavía-Ruz et al. (2009) refiere que es frecuente que las mujeres experimentan cambios en el estado de ánimo relacionados con el ciclo menstrual. Según Cunningham et al. (2009) entre el 3% y el 8% de las mujeres desarrollan síntomas que reúnen los criterios diagnósticos del DSM IV-TR para el Trastorno Disfórico premenstrual.

Un estudio con 2500 mujeres, en el que se analizó la fase premenstrual, se halló una clara vulnerabilidad, del 1%, para los síntomas afectivos en dicha fase (Ramcharan et al., 1992). Se ha visto como la mujer es particularmente vulnerable a la depresión durante y después del embarazo (Stowe & Nemoroff, 1995). La depresión mayor se da en un 10-15% de mujeres embarazadas y en el posparto (Gotlib et al., 1989).

Se ha indicado que la depresión en el primer trimestre del embarazo se presenta en un 7,4%, en el segundo trimestre en un 12,8% y en el tercero en un 12% Bennett y Einarson et al. (2004).

Rondón (2005) pone de relieve que la alteración de la imagen corporal durante el embarazo y su incertidumbre frente a su recuperación son motivos de ansiedad. También la preocupación por la normalidad y salud del feto, así como el temor de ponerlo en peligro, pueden ser abrumadores y convertirse en fuentes de ansiedad.

Según un meta-análisis realizado por O'Hara y Swain (1996), un 13% de mujeres presentan una depresión posparto. Y aunque las proporciones de depresión mayor se incrementan substancialmente durante el posparto (Wisner et al., 1993 & Gotlib et al., 1989), se ha comprobado que la mayor proporción de trastornos depresivos en este período coincide en mujeres con una fuerte historia familiar de depresión (Sichel, 2000). Además, los datos no indican un elevado incremento de la prevalencia de la depresión en este período

comparado con las proporciones de depresión que se dan en mujeres de la misma edad que no son madres (Kuehner, 2003).

El DSM-V (APA, 2013) establece los criterios diagnósticos para la depresión premenstrual que podemos ver en el *cuadro 1.2.24*.

**Cuadro 1.2.24.** Criterios diagnósticos DSM-V para la depresión premenstrual (APA, 2013)

<b>Criterios diagnósticos de la depresión premenstrual.</b>	<b>625.4 (N94.3)</b>
<p>A. En la mayoría de los ciclos menstruales al menos cinco síntomas deben estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empieza a mejorar en unos pocos días después del inicio de la menstruación, y llega a ser mínimo o ausente en la semana después de la menstruación.</p> <p>B. Uno (o más) de los siguientes síntomas deben estar presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Labilidad afectiva marcada (por ejemplo, cambios de humor; sintiéndose de repente triste o lloroso, o sensibilidad ante el rechazo).</li> <li>2. Irritabilidad marcada o enfado o conflictos aumento de los conflictos interpersonales.</li> <li>3. Humor depresivo marcado, sentimientos de desesperanza o pensamientos de auto desaprobarción.</li> <li>4. Ansiedad marcada, tensión, y/o sentimientos de estar excitado hasta el límite.</li> </ol> <p>C. Uno (o más) de los siguientes síntomas deben adicionalmente estar presentes para alcanzar hasta un total de los cinco síntomas cuando se combina con síntomas del criterio B de arriba.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interés reducido en actividades usuales (por ejemplo; trabajo, colegio, amigos, hobbies).</li> <li>2. Dificultad subjetiva en la concentración.</li> <li>3. Letargo, fatiga fácil, o marcada ausencia de energía.</li> <li>4. Marcado cambio en el apetito, comiendo excesivamente o devorando una comida específica.</li> <li>5. Hipersomnia o Insomnio.</li> <li>6. Un sentimiento de estar abrumado o fuera de control.</li> <li>7. Síntomas físicos tales como sensibilidad en los pechos o hinchazón, dolor muscular, una sensación de hinchazón o aumento de peso.</li> </ol> <p><b>NOTA:</b> los síntomas en el criterio A-C deben haber estado presentes durante la mayoría de los ciclos menstruales que ocurrieron en el año anterior.</p> <p>D. Los síntomas están asociados con distrés significativo clínicamente o interferencias con el trabajo, el colegio, actividades sociales usuales o relaciones con otros (por ejemplo; evitar actividades sociales, menor productividad y eficiencia en el trabajo, colegio, o casa).</p> <p>E. La molestia no es meramente una exacerbación de los síntomas de otro desorden tales como el desorden de depresión mayor, desorden de pánico, desorden de depresión persistente (distimia), o un desorden de personalidad (aunque puede ocurrir con algunos de estos desordenes).</p> <p>F. Los criterios del punto A suelen estar confirmados por índices diarios eventuales durante al menos dos ciclos sintomáticos (<b>NOTA:</b> el diagnóstico debe estar hecho provisionalmente anterior a esta confirmación).</p> <p>G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo; un abuso de una droga, una medicina, otro tratamiento) u otra condición médica (por ejemplo; hipertiroidismo).</p>	

Gourion (2009) realizó un estudio con mujeres que habían tenido hijos recientemente. Los resultados de su estudio concluyeron con que del 10% al 15% de las mujeres experimentan sintomatología depresiva en las primeras doce semanas después del parto. Similares resultados obtuvieron Hirst & Moutier (2010).

Otros autores obtienen resultados que amplían el porcentaje de la depresión postparto al 30% de las mujeres (Leigh et al., 2008 & Le Start et al., 2011).

Respecto a la menopausia, algunos clínicos consideran que es un periodo de riesgo para el desarrollo de la depresión, aunque hay muy poca evidencia epidemiológica al respecto (Der & Bebbington, 1987). Hay otros estudios que sugieren lo contrario (Bland et al., 1988; Robins & Regier, 1991 & Alder, 2000), y estudios que han encontrado escasos o nulos efectos de la menopausia en los síntomas depresivos (Hunter, 1990; Matthews et al., 1990; Kaufert et al., 1992).

El estudio de Hunter (1990) encontró que los síntomas depresivos estaban relacionados a una historia previa de depresión y a una actitud negativa de la menopausia. También estudios comunitarios sobre la menopausia no encontraron un exceso de trastornos depresivos (Hallstrom & Samuelsson, 1985; Gath et al., 1987; McKinlay et al., 1987 & Kaufert et al., 1988), y respecto a los síntomas depresivos en este periodo parecían estar más relacionados con eventos vitales y otras dificultades sociales que con la menopausia en sí misma (Cook, 1985; Green, 1984 & McKinlay, et al., 1987).

Los estudios de Flores y Ontiveros (2008) relacionan las hormonas gonadales y la depresión en la perimenopáusia. Sus autores concluyen que los síntomas depresivos aumentan durante la transición de la menopausia y disminuyen en mujeres posmenopáusicas. El estudio de Cairney y Wade (2002) muestra altas proporciones de depresión en las mujeres antes y después del período relacionado con la menopausia (alrededor de los 55 años), es decir, encuentran que las diferencias de género se mantienen después de los 55 años.

García-Postilla (2009) refleja que en la menopausia, coincidiendo con el cese de la función ovárica y la disminución en los estrógenos, se da un incremento en la incidencia y la recurrencia de la depresión. En un estudio realizado por Schmidt y Rubinow (2009) se concluyó afirmando la relación entre la disminución de la función ovárica y la depresión, a la par que el efecto beneficioso de la terapia hormonal sustitutiva en pacientes con depresión durante la peri- menopausia.

Freeman (2010) concluye que las mujeres menopáusicas presentan un primer episodio depresivo en una proporción tres veces mayor que aquellas mujeres que no han llegado a esta etapa de la vida.

Mientras que unos estudios muestran la relación directa entre los niveles altos de hormonas sexuales de las chicas y el afecto negativo (Angold et al., 1999), muestran que son los factores sociales en su interacción con los factores hormonales los que explican una mayor varianza de este afecto negativo en la mujer, más que los niveles hormonales sólo (Hankin & Abramson, 2001). Bailey y Hurd (2005) hallaron que los hombres con características más femeninas puntuaban más alto en depresión, tal vez por los efectos de las hormonas sexuales.

En otras investigaciones no se ha encontrado relación directa entre el nivel hormonal y el estado de ánimo (Hankin et al., 2007). Parece, según los resultados de Essau et al. (2010), que la relación que existe cuando la adolescente está sometida a factores ambientales, lo que les llevó a la conclusión de que son los estrógenos los que están implicados en la mayor vulnerabilidad de la mujer al estrés y a la depresión.

### **2.2.2. Diferencias de género en la esfera genética.**

Los estudios que han valorado la historia familiar para comprobar si influye en las diferencias de género respecto a la depresión, no han encontrado un mayor riesgo para un género que para otro (Merikangas et al., 1985; Kupfer et al., 1989). Los hombres y las mujeres comparten la mayoría de las influencias

genéticas pero no todas y los resultados mostraban una correlación imperfecta de los efectos genéticos entre los sexos. Para Kuehner (2003) esto puede explicarse, en parte, por la diferente forma en la que se desarrolla la psicopatología en hombres y en mujeres; en el hombre es más frecuente la psicopatología más externa y en la mujer es más frecuente una psicopatología más internalizada. Y una característica de estos últimos trastornos es que incrementan el riesgo genético (Kendler, 1998).

En cuanto a la situación de embarazo, el estudio de Stewart (2011) concluyó que la depresión mayor supone un trastorno incapacitante y tratable que afecta a más del 12% de las mujeres embarazadas. La depresión no tratada durante el embarazo ha sido asociada con riesgos de suicidio, abortos y pobre crecimiento fetal y postnatal. A lo anterior se añade que aquellos adolescentes cuyas madres tuvieron una depresión durante sus embarazos, presentaron un riesgo 4,7 veces mayor de estar deprimidos a los 16 años de edad, en comparación a aquellos cuyas madres no se deprimieron durante la gestación (Pawlby et al., 2009).

Kendler et al. (2001a) hallaron que la heredabilidad de la depresión mayor era significativamente mayor para las mujeres que para los hombres cuando se utilizaban los criterios diagnósticos más ampliamente, cosa que no ocurría si se utilizaban los criterios más estrictamente. Sin embargo, en un meta-análisis donde se incluyeron estudios clínicos con gemelos no se encontraron diferencias de género respecto a efectos genéticos (Sullivan et al., 2000).

Se hace necesario tener en cuenta las diferencias neurobiológicas desde el punto de vista histórico-evolutivo (López-Mato, 2009). En esta línea, González (2007) incide en la relación de la influencia del ambiente, parece que determinados trastornos endógenos pueden iniciarse a partir de eventos ambientales que, al incidir sobre el terreno genético, desencadenan los procesos neurobiológicos propios de este trastorno.

De estos conceptos se desprende que las diferencias entre el hombre y la mujer van más allá de las simples diferenciaciones biológicas. No podemos quedarnos sólo con una explicación biológica o familiar porque no abarca toda la complejidad de las diferencias de género en la depresión. Se necesitan incluir también los factores sociales y psicológicos.

Las explicaciones respecto al género en la depresión, se han centrado en la atribución de las diferencias en función de factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, sin embargo ninguna de las explicaciones por separado llegan a ser lo suficientemente sólida para explicar dichas diferencias, por lo que se apuesta por una visión conjunta de todas ellas.

### **2.2.3. Diferencias de género en la esfera psicológica y social.**

Desde un punto de vista psicosocial se redefinen los valores clásicos de la “feminidad” como una variante de la indefensión aprendida y como producto derivado del menor estatus social, las mujeres experimentan más sucesos negativos y tienen menos control que los hombres en muchas áreas de su vida (Matud, Guerrero & Matías, 2006).

Las explicaciones que se han dado con respecto a esta diferencia de género en la depresión son principalmente las siguientes (Piccinelli & Wildinson, 2000; Sonnenberg et al., 2000; Simonds & Whiffen, 2003):

1. La mujer tiene menos poder que el hombre en la mayoría de las sociedades, las cuales son mayoritariamente patriarcales.
2. La mujer sufre con mayor frecuencia experiencias traumáticas, como es el caso del abuso sexual.
3. También experimentan mayores situaciones estresantes crónicas, como la pobreza, la fatiga, la falta de respeto en sus decisiones, acosos en el ámbito laboral, el trabajo en casa, etc.

4. Los estilos de afrontamiento son distintos según el género, las mujeres se quedan más en la rumiación de su dolor que en la resolución del mismo.
5. Respecto al autoconcepto, éste suele ser más negativo en las mujeres.
6. Podemos añadir la naturaleza más sociable de la mujer, sus rasgos de dependencia y la indefensión para controlar el propio destino (10ª edición del manual (Merck, 1999).

Encontramos correlación entre los rasgos que definen la personalidad depresiva y los que caracterizan a la feminidad y la masculinidad (Notman, 1989). Trabajos llevados a cabo en Canadá (Barnet, 1988), en Estados Unidos (Hirschfeld, 1984; Kramers, 1988 & Tennen, 1987) y Suiza (Lalive (1985), describen cómo son y cómo viven las mujeres que son definidas como “tradicionales”, concluyendo que cuanto más estereotipada sea la feminidad mayor predisposición a la depresión. Dio (1991) ha indicado la similitud del estereotipo femenino con los rasgos depresivos. Entre ellos la dependencia, pasividad, autoestima (que depende del apoyo afectivo), cuidar de otros antes que de sí misma, indefensión, impotencia, sumisión, complacencia y baja competencia y ambiciones.

Que la mujer necesite apoyarse más en la gente hasta el punto de llegar a depender de ella, con el consiguiente mantenimiento de las limitaciones que se le asocian, está íntimamente relacionado con su falta de poder. Que la mujer piense que haga lo que haga no va a lograr una salida, está íntimamente relacionado con su sentimiento de indefensión. Esta situación de indefensión que repercute directamente en el desarrollo de su autoestima, hace posible que establezca relaciones impersonales con el hombre en las que parte en situación de inferioridad. Si la mujer pone conciencia en su propio poder no sería tan fácil ni tan común que sufra abusos, el abuso sexual ya no sería tan frecuente, pues un sexo que es igual al otro, en principio, no abusa del mismo. Detrás del abuso está el poder previamente adquirido.

La atribución de rasgos específicos de la mujer asociados con los roles de feminidad frente a masculinidad que vemos en la figura 1.2.5, ha sido el objeto de múltiples estudios desde diversos campos de las ciencias sociales, la educación, la psicología y la sociología. Autores como Hausmann (1993), Kaplan (1986) y BioCleitman (1990), entre otros, han venido categorizando la feminidad y la masculinidad en dos categorías a las que atribuyen roles específicos para cada una de ellas. La feminidad integra roles emocionales mientras que la masculinidad desarrolla roles instrumentales.

**Figura 1.2.5.** Modelo de feminidad, Kaplan (1986)



Los estudios de Brownhill et al. (2005) concluyen que las diferencias de género no aparecen en la experiencia de la depresión en sí, sino en la expresión de la depresión. El estrés emocional, reprimido por la noción tradicional sobre la masculinidad, puede explicar el hecho de que la depresión pueda estar oculta en el hombre o pueda pasarse por alto.

En la misma línea, Danielsson y Johansson (2005) muestran que la manifestación de la depresión es la que difiere entre el hombre y la mujer, y no tanto la experiencia depresiva en sí. Para estos autores el hombre habla más

sobre sus problemas físicos que sobre sus problemas emocionales, mientras que la mujer expresa más fácilmente su estrés emocional.

Respecto a la mayor vulnerabilidad de la mujer ante la depresión, podemos pensar que la recuperación del poder de la mujer, disminuiría su propensión a sufrir situaciones estresantes crónicas, como la pobreza o la falta de respeto en sus decisiones.

Parece claro que detrás del poder está la solución y detrás de la falta de poder está la vulnerabilidad. Piccinnelli y Wilkinson (2000) sugieren que las diferencias de género son menos pronunciadas o nulas en aquellas sociedades en las que el rol femenino tradicional es valorado y respetado de forma similar al del hombre.

Sin embargo, hemos hablado de la conciencia de poder, y es que el tema de que la mujer vaya adquiriendo poder en esta sociedad tal vez no es lo más difícil. Tal vez lo más difícil sea que tanto la mujer como el hombre crean y tomen conciencia de ese poder, pues si observamos tan sólo un poco a nuestro alrededor vemos más poder en la mujer que hace un par de décadas, sin embargo, como siempre ocurre, los cambios internos son más lentos que los externos y visibles. Gorman (2006) sostiene que se hace necesario el mantenimiento de una actitud feminista de cambio para lograr la incorporación social de la mujer de manera íntegra al desarrollo de toda la sociedad.

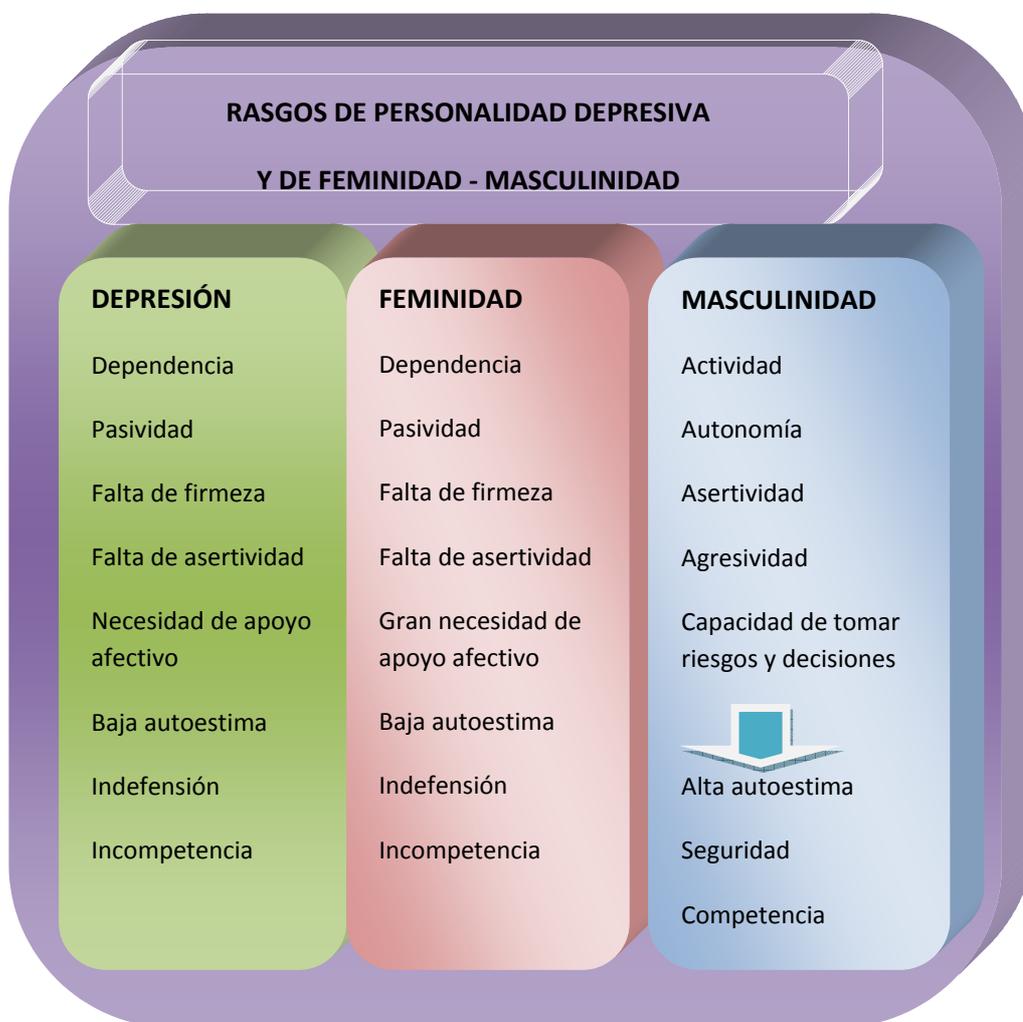
Las diferencias entre hombres y mujeres en el poder, en el estatus socioeconómico, en el nivel cultural, en la situación laboral, etc., son generadoras de otras diferencias de forma natural y lógica.

El precio que está pagando la mujer de hoy por recuperar el poder ancestral del matriarcado es bastante caro, pues en su lucha por el poder está sacrificando su feminidad.

Si las raíces de hombres y mujeres son distintas es normal que los frutos sean también diferentes. Incluso sería más sospechoso encontrar igualdad en la psicología femenina y masculina cuando numerosos factores históricos, sociales

y culturales hacen diferente al hombre de la mujer, y a ésta respecto a aquél (véase figura 1.2.6.).

Figura 1.2.6. Categorización feminidad – masculinidad



La mujer que hoy quiere alcanzar el poder del hombre tiende a acercarse e introducirse en la piel masculina dejando de lado su parte femenina. Es decir, se deja a un lado la sensibilidad para adquirir la fortaleza, se deja a un lado la dulzura para coger la dureza, se deja a un lado la familia para ser independiente y no tener ataduras, se deja a un lado la inocencia para dejar salir la inteligencia, se deja a un lado a la mujer para dejar salir al hombre, perdiéndose así muchas cualidades femeninas en busca de un poder que no sabemos si así conseguirá. Para que la mujer conecte con su fortaleza no

requiere que abandone su sensibilidad. Lo “masculino” y lo “femenino” son una construcción sociocultural, un constructo que aglutina valores, roles, formas de percibirse a sí mismos, formas de reaccionar y manera de vivir las emociones. En suma, toda una cosmovisión que da lugar a un mundo de mujeres y a un mundo de hombres y, por ende, a un estilo de comportamiento y pautas conductuales y emocionales diferentes para cada uno de ellos. Cuando la mujer acoge su feminidad y abraza su propia idiosincrasia y conecta con su parte masculina y se apropia de su fortaleza, disminuirá su vulnerabilidad a la depresión y a otros trastornos emocionales en el nivel psicológico.

El porcentaje de depresión en el hombre cada vez es más similar al de la mujer, más por el ascenso de la prevalencia en hombres que por la disminución de las tasas de depresión en la mujer (Klerman & Weissman, 1989; Smith & Weissman, 1991). Estos cambios en las tasas de depresión en las diferencias de género parecen indicar cambios en la atribución de los roles, lo que sería interesante investigar en estudios futuros.

### **2.3. Características diferenciales en la depresión entre hombre y mujer**

Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción que se ejecute buscando incorporar las experiencias, el conocimiento, los intereses, los valores y las actitudes para llevar adelante su propósito de desarrollo y con ellas beneficiarse de manera directa (López Mato, 2009). Sin embargo, Peña (2010) sugiere que se hace necesario tener en cuenta las diferencias neurobiológicas desde el punto de vista histórico-evolutivo.

Por su parte, Herrera (2000) puntualiza que es necesario tener en cuenta tres elementos básicos cuando se plantea la problemática de género:

- ✓ **Asignación de género:** se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales.

- ✓ **Identidad de género:** son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida.
- ✓ **Rol de género:** conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo.

De estos conceptos se desprende que las diferencias entre el hombre y la mujer van más allá de las simples diferenciaciones biológicas.

### **2.3.1. Diferencias morfológicas y funcionales entre hombre y mujer**

Las diferencias morfológicas y funcionales que existen entre hombres y mujeres recorren tres etapas Herrera (2000).

- ✓ La primera se inicia con el establecimiento del sexo cromosómico durante la fertilización.
- ✓ La segunda sería la diferenciación gonadal
- ✓ La tercera comprendería las manifestaciones que se producen durante la pubertad.

### **2.3.2. Diferencias Fenomenológicas**

Algunos autores no han encontrado diferencias fenomenológicas entre el hombre y la mujer en los trastornos depresivos (Frank et al., 1988; Perugia et al., 1990; Young et al., 1990a), manifestando que las diferencias de género en sintomatología son triviales. Sin embargo, son muchos los estudios que se han dedicado a identificar la sintomatología propia de cada género y que indican diferentes síntomas para el hombre y para la mujer, aunque no con excesivo consenso entre ellos.

Algunas de las diferencias que se han encontrado ponen de relieve que la mujer, comparada con el hombre ante un problema depresivo, tiende a incrementar el apetito y a ganar peso (Benazzi, 1999; Young et al., 1990); presenta problemas de sueño ((Angst & Dobler-Mikola, 1984; Silverstein, 1999), en concreto la hipersomnia (Ernst et al., 1992; Benazzi, 1999; Winkeler et al.,

2005); fatiga (Kendler et al., 1996 y Silverstein, 1999) enlentecimiento psicomotor (Kenderler et al., 1996; Kornstein et al., 1995 y Kornstein et al., 2000a) y diferencias en la depresión somática de un fenotipo diferente (Silverstein, 2013).

Los resultados de otros estudios aprecian en la mujer más cambios de peso, problemas de sueño y sentimientos de inutilidad y culpa en las mujeres (Angst & Dobler-Mikola, 1984); dificultad en la toma de decisiones, incremento del apetito, preocupación por la salud y problemas de sueño, de nuevo, en las mujeres, y autocrítica en los hombres (Nolan & Willson, 1994); incapacidad para llorar, aislamiento social, sensación de fracaso y quejas somáticas en los hombres e indecisión e insatisfacción con uno mismo en la mujer (Hammen & Padesky, 1977); más tendencia en las mujeres, en comparación con los hombres, al incremento de la ingesta de alimentos, llegando incluso a la bulimia (Marcus et al., 2005), a la hostilidad verbal y a la evitación del contacto social (Funabiki et al., 1980); más bajo funcionamiento psicológico, social y ocupacional y mayores niveles de estresores psicosociales en los hombres, y en las mujeres más cambios de humor (Fenig et al., 1993).

El deterioro funcional tiende a ser similar entre hombres y mujeres (Angst & Dobler-Mikola, 1984; Ernst et al., 1992; Kornstein et al., 1995; Young et al., 1990b).

En el estudio de Khan et al. (2002), realizado con gemelos dicigóticos de ambos sexos, aparecen en las mujeres más síntomas de fatiga, hipersomnia y enlentecimiento psicomotor, mientras que en los hombres son más los síntomas de insomnio y agitación. No aparecen diferencias en lo que respecta a las variaciones de apetito y peso entre hombres y mujeres. Hamilton (1980) y Avery y Silverman (1984) encuentran más enlentecimiento psicomotor en el hombre deprimido.

En el estudio de Carter et al. (2000), la mujer depresiva muestra más apetito e incremento de peso que los hombres, y en general, la mujer expresa su depresión de una manera más emocional que el hombre. Otro estudio

refiere que la mujer siente más los efectos de la depresión en la calidad del sueño y en su salud general, mientras que el hombre lo siente más en su habilidad en el trabajo (Angst et al., 2002).

Wenzel et al. (2005), reflejan que en las mujeres se dan más somatizaciones, el doble respecto a los hombres más sintomatología obsesiva compulsiva, expresión del enfado y más apetito e incremento de peso (Frank et al., 1988). Según Katsumata et al. (2005), el estrés para el hombre y el estado de salud para la mujer son factores importantes asociados a la sintomatología depresiva.

Otros autores, como Kornstein et al. (2000), sugieren que hombres y mujeres deprimidos, presentan similares síntomas, similar severidad de la enfermedad y similar deterioro funcional, aunque haya una tendencia en la mujer a mostrar más apetito, incremento de peso, ansiedad, síntomas somáticos y distrés.

Salokangas et al. (2002) comprobaron cómo las diferencias de género en los síntomas depresivos pueden deberse al instrumento de medida utilizado para evaluar la depresión, pues estos pueden incluir síntomas que son más comunes en uno u otro sexo. Sugieren que existen síntomas característicos para cada sexo, por lo que el hecho de que la mujer puntúe más alto en la pérdida de interés sexual o en el llanto es algo que biológica, psicológica y culturalmente se asocia más a la mujer que al hombre, por lo que no es adecuado centrar las diferencias de género en sintomatología propia de uno u otro género.

Como vemos, se comprueba en los distintos estudios mencionados que las mujeres presentan mayor número de síntomas depresivos (Angst & Dobler-Mikola, 1984; Ernst et al., 1992; Kornstein et al., 1995/2000 & Perugi et al., 1990) ante el uso de autoinformes.

Determinadas variables pueden ser especialmente características de hombres o mujeres. Concretamente, entre las mujeres aparecen valores superiores en dificultad para dormir, más molestias o dolores de lo habitual,

llanto, disminución de eficacia en la ejecución de sus tareas, autocrítica, así como sentimientos de tristeza, miedo injustificado, y sentimientos de inutilidad, mientras que en los hombres aparece en mayor medida el consumo de alcohol y determinados aspectos de la ideación suicida como pensar en quitarse la vida y en la forma de hacerlo (véase *cuadro 1.2.25.*).

**Cuadro 1.2.25.** Resumen de las características diferenciales en la depresión entre hombres y mujeres.

MUJERES	HOMBRES
Incremento de peso y apetito	Pérdida de interés
Problemas de sueño (hipersomnia)	Autocrítica
Fatiga	Incapacidad para llorar
Enlentecimiento psicomotor	Enlentecimiento psicomotor
Sentimientos de inutilidad y culpa	Sensación de fracaso
Dificultad en la toma de decisiones	Quejas somáticas
Preocupación por la salud	Bajo funcionamiento psicológico, social y ocupacional
Insatisfacción con uno mismo	Mayores estresores psicosociales
Hostilidad verbal	Ataques de ira
Cambios de humor	Agresividad e irritabilidad
Pérdida de interés sexual	Comportamiento abusivo
Llanto	Alexitimia
Sintomatología obsesiva compulsiva	Consumo de alcohol y drogas
Somatizaciones	Aislamiento social
Expresión emocional	Ideación y conducta suicida
Ansiedad	Agitación
Bulimia	

## 2.4. Estilos de respuesta en función del género.

Encontramos suficientes indicios que ponen de relieve que cuando hombres y mujeres se exponen a los mismos estresores, las mujeres son más vulnerables a desarrollar una depresión y trastornos de ansiedad (Altemus, 2006).

Esta diferencia de la mujer frente al hombre con respecto a la respuesta al estrés se ha atribuido a las diferencias de género (Nolen-Hoeksema, 2001):

- ✓ 1. Respuesta biológica,
- ✓ 2. Autoconcepto
- ✓ 3. Estilo de afrontamiento

Vamos a seguir el orden de las diferencias de género que establece Nolen-Hoeksema (2001) para adentrarnos en los diferentes estilos de respuestas.

#### **2.4.1. Respuesta biológica al estrés**

Una de las explicaciones que diferencian a la mujer del hombre en su vulnerabilidad a la depresión es la que considera causante de ésta a las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), aunque no tiene suficiente apoyo científico como hemos visto anteriormente. En las mujeres que tienen una depresión en periodos de cambio hormonal como la pubertad, la menopausia, el posparto o el periodo premenstrual no está claro si es debido a los efectos de dichos cambios hormonales en el estado de ánimo.

Aunque se desconoce el mecanismo mediante el cual los cambios hormonales puedan predisponer, y es necesario destacar este elemento de predisposición en la aparición de los trastornos depresivos, está comprobado que las diferentes hormonas sexuales femeninas (progesterona y estrógenos) tienen receptores propios en diversas áreas del cerebro (Rubinow, 1998).

Silverstein (2013) sugiere que la diferencia de géneros en la prevalencia de la depresión se debe a una diferencia en la depresión somática de un fenotipo diferente. Por tanto, realizar una recapitulación y análisis de las características en cada una de las etapas del ciclo reproductivo en interrelación con la presencia de la depresión en la mujer, resulta de un valor inestimable en la evaluación y terapéutica de dicho trastorno mental.

Ezcurra (2006) afirma que las mujeres tienen incremento en los niveles de cortisol ante situaciones de rechazo social o estrés interpersonal mientras

que en los hombres los mayores niveles de cortisol se dan al enfrentarse a desafíos o amenazas, ante los que desarrollan más estrés psicofisiológico.

Otros estudios se han centrado más que en el efecto directo de las hormonas femeninas en el estado de ánimo, en los efectos moderados de otras hormonas, como las adrenales en la respuesta al estrés (Shansky, 2009). El eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) juega un importante papel en la regulación del estrés, en concreto el cortisol. Las personas con un trastorno depresivo mayor suelen mostrar niveles altos de cortisol ante el estrés, indicando una desregularización de la respuesta hipotalámica-pituitaria-adrenal.

En la misma línea, los resultados de Young y Korszun (1999) refieren que las hormonas sexuales femeninas modulan la regulación del eje HPA, influyendo en su alteración ante el estrés. Nolen-Hoeksema (2001) plantea la hipótesis de que la mujer es más proclive que el hombre a presentar esta desregulación del eje HPA en respuesta al estrés, lo que la lleva a ser más proclive a la depresión en respuesta al estrés (Weiss et al., 1999). Esta hipótesis sería interesante ponerla a prueba para delimitar y conocer un poco más de dónde vienen las diferencias de género en la depresión.

Otras investigaciones relacionan la depresión con el sistema endocrino. En distintos estudios se obtienen resultados en los que se pone de relieve que el hipotiroidismo está asociado con la depresión. O'keane (2000) refleja que la mujer presenta de cuatro a diez veces más problemas tiroideos que el hombre, lo que puede estar repercutiendo en la mayor prevalencia de la depresión en la mujer. Pero aún faltan estudios que clarifiquen esta relación, ya que en otros trabajos no encontraron relación entre la disfunción tiroidea y la depresión en la mujer después del parto (Lucas et al., 2001). Tampoco encontraron resultados cuando se intentó demostrar los efectos beneficiosos de la tiroxina en el estado de ánimo depresivo en la mujer con un hipotiroidismo subclínico (Harris et al., 2002; Kong et al., 2002).

Todavía quedan muchos aspectos por descubrir, si bien se conoce la influencia de la herencia y el ambiente en la estructuración de la personalidad, queda por conocer qué tipo de herencia en concreto y qué tipo de ambiente en particular son los que generan las diferencias interpersonales de género.

#### **2.4.2. Autoconcepto y mujer**

En los estudios revisados, han encontrado relación entre autoconcepto negativo y mujer, afirmando que las mujeres tienen un autoconcepto más negativo que los hombres. Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) encontraron, en un estudio realizado con niños, que el autoconcepto negativo incrementa la probabilidad de la depresión. Este autoconcepto puede influir directamente en la depresión o puede interactuar con los estresores, dando lugar a la depresión. Sea de uno u otro modo, parece ser que el tener un autoconcepto negativo es más propio de las mujeres.

Como referíamos anteriormente, las diferencias entre hombres y mujeres en el poder, en el estatus socioeconómico, en el nivel cultural, en la situación laboral, etc., son generadoras de otras diferencias de forma natural y lógica.

Otro factor derivado del autoconcepto, y que influye en las diferencias de género, tiene que ver con la tendencia de la mujer a establecer relaciones de dependencia emocional, centrándose más en las opiniones de los otros que en la suyas propias y dejando a un lado sus propias necesidades para complacer a los demás (Cyranowski et al., 2000).

Si bien queda claro que se dan diferencias en la depresión entre hombres y mujeres, no se ha clarificado si estas diferencias son la causa o la consecuencia de las diferentes respuestas a las situaciones estresantes.

#### **2.4.3. Estilos de afrontamiento**

Una de las características comunes que se recogen en los distintos estudios revisados, está relacionada con la rumiación como estilo de respuesta

de las mujeres ante acontecimientos estresantes. Ya en la adolescencia las chicas empiezan a usar más que los chicos la rumiación para hacer frente a los problemas y a los estresores. Esta diferencia se mantiene también en la edad adulta. Y se ha comprobado como la rumiación tiende a incrementar el riesgo ante una depresión (Nolen-Hoeksema et al., 1999). La rumiación impide el afrontamiento adecuado de los problemas, es una forma de huir de la resolución activa de los problemas, dejando a la persona sin la vivencia de dominio que pudiera tener, lo que puede precipitar el desarrollo un trastorno depresivo.

En la misma línea (Anderson et al., 1994; Carver et al., 1989; Garnefski et al., 2001; Sullivan et al., 1995), relacionan positivamente la depresión y el estilo de afrontamiento de rumiación, el de auto-reproche y el catastrofista, además también se han relacionado a otros problemas de salud mental. Garnefski et al. (2004) añade a los tres factores, la reevaluación positiva que se relaciona con bajas puntuaciones en depresión. Se puede inferir a partir de este estudio que aquellas personas con altas puntuaciones en depresión, sean hombres o mujeres, es muy probable que tengan un estilo de afrontamiento inadecuado, por lo que un objetivo de la intervención sería el cambio de dicho estilo y el aprendizaje de uno más adaptativo.

Para De Coster (2005), la mujer es más vulnerable a estresores cotidianos mientras que el hombre es más vulnerable a estresores más “fuertes”, como tener problemas legales.

Por otro lado, al analizar la relación entre el estrés y la patología física, Villaverde (2008) afirma que no todas las personas que sufren enferman ni todos necesitan la misma cantidad de estrés en sus vidas para que la enfermedad se desarrolle en ellos.

La rumiación en la tristeza predice la depresión y el neuroticismo, mientras que la rumiación en general sólo predice el neuroticismo. Cuando Wupperman y Neumann (2005) controlaron la rumiación y el neuroticismo encontraron que el hombre tenía más probabilidad de experimentar sintomatología depresiva que la mujer.

Las mujeres usan estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, tales como la expresión de sentimientos, mientras que los hombres tienden a inhibir sus emociones lo que puede incrementar la aparición de depresión (Howerton, 2005). La mujer expresa su depresión de una manera más emocional que el hombre (Carter et al., 2000). Esta diferencia es explicada por Angst et al. (2002) porque la mujer afronta la depresión a través de la descarga emocional y la religión, y el hombre a través de la actividad deportiva y el consumo de alcohol.

Sin embargo otros autores atribuyen a las mujeres más consumo de alcohol que a los hombres. Lee et al. (2012) refieren que las tasas elevadas de depresión entre las mujeres en edad adulta joven pueden producir los síntomas de trastorno de alcohol y sugieren que los profesionales deben prestar especial atención a los signos de trastornos crónicos de consumo de alcohol y los riesgos asociados para la depresión entre las mujeres adultas jóvenes.

El Modelo Integrativo propuesto por Nolen-Hoeksema (2001) explica las diferencias de género en la depresión por cuatro factores:

1. La mujer sufre con más frecuencia que el hombre situaciones estresantes.
2. La mujer es más vulnerable que el hombre a desarrollar depresión como respuesta a estresores.
3. Las experiencias estresantes y la respuesta al estrés contribuyen a la mayor prevalencia de la depresión en la mujer.
4. La depresión influye en la mayor frecuencia con la que se viven situaciones estresantes y en una mayor vulnerabilidad a las mismas, por la tendencia a la rumiación.

Otro de los indicadores característicos de las mujeres que aparecen en diversos estudios respecto a las diferencias de género se refiere a las manifestaciones de llanto. En este sentido Verhoeven, Sawyer y Spence (2013)

concluyeron que las mujeres tienen más crisis de llanto, lo que es un indicador más fuerte de afecto depresivo en las mujeres que en los hombres.

Que las mujeres lloren más que los hombres es una más de las diferencias que vienen dadas por patrones de aprendizaje que promueven respuestas más emocionales que en los hombres, sin embargo ¿Por qué la mujer usa la rumiación como estrategia de afrontamiento ante los problemas?, este conocimiento serviría de ayuda para desvelar una incógnita más en el origen de las diferencias de género en la depresión.

## **2.5. Experiencias vitales estresantes en la mujer**

Las experiencias estresantes pueden llegar a sensibilizar tanto al sistema biológico como al psicológico ante situaciones futuras de estrés, favoreciendo la aparición de episodios depresivos (Nolen-Hoeksema, 2001).

Las primeras experiencias estresantes comienzan en la adolescencia, etapa dónde se ponen a prueba los propios recursos y que supone un cambio en todos los niveles de la persona ya que se enfrenta a más cantidad de estímulos y experiencias de todo tipo. En esta etapa comienzan las separaciones esporádicas del hogar familiar, llega la incorporación al colegio y con ella se producen cambios en los roles y se abren las relaciones interpersonales que pueden precipitar situaciones estresantes, que requieren respuestas y para las que no siempre se tienen herramientas de enfrentamiento y resolución (Harrkness et al., 2012).

Por otro lado, desde niños ya se van dando los pasos necesarios para el posterior resurgimiento de las diferencias de género en la depresión. Los padres se encargan de marcar las diferencias, se ocupan de que los juguetes y las conductas de niños y niñas sean distintos y por otro lado está la presión de la sociedad por diferenciar al hombre de la mujer a lo largo de todo el desarrollo infantil y adolescente. Los propios adolescentes muestran las diferencias que marcan los padres a la hora de dejar salir a sus hijos adolescentes. Se teme más por las chicas restringiéndoles más que a los chicos sus comportamientos,

también se depositan unas expectativas más elevadas en los chicos que en las chicas respecto a lo que pueden llegar a conseguir en sus vidas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Otro factor que se une a la presión familiar y la presión social, está relacionado con la actitud entre los iguales, es decir, si los chicos o las chicas no se comportan como socialmente se establece son rechazados por sus iguales. Esto estaría relacionado con la posibilidad de presentar un episodio depresivo, con más frecuencia en las mujeres, pues son las que en un principio tienen más restricciones y más trabas impuestas que le llevan a rebelarse ante ellas. Si manifiestan abiertamente el rechazo hacia sus características típicas de género, como por ejemplo persiguiendo metas más masculinas (deporte, posiciones de poder) ellas son rechazadas por los demás, y si el rechazo de esas características sociales impuestas por tener un sexo determinado no es tan explícito, pueden llegar a sentirse frustradas por no llegar a desarrollar aquello que interiormente quieren conseguir (De Coster, 2005).

Estos hechos nos pueden ayudar a entender por qué en la adolescencia se duplica la prevalencia de la depresión en la mujer respecto al hombre. En esta etapa, chicos y chicas ponen a prueba sus recursos biológicos, psicológicos y sociales.

Banús (2011) refiere que las experiencias de incontrolabilidad producen expectativas de incontrolabilidad, es decir, el niño predice que no tiene control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores. Las expectativas de incontrolabilidad originan los déficits característicos de la depresión que son:

- ✓ **Motivacionales:** referido a la disminución de la tasa de respuestas operantes y aumento de la latencia de respuestas operantes.
- ✓ **Cognitivos:** referido a la dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas.
- ✓ **Emocionales:** referido al sentimientos de indefensión y desesperanza.

Entre los eventos vitales estresantes más importantes y significativos se halla el abuso sexual. Este se da el doble más en las mujeres que en los hombres, entre el 7 y el 19% en las mujeres y entre el 3 y el 7% en los hombres (Cutler & Nolen-Hoeksema, 1991). Además está más relacionado con la depresión el abuso sexual en la infancia que en la edad adulta (Weiss et al., 1999), por lo que esto apoya la idea anterior de que las diferencias de género en la depresión empiezan a formarse ya desde niños.

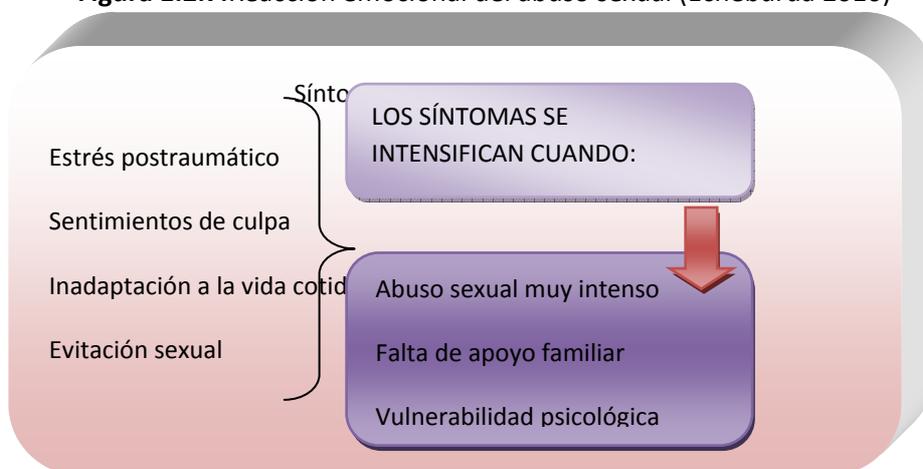
Los niños o adolescentes que han sufrido de abuso sexual muestran una respuesta alterada biológica y psicológica ante el estrés (Weiss et al., 1999); además, tienden a tener una visión más negativa de ellos mismos y de los demás. Se estima que sobre el 35% de las diferencias de género en la depresión puede deberse a la mayor incidencia de abuso sexual en niñas que en niños. Y aunque hay quien considera que éste puede ser una consecuencia de la depresión en vez de un factor precipitante, porque hace a la persona más vulnerable, lo cierto es que es un factor de riesgo a la hora de desarrollar un episodio depresivo (Zahn-Waxler, 2000).

La victimización referida al hecho de ser víctima de un suceso violento, puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las mujeres agredidas sexualmente en la vida adulta o en la infancia (Cortés, Cantón-Cortés & Cantón, 2011; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; Picó-Alfonso, Echeburúa & Martínez, 2008). Así, el desarrollo del Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) como consecuencia de cualquier conducta violenta, lo experimenta el 25% de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50-60% en el caso de las mujeres agredidas sexualmente (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997; Foa & Rothbaum, 1998).

Harrkness et al. (2012) resaltan el papel que juegan los traumas en la niñez y en la adolescencia en la depresión. Parece que estos traumas inducen cambios en la regulación del eje HPA, lo que incrementa la vulnerabilidad a la respuesta depresiva.

Las agresiones sexuales son sucesos traumáticos que pueden producir consecuencias psicológicas intensas a corto y largo plazo en las víctimas. La victimización sexual es uno de los delitos más violentos por naturaleza. La humillación y el miedo a sufrir daños físicos y psíquicos, e incluso a ser asesinadas, produce una reacción de indefensión y pérdida de control que afecta al equilibrio emocional e interfiere en el desarrollo de una vida normal (Echeburúa, Corral, Sarasua & Zubizarreta, 1996; Resnick et al., 2007)(véase *figura 1.2.7.*).

**Figura 1.2.7.**Reacción emocional del abuso sexual (Echeburúa 2010)



De hecho, más del 50% de las víctimas padecen un malestar emocional clínicamente significativo (Echeburúa et al., 1997; Foa, Zoellner & Feeny, 2006), y conductas de evitación sexual, incluso en el caso de que hayan sufrido la agresión meses o años atrás (Sarasua, Zubizarreta, Corral & Echeburúa, 2012).

Así, las víctimas de abuso sexual infantil pueden experimentar en la vida adulta una tasa de trastornos mentales 2-4 veces mayor que las personas no expuestas a este suceso traumático (Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Resick, Williams, Suvak, Monson & Gradus, 2012).

Las reacciones emocionales negativas como los síntomas ansioso-depresivos, los sentimientos de culpa, la inadaptación a la vida cotidiana y la evitación sexual, suelen ser más graves y duraderas cuando el suceso sufrido es

muy intenso o cuando la víctima es vulnerable psicológicamente y no cuenta con un apoyo familiar y social adecuado. La intensidad de los síntomas inmediatamente tras la agresión es un predictor del funcionamiento de las víctimas a largo plazo (Echeburúa, 2010; Resnick et al., 2007).

En concreto, el impacto psicológico de las agresiones sexuales va a depender de la frecuencia, de la duración, de la gravedad del abuso y de la relación con el agresor, pero también de la fase del desarrollo psicológico de la víctima en la que tuvo lugar el suceso (Briere & Elliott, 2003; Echeburúa et al., 2012).

Además, las circunstancias de la agresión sexual, la historia de victimización, la denuncia, la reacción judicial y el apoyo familiar y social existente pueden agravar o amortiguar, según los casos, las reacciones emocionales de las víctimas (Echeburúa & Corral, 2007; Echeburúa, Corral & Amor, 2002). Roesler y McKenzie (1994) concluyen que el abuso sexual es peor que el abuso físico y que el abuso sexual forzado es mucho peor con respecto a la depresión.

Kuyken y Brewin (1994) informaron que de 35 mujeres depresivas que habían sufrido abusos en su infancia 30 habían experimentado recuerdos intrusivos (flashbacks) del abuso en las semanas previas. Hay también evidencia de que el abuso induce a los cambios cognitivos que llevarían a la depresión adulta (Rose et al., 1994). Bifulco et al. (1991) encontraron importantes efectos del abuso sexual en la prevalencia de la depresión en las mujeres trabajadoras de Londres.

Bien documentada está la relación entre el maltrato hacia la mujer y la depresión. Vázquez-Machado (2007) refiere que las mujeres son con mayor frecuencia víctimas de violación a lo largo de la vida. Chasseini (2010) ratifica estos resultados añadiendo que la mujer es con más frecuencia víctima de la violencia familiar.

## 2.6. La depresión en los hombres

Es escasa la información específica con respecto a la vivencia depresiva en los hombres. Estudios realizados por Whooley et al. (1999) ponen de relieve que los hombres presentan más tendencia que las mujeres a evadirse a través del alcohol o drogas en casos de frustración o cuando se sienten oprimidos, desalentados, irritables, enojados y algunas veces ofensivos. Asimismo, algunos hombres se entregan por completo a su trabajo para evitar hablar de su depresión con familiares o amigos, o se involucran en comportamientos temerarios o riesgosos. En el estudio realizado por Marcus et al. (2005) abuso de alcohol y drogas es más común en los hombres.

Maes (2002) halló, en una muestra de 180 pacientes depresivos hospitalizados, que el hombre depresivo tiene más pérdida de interés, ideación suicida y agitación que la mujer depresiva. El hombre depresivo grave muestra más pérdida de ilusión, dificultad en el trabajo, aislamiento social, alteración cognitiva y conducta suicida que la mujer. Por su parte la mujer tiene más variaciones emocionales diurnas (Gebhardt & Pietzcker, 1985).

En un estudio realizado por Risc (2010) se plantea que desde el comienzo de la recesión en 2007, aproximadamente el 75% de quienes perdieron su trabajo en Estados Unidos fueron de hombres. Kochanek, Murphy, Anderson y Scott (2002) ya habían apodado la situación de despido como mancession, lo que desde un punto de vista económico puede constituir un elemento para la aparición de la depresión en el hombre al perder su rol principal.

Por su parte, Rutz et al. (1995,1999) presentan la existencia de un "*Síndrome Depresivo Masculino*" caracterizado por síntomas como la irritabilidad, ataques de ira, agresividad, comportamiento abusivo y alexitimia. Möller-Leimkühler et al. (2002) ponen a prueba este "síndrome" sin obtener en su estudio diferencias de género. Winkler et al. (2005) también muestran en sus resultados una mayor irritabilidad, hiperactividad y ataques de pánico en el hombre con respecto a la mujer.

Otros autores relacionan el nivel de testosterona en el desarrollo de la depresión, aunque el papel exacto de la testosterona en la depresión mayor aún no está claro. La evidencia sostiene una asociación débil entre bajas concentraciones de testosterona y síntomas depresivos en varones adultos mayores pero son necesarios más estudios clínicos para evaluar la eficacia real de la testosterona en este tipo de población y específicamente en la distimia, Dunlop et al. (2011).

Estudios que relacionan la testosterona con el estado de ánimo, reflejan que niveles bajos de testosterona se asocian con trastornos depresivos. La situación hormonal afecta incrementando el estado de ánimo positivo y disminuyendo el negativo (Freeman, 2010).

Diversos autores concretan las características que se presentan entre hombre y mujer como elementos diferenciadores en la manifestación la depresión son varias (Kornstein & Sloan, 2002; Risco, 2010; Rodríguez, Ceroni & Celis, 2007):

- El riesgo de recurrencia y cronicidad puede ser mayor en la mujer.
- La comorbilidad con trastornos ansiosos y alimentarios es más frecuente en la mujer.
- El hombre presenta más comorbilidad con abuso de sustancias y alcohol.
- En la mujer los episodios depresivos se asocian con mayor frecuencia a eventos estresantes, mientras que en el hombre parecen tener una dinámica propia.
- El efecto estacional sobre el ánimo es mayor en las mujeres. Éste se traduce en tristeza, aumento de peso, antojo de carbohidratos y aumento de la somnolencia. Cuando es tan intenso que perturba el funcionamiento, se habla de trastorno afectivo estacional.
- Los síntomas vegetativos inversos: la hiperfagia por carbohidratos con ganancia de peso y la hipersomnía, son más comunes en las mujeres.

- La conducta suicida también tiene un perfil distinto: los hombres intentan menos, pero son más “exitosos”. Las mujeres intentan suicidarse más frecuentemente con fármacos o cortes de venas y los hombres se suicidan más con balazos o ahorcamiento.

## **2.7. Rasgos de personalidad y depresión**

Son muchos los estudios que relacionan las características de personalidad con el curso del trastorno afectivo y no solo en cuanto al inicio del desorden afectivo sino en relación a la gravedad de los síntomas, la mayor frecuencia de las recaídas y los peores resultados en el tratamiento.

A la hora de evaluar las características de personalidad durante el episodio depresivo, es importante considerar que algunos rasgos pueden estar influenciados por la personalidad premórbida (Griens et al., 2002). Este dato refleja que si bien podemos ver que la depresión es una consecuencia de determinados rasgos de personalidad, también la depresión activa puede contribuir a generar ciertos rasgos y formas de respuesta más estables y constitutivos de un rasgo de personalidad.

Por su parte, Ramklint (2003) refiere que la proporción de trastornos de personalidad es mayor en personas deprimidas. En cuanto al curso de la depresión unipolar, Bienvenu (2004) encontró una fuerte relación entre niveles altos de neuroticismo y mayor incremento en la sintomatología depresiva. Además, Stein et al. (2001) reflejan que los trastornos de personalidad están asociados con el inicio temprano de la depresión.

En la misma línea, Griens et al. (2002) sostienen que los estados de personalidad que se ven más elevados durante el episodio depresivo son los niveles de emocionalidad, el neuroticismo y la dependencia, mientras que los rasgos de personalidad, como la rigidez o la apertura, se mantiene más estables.

En otros estudios también se han obtenido niveles más altos de neuroticismo, extraversión, afabilidad y equidad en las mujeres con respecto a los hombres (Goodwin & Gotlib, 2004). En concreto, el neuroticismo parece jugar un papel significativo en la relación mujer-depresión. El neuroticismo incrementa el riesgo de depresión (Ormel et al., 2001) y también aumenta la comorbilidad psiquiátrica en personas con ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema et al., 1999; Widiger & Trull, 1992).

Las relaciones interpersonales de las personas con estilos de personalidad vulnerables también se han relacionado con la depresión. Widiger y Anderson (2003) plantean que el efecto de la personalidad en la depresión puede ocurrir por dos motivos: 1) por el impacto del estilo de personalidad dependiente en la estabilidad de las relaciones y 2) por la vulnerabilidad emocional a la depresión en respuesta a las relaciones inestables.

McDermot et al. (2003) señalan que a pesar del solapamiento que puede encontrarse entre el trastorno depresivo y la personalidad, la distimia, la depresión mayor e incluso algunos trastornos de la personalidad como la evitación y el borderline, el diagnóstico del trastorno depresivo de la personalidad no es subsumido por ningún otro trastorno del eje I o del eje II.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) señala tres aspectos de las definiciones de los trastornos del ánimo y de los trastornos de personalidad:

1. El papel central de la alteración del ánimo.
2. El nivel en el que se consideran las características asociadas al trastorno.
3. Los tipos de características que contribuyen los criterios diagnósticos.

De acuerdo con estos aspectos, los trastornos del ánimo se definen como variaciones donde la característica más relevante es la alteración del ánimo, por lo que el trastorno depresivo de la personalidad no cabría dentro de esta categoría, de hecho no es ni necesaria ni suficiente para establecer un diagnóstico.

La personalidad dependiente es otro rasgo asociado por muchos autores a la depresión. Widiger et al. (1994) concluyen que dentro del modelo de los cinco factores de personalidad, tanto el trastorno de personalidad dependiente como el sociotrópico incluyen aspectos del neuroticismo (ansiedad, depresión y vulnerabilidad), la afabilidad (excesiva complacencia, confianza y credulidad) y la extraversión (excesiva necesidad de cuidados).

Esta visión de la dependencia, dentro del funcionamiento general de la personalidad, nos permite ver que la vulnerabilidad a la depresión no es tan específica de la necesidad de estar atado a otra persona sino que se refiere de forma más general a la inestabilidad emocional o inseguridad. Aspectos que se encuentran también en otros trastornos de personalidad (Bagby et al., 2002; Bornstein & Cecero, 2000).

Hasta aquí estamos viendo cómo el estilo de personalidad influye en la depresión, pero pueden existir otros caminos, según Widiger & Anderson (2003), por los que la relación personalidad-depresión no sea tan directa y unidireccional. Según la hipótesis de que las cogniciones depresógenas están latentes hasta que se da un acontecimiento estresante que las activa (Miranda et al., 1990). El estilo de personalidad no puede ser usado para predecir o prevenir un episodio depresivo, sino como un síntoma, una complicación o un efecto del trastorno depresivo.

También es posible que la inestabilidad emocional que hay detrás de una personalidad dependiente y sociotrópica sea resultado de unas relaciones conflictivas o, incluso, que la dependencia de la mujer se deba más a la dependencia de su pareja, es más, el estado de ánimo de la mujer puede ser más consecuencia del estilo de personalidad de su pareja que del suyo propio.

Los resultados de Ezcurra (2006) reflejan que las diferencias del hombre y la mujer en sus estilos de respuestas están en función de sus rasgos de personalidad, expresión, comunicación y formas de interrelación (véase *cuadro 1.2.26*).

**Cuadro 1.2.26.** Diferencias de género en los estilos de respuesta (Ezcurra, 2006)

MUJERES	HOMBRES
Externalizadoras: muestran expresiones emocionales más evidentes sin correlato fisiológico.	Internalizadores: sin expresiones emocionales, muestran alteraciones fisiológicas.
Más intensidad emocional y mayor expresividad.	Más frialdad emocional y menor expresividad.
Puntúan más alto en empatía y simpatía.	Puntúan bajo en empatía y simpatía.
Más intensidad y duración en el enfado.	Expresan enfado con mas modalidades, faciales, vocales y conductuales.
Mas decepcionadas y ofendidas ante situaciones de enfado	Enfados más pasajeros.
El precio que pagan las mujeres por esa mayor capacidad empática sería el aumento en la prevalencia de presión y ansiedad.	

También hay estudios que señalan que esta diferencia entre hombres y mujeres es más aparente que real, pues la mujer tiende a mostrar más sus emociones que los hombres, además de que son más proclives a pedir más rápidamente ayuda (Simonds & Whiffen, 2003; Sonnenberg et al., 2000; Young et al., 1990; Weissman & Klerman, 1997).

## 2.8. Diferencias de género en el cuadro ansioso-depresivo

Las diferencias de género en la depresión aparecen cuando al trastorno depresivo le acompaña un trastorno de ansiedad (Ochoa et al., 1992). Si ambos trastornos no aparecen juntos el ratio es aproximadamente 1:1. Si aparecen juntos este ratio incrementa a 2:1. Los autores de estos trabajos especulan que las diferencias de género en depresión se deben a las diferencias de género en la comorbilidad entre ansiedad y depresión. Esto haría girar las investigaciones hacia la comorbilidad de ambos trastornos en vez de a la depresión exclusivamente.

Acosta y García (2007) desarrollaron un estudio no experimental sobre la ansiedad y la depresión en adultos mayores, con el objetivo de determinar el funcionamiento psicológico en ésta etapa. En sus resultados se encontró que un 42% del total mostraban indicadores de depresión, no así el 58%. Con respecto

al nivel de ansiedad manifestado por los sujetos, el 48% sufrían un nivel mínimo de ansiedad, el 32% un nivel leve, el 17% un nivel moderado, y el 3% un nivel severo de ansiedad. La conclusión a la que se llegó es que predominó la depresión que los autores denominan media y no hubo diferencias en cuanto al género.

Los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos muestran que la mujer es el doble más proclive que el hombre a experimentar la depresión mayor, la ansiedad y la combinación de ambas (Regier et al., 1990).

Parker y Hadzi-Pavlovic (2001) realizaron un re-análisis de estos datos y muestran que la depresión y la distimia son más probables cuando se es mujer y/o se tiene una historia de ansiedad. Sin embargo, la interacción de estas variables no incrementa significativamente el desarrollo de depresión, lo que indica que la ansiedad es igual de depresógena para hombres y mujeres.

La mujer es aproximadamente 1.3-3.3 veces más proclive que el hombre a experimentar un trastorno de ansiedad sólo. Y es más proclive a experimentar un trastorno depresivo sólo. De cualquier forma, la ratio de mujeres-hombres que experimentan ansiedad sola ó ansiedad en combinación con depresión tiende a ser mayor que la ratio de mujeres-hombres que experimentan depresión sola (Simonds & Whiffen, 2002).

## **2.9. Suicidio y depresión en función del género.**

En la I Jornadas sobre el Abordaje de la ideación suicida, realizadas en Castellón en noviembre de 2013, enfocadas a la actualización profesional en Salud mental de la ideación y la conducta suicida, se destacaron los datos de la OMS (2012) dónde se refleja que la estimación de la cifra de suicidios podrá aumentar 1,5 millones en el año 2020, lo que supone que la conducta suicida será un grave problema de salud pública a nivel mundial. Se trata de un problema que tiene riesgo de 30 millones de personas en el mundo.

Los datos de la OMS (2012) reflejan que cada año el suicidio provoca más de un millón de muertes en el mundo, esto significa que muere una persona cada 40 segundos, por lo que se ha constituido en la primera causa por muerte violenta. Se trata de un fenómeno multifactorial que, en los últimos 45 años, ha aumentado su prevalencia en un 60% (OMS, 2012). Factores tan diversos como el perfil psicopatológico, el consumo de sustancias, la presión o el aislamiento social pueden facilitar su aparición. Consideradas sus graves repercusiones y demostrada ya la eficacia de algunas intervenciones preventivas, resulta necesario profundizar en el conocimiento y desarrollo de programas que, con un carácter multisectorial, permitan sensibilizar a la población sobre el riesgo de la conducta suicida. Así como dotar de estrategias, habilidades y herramientas que posibiliten su prevención entre la población de riesgo.

La OMS (2012) señala que existe una fuerte vinculación entre enfermedad mental y suicidio. Los trastornos afectivos, y sobre todo la depresión, son los que más se relacionan con el suicidio. Así, la depresión aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, de manera que, según los estudios de Guze y Robins (2011) y Goodwin y Jamison (2012), hasta un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor pueden llegar a suicidarse.

Asimismo, se estima que el trastorno bipolar aumenta 15 veces el riesgo de suicidio, mientras que la distimia es un factor que multiplica el riesgo por 12 respecto a la población general. El estudio de Harris y Barraclough (2012), refiere otros trastornos mentales que también tienen una fuerte correlación con el suicidio. En sus trabajos, comprobaron que existe 8,5 veces más peligro de suicidio en enfermos con esquizofrenia, y entre 6 y 10 veces, en los pacientes con ansiedad.

Por tanto, una gran proporción de las personas que mueren por suicidio padecen enfermedades mentales. Sin embargo, la OMS (2012) llama la atención sobre el hecho de que muchos de estos enfermos no reciben la atención psiquiátrica adecuada debido al estigma social asociado con la enfermedad mental y con la ideación y la conducta suicidas. Este estigma, que es un modo

de discriminación y que está profundamente arraigado en la mayoría de las sociedades y en muchas familias por diversos prejuicios o simplemente por ignorancia, dificulta en gran medida el tratamiento que necesitarían recibir personas con enfermedades mentales y/o pensamientos o impulsos suicidas.

Sin embargo, el suicidio supone un problema de salud pública de primer orden en todos los países. Según las cifras que ofrece la OMS (2012) el suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo. Aunque cueste creerlo, el número de vidas que se pierden cada año en el mundo por suicidio supera el número de muertes por homicidios y el número causado por las guerras, sumados juntos. Por cada dos personas asesinadas, tres mueren por suicidio. Cada año se suicidan en el mundo un millón de personas, lo que equivale a un suicidio cada 40 segundos. Y, para el año 2020, las estimaciones de la OMS prevén que la cifra mundial de suicidios alcanzará el millón y medio. Además se calcula que, cada año, otros 20 millones de seres humanos intentan quitarse la vida. Estas cifras ponen de manifiesto la magnitud de este problema de salud pública mundial.

Según un estudio realizado por ESE MED (2012), en España estas conductas están experimentando un notable aumento. Desde 2008, el suicidio es la primera causa de muerte no natural. Según el INE (2013) cada día nueve personas se quitan la vida en nuestro país. Esto sin contar los intentos de suicidio (frustrados conscientemente o por intervención ajena), los accidentes mortales inexplicables y los parasuicidios (conductas de riesgo al volante, autolesiones, sobredosis de drogas, no prevención en el contagio de enfermedades infecciosas). Los datos arrojados por el INE (2011) en España la tasa de suicidio fueron de 7.4 por cada 100.000 habitantes, es decir, 9 suicidios al día. Durante el año 2011 hubo 3.180 suicidios consumados. Respecto a las diferencias de género, reflejaron que 2.435 fueron hombres (10,8 de cada 100.000) y 745 mujeres (2,9 de cada 100.000). El INE (2011) refiere que las mujeres atentan más contra su vida, mientras que los hombres consiguen suicidarse más. Respecto a la edad, sus datos reflejan que el rango de edad de

mayor riesgo se encuentra entre los 30 y los 50 años, apuntando que la tasa de suicidio aumenta con la edad.

Según Antonatos et al. (2005), una edad temprana, el no tener trabajo fuera de casa, el uso de métodos (para el suicidio) no violentos y las dificultades interpersonales, son características comunes en la mujer que tiene tendencias autolíticas. En el hombre, según estos autores, es el mal uso del alcohol, el uso de métodos violentos, el fuerte deseo de morir y la morbilidad psiquiátrica, lo característico ante el intento de suicidio. Young et al. (1994) consideran que el consumo de alcohol está directamente relacionado con el riesgo de suicidio, pues controlando esta variable desaparecen las diferencias en dicho riesgo. También se explica, esta diferencia de género en el riesgo de suicido, por la menor búsqueda de ayuda por parte de los hombres (Blair-West & Mellsop, 2000).

Los datos arrojados por el *Suicide Prevention Resorce Center* (2010) indican como factores ambientales para la prevención del suicidio el establecimiento de una red social, participación social, accesibilidad a servicios de salud, ambiente estable y restricción a la hora de adquirir armas o sustancias.

Un estudio realizado con estudiantes universitarios por Jiménez Chafei (2008) menciona que el comportamiento suicida es uno de los fenómenos más difíciles de entender entre los jóvenes, ya que esta etapa de la vida en general se caracteriza por la ilusión y la planificación de futuro. Los autores encontraron en sus resultados que existe una fuerte relación entre suicidio y depresión, siendo la ideación y la conducta suicida uno de los síntomas más serios de la Depresión Mayor. En este sentido, los resultados de estudios realizados por la *American Association of Suicidology* (2006) estiman que hay más de 1000 suicidios por año en las Universidades en EE.UU.

Como ya hemos visto anteriormente, la tasa de suicidio aumenta con la edad. Se han encontrado datos que reflejan la máxima incidencia de suicidio en el hombre se observa a partir de los 45 años y entre las mujeres después de los

55 años (Kaplan, 2004). Los ancianos intentan suicidarse con menos frecuencia que los jóvenes, pero es más probable que tengan más éxito.

Cada vez más las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando sobre todo en los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre los jóvenes de este rango de edad. Según el WHO/EURO (2008) las tasas de intentos de suicidio para las mujeres son más altas entre los 15 y los 24 años, mientras que los hombres alcanzan su pico entre los 25 y los 34 años.

### **2.9.1. Factores socio demográficos del suicidio y el género.**

En la bibliografía consultada son las mujeres las que tienen peor salud mental que los hombres. García (2006) refleja que dentro de los trastornos neuropsiquiátricos, los trastornos depresivos se presentan en la actualidad como los trastornos psíquicos más frecuentes en el mundo occidental y tanto en la población general como en la población clínica y aparecen como primera causa de suicidio en el mundo occidental. El diagnóstico más probable en víctimas de suicidio mayores de 60 años fue de depresión.

Los resultados de Kaplan (2004) refieren que la frecuencia del suicidio entre los hombres es cuatro veces superior a las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo Wowton (2000) refiere que, en la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Esta discordancia es explicada por Callanan (2011) refiriendo que mientras que las mujeres hacen más intentos de suicidio, los hombres realizan el mayor número de suicidios consumados debido al uso de mecanismos de mayor letalidad.

Mientras que la depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre, el suicidio es más común en estos últimos (OMS, 1999/2002 y 2012), sobre todo en jóvenes y ancianos carentes del adecuado apoyo social. Suele aparecer dentro de los 4-5 años siguientes al primer episodio clínico (Merck,

1999). El riesgo de suicidio en un episodio depresivo a lo largo del ciclo vital es de un 7% para el hombre y un 1% para la mujer, esta diferencia se ve aumentada en los hombres jóvenes, menores de 25 años, donde el riesgo de suicidio es 10 veces mayor que en las mujeres (Blair-West & Mellsop, 2000).

Borges et al. (2010) coinciden con los resultados aportados por la OMS. En sus estudios encontraron una mayor prevalencia en depresión en la mujer, sin embargo hallaron mayores índices de conducta suicida en los hombres. El incremento en la conducta suicida en México es especialmente marcado entre la población joven.

En la misma línea González-Fortaleza et al. (2011), realizaron un estudio de género en el que evaluaron a 57.403 alumnos de nuevo ingreso en bachillerato y licenciatura por medio del *Center for Epidemiological Studies Depression* (CES-D). Sus resultados pusieron de relieve una frecuencia de sintomatología depresiva elevada en el 14%, de los cuales el 11.1% eran hombres y el 17.9% mujeres, lo que confirma los resultados de otros muchos autores.

En cuanto a tratamiento de la conducta suicida, las investigaciones biológicas en la ideación suicida refieren que la medicación juega un papel relativamente menor en muchas estrategias de intervención suicida, aunque su lugar puede haber sido subestimado (Cipriani, 2013). El 90% de los sujetos que mueren por suicidio presenta un trastorno psiquiátrico y un 64% de los suicidios consumados tienen un trastorno depresivo y un 15% alcoholismo.

Más de la mitad de las personas que se suicidan padece un trastorno depresivo (45-70%), de hecho la ideación suicida está presente en el 80% de las depresiones y el 15% de los pacientes con depresión fallecen por suicidio, sin embargo, muy pocos reciben un tratamiento médico adecuado (Cipriani, 2013).

La conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales. La correcta evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la patología de base del paciente es el mecanismo más efectivo a la hora de abordar la conducta suicida. Existen escasos estudios específicos

respecto al tratamiento de la conducta suicida, ya que la mayoría analizan aquellos fármacos empleados en el abordaje de las patologías subyacentes a dicha conducta (Rao & Andrade, 2010).

Mann (2012) revisó una serie de estudios que comparaban, en términos de mejorar la ideación suicida, los antidepresivos que actúan sobre el sistema serotoninérgico con antidepresivos que actúan sobre el sistema noradrenérgico, hallando en sus resultados que los fármacos serotoninérgicos tuvieron mayor efecto, por lo que consideró que el sistema serotoninérgico es una diana clave para la aproximación psicofarmacológica de la prevención del suicidio.

El tratamiento con fluoxitina, paroxetina o fluvoxamina reduce la ideación suicida cuando se compara con placebo. Actualmente los ISRS serían los fármacos de primera elección en la ideación suicida debido a su seguridad y su eficacia. Otros nuevos antidepresivos como el bupropión, la mirtazapina tienen baja letalidad en sobredosis (Ibrahim, Diazgranados, Luckenbaugh, Machado-Vieira, Baumann, Mallinger et al., 2011).

Estudios procedentes de varios países (Suecia, Noruega, Finlandia, Japón e Italia) han demostrado que el aumento del uso de antidepresivos en la población (a partir de los años 90) disminuye las tasas de suicidios (Diazgranados, Ibrahim, Brutsche, Newberg, Kronstein, Khalife et al., 2010).

Otros estudios evaluaron comunidades más pequeñas, en las que los programas para mejorar el diagnóstico y tratamiento de la depresión, generalmente en mayores, han producido una robusta disminución de de tasas de suicidio en esos segmentos de la población (Larkin & Beautrais, 2011).

Los fármacos eutimizantes, reguladores o estabilizadores del humor, son fármacos profilácticos que tratan de espaciar las recaídas, y si éstas se producen, que sean de la menor gravedad posible de la depresión unipolar (también se usan para el trastorno esquizoafectivo y el trastorno de personalidad). Entre los fármacos eutimizantes, el Litio es el más antiguo y el que más eficacia ha demostrado en la prevención del suicidio, ya que se asocia

con la disminución del riesgo suicida y también con la disminución con el número de muertes comparado con placebo, de hecho se considera que la retirada rápida del Litio se asocia con un aumento de la conducta suicida, por lo que se recomienda la retirada gradual al menos durante dos semanas.

Las nuevas terapias biológicas de la depresión, introduce la Ketamina, un fármaco usado desde los años 70 como anestésico general de acción rápida. En los últimos años diversos estudios en animales, de neuroimagen, investigaciones portmorten y estudios de expresión genética, han implicado a ciertas anomalías en los sistemas aminoácidos neurotransmisores, como el glutamato, en la patofisiología del Trastorno Depresivo Mayor y se ha comprobado que el glutamato actúa a través de dos grupos de receptores: los metabotrópicos y los ionotrópicos, y la Ketamina actúa como antagonista de uno de los componentes de éste último (Szymkowicz, Finnegan & Dale, 2012).

El efecto inmediato de la Ketamina sobre los síntomas de la depresión, incluye la disminución de la ideación suicida. (Price, Nock, Charney & Mathew, 2009) demostraron una reducción significativa de las medidas implícitas y explícitas de la suicidabilidad con una dosis única de Ketamina y Larkin y Beautrais (2011), publicaron un estudio con 14 pacientes que acudieron a un servicio de urgencias con depresión e ideación suicida, a los que se le administró una sola dosis de Ketamina (0,2 mg/Kg en 1-2 minutos), observando que los síntomas depresivos mejoraban significativamente a lo largo de los diez días del estudio.

Por su parte Zarate, Brutsche, Ibrahim, Franco-Chaves, Diazgranados, Cravchik, et. al. (2012), encuentran una disminución significativa de las ideas de suicidio, tanto en bipolares tipo I como tipo II independientemente del estabilizador (valproato vs Litio) y Zigman & Blier (2013) aplicaron a una paciente con depresión mayor una dosis única de 0,5 mg/Kg en el propio servicio de urgencias, con mejoría inmediata, sostenida durante aproximadamente 8 días. Respecto a la Ketamina continúan las investigaciones y la bibliografía ha aumentado exponencialmente en los últimos años.

### **2.9.2. Depresión y Alcoholismo y género.**

Son muchos los autores que relacionan la dependencia del alcohol con la depresión y con las conductas suicidas. La gravedad del trastorno, los rasgos de personalidad y la falta de esperanza parece ser que predisponen al suicidio (Conner, 2004). Los principales factores que enumera como precipitantes son la depresión y los acontecimientos estresantes de la vida, sobre todo las rupturas sentimentales.

El trastorno por dependencia del alcohol y los trastornos del estado de ánimo tienen una elevada comorbilidad, con cifras de prevalencia que oscilan entre el 15 y el 80% según la población estudiada y el corte temporal considerado (6 meses, 1 año o prevalencia a lo largo de la vida). La frecuencia es especialmente elevada para el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor (Hasin, Goodwin, Stinson & Grant, 2005).

El DSM-V (APA, 2013) asocia el desorden de comportamiento suicida con el desorden comórbido con la exposición al alcohol durante la gestación. Los problemas salud mental han sido identificados en más del 90% de individuos con historias de significativa exposición de alcohol prenatal. El diagnóstico más común es el desorden de hiperactividad o déficit de atención. La historia de la exposición de alcohol prenatal, está asociada con un incremento en el riesgo de dependencia al tabaco, alcohol y otras sustancias. El suicidio es un resultado de alto riesgo con índices que aumentan significativamente en la última etapa de la adolescencia y el inicio de la madurez.

En el *cuadro 1.2.27*. podemos ver los criterios propuestos en el DSM-V (APA, 2013) para el desorden de comportamiento suicida asociado con la exposición al alcohol durante el periodo de gestación

Los datos de la literatura indican que los pacientes con diagnóstico de trastorno por dependencia del alcohol y trastorno afectivo, tienen un perfil clínico más grave, con más complicaciones y mayor dificultad para conseguir y mantener una estabilidad psicopatológica respecto a los pacientes que solo tienen uno de los trastornos (Pettinati, O'Brien; Dundon, 2013). Además, Aharonovich, Liu, Nunes y Hasin (2002) refieren que la comorbilidad del

trastorno por dependencia del alcohol con los trastornos afectivos aumenta el riesgo de conductas suicidas.

**Cuadro 1.2.27.** Criterios del DSM-V para el desorden de comportamiento suicida asociado con la exposición al alcohol durante la gestación. (APA, 2013)

<b>Desorden de comportamiento suicida</b>
<p>A. en los últimos 24 meses el individuo ha hecho un intento de suicidio.</p> <p><b>NOTA:</b> Un intento de suicidio es un auto inicio de secuencia de comportamiento por un individuo que en el momento del inicio, esperaba que el conjunto de acciones le dirigirían a su propia muerte. El “tiempo de inicio” es el momento cuando un comportamiento tuvo lugar y éste implicaba la aplicación del método.</p> <p>B. El acto suicida no implica criterios para el autodaño del no suicida – eso es, no lleva consigo el autodaño dirigido al cuerpo para inducir alivio de un estado de sentimiento negativo o proporcionar un estado de humor positivo.</p> <p>C. El diagnóstico no está aplicado a la idea suicida o a los actos preparatorios.</p> <p>D. El acto no fue iniciado durante un estado de delirio o confusión.</p> <p>E. El acto no fue llevado a cabo solamente por un objetivo político o religioso.</p> <p>Especificar si:            Actualmente: no más de doce meses desde el último intento.            En una remisión temprana: 12-24 meses desde el último intento.</p>

Según Espósito y Clum (2003) los trastornos mentales y de adicción, son los factores de riesgo más poderosos para la ideación y la conducta suicida en todos los grupos de edades y están presentes en el 90% de los suicidios.

Lee y Kosterman (2012) asociaron al alcohol con elevadas tasas de depresión entre mujeres de edad adulta joven, lo que requiere especial atención a los signos de trastornos crónicos de consumo de alcohol y los riesgos asociados para la depresión entre las mujeres adultas. Otros estudios muestran que en general el consumo de alcohol se da más en los hombres que en las mujeres en un porcentaje de 3 a 1.

El DSM-V (APA, 2013) manifiesta que el desorden del uso de alcohol es un desorden común. La prevalencia (durante doce meses del uso de alcohol) se estima que es de un 4.6% entre personas de 12 a 17 años y de un 8.5% entre adultos de 18 años y mayores. Los índices son mayores en los adultos (12.4%) que entre mujeres adultas (4.9%). La prevalencia entre adultos decrece en la

edad mediana, siendo mayor entre individuos de 18 a 29 años (16.2%) y el más bajo entre individuos de 65 años y mayores (1.5%).

Esta prevalencia varía marcadamente entre subgrupos étnicos de la población de los EE.UU. Para el grupo de 12 a 17 años los índices mayores son entre hispanicos (6.0%) y americanos nativos de Alaska (5.7%), relacionado con los blancos (5.0%), americanos africanos (1.8%) y americanos asiáticos y de las Islas del Pacífico (1.6%). En contraste, entre adultos la prevalencia durante doce meses del desorden del uso de alcohol es claramente mayor entre americanos nativos y nativos de Alaska (12.1%) que entre blancos (8.9%) hispanicos (7.9%), americanos africanos (6.9%), y americanos asiáticos y de las Islas del Pacífico (4.5%).

Demirbas, Celik, Ilhan et al. (2003) refieren que aproximadamente el 50% de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias por una tentativa autolítica, había consumido alcohol previamente. Además sus resultados muestran que el 23% de pacientes con conductas suicidas, tienen además un trastorno por dependencia del alcohol y la presencia del trastorno adictivo aumenta el riesgo relativo para la conducta suicida hasta 17 veces, siendo el riesgo más elevado en las mujeres (Wilcox, Conner & Caine, 2004).

Para Mejia, Sanhueza y González (2011) las personas alcohólicas tienen un riesgo incrementado de cometer suicidio con riesgo de vida del 2,2% al 3,4%. Generalmente cometen suicidio después de muchos años de abuso de alcohol. La comorbilidad del abuso de alcohol con el trastorno depresivo es particularmente de alto riesgo. De igual modo, el alcoholismo, y en menor medida otras drogodependencias, son también un factor que multiplica hasta por 6 el riesgo de cometer un suicidio y que actúa como precipitante de las conductas suicidas. De hecho, se estima que el abuso del alcohol es un elemento presente en, al menos, uno de cada tres suicidios (OMS, 2012).

Qin (2011) refleja que el suicidio en el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es más probable que ocurra durante el primer episodio depresivo y parece estar relacionado con el abuso de alcohol, la impulsividad y los rasgos de

personalidad agresiva. Por su parte McGrirr (2008) añade que una historia familiar de suicidio y abuso concomitante de sustancias, también se asocian positivamente con el suicidio posterior. El único factor protector para el suicidio encontrado por Hor (2010) es la adherencia a un tratamiento efectivo.

En cuanto al tratamiento de los pacientes con dependencia del alcohol y depresión, Torrens, Ross, Martinez-Riera, Martínez-Sanuisens y Bulbena (2012) apuntan que debe ser realizado de manera integrada y a la vez ya que la presencia de recaída en el consumo de alcohol puede ser desencadenante de un episodio depresivo, o precipitan un episodio presente, agravando, entre otros aspectos, el riesgo de suicidio. Paralelamente la descompensación del trastorno afectivo puede desencadenar una recaída en el consumo de sustancias.

A nivel farmacológico se cuenta con un número relativamente modesto de estudios dedicados a pacientes duales. La mayoría de los estudios han utilizado antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS). En una revisión sistemática con metanálisis de la eficacia del tratamiento con antidepresivos en pacientes con dependencia al alcohol comórbida, Torrens, et al. (2005) obtuvieron resultados que confirman que solo los síntomas afectivos responden al tratamiento, sin embargo no han sido eficaces en el mantenimiento de la abstinencia. De los antidepresivos valorados, la Imipramina, Desimipramina y Nafone, fueron los únicos en dar resultados significativos, mientras que los ISRS no demostraron ser eficaces.

Estudios realizados posteriormente con Sertralina vs placebo, tampoco observaron mejoría significativa de los síntomas depresivos (Kranzerler, Mueller, Cornelius, Pettinati, Moak, Martin et al., 2006).

Altintoprak, Zorlu, Coskumol et al. (2008) han comparado Amitriptilina y Mirtazapina y han mostrado la eficacia antidepresiva de ambos fármacos, pero siendo la Mirtazapina mejor tolerada. Otros estudios realizados con Escitalopran y Memantina han obtenido resultados controvertidos (Muhonen, Lahti, Sindair et al., 2008).

Pettinati et al. (2010) realizaron un estudio aleatorio, controlado con placebo en el que se compararon cuatro situaciones para el tratamiento con Sertralina y con Naloxona vs Sertralina en monoterapia. Sus resultados indican que el grupo de pacientes que recibió combinación de fármacos obtuvo mayor porcentaje de abstinencia, menor número de “*heavy drinking days*”, días de consumo excesivo de alcohol, más largo intervalo antes de la recaída y menor tendencia a manifestar síntomas depresivos respecto a otros grupos (Sertralina o Naloxona en monoterapia o placebo). Se trata pues del primer ensayo clínico controlado que demuestra claramente la eficacia de tratar la patología dual, alcohol y depresión, de forma conjunta con fármacos específicos para cada una de las patologías.

Aunque los ISRS siguen siendo una buena opción terapéutica, por su excelente perfil de tolerancia y seguridad, se recomienda valorar el uso de antidepresivos non-ISRS en pacientes duales. Los fármacos con perfil dopaminérgico, monoaminérgico o duales posiblemente sean tratamientos más eficaces para los pacientes con consumo de sustancias comórbido al trastorno afectivo (Torrens et al., 2011).

## **2.10. Tratamiento y género**

Dada su alta frecuencia y el impacto que tienen en la vida de las personas, los trastornos depresivos son considerados una prioridad sanitaria en el mundo (Ballesteros, 2007).

Conner y Davidson (2006) refieren que las mujeres tenían más actitudes positivas hacia la enfermedad mental, mientras que los hombres tenían más prejuicios. Esto está relacionado con el uso de los servicios de salud mental, y es que la mujer los usa con más frecuencia que el hombre (Rhodes & Goering, 1994; Moller-Leimkuhler, 2000). No obstante, según Conner y Davidson (2006), no siempre se han encontrado diferencias de género en la actitud hacia la depresión.

En Los estudios de Olfson et al. (2001) y Scheibe et al. (2003) tampoco aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el tratamiento con psicofármacos para la depresión, o incluso en el tratamiento con psicoterapia, sin embargo, es importante considerar que solo una minoría de hombres y mujeres con depresión reciben tratamiento.

“Las mujeres tienen más actitudes positivas hacia la enfermedad mental que el hombre”.

Connery y Davidson (2006)

Sin embargo, según algunos estudios respecto a la aplicación de tratamiento en atención primaria, se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en el desarrollo de la depresión. Se prescriben más psicofármacos (Moncrieff et al., 2002 & Ortiz et al., 2005) y se les da más apoyo psicológico a las mujeres, mientras que hay mayor precisión diagnóstica y tendencia a utilizar procedimientos diagnóstico-terapéuticos complejos en los hombres (Ruiz & Ronda, 1994; Ortiz et al., 2004).

En relación a la gravedad de la depresión según el género, hay estudios que muestran más gravedad en la mujer (Angst & Dobler-Mikola, 1984; Frank, et al., 1988; Maes et al., 1988). Otros no han encontrado diferencias en función del género Maes (2002) sin embargo, Correll (1984) reflejó que con la edad aumentaba la gravedad de la depresión en el hombre. Según Kessing (2005), no hay diferencias de género en la gravedad de la depresión en pacientes hospitalizados, mientras que en pacientes ambulatorios la mujer parece tener episodios depresivos menos graves.

En cuanto a la respuesta al tratamiento se han encontrado en los estudios revisados diferencias significativas entre hombres y mujeres. Keckés et al. (2010) encontraron que las mujeres respondían mejor a la terapia antidepresiva a corto plazo en la Escala de Depresión de Hamilton. Respecto al efecto del tratamiento a largo plazo, descubrieron que la puntuación media de la escala tenía un descenso más acentuado en la mujer. La proporción de

mujeres que fueron hospitalizadas a consecuencia de episodios depresivos era menor que el de los hombres.

Por su parte, Kessing (2005) refiere que los tratamientos suelen ser más largos en las mujeres. Además los hombres responden mejor que las mujeres a los antidepresivos tricíclicos (Raskin, 1974; Glassman et al., 1977; Kornstein et al., 2000; Kornstein et al., 2000b). Sin embargo, hay estudios que indican que tanto hombres como mujeres responden por igual a dichos antidepresivos (Croughan et al, 1988; Paykel et al., 1988; Sotsky et al., 1991; Zlotnick et al., 1996).

Las mujeres responden más favorablemente que los hombres a los inhibidores selectivos recaptación de serotonina (ISRS) (Steiner et al., 1993; Haykal & Akiskal, 1999; Kornstein et al., 2000b & Schoenbaum et al., 2005). En los estudios de Shansky (2009) se infiere que probablemente los estrógenos intervienen en la regulación de los receptores y transportadores de serotonina, esto explicaría que las mujeres tengan tasas de respuesta mayor que los hombres a los ISRS.

Los hombres han respondido más rápidamente que las mujeres ante la combinación de imipramina y psicoterapia (Frank et al., 1988). En la misma línea, Kornstein et al. (2000) reflejan que los hombres responden mejor y más rápido al tratamiento con imipramina que las mujeres, con un promedio de tiempo de respuesta de 8 semanas, por diez semanas las mujeres. Su explicación se basa en tres argumentos:

1. Las mujeres responden mejor a la sertralina, aunque el mecanismo que explica esta diferencia no está del todo claro, refieren que puede deberse a la potencia de serotoninérgica que es evidente en mujeres jóvenes.

2. Las mujeres tienen más probabilidad de presentar síntomas depresivos atípicos, las cuales responden mejor a los ISRS y los hombres características neurovegetativas que tienen respuestas más favorables a los tricíclicos.

3. Las hormonas sexuales, especialmente las femeninas, pueden jugar un papel inhibitor o reforzar la actividad antidepresiva de los medicamentos.

Keers (2010) refiere que las diferencias de género en la farmacocinética y la farmacodinámica de los antidepresivos están originadas por diferencias fisiológicas:

- Las mujeres tienen menos peso corporal y menor tamaño en algunos de sus órganos como por ejemplo, el hígado.
- Las mujeres tienen mayor cantidad de grasa corporal lo cual afecta a la absorción y distribución de antidepresivos.

En algunos estudios con animales se han encontrado evidencias de las diferencias en los niveles plasmáticos de los antidepresivos que son mayores en las hembras. Esta diferencia está explicada por la relación en las diferencias en el metabolismo de estos medicamentos (Keers, 2010).

También refiere Keers (2010) que el efecto sobre la concentración de moniamidasas cerebrales son diferentes en los machos y en las hembras debido al efecto de las hormonas sexuales, fundamentalmente los estrógenos. Estas diferencias de género en la respuesta al tratamiento son originadas por la diferencia en la tolerancia a estos medicamentos lo que hace que las reacciones sean adversas y diferentes para ambos sexos.

En cuanto a la psicoterapia, los hombres responden mejor que las mujeres a la terapia cognitiva-conductual (Thase et al., 1994). Aunque en un estudio similar Jarrett et al. (1991) no hallaron estas diferencias de género. Tampoco Watson (2008) encontró diferencias refiriendo en sus resultados que la terapia cognitiva-conductual es igual de eficaz en hombres y en mujeres y tanto en la modalidad de trabajo terapéutico en grupo como en terapia individual. Schoenbaum et al. (2005) tampoco hallaron diferencias de género ante la psicoterapia en general.

En relación al efecto placebo hay distintos resultados. Por un lado la mujer depresiva obtiene similares efectos ante los psicofármacos que ante un

placebo, en tanto que los hombres sólo responden ante el psicofármaco Rickels (1965). Por otro lado, Wilcox et al. (2004) hallaron que la mujer es menos sensible al placebo que el hombre. Y por último, el estudio de Casper et al., (2001) muestra que tanto hombres y mujeres obtienen una mejora sintomática similar ante la administración de un placebo.

En cuanto a los programas psicoeducativos, Persaud (2005) concluyen que tanto hombres como mujeres muestran una reducción de su sintomatología depresiva cuando participan en estos programas.

## **2.11. Conclusión**

A lo largo de este capítulo hemos constatado las diferencias de género en todos los ámbitos estudiados. Entender las diferencias entre hombres y mujeres en los factores que influyen en su predisposición, inicio y desarrollo de la depresión es importante por la elevada incidencia y el alto coste que tiene la depresión en la calidad de vida.

La depresión es un trastorno más frecuente en la mujer. Una de las explicaciones viene dada por factores genéticos y hormonales, otras relacionan la mayor vulnerabilidad de la mujer a la depresión por factores psicológicos y sociales.

Los estilos de respuesta al estrés y la influencia del también, son diferentes para hombres y para mujeres. González (2007) incide en la relación de la influencia del ambiente, determinados trastornos endógenos pueden iniciarse a partir de eventos ambientales que, al incidir sobre el terreno genético, desencadenan los procesos neurobiológicos propios de este trastorno. De estos conceptos se desprende que las diferencias entre el hombre y la mujer van más allá de las simples diferenciaciones biológicas. No podemos quedarnos sólo con una explicación biológica o familiar porque no abarca toda la complejidad de las diferencias de género en la depresión. Se necesitan incluir también los factores sociales y psicológicos.

En la medida en que entendamos las causas de la depresión también estaremos entendiendo un poco más el funcionamiento de la psicología humana, el porqué de las diferencias entre hombres y mujeres. La búsqueda de las diferencias de género en la depresión ha emprendido un camino que promete ser largo pues, como en otra ocasión hemos mencionado, esto es tan solo un eslabón de una cadena enorme que trata de dar explicación a la diferencia entre la psicología masculina y femenina.

En el momento actual son muchos los aspectos que se siguen estudiando respecto con el objetivo de continuar avanzando en las diferencias de género en la depresión, así los distintos componentes en los factores de personalidad, las diferencia en cuanto a la sintomatología depresiva, la incidencia de los factores estresantes a lo largo de la vida y los diferentes estilos de afrontamiento, suponen un reto que todavía tiene mucho por descubrir.

El avance en el establecimiento de relación entre otros trastornos psicológicos y físicos, como la ansiedad o los problemas tiroideos, la vulnerabilidad biológica, llevan a nuevos planteamientos e hipótesis, pues aunque van definiendo de dónde vienen las diferencias de género en la depresión, también van abriendo nuevos interrogantes sobre el porqué de dichas conclusiones. Interrogantes muy necesarios para el avance del conocimiento.



## **CAPITULO 3**

---

### **ASPECTOS TRANSCULTURALES DE LA DEPRESIÓN**



### **3.1. La depresión a nivel cultural y transcultural**

La preocupación cada vez mayor por la salud mental, particularmente la depresión, en el mundo y en el país, ha llevado a muchos estudiosos investigar en este campo.

El reconocimiento de la depresión como principal causa de discapacidad en el mundo, hace que este problema de la salud humana, sea de particular interés de muchos, por su complejidad en la sociedad actual.

La sociedad en la que vivimos determina nuestra forma de pensar, sentir, actuar y vivir. La salud y la enfermedad están sujetas a la forma de vida, por lo que es posible encontrar diferencias entre en la prevalencia y la vivencia de los problemas de salud física y mental de las distintas culturas.

Definimos la cultura como los valores, creencias, normas y estilos de vida que se transmiten de generación en generación, dentro de una sociedad determinada. Por tanto, si nos adentramos y conocemos una cultura podemos conocer a su gente, su salud y sus también cuáles son sus formas de enfermar.

Resulta curioso observar cómo la depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Pese a las diferencias que marcan las pautas culturales, existe una similitud en la forma de afrontar la vida y sus acontecimientos por parte del ser humano, independientemente del lugar dónde viva.

La salud mental es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos genera como consecuencia un trastorno mental. La mayoría de las enfermedades y trastornos tienen una causa multifactorial, determinantes concretos y factores de riesgo y protección que interactúan entre sí, en un complejo sistema biopsicosocial.

En la mayoría de los casos, el inicio de un trastorno mental suele ser lento y paulatino, por lo que la detección temprana y la intervención oportuna pueden cambiar positivamente su curso y reducir las discapacidades que genera así como las alteraciones que produce en la persona, en su entorno más cercano, la familia y el grupo social de pertenencia.

Por tanto, como no puede ser de otro modo, la salud mental se encuentra en estrecha relación con los aspectos sociales, económicos y culturales en los que se encuentra inmersa la persona (Prieto, 2002). Los aspectos que condicionan la salud mental, según Brundtland (2000), son:

1. **Los cambios del mundo actual:** a nivel cultural, laboral, tecnológico, personal, etc. Cambios que se han producido y se están produciendo a un ritmo en el que la población aún no ha adquirido las destrezas necesarias para adaptarse a ellos.
2. **La pobreza:** tres billones de personas (casi la mitad de la población mundial) aún permanecen pobres. Esta población podría verse incrementada en un billón más en el año 2025. Esta situación implica un gran obstáculo para el bienestar mental.
3. **El proceso de envejecimiento:** se estima que para el 2020 casi el 70% de la población anciana estará viviendo en los países desarrollados. Actualmente ya se ha observado un incremento de los trastornos mentales en la población anciana.

En los últimas décadas se ha mejorado enormemente el abordaje de la enfermedad física, sin embargo en relación a la salud mental no ha ocurrido esta mejora, incluso en algunas comunidades se ha deteriorado significativamente (Prieto, 2002).

Hay que tener presente que la depresión así como el estrés postraumático son trastornos comunes en situaciones de guerra, desastres naturales y condiciones de desplazamiento forzoso, situaciones que cada vez

más estamos acostumbrados a observar en el mundo por uno u otros motivos. Por ejemplo, un estudio realizado en Honduras tras el huracán Mitch encontró que el 18,3% de los adultos y el 8% de los niños, sufrieron depresión mayor. La población total afectada por depresión fue de 25,2% (WHO, 2001a).

### **3.2. Psicopatología transcultural**

En 1904 Kraepelin acuñó el término etnopsiquiatría o psiquiatría transcultural. A partir de entonces muchos autores han realizado estudios comparativos acerca de la etiopatogenia, prevalencia, formas clínicas y respuestas terapéuticas de los distintos trastornos mentales en diversas culturas (Kraepelin, 1904).

Este abordaje de los problemas mentales ha permitido validar criterios diagnósticos y estudiar la influencia de las variables biológicas, culturales y psicosociales en el origen, mantenimiento y evolución de los distintos trastornos mentales (Heerlein, Gabler, Chaparro, Kraus, Ritchter & Berkau, 2000).

Respecto a la depresión, desde Kraepelin, son muchos los autores que han sostenido que la depresión es un trastorno influenciado por factores culturales, dándose más sintomatología psicológica frente a la somática en los países industrializados (Kraepelin, 1904; Binitie, 1975; Sartorius, 1986; Heerlein & Lolas, 1993; Heerlein *et al.*, 2000).

Pfeiffer (1971) encuentra diferencias significativas en el estado de ánimo, la sintomatología vegetativa, la temática delirante y las tendencias autoagresivas entre depresivos de diferentes culturas. También en los años 70, Binitie (1975) encuentra más síntomas somáticos (inhibición psicomotora) y distimia y menos culpa e ideas autoagresivas entre la población africana frente a la población europea.

La Etonopsiquiatría y la Etnopsicología afirman la universalidad de la depresión, sin embargo, coinciden en aseverar que en cada cultura se articula un lenguaje diferente para referirse a los síntomas que reflejan la enfermedad. Por tanto, se hace necesario clarificar los términos y relativizar el diagnóstico sobre la depresión.

En el ámbito de la etnopsiquiatría merece especial atención la etnopsiquiatría metacultural acuñada por Devereux (1973) que consiste en comprender y curar a los enfermos mentales, a partir de los conceptos de aculturación y deculturación.

El denominado culturalismo norteamericano, integrado por autores como Mead, Kardiner, Linton, Benedict o Erikson, ha propuesto el concepto “metacultural” como forma de superar el empobrecimiento cultural por aculturación agresiva y deculturación alienante, que originan las depresiones.

Se hace por tanto necesario salvar estas limitaciones para poder realizar un abordaje de la depresión y de los trastornos mentales con mayor apertura. Como refiere Aguirre (1994) *“el terapeuta occidental que interviene en una cultura diferente de la suya, comprende perfectamente que sus propios criterios nosológicos funcionan mal o no funcionan en absoluto, en sociedad cuyas estructuras socioeconómicas difieran de la suya”*.

En los años 80, se empieza a confirmar que hay más síntomas somáticos en la población latinoamericana frente a la norteamericana, y son varios los estudios que muestran más síntomas somáticos en personas depresivas de los países en desarrollo (Mezzich & Raab, 1980; Escobar, Gómez & Tuason, 1983; Sartorius, 1986), aunque no siempre los criterios diagnósticos y la metodología utilizada en los estudios mantiene una línea homogénea.

Una revisión de la literatura más reciente realizada por Bina (2008) muestra diferencias significativas en la prevalencia de la depresión postparto entre diferentes culturas, donde el factor cultural es el que determina dicha prevalencia (el apoyo familiar, social, las creencias religiosas, la violencia de género, etc.).

Algunos estudios muestran que en las culturas que ofrecen un fuerte apoyo social a las nuevas madres la depresión es menor (Fitch, 2002; Miller, 2002).

Son pocas las publicaciones que mencionan una relación directa de los factores socioculturales y la depresión grave, sin embargo, Walter y Thomas (2009), exponen que existen menciones indirectas que se clasifican en dos grupos:

1. Los que exponen que cada cultura tiene una expresión clínica diferente de la depresión (por ejemplo distintos tipos de somatizaciones o ideas delirantes).
2. Y los que exponen las opiniones o ideas individuales o sociales que se tienen sobre la depresión, en términos de estigmatización.

Estos autores indican que las variaciones transculturales condicionan el proceso de búsqueda de ayuda y la evolución de la enfermedad.

### **3.3. La depresión a nivel mundial**

La depresión, considerada como un problema de salud mental de impacto social, afecta significativamente en una determinada población. A nivel mundial, la depresión afecta hoy a más de 121 millones de personas, según informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007). En tanto que el denominado Episodio Depresivo Mayor, que se caracteriza por una condición duradera del trastorno, tiene carácter de epidemia en muchos países; dicha información se encuentra en la Revista Epidemiológica BMC Medicine (2011), la cual reunió datos de 18 países entre los cuales no está el Perú, sin embargo, las estimaciones indican que la depresión afecta aproximadamente al 20% de peruanos.

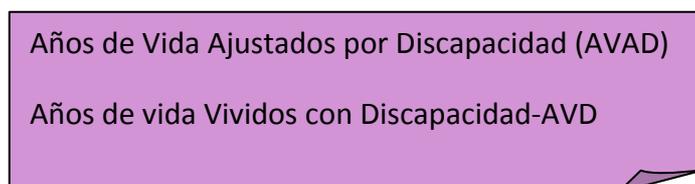
Según el estudio *Global Burden of Disease* (llevado a cabo por la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard), la depresión aparecía como una de las principales causas de carga de enfermedad en el mundo, tanto en países

desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo (Murray & López, 1996).

Según la OMS las tasas de discapacidad asociadas con la depresión eran mayores que las producidas por otras enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, la artritis y el dolor de espalda. Los trastornos depresivos llevan consigo una importante discapacidad funcional y son muy comunes en atención primaria (Ustun & Sartorius, 1995).

En el primer estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (CGE) de 1993, apareció una nueva medida sobre la enfermedad: los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), que hace una valoración de la discapacidad junto a la mortalidad (combina los años de vida perdidos por muerte prematura y los Años de vida Vividos con Discapacidad-AVD) y muestra el impacto de morbilidad generada por las enfermedades.

El estudio CGE mostró cómo las enfermedades mentales (muy discapacitantes pero poco mortales), aparecían como una de las mayores causas de carga de enfermedad a nivel mundial (Murray & López, 1996b). Este estudio mostró que la depresión unipolar es la cuarta causa, a nivel mundial, que provoca una enorme carga de enfermedad, siendo tan importante como por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares o respiratorias (Ayuso, 2004).



Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)  
Años de vida Vividos con Discapacidad-AVD

La depresión, según el estudio intercultural de Murray y López (1996b), supone el 3,7% de los AVAD totales y el 10,7% del total de AVD. Y la OMS estimó que para el 2020 subirá a un 15% del total, pasando a ser la segunda causa de AVAD en el mundo, por detrás de la cardiopatía isquémica (Murray & López, 1997). El grupo de 15 a 44 años es el principal grupo de edad generador de carga por enfermedad en mujeres y el segundo en hombres.

Como se aprecia en la *tabla 1.3.1.*, varía considerablemente el lugar que ocupa la depresión mayor unipolar en 1990, el quinto como causa de enfermedad y el pronóstico para 2020 en el que ésta enfermedad será la segunda causa de enfermedad por detrás de los problemas cardiacos Ayuso (2004).

**Tabla 1.3.1.** Carga de enfermedad en el año 1990 y estimación para el año 2020  
(Adaptado de Ayuso, 2004)

1990			2020		
Posición	Causa	Total (%)	Posición	Causa	Total (%)
1	Infección respiratoria	8,2	1	Cardiopatía isquémica	5,9
2	Enfermedades diarreicas	7,2	2	Depresión mayor unipolar	5,7
3	Procesos perinatales	6,7	3	Accidentes de tráfico	5,1
4	Depresión mayor unipolar	3,7	4	Enfermedad cerebrovascular	4,4
5	Cardiopatía isquémica	3,4	5	Infección Pulmonar (EPOC)	4,2

En estudios realizados una década después, los trastornos depresivos se mantienen como una de las principales causas de AVAD en el mundo. Suponen el 4,46% de los AVAD totales y el 12,1% de los AVD (WHO, 2001a; WHO, 2002; Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004):

- En las mujeres la depresión es la cuarta causa de AVAD y en los hombres es la séptima.
- En los países desarrollados, enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales oscilan en torno al 5%, frente al 70-75% en África.
- En África la depresión representa un 1,2%, mientras que en América representa el 8% del total.

- En general, en países con alta renta per cápita, la carga de la enfermedad era de un 8,9%, y en los de rentas bajas y medias era de un 4,1% del total de AVAD.
- En la zona europea donde se encuentra España, la depresión es la primera causa de AVAD en la población general.

En las estimaciones de Ayuso (2004), el lugar que ocupará la depresión en distintos países del mundo, se encuentra que en la sociedad americana la depresión ocupa la primera causa de AVAD con un 8%, como puede apreciarse en la *tabla 1.3.2.*, en el Pacífico Occidental 6%, en Europa ocupa el tercer lugar con un AVAD de 6.1%, la cuarta posición la ocupa los países del Sureste Asiático con 4,7%, el Mediterráneo Oriental se encuentra en la quinta posición con un AVAD de 3,5% y la población Africana, con un AVAD de 1,2%, no se encuentra dentro de las diez primeras regiones.

**Tabla 1.3.2.** Posición que ocupa la depresión en distintos países entre las principales causas de AVAD en el mundo (estimaciones para el año 2000, adaptado de Ayuso, 2004)

Región	Posición	Total AVAD (%)
<b>Americana</b>	1	8,0
<b>Pacífico Occidental</b>	2	6,0
<b>Europea</b>	3	6,1
<b>Sureste Asiático</b>	4	4,7
<b>Mediterráneo Oriental</b>	5	3,5
<b>Africana</b>	No se encuentra entre las 10 primeras	1,2

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad, refiere la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial (Murray & López, 1997).

Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las

que más carga representa a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar a nivel mundial y el primero en los países en desarrollo.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz et al., 2003).

En un estudio realizado en la India, ya se mostraba también que la depresión aparecía como el diagnóstico más frecuente en mayores de 50 años, con una prevalencia del 24,1%. El ser mujer, de clase social baja, el estar viudo, desempleado, con bajo nivel educativo, el vivir solo y una alta incidencia de enfermedad física se asoció con la depresión (Ramachandran, Menon, Arunagiri, 1982).

La adaptación de Prieto (2002) y WHO (1999), refleja la posición que ocupan los trastornos mentales como generadores de carga de enfermedad. Vemos en la *tabla 1.3.3.* que la depresión mayor es la mayor causa de enfermedad en el mundo, sobre todo en los países con niveles medios y bajos de desarrollo, seguida por la dependencia al alcohol, desorden bipolar, psicosis, desorden obsesivo-compulsivo, demencia, dependencia a las drogas, desorden de pánico y epilepsia, teniendo todos una mayor incidencia en los países con niveles de desarrollo medios y bajos.

**Tabla 1.3.3.** Posición que ocupan los trastornos mentales como generadores de carga de enfermedad (Adaptado de Prieto, 2002 y WHO, 1999).

Enfermedad o daño	Mundo	Países altamente desarrollados	Países con bajos y medios niveles de desarrollo
Depresión mayor	4	2	4
Dependencia al alcohol	17	4	20
Desorden bipolar	18	14	19
Psicosis	22	12	24
Desorden obsesivo-compulsivo	28	18	27
Demencia	33	9	41
Dependencia a drogas	41	17	45
Desorden de pánico	44	29	48
Epilepsia	47	34	46

En 2004, una Encuesta Mundial sobre Salud Mental realizada por la OMS en 14 países, muestra una prevalencia anual de trastornos afectivos de 0,8% a 9,6% (WHO, 2004).

En un estudio realizado a 11.242 pacientes, en EE.UU, los síntomas depresivos afectaban a la capacidad funcional y el bienestar como lo hacían la diabetes, la hipertensión, la enfermedad cardiaca o la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). Tras dos años de seguimiento, el 40% seguía funcionalmente afectado y el 54% de los diagnosticados de distimia había desarrollado un episodio de depresión mayor. En todos los casos hubo una recuperación parcial de la capacidad funcional (Wells, Stewart & Hays, 1989).

Como podemos observar en la Tabla 3.3, los países desarrollados muestran una mayor carga de enfermedad ocasionada especialmente por la depresión, el alcohol y la demencia.

En Cuba, ese trastorno es frecuente y una de las razones de mayor demanda de los servicios psicológicos y psiquiátricos en las unidades de los niveles primario y secundario, lo cual se explica porque constituye la cuarta causa de incapacidad en la población activa, solo precedida por las infecciones

de las vías respiratorias bajas, las enfermedades perinatales y el sida; más aún, será probablemente la segunda en el 2020, apenas después de las cardiopatías.

Urbina, Flores, García, Torres y Torrubias (2007) afirman que la depresión se diagnostica poco en el anciano, con grados de subdiagnóstico de 32-50 % y de infratratamiento de 37-50 %, puesto que a pesar de los criterios claros, precisos y generalmente aceptados al efecto, se dificulta confirmar la existencia del trastorno, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste.

Según la Organización Panamericana de la Salud el trastorno depresivo de inicio tardío parece estar tan relacionado con factores causales, clínicos y neurobiológicos específicos, Sachs (2004) que se ha comenzado a plantear que tiene un origen distinto del que se produce en el adulto más joven, si bien para muchos resulta incuestionable la interrelación entre enfermedad cerebrovascular subyacente y trastorno depresivo; este último definido como una alteración del estado de ánimo, de gravedad y duración variables, con frecuencia recurrente y que se asocia con determinados síntomas físicos y mentales que atañen al pensamiento, la motivación y el juicio.

Martínez Hernández (2007) sostiene que la depresión, que es uno de los síndromes psiquiátricos más comunes y probablemente el segundo cuadro morboso que más discapacidad provoca en la población anciana, reviste particular interés por su génesis, manifestación clínica, vinculación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida (Gómez Ayala, 2007).

Aguilar-Gaxiola, Kramer, Resendez y Magaña (2008) en un estudio realizado en la población mexicana, ponen de relieve que entre las variables psicosociales asociadas con la depresión, conclusiones a las que también llegaron posteriormente Breslau, Borges, Hagar, Tancredi, Gilman (2009) destacan:

- a) Ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo.
- b) Tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza).
- c) Estar desempleado (sobre todo en los hombres).
- d) Aislamiento social.
- e) Tener problemas legales;
- f) Tener experiencias de violencia;
- g) Consumo de sustancias adictivas.
- h) Migración.

También existe una asociación significativa entre depresión e intentos de suicidio y los antecedentes de problemas mentales en la familia (Gómez-Restrepo & Rodríguez, 1997).

En 1993, en una Encuesta Nacional sobre Salud Mental en todo el país colombiano, un 11,8% de la población encuestada mostraba depresión leve y un 4% sufría de depresión moderada o grave (Gómez-Restrepo & Rodríguez, 1997). En 1995, en una muestra de 1376 pacientes de un hospital de Bogotá, un 72,6% presentaba síntomas depresivos, dándose más en personas separadas, en aquellas que vivían solas, las que consumían tranquilizantes, y las que reconocían tener conflictos familiares (Rodríguez & Puerta, 1997). Estos resultados no son comparables a otros estudios debido al tipo de muestra utilizada.

Respecto al alcohol, denominado por el DSM-V (APA 2013) como desorden del uso de alcohol, es tipificado como un desorden común. La prevalencia se estima que es de un 4.6% entre personas de 12 a 17 años y de un 8.5% entre adultos de 18 años y mayores. Los índices son mayores en los adultos (12.4%) que entre mujeres adultas (4.9%). En cuanto a la edad, la

prevalencia que se encuentra entre adultos decrece en la edad mediana, siendo mayor entre individuos de 18 a 29 años (16.2%) y el más bajo entre individuos de 65 años y mayores (1.5%).

### **3.4. Epidemiología**

Respecto a la epidemiología en distintas partes del mundo, en un estudio realizado en el año 1999, por el departamento de Salud Mental, a nivel mundial se estimó que (WHO, 2000b):

- 340.000.000 de personas sufren depresión.
- De las 900.000 muertes anuales por suicidio, la mayoría se atribuyen a este trastorno, ocupando el suicidio el lugar diecisiete como causa de discapacidad en el mundo.
- Los países de Europa oriental presentan tasas de suicidio de más de 16 por cien mil habitantes, seguidos de los países anglosajones y asiáticos con tasas entre 8 y 16 casos por cien mil habitantes. Los países latinoamericanos y del mediterráneo se encuentran con tasas por debajo de 8 casos por cien mil habitantes.

En el primer estudio realizado para establecer un análisis epidemiológico de la depresión mediante una entrevista estructurada (Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón & Díaz-Granados, 2004), hallaron una prevalencia menor que en el estudio realizado en 1993, en este estudio de 2004 se encontró una prevalencia del 10%.

Frente a México y a Brasil el porcentaje de depresión en Colombia es mayor, dada la estrecha relación cultural y étnica que existe entre los tres países, las diferencias podrían atribuirse, según Gómez-Restrepo et al. (2004), a factores socioeconómicos característicos de Colombia, como el alto grado de violencia y el desplazamiento de poblaciones. Además, encontraron que la prevalencia de síntomas depresivos tiende a aumentar con la edad, así como

con el desempleo con discapacidad y las dificultades en las relaciones interpersonales.

En un estudio transcultural entre Alemania y Chile no se registraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva ni en la severidad de la misma en pacientes hospitalizados (Heerlein et al., 2000). Estos autores concluyen que la depresión severa *“parece ser una entidad patológica transculturalmente estable, con escasas variaciones en su perfil psicopatológico y de síntomas somáticos”*. Heerlein et al. (2000), consideran que las diferencias en sintomatología se deben más a características de la personalidad que a la manifestación en sí de la depresión, lo que llevaría a contestar los cuestionarios desde un neuroticismo y una extraversión mayores en la población chilena, generando una tendencia aumentadora. Cuando se controlan estas variables con instrumentos más rigurosos el porcentaje de depresión es similar a otras regiones.

En Colombia la situación de la salud mental se encuentra por debajo de los niveles de morbi-mortalidad con respecto a otros países, pero la ansiedad y el trastorno bipolar resultan de vital importancia, tal vez por las condiciones socioculturales y económicas en las que se encuentra el país. La depresión se presenta más en mujeres que en hombres y más en los niveles sociales y académicos más bajos, apareciendo menos casos a mayor edad (Prieto, 2002).

### **3.5. Prevalencia**

Florenzano, Acuña, Fullerton y Castro (1998) muestran una prevalencia de trastornos depresivos y/o sintomatología depresiva en Chile, con cifras superiores al promedio mundial.

La *tabla 1.3.4.*, refleja la prevalencia de la depresión en algunos países de América Latina y el Caribe, *Kohn et al. (2005)*.

**Tabla 1.3.4.** Prevalencia (en porcentaje) de depresión en algunos países de América Latina y el Caribe (Adaptado de Kohn et al. 2005)

Lugar	Prevalencia vital	Prevalencia anual
<b>Brasilia, Brasil</b>	2,8	1,5
<b>Colombia</b>	19,6	1,9
<b>México</b>	8,1	4,4
<b>Lima, Perú</b>	9,7	5,2
<b>Puerto Rico</b>	4,6	2,3

En relación a las minorías étnicas de EE.UU, cuando las variables demográficas, socioculturales y socioeconómicas son controladas, se encuentran semejantes rangos de depresión entre Afroamericanos y Americanos blancos (Kessler, McGonagle, Zhao et al., 1994; Diala, Muntaner, Walrath et al., 2001), sin embargo los puertorriqueños tienen mayores rangos de depresión que los blancos (Oquendo, Ellis, Greenwald et al., 2001), mientras que los Americanos Asiáticos tienen menor prevalencia de depresión (Jackson-Triche, Sullivan, Wells et al., 2000).

También varía la prevalencia entre subgrupos étnicos de la población de los EE.UU. Para el grupo de 12 a 17 años los índices mayores son entre hispanicos (6.0%) y americanos nativos de Alaska (5.7%), relacionado con los blancos (5.0%), americanos africanos (1.8%) y americanos asiáticos y de las Islas del Pacífico (APA, 2013).

En un estudio descriptivo sobre los trastornos mentales en las minorías étnicas residentes en Barcelona (Pertíñez, Viladás, Clusa, Menacho, Nadal & Muns, 2002), se observó que no existía un mayor porcentaje de trastornos mentales en la población inmigrante estudiada, aunque sí existía una tendencia de ésta población a presentar más trastornos por somatización y más episodios de depresión, resultado que también este aspecto también se había observado en un estudio anterior realizado también en Barcelona (Atxotegui & Castelló, 1995). Las características de la población con más depresión eran: bajo nivel social, cultural y económico, alto índice de marginalidad, edad media de 35 años y procedencia pakistaní.

La patología más prevalente en la población inmigrante de España son las somatizaciones, las depresiones y los hábitos tóxicos (Alderete, Vega & Kolody, 2000; Esteban & Peña, 2001). El idioma, la forma de expresar la sintomatología, la cultura, el proceso de duelo (ante la separación de su país de origen) y factores protectores como el apoyo social y/o familiar, son variables que influyen a la hora de valorar la prevalencia de la depresión en grupos étnicos inmigrantes, por lo que sería interesante investigar las diferencias en sintomatología depresiva entre los inmigrantes y las personas pertenecientes a grupos étnicos nacidos e integrados ya en el nuevo país.

En Europa estudios realizados en Inglaterra, reflejan que los trastornos afectivos constituyen la causa más frecuente de absentismo laboral (Almond & Healey, 2003). Cuando se han comparado grupos minoritarios residentes en el país anglosajón, se han encontrado mayores rangos de prevalencia en ellos que en la población inglesa (Nazroo, 1997 & Lloyd, 1998).

Loewenthal, Cinnirella, Evdoka & Murphy (2002), compararon distintos tipos de ayuda para la depresión en ingleses cristianos, hindúes, judíos, musulmanes y otros, y observaron que la religión no era vista como particularmente útil para el afrontamiento de la depresión. Entre las actividades religiosas que se valoraron como más útiles destacaron la fe y la oración. Los musulmanes fueron los que más creían en la eficacia de la religión para afrontar la depresión, siendo más reacios a buscar apoyo social o ayuda profesional.

En España la depresión es el trastorno mental más prevalente. En estudios comparativos, a nivel europeo, las cifras de depresión en la población general son menores que en otros países del continente (Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Dowrick, Lehtinen, Dalgard, Casey et al., 2001).

En los estudios de Gabilondo et al. (2010) se estima que la prevalencia de la depresión en España es algo menor que la registrada en otras regiones del norte de Europa, a pesar de ello alcanza el 10,6% de la población general y se ha descrito una evolución a la cronicidad hasta el 40% de los casos. Respecto a la

comorbilidad, los porcentajes que la asocian a otros trastornos mentales o físicos son del 55% y el 67% respectivamente.

### **3.5.1. Variaciones en la prevalencia de la depresión según el país y la edad.**

También en función de la edad encontramos en los estudios revisados suficientes resultados que reflejan la prevalencia del trastorno depresivo en las distintas edades.

En Colombia un estudio realizado con adolescentes estudiantes por Rodríguez, Dallas, González, Sánchez, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes, et al. (2005), puso de relieve la alta prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica (SDIC). Se suele determinar de esta forma a los posibles casos identificados de trastornos depresivos con el uso de escalas de tamizaje, dado que las escalas no hacen un diagnóstico formal.

En los adolescentes los SDIC se suelen asociar con conductas que afectan a la salud física y mental, como el control del peso Daniels (2005) pocas horas a la semana de actividad física (Brosnahan, Patterson, Lytle, Stefen & Boostrom, 2004), más de dos horas diarias dedicadas a ver la televisión Crespo, (2001), así como consumo de sustancias legales (alcohol y nicotina) (Yunis, Mattar, Wilson, 2003) y sustancias ilegales (cocaína, éxtasis o marihuana) (Brook, 2002).

En cuanto a la población adulta, un estudio con 5473 españoles mayores de 18 años sobre salud mental, el trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia anual y un 10,5% de prevalencia vital. Los factores asociados a padecer un trastorno mental son el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad (Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque et al., 2006).

La prevalencia anual de depresión en personas mayores de 18 años, en Chile, oscila entre 4,5% y 7,1%. Los factores de riesgo en Brasil y Chile fueron: ser mujer, estar desempleado, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o

separado y tener bajo nivel educacional (Vicente, Rioseco, Valdivia, Kohn & Torres, 2002), Brasil (Kratz, Silva de Lima, Frank & Curi, 2004) y México (Caraveo-Anduaga, Colmenares & Saldívar, 1999).

En EEUU la prevalencia anual de depresión en personas entre los 18 y los 54 años fue de un 6,5% y en las personas mayores de 54 años de un 10,1% (*Department of Health and Human Services, 1999*). Del año 2001 al 2002 se encontró una prevalencia anual de 6,6%, y una prevalencia en toda la vida de 16,2%. Los factores de riesgo que se detectaron fueron: ser mujer, dedicarse a las tareas del hogar, estar jubilado, soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos (Kessler, Berglund, Delmenr, Jin, Koretz, Merikangas et al., 2003). El 37% de los ancianos estadounidenses atendidos en atención primaria tienen síntomas depresivos, aunque las manifestaciones clínicas varían según las enfermedades que padezcan (*Department of Health and Human Services, 1999*).

Según datos de la OMS, el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión. Afecta de 15 a 35 % de los ancianos que viven en hogares geriátricos, del 10 al 25% de los que están hospitalizados y al 40 % de los que tienen un problema somático (Serna, 1996).

Varios factores de riesgo están asociados con la depresión en los ancianos, entre ellos: la mayor edad, el sexo femenino, los bajos ingresos (Santander, 2000), las enfermedades físicas, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social y los episodios previos de depresión (Belló et al., 2005). Además, la depresión en las personas mayores es más probable que esté asociada con otros trastornos psiquiátricos y físicos (Tuesca, Fierro, Molinares, Oviedo, Polo, Polo et al., 2003).

Un estudio realizado en Cuba en adultos institucionalizados por González (2001), mostró que el 27.1 % de los residentes en los hogares geriátricos tenía depresión leve, el 16.6 % moderada y el 14.4 % severa.

Predominó la depresión leve en los varones (36.9 %) y la severa en el 3.9 % de ellos.

En Vizcaya (España) se realizó un estudio con jubilados mayores de 70 años, mostró en la población institucionalizada (48 %) que el 37,3 % sufría de depresión moderada-grave; el 20,7 % de depresión grave y el 4,9 % padecía sintomatología de depresión leve-moderada (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, Bryson et al. (2004).

Según Hybels y Blazer (2003) en Estados Unidos, la estimación de la depresión en personas mayores que viven en la comunidad es del 1-5 %, pero se eleva al 13,5 % en aquellos que requieren atención médica domiciliaria y al 11,5 % en los pacientes mayores hospitalizados.

En México, en estudios realizados en diferentes provincias e instituciones de atención médica se registraron proporciones de depresión en los adultos mayores del 15 al 62 %, mientras que en el D. F. y la zona metropolitana el rango fue de 57.1 a 79.5 % (Santander, 2005).

El Censo Nacional de Chile de 2002 mostró en Santiago de Chile una prevalencia de 5,6 % de depresión en ancianos, porcentaje más bajo que el de la población general (Castro, Ramírez, Aguilar & Díaz, 2006). En casas de reposo u hogares de ancianos la prevalencia de depresión se elevó en un 17-20 %, con un 28 a 40 % de los internos con síntomas depresivos.

En Colombia, el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental para la población mayor de 60 años mostró una prevalencia de 25.2 % de depresión en el adulto mayor frente a un 19.6 % para todos los grupos poblacionales (Santander, 2000).

Un estudio realizado por la Universidad del Valle en 2012, mostró que la depresión mayor es una de las causas más frecuentes de consulta en los pacientes ancianos. De acuerdo con la OMS, el aumento de la esperanza de vida ha incrementado la población geriátrica en el mundo y en Colombia y ha traído como consecuencia la aparición de enfermedades mentales como la

demencia y la depresión; esta última considerada la enfermedad del presente y del futuro. La depresión afecta entre el 15 y 35 % de los adultos mayores que viven en centros de atención geriátrica (Menchón, 2001).

Borda et al. (2013) en un estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles en el que participaron 66 adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia), a los que se le aplicó la encuesta de factores de riesgo, *Minimental Test* y la Escala de Depresión Geriátrica de *Yesavage*, encontraron que la prevalencia de depresión de acuerdo con el test de *Yesavage* predominó en el grupo de edad de 65 a 70 años, con un 62.5% (leve: 37.5 % y severa: 25 %); seguido por el grupo de 71 a 75 años, en el que afectó al 43.8 %, y se encontró episodios leves en el 31.3 %. En el sexo masculino, la depresión leve y la severa fueron del 69 y 63 %, respectivamente.

### **3.6. Variaciones interculturales en la depresión**

Aunque ha existido un interés considerable por el estudio de las variaciones interculturales en la epidemiología de la depresión en las últimas décadas, debido a las limitaciones en los métodos de investigación de los que se disponen en la actualidad (Marsella, 1987), todavía sabemos muy poco acerca de la naturaleza de la depresión y las variaciones en la frecuencia en las diferentes culturas.

Existen poderosas razones teóricas que hacen pensar que tanto el grado de la depresión como sus manifestaciones varían considerablemente a través de las diferentes culturas (Kleinman, 1986; Kleinman&Good, 1986; Marsella, 1987 & Bebbington, 2003).

Son muchos los estudios que han centrado sus investigaciones en las posibles diferencias que existen en la vivencia de la sintomatología depresiva en los distintos entornos culturales (Marsella, 1987; Krause, 1994).

Los Emiratos Árabes Unidos, especialmente Dubai, un país multicultural en el que los hábitos, las costumbres y la estructura social varían notablemente

entre los distintos grupos raciales, que además incluyen diferencias significativas respecto a los diferentes grupos étnicos. Hasta hace muy poco no ha existido información cuantitativa en este país que permiten aportar indicios acerca de si la sintomatología depresiva está presente de forma significativa en la población y, en el caso de ser así, cuál es su naturaleza y si existen diferencias en la frecuencia y en la manifestación de la sintomatología depresiva con respecto a la misma vivencia en otras culturas.

Ghubash (1992), aportó información acerca de la depresión en las mujeres de Dubái, su estudio se centró en la enfermedad mental entre las mujeres y observó que los valores más altos en cuanto al trastorno mental correspondían a la depresión (13% de la muestra), concluyendo que la depresión es el trastorno mental más común entre las mujeres.

Un estudio realizado por Ghareeb (1992), sobre la naturaleza de la depresión en adolescentes de Emiratos Árabes Unidos (EAU), señaló que no se hallaron diferencias significativas por causa de la edad, pero que existía una clara diferencia en la incidencia según el sexo. Las adolescentes presentaban valores más elevados relativos a la depresión que la población adolescente masculina y que la población de individuos del sexo femenino con sintomatología depresiva es de 2 a 3, resultados que concuerdan con muchos de los estudios realizados anteriormente.

La mayoría de las sociedades en las que se han realizado estudios interculturales acerca de la depresión, arrojan resultados de 2/1 en la afectación depresiva entre hombres y mujeres (Hawton 1993, Ashurst & Hall 1991, MIND 1992 & Kleinman, 1986). Parece ser que las circunstancias particulares y el puesto que las mujeres ocupan en la sociedad, favorecen cierta vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión (Mind, 1992).

Las experiencias vitales estresantes, las variables sociodemográficas y un apoyo social insuficiente, se han considerado factores precipitantes que contribuyen a la mayor incidencia de la depresión especialmente en las mujeres

(Bebbington, 1987-2003; Avasthi et al., 1991; Lehtinen & Joukamaa, 1994; Paykel, 1994; Olfson & Klerman, 2001 & Weissman, 1996).

El estudio realizado por Stoppard (1989), atribuye la discriminación social y una situación socioeconómica desfavorecida de las mujeres en la sociedad, como posibles factores clave que subyacen en el desarrollo de la depresión, lo que lleva a una indefensión adquirida que favorece la sintomatología depresiva en las mujeres en comparación con los hombres.

El proceso transformador que precisó de dos siglos en las sociedades occidentales tuvo lugar en los EAU en sólo veinte años. Parece ser que tales cambios han hecho que la infraestructura de la sociedad y las normas y tradiciones sociales se resientan y que todo ello se manifieste de forma paralela en la proliferación de trastornos psicológicos.

### **3.6.1. Diferencias de género en la depresión en función del país.**

En toda la bibliografía revisada encontramos suficientes datos que reflejan la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres. Los datos arrojados en los diversos estudios epidemiológicos, ponen de relieve que en todas las áreas vitales del ser, con independencia del país de origen, la mujer muestra mayor tendencia a desarrollar procesos depresivos.

Un informe llevado a cabo por la OMS en el 2001 sobre la salud en el mundo, refleja que la depresión ocupa el primer lugar en las mujeres y el tercero en varones (Mathers, Stein, MaFat, Rao, Inoue, Tomijima et al., 2002).

Harkness et al. (2012) reflejan en los resultados de sus estudios que las mujeres tienen un riesgo de presentar el trastorno depresivo dos veces más alto que los hombres.

Vázquez-Machado (2007) concluyen que las diferencias entre hombres y mujeres varían con la edad. Antes de la pubertad la diferencia es de 1:1 entre niños y niñas, sin embargo, después se modifica y sigue un patrón adulto, Lau y Eley (2008).

Shansky (2010), pone de relieve que, aunque tanto hombres como mujeres pueden desarrollar sintomatología depresiva, ambos la experimentan de diferente manera y muestran diferencias en la expresión de los síntomas depresivos. Algunas de las diferencias que hallaron muestran que las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales, mientras que a los hombres les resulta más difícil expresar sus emociones, tienden más a las manifestaciones somáticas, tienen más problemas de abusos de sustancias lo que en ocasiones enmascara el cuadro depresivo y dificulta la realización del diagnóstico de depresión.

En todos los trabajos realizados distintos países encontramos diferencias en función del género, como podemos apreciar en la *tabla 1.3.5*.

**Tabla 1.3.5.** Diferencias en la depresión en función del país

<b>DIFERENCIAS EN LA DEPRESIÓN EN FUNCIÓN DEL PAÍS</b>		
<b>PAÍS</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
México	6%	2,9%
Área metropolitana de México	5,71%	1,9%
Zonas rurales de México	5%	3,5%
Kuwait	21%	13,3%
Santiago de Chile	15,4%	5,4%
Israel (Población árabe y judía)	22%	13,6%
Colombia	58,1%	
E.E.U.U y Europa	9% - 26%	5% - 12%
DSM IV-TR		
DSM V	De 1,5 a 3 índices mayor	
Población Inmigrante	11,1%	6,3%

En la Encuesta Nacional de Evaluación de Evaluación del Desempeño (ENED) de 2002-2003 en México, el porcentaje de personas con sintomatología depresiva en el área urbana es de 6% en las mujeres y 2,9% en hombres. En el área metropolitana el porcentaje es de 5,71% respecto a 1,9% en los hombres, mientras que en las zonas rurales es del 5% en las mujeres y 3,5% en hombres (Belló et al., 2005).

Los resultados de la encuesta Mexicana de Salud Mental para adolescentes (Benjet, 2009), destacaron que la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), fue de 2% para los hombres y 7,6% para las mujeres.

Otro estudio con estudiantes mexicanos de nivel medio y superior, también encontraron síntomas depresivos en el 17,9% de las mujeres y en el 11,1% de los hombres, al aplicar la escala de depresión CES-D (González Fortaleza *et al.*, 2011).

Otro estudio realizado en Kuwait, obtuvo en sus resultados una proporción de 21% en las mujeres y 15,3% en hombres. Los mismos resultados encontró Silva (2002) en un estudio con adultos realizado en Santiago de Chile, en el que halló una prevalencia de depresión de 15,4% para las mujeres y 5,4% para hombres (Al-Otaibi *et al.*, 2007).

En la población árabe y judía, en el distrito de Hadera en Israel, un estudio realizado por Kaplan et al. (2010), arrojó unos resultados de 22% en mujeres y 13,6% en hombres con síntomas que reunían criterios diagnósticos para el episodio depresivo.

Otro estudio realizado en Colombia con estudiantes de medicina Guavita (2006) encontró una prevalencia de sintomatología depresiva de 58,1% en las mujeres. Este porcentaje fue tanto para el Trastorno Depresivo Menos como para el Trastorno Depresivo mayor.

Por su parte, Gómez (2001) realizó un estudio sobre la prevalencia de la depresión y factores asociados en Colombia, en su estudio descriptivo de corte transversal, trabaja con una muestra de 1.116 adultos mayores de 18 años de uno u otro sexo, en sus resultados encuentra que de las personas estudiadas, 10,0% presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5%, sufrieron alguno durante el último mes. Hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más de 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años. Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron ser mujer,

considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad. Llega a la conclusión que la depresión es una afección frecuente en Colombia y que se deben poner en marcha medidas dirigidas a reducir el riesgo de depresión, especialmente en mujeres y en personas mayores de 45 años de edad.

En Cuba las diferencias de género se manifiestan sobre todo en la vida cotidiana. Todo ello motivó la necesidad de explorar dentro del país para identificar los aspectos de la vida que producen desigualdades de género (Castañeda Abascal & Solís, 2000 y Castañeda Abascal, 2002).

Según Castañeda Abascal, (2005-2007), Cuba ha sido, en los últimos 50 años, un escenario social de cambio donde la situación de la mujer respecto al hombre se ha transformado dentro de un patrón cultural que se mantiene patriarcal. La condición patriarcal de esta sociedad se demuestra en su organización sexista. Aunque las mujeres han asumido funciones sociales que les han proporcionado niveles visibles de independencia y poder, la posición dominante del hombre dentro de la familia y en el marco más amplio de la sociedad se mantiene como una realidad preconcebida. Prevalece la concepción de que las mujeres tienen que asumir el papel "natural" del cuidado del hogar y la familia, como primera responsabilidad. Existen, por tanto, aspectos de la vida, relacionados con la cotidianidad, donde se manifiestan desigualdades entre los sexos, que no son reflejados a partir de los indicadores de género publicados hasta el momento.

No obstante, según los Indicadores Básicos de Género, Salud Y Desarrollo (2007) se ha puesto de manifiesto que las desigualdades de género de Cuba son muy inferiores a las de otros países subdesarrollados de la región. En esas investigaciones se han explorados diferencias entre mujeres y hombres en aspectos de la macro esfera social como la esperanza de vida al nacer, la alfabetización en adultos, la matrícula a nivel medio y superior, el producto

interno bruto, los salarios, la población económicamente activa, el acceso a los bienes básicos de educación, empleo y poder y la decisión y participación en políticas, entre otras' como ya había puesto de relieve una investigación sobre el desarrollo humano en Cuba en 1997.

Las diferencias de género se manifiestan de manera diferente de acuerdo a las formas de pensar y vivir que asumen las mujeres y los hombres de una sociedad, en dependencia de los factores sociales, culturales y económicos que la condicionan. Alfonso (2000) refleja que estas diferencias explican el hecho de que a pesar de que en Cuba existe una política encaminada a la igualdad entre todos los miembros de la sociedad, ya sean de un sexo u otro, de cualquier raza o edad, prevalecen diferencias de género explicadas por desigualdades injustas o iniquidades.

Se han realizado investigaciones con enfoque de género que han situado a Cuba en posición ventajosa en relación con los países subdesarrollados del continente, debido a que el Estado cubano ha realizado grandes esfuerzos por eliminar las injusticias sociales. La discriminación entre hombres y mujeres ha disminuido ostensiblemente sobre todo en lo relacionado con la macroeconomía debido al logro alcanzado en muchas esferas, por ejemplo, la escolaridad, el trabajo, el derecho de hombres y mujeres a recibir el mismo salario cuando desempeñan una labor común, entre otros.

Los beneficios de la política del Gobierno de la República de Cuba, basada en la igualdad para todos, han conllevado al incremento de la presencia de la mujer en esferas políticas, económicas y sociales del país. De acuerdo a información de la Oficina Nacional de Estadística (2008), el 63 % del total de los graduados universitarios son mujeres. Se encuentran trabajando como profesionales y técnicos el 65,6 % de las mujeres graduadas en el curso 2007-2008.

Se han identificado algunos aspectos de la vida de los cubanos que con más fuerza marcan diferencias entre mujeres y hombres en las etapas del ciclo vital.

En la adolescencia es cuando se produce el inicio de la actividad sexual, por lo que aparecen, para ambos sexos, las enfermedades transmitidas por esta vía. Frecuentemente, las adolescentes se enfrentan a los abortos y los embarazos precoces. El mantenimiento de la estética femenina es muy importante para ellas, muchas veces se logra a través de la bulimia y la anorexia provocadas, que pueden producir serias complicaciones como la desnutrición.

En algunos países, la priorización dentro del hogar del llamado sexo fuerte, hace que la mayor cantidad de alimentos y los de mejor calidad sean suministrados preferentemente a los varones, lo que conlleva a que la desnutrición en el sexo femenino sea un fenómeno común. Por otro lado, Gran Álvarez (2004) refiere que los adolescentes tienen más riesgo a sufrir lesiones por la práctica de juegos y deportes rudos y son más propensos a enfermar o morir por causas violentas y el consumo de drogas y alcohol.

En la juventud y en la edad adulta, Castañeda (2007) refiere que las mujeres padecen de causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, así como infecciones del tracto reproductivo, tumores malignos de los órganos reproductores y mama, además, son más propensas que los varones a sufrir de trastornos depresivos. El control de la natalidad recae mayormente sobre la mujer con el uso de anticonceptivos como dispositivos intrauterinos, píldoras, diafragma y esterilizaciones quirúrgicas fundamentalmente, mientras que los hombres utilizan el condón y rara vez se someten a esterilizaciones quirúrgicas. El sexo masculino está más expuesto a riesgos ocupacionales y del tránsito. En la edad mediana y en la vejez, aparecen los problemas relacionados con la longevidad de la mujer que se acompaña de una calidad de vida peor que la de los hombres. Las mujeres padecen con más frecuencia de diabetes, enfermedad cerebro vascular, osteoporosis, incontinencia urinaria, artritis reumatoide y trastornos depresivos.

Valdespino (2000) concluyó que los hábitos tóxicos en Cuba son factores predisponentes que conducen a procesos mórbidos diferenciados en mujeres y hombres y resultaron ser aspectos de la vida que produjeron diferencias de

género en casi todo el periodo de la vida estudiado. En cuanto los estilos de afrontamiento, los hombres, en ocasiones, encubren sus debilidades tras el consumo de alcohol, cuyos efectos les permite expresar sentimientos que están reprimidos por la fórmula obligada de dureza que deben representar. Se ha considerado en ocasiones que el consumo de alcohol es una conducta de riesgo masculina.

En Europa y Estados Unidos, el Manual de Criterios Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Trastornos DSM-IV-TR (APA, 2002) establece la proporción de hombres y mujeres que tienen un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida, en el que aparece que las mujeres se encuentran en un rango comprendido entre el 9% y el 26%, mientras que los hombres están encuadrados entre el 5% y el 12%.

El DSM-V (APA, 2013) refiere que la proporción del desorden de depresión mayor en EE.UU. refleja que las mujeres experimentan de un 1.5 a 3 índices más altos que los hombres, empezando en la temprana adolescencia.

Estos datos están corroborados por otros estudios realizados que dejan claro que la proporción es aún mayor en el caso de cuadros depresivos más leves. Queda constatada también, mayor presencia de sintomatología depresiva en la mujer en los casos en los que las mujeres acuden a la consulta de Atención Primaria, aquejadas de diversas dolencias y síntomas pero que no son diagnosticadas de depresión.

En España disponemos de datos indicativos de que también son las mujeres las que muestran mayor sintomatología depresiva con respecto a los hombres:

-En la población de Madrid, Ayuso Gutierrez et al. (2004), encontraron porcentajes de encuadrados de 200 a 240 en la mujer por cada 100 hombres, conclusión a la que también llegó Rojo Garrido (1888), y que expuso en las Jornadas de Psicología de la mujer y Calidad de vida, realizadas en Bilbao.

-El Estudio realizado por Landrine (1988), arrojó porcentajes de depresión moderada en la población general entre 21 y 40 años, de Galicia de 1,5% en mujeres y 0.5% en hombres.

-En Valencia Méndez (1990) concluyó que el porcentaje era de 200 mujeres por cada 100 hombres.

-Igual de rotundos fueron los resultados alcanzados por Sánchez, Peruca, *et al.* (1989), en los que concluyó con porcentajes de 11% en mujeres y 1% en hombres, en la población general de Zaragoza.

Tanto en Europa como en Sudamérica y Estados Unidos, todas las investigaciones llegan a conclusiones comunes y ponen de relieve un promedio de más del doble en las tasas de depresión en las mujeres. En España se mantiene el mismo patrón Méndez (1990), lo que nos hace plantearnos y nos mueve a cuestionarnos los factores de vulnerabilidad en la idiosincrasia femenina que actúan como impulsores de la sintomatología depresiva.

De la convergencia de todos los datos de que disponemos actualmente, datos estadísticos, concluyentes trabajos que subrayan la superposición de las condiciones psicosociales que predisponen a la depresión, y las características que definen los modelos de feminidad, se puede concluir que lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol. Es la feminidad misma, tal como está concebida en nuestra cultura, el factor de mayor riesgo para la depresión.

En base al número creciente de hallazgos sobre morbilidad diferencial, creemos necesario profundizar todo estudio que dé cuenta en forma detallada y documentada, de qué manera las mujeres en distintas culturas son formadas en modelos y patrones de feminidad, en «formas de ser mujer», que las condicionan a sentir y desear de una determinada manera y que las proveen de mecanismos psíquicos que las hacen más vulnerables a de depresión.

Actualmente estamos en condiciones de visualizar una secuencia multifactorial en la predisposición de la mujer a la depresión independientemente del país de procedencia (Castañeda, 2007):

1. Las específicas experiencias en la socialización de las niñas son los factores principales en los que se sustenta una alta expectativa acerca de la intimidad en los vínculos afectivos, junto al temor a la pérdida de amor y al abandono. Estas son trazas psicológicas subyacentes a los comportamientos que luego se tipifican como deseables para la mujer: dependencia, gentileza, obediencia, sumisión.
2. La personalidad femenina corriente, la mujer ya formada ha sido preparada para funcionar psicológicamente como una niña, lo que quiere decir que no está capacitada para una vida totalmente autónoma, aunque desarrolle las cualidades psicológicas suficientes, el rol maternal, para hacerse cargo del desarrollo psicológico y de la crianza de otros. Esta dependencia de otros adultos y la prestación de servicios de cuidado, determina una regulación más inestable y mayores fluctuaciones de su autoestima.
3. Las costumbres sociales ejercen un poderoso efecto sobre el desarrollo de la agresividad. En las mujeres se estimula la pasividad, con su consecuente tendencia a la impotencia y se desalienta la actividad y el ejercicio del poder. creándose de este modo un tipo de ideal del yo que valora el sacrificio y la prestación de servicios.
4. Los problemas derivados de la identificación con una mujer -la madre- quien también es depresiva por haber desarrollado una identidad marcada por el estereotipo del rol. y por haber estado sometida a las condiciones de vida que sostienen la desvalorización. la impotencia y la limitación de oportunidades de las mujeres.

Además de los factores psicosociales, los factores emocionales son poderosos detonantes en la mujer en el desarrollo de la depresión, Barnett y

Gostlib (1998) atribuyen los problemas de pareja como detonante que disparan la proporción de sintomatología depresiva en la mujer.

También se han encontrado diferencias de género en la inmigración. Tienan et al. (2005), en un estudio realizado con una muestra de adultos jóvenes adoptados de otros países, encontraron que presentaron un episodio depresivo el 11,1% de las mujeres y un 6,3% de los hombres.

Otro aspecto que tenemos que resaltar es la situación emocional y afectiva de las mujeres enfocada en el ámbito de la relación de pareja, como determinante en el desarrollo de sintomatología depresiva en la mujer. Los datos de los que disponemos permiten afirmar que los conflictos afectivos que provienen de las relaciones de pareja son el motivo más frecuente del origen del desarrollo de sintomatología depresiva (Crowther, 1985; Essex et al., 1985 & Golding, 1988).

Vázquez et al. (2007), ponen de relieve que la mujer con mayor frecuencia es víctima de la infidelidad de la pareja y además también tolera más la situación de angustia que le genera, por lo que perpetúa el sufrimiento.

En el estudio realizados por Goltlib (1986), arrojan resultados indicativos de que también en el divorcio es la mujer la que desarrolla mayor sintomatología depresiva, así los porcentajes de divorcio en las parejas con un miembro depresivo es ocho veces mayor que en las parejas en las que no se encuentra ese síntoma. MeriKangas (2003), refiere que en los casos en los que el hombre es el depresivo en la pareja, el tratamiento terapéutico conseguía equilibrar la relación entre la pareja, sin embargo no ocurría así en el caso en el que la depresiva era la mujer, ya que el marido raramente soportaba la situación. Sus resultados concluyeron con la afirmación de que las mujeres son más tolerantes a la depresión de su pareja que los hombres.

En cuanto a la recurrencia, también encontramos en la bibliografía estudiada, suficientes datos que apuntan a la mujer como más recurrente en los episodios depresivos (Essau et al., 2010).

En ésta línea, los de Mori y Caballero (2010) ponen de manifiesto que las mujeres pueden tener episodios depresivos más largos y tienen más posibilidades que los hombres de presentar episodios recurrentes.

También estudios realizados en Gran Bretaña, encontraron que la depresión recurrente se daba en el 69% de las mujeres y en el 31% de los hombres Farmer (2010).

Sin embargo Luijendijh et al. (2008), en un estudio realizado con ancianos holandeses, encontraron que las tasas de recurrencia de los síndromes depresivos son iguales para los hombres y para las mujeres.

Wang et al. (2010), obtienen resultados indicativos de que la depresión es más alta en mujeres solo en el primer episodio y las tasas de recurrencia no arrojan diferencias en función del género, conclusiones a las que también habían llegado (Easso, 2007 y Steunenbergh et al., 2009).

En esta misma línea están los resultados alcanzados por Barcusa, *et al.* (2007) y Suija et al. (2010), al concluir en sus resultados que el género femenino no es un factor de riesgo en la recurrencia de la depresión.

### **3.7. Abordaje de la depresión en el contexto cultural.**

Una de las grandes limitaciones en el estudio de la depresión es su evaluación y diagnóstico. El hecho de que este desorden sea definido por el DSM-IV (APA, 2000) como “simplemente un conjunto de criterios o síntomas” que presentan “un periodo de tiempo”, ha sido altamente criticado en los ámbitos académico y clínico (Beck *et al.*, 2011).

Como hemos podido observar a lo largo de este capítulo, la depresión es el trastorno mental más prevalente en todo el mundo, por lo que se hace necesario intervenir o al menos conocer las dificultades o las necesidades no cubiertas en el manejo clínico de dicho trastorno. Estamos ante una época en la que las opciones de tratamiento son mayores respecto a décadas anteriores y, sin embargo el número de casos con depresión no tratados o con un

seguimiento terapéutico inadecuado resulta elevado, manifestando unas necesidades insatisfechas ante el tratamiento de la depresión (Wittchen, Holsboer & Jacobi, 2001).

La prevención y el tratamiento de las personas con trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en **América Latina y el Caribe** (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, *et al.*, 2005). En 1990 los trastornos psiquiátricos y neurológicos explicaban el 8,8% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) observados en América Latina y el Caribe (Murray & López, 1996a). En 2002, esta carga ascendió a más del doble, a un 22,2%, tal vez por aparecer a una edad más temprana (WHO, 2000c), o al desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las enfermedades crónicas, que tienen más riesgo de sufrir trastornos mentales comórbidos (PAHO, 2002).

Hay datos que confirman la insuficiencia de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe (WHO, 2001b & WHO, 2005). En muchos países, según Kohn *et al.* (2005), el gasto en salud mental y el número de camas para pacientes psiquiátricos y de profesionales de la salud mental son mucho menores que en Canadá y EEUU. Más del 50% de personas con depresión o distimia, en estos países Latinos, no reciben el tratamiento que necesitan.

El coste de la depresión en España, en el año 1998, oscilaba en 745 millones de euros anuales, de los que 535 corresponderían a costes directos del tratamiento del paciente, y el resto a pérdidas de la productividad debidas a la incapacidad temporal laboral (Gabinete de Estudios Sociológicos, 1998). Además Eaton (2008) reflejan que la depresión es la causa de un gran incremento en la mortalidad, hasta el 70% y genera un alto coste económico para la sociedad, siendo el trastorno nervioso más caro en Europa (Sobocki, *et al.*, 2006).

Un meta-análisis realizado por Mitchell *et al.* (2009), que incluye estudios sobre más de 50.000 pacientes a lo largo del mundo, observó que cerca del 50% de personas con depresión atendidas en la Atención Primaria no

eran diagnosticadas. En este sentido Gabilondo et al. (2011), refieren que la Atención Primaria en España está implicada en el 65% de las depresiones atendidas, a pesar de ello, se han descrito porcentajes muy bajos de tratamiento adecuado y una distribución insuficiente de los recursos y de la derivación a la atención especializada.

Un 25,8% de pacientes depresivos evolucionan positivamente a corto plazo y un 70% recae después de un período de mejoría, con la consiguiente repercusión en su vida profesional, social y familiar (Gabinete de Estudios Sociológicos, 1997).

En el contexto intercultural surge la necesidad de una clínica en dónde la cultura sea un argumento más que enriquezca la relación entre el clínico y el paciente. Esta necesidad de desarrollar una clínica cultural queda constatada cuando exploramos diferentes culturas, que hablan otras lenguas y se mueven con parámetros diferentes, por lo que se hace necesario tomar ciertas precauciones y hacer planteamientos que nos permitan descubrir sus lógicas y sus particulares formas de expresión a la hora de llevar a cabo el trabajo terapéutico, con el fin de respetar su especificidad cultural.

La Barre (1987), propone el modelo Intercultural, que permite desarrollar una "clínica cultural" que ha sido valiosa tanto para trabajos de campo, como en la observación de las prácticas tradicionales como el maternaje y la alimentación en los purépechas de Michoacán (México), permitiendo trabajar conjuntamente desde la antropología y la psiquiatría (Barriguete & Moro, 2003).

Igualmente, trabajar psicológicamente con las pacientes y sus familias procedentes de culturas tradicionales (Moro, 1994; 1995, 1998a, 1998b; Moro & Nathan, 1995; Moro & Barriguete, 1998), así como con pacientes con trastornos de la alimentación (Barriguete, 2003; Maldonado & Barriguete, 2002), lo que ha posibilitado intervenir clínicamente y generar acciones preventivas.

En todos los países, según un grupo de consenso internacional (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Kirmayer, Lkpine et al., 2001), el reconocimiento de la depresión en atención primaria es bajo (casi un 50% de casos de depresión no es reconocido), y uno de los factores a tener en cuenta es el elemento cultural, donde los síntomas somáticos suelen ser los síntomas que son mal interpretados o descuidados por el médico, y que conducen a un diagnóstico o tratamiento inadecuado (Kirmayer, 2001), ya que resulta más común manifestar síntomas físicos, como alteración del sueño, cefalea, pérdida de peso, fatiga o molestias gastrointestinales, que tristeza o depresión (Brendan, 1994).

Según una encuesta realizada en los EE.UU (entre el año 1997 y 1998) donde se evaluó el acceso a la atención adecuada de 1.636 personas con sintomatología depresiva o ansiosa, la mayoría de estas personas no recibieron el tratamiento indicado (Young, 2001), aún siendo bien conocido el buen resultado de la combinación de psicofármacos y psicoterapia. Un inicio temprano del tratamiento tendría mayores beneficios tanto para el paciente, como para el sistema de atención de salud (Culpepper, 2001).

Zarragoitia (2006), plantea que la función de los médicos de atención primaria debe redefinirse para garantizar que los trastornos depresivos sean con más frecuencia mejor reconocidos y tratados, y propone una mejor preparación de los profesionales de la salud para atender estos trastornos cada vez más prevalentes a nivel mundial. Propone una serie de elementos que sirvan de base a los profesionales de atención primaria para la detección y evaluación de los tipos de depresión y les dote de habilidades para motivar y remitir a los especialistas en los casos en los que sea necesario, que podemos ver en el *cuadro 1 3.28*.

**Cuadro. 1.3.28.** Elementos de interés a tener en cuenta en la atención primaria respecto a la depresión (Adaptado de Zarrogoitia, 2006)

- *La mayor parte de las personas con depresión son tratadas por el médico de asistencia primaria.*
- *Los planes de tratamiento deben estar basados en la evaluación del tipo de depresión, la severidad, la duración del episodio depresivo y los estresores que contribuyen al episodio.*
- *La continuación del tratamiento es más importante de que elección del tratamiento inicial.*
- *El mayor resultado es probable que se logre cuando se obtiene una buena alianza terapéutica entre el profesional y el paciente y se proporcione el tratamiento adecuado a través de un largo período.*
- *Las acciones deben estar dirigidas hacia varias áreas: educación familiar y escolar; política social; salud pública; actividad laboral.*
- *Desarrollar habilidades en los médicos de atención primaria para detectar, motivar y remitir al especialista, cuando sea necesario, haciendo énfasis en los subgrupos de alto riesgo.*

La OMS (2008) define la atención primaria como el primer nivel de atención que trata de proveer atención sanitaria continua y de coordinar los diversos servicios sanitarios y sociales, por lo que es a este nivel donde debe residir cualquier mejora en la actuación frente a la depresión, pues es el nivel más cercano e influyente en todos los ciudadanos y sus familiares.

En los países industrializados hay una mayor tendencia a dar más importancia a la atención de la salud mental, y a detectar los problemas en los servicios de atención primaria, en la creación de programas de medicina conductual y en la salud de las personas de edad avanzada. En los países en vías de desarrollo pasa más desapercibida la atención a la salud mental por la escasez de especialistas en esta área y por el modelo médico utilizado (Kohn et al., 2005). Pero la alianza en pro de la salud mental que la OMS recomienda continuar y fortalecer, permitirá hacer frente a las necesidades actuales y futuras de una manera más eficaz (WHO, 2001a).

### **3.8. Actitud clínica cultural**

Si queremos asegurar la integración de la dimensión cultural de los pacientes provenientes de otros mundos culturales indígenas, migrantes, extranjeros, en la “*clínica*”, debemos comenzar por poder descubrir y conocer la *actitud clínica cultural*, debemos poder definir desde dónde estructuramos nuestro pensamiento: “actitud cultural” y “subjetividad”, respecto a los pacientes que provienen de otras culturas.

En primer lugar, tenemos que reconocer cuál es el tipo de “actitud clínica cultural” que sustentamos como profesionales de la salud. Existen cuatro tipos de intervención clínica cultural (Moro, 1998), que denotan el enfoque del clínico y que nos permiten ubicar cuál es la “actitud clínica cultural”:

**1. La Intra – Cultural:** Equipo de salud y paciente pertenecen a la misma cultura, la que se toma en cuenta así como su relación con los trastornos del paciente. Se habla en la lengua materna del paciente indígena. Se conoce qué ofrecen los servicios de salud institucional y tradicional. Se ha identificado personal de ambos sistemas con quienes poder hacer la interfase en beneficio del paciente y su familia.

**2. La Inter – Cultural:** Equipo de salud y paciente pertenecen a diferentes culturas, se conoce bien la cultura de la etnia del paciente y su familia y se la utiliza como apoyo terapéutico. Se habla en la lengua materna del paciente indígena. Se conoce qué ofrecen los servicios de salud institucional y tradicional. Se ha identificado personal de ambos sistemas con quienes poder hacer la interfase en beneficio del paciente y su familia.

**3. La Meta – Cultural:** Equipo de salud y paciente pertenecen a diferentes culturas; aunque el terapeuta desconoce la cultura de procedencia del paciente, conoce y respeta la dimensión cultural y la utiliza en el establecimiento del diagnóstico y en la conducción del tratamiento. Se habla en la lengua materna del paciente. Se conoce qué ofrecen los servicios de salud institucional y tradicional. Se ha identificado personal de ambos sistemas con quienes poder hacer la interfase en beneficio del paciente y su familia.

**4. Las Trans – Cultural:** Equipo de salud y paciente sustentan diferentes culturas; el equipo clínico desconoce la cultura de procedencia del(a) paciente y familia. No respeta la dimensión cultural y busca imponer sus conceptos culturales a través de enfoques terapéuticos. En este tipo de intervención, ni el establecimiento del diagnóstico ni la conducción misma del tratamiento se benefician de la dimensión cultural del paciente. No se habla en la lengua materna del paciente indígena. No se conoce qué ofrecen los servicios de salud tradicional y no se ha identificado personal del sistema tradicional con quienes poder hacer la interfase en beneficio del paciente y su familia.

En segundo lugar, como profesionales de la salud, tienen que reconocer en los pacientes las diferentes dimensiones de sus dolencias y ver en ellas sus aspectos complementarios.

Es necesario atender a tres dimensiones (Zempleni, 1985):

- a) Su dimensión subjetiva, la realidad psicológica de su malestar, lo que la medicina antropológica sajona define como "*illness*".
- b) Su dimensión orgánica, la realidad biomédica, su trastorno, su "*disease*". Como profesionales de la salud identificamos signos y síntomas que definen un trastorno, con la ayuda de Manuales de criterios diagnósticos como por ejemplo, los criterios diagnósticos del DSM IV o la CIE-10.
- c) Su dimensión de padecimiento, el "*sickness*", del un proceso sociocultural, dentro de una determinada realidad cultural.

Manejar un modelo intercultural, en la situación clínica cultural, permite identificar la emergencia de las tres dimensiones de la enfermedad, que constituyen el dolor (orgánico, biomédico), el sufrimiento (apreciación subjetiva) y la enfermedad que da cuenta del entorno cultural.

En tercer lugar, es fundamental tener en cuenta que la interacción, los intercambios, las relaciones, suceden siempre dentro de un sistema interactivo generalizado (Moro, 1995): la cultura de referencia del paciente, por lo que es imposible querer explorar qué siente, qué piensa o qué le duele al paciente, si permanecemos fuera de su sistema de representaciones culturales, por lo que es inútil ofrecer las mejoras terapéuticas sin explorar y conocer sus maneras milenarias de entender el cuidarse, curarse, relacionarse, que han sido culturalmente modeladas.

Son cuatro las líneas interactivas e intermediarias que están connotadas en la lengua referidas a los elementos funcionales específicos del sistema cultural de pertenencia de los pacientes y su familia (Moro, 1995):

- a) Las representaciones ontológicas, que nos hablan del origen de las cosas y del mundo o de los mundos.

- b) Las teorías etiológicas, refieren a la manera de entender de dónde vienen los males, las enfermedades, la salud, etc.
- c) Las lógicas de las terapias tradicionales, esto es cómo se estructuran sus sistemas de tratamiento y tienen continuidad con los otros tres puntos.
- d) Las prácticas tradicionales, sus modalidades alimentarias, de crianza, etc. (Barriguete & Moro, 1998).

Estos cuatro niveles de representación han de tenerse en cuenta e incorporarlos en la práctica de la clínica cultural.

En el informe de la Secretaría del Consejo Ejecutivo de la OMS (2011), se aborda la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de que el sector de la salud y el sector social, respondan de modo integral y coordinado a escala de país. En este informe aborda siguientes aspectos referidos a la salud mental:

1. Los trastornos mentales comprenden afecciones comunes como la depresión y la ansiedad, las causadas por el abuso del alcohol y otras sustancias, así como otros trastornos graves y discapacitantes. Los problemas de salud mental en los niños y los adolescentes son motivo de preocupación por su alta prevalencia y las discapacidades que traen aparejadas.
2. Los trastornos mentales no tratados se cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Según las predicciones anuales para el 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por

discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.

3. La exposición a situaciones de emergencia humanitaria es un poderoso factor de riesgo de problemas de salud mental. Las estructuras sociales y las disposiciones formales e informales provistas para la atención de las personas con trastornos mentales graves persistentes se ven deterioradas. Las encuestas realizadas entre personas afectadas por conflictos, han revelado tasas de prevalencia de la depresión y los trastornos de estrés postraumático del orden del 17% y el 15%, respectivamente. Estas cifras son considerablemente más altas que las tasas medias de prevalencia en la población general.

4. Es grande, en todo el mundo, la brecha entre la necesidad de tratamiento de los trastornos mentales y su prestación. Por ejemplo, entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no percibe tratamiento alguno en los países de ingresos bajos y de ingresos medios; la horquilla correspondiente a los países de ingresos altos también presenta valores elevados: entre el 35% y el 50%.

5. Son altas las tasas de mortalidad de quienes padecen trastornos mentales. Por ejemplo, en las personas con depresión profunda, el riesgo global de muerte es de 1,6 y 1,4 (como cáncer, diabetes e infección por el VIH así como de las graves consecuencias como el suicidio) asociados a los trastornos mentales.

En el Atlas de Salud Mental 2011 de la ONS se proporcionan datos que demuestran la escasez de recursos de los países, particularmente recursos financieros y humanos, para atender a las necesidades en materia de salud mental. También se subraya la falta de equidad en la distribución y de eficacia en el uso de esos recursos. Por ejemplo, en el mundo entero, el 67% de los recursos financieros asignados a la salud mental se sigue destinando a hospitales psiquiátricos pese a que estos están asociados a resultados sanitarios

deficientes y a violación de los derechos humanos. Destinar esta financiación a servicios basados en la comunidad facilitaría el acceso de muchas más personas a una atención mejor por lo que los costos serían más eficaces.

Los recursos humanos para la salud mental en los países de ingresos bajos y medios son insuficientes. Casi la mitad de la población mundial vive en países donde, en promedio, hay un psiquiatra para atender a 200.000 personas o más, y los proveedores de atención a salud mental capacitados en la realización de intervenciones psicosociales, como psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, son aún más escasos.

A nivel mundial, el personal de enfermería es el mayor grupo profesional que trabaja en el sector de salud mental, y sin embargo, un reciente análisis de 58 países de ingresos bajos y medios, señala un déficit de 128.000 enfermeros entre el número de los que se dispone actualmente y el número que se necesita para atender a los pacientes con carácter prioritario. Los movimientos de la sociedad civil en pro de la salud mental no están bien desarrollados en los países de ingresos bajos y medios.

La OMS (2011) recomienda estrategias eficaces en los sectores sanitario y social:

a) Mejorar la prestación de tratamiento y atención de buena calidad en relación con las afecciones mentales de la siguiente manera:

- Integrando la salud mental en estrategias de salud más amplias, como las relativas a la atención sanitaria general.
- Ampliando las intervenciones de salud mental basadas en datos objetivos que se realizan en los servicios de salud generales, e incluyéndolas en conjuntos de medidas de atención, sobre la base de su costoeficacia, asequibilidad y viabilidad. Por ejemplo, el tratamiento de la depresión con antidepresivos (genéricos) y un tratamiento breve en el ámbito de la atención primaria es una solución muy eficaz con relación al costo.

b) Mejorar el acceso a los servicios de asistencia social de las personas que padecen trastornos mentales o corren riesgo de perderlos, así como sus oportunidades de educación y empleo.

El objetivo del Programa de Acción Mundial OMS (2011) es ampliar los servicios que se prestan en los países a las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o relacionados con el consumo de sustancias, especialmente en los países de ingresos más bajos. Los problemas de este ámbito a los que se atribuye prioridad son: la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol y drogas ilícitas y los trastornos mentales de los niños.

Además se añade en la publicación una guía de intervenciones ONS (2010) en la que se presentan intervenciones basadas en datos científicos para la prevención y el tratamiento de cada uno de estos problemas prioritarios. Se imparte información, basada en la guía, a los proveedores de atención sanitaria en entornos no especializados de países de ingresos bajos y medios con el objeto de pasar de los programas de salud mental independientes a un enfoque integrado que promueva la salud mental en todos los niveles de atención. Muchos países de ingresos altos también han encontrado útil la guía en sus entornos de escasos recursos.

### **3.9. Conclusiones.**

El trastorno depresivo es universal, aunque su manifestación es diferente en diversas culturas, por eso se estudie la cultura que se estudie, aunque las manifestaciones de la depresión pueden ser diferentes, existen aspectos que son comunes. Lo que todos los autores ponen de manifiesto es que la mujer siempre presenta en todos los países unos mayores índices de prevalencia respecto a la depresión, en comparación con el hombre de

cualquier región estudiada. La influencia de esta variable en la depresión es común a todas las culturas.

También algunos factores socioculturales son comunes en todo el mundo respecto a su relación con la depresión, como los problemas económicos, o el vivir solo o estar viudo, o tener una enfermedad física, entre otros. Esto nos indicaría que aunque las formas de afrontar las situaciones estresantes sean diferentes de un lugar a otro, incluso aunque dichas situaciones se presenten de formas diversas, la persona tiene unas reacciones emocionales comunes y podríamos decir que universales pese a la influencia cultural. Si se pudieran controlar todas y cada una de las variables socioculturales tal vez podríamos llegar a observar que no hay tantas diferencias de un país a otro en la manifestación y origen de la depresión.

Una de las grandes limitaciones en el estudio de la depresión es su evaluación y diagnóstico. El hecho de que este desorden sea definido por el DSM-IV (APA 2000) como “simplemente un conjunto de criterios o síntomas” que presentan “un periodo de tiempo”, ha sido altamente criticado en los ámbitos académico y clínico (Beck et al., 2011).

Como hemos podido observar a lo largo de este capítulo, la depresión es el trastorno mental más prevalente en todo el mundo, por lo que se hace necesario intervenir o al menos conocer las dificultades o las necesidades no cubiertas en el manejo clínico de dicho trastorno. Estamos ante una época en la que las opciones de tratamiento son mayores respecto a décadas anteriores y, sin embargo el número de casos con depresión no tratados o con un seguimiento terapéutico inadecuado resulta elevado, manifestando unas necesidades insatisfechas ante el tratamiento de la depresión (Wittchen, Holsboer & Jacobi, 2001).

En el contexto intercultural surge la necesidad de una clínica en dónde la cultura sea un argumento más que enriquezca la relación entre el clínico y el paciente. Esta necesidad de desarrollar una clínica cultural queda constatada cuando exploramos diferentes culturas, que hablan otras lenguas y se mueven

con parámetros diferentes, por lo que se hace necesario tomar ciertas precauciones y hacer planteamientos que nos permitan descubrir sus lógicas y sus particulares formas de expresión a la hora de llevar a cabo el trabajo terapéutico, con el fin de respetar su especificidad cultural.

Zarragoitia (2006), plantea que la función de los médicos de atención primaria debe redefinirse para garantizar que los trastornos depresivos sean con más frecuencia mejor reconocidos y tratados, y propone una mejor preparación de los profesionales de la salud para atender estos trastornos cada vez más prevalentes a nivel mundial.

En el informe de la Secretaría del Consejo Ejecutivo de la OMS (2011), se aborda la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de que el sector de la salud y el sector social, respondan de modo integral y coordinado a escala de país y recomienda estrategias eficaces en los sectores sanitario y social para mejorar la prestación de tratamiento y atención de buena calidad en relación con las afecciones mentales de la siguiente manera, Integrando la salud mental en estrategias de salud más amplias

Se hace necesario seguir investigando en este terreno transcultural para poder resolver verdaderamente si existen o no diferencias en los trastornos depresivos de un país a otro. Pues una realidad evidente son las diferencias entre culturas, en creencias y conductas, pero no parece tan evidente, a nuestro parecer, que las manifestaciones o la prevalencia de la depresión varíe excesivamente por ello, al menos no más de lo que pueda influir cualquier acontecimiento estresante en todas y cada una de las regiones del mundo.

Comas y Álvarez (2004) llevaron a cabo, en España, un estudio donde se refleja cómo percibe la depresión la población general y cómo ello incide en la evolución y el bienestar de los que la padecen, encontrando que la población española aunque tiene un notable conocimiento de la depresión, también tiene prejuicios que dificultan tanto el tratamiento y la recuperación del paciente depresivo como su reinserción social, prejuicios que actúan como estigmas que

dificultan la adherencia al tratamiento, un factor fundamental en la mejora de la depresión.

## **II. PARTE EMPÍRICA**

---

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**



## **2.1. Objetivos**

### **2.1.1. Objetivo General**

Analizar las diferencias de género en la sintomatología depresiva autoinformada teniendo en cuenta las implicaciones culturales en sendas muestras de España y Cuba.

### **2.1.2. Objetivos específicos**

- Determinar las implicaciones del género en las diferencias en sintomatología depresiva, según distintos componentes de la depresión, en sendas muestras de población normal, subclínica y clínica.
- Determinar las implicaciones de la edad en las diferencias en sintomatología depresiva, según distintos componentes de la depresión, en sendas muestras de población normal, subclínica y clínica.
- Determinar la influencia de la nacionalidad en las diferencias de género respecto a la sintomatología depresiva en los distintos tipos de muestra.
- Determinar las implicaciones de la edad respecto a la influencia de la nacionalidad, en las diferencias de género en la sintomatología depresiva en los distintos tipos de muestra

## **2.2. Hipótesis de trabajo**

**Hipótesis 1.** Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el género que variarán en función del tipo de síntomas.

**Hipótesis 2.** Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el tipo de población (normal, subclínica y clínica) que variarán según el tipo de síntomas.

**Hipótesis 3.** Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el país que variarán según el tipo de síntomas.

**Hipótesis 4.** Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el género, variará a su vez, dependiendo del tipo de población.

**Hipótesis 5.** Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el género, variará a su vez, dependiendo del país.

**Hipótesis 6.** Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el país, variará a su vez dependiendo el tipo de población (normal, clínica y subclínica).

**Hipótesis 7.** Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos de distinto tipo en función de las interacción entre las variables género, tipo de población (normal, subclínica y clínica) y país.

**Hipótesis 8.** Los efectos de la interacción de las variables género, tipo de población y país sobre los distintos tipos de síntomas depresivos, estarán a su vez influenciadas por la edad.

## **2.3. Material y método**

### **2.3.1. Población**

El universo de estudio para este trabajo han sido las ciudades de La Habana en Cuba y de la Región de Murcia en España.

### **2.3.2. Muestra**

Los datos empleados en este trabajo, han sido extraídos de una investigación más amplia sobre epidemiología de la depresión. Dicho estudio se ha realizado sobre sujetos adultos de las poblaciones de España y Cuba. Concretamente en este trabajo haremos referencia a un total de 820 sujetos, divididos según el género con un total de 345 hombres y 475 mujeres, según la cultura a la que pertenecen (España y Cuba) con una muestra de 173 hombres y 222 mujeres en la población cubana y 172 hombres y 253 mujeres en la población española.

La muestra se ha dividido en tres grupos muestrales según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) y en tres rangos de edad(18-25, 35-55 y más de 65 años), considerando los criterios de inclusión ya establecidos para este estudio.

Concretamente, respecto al tipo de población, del total de la muestra 261 personas no tienen sintomatología depresiva relevante, 353 tienen síntomas subclínicos y 206 tienen diagnóstico de depresión.

La muestra española está formada por 425 personas, de los cuales 77 son personas sin sintomatología relevante, 267 son personas con síntomas subclínicos y 81 personas tienen diagnóstico clínico de depresión.

La muestra cubana la forman 395 personas 184 de las cuales no tienen sintomatología depresiva, 86 tienen síntomas subclínicos y 125 tienen diagnóstico clínico.

Respecto a la edad, contamos con 292 personas de 18 a 25 años, el 35,6% del total de la muestra, 232 personas de 35 a 55 años, el 28,3% y 296 personas mayores de 64 años, lo que suponen el 36,1% de la muestra total.

En España nos encontramos con 156 personas de 18 a 25 años, el 36,7% del total, 122 personas de 35 a 55 años, el 24,7% del total y 147 personas mayores de 64 años, el 34,5% del total.

En el caso de la muestra cubana nos encontramos con 136 personas de 18 a 25 años, el 34,4 del total, 110 personas de 35 a 55 años, el 27,8% del total y 149 personas mayores de 64 años el 37,7% del total.

### **2.3.3. Procedimiento**

Los datos de este trabajo proceden de un estudio más amplio sobre aspectos transculturales relacionados con la depresión. Para la recogida de información, se aplicó el modelo general de entrevista estructurada efectuado a tal fin, a una muestra no probabilística, de manera heteroaplicada, mediante la intervención de entrevistadores previamente adiestrados en el manejo de los instrumentos de evaluación.

Los datos empleados para la realización del presente estudio, han sido tomados de un proyecto de investigación más amplio sobre “depresión y desarrollo adulto”, realizado por el grupo de investigación EO-69.04 “Psicología de la Salud” de la Universidad de Murcia.

Los participantes han sido reclutados a través de la técnica «bola de nieve», consistente en la ampliación progresiva de la muestra a partir de los contactos proporcionados por los participantes, inicialmente seleccionados por los miembros del equipo de investigación, siguiendo un criterio de conveniencia. A todas las personas se les explicó el objetivo de la investigación y

se les solicitó el consentimiento para utilizar la información proporcionada con fines de investigación, asegurando la privacidad y confidencialidad.

La información fue recogida a través de heteroaplicación del modelo de entrevista. Fueron considerados como sujetos representativos del nivel subclínico aquellas personas que presentaron una puntuación en el cuestionario CES-D igual o superior a 16 puntos, sin que alcanzaran los criterios para el establecimiento de un diagnóstico de depresión, de acuerdo con la entrevista clínica estructurada MINI. (5.0.0, 2000).

Los datos obtenidos a nivel clínico de la muestra española, fueron tomados en dos centros asistenciales de la Región de Murcia, concretamente en el Servicio Murciano de Salud, en el Municipio de Cartagena, los centros de salud “Casco” y “Santa Lucía” y los casos de Cuba han sido recogidos en La Habana y se captaron en asociaciones de ancianos, centros de trabajo y estudio, y residentes del municipio Cerro, así como en la consulta de Psicología del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

Para analizar las diferencias en sintomatología depresiva, se ha empleado el Inventario de Síntomas depresivos, elaborado por Riquelme y cols. (2005), para lo que hemos dividido los síntomas depresivos en 6 grupos: físicos, interpersonales, motivacionales, cognitivos, afectivos y conductuales.

La recogida de información se ha realizado por muestreo estratificado y aleatorio según el género, la edad, el tipo de población (normal, clínica y subclínica) y la cultura de pertenencia, a través de entrevistadores previamente familiarizados con la batería de investigación a través de un seminario de formación.

#### **2.3.4. Instrumentación**

Para la recogida de información se utilizó un modelo de entrevista estructurada, la cual se puede ver en los Anexos.

Este modelo de entrevista, incluye las siguientes variables:

- a) Variables de tipo demográfico y de identificación personal.
- b) Depresión.
- c) Problemas de salud.

Para la valoración de estas variables, se emplearon los siguientes instrumentos:

- ✓ Cuestionario socio demográfico.
- ✓ Inventario de síntomas depresivos de Riquelme y cols. (2005).
- ✓ Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D*).
- ✓ *Entrevista estructurada para la evaluación de trastornos emocionales (MINI) International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.*

En los casos que encontramos disposición de los sujetos a colaborar les solicitamos nombre de pila y número de teléfono.

## **2.4. Variables estudiadas**

### **2.4.1. Variables de tipo demográfico y de identificación personal**

Dentro de este apartado, se evaluaron las siguientes variables con las alternativas correspondientes:

- ✓ Sexo
- ✓ Edad
- ✓ País: España, Cuba.

- ✓ Depresión.
- ✓ Estado civil: soltero, casado, viudo, separado.
- ✓ Nivel educativo: no saber leer ni escribir, estudios primarios, estudios secundarios. Estudios preuniversitarios, estudios universitarios.
- ✓ Situación laboral: trabajo, paro, jubilación, actividad no remunerada, estudiante, tareas propias del hogar.
- ✓ Economía familiar: muy buena, buena, regular, mala, muy mala.
- ✓ Estado de salud, tanto objetiva como subjetiva en el momento de la evaluación según su carácter, crónico o agudo y nivel de gravedad.

#### **2.4.2. Depresión**

La evaluación de la depresión has sido realizada utilizando los siguientes instrumentos:

- ✓ *Historia clínica (Recogida en la batería de instrumentos del anexo).*
- ✓ *Inventario de síntomas depresivos de Riquelme et al. (2005).*
- ✓ *Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D).*
- ✓ *Entrevista estructurada para la evaluación de trastornos emocionales (MINI) International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.*

**Cuestionario sociodemográfico**, en el que se recoge la información relativa al género, la edad, y demás variables de identificación.

**Inventario de síntomas depresivos de Riquelme et al. (2005)**.Elaborado en la Universidad de Murcia. Comprende un total de 56 síntomas, expresados en 58 ítems en los que se recogen los criterios clínicos de los sistemas DSM y CIE. Junto a los criterios de estos dos sistemas diagnósticos, a la hora de elaborar el

Inventario se realizó una revisión de contenido de los principales instrumentos psicométricos para la evaluación de la depresión (BDI, Beck et al. 1961; CES-D, Radlof, 1977; E.A.D.G, Goldberg, 1988; SDS, Zung,1965; SCL-90-R, Derogatis, 1993; MADRS, Mongotmery S.A., Asberg, M., HRSD, Hamilton, 1977).

La revisión cualitativa de estos instrumentos permitió incorporar nuevos ítems cuyo objetivo era constatar la presencia/consistencia de sus correspondientes síntomas. En este sentido la valoración de los síntomas se realizó según su presencia durante las dos últimas semanas, con las opciones de respuesta Nunca, Casi Nunca, Con frecuencia, la mayor parte del tiempo.

Respecto a las características psicométricas del inventario se síntomas depresivos, es importante destacar que se obtuvo un alto coeficiente de consistencia estimado mediante la prueba Alpha de Cronbach, superior a 0.9 (0.955). También en los estudios de López Navas (2005) y de Riquelme et al. (2006c), avalan una elevada fiabilidad del Inventario de síntomas depresivos. Así podemos comprobar este indicador con las otras escalas de depresión como es el Inventario de Depresión de Beck (Alpha 0.82) o la Escala de Hamilton para la Depresión (Alpha 0.86).

### **Síntomas Físicos**

1. No podía estar quieto (agitación general, de manos, piernas, etc.)
4. Ha aumentado su apetito
5. Ha disminuido su apetito
13. Se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual
16. Ha dormido más horas de lo habitual
17. Ha dormido menos horas de lo habitual

- 18. Se ha despertado antes de lo habitual
- 19. Le ha costado dormirse más de lo habitual
- 38- Ha sentido más molestias o dolores de lo habitual
- 39- Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido intranquilo
- 51- Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales
- 53- Ha ido ganando peso sin proponérselo
- 54- Ha ido perdiendo peso sin proponérselo
- 58- Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana

### **Síntomas Interpersonales**

- 2-Ha tendido a aislarse de los demás
- 11. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás
- 25. Ha hablado menos de lo habitual

### **Síntomas Motivacionales**

- 3-Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban
- 14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo
- 28- Ha perdido Vd. Interés por las cosas que le agradaban
- 56- Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo
- 57- Ha disminuido su interés sexual

### **Síntomas Cognitivos**

6-Se ha criticado a sí mismo

7-Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa

8-Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes

9-Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos

10-Ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución

21-Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida

22- Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida

24-Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido

26- Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo

29- Ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado

30- Se ha sentido una carga para los demás

32- Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones

33- Ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas

34- Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir

41- Ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía

42- Ha sido especialmente pesimista

43- Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta

44- Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual

45- Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto.

### **Síntomas Afectivos**

6. Se ha criticado a sí mismo

7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa

12. Ha disminuido su satisfacción con la vida

- 20. Se ha sentido triste o abatido
- 21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida
- 22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida
- 23. Ha perdido confianza en sí mismo
- 26- Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo
- 30- Se ha sentido una carga para los demás
- 34- Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir
- 35- Ha estado más irritable de lo habitual
- 36- Ha llorado
- 37- Ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta
- 43- Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta
- 45- Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto
- 46- Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos
- 47- Ha tenido sentimientos de culpa
- 48. Ha tenido sentimientos de fracaso
- 49. Se ha sentido inútil
- 50. Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante
- 55- Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban
- 58- Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana

### **Síntomas Conductuales**

- 25- Ha hablado menos de lo habitual
- 27- Ha consumido más alcohol de lo habitual
- 31- Ha empeorado su eficacia al hacer las cosas

36- Ha llorado

40- Ha disminuido su nivel de actividad

52-Ha intentado suicidarse

56- Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo.

**Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D):**

Fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general. La selección de ítems se realizó a partir de diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Raskin, etc.), y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático. Es un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem. Ha sido traducido y validado en España por Soler J y cols (1997), si bien esta validación se realizó en población clínica, sin que dispongamos de estudios de validación en población general.

La forma de aplicación es autoadministrada, debiendo seleccionar el paciente la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa. Los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de respuesta. El paciente cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos. El CES-D no es una escala destinada a la evaluación de la severidad de cuadros depresivos ni una herramienta diagnóstica, sino un instrumento de screening orientado a la detección de casos, con rendimientos similares a los de otras escalas de este tipo. La presencia de patología psiquiátrica no depresiva (trastorno de ansiedad, abuso de drogas, fobias, pánico, trastornos de somatización), aumenta el número de falsos

positivos. En el presente estudio se utilizará para identificar a personas con síntomas depresivos que no han sido diagnosticadas ni necesariamente cumplen los criterios para el diagnóstico de depresión.

**Entrevista estructurada para la evaluación de trastornos emocionales (MINI).**  
**International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0**

El MINI es una entrevista diagnóstica estructurada (de breve duración) que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando el MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10).

Los resultados de estos estudios demuestran que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 +- 11,6 minutos, con una media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados, además puede ser utilizada por los clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Se utilizará para el diagnóstico de las personas con trastornos depresivos y por ansiedad.

### **2.4.3. Problemas de salud**

La evaluación de los problemas de salud se ha realizado a través de dos indicadores, uno subjetivo en el que la persona indica cómo percibe su salud (buena, regular o mala) y otro objetivo, a través del cual la persona señala si padece alguna enfermedad.

#### **2.4.4. Nivel educativo**

El nivel educativo se ha evaluado partiendo de la distinción de cinco grupos en los que se evalúa los siguientes estados educativos:

- ✓ No sabe ni leer ni escribir.
- ✓ Estudios primarios.
- ✓ Estudios secundarios.
- ✓ Estudios preuniversitarios.
- ✓ Estudios universitarios.

#### **2.4.5. Situación laboral**

Se ha tenido en cuenta a la hora de evaluar la situación laboral las siguientes situaciones:

- ✓ Trabajo.
- ✓ Paro.
- ✓ Jubilación.
- ✓ Actividad no remunerada.
- ✓ Estudiante.
- ✓ Tareas del propio hogar.

#### **2.4.6. Economía familiar**

La economía familiar se ha considerado con la valoración: muy buena, Buena, Regular, Mala, muy mala.

### **2.5. Descripción de la muestra**

Vamos a describir la muestra en su totalidad. El estudio se ha realizado sobre 820 sujetos adultos de las poblaciones de España y Cuba.

La muestra se ha dividido en tres tipos de población (normal, clínica y subclínica) y tres grupos según la edad de 18 a 25 años, de 35 a 55 años y mayores de 64 años. Esta división en los rangos de edad, se realizó con el

objetivo de maximizar las diferencias de un grupo a otro y así poder concretar y definir de forma más fiable, las características específicas para cada grupo.

Además iremos haciendo referencia al género en el conjunto de la muestra y a la cultura española y cubana.

Esta división en edad, género y tipo de población, se debe a la diferencia constante que haremos de cada uno de los grupos por separado en los resultados y en las conclusiones, lo que nos permitirá poder contrastar las semejanzas y diferencias entre los grupos.

Para el conjunto de la muestra, la edad oscila entre los 18 y los 94 años siendo la media de 46,72 y la desviación típica de 21,178. En el caso de la muestra española, el rango de edad está comprendido entre 18 y 87 años con una media de 45,99 y una desviación típica de 21,879. Respecto a la muestra cubana, el rango de edad está situado entre 18 y 94, con una media de 47,51 y una desviación típica de 20,39.

En cuanto al tipo de población (normal, subclínica y clínica), 261 sujetos son de población normal, 77 españoles y 184 cubanos, la población subclínica está compuesta por 353 sujetos de los cuales 267 son españoles y 86 cubanos y la población clínica, está compuesta por 206 sujetos, 81 son españoles y 125 cubanos.

### **2.5.1. Descripción de la muestra según el país**

La muestra que compone este estudio está compuesta por 820 sujetos, 425 españoles con un porcentaje del 51,8% y 395 cubanos, lo que hace un porcentaje del 48,2% del total de la muestra (Véase Tabla 2.1).

**Tabla 2.1.** Estadístico descriptivo según el país

		Frecuencia	Porcentaje %
<b>Válidos</b>	España	425	51,8
	Cuba	395	48,2
	Total	820	100,0

### 2.5.2. Descripción de la muestra según el género y el país

Concretamente en este trabajo haremos referencia a un total de 820 sujetos, divididos según el género con un total de hombres de 345 hombres, el 42,1% y 475 mujeres, el 57,0%. Según la cultura a la que pertenecen (España y Cuba), son 173 hombres y 222 mujeres en la población cubana y 172 hombres y 253 mujeres en la población española, (Véase tabla 2.2).

**Tabla 2.2.** Estadístico descriptivo según el Género y País

			PAÍS		
			España	Cuba	Total
<b>SEXO</b>	Hombre	Recuento	172	173	345
		% dentro del país	40,5%	43,8%	42,1%
	Mujer	Recuento	253	222	475
		% dentro del país	59,5%	56,2%	57,9%
<b>TOTAL</b>	Recuento		425	395	820
	% dentro del país		100%	100%	100%

Podemos observar que no hay diferencias significativas en el porcentaje de hombres y mujeres en cada País. La puntuación de la prueba Chi cuadrado

de Pearson que podemos ver en la tabla 2.3, obtiene un valor de 0,93y un nivel de significación de 0,335.

**Tabla 2.3.** X<sup>2</sup>de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,930 <sup>a</sup>	1	,335		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,798	1	,372		
Razón de verosimilitudes	,930	1	,335		
Estadístico exacto de Fisher				,358	,186
Asociación lineal por lineal	,929	1	,335		
N de casos válidos	820				

Nivel de significación > ,05

### 2.5.3. Descripción de la muestra según la edad

La edad de los sujetos estudiados oscila entre los 18 y los 94 años siendo la media de 46,72 y la desviación típica de 21,178, de los cuales el rango de edad en la muestra española, compuesta por 172 hombres y 253 mujeres, está entre 18 y 87 años con una media de 45,99 y un rango de edad en la muestra cubana compuesta por 173 hombres y 222 mujeres, entre 18 y 94 años, con una media de 47,51. (véase *tabla 2.4.*)

**Tabla 2.4. Estadísticos** descriptivos según rango de edad de los países España y Cuba

<b>Total de la muestra según la edad</b>					
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv.típ.</b>
<b>Edad</b>	320	18	94	46,72	21,178
N válido (según lista)	320				
<b>Población española</b>					
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv.típ.</b>
<b>Edad</b>	15	18	87	45,99	21,879
N válido (según lista)	42				
<b>Población cubana</b>					
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv.típ.</b>
<b>Edad</b>	395	18	94	47,51	20,395
N válido (según lista)	395				

#### 2.5.4. Descripción de la muestra según la edad agrupada y el país

La muestra está dividida en tres grupos de edad, tabla 5.5. En el primer grupo, los sujetos oscilan en edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, está compuesto por 292 sujetos de los cuales 156 son de España, un 53,4% y 136 de Cuba, un 46,5%. El total de la muestra en este rango de edad es de 292 sujetos, un 35,6%.

En el segundo grupo, los sujetos oscilan en edades comprendidas entre los 35 y los 55 años y está compuesto por 122 sujetos españoles, un 52,58% y 110 cubanos, un 47,41%. El total de la muestra para este rango de edad es de 232 sujetos, un 28,3%. El tercer grupo está compuesto por sujetos mayores de 64 años, de los que hay 147 españoles, un 49,7% y 149 cubanos, un 50,3%. El

total de la muestra para este rango de edad es de 296 sujetos, un 36,1%.(véase *tabla 2.5.*)

**Tabla 2.5.** Estadísticos descriptivos, Edad agrupada \* País

Estadísticos descriptivos, Edad agrupada * País					
			País		
			España	Cuba	Total
Edad agrupada	18 a 25 años	Recuento	156	136	292
		% dentro de País	53,4%	46,5%	35,6%
	35 a 55 años	Recuento	122	110	232
		% dentro de País	52,5%	47,4%	28,3%
	> 64 años	Recuento	147	149	296
		% dentro de País	49,6%	50,3%	36,1%
Total		Recuento	425	395	820
		% dentro de País	52%	48%	100,0%

Nivel de significación < ,05

La prueba  $X^2$  de Pearson, como podemos ver en la *tabla 2.6*, obtiene un nivel de significación de .63lo indica que no hay diferencias significativas en cuanto a los rango de edad de los sujetos de ambos países.

**Tabla 2.6.**  $X^2$  de Pearson

$X^2$ de Pearson			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,908 <sup>a</sup>	2	,635
Razón de verosimilitudes	,908	2	,635
Asociación lineal por lineal	,834	1	,361
N de casos válidos	820		

Nivel de significación > ,05

### 2.5.5. Descripción de la muestra según el estado civil y el País

Como vemos en la *tabla 2.7.* en toda la muestra nos encontramos con 250 sujetos solteros, un 30,9%, del total de la muestra, de los cuales 163 son españoles, un 39% del total y 87 son cubanos, un 22,8%. Casados o con pareja de hecho 430 sujetos, el 53,2% del total de la muestra, de los cuales 211, un 50,9% del total son españoles y 219 del total son cubanos, un 55,5%. Viudos 87 sujetos, el 10,8% del total de la muestra, de los que hay 39 españoles, el 0,94,% del total y 48 cubanos, el 0,12% del total. Separados 41 sujetos, el 5,1% del total de la muestra, de los que 1 es español, el 0,2% del total y 40 son cubanos, el 9,7% del total.

**Tabla 2.7.** Descripción de la muestra según el estado civil y el país

Tabla de contingencia Estado Civil * País					
			País		Total
			España	Cuba	
<b>Estado Civil</b>	Soltero	Recuento	163	87	250
		% dentro de País	65,2%	34,8%	30,9%
	Casado/Pareja de hecho	Recuento	211	219	430
		% dentro de País	49,1%	50,9%	53,2%
	Viudo	Recuento	39	48	87
		% dentro de País	44,8%	55,1%	10,8%
	Separado	Recuento	1	40	41
		% dentro de País	,02%	9,7 %	5,1%
	<b>Total</b>	Recuento	414	394	808

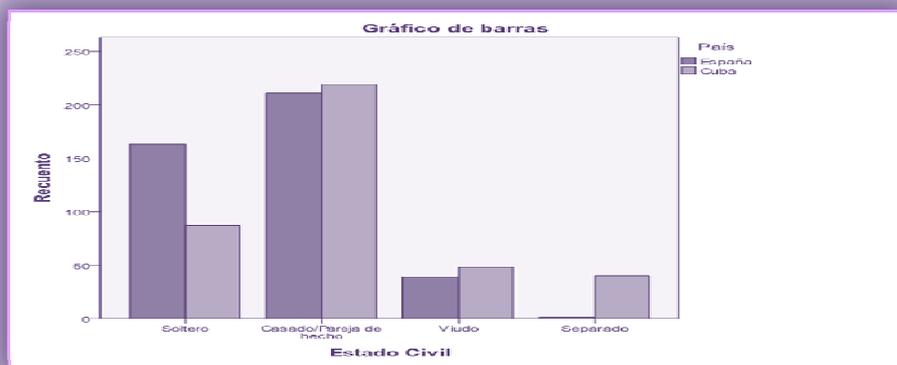
Como vemos en la prueba Chi-cuadrado de Pearson, reflejada en la *tabla 2.8.* ( $\chi^2= 60,824$ , (3);  $p=0,000$ ), existen diferencias significativas en el estado civil según el país de procedencia, concretamente en las separaciones, que se da en el 0,2% de la muestra española, mientras que supone el 10% de la muestra cubana.

**Tabla 2.8.**  $\chi^2$  de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,824 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	71,496	3	,000
Asociación lineal por lineal	52,555	1	,000
N de casos válidos	808		

Nivel de significación < 0,01

Como podemos ver en el *gráfico 2.1.* en la muestra española hay más personas solteras: 163 personas que supone el 39% frente 87 personas cubanas que suponen el 22%, y en la muestra cubana encontramos más personas casadas o establecidas como pareja de hecho, 219 personas, el 55,5% frente a España, 211 personas que suponen el 50,9%, más viudos, 48 personas que suponen el 12,1% frente 39 personas españolas, el 0,94% y más separados, 40 personas cubanas, el 10%, frente 1 persona española, el 0,2%.

**Gráfico 2.1.** Diferencias en el estado civil según el país

## 2.5.6. Descripción de la muestra según el nivel educativo y el País

Respecto al nivel educativo, podemos ver en la *tabla 2.9.*, que 27 personas no saben leer ni escribir, el 3.3% de la muestra total, de los cuales 22 son españoles el 81%

del total (el 5,3 de los españoles) y 5 cubanos el 18% del total (el 1,2% de los cubanos. Con estudios primarios aparecen 177 personas, el 21,9% del total de la muestra, de los que 145 son españoles, el 82% del total (el 35% de los españoles), y 32 cubanos, el 18% del total (el 8,1% de los cubanos). Con estudios secundarios tenemos 116 personas, el 14,4% de la muestra total, de los cuales 61 son españoles, el 53% del total (el 14,7% de los españoles) y 55 cubanos, el 47% del total (el 13,9% del total de la muestra cubana). Con estudios preuniversitarios 220 personas, el 27,2% de la muestra total, de los cuales 52 son españoles, el 24% del total (el 12,5 de los españoles) y 168 cubanos, el 76% del total (el 42,6 de cubanos).

Respecto a los estudios universitarios contamos con 268 personas, el 33,2% de la totalidad de la muestra, de los cuales 134 son españoles, el 0,5% del total (el 32,3% de la muestra española) y 134 cubanos, el 0,5% del total (el 34% de la muestra cubana).

**Tabla 2.9.** Descripción de la muestra del nivel educativo según el país.

Tabla de contingencia Nivel educativo * País					
			País		Total
			España	Cuba	
<b>Nivel educativo</b>	No sabe leer ni escribir	Recuento	22	5	27
		% dentro de País	81%	18%	3,3%
	Estudios primarios	Recuento	145	32	177
		% dentro de País	82%	18%	21,9%
	Estudios secundarios	Recuento	61	55	116
		% dentro de País	53%	47%	14,4%
	Estudios preuniversitarios	Recuento	52	168	220
		% dentro de País	24%	76%	27,2%
	Estudios universitarios	Recuento	134	134	268
		% dentro de País	0,5%	0,5%	33,2%
	<b>Total</b>	Recuento	414	394	808
		% dentro de País	51%	49%	100,0%

Encontramos diferencias significativas reflejadas en la prueba  $\chi^2$  de Pearson ( $\chi^2=143,912$  (4);  $p=.000$ ) que vemos reflejada en la *tabla 2.10.*, se muestra que el nivel educativo varía en la muestra española y cubana.

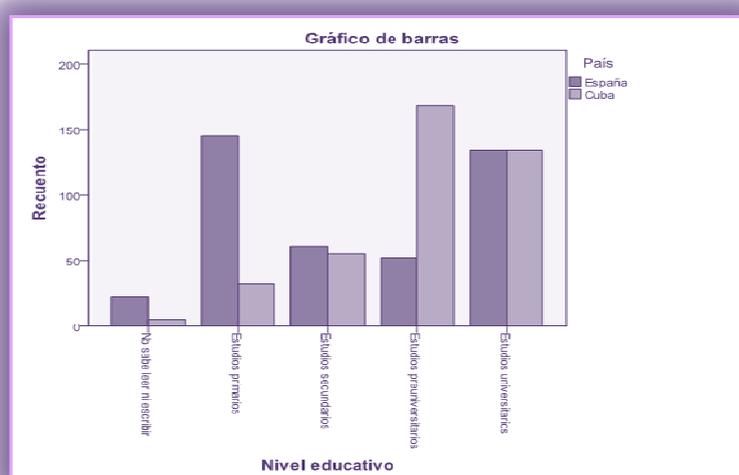
**Tabla 2.10.**  $\chi^2$  de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	143,912 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	153,817	4	,000
Asociación lineal por lineal	61,596	1	,000
N de casos válidos	808		

Nivel de significación <0,01

Apreciamos en el *gráfico 2.2.*, que 27 personas del total de la muestra no saben ni leer ni escribir, de los cuales 22 son la muestra española y 5 de la muestra de cubana, 177 personas tienen estudios primarios, 145 son españoles y 32 cubanos, 116 tienen estudios secundarios, 61 son españoles y 55 cubanos, con estudios universitarios 268 personas de las que 134 son españoles y 134 cubanos.

**Gráfico 2.2.** Diferencias en el nivel educativo según el país



### **2.5.7. Descripción de la muestra según la situación laboral y el País**

En la *tabla 2.11*, refleja que 316 personas tienen trabajo, el 39,0% del total de la muestra, de los cuales 120 son españoles, el 38% del total( el 28% de la muestra española) y 196 cubanos, el 62% del total (el 49,6% de la muestra cubana).

13 personas están en situación de paro, el 1,6% del total de la muestra, de los que 4 son españoles, el 31% del total(el 0,09% de españoles) y 9 cubanos, el 69% del total (el 0,22% de cubanos).

214 personas son jubiladas, el 26,4% del total de la muestra, de los que 114 son españoles, el 53% del total (el 27,4 de españoles) y 100 son cubanos, el 47% del total (el 25.3% de cubanos).

Mantienen actividades no remuneradas 22 personas, el 2,7 del total de la muestra, perteneciendo 18 personas a la muestra española, el 82% del total (el 0,43% de españoles) y 4 a la muestra cubana, el 18% (el 0,10% de cubanos).

115 personas son estudiantes, el 14,2% del total de la muestra, de los que 52 son españoles, el 45% del total (el 12,5% de la muestra española) y 63 cubanos, el 55% del total (el 19,9% de la muestra cubana).

Respecto a las tareas propias del hogar 131 personas, el 16,2% del total de la muestra, de la que 108 son españoles, el 82% del total (el 25,9% de la muestra española) y 23 cubanos, el 18% del total (0,58% del la muestra cubana).

**Tabla 2.11.** Descripción de la situación laboral según el país

			País		Total
			España	Cuba	
Situación laboral	Trabajo	Recuento	120	196	316
		% dentro de País	38%	62%	39,0%
	Paro	Recuento	4	9	13
		% dentro de País	31%	69%	1,6%
	Jubilación	Recuento	114	100	214
		% dentro de País	53%	47%	26,4%
	Actividad no remunerada	Recuento	18	4	22
		% dentro de País	82%	18%	2,7%
	Estudiante	Recuento	52	63	115
		% dentro de País	45%	55%	14,2%
	Tareas de propio hogar	Recuento	108	23	131
		% dentro de País	82%	18%	16,2%
Total		Recuento	416	395	811
		% dentro de País	51%	49%	100,0%

Encontramos una puntuación de 85,745 en la prueba Chi-cuadrado de Pearson, *tabla 2.12.*, ( $\chi^2=85,745(5)$ ;  $p=.000$ ) indicativa de que existen diferencias significativas en la situación laboral según el país.

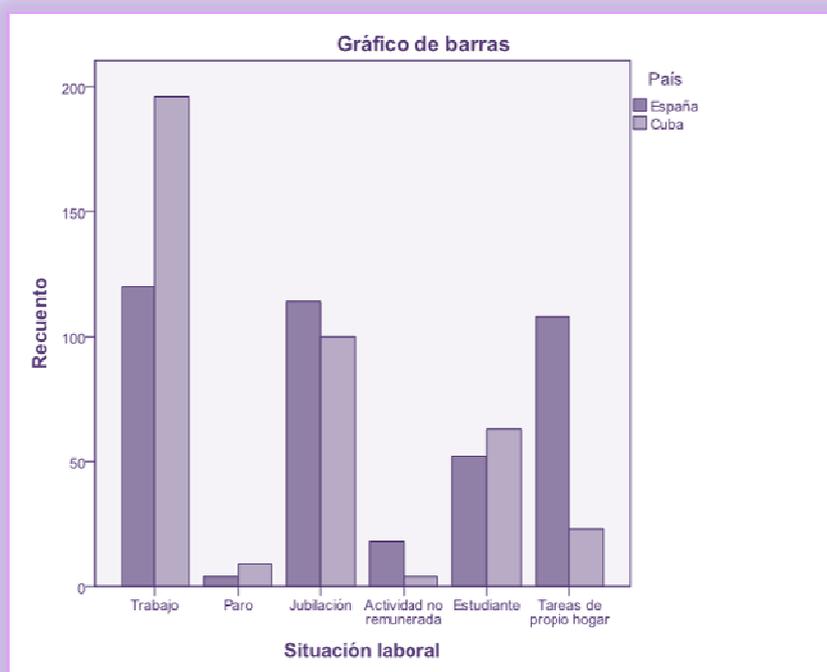
**Tabla 2.12.**  $\chi^2$  de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	85,745 <sup>a</sup>	5	,000
Razón de verosimilitudes	91,371	5	,000
Asociación lineal por lineal	55,522	1	,000
N de casos válidos	811		

Nivel de significación < 0,01

Como podemos apreciar en el *gráfico 2.3.*, el 39.0% de personas tiene trabajo de los que 120 son españoles y 196 cubanos, el 1,6% están en paro, de los que 4 son españoles y 9 cubanos, el 26% están jubilados de los que 114 son españoles y 100 son cubanos, el 2,7% tienen una actividad no remunerada de los que 18 son españoles y 4 cubanos, el 14.2% son estudiantes, 52 españoles y 63 cubanos y el 16,2% están dedicados a las tareas propias del hogar de los que 108 son españoles y 23 cubanos.

**Gráfico 2.3.** Diferencias en la situación laboral según el país.



### 2.5.8. Descripción de la muestra según la economía familiar y el País

Como puede apreciarse en la *tabla 2.13.*, 25 personas tienen muy buena economía familiar, el 3.1 del total de la muestra, de los cuales 19 personas son españoles, el 76% del total y 6 son cubanos, el 24% del total. Tienen buena economía 230 personas, el 28,3% del total de la muestra, de los cuales 123 son españoles, el 53% del total y 107 cubanos, el 47% del total. Tienen una

economía regular 446 personas, el 54,9 del total de la muestra, de los cuales 202 son españoles, el 45% del total y 244 cubanos, el 55% del total. 95 personas tienen mala economía lo que supone el 11,7% de la muestra total, de los que 67 son españoles, el 71% del total y 28 cubanos, el 29% del total. Tienen muy mala economía 16 personas, el 2% del total de la muestra, de los que 11 son españoles, el 69% del total y 5 cubanos, el 31% del total.

**Tabla 2.13.** Descripción de la economía familiar según el país.

Tabla de contingencia Economía familiar * País					
			País		Total
			España	Cuba	
<b>Economía familiar</b>	<b>Muy buena</b>	Recuento	19	6	25
		% dentro de País	76%	24%	3,1%
<b>Buena</b>		Recuento	123	107	230
		% dentro de País	53%	47%	28,3%
<b>Regular</b>		Recuento	202	244	446
		% dentro de País	45%	55%	54,9%
<b>Mala</b>		Recuento	67	28	95
		% dentro de País	71%	29%	11,7%
<b>Muy mala</b>		Recuento	11	5	16
		% dentro de País	69%	31%	2,0%
<b>Total</b>		Recuento	422	390	812
		% dentro de País	52%	48%	100,0%

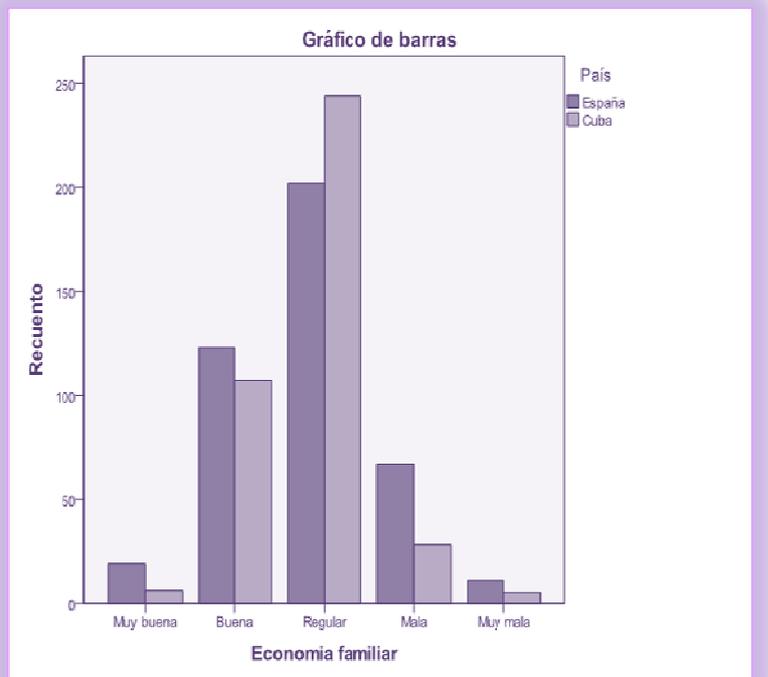
Como puede apreciarse en la *tabla 2.14.*, la prueba Chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2= 28,872 (4); p=000$ ), indica que existen diferencias significativas en el nivel de economía familiar según el país.

**Tabla 2.14.**  $\chi^2$  de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,872 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	29,716	4	,000
Asociación lineal por lineal	,491	1	,483
N de casos válidos	812		

Nivel de significación < 0,01

Resulta curioso observar, como vemos en el *gráfico 2.4.*, que la muestra española obtiene mayores puntuaciones en los ítems muy buena economía, buena, mala y muy mala respecto a la muestra cubana, alcanzando ésta mayor puntuación en el ítem regular.

**Gráfico 2.4.** Diferencia en la economía familiar según el país

### 2.5.9. Descripción de la muestra según la vivencia subjetiva de salud y el País

Consideran su salud buena 408 personas, el 50% del total de la muestra, de la que 259 personas son españolas, el 63% del total (el 149 cubanas, el 37% del total). Consideran su salud regular 346 personas, el 42,4% del total de la muestra de la que 135 son españoles, el 39% del total y 211 cubanos, el 61% del total. Consideran que tienen mala salud 62 personas, el 7,6% del total de la muestra, de la que 29 personas son españoles, el 47% del total y 33 personas cubanas, el 53% del total (véase *tabla 2.15.*).

**Tabla 2.15.** Descripción de la vivencia de enfermedad según el país

Tabla de contingencia					
			País		Total
			España	Cuba	
¿Cómo considera su salud?	Buena	Recuento	259	149	408
		% dentro de País	63%	37%	50,0%
	Regular	Recuento	135	211	346
		% dentro de País	39%	61%	42,4%
	Mala	Recuento	29	33	62
		% dentro de País	47%	53%	7,6%
Total		Recuento	423	393	816
		% dentro de País	52%	48%	100,0%

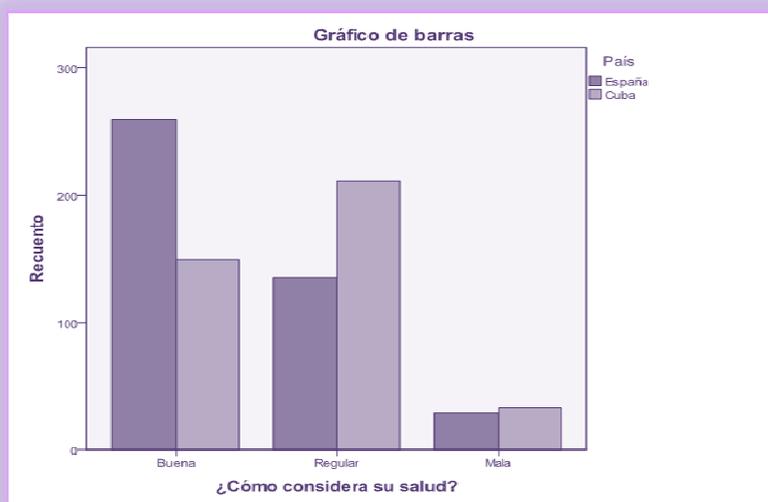
Encontramos diferencias significativas en la prueba Chi-cuadrado de Pearson en la vivencia de enfermedad ( $X^2=45,567$  (2);  $p=.000$ ), como podemos ver en la *tabla 2.16.*

**Tabla 2.16.**  $\chi^2$  de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,567 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	46,013	2	,000
Asociación lineal por lineal	31,733	1	,000
N de casos válidos	816		

Nivel de significación < 0,01

Como podemos apreciar en el *gráfico 2.5.*, los españoles consideran en un 63% que gozan de buena salud, frente a la muestra cubana que cuya vivencia respecto a su salud es regular en el 61% y mala en el 53%.

**Gráfico 2.5.** Diferencias en la vivencia de salud según el país.

### 2.5.10. Descripción de la muestra según la enfermedad y el país

Del total de la muestra no padecen ninguna enfermedad 439 personas, el 54,5%, de las que 275 son españoles, el 63% del total y 164 cubanos, el 37% del total. Padecen alguna enfermedad 366 personas, el 45,5% del total de la muestra, de las que 143 son españoles, el 39% del total y 223 cubanos, el 61% del total (*véase tabla 2.17.*).

**Tabla 2.17.** Descripción enfermedad según el país

Tabla de contingencia ¿Padece alguna enfermedad? * País					
			País		Total
			España	Cuba	
¿Padece alguna enfermedad?	No	Recuento	275	164	439
		% dentro de País	63 %	37%	54,5%
	Si	Recuento	143	223	366
		% dentro de País	39%	61%	45,5%
Total		Recuento	418	387	805
		% dentro de País	52%	48%	100,0 %

Como podemos apreciar en la *tabla 2.18.*, encontramos diferencias que son significativas en la prueba Chi-cuadrado de Pearson, ( $X^2=44,424$  (1);  $p=.000$ ), la población cubana padece más enfermedad que la española.

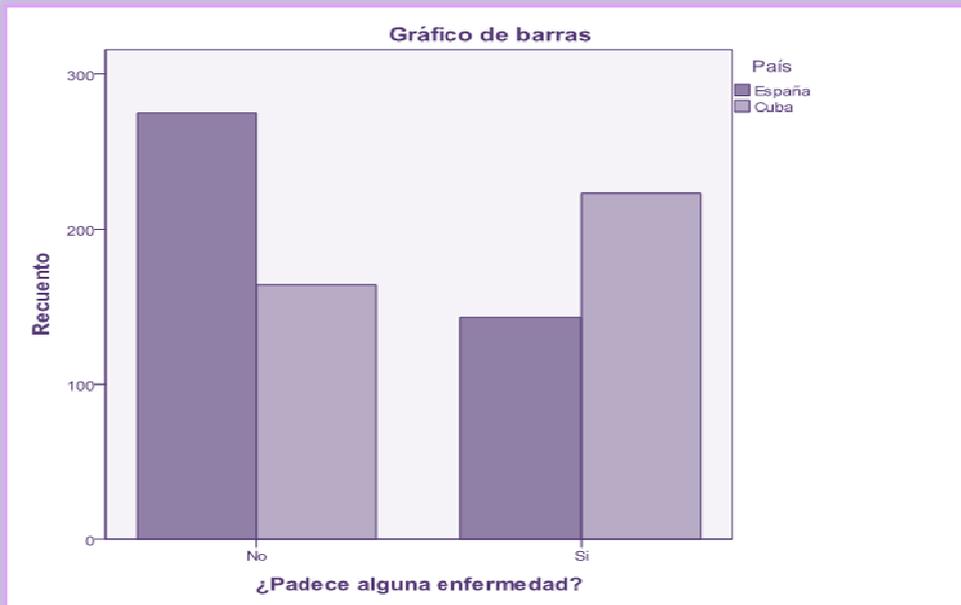
**Tabla 2.18.**  $X^2$  de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,424 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad	43,485	1	,000		
Razón de verosimilitudes	44,807	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	44,369	1	,000		
N de casos válidos	805				

Nivel de significación < 0,01

Apreciamos en el *gráfico 2.6.*, que los sujetos de la muestra española no padecen enfermedad frente a un mayor número de la muestra cubana que si la padece.

**Gráfico 2.6.** Diferencias en personas que padecen enfermedad según el país.



### 2.5.11. Descripción de la muestra según el tipo de población normal, subclínica y clínica.

En cuanto al tipo de población (normal, subclínica y clínica), podemos ver reflejado en la *tabla 2.19.*, que está compuesta por 425 sujetos de España y 395 de Cuba. 261 sujetos son de población normal, 77 españoles y 184 cubanos, la población subclínica está compuesta por 353 sujetos de los cuales 267 son españoles y 86 cubanos y de la población clínica, compuesta por 206 sujetos, 81 son españoles y 125 cubanos.

**Tabla 2.19.** Descripción de la muestra según tipo de población y país

<i>País</i>		<i>Tipo de población</i>			<i>Total</i>
		<i>Normal</i>	<i>Subclínica</i>	<i>Clínica</i>	
<i>España</i>		77	267	81	425
	<i>Cuba</i>	184	86	125	395
<i>Total</i>		261	353	206	820

## 2.6. Tratamiento y análisis estadístico.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante análisis univariado y multivariado, centrándose en los siguientes aspectos:

1. Determinación de frecuencias absolutas
2. Determinación de frecuencias relativas expresadas en porcentajes.
3. Cálculo de medias y desviaciones típicas con las puntuaciones totales.
4. Determinación entre las variables categóricas por el procedimiento Chi cuadrado de Pearson.
5. Determinación de la relación entre una variable categórica y una continua a través de la prueba T de Student.
6. Análisis de Varianza (ANOVA).



## **III. RESULTADOS**

---

### **ANÁLISIS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**







### 3.1. Resultados por grupos de síntomas

Los resultados por grupos de síntomas los dividimos en dos apartados. En el apartado 1 aparecen los resultados de los seis grupos de síntomas (físicos, interpersonales, motivacionales, afectivos, conductuales y cognitivos) y en el apartado 2 expondremos los resultados de los seis grupos de síntomas en función de la edad.

Vamos a analizar cómo se distribuyen los valores de las variables estudiadas en función del género, tipo de población y país, así como la relación entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple relación entre sexo, país y tipo de población y cómo esta interrelación puede estar influida por la edad. Los valores en los que han aparecido diferencias significativas estarán reflejados en las correspondientes tablas reflejadas por asteriscos, para facilitar la comprensión de los datos en los seis grupos de síntomas depresivos. Respecto a las interacciones con efecto significativo que resultan de los datos obtenidos, estarán indicadas mediante asteriscos en la tabla resumen al final de cada grupo de síntomas.

#### 3.1.1 Síntomas Físicos

Los síntomas en los que han aparecido diferencias significativas están reflejados en la tabla 1.1. Para la adecuada lectura de la tabla, utilizaremos los asteriscos para señalar los valores en los que aparecen valores superiores: para el sexo: Hombre (\*) y Mujer (\*\*), para el tipo de población: TP Normal (\*), TP Subclínica (\*\*) y TP Clínica (\*\*\*), y para el país: España (\*) y Cuba (\*\*), que figuran debajo de cada tabla. Respecto a las interacciones, los valores significativos están reseñados en la tabla resumen al final de cada síntoma.

**En función del género**, aparecen dos diferencias significativas, como podemos ver en la tabla 1.1, consistentes en puntuaciones superiores en las

mujeres en los síntomas afectivos: le ha costado dormirse más de lo habitual y ha sentido más molestias o dolores de lo habitual.

**En función al tipo de población**, en 14 de los 15 síntomas físicos, vemos reflejadas en la tabla 1.1, las diferencias significativas consistentes en puntuaciones más elevadas, en todos los casos, en la población clínica, con excepción del síntoma ha aumentado su apetito, en los síntomas: no podía estar quieto (agitación general, de manos, piernas, etc.), ha aumentado su apetito, ha disminuido su apetito, se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos, se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual, ha dormido más horas de lo habitual , ha dormido menos horas de lo habitual, se ha despertado antes de lo habitual, le ha costado dormirse más de lo habitual. ha sentido más molestias o dolores de lo habitual, ha tenido pesadillas o su sueño ha sido intranquilo, se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales, ha ido ganando peso sin proponérselo, ha ido perdiendo peso sin proponérselo y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

**Respecto al país**, aparecen diferencias significativas consistentes en valores más elevados en 12 de los 15 síntomas físicos en función del país:

En Cuba aparecen puntajes superiores en los siguientes síntomas: apetito (tanto aumento como disminución), dormir menos de lo habitual y se ha levantado antes de lo habitual, le ha costado dormirse más de lo habitual, ha sentido más molestias y dolores de lo habitual, ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido, se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo, aparecen cambios en el peso sin proponérselo (aumento o pérdida) y su estado es peor por la mañana.

En la muestra española aparecen valores superiores el síntoma se ha sentido especialmente enlentecido.

Tabla 3.1.1. Resultados de los síntomas Físicos.

Síntomas	SINTOMAS FÍSICOS																							
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP											
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p								
1. No podía estar quieto	-	-	60,38	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Ha aumentado su apetito	-	-	-	-	12,32	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Ha disminuido su apetito	-	-	32,95	,000 (****)	4,45	,035 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Se ha sentido especialmente enlentecido	-	-	66,81	,000 (****)	5,64	,018 (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	4,45	,012	-	-	-	-	-	-	-	-
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual	-	-	106,04	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,59	,028	-	-	-	-	-	-	-	-
16. Ha dormido más horas de lo habitual	-	-	3,11	,045 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. Ha dormido menos de lo habitual	-	-	26,60	,000 (****)	23,54	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. se ha despertado antes de lo habitual	-	-	34,54	,000 (****)	9,40	,002 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Continuación.

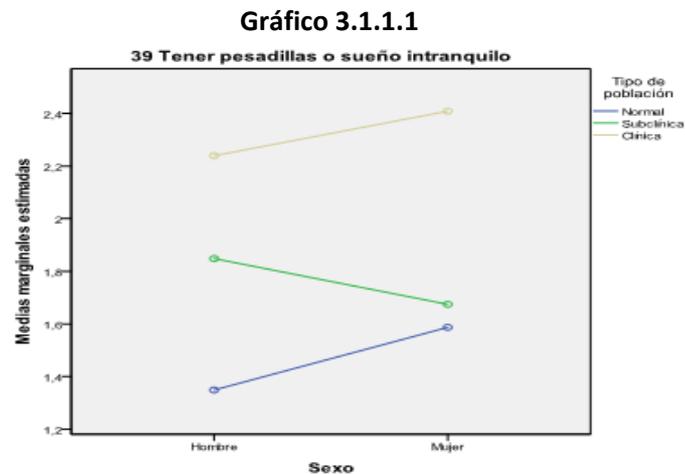
Tabla 3.1.1. Resultados de los síntomas físicos. (Continuación).

Síntomas	SÍNTOMAS FÍSICOS													
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
19. Le ha costado dormirse más de lo habitual	4,54	,032 (**)	43,30	,000 (***)	11,84	,001 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Ha sentido más molestia o dolores de lo habitual	4,87	,028 (**)	58,37	,000 (***)	7,74	,006 (**)	-	-	-	-	-	-	4,04	,018
39. Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido	-	-	43,34	,000 (***)	7,46	,006 (**)	4,04	,018	-	-	-	-	5,14	,002
51. Se ha notado subresaca, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales	-	-	56,69	,000 (***)	17,45	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
53. Ha ido ganando peso sin proponerse	-	-	4,01	,018 (***)	4,44	,035 (**)	-	-	-	-	4,13	,016	-	-
54. Ha ido perdiendo peso sin proponerse	-	-	29,91	,000 (***)	36,65	,000 (**)	3,26	,039	4,05	,044	5,02	,037	-	-
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	-	57,99	,000 (***)	4,46	,035 (**)	-	-	6,74	,010	-	-	-	-

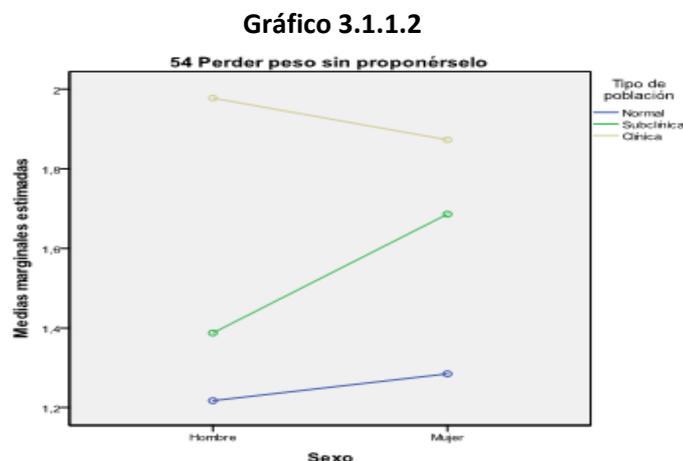
Sexo (\*) > Hombres; País (\*) > España.  
Sexo (\*\*) > Mujeres; País (\*\*) > Cuba.  
TP (\*\*) > Normativa; TP (\*\*\*) > Clínica.  
TP (\*\*) > Clínica

Al estudiar la interacción entre el sexo y el tipo de población respecto a los síntomas físicos, aparecen dos interacciones con efecto significativo.

Respecto a tener pesadillas o sueño interrumpido, vemos en el gráfico 3.1.1.1, que las mujeres tienen más pesadillas o sueño intranquilo en la población clínica y normal  $F(4,820)=4.04$ ,  $P=.018$ . En la población subclínica los hombres valores superiores para este síntoma.



Respecto a la variable perder peso sin proponérselo, como puede apreciarse en el gráfico 3.1.1.2, en la población clínica los hombres pierden más peso sin proponérselo  $F(4,820)=3,26$ ,  $p=.029$ . En las poblaciones subclínica y normal, son las mujeres las que tienen valores más elevados.



Al estudiar la interacción entre el sexo y el país, resultan dos interacciones con efecto significativo.

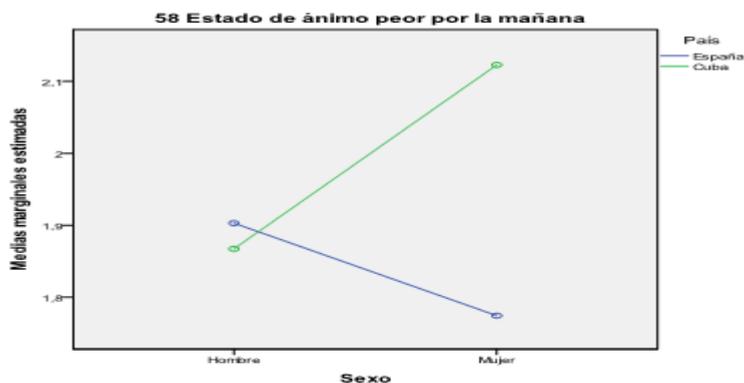
Respecto a la pérdida de peso sin proponérselo, vemos en el gráfico 3.1.1.3, que las mujeres en Cuba pierden más peso sin proponérselo  $F(3,820)=4.13$ ,  $p=.016$ . En España, por el contrario no aparecen diferencias significativas, encontrando incluso puntuaciones algo superiores en los hombres.

**Gráfico 3.1.1.3**



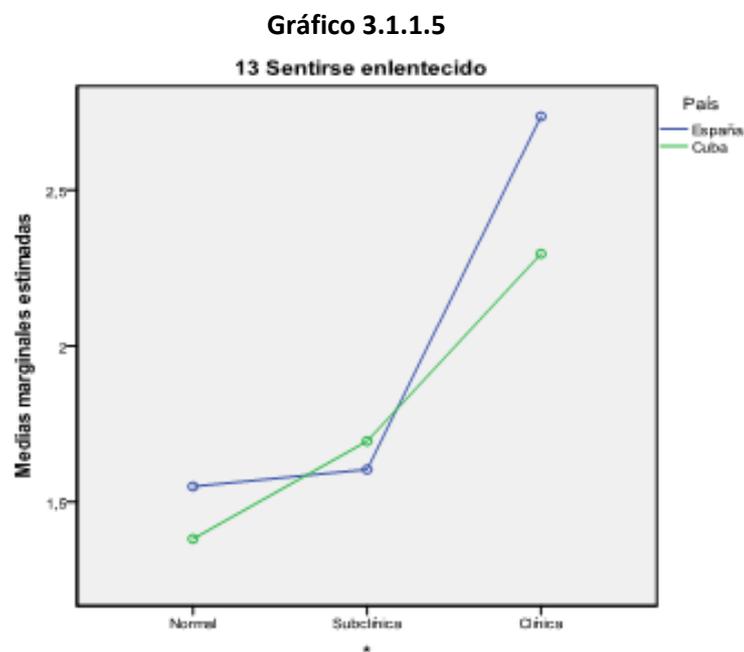
En cuanto al estado de ánimo peor por la mañana, vemos en el gráfico 3.1.1.4, que las mujeres de Cuba tienen peor ánimo por la mañana  $F(3,820)=6.74$ ,  $p=.010$ , mientras que en España, son los hombres los que tienen valores superiores.

**Gráfico 3.1.1.4**

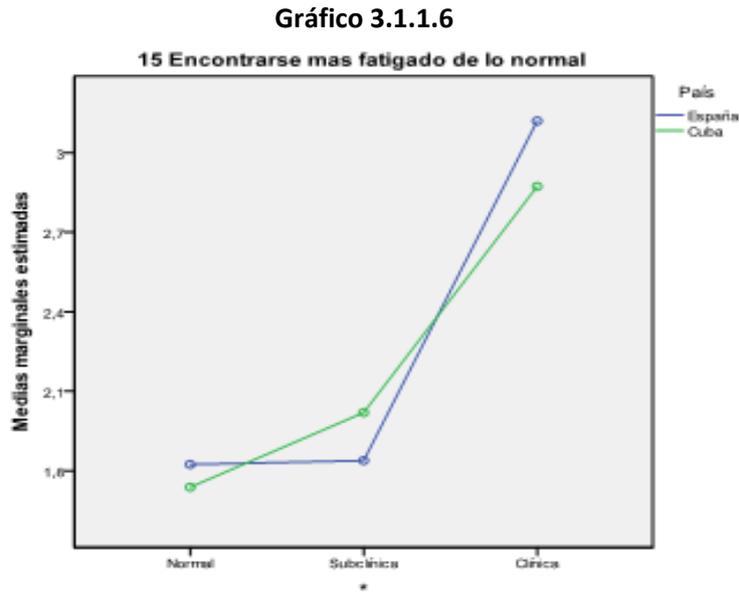


El análisis de la interacción entre tipo de población y país, arroja valores significativos en cuatro síntomas físicos.

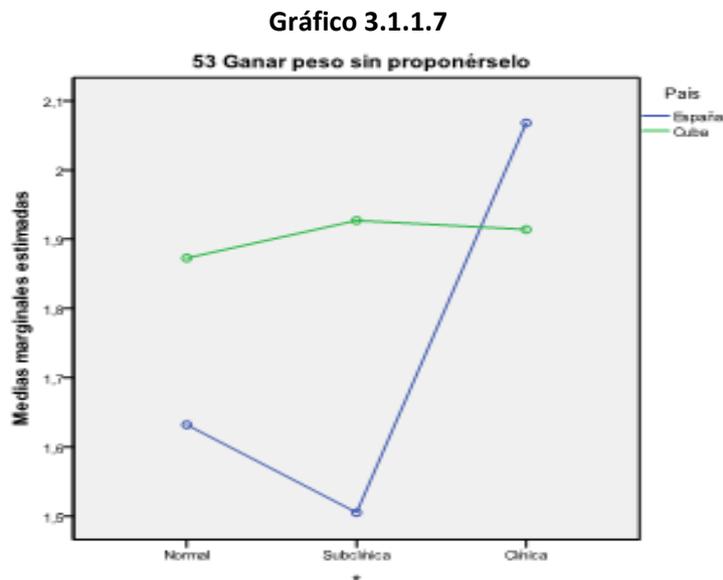
En relación al síntoma sentirse enlentecido  $F(4,820)=4.45$ ,  $p=.012$ , vemos en el gráfico 3.1.1.5, que los españoles tienen puntajes superiores en las poblaciones clínica y normal, mientras que los cubanos tienen valores superiores en la población subclínica.



Respecto a encontrarse más fatigado de lo normal  $F(4,820)=3.59$ ,  $p=.028$ , vemos en el Gráfico 3.1.1.6, que los españoles se sienten más fatigados de lo normal en las poblaciones clínica y normal, mientras que en los cubanos aparece este síntoma en mayor medida.

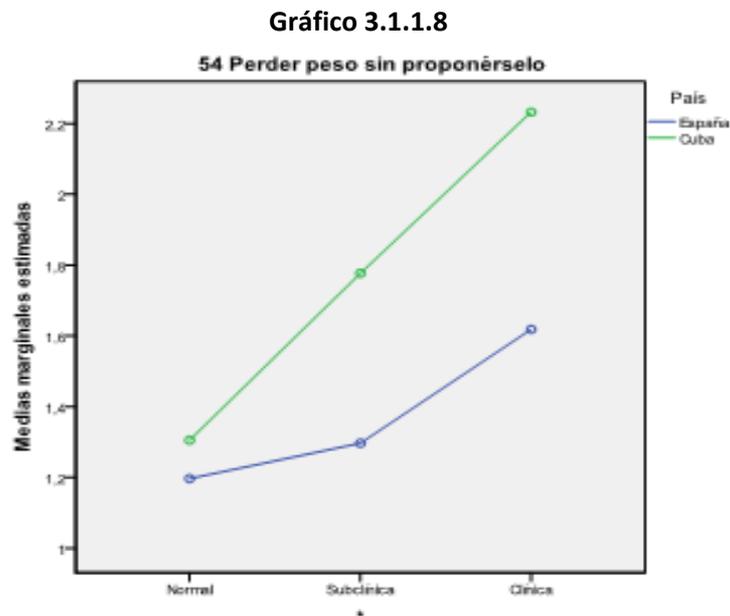


En cuanto a ganar peso sin proponérselo  $F(4,820)=4,13, P=.016$ , podemos ver en el gráfico 3.1.1.7, que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son los cubanos los que tienen valores superiores.



Respecto a la pérdida de peso sin proponérselo  $F(4,820)=5,02, p=.007$ , en Cuba, podemos apreciar en el gráfico 3.1.1.8, que los cubanos tienen

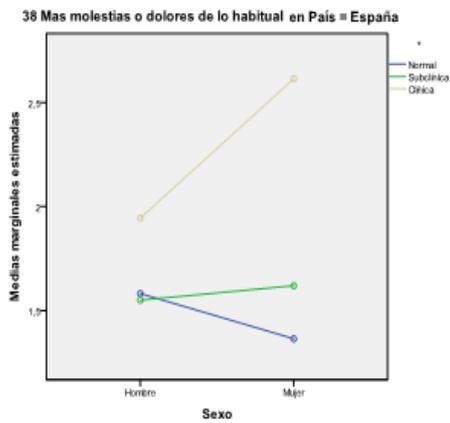
puntajes superiores a los Españoles en los tres tipos de población, siendo en la población clínica en la que aparecen los valores superiores. En España, se mantiene la misma secuencia aunque los valores son inferiores en los tres tipos de población.



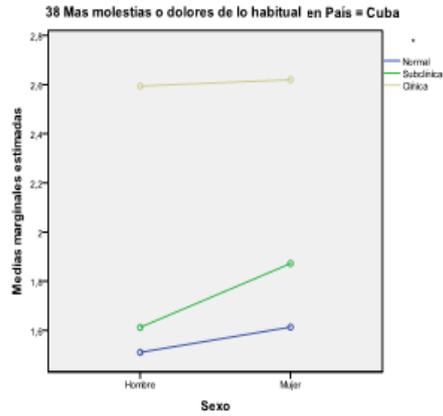
Al analizar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, aparecen dos interacciones con efectos significativos en las siguientes variables.

Respecto a tener más molestias o dolores de lo habitual  $F(4,820)=4.04, p=.018$ , podemos ver reflejado en los gráficos 3.1.1.9 y 3.1.1.10, que en la población clínica de ambos países se dan más molestias y dolores de lo habitual. En España son las mujeres las que tienen puntuaciones superiores en la población clínica mientras que en la población normal son los hombres los que tienen valores más elevados, sin embargo, en la población subclínica no aparecen diferencias en función del género. En Cuba no aparecen diferencias en función del género en la población clínica. En las poblaciones subclínica y normal las mujeres tienen valores superiores.

**Gráfico 3.1.1.9**

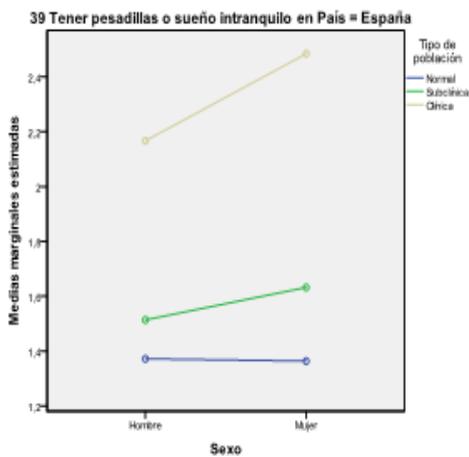


**Gráfico 3.1.1.10**

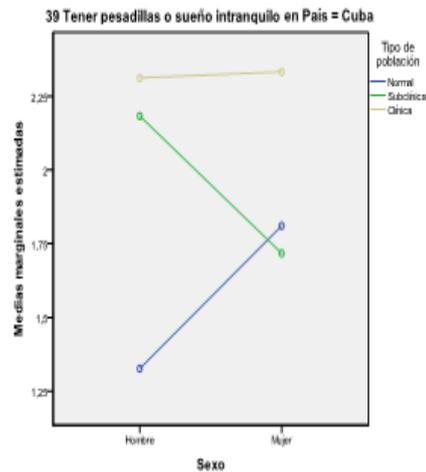


En cuanto a tener pesadillas o sueño intranquilo  $F(6,824)06,14, p=.002$ , los gráficos 3.1.1.11 y 3.1.1.12, muestran cómo se distribuyen los valores en función del género, tipo de población y país. En España las mujeres tienen valores más elevados en la población clínica y subclínica, mientras que en la población normal no aparecen diferencias en función del género. En Cuba tanto los hombres como las mujeres tienen los mismos valores en la población clínica, mientras que en la población subclínica son los hombres los que tienen valores superiores mientras que en la población normal son las mujeres las que tienen más pesadillas o sueño interrumpido.

**Gráfico 3.1.1.11**



**Gráfico 3.1.1.12**



### 3.1.1.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas físicos.

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas físicos, en cuanto a género, tipo de población y país, podemos ver reflejado en la tabla 3.1.2, que no hay muchos síntomas con valores significativos en función del género, sin embargo en función del tipo de población en la mayoría de los síntomas físicos aparecen los valores superiores en la población clínica y en función del país, la mayoría de los síntomas que tienen los valores más elevados se dan en Cuba.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

**En función del género** encontramos diferencias significativas consistentes en valores más elevados en dos de los 15 ítem físicos, en los que las mujeres tienen valores superiores en los síntomas: le cuesta más de lo habitual dormirse  $F(1,820)=46.64, p=.032$  y siente más molestias y dolores de lo habitual  $F(1,820)=4.87, p=.028$ .

**En función al tipo de población**, la práctica totalidad de los síntomas físicos tienen relevancia estadística en la población clínica en los siguientes síntomas: no podía estar quieto  $F(2,820)=60.38, p=.000$ , ha disminuido su apetito  $F(2,820)=32.95, p=.000$ , se ha sentido especialmente enlentecido  $F(2,820)=66.81, p=.000$ , se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual  $F(2,820)=106.04, p=.000$ , ha dormido más horas de lo habitual  $F(2,820)=3.11, p=.000$ , ha dormido menos de lo habitual  $F(2,820)=26.60, p=.000$ , se ha despertado antes de lo habitual  $F(2,820)=34.54, p=.000$ , le ha costado dormirse más de lo habitual  $F(2,820)=43.30, p=.000$ , ha sentido más molestias o dolores de lo

habitual  $F(2,820)=58.37, p=.000$ , ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(2,820)=43.34, p=.000$ , se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(2,820)=56.69, p=.000$ , ha ido ganando peso sin proponérselo  $F(2,820)=4.01, p=.018$ , ha ido perdiendo peso sin proponérselo  $F(2,820)=29.91, p=.000$  y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana  $F(2,820)=57.39, p=.000$ , con excepción del aumento de apetito, que no alcanza nivel de significación.

**En función del país**, aparecen valores con relevancia estadística en 12 de los 15 síntomas físicos, en los que en la mayoría se dan en mayor medida en Cuba.

En Cuba aparecen valores superiores en los siguientes síntomas: ha aumentado su apetito  $F(1,820)=12.32, p=.000$ , ha disminuido su apetito  $F(1,820)=4.45, p=.03$ , dormir menos horas de lo habitual  $F(1,820)=23.54, p=.000$ , despertar antes de lo habitual  $F(1,820)=9.40, p=.002$ , le ha costado dormirse más de lo habitual  $F(1,820)=11.84, p=.001$ , ha sentido más molestias y dolores de lo habitual  $F(1,820)=7.74, p=.000$ , han tenido pesadillas o su sueño ha sido intranquilo  $F(1,820)=7.46, p=.006$ , se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo  $F(1,820)=17.45, p=.000$ , ha ido perdiendo peso sin proponérselo  $F(1,820)=36.65, p=.000$ , o bien ganando peso sin proponérselo  $F(1,820)=4.44, p=.035$ , y su estado es peor por la mañana  $F(1,820)=4.4, p=.035$ .

En la muestra española se han obtenido valores superiores en el síntoma, se sentido especialmente enlentecido  $F(1,820)=5.64, p=.018$ .



aparecen con relevancia estadística en la población clínica y en función del país, en Cuba aparecen valores superiores en la práctica totalidad de los síntomas físicos de depresión.

### **3.1.1.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas físicos.**

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas físicos, reflejamos las interacciones con efectos significativos entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple relación entre sexo, tipo de población y país, que podemos ver en la tabla 3.1.3, de las que extraemos las siguientes conclusiones.

**En cuanto a la interacción entre sexo y tipo de población** solo aparecen dos interacciones con efectos significativos de los 15 síntomas físicos, que ponen de relieve valores superiores en las mujeres respecto al síntoma ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(4,820)=4.04, p=.018$ , en la población clínica y normal, mientras que los hombres tienen valores superiores en la población subclínica. En cuanto al síntoma perder peso sin proponérselo  $F(4,820)=3.2, p=.039$ , los hombres tienen valores superiores en la población clínica mientras que las mujeres tienen este síntoma en mayor medida en las poblaciones subclínica y normal.

**En la interacción entre sexo y país** encontramos dos interacciones con efectos significativos entre sexo y país, que ponen de relieve que en Cuba las mujeres puntúan más alto en los síntomas, perder más peso sin proponérselo  $F(3,820)=4.05, p=.044$ , y ha tenido peor estado de ánimo por la mañana  $F(3,820)=6.74, p=.010$ , mientras que en España los hombres presentan valores superiores en ambos síntomas.

**En la interacción entre tipo de población y país,** aparecen cuatro interacciones con efectos significativos.

**En la población clínica:** en España aparecen valores más elevados en los siguientes síntomas: se han sentido especialmente enlentecido  $F(4,820)=4.45, p=.012$ , se ha encontrado más cansados o fatigados de lo normal  $F(3,820)=3.59, p=.028$ , y ha ido ganando peso sin proponérselo  $F(3,820)=4.13, p=.016$ , y en Cuba aparecen valores superiores en el síntoma, ha ido perdiendo peso sin proponérselo ( $F(3,820)=5.02, p=.007$ ).

**En la población subclínica:** los cubanos tienen valores superiores en los síntomas, se ha sentido especialmente enlentecido, se ha encontrado más fatigado o cansado de lo habitual y ha ganado y perdido peso sin proponérselo

**En la población normal,** los españoles tienen valores más elevados en los síntomas, se ha sentido especialmente enlentecido, se ha sentido más fatigado o cansado de lo habitual y los cubanos tienen valores superiores en el síntoma ha ganado y perdido peso sin proponérselo.

**En cuanto a la triple interacción entre sexo, tipo de población y país,** aparecen dos interacciones con efectos significativos.

Las mujeres tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica española, en los síntomas: ha tenido más dolores o molestias de lo habitual  $F(6,820)=4.04, p=.018$ , y ha tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(6,820)=6.14, p=.002$ . En Cuba no aparecen diferencias en el género ni en el tipo de población en las poblaciones subclínica y normal, ni en el síntoma ha sentido más molestias o dolores de lo habitual.

En cuanto a tener pesadillas o sueño interrumpido, las mujeres españolas y las mujeres y los hombres de Cuba, tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica, donde tienen este síntoma en mayor medida.

Tabla 3.1.3. Resumen de las Interacciones significativas Síntomas Físicos.

SÍNTOMAS FÍSICOS						
Síntomas	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País			Sexo*TP*País
1. No podía estar quieto	-	-	-	-	-	-
4. Ha aumentado su apetito	-	-	-	-	-	-
5. Ha disminuido su apetito	-	-	-	-	-	-
13. Se ha sentido especialmente enlentecido	-	-	CL	Sub	N	-
			H	M	H	
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual	-	-	CL	Sub	N	-
			H	M	H	
16. Ha dormido más horas de lo habitual	-	-	-	-	-	-
17. Ha dormido menos de lo habitual	-	-	-	-	-	-
18. se ha despertado antes de lo habitual	-	-	-	-	-	-
19. Le ha costado dormirse más de lo habitual	-	-	-	-	-	-
38. Ha sentido más molestia o dolores de lo habitual	-	-	-	-	-	M*CL*E H/M*Sub/N*C
39. Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido	M *CL/N H* Sub	-	-	-	-	M*CL* E H/M*CL*C
51. Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales	-	-	-	-	-	-
53. Ha ido ganando peso sin proponérselo	-	-	Cl	Sub	N	-
			H	M	M	
54. Ha ido perdiendo peso sin proponérselo	H*CL M*Sub/N	M*C H*E	Cl	Sub	N	-
			M	M	M	
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	M*C H*E	-	-	-	-

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

### 3.1.2. Síntomas Interpersonales

Vamos a analizar en primer lugar cómo se distribuyen los valores de las variables estudiadas. La tabla 3.1.4, refleja las diferencias significativas en los síntomas interpersonales en función del género, tipo de población y país, así como las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, país y tipo de población.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos los asteriscos para señalar los valores significativos: el sexo: Hombre (\*) y Mujer (\*\*), para el tipo de población: TP Normal (\*), TP Subclínica (\*\*) y TP Clínica (\*\*\*), y para el país: España (\*) y Cuba (\*\*), que figuran debajo de cada tabla. Respecto a las interacciones, los valores significativos están reseñados en la tabla resumen al final de cada síntoma.

**En función del género**, una diferencia significativa consistente en valores superiores en las mujeres respecto a los hombres en síntoma, ha tendido a aislarse de los demás  $F(1,820)=7.51, p=.006$ , como podemos ver en la tabla 3.4.

Si analizamos los valores en **función del tipo de población**, apreciamos diferencias significativas en todos los ítem estudiados, consistente en valores superiores en la población clínica en los siguientes síntomas: ha tendido a aislarse de los demás  $F(2,820)=9.45, p=.000$ , ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(2,820)=41.0, p=.000$ , y ha hablado menos de lo habitual  $F(2,820)=94.12, p=.000$ .

**En función del país**, solo aparece un ítem con diferencias significativas consistentes en valores más elevados en la muestra cubana en el síntoma, ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(1,820)=5.45, p=.020$ .

Tabla 3.1.4. Resultados de los Síntomas Interpersonales

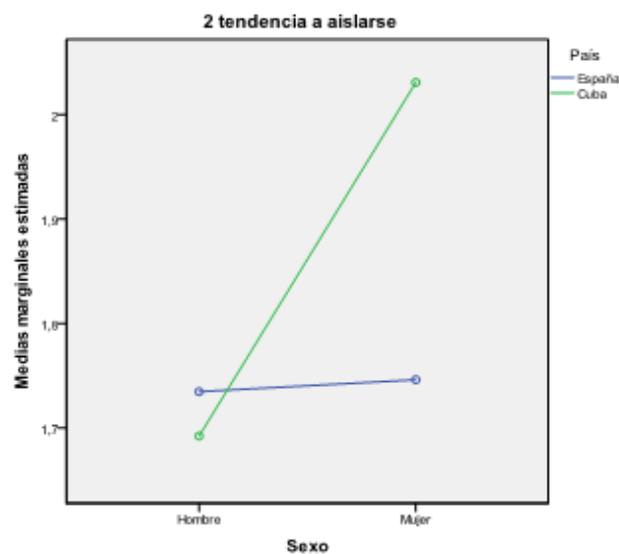
Síntomas	SÍNTOMAS INTERPERSONALES																	
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP					
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p				
2. He tendido a aislarse de los demás	7,51	,006 (**)	9,45	,000 (***)	-	-	-	-	6,56	,011	8,20	,000	-	-				
11 He tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás	-	-	41,00	,000 (***)	5,45	,020 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-				
25 He hablado menos de lo habitual	-	-	94,12	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	4,84	,008	-	-				

Sexo (\*) > Hombres; País (\*) > España;  
 Sexo (\*\*) > mujeres; País (\*\*) > Cuba;  
 TP (\*) > Normal  
 TP (\*\*) > Subclínica  
 TP (\*\*\*) > Clínica

Respecto a la interacción entre **sexo y tipo de población**, no aparece ninguna interacción con efecto significativo en ningún síntoma interpersonal.

En cuanto a las interacciones entre **sexo y país**, encontramos una interacción con efecto significativo en el síntoma, ha tendido a aislarse de los demás  $F(3,820)=6.56, p=.011$ . Podemos ver en el gráfico 3.1.2.1, que en Cuba las mujeres tienen más tendencia a aislarse de los demás, mientras que en España, no aparecen diferencias en función del género.

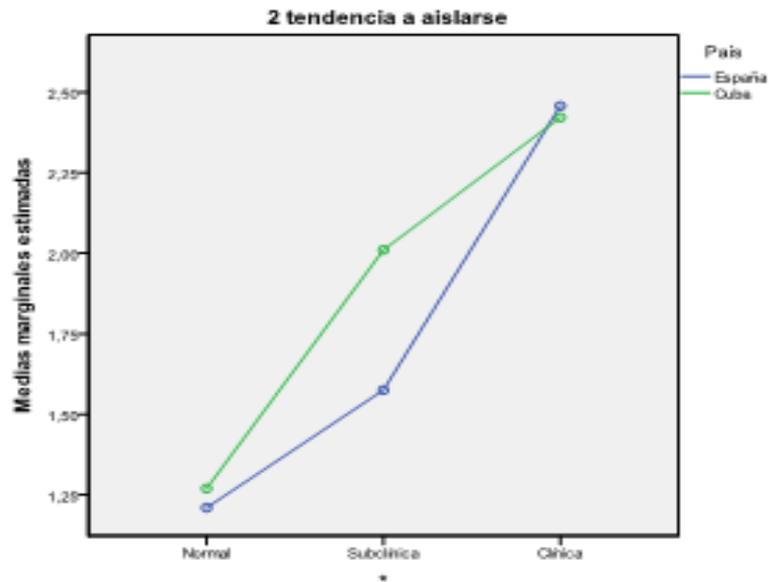
**Gráfico 3.1.2.1**



En cuanto a la interacción entre **tipo de población y país**, encontramos dos interacciones con efectos significativos en los siguientes síntomas.

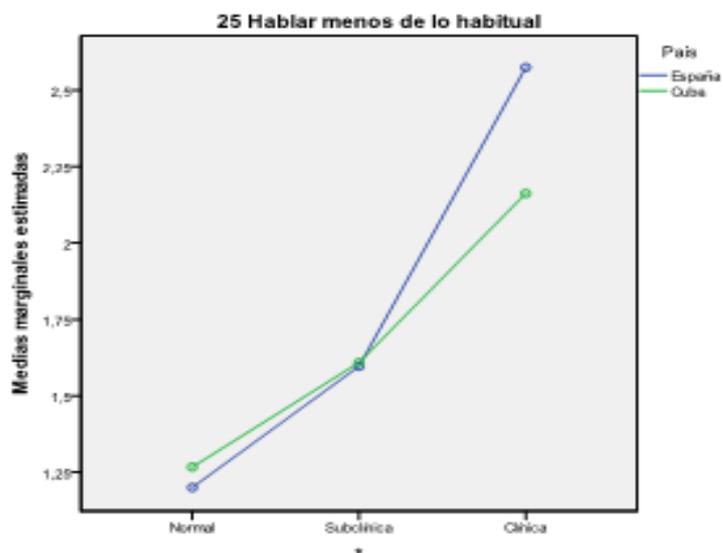
Respecto al síntoma ha tendido a aislarse de los demás  $F(4,820)=8.20, p=.000$ , vemos en el gráfico 3.1.2.2, que en la población clínica aparecen valores más elevados tanto en España como en Cuba, siendo los españoles los que tienen puntajes ligeramente superiores, sin embargo en las poblaciones subclínica y normal los cubanos tienen valores más elevados para este síntoma.

Gráfico 3.1.2.2



Respecto a la variable hablar menos de lo habitual  $F(4,820)=4.84, p=.000$ , podemos observar en el gráfico 3.1.2.3, que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, en la población subclínica no aparecen diferencias en función del país y en la población normal los cubanos tienen valores ligeramente más elevados.

Gráfico 3.1.2.3



### 3.1.2.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas Interpersonales.

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas interpersonales en función del género, tipo de población y país, que podemos ver reflejado en la tabla 3.1.5, encontramos las siguientes diferencias significativas:

**En cuanto a género**, solo aparece una diferencia significativa consistente en valores más elevados en las mujeres en el síntoma ha tendido a aislarse de los demás.

**En función del tipo de población** en todos los síntomas interpersonales aparecen diferencias significativas consistentes en valores superiores en la población clínica en los tres síntomas interpersonales: ha tendido a aislarse de los demás, ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual y ha hablado menos de lo habitual.

**Respecto al país**, solo encontramos un síntoma en el que aparecen diferencias significativas, consistente en valores superiores en Cuba en el síntoma: ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual.

Para la adecuada lectura de la tabla 3.1.5, utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

**En función del género**, encontramos una variable significativa que pone de relieve, como podemos ver en la tabla 3.1.5, que las mujeres tienen valores más elevados en el síntoma, ha tendido a aislarse de los demás  $F(1,820)=7.51, p=.006$ .

**En función del tipo de población,** apreciamos que todos los ítem interpersonales se dan en mayor medida en la población clínica en los síntomas: ha tendido a aislarse de los demás  $F(2,820)=9.45, p=.000$ , ha tenido más problemas o discusiones con los demás  $F(2,820)=41.00, p=.000$  y ha hablado menos de lo habitual  $F(2,820)=94.12, p=.000$ .

**En función del país,** solo encontramos una variable significativa que se da en mayor medida en Cuba, en el síntoma ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(1,820)=5.45, p=.020$ .

**Tabla 3.1.5.** Resumen de las diferencias en los valores Síntomas Interpersonales

SÍNTOMAS INTERPERSONALES			
Síntomas	Sexo	TP	País
2. Ha tendido a aislarse de los demás	,006 M	,000 CL	-
11. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás	-	,000 CL	,020 C
25. Ha hablado menos de lo habitual	-	,000 CL	-

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

### 3.1.2.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas interpersonales.

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas interpersonales en cuanto a las interacciones significativas entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, que podemos ver en la tabla 3.1.6, extraemos las siguientes conclusiones.

**Tabla 3.1.6.** Resumen de las Interacciones significativas de los Síntomas Interpersonales.

SÍNTOMAS INTERPERSONALES						
Síntomas	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País			Sexo*TP*País
2. Ha tendido a aislarse de los demás	-	M*C	CL	Sub	N	-
		H/M*E	E/C	C	C	
11. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás	-	-	-	-	-	-
25. Ha hablado menos de lo habitual	-	-	CL	Sub	N	-
			E	E/C	C	

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

**En relación al sexo y al tipo de población,** no aparece ninguna interacción con efecto significativo entre el sexo y el tipo de población en los síntomas interpersonales.

**En relación al sexo y el país,** aparece una interacción con efecto significativo en el síntoma: ha tendido a aislarse de los demás  $F(3,820)=6.56, p=.011$ , en el que aparecen valores superiores en las mujeres de Cuba. En España no aparecen diferencias significativas en función del género y tanto los hombres como las mujeres tienen valores elevados.

**En la relación en función del tipo de población y el país,** apreciamos dos interacciones con efectos significativos en los siguientes síntomas:

Respecto al síntoma ha tendido a aislarse de los demás  $F(4,820)=8.20, p=.000$ , tanto españoles como cubanos tienen en mayor medida el síntoma en la población clínica, aunque los españoles tienen valores ligeramente superiores. En las poblaciones subclínica y normal, son los cubanos los que tienen valores superiores en este síntoma.

Respecto al síntoma, hablar menos de lo habitual  $F(4,820)=4.84, p=.008$ , los españoles han tenido valores más elevados en la población clínica, mientras que en la población subclínica no aparecen diferencias en función del país y en la población normal, son los cubanos los que tienen valores más elevados.

**En cuanto a la triple interacción entre género, tipo de población y país**, no encontramos ninguna interacción con efecto significativo en los síntomas interpersonales.

### **3.1.3. Síntomas Motivacionales**

La distribución de las diferencias significativas de los síntomas motivacionales que podemos ver en la tabla 3.1.7, refleja los valores más elevados en función del género, tipo de población y país y las interacciones con efectos significativos entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, país y tipo de población.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos los asteriscos para señalar los valores significativos: el sexo: Hombre (\*) y Mujer (\*\*), para el tipo de población: TP Normal (\*), TP Subclínica (\*\*) y TP Clínica (\*\*\*), y para el país: España (\*) y Cuba (\*\*), que figuran debajo de cada tabla. Respecto a las interacciones, los valores significativos están reseñados en la tabla resumen al final de cada síntoma.

**En función del género**, aparecen dos variables con efecto significativo, que podemos ver en la tabla 3.1.7, consistentes en valores superiores en las mujeres en los síntomas: ha sentido falta de interés por todo o casi todo u ha disminuido su interés sexual.

**En función del tipo de población**, las cinco variables que componen los síntomas motivacionales tienen relevancia estadística en la población clínica en los

síntomas: ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban, ha sentido falta de interés por todo o casi todo, ha perdido Vd, interés por las cosas que le agradaban, ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo y ha disminuido su interés sexual.

**En función del país,** aparece solo una variable con diferencias significativas, consistente en puntuaciones superiores en la muestra cubana en el síntoma: ha disminuido su interés sexual.

Tabla 3.1.7. Resultados de los Síntomas Motivacionales

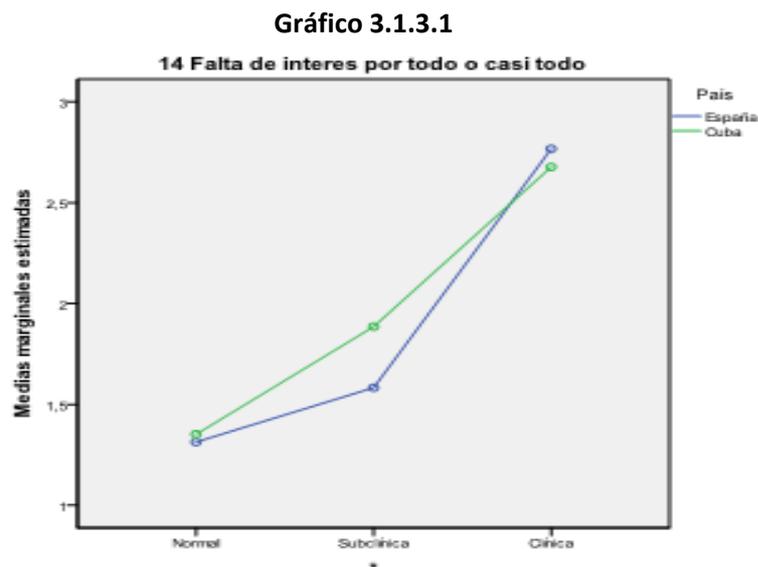
Síntomas	SÍNTOMAS MOTIVACIONALES																	
	Sexo		TP		País		Sexo * TP		Sexo * País		TP * País		Sexo * País * TP					
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p				
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.	-	-	108,45	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo	8,20	,004 (**)	153,54	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	3,39	,021	2,81	,038	-	-	-	
28. Ha perdido Vd. Interés por las cosas que le agradan	-	-	158,49	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo	-	-	63,84	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	3,47	,051	-	-	-	-	-	
57. Ha disminuido su interés sexual	7,75	,005 (**)	47,21	,000 (***)	5,64	,018 (**)	-	-	-	-	6,90	,001	3,09	,046	-	-	-	

Sexo (\*) > Hombres; País (\*) > España;  
 Sexo (\*\*) > mujeres; País (\*\*) > Cuba;  
 TP (\*) > Normal  
 TP (\*\*) > Subclínica  
 TP (\*\*\*) > Clínica

Al estudiar las interrelaciones entre el **sexo y tipo de población y sexo y país**, no aparecen interacciones con efectos significativos en los síntomas motivacionales.

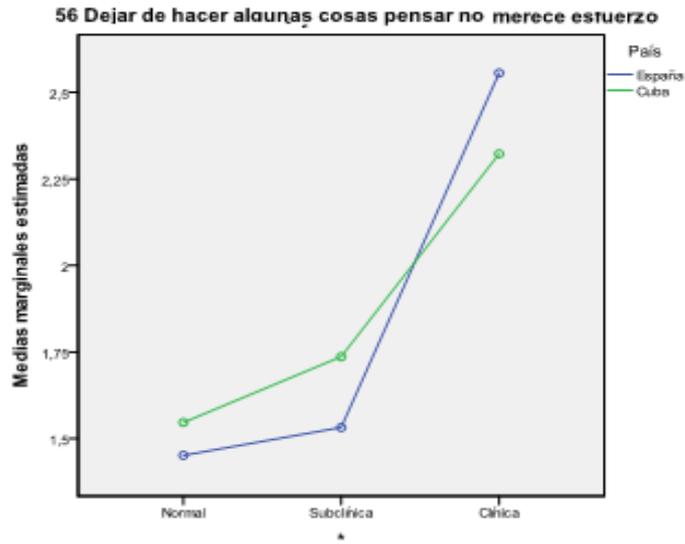
En cuanto al **tipo de población y país**, aparecen interacciones significativas en tres de los cinco síntomas.

Respecto a la falta de interés por todo o casi todo  $F(4,820)=2.89, p=.021$ , apreciamos en el gráfico 3.1.3.1, que los españoles tienen valores más elevados en población clínica, sin embargo en la población subclínica son los cubanos los que experimentan mayor falta de interés por todo o casi todo. En la población normal no aparecen diferencias en función del país.



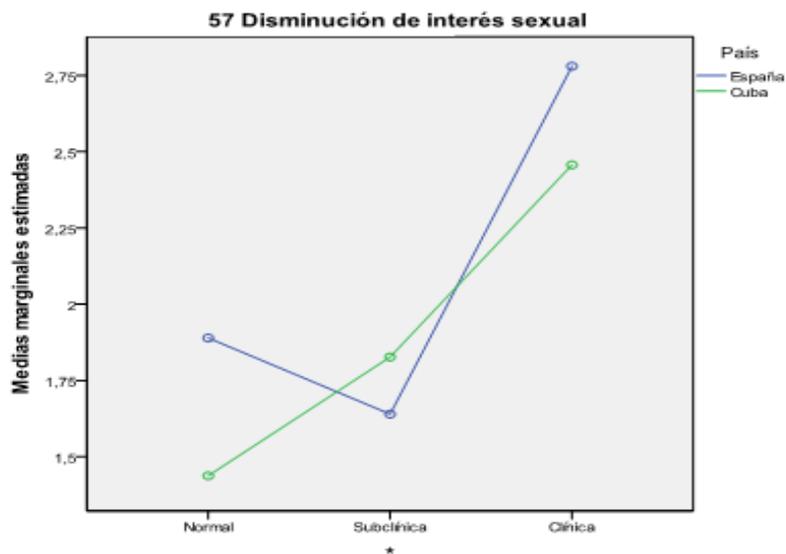
Respecto al síntoma, ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo  $F(4,820)=3.47, p=.031$  apreciamos en el gráfico 3.1.3.2, que los españoles presentan valores superiores en la población clínica, sin embargo, en las poblaciones subclínica y normal son los cubanos los que tienen valores superiores.

**Gráfico 3.1.3.2**



En relación a la disminución del interés sexual  $F(4,820)=6.90, p=.001$ , en la interacción que aparece en el gráfico 3.1.3.3, se aprecia mayor disminución de interés sexual en la muestra española en las poblaciones clínica y normal, mientras que en la población subclínica son los cubanos los que tienen puntajes más elevados.

**Gráfico 3.1.3.3**



Al estudiar la triple interacción entre **sexo, tipo de población y país**, encontramos dos interacciones con efectos significativos en las variables **motivacionales**.

En relación al síntoma, ha tenido falta de interés por todo o casi todo  $F(6,820)=2.81, p=.038$ , podemos ver en los gráficos 3.1.3.4 y 3.1.3.5, que en España las mujeres tienen valores más elevados en la población clínica, en la población subclínica son los hombres los que tienen puntuaciones ligeramente superiores, sin embargo, no aparecen diferencias significativas en función del sexo en la población normal. En Cuba tanto los hombres como las mujeres tienen valores más elevados en la población clínica, aunque son las mujeres las que tienen valores ligeramente superiores, en cuanto a las poblaciones subclínica y normal, también son las mujeres las que tienen valores superiores a los hombres.

Gráfico 3.1.3.4

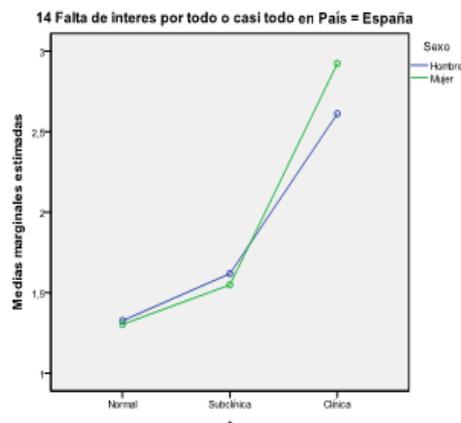
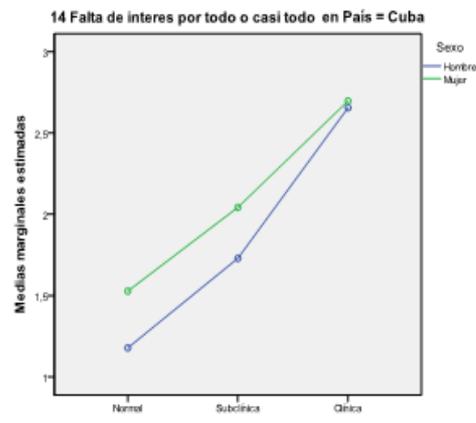


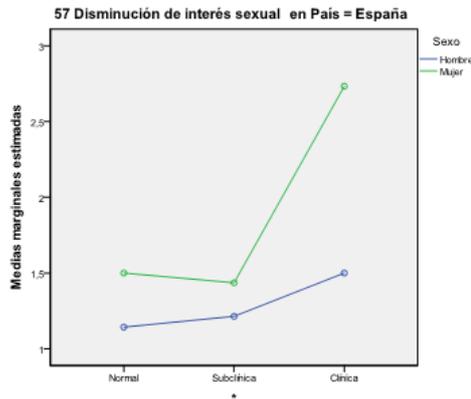
Gráfico 3.1.3.5



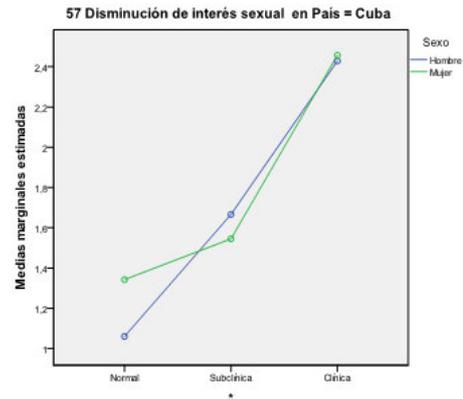
En cuanto a la disminución de interés sexual  $F(6,820)=3.09, p=.046$ , la interacción entre sendos países en función del género y el tipo de población reflejada en los gráficos 3.1.3.6 y 3.1.3.7, pone de relieve que en España las mujeres tienen valores más elevados que los hombres en los tres tipos de población, siendo en la población clínica en la que aparecen las puntuaciones más elevadas, seguida de la población normal y la población subclínica. En Cuba tanto los hombres como las

mujeres presentan valores similares en la población clínica, no apareciendo diferencias en función del género. En la población subclínica son los hombres los que tienen valores superiores y en la población normal son las mujeres las que tienen este síntoma en mayor medida.

**Gráfico 3.1.3.6**



**Gráfico 3.1.3.7**



### 3.1.3.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas Motivacionales.

Una vez analizados los datos resultantes, en cuanto a género, tipo de población y país, podemos ver reflejado en la tabla 3.1.8, las conclusiones del conjunto de síntomas motivacionales.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

**En función del género,** aparecen diferencias significativas consistentes en puntuaciones superiores en las mujeres en los siguientes síntomas: ha sentido falta de

interés por todo o casi todo  $F(1,820)=8.20, p=.004$  y ha experimentado disminución del interés sexual  $F(1,820)=7.76, p=.005$ .

Las variables estudiadas en **función del tipo de población**, las diferencias significativas, ponen de relieve valores superiores en la población clínica en todos los síntomas motivacionales: ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban  $F(2,820)=108.45, p=.000$ , ha sentido falta de interés por todo o casi todo  $F(2,820)=153.54, p=.000$ , ha perdido Vd. Interés por las cosas que le agradan  $F(2,820)=158.49, p=.000$ , ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecería la pena el esfuerzo  $F(2,820)=63.84, p=.000$  y ha disminuido su interés sexual  $F(2,820)=47.21, p=.000$ .

**En función del país**, encontramos una diferencia significativa en el síntoma ha disminuido su interés sexual  $F(1,820)=5.64, p=.018$ , en el que aparecen valores superiores en Cuba.

**Tabla 3.1.8.** Resumen de las diferencias significativas en los Síntomas Motivacionales

SÍNTOMAS MOTIVACIONALES			
Síntomas	Sexo	TP	País
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.	-	,000 CL	-
14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo	,004 M	,000 CL	-
28. Ha perdido Vd. Interés por las cosas que le agradan	-	,000 CL	-
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecería la pena el esfuerzo	-	,000 CL	-
57. Ha disminuido su interés sexual.	0,05 M	,000 CL	,018 C

Sexo:  
H= Hombres  
M=Mujeres

País:  
E=España;  
C=Cuba

TP= Tipo de Población:  
N= Normal  
Sub= Subclínica  
CL= Clínica

### 3.1.3.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas Motivacionales.

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas interpersonales en cuanto a la interrelación entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple relación entre sexo, tipo de población y país, que podemos ver en la tabla 3.1.9, en la que quedan reflejadas las interacciones con efectos significativos, extraemos las siguientes conclusiones.

En cuanto a las interacciones **entre sexo y tipo de población** y la triple interacción **sexo, tipo de población y país**, no aparece ninguna interacción con efectos significativos en los síntomas motivacionales.

**En la interacción entre tipo de población y país**, encontramos interacciones con efectos significativos en tres de las cinco variables motivacionales.

En la población clínica, los hombres españoles han tenido valores más elevados en los siguientes síntomas: ha sentido falta de interés por todo o casi todo  $F(4,820)=3.89, p=.021$ , ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo  $F(4,820)=3.47, p=.031$  y ha disminuido su interés sexual  $F(4,820)=6.90, p=.001$ .

En la población subclínica, tienen mayores puntuaciones las mujeres cubanas en los síntomas: ha sentido falta de interés por todo o casi todo  $F(4,820)=3.89, p=.021$ , ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el  $F(4,820)=3.47, p=.031$  y ha disminuido su interés sexual  $F(4,820)=6.90, p=.001$ .

En la población normal, las mujeres cubanas tienen valores superiores en los síntomas: ha sentido en mayor medida falta de interés por todo o casi todo  $F(4,820)=3.89, p=.021$  y ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía el

esfuerzo  $F(4,820)=3.47$ ,  $p=.031$ , mientras que los españoles presentan puntuaciones más elevadas en el síntoma, ha disminuido su interés sexual  $F(4,820)=6.90$ ,  $p=.001$ .

**Tabla 3.1.9.** Resumen de las Interacciones significativas de Síntomas Motivacionales

SÍNTOMAS MOTIVACIONALES						
Síntomas	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País			Sexo*TP*País
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.	-	-	-	-	-	-
14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo	-	-	CL	Sub	N	-
28. Ha perdido Vd. Interés por las cosas que le agradan	-	-	E	C	C	-
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecería la pena el esfuerzo	-	-	-	-	-	-
57. Ha disminuido su interés sexual.	-	-	CL	Sub	N	-
			E	C	E	

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

### 3.1.4. Síntomas Afectivos

La tabla 3.1.10 refleja la distribución de los valores con relevancia estadística en las variables afectivas en función del género, tipo de población y país, así como la interacción entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción sexo, país y tipo de población.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos los asteriscos para señalar los valores significativos: el sexo: Hombre (\*) y Mujer (\*\*), para el tipo de población: TP Normal (\*), TP Subclínica (\*\*) y TP Clínica (\*\*\*), y para el país: España (\*) y Cuba (\*\*),

que figuran debajo de cada tabla. Respecto a las interacciones, los valores significativos están reseñados en la tabla resumen al final de cada síntoma.

**En función del género** encontramos siete de los 22 síntomas afectivos en los que aparecen diferencias significativa que podemos ver en la tabla 3.1.10, consistente valores superiores en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha disminuido su satisfacción con la vida, se ha sentido triste o abatido, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha llorado y ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta. En todos los síntomas las mujeres tienen puntuaciones más elevadas.

**En función al tipo de población,** podemos ver en la tabla 3.1.10, que aparecen diferencias significativas en los 22 ítems afectivos, consistentes en valores más elevados en la población clínica, en los síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa, ha disminuido su satisfacción con la vida, se ha sentido triste o abatido, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha perdido confianza en sí mismo, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha estado más irritable de lo habitual ha llorado, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, ha tenido sentimientos de fracaso, se ha sentido inútil, ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban, su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

**En función del país,** aparecen puntuaciones con relevancia estadística en 10 de los 22 síntomas afectivos, en los que, en todos los casos, encontramos valores superiores en la muestra cubana, como podemos ver en la tabla 3.1.10, en los

síntomas, se ha criticado a sí mismo, se ha sentido triste o abatido, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha llorado, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

Tabla 3.1.10. Resultados de los Síntomas Afectivos.

Síntomas	SÍNTOMAS AFECTIVOS																							
	Sexo		TP		País		Sexo* TP		Sexo* País		TP* País		Sexo* País* TP											
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p										
6. Se ha criticado a sí mismo	16,31	,000 (**)	44,14	,000 (***)	22,97	,000 (**)	-	-	-	-	19,13	,000	-	-										
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-	-	76,02	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	5,38	,005										
12. Ha disminuido su satisfacción con la vida	6,02	,014 (**)	113,49	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	3,20	,041										
20. Se ha sentido triste o abatido	4,32	,038 (**)	300,33	,000 (***)	12,76	,000 (**)	-	-	-	-	5,16	,006	-	-										
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	-	38,54	,000 (***)	8,14	,004 (**)	3,88	,002	-	-	-	-	5,70	,003										
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	-	33,51	,000 (***)	-	-	5,25	,005	-	-	-	-	7,96	,000										
23. Ha perdido confianza en sí mismo	-	-	98,20	,000 (***)	-	-	3,61	,027	-	-	-	-	-	-										
26. Se ha hecho o ha temido hacer se daño a sí mismo	-	-	42,88	,000 (***)	-	-	3,16	,043	4,42	,036	-	-	-	-										
30. Se ha sentido una carga para los demás	9,54	,002 (**)	75,58	,000 (***)	5,88	,001 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-										
34. Se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a pasar	5,02	,025 (**)	84,59	,000 (***)	14,28	,000 (**)	-	-	-	-	8,58	,000	-	-										

Continúa.

Tabla 3.1.10. Resultados de los Síntomas Afectivos (Continuación).

Síntomas	SÍNTOMAS AFECTIVOS																							
	Sexo		TP		País		Sexo *TP		Sexo *País		TP *País		Sexo *País *TP											
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P						
35. Ha estado más irritable de lo habitual	-	-	68,51	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	5,27	,005	-	-	-	-	-	-	-	-		
36. Ha llorado	29,21	,000 (**)	87,36	,000 (***)	26,68	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
37. Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta	10,02	,002 (**)	89,59	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	3,05	,043	-	-	-	-	-	-	-	-		
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-	100,5	,000 (***)	10,75	,001 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
45. Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto	-	-	41,13	,000 (***)	12,35	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
46. Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos	-	-	62,39	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	7,10	,008	8,74	,003	-	-	-	-	-	-		
47. Ha tenido sentimientos de culpa	-	-	72,97	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	6,93	,001	-	-	-	-	-	-	-	-		

Continúa.

Tabla 3.1.10. Resultados de los Síntomas Afectivos (Continuación).

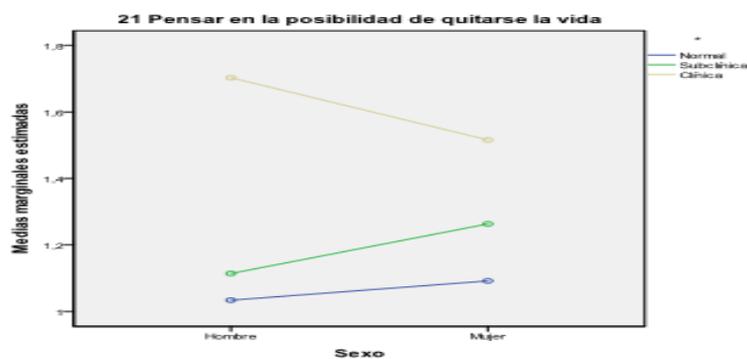
Síntomas	SÍNTOMAS AFECTIVOS																	
	Sexo		TP		País		Sexo <sup>5</sup> TP		Sexo <sup>5</sup> País		TP <sup>5</sup> País		Sexo <sup>5</sup> País <sup>4</sup> TP					
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P				
48. He tenido sentimientos de fracaso	-	-	107,31	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
49. Se me sentía inútil	-	-	170,45	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,86	,003	-	
50. He tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante	-	-	93,89	,000 (***)	13,45	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	5,85	,003	-	
55. He notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban	-	-	79,85	,000 (***)	-	-	-	-	-	10,62	,001	-	-	-	-	-	-	
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	-	53,39	,000 (***)	4,45	,035 (**)	-	-	-	6,74	,010	-	-	-	-	-	-	

Sexo (\*) > Hombres; País (\*) > España; TP (\*) > Normal  
Sexo (\*\*) > mujeres; País (\*\*) > Cuba; TP (\*\*) > Subclínica  
TP (\*\*\*) > Clínica

Al realizar el estudio de la interacción entre sexo y tipo de población, encontramos cuatro interacciones significativas que pasamos a detallar.

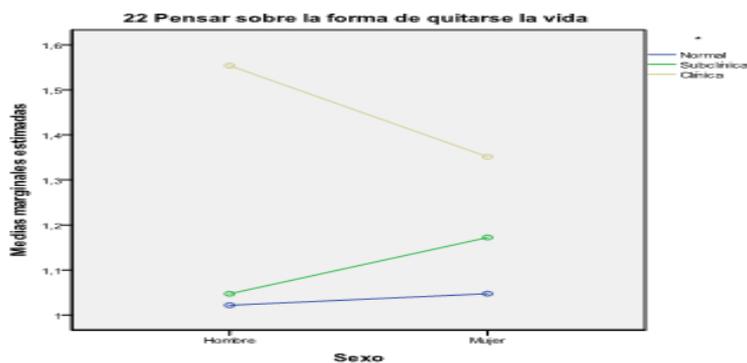
Respecto a pensar en la posibilidad de quitarse la vida  $F(4,820)=3.88, p=.002$ , vemos en el gráfico 3.1.4.1, que los hombres tienen puntuaciones superiores en la población clínica, sin embargo, en las poblaciones subclínica y normal, son las mujeres las que tienen puntajes más elevados.

**Gráfico 3.1.4.1**

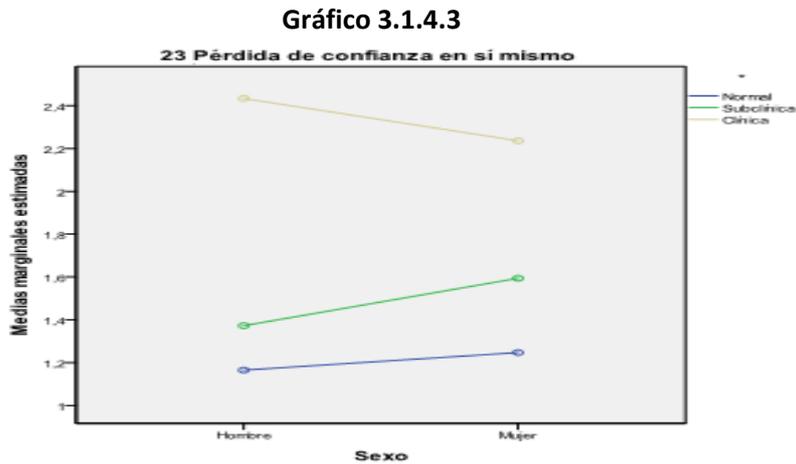


En cuanto a pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida  $F(4,820)=5.25, p=.005$ , podemos ver en el gráfico 3.1.4.2, que los hombres tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en la población subclínica son las mujeres las que tienen puntuaciones más elevadas, sin embargo, en la población normal no aparecen diferencias en función del género.

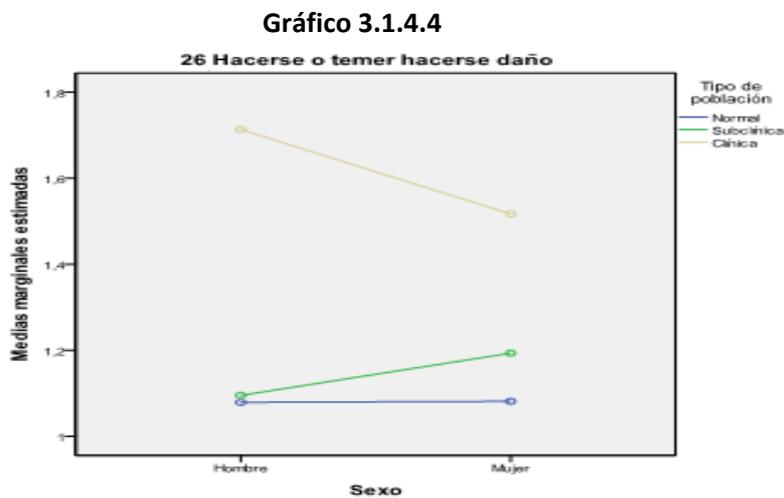
**Gráfico 3.1.4.2**



En cuanto a la pérdida de confianza en sí mismo  $F(4,820)=3.61, p=.027$ , en el gráfico 3.1.4.3, podemos apreciar que los hombres tienen este síntoma en mayor medida en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal, son las mujeres las que tienen valores más elevados.



En referencia a la variable hacerse o temer hacerse daño a sí mismo  $F(4,820)=3.16, p=.043$ , en el gráfico 3.1.4.4, podemos ver que en la población clínica los hombres tienen valores más elevados, en la población subclínica sin embargo son las mujeres las que tienen este síntoma en mayor medida, no encontrando diferencia en función del género en la población normal.

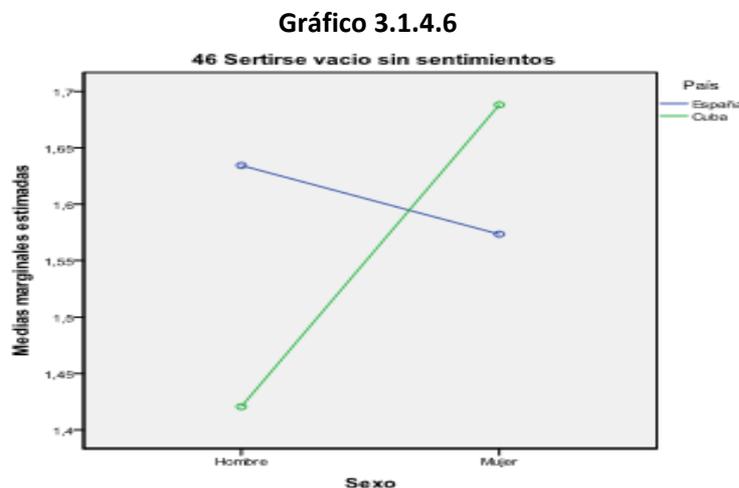


En cuanto a la relación entre sexo y país, aparecen cuatro interacciones significativas en el conjunto de las variables afectivas.

En relación al síntoma, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo  $F(3,820)=4.42, P=.036$ , en el gráfico 3.1.4.5, podemos observar que aparece una diferencia significativa, consistente en valores superiores en España, siendo los hombres españoles los que tienen valores más elevados. En Cuba son las mujeres las que tienen puntuaciones superiores, tanto sobre las mujeres españolas como sobre los hombres de su país.



En cuanto a sentirse vacío sin sentimientos  $F(3,820)=7.10, P=.001$ , apreciamos en el gráfico 3.1.4.6, que las mujeres cubanas tienen puntuaciones superiores, mientras que en la muestra española los hombres tienen valores más elevados.



En relación a no alegrarse por las cosas buenas que le pasaban  $F(3,820)=10.62, p=.001$ , apreciamos en el gráfico 3.1.4.7, que las mujeres cubanas tienen puntuaciones mayores que las mujeres españolas y que los hombres de ambas poblaciones. En España, sin embargo, son los hombres los que tienen valores más elevados.



La misma distribución aparece en relación a tener peor estado de ánimo por la mañana  $F(3,820)=6.74, p=.010$ , vemos en el gráfico 3.1.4.8, que las mujeres de Cuba tienen peor estado de ánimo por la mañana, mientras que en la muestra española ocurre al contrario y son los hombres los que tienen puntuaciones más elevadas, también respecto a los hombres cubanos.



Cuando analizamos la interacción entre tipo de población y país, aparecen siete interacciones significativas y de nuevo comprobamos que todos los síntomas estudiados se dan en mayor medida en la población clínica.

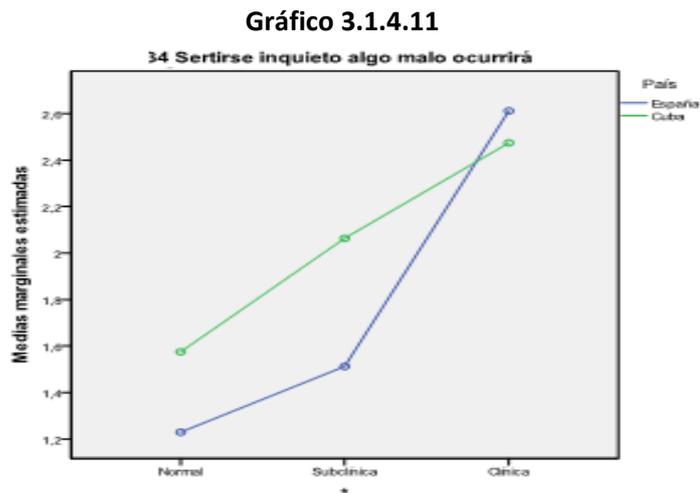
En cuanto al síntoma criticarse a sí mismo  $F(4,820)=19.13, p=.000$ , podemos apreciar en el gráfico 3.1.4.9, que en la población clínica, los españoles se critican más a sí mismos mientras que en las poblaciones subclínica y normal son los cubanos los que tienen puntuaciones más altas para este síntoma.



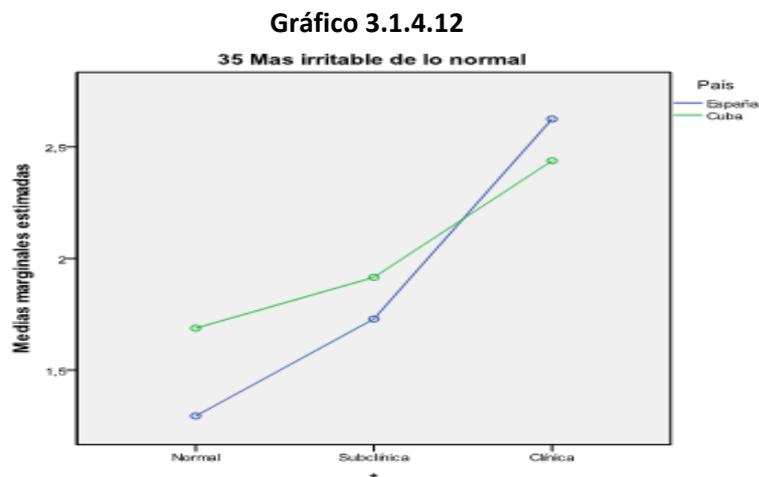
En cuanto al síntoma sentirse triste o abatido  $F(4,820)=5.16, p=.006$ , podemos apreciar en el gráfico 3.1.4.10, que es en la población clínica en la que aparecen valores superiores, sin embargo, no aparecen diferencias en función del país. En la población subclínica y normal es en Cuba dónde encontramos este síntoma en mayor medida.



La misma distribución de valores nos muestra la variable sentirse inquieto por creer que algo malo ocurrirá  $F(4,820)=8.58, p=.000$ , cómo podemos ver en el gráfico 3.1.4.11, en población clínica aparecen los valores superiores que son similares en ambos países, aunque los españoles tienen medidas ligeramente más elevadas. Sin embargo, tanto en la población subclínica como en la normal, los valores son superiores en la muestra cubana.



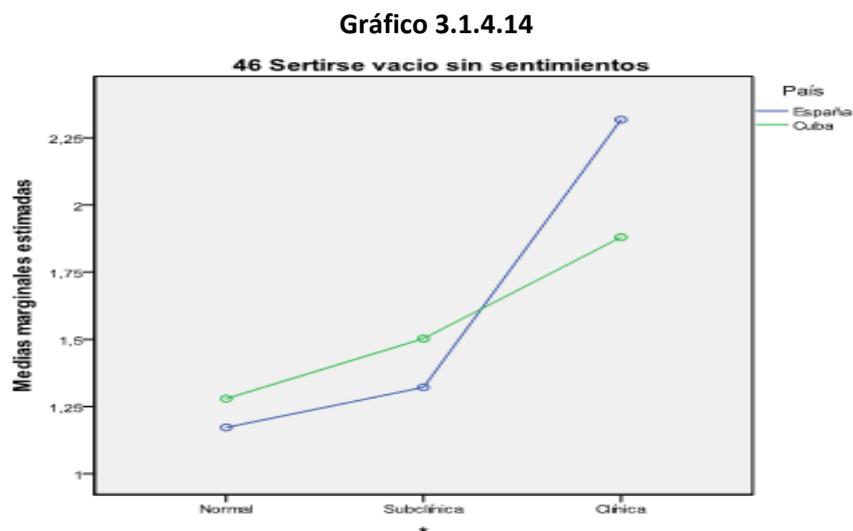
Respecto a estar más irritable de lo normal  $F(4,820)=5.27, p=.005$ , en el gráfico 3.1.4.12, apreciamos que los españoles tienen puntajes superiores en la población clínica. En las poblaciones subclínica y normal, son los cubanos los que tienen valores más elevados.



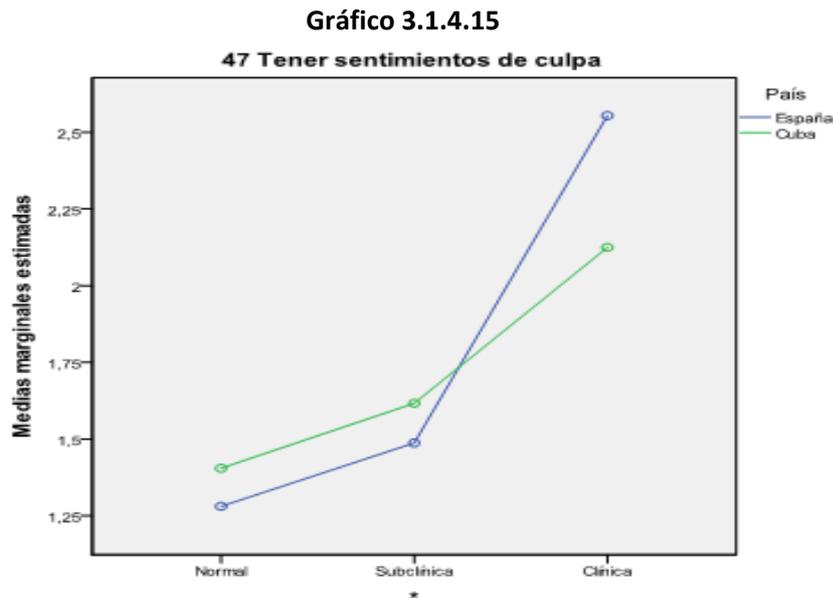
En cuanto a tener más miedo de lo habitual sin razón concreta  $F(4,820)=3.05, p=.048$ , el gráfico 3.1.4.13, pone de relieve que los españoles presentan este síntoma en mayor medida en la población clínica, sin embargo, en las poblaciones subclínica y normal, son los cubanos quienes muestran valores superiores.



En relación a los sentimientos de vacío o vivencia de ausencia de sentimientos  $F(4,820)=8.74, p=.000$ , podemos ver en el gráfico 3.4.14, que los españoles tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son los cubanos los que tienen valores superiores.



Así mismo, en relación a tener sentimientos de culpa  $F(4,820)=6.93, p=.001$ , en la interacción que refleja el gráfico 3.1.4.15, se aprecia que los españoles tienen más sentimientos de culpa que los cubanos en la población clínica, siendo inversa la relación en las poblaciones subclínica y clínica, en la que los cubanos tienen valores superiores.



Vamos a analizar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, en la que encontramos interacciones con efectos significativos en seis de los 22 síntomas afectivos.

Como era de esperar en la población clínica es dónde más aparece de forma más significativa el síntoma se ha sentido poco valioso  $F(6,820)=5.38, p=.005$ . Los gráficos 3.1.4.16 y 3.1.4.17, muestran la interacción con efecto significativo entre España y Cuba, tipo de población y sexo. En España aparecen valores superiores en las mujeres en las poblaciones clínica y normal, mientras que los hombres tienen puntuaciones más elevadas en la población normal.

En la muestra cubana la distribución de los valores es inversa y son los hombres los que tienen valores superiores en la población clínica, mientras que las mujeres presentan valores más elevados en las poblaciones subclínica y normal.

Gráfico 3.1.4.16

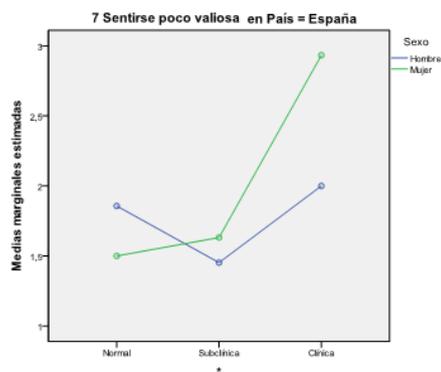
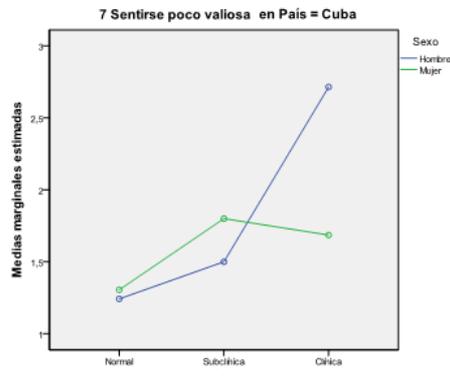


Gráfico 3.1.4.17



En cuanto a la disminución de satisfacción con la vida  $F(6,820)=3.20, p=.041$ , los gráficos 3.1.4.18 y 3.1.4.19, ponen de relieve que en España, las mujeres tienen mayor disminución de satisfacción con la vida en la población clínica y subclínica, sin embargo, en la población normal los hombres tienen valores superiores. En Cuba los hombres tienen este síntoma en mayor medida en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal las mujeres obtienen valores más elevados.

Gráfico 3.1.4.18

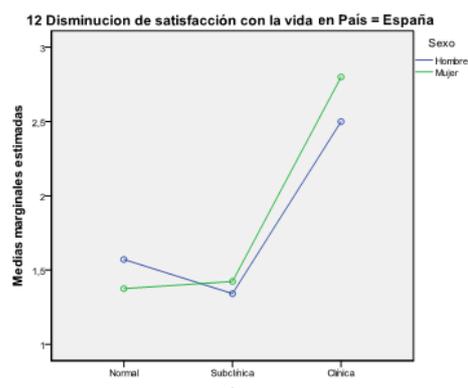
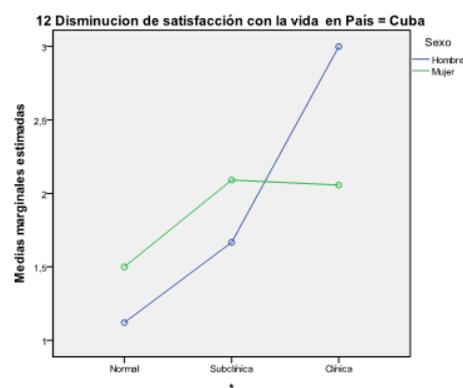


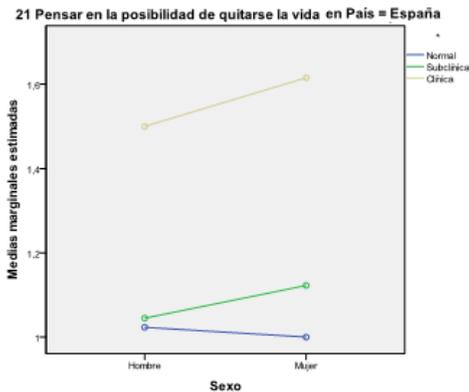
Gráfico 3.1.4.19



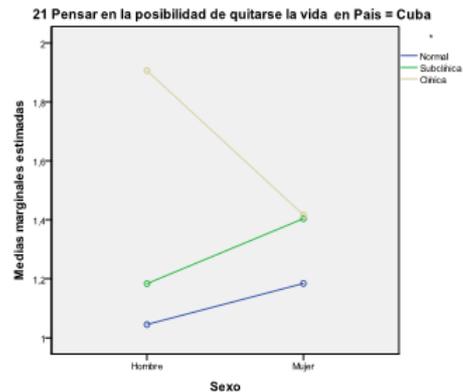
En cuanto al síntoma, ha pensado sobre la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=.003$ , podemos apreciar en los gráficos 3.1.4.20 y 3.1.4.21, que en España las mujeres piensan más en la posibilidad de quitarse la vida en la población clínica y la población subclínica. En la población normal no aparecen diferencias en

función del sexo. En Cuba los hombres tienen valores más elevados en este síntoma en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal las mujeres tienen valores superiores.

**Gráfico 3.1.4.20**

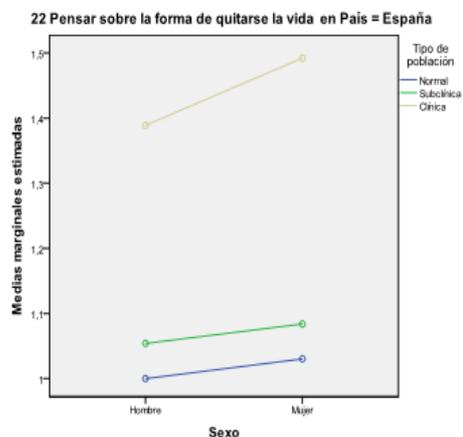


**Gráfico 3.1.4.21**

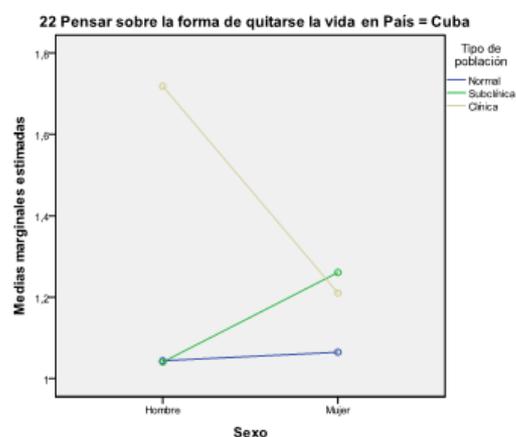


En cuanto a pensar sobre la forma de quitarse la vida ( $F_{7,96}; p=,000$ ), los gráficos 3.1.4.22 y 3.1.4.23, ponen de relieve que en España las mujeres tienen valores más elevados en la población clínica, en las poblaciones subclínica y normal aparecen ligeras diferencias en función del género, siendo también las mujeres las que tienen mayor puntaje. En Cuba son los hombres los que tienen valores más altos en la población clínica, mientras que en la población subclínica son las mujeres las que obtienen valores más elevados, no encontrando diferencias significativas en función del género en la población normal.

**Gráfico 3.1.4.22**



**Gráfico 3.1.4.23**



Respecto al síntoma se ha sentido inútil  $F(6,820)=5.86, p=.003$ , apreciamos en los gráficos 3.1.4.24 y 3.1.4.25, que el sentimiento de inutilidad aparece en mayor medida tanto en España como en Cuba en de la población clínica, como era de esperar, sin embargo se da una relación inversa entre países. En España son las mujeres las que tienen valores superiores en las poblaciones clínica y normal, mientras que los hombres tienen valores más elevados en la población subclínica. En Cuba ocurre al contrario, son los hombres los que tienen este síntoma en mayor medida en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal las mujeres tienen valores superiores.

Gráfico 3.1.4.24

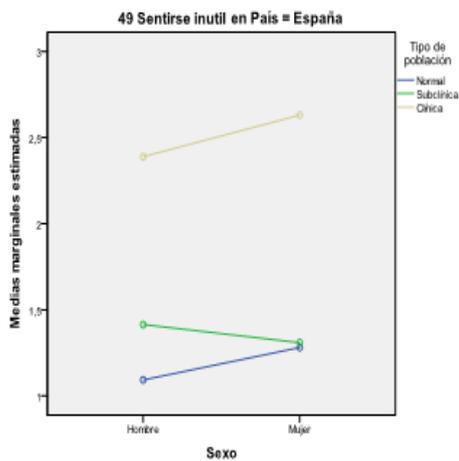
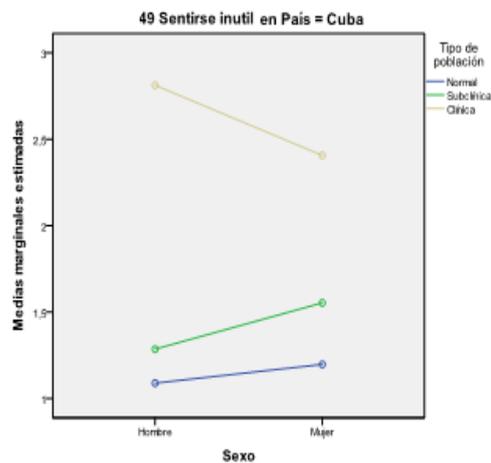


Gráfico 3.1.4.25



En cuanto al síntoma tener sensación de haber perdido algo importante  $F(6,820)=5.85, p=.003$ , en los gráficos 3.1.4.26 y 3.1.4.27, podemos observar como el síntoma se da en mayor medida en la población clínica en ambos países. En España los hombres tienen puntajes superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal, no encontramos diferencias significativas en función del género. En Cuba las mujeres tienen mayor sensación de haber perdido algo importante en la población clínica y en la población normal, mientras que en la población subclínica los hombres tienen valores superiores en este síntoma.

Gráfico 3.1.4.26

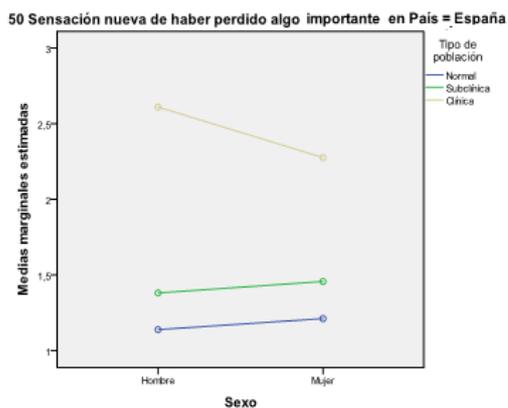
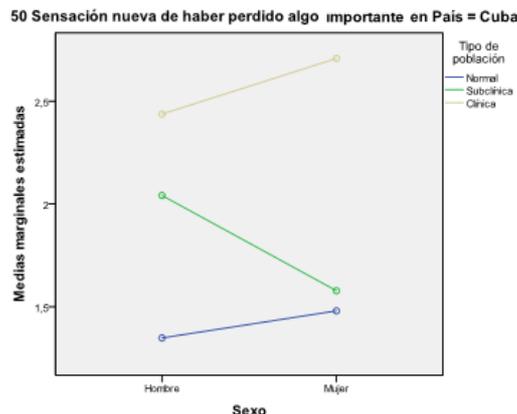


Gráfico 3.1.4.27



### 3.1.4.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas Afectivos.

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas afectivos, en cuanto a género, tipo de población y país, podemos verlos reflejados en la tabla 3.1.11.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

**En función del género,** aparecen diferencias significativas, consistentes en valores superiores en las mujeres respecto a los hombres en los síntomas: se ha criticado a sí misma  $F(1,820)=16.31, p=.000$ , ha disminuido su satisfacción con la vida  $F(1,820)=6.02, p=.014$ , se siente triste o abatida  $F(1,820)=4.32, p=.038$ , se siente una carga para los demás  $F(1,820)=9.54, p=.002$ , siente más inquietud ante la idea anticipatoria de que algo malo va a pasar  $F(1,820)=5.02, p=.025$ , llorar  $F(1,820)=29.21, p=.000$  y ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta  $F(1,820)=10.02, p=.002$ .

**En función al tipo de población,** aparecen diferencias significativas en todos los ítem del conjunto de síntomas afectivos, consistentes en valores más elevados en la población clínica: se ha criticado a sí mismo  $F(2,820)=44.14, p=.000$ , ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa  $F(2,820)=76.02, p=.000$ , ha disminuido su satisfacción con la vida  $F(2,820)=113.49, p=.000$ , se ha sentido triste o abatido  $F(2,820)=300.33, p=.000$ , ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida  $F(2,820)=38.54, p=.000$ , ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida  $F(2,820)=33.51, p=.000$ , ha perdido confianza en sí mismo  $F(2,820)=98.20, p=.000$ , se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo  $F(2,820)=42.88, p=.000$ , se ha sentido una carga para los demás  $F(2,820)=75.58, p=.000$ , se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a pasar  $F(2,820)=84.59, p=.000$ , ha estado mas irritable de lo habitual  $F(2,820)=68.51, p=.000$ , ha llorado  $F(2,820)=87.36, p=.000$ , Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta  $F(2,820)=89.59, p=.000$ , ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta  $F(2,820)=100.52, p=.000$ , se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto  $F(2,820)=41.13, p=.000$ , se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos  $F(2,820)=62.39, p=.000$ , ha tenido sentimientos de culpa  $F(2,820)=72.97, p=.000$ , ha tenido sentimientos de fracaso  $F(2,820)=107.31, p=.000$ , se ha sentido inútil  $F(2,820)=170.46, p=.000$ , ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante  $F(2,820)=93.89, p=.000$ , ha notado que nos se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban  $F(2,820)=79.83, p=.000$  y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana  $F(2,820)=53.39, p=.000$ , tienen valores más significativos en la población clínica.

**En función del país,** en todas las variables aparecen diferencias significativas consistentes en valores superiores en Cuba en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo  $F(1,820)=22.97, p=.000$ , se siente triste o abatido  $F(1,820)=12.76, p=.000$ , ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida  $F(1,820)=8.14, p=.004$ , se siente una carga para los demás  $F(1,820)=5.88, p=.001$ , muestran más sentimientos de inquietud como si algo malo fuera a pasar  $F(1,820)=14.28, p=.000$ , llorar  $F(1,820)=26.68, p=.000$ , ha estado especialmente preocupado sin razón concreta  $F(1,820)=10.75, p=.001$ , se ha

preocupado más por su salud sin un motivo concreto  $F(1,820)=12.35, p=.000$ , ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante  $F(1,820)=13.45, p=.000$  y su estado de ánimo es peor por la mañana  $F(1,820)=4.46, p=.035$ .

**Tabla 3.1.11.** Resumen de las diferencias en los valores de los Síntomas Afectivos

SÍNTOMAS AFECTIVOS			
Síntomas	Sexo	TP	País
6. Se ha criticado a sí mismo	,000 C	,000 CL	,000 C
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-	,000 CL	-
12. Ha disminuido su satisfacción con la vida	,014 C	,000 CL	-
20. Se ha sentido triste o abatido	,038 C	,000 CL	,000 C
21. HA pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	,000 CL	,004 C
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	,000 CL	-
23. Ha perdido confianza en sí mismo	-	,000 CL	-
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a si mismo	-	,000 CL	-
30. Se ha sentido una carga para los demás	,002 C	,000 CL	,001 C
34. Se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a pasar	,025 C	,000 CL	,000 C
35. Ha estado mas irritable de lo habitual	-	,000 CL	-
36. Ha llorado	,000 C	,000 CL	,000 C

Continúa.

**Tabla 3.1.11**

Resumen de las diferencias en los valores Síntomas Afectivos (Continuación)

<b>SÍNTOMAS AFECTIVOS</b>			
<b>Síntomas</b>	<b>Sexo</b>	<b>TP</b>	<b>País</b>
37.Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta	,002 C	,000 CL	-
43.Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	,000 CL	,001 C
45.Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto	-	,000 CL	,000 C
46.Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos	-	,000 CL	-
47.ha tenido sentimientos de culpa	-	,000 CL	-
48.Ha tenido sentimientos de fracaso	-	,000 CL	-
49.Se ha sentido inútil	-	,000 CL	-
50.Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante	-	,000 CL	,000 C
55.Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban	-	,000 CL	-
58.Se estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	,000 CL	,035 C

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

### 3.1.4.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas

#### Afectivos.

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas afectivos en cuanto a las interacciones con efectos significativos entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, que podemos ver en la tabla 3.1.12, extraemos las siguientes conclusiones.

**En cuanto a la interacción entre sexo y tipo de población**, encontramos cuatro interacciones con efecto significativo que ponen de relieve, como podemos apreciar en la tabla 3.1.12, que, en todos los síntomas, aparecen en los hombres valores más elevados en la población clínica en los siguientes síntomas: pensar en la posibilidad de quitarse la vida  $F(4,820)=3.88, p=.002$ , ha pensado más sobre la forma de quitarse la vida  $F(4,820)=5.25, p=.005$ , ha perdido más confianza en sí mismo  $F(4,820)=3.61, p=.027$  y se ha hecho o temido hacerse daño  $F(4,820)=3.16, p=.043$ . En las mujeres aparecen valores superiores en la población subclínica y la población normal en las mismas variables, no encontrando diferencias significativas en función del género en la variable hacerse o haber temido hacerse daño a sí mismo  $F(4,820)=3.16, p=.043$  en la población normal.

**En cuanto a la interacción entre el sexo y el país**, que podemos ver reflejada en la tabla 3.1.12, aparecen cuatro interacciones con efecto significativo, en las que, en todas ellas, los hombres tienen puntajes más elevados en España, mientras que las mujeres tienen valores superiores en Cuba, en los siguientes síntomas: se ha hecho o temido hacerse daño  $F(3,820)=4.42, p=.036$ , se ha sentido vacíos con la sensación de no tener sentimientos  $F(3,820)=7.10, p=.008$ , ha notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban  $F(3,820)=10.62, p=.001$  y su estado de ánimo es peor por la mañana  $F(3,820)=6.74, p=.010$ .

Tabla 3.1.12. Resumen de las Interacciones significativas en los Síntomas Afectivos

Síntomas	SINTOMAS AFECTIVOS					
	Sexo*TP	Sexo*País	IP*País	España	Sexo*TP*País	Cuba
6. Se ha criticado a sí mismo	-	-	CL Sub N E C C	-	-	-
7. Ha pensado que en comparación con los demás Vd. Una persona poco valiosa	-	-	-	M* CL/Sub H*N	H*CL M* Sub/N	-
12. Ha disminuido su satisfacción con la vida	-	-	-	M* CL/Sub H*N	H*CL M* Sub/N	-
20. Se ha sentido triste o abetido	-	-	CL Sub N E C C	-	-	-
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	H*CL M*Sub/N	-	-	M* CL/Sub H*N	H*CL M*Sub/N	-
22. Ha pensado sobre la forma en la que podrá quitarse la vida	H*CL M*Sub/N	-	-	M*CL/Sub/N	H*CL M*Sub H/M*N	-
23. Ha perdido confianza en sí mismo	H*CL M*Sub/N	-	-	-	-	-
26. Se ha hecho o ha temido hacer se daño a sí mismo	H*CL M*Sub H/M*N	H*E M*C	-	-	-	-
30. Se ha sentido una carga para los demás	-	-	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.1.12. Resumen de las interacciones significativas en los Síntomas Afectivos (Continuación)

Síntomas	SINTOMAS AFECTIVOS					
	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	España		Cuba
				Sexo*TP*País	Sexo*TP*País	
34. Se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a pasar	-	-	CL Sub N	-	-	-
35. Ha estado más irritable de lo habitual	-	-	E C C	-	-	-
			CL Sub N	-	-	-
36. Ha llorado	-	-	E C C	-	-	-
37. Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta	-	-	CL Sub N	-	-	-
			E C C	-	-	-
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-	-	-	-	-
45. Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto	-	-	-	-	-	-
46. Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos	-	H*E	CL Sub N	-	-	-
		M*C	E C C	-	-	-
47. ha tenido sentimientos de culpa	-	-	CL Sub N	-	-	-
			E C C	-	-	-
48. Ha tenido sentimientos de fracaso	-	-	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.1.12. Resumen de las Interacciones significativas en los Síntomas Afectivos  
(Continuación)

Síntomas	SINTOMAS AFECTIVOS					
	Sexo <sup>†</sup> TP	Sexo <sup>†</sup> País	TP <sup>†</sup> País	Sexo <sup>†</sup> TP <sup>†</sup> País	Sexo <sup>†</sup> TP <sup>†</sup> País	Sexo <sup>†</sup> TP <sup>†</sup> País
				España	Cuba	
49. Se ha sentido inútil	-	-	-	M*CL/N H*Sub	H*CL M*Sub/N	
50. Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante	-	-	-	H*CLM*Sub/N	M*CL/N H*Sub	
55. Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban	-	H*E	-	-	-	
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	M*C	-	-	-	
	-	H*E	-	-	-	
	-	M*C	-	-	-	

Sexo: TP= Tipo de Población:  
H= Hombres N= Normal  
M= Mujeres C=Cuba Sub= Subclínica  
CL= Clínica

**En la interacción entre tipo de población y país**, que podemos ver reflejada en la tabla 3.1.12, encontramos siete interacciones con efecto significativo en las que podemos apreciar que, en todos los casos en la población clínica, los españoles tienen valores superiores, mientras que en las poblaciones subclínica y normal es en Cuba dónde se manifiesta en mayor medida la sintomatología depresiva:

En la población clínica, los españoles presentan puntuaciones más elevadas en los síntomas: se ha criticado a sí mismo  $F(4,820)=19.13, p=.000$ , se ha sentido tristes o abatido  $F(4,820)=5.16, p=.006$ , se ha sentido inquietos con la sensación de que algo malo fuera a pasar  $F(4,820)=8.58, p=.000$ , ha estado más irritable de lo habitual  $F(4,820)=5.27, p=.005$ , ha tenido más miedo del habitual sin una razón concreta  $F(4,820)=3.05, p=.048$ , se ha sentido vacío o han sentido ausencia de sentimientos  $F(4,820)=8.74, p=.000$  y ha tenido más sentimientos de culpa  $F(4,820)=6.93, p=.001$ .

En las poblaciones subclínica y normal, son las mujeres cubanas las que tienen valores superiores en los mismos síntomas.

**Al analizar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país**, que podemos ver en la tabla 3.1.12, encontramos seis interacciones con efecto significativo en España, que reflejan valores más elevados en las mujeres en las poblaciones clínica y subclínica y en los hombres en la población normal en España, mientras que en Cuba la distribución en función del género es totalmente opuesta, poniendo de relieve que en la población clínica los hombres obtienen puntajes más elevados, mientras que las mujeres tienen valores superiores en las poblaciones subclínica y normal:

**En España:** Las mujeres tienen los valores más elevados los tienen en la población clínica y subclínica en los siguientes síntomas: ha pensado que en comparación con los demás es Vd. menos valiosa  $F(6,820)=5.38, p=.005$ , ha disminuido su satisfacción con la vida  $F(6,820)=3.20, p=.041$ , ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=.003$  y ha pensado sobre la forma en la que podría

quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=.000$ . En la población clínica y normal las mujeres tienen valores superiores en la variable: se han sentido más inútiles  $F(6,820)=5.86, p=.003$  y en la población subclínica y normal tienen puntajes más elevados en el síntoma: han tenido sensación nueva y especialmente fuerte de haber perdido algo importante  $F(6,820)=5.85, p=.003$ . En la población normal han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=.003$ .

**Los hombres españoles** tienen valores más elevados en la población clínica en el síntoma: ha tenido la sensación nueva de haber perdido algo importante  $F(6,820)=5.85, p=.003$ , en la población subclínica tienen valores superiores en el síntoma: se ha sentido más inútil  $F(6,820)=5.86, p=.003$  y en la población normal tienen valores superiores en los síntomas: han pensado que en comparación con los demás es poco valioso  $F(6,820)=5.38, p=.005$ , ha disminuido su satisfacción con la vida  $F(6,820)=3.20, p=.041$  y ha pensado más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=.003$ .

**En Cuba: Los hombres** tienen mayor tienen valores superiores en la población clínica en los siguientes síntomas: ha pensado que en comparación con los demás son poco valiosos  $F(6,820)=5.38, p=.005$ , ha disminuido su satisfacción con la vida  $F(6,820)=3.20, p=.041$ ), ha pensado sobre la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=.003$  y sobre la forma como podrían quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=.000$  y se sienten más inútiles  $F(6,820)=8.86, p=.003$ . En la población subclínica se dan en mayor medida en el síntoma: ha tenido sensación nueva y especialmente fuerte de haber perdido algo importante  $F(6,820)=5.85, p=.003$  y en la población normal tienen valores superiores en el síntoma: ha pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=.000$ .

**Las mujeres cubanas** tienen valores más elevados en la población clínica en una sola variable, ha tenido la sensación nueva de haber perdido algo importante  $F(6,820)=5.85, p=.003$ , en el resto de las variables los valores superiores se distribuyen

en las poblaciones subclínica y normal en los siguientes síntomas: ha pensado que en comparación con los demás es Vs. poco valiosa  $F(6,820)=5.38, p=.005$ , ha disminuido su satisfacción con la vida  $F(6,820)=3.20, p=.041$ , ha pensado sobre la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=.003$ , ha pensado sobre la forma como podría quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=.000$  y se ha sentido inútil  $F(6,820)=5.86, p=.003$ .

### 3.1.5. Síntomas Conductuales

La tabla 3.1.13 muestra los siete síntomas que integran el componente conductual y las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país, así como la interacción entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción sexo, país y tipo de población.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las asteriscos para señalar los valores significativos: el sexo: Hombre (\*) y Mujer (\*\*), para el tipo de población: TP Normal (\*), TP Subclínica (\*\*) y TP Clínica (\*\*\*), y para el país: España (\*) y Cuba (\*\*), que figuran debajo de cada tabla. Respecto a las interacciones, los valores significativos están reseñados en la tabla resumen al final de cada síntoma.

**En función del género**, aparecen dos variables con diferencias significativas, que vemos reflejadas en la tabla 3.1.13, consistentes en valores más elevados en los hombres en el síntoma: ha consumido más alcohol del habitual, mientras que en las mujeres aparecen valores más elevados y, en el síntoma ha llorado.

**En función del tipo de población**, aparecen diferencias significativas en todos los síntomas conductuales, como vemos reflejado en la tabla 3.1.13, consistentes en valores superiores en la población clínica en los síntomas: ha hablado menos de lo habitual, ha consumido más alcohol del habitual, ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, ha llorado, ha disminuido su nivel de actividad y ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.

**En función del país,** encontramos diferencias significativas consistentes en valores superiores en los españoles en el síntoma, ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, mientras que los cubanos tienen puntajes superiores en el síntoma: ha llorado.

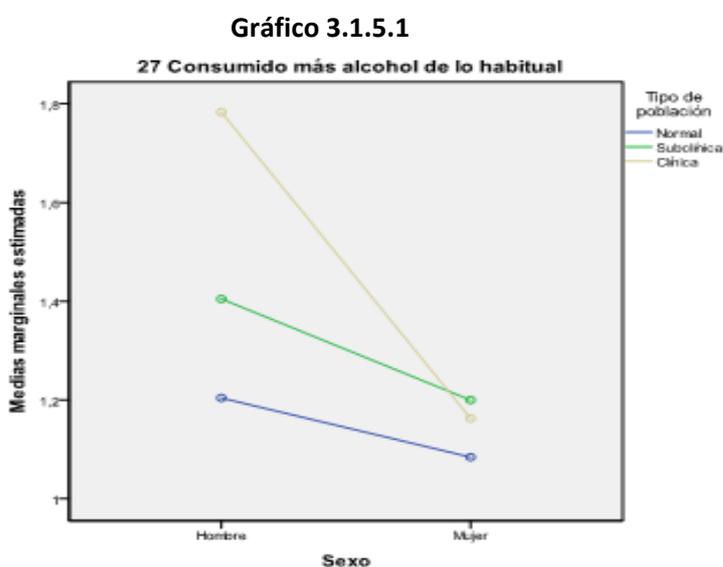
Tabla 3.1.13. Resultados de los Síntomas Conductuales

Síntomas	SÍNTOMAS CONDUCTUALES																	
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP					
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p				
25. Ha hablado menos de lo habitual	-	-	94,71	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	4,84	,008	-	-	-	
27. Ha consumido más alcohol del habitual	40,92	,000 (*)	12,98	,000 (***)	-	-	8,25	,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
31. Ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas	-	-	83,87	,000 (***)	4,28	,039 (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
36. Ha llorado	29,21	,000 (**)	87,36	,000 (***)	26,68	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
40. Ha disminuido su nivel de actividad	-	-	65,98	,000 (***)	9,17	,003 (*)	-	-	-	-	11,36	,000	-	-	-	-	-	
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecían la pena el esfuerzo	-	-	63,84	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	3,47	,031	-	-	-	-	-	

Sexo (\*) > Hombres; País (\*) > España; TP (\*) > Normal  
Sexo (\*\*) > mujeres; País (\*\*) > Cuba; TP (\*\*) > Subclínica  
TP (\*\*\*) > Clínica

Respecto a la interacción entre las variables sexo y tipo de población, encontramos valores con efecto significativo en uno de los siete síntomas conductuales.

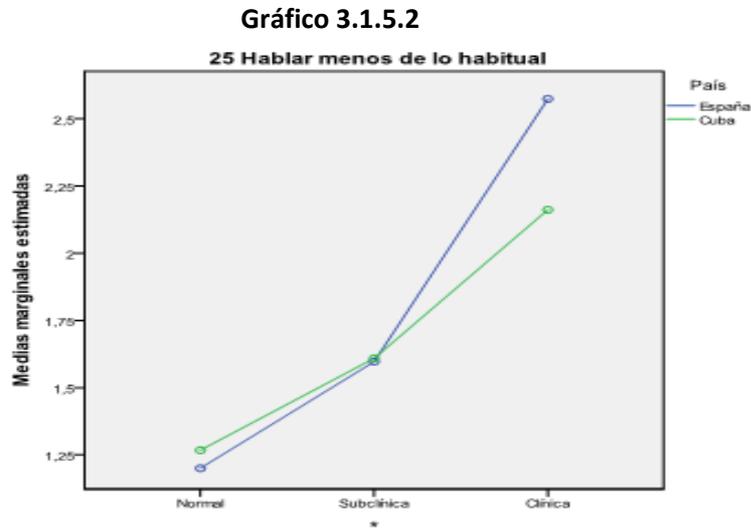
En cuanto al consumo de alcohol se da una interacción significativa entre el sexo y el tipo de población que pone de manifiesto, como vemos en el gráfico 3.1.5.1, que en los tres tipos de población (clínica, subclínica y normal), son los hombres consumen más alcohol de lo habitual  $F(4,820)=8.25, p=.000$ , aunque en el grupo clínico los valores se dan en mayor medida.



No encontramos valores significativos en la interacción entre sexo y país en los síntomas conductuales, por el contrario, si aparecen tres interacciones con efecto significativo entre tipo de población y país, que pasamos a detallar.

En cuanto al síntoma hablar menos de lo habitual  $F(4,820)=4.84, p=.008$ , como podemos ver en el gráfico 3.1.5.2, en la población clínica española aparecen valores superiores a los cubanos. En cuanto a la población subclínica no encontramos

diferencias significativas en función del país, sin embargo en la población normal los cubanos tienen valores superiores a este síntoma.

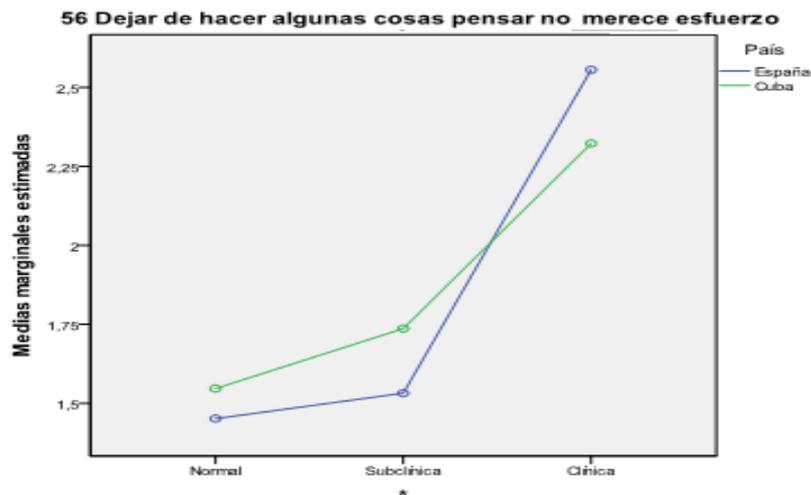


Respecto a la disminución del nivel de actividad  $F(4,820)=11.36, p.000$ , apreciamos en el gráfico 3.1.5.3, que en la población clínica y la población normal, los españoles tienen puntajes superiores, mientras que en la población subclínica la disminución de actividad se da en mayor medida en Cuba.



En relación al síntoma dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merece esfuerzo  $F(4,820)=3.47, p.031$ , apreciamos en el gráfico 3.1.5.4, que se da en mayor medida en los españoles que en los cubanos en la población clínica. En las poblaciones subclínica y normal, en Cuba aparecen valores más elevados en este síntoma.

**Gráfico 3.1.5.4**



En cuanto a la triple interacción sexo, tipo de población y país, no encontramos ninguna interacción con efecto significativo en los síntomas conductuales

### **3.1.5.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas conductuales.**

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas conductuales, en cuanto al género, tipo de población y país, podemos ver reflejado en la tabla 3.1.14.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y

CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

**En cuanto a las diferencias en función del género,** podemos observar en la tabla 3.1.14, que los hombres tienen valores más elevados en el síntomas: consumo de alcohol  $F(1,820)=40.92, p=.000$  y las mujeres tienen puntuaciones superiores en el síntoma: ha llorado  $F(1,820)=29.21, p=.000$ .

**En función del tipo de población,** podemos ver en la tabla 3.1.14, que en todos los síntomas encontramos diferencias significativas consistentes en puntuaciones más elevadas en la población clínica, en los seis síntomas conductuales: ha hablado menos de lo habitual  $F(2,820)=94.71, p=000$ , ha consumido más alcohol del habitual  $F(2,820)=12.98, p.000$ , ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas  $F(2,820)=83.87, p=.000$ , ha llorado  $F(2,820)=87.36, p=.000$ , ha disminuido su nivel de actividad  $F(2,820)=65.98, p.000$  y ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo  $F(2,820)=63.84, p=.000$ .

**En función del país,** podemos ver en la tabla 3.1.14, diferencias significativas consistentes en valores más elevados en los españoles en los síntomas: ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas  $F(1,820)=4.28, p.039$  y ha disminuido su nivel de actividad  $F(2,820)=9.17, p=.003$ , mientras que los cubanos tienen puntuaciones más elevadas en el síntoma: ha llorado  $F(1,820)=26.68, p=.000$ .

**Tabla 3.1.14.** Resumen de las diferencias en los valores Síntomas Conductuales

SÍNTOMAS CONDUCTUALES			
SÍNTOMAS	Sexo	TP	País
25.Ha hablado menos de lo habitual	-	,000 CL	-
27.Ha consumido mas alcohol del habitual	0,00 H	,000 CL	-
31.Ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas	-	,000 CL	,039 E
36.Ha llorado	0,00 M	,000 CL	,000 C
40.Ha disminuido su nivel de actividad	-	,000 CL	,003 E
56.Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecían la pena el esfuerzo	-	,000 CL	-

Sexo:

H= Hombres  
M=Mujeres

País:

E=España;  
C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal  
Sub= Subclínica  
CL= Clínica

### 3.1.5.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas conductuales.

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas conductuales en cuanto a las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, que podemos ver en la tabla 3.1.15, en la que quedan reflejadas las interacciones con efecto significativo, extraemos las siguientes conclusiones.

**Tabla 3.1.15.** Resumen de las Interacciones significativas Síntomas Conductuales

SÍNTOMAS CONDUCTUALES						
SÍNTOMAS	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País			Sexo*TP*País
25.Ha hablado menos de lo habitual	-	-	CL	Sub	N	-
27.Ha consumido mas alcohol del habitual	H*CL/Sub/N	-	E	E/C	E	-
31.Ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas	-	-	-	-	-	-
36.Ha llorado	-	-	-	-	-	-
40.Ha disminuido su nivel de actividad	-	-	CL	Sub	N	-
56.Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecían la pena el esfuerzo	-	-	E	C	E	-

Sexo: H= Hombres M=Mujeres  
País: E=España; C=Cuba  
TP= Tipo de Población: N= Normal Sub= Subclínica CL= Clínica

**Respecto a la interacción entre sexo y tipo de población** aparece solo en una interacción con efecto significativo en los síntomas conductuales, poniendo de relieve que los hombres tienen valores superiores en el síntoma: ha consumido más alcohol del habitual  $F(4.820)=8.25$ ,  $p=.000$ , en los tres tipos de población.

**En cuanto la interacción entre sexo y país**, no aparece ningún efecto significativo en ninguna de las variables conductuales.

**En cuanto a la interacción entre tipo de población y país**, encontramos un efecto significativo en cuatro de las seis variables conductuales.

**En la población clínica**, los españoles presentan valores superiores en los síntomas: hablar menos de lo habitual  $F(4,820)=4.84, p=.008$ , ha disminuido su nivel de actividad  $F(4,820)=11.36, p=.000$  y ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo  $F(4,86)=3.47, p=.031$ .

**En la población subclínica**, en el síntoma ha hablado menos de lo habitual  $F(4,820)=4.84, p=.008$ , no encontramos diferencias significativas según el país, mientras que en los síntomas: ha disminuido su nivel de actividad  $F(4,820)=11.36, p=.000$  y han dejado de hacer cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo  $F(4,86)=3.47, p=.031$ , los cubanos tienen valores superiores.

**En la población normal**, los españoles presentan valores más elevados en los síntomas: hablar menos de lo habitual  $F(4,820)=4.84, p=.008$ , ha disminuido su nivel de actividad  $F(4,820)=11.36, p=.000$ .

### 3.1.6. Síntomas Cognitivos

La tabla 3.1.16 muestra los 19 variables con diferencias significativas que integran el componente cognitivo en función del género el tipo de población y el país, así como las interacciones significativas entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción sexo, país y tipo de población.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos los asteriscos para señalar los valores significativos: el sexo: Hombre (\*) y Mujer (\*\*), para el tipo de población: TP Normal (\*), TP Subclínica (\*\*) y TP Clínica (\*\*\*), y para el país: España (\*) y Cuba (\*\*), que figuran debajo de cada tabla. Respecto a las interacciones, los valores significativos están reseñados en la tabla resumen al final de cada síntoma.

**En función del género**, podemos ver en la tabla 3.1.16, que aparecen cinco variables con diferencias significativas, en las que, en todas ellas, las mujeres tienen valores superiores en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones,

se ha creído incapaz de resolver sus problemas y se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir.

**En función del tipo de población,** podemos ver en la tabla 3.1.16, que en las 19 variables que integran el grupo de síntomas cognitivos, aparecen diferencias significativas, consistentes en puntuaciones superiores en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa, ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía, ha sido especialmente pesimista, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, ha tenido más problemas de memoria de lo habitual y se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto.

**En función del país,** en 12 de las 19 variables aparecen diferencias significativas, consistentes en valores superiores en Cuba en 10 de los síntomas y dos en España:

**En España,** aparecen diferencias significativas en los síntomas: ha notado su pensamiento especialmente enlentecido y ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía.

**En Cuba,** aparecen valores superiores en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran

incapaces de percibir y que creen inexistentes, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta y se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto.

Tabla 3.1.16. Resultados de los Síntomas Cognitivos

Síntomas	SÍNTOMAS COGNITIVOS																	
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP					
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p				
6. Se ha criticado a sí mismo	10,31	,000 (**)	44,14	,000 (****)	22,97	,000 (**)	-	-	-	-	19,13	0,00	-	-				
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-	-	76,02	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	5,38	,005				
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes	-	-	9,74	,000 (****)	21,42	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	5,42	,000				
9. Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos	-	-	16,88	,000 (****)	23,39	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-				
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución.	-	-	66,60	,000 (****)	9,66	,002 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-				
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	-	38,54	,000 (****)	8,14	,004 (**)	3,88	,021	-	-	-	-	5,70	,003				
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	-	33,51	,000 (****)	-	-	5,25	,005	-	-	-	-	7,96	,000				
24. Ha notado su pensamiento especialmente entretenido	-	-	73,04	,000 (****)	28,71	,000 (*)	-	-	8,41	,004	26,11	,000	-	-				
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	-	-	42,88	,000 (****)	-	-	3,16	,043	4,42	,036	-	-	-	-				

Continúa.

Tabla 3.1.16. Resultados de los Síntomas Cognitivos (Continuación)

Síntomas	SÍNTOMAS COGNITIVOS																						
	Sexo			TP			País			Sexo*TP			Sexo*País			TP*País			Sexo*País*TP				
	F	P		F	P		F	P		F	P		F	P		F	P		F	P			
29. Ha tenido que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado	-	-		79,25	,000	(***)	32,15	,000	(**)	5,25	,005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,93	,020
30. Se ha sentido una carga para los demás	9,54	,002	(**)	75,58	,000	(***)	5,88	,015	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32. Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones	6,22	,013	(**)	99,29	,000	(***)	-	-	-	12,44	,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33. Ha creído incapaz de resolver sus problemas	10,48	,000	(**)	80,27	,000	(***)	-	-	-	7,89	,005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34. Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir	5,02	,025	(**)	84,59	,000	(***)	14,28	,000	-	-	-	-	-	-	-	8,58	,000	-	-	-	-	-	-
41. Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hace	-	-		134,12	,000	(***)	8,66	,003	-	5,53	,019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42. Ha sido especialmente pesimista	-	-		130,70	,000	(***)	-	-	-	6,25	,013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-		100,52	,000	(***)	10,75	,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
44. Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual	-	-		62,47	,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,84	,008	-	-	-	-	-	-
45. Se ha preocupado por su salud, sin un motivo concreto	-	-		41,13	,000	(***)	12,35	,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TP (\*) &gt; Normal

Sexo (\*) &gt; Hombres; País (\*) &gt; España;

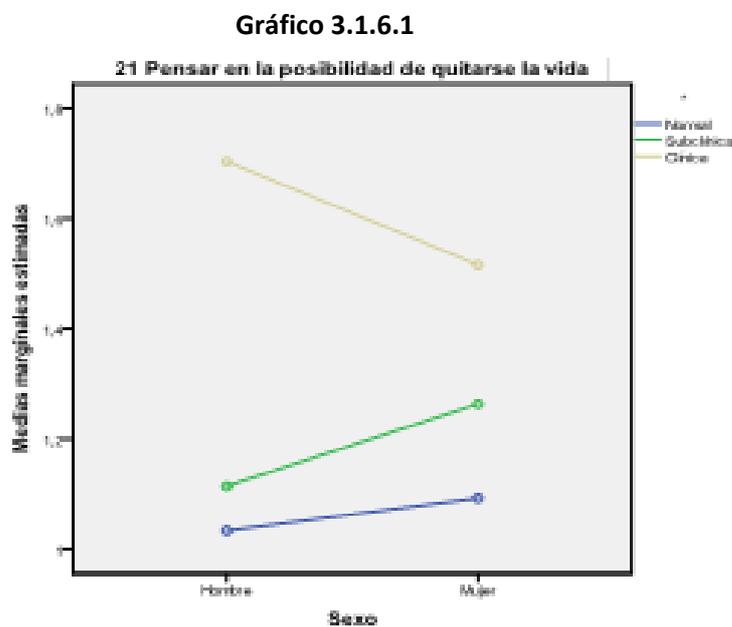
TP (\*\*) &gt; Subclínica

Sexo (\*\*) &gt; mujeres; País (\*\*) &gt; Cuba;

TP (\*\*\*) &gt; Clínica

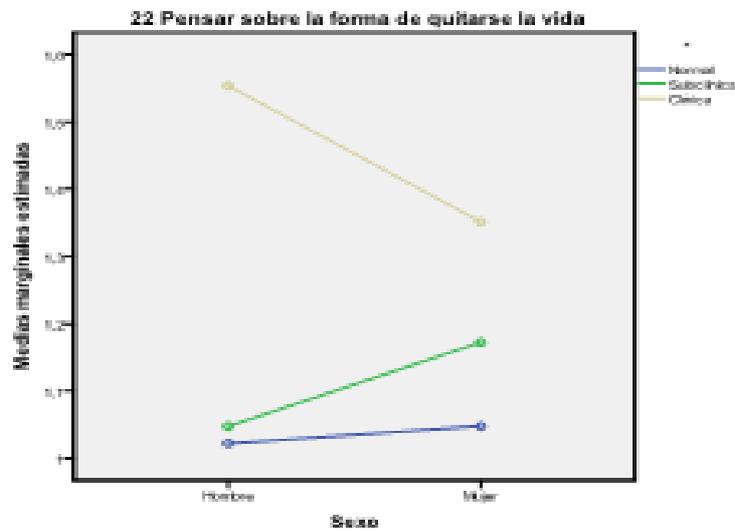
Al estudiar la interacción entre sexo y tipo de población, aparecen cuatro interacciones en las que se produce un efecto significativo.

Respecto a pensar en la posibilidad de quitarse la vida  $F(4,820)=3.88, p.021$ , podemos ver en el gráfico 3.1.6.1, que los hombres piensan más en quitarse la vida en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal las mujeres tienen este síntoma en mayor medida.



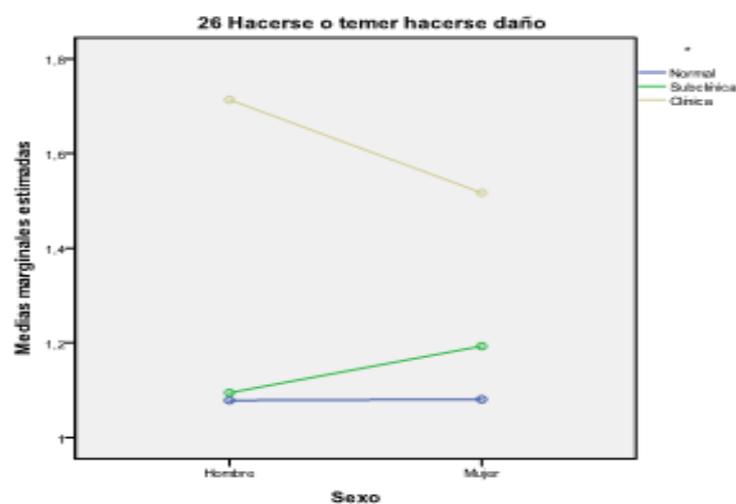
En cuanto al síntoma ha pensado sobre la forma de quitarse la vida  $F(4,820)=5.25, p.005$ , apreciamos en el gráfico 3.1.6.2, que los hombres tienen valores más elevados para este síntoma en la población clínica. En cuanto a la población subclínica, podemos ver que son las mujeres las que tienen valores superiores, mientras que en la población normal el puntaje es muy bajo y no existen diferencias en función del género.

Gráfico 3.1.6.2



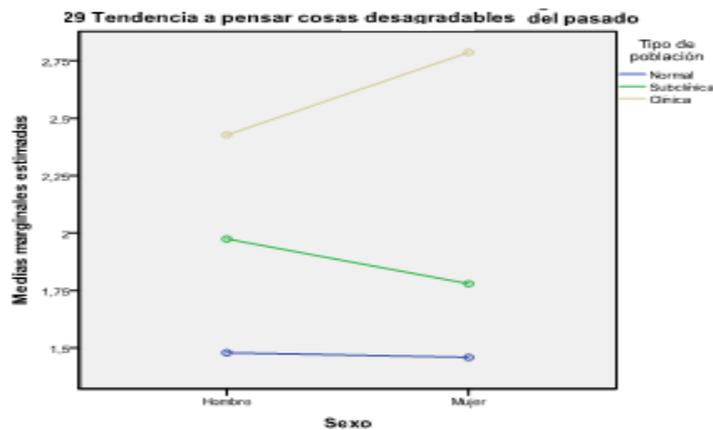
Como era de esperar, el síntoma de hacerse o temer hacerse daño  $F(4,820)=3.16$ ,  $p.043$ , se da en mayor medida en la población clínica, como vemos reflejado en el gráfico 3.1.6.3, siendo los hombres los que tienen valores superiores. En la población subclínica, las mujeres muestran en mayor medida el síntoma, mientras que en la población normal no encontramos diferencias significativas en función del género.

Gráfico 3.1.6.3



Respecto a la tendencia a pensar cosas desagradables del pasado  $F(4,820)=5.25, p=.005$ , vemos en el gráfico 3.1.6.4, que las mujeres tienen valores más elevados en la población clínica. En la población subclínica son los hombres los que tienen puntajes superiores, mientras que en la población normal no encontramos diferencias en función del sexo.

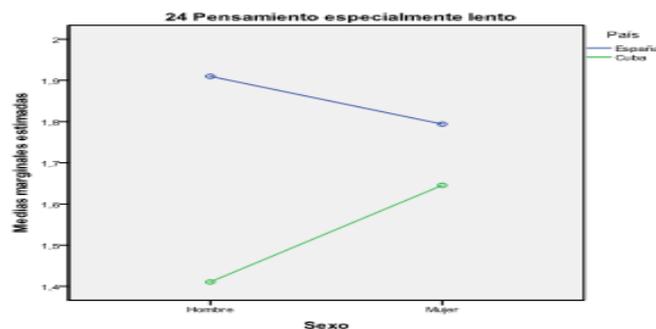
**Gráfico 3.1.6.4**



Al estudiar la interacción entre sexo y país aparecen seis interacciones con efecto significativo de las 19 variables cognitivas.

Respecto a tener el pensamiento especialmente enlentecido  $F(3,820)=8.41.p.004$ , podemos apreciar en el gráfico 3.1.6.5 que los hombres españoles presentan valores superiores en este síntoma, mientras que en Cuba son las mujeres las que tienen valores más elevados.

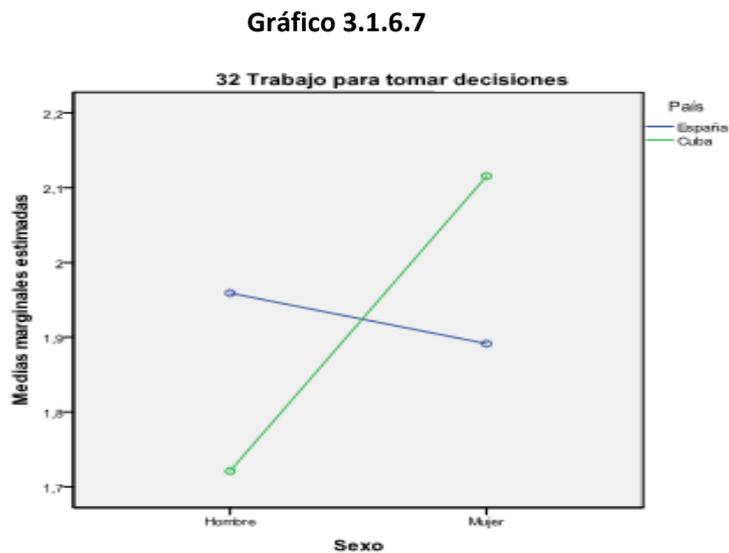
**Gráfico 3.1.6.5**



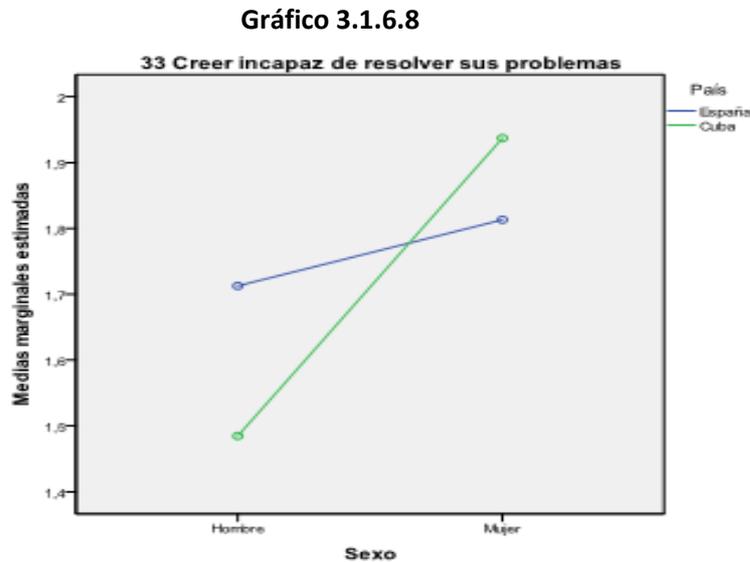
En relación a hacerse o temer hacerse daño  $F(3,820)=4.42, p=.036$ , los hombres españoles tienen valores superiores, mientras que en Cuba son las mujeres las que presentan en mayor medida este síntoma, como vemos reflejado en el gráfico 3.1.6.6.



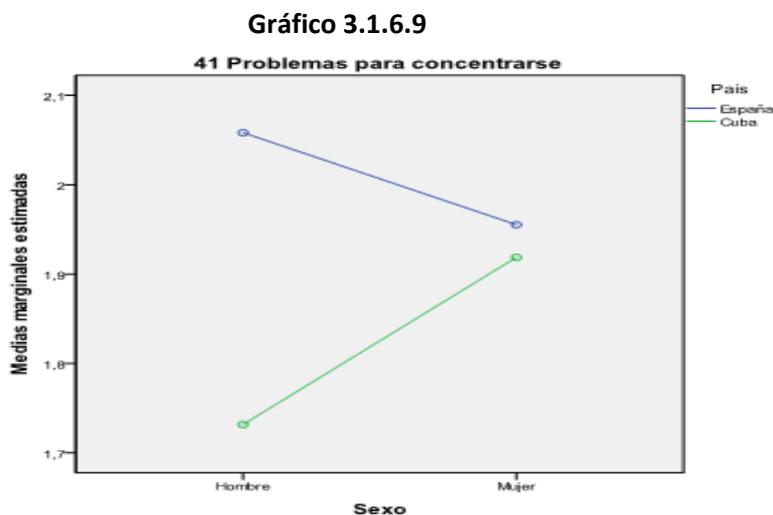
En cuanto a costarle trabajo para tomar decisiones  $F(3,820)=12.44, p.000$ , apreciamos en el gráfico 3.1.6.7, que a las mujeres cubanas presentan valores superiores, al contrario ocurre en España, dónde son los hombres tienen valores más elevados.



Respecto a creerse incapaz de resolver sus problemas  $F(3,820)=7.89, p.005$ , podemos apreciar en el gráfico 3.1.6.8, que las mujeres cubanas presentan valores más altos, mientras que en España, aunque con puntajes inferiores a las cubanas, también son las mujeres las que tienen puntajes más elevados.



En relación al síntoma tener problemas para concentrarse  $F(3,820)=5.53, p.019$ , apreciamos en el gráfico 3.1.6.9, la interacción entre sexo y país en la que observamos que los hombres españoles tienen más problemas para concentrarse, siendo las mujeres en Cuba las que tienen valores más elevados.



En cuanto a la variable sentirse espacialmente pesimista  $F(3,820)=6.25, p=.013$ , podemos ver en el gráfico 3.1.6.10, que las mujeres cubanas tienen valores superiores, sin embargo respecto a los hombres se da la relación inversa, siendo los españoles quienes tienen más quejas respecto a este síntoma.

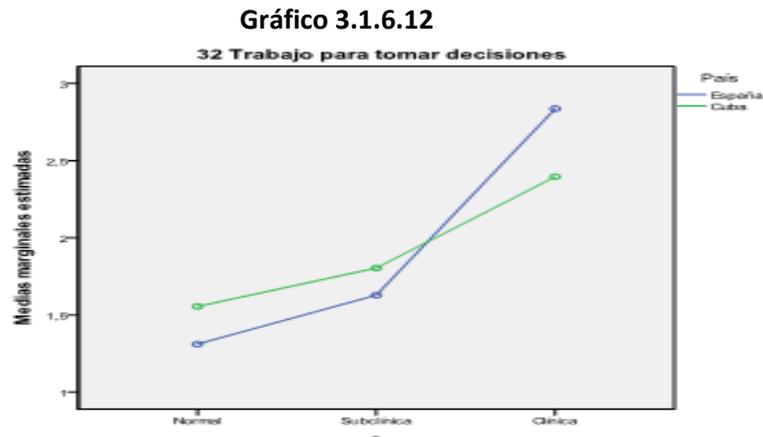


Al analizar la interacción entre el tipo de población y el país, encontramos siete interacciones con efecto significativo.

Respecto a tener el pensamiento especialmente lento  $F(4,820)=26.11, p.000$ . podemos ver en el gráfico 3.1.6.11, que en la población clínica española aparecen valores superiores en este síntoma, mientras que en las poblaciones subclínica y normal no aparecen diferencias en función del país.



Respecto al síntoma: tener más dificultades para tomar decisiones  $F(4,820)=9.29, p.000$ , podemos ver en el gráfico 3.1.6.12, que a los españoles tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal, son los cubanos los que tienen puntajes superiores.



En cuanto a creerse incapaz para resolver sus problemas  $F(4,820)=5.86, p=.003$ , apreciamos en el gráfico 3.1.6.13, que en la población clínica de ambos países la creencia acerca de la propia incapacidad para resolver los problemas es mayor, sin embargo, son los españoles los que tienen valores superiores. En las poblaciones subclínica y normal, son los cubanos los que tienen puntajes más elevados.



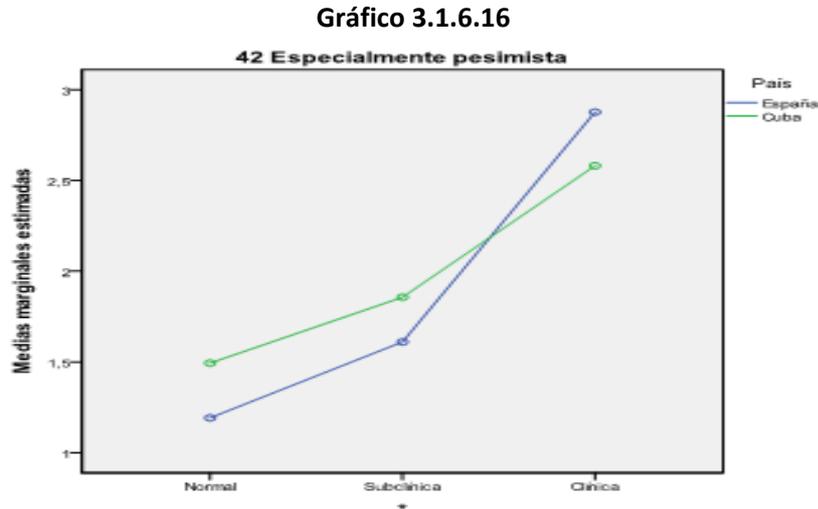
En cuanto al síntoma sentirse inquieto anticipando que algo malo ocurrirá  $F(4,820)=5.58, p=.000$ , apreciamos en el gráfico 3.1.6.14, que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal, los cubanos tienen valores más elevados.



Así mismo en cuanto al síntoma ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía  $F(4,820)=9.83, =p.000$ , vemos reflejado en el Gráfico 3.1.6.15, que en la población clínica se dan más dificultades para la concentración que en las poblaciones subclínica y normal. En los españoles aparecen en mayor medida más problemas de concentración en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores superiores en la población normal. En la población subclínica no aparecen diferencias significativas en función del país.



En el síntoma se ha sentido especialmente pesimista  $F(4,820)=6.99, p=.001$ , apreciamos en el gráfico 3.1.6.16, que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, sin embargo en las poblaciones subclínica y normal, los cubanos tienen puntajes más elevados.



En cuanto a tener más problemas de lo habitual  $F(4,820)=4.84, p=.008$ , vemos en el gráfico 3.1.6.17, que los españoles tienen valores superiores en las poblaciones clínica y normal, mientras que los cubanos tienen puntajes más elevados en la población subclínica.



En cuanto a la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, apreciamos interacciones con efecto significativo en cinco variables.

En cuanto a la variable sentirse poco valioso  $F(5,820)=5.38, p=.005$ , vemos en los gráficos 3.1.6.18 y 3.1.6.19, que en España las mujeres presentan en mayor medida este síntoma en la población clínica y la población subclínica, mientras que en la población normal los hombres tienen valores ligeramente más elevados. En Cuba, son los hombres los que tienen puntajes más elevados en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son las mujeres quienes tienen valores superiores.

Gráfico 3.1.6.18

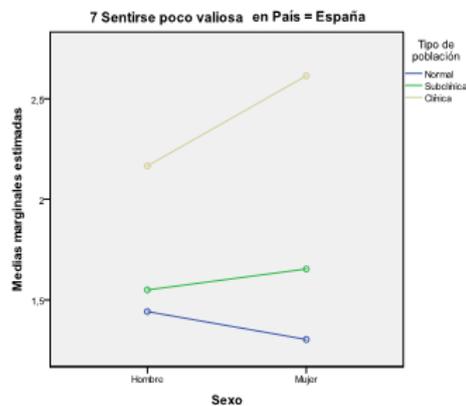
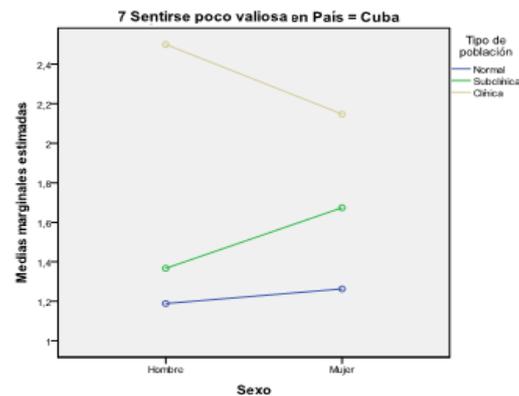


Gráfico 3.1.6.19

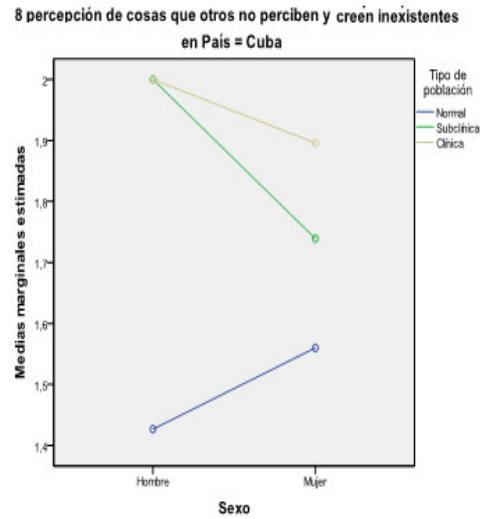


En relación al síntoma ha tenido alteraciones perceptivas, reflejadas en el síntoma: ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes  $F(5,820)=5.42, p=,000$ , podemos ver en los gráficos 3.1.6.20 y 3.1.6.21, la interacción con efecto significativo que pone de relieve que en España las mujeres tienen este síntoma en mayor medida en las poblaciones clínica y normal, mientras que en la población subclínica son los hombres los que tienen puntajes superiores. En Cuba, en las poblaciones clínica y subclínica los hombres tienen valores más elevados, sin embargo en la población normal las mujeres tienen el síntoma en mayor medida.

**Gráfico 3.1.6.20**

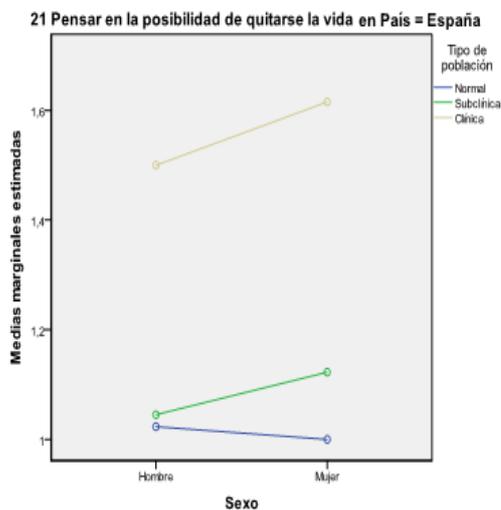


**Gráfico 3.1.6.21**

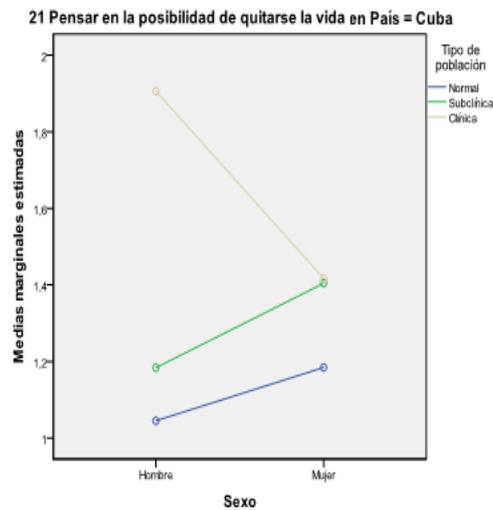


En relación a pensar en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p.003$ , podemos ver en los gráficos 3.1.6.22 y 3.1.6.23, que en la población clínica de ambos países, tanto hombres como mujeres piensan más en la posibilidad de quitarse la vida. En España las mujeres de población clínica y subclínica las que tienen valores más elevados, mientras que en la población normal son los hombres los que tienen puntuaciones más elevadas. En Cuba son los hombres presentan más quejas en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son las mujeres las que tienen puntuaciones más elevadas.

**Gráfico 3.1.6.22**



**Gráfico 3.1.6.23**



Respecto a pensar sobre la forma de quitarse la vida  $F(6,820)=9.96, p=.000$ , en España las mujeres de los tres tipos de población presentan valores más elevados, siendo en la población clínica en la que tienen los valores más altos, como vemos en los gráficos 3.1.6.24 y 3.1.6.25. En Cuba la tendencia varía en función del género y son los hombres los que tienen puntuaciones superiores en la población clínica. En la población subclínica las mujeres tienen valores más elevados y en la población normal no aparecen diferencias significativas en función del género.

Gráfico 3.1.6.24

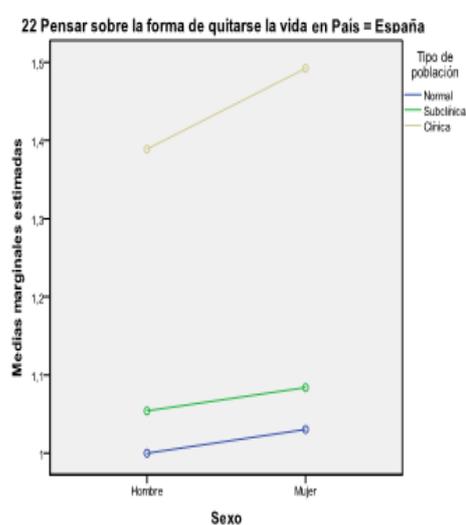
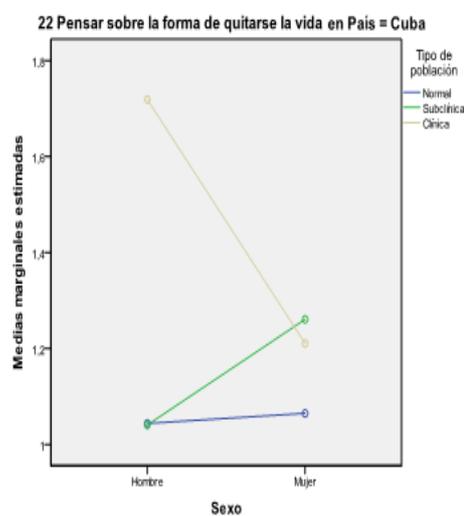
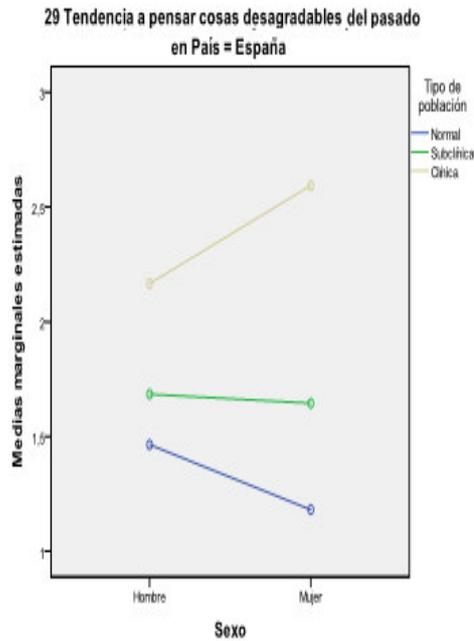


Gráfico 3.1.6.25

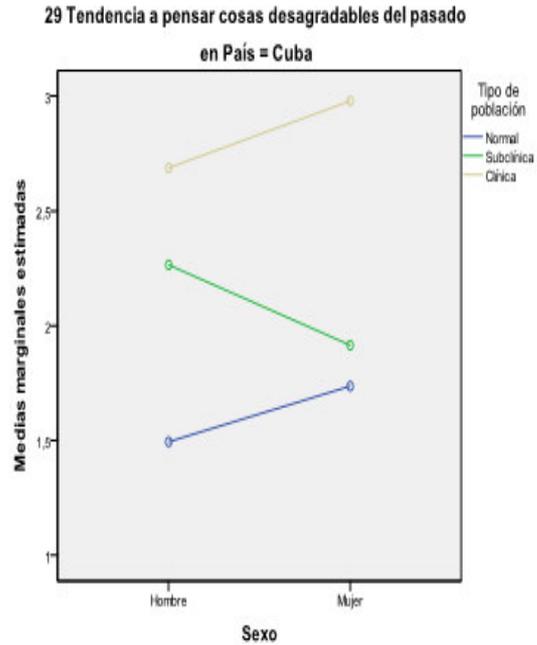


Referente a la tendencia a pensar cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado  $F(6,820)=3.93, p.020$ , podemos apreciar en los gráficos 3.1.6.26 y 3.1.6.27, como en ambos países la tendencia a pensar cosas desagradables del pasado alcanza valores más elevados en la población clínica, siendo en ambos países las mujeres las que tienen mayores quejas en este síntoma. En población subclínica, en España no aparecen diferencias en función del país, mientras que en la población normal son los hombres muestran ligeramente una mayor tendencia a pensar cosas desagradables. En Cuba en la población subclínica los hombres tienen valores más elevados, mientras que en la población normal son las mujeres las que tienen puntuaciones superiores este síntoma.

**Gráfico 3.1.6.26**



**Gráfico 3.1.6.27**



**3.1.6.1. Resumen de las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país en los síntomas cognitivos.**

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas cognitivos, en cuanto las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país, que podemos ver reflejado en la tabla 3.1.17.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

**Tabla 3.1.17.** Resumen de las diferencias en los Síntomas Cognitivos

<b>SÍNTOMAS COGNITIVOS</b>			
<b>Síntomas</b>	<b>Sexo</b>	<b>TP</b>	<b>País</b>
6.Se ha criticado a sí mismo	,000 M	,000 CL	,000 C
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-	,000 CL	-
8.Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes	-	,000 CL	,000 C
9.Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos	-	,000 CL	,000 C
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución.	-	,000 CL	,002 C
21.Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	,000 CL	,004 C
22.Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	,000 CL	-
24.Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido	-	,000 CL	,000 E
26.Se ha hecho o ha temido hacerse daño a si mismo	-	,000 CL	-
29.Ha tenido que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado	-	,000 CL	,000 C
30.Se ha sentido una carga para los demás	,002 M	,000 CL	,015 C
32.Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones	,013 M	,000 CL	-
33.Ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas	,000 M	,000 CL	-
34.Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir	,025 M	,000 CL	,000 C

Continúa.

**Tabla 3.1.17.** Resumen de las diferencias en los valores Síntomas Cognitivos (Continuación)

SÍNTOMAS COGNITIVOS			
Síntomas	Sexo	TP	País
41.Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacia	-	,000 CL	,003 E
42.Ha sido especialmente pesimista	-	,000 CL	-
43.Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	,000 CL	,001 C
44.Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual	-	,000 CL	-
45.Se ha preocupado por su salud, sin un motivo concreto	-	,000 CL	,000 C

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

**En función del genero**, podemos ver en la tabla 3.1.17, que en todos los ítem que resultan con relevancia estadística consistente en valores más elevados en las mujeres en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo  $F(1,820)=10.31, p=.000$ , se ha sentido una carga para los demás  $F(1,820)=9.54, p=.002$ , le cuesta más trabajo de lo habitual tomar decisiones  $F(1,820)=6.22, p=.013$ , se ha creído que era incapaz para resolver sus problemas  $F(1,820)=10.48, p=.000$  y se ha sentido más inquieto como si algo malo fuera a ocurrir  $F(1,820)=5.02, p=.025$ .

**En función del tipo de población**, podemos ver en la tabla 3.1.17, diferencias significativas en las 19 variables que componen los síntomas cognitivos, todos ellos tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo  $F(2,820)=44.14, p=.000$ , ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa  $F(2,820)=76.02, p=.000$ , ha visto, oído, o percibido de alguna

forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes  $F(2,820)=9.74, p=.000$ , ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos  $F(2,820)=16.88, p=.000$ , ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución  $F(2,820)=66.60, p=.000$ , ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida  $F(2,820)=38.54, p=.000$ , ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida  $F(2,820)=33.51, p=.000$ , ha notado su pensamiento especialmente enlentecido  $F(2,820)=73.04, p=.000$ , se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo  $F(2,820)=42.88, p=.000$ , ha tenido que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado  $F(2,820)=79.25, p=.000$ , se ha sentido una carga para los demás  $F(2,820)=75.58, p=.000$ , le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones  $F(2,820)=99.29, p=.000$ , ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas  $F(2,820)=80.27, p=.000$ , se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir  $F(2,820)=84.59, p=.000$ , ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía  $F(2,820)=134.12, p=.000$ , ha sido especialmente permisiva  $F(2,820)=130.70, p=.000$ , ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta  $F(2,820)=100.52, p=.000$ , ha tenido más problemas de memoria de lo habitual  $F(2,820)=62.47, p=.000$ , se ha preocupado por su salud, sin un motivo concreto  $F(2,820)=41.13, p=.000$ .

**En función del país**, las variables en las que aparecen diferencias significativas en función del país:

**Los españoles** tienen valores superiores en los siguientes síntomas: ha notado su pensamiento especialmente enlentecido  $F(1,820)=28.71, p=.000$  y ha encontrado más problemas de lo habitual para concentrarse  $F(1,820)=8.66, p=.003$ .

**En Cuba** aparecen puntuaciones más elevadas en los síntomas: criticarse más a sí mismos  $F(1,820)=22.97, p=.000$ , tener más percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros son incapaces de percibir  $F(1,820)=21.42, p=.000$ , tener convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos  $F(1,820)=23.93, p=.000$ , pensar que sus problemas no tienen solución  $F(1,820)=9.66, p=.002$ , pensar más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(1,820)=28.14, p=.004$ , tender a pensar más sobre cosas desagradables que les sucedió en el pasado  $F(1,820)=32.15, p=.000$ , sentirse una carga para los demás  $F(1,820)=5.88, p=.015$ , sentirse inquieto con el pensamiento de que algo malo va a

sucedir  $F(1,820)=14.28, p=.000$ , estar especialmente preocupados sin razón concreta  $F(1,820)=100.75, p=.001$  y preocuparse más por su salud sin motivo concreto.  $F(1,820)=12.35, p=.000$

### **3.1.6.2. Resumen de las interacciones significativas en los síntomas cognitivos.**

Una vez analizados los datos resultantes del conjunto de síntomas cognitivos en cuanto a las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple relación entre sexo, tipo de población y país, que podemos ver en la tabla 3.1.18, las interacciones con efecto significativo. De los datos obtenidos extraemos las siguientes conclusiones.

Tabla 3.1.18. Resumen de las Interacciones significativas Síntomas Cognitivos

Síntomas	SÍNTOMAS COGNITIVOS					
	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	España	Sexo*TP*País	Cuba
6. Se ha criticado a sí mismo	-	-	-	-	-	-
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-	-	-	M*CL/Sub H*N	H*CL M*Sub/N	-
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes	-	-	-	M*CL/NH*Sub	H*CL/Sub M*N	-
9. Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos	-	-	-	-	-	-
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución.	-	-	-	-	-	-
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	H*CL M*Sub/N	-	-	M*CL/Sub H*N	H*CL M*Sub/N	-
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	H*CL M*Sub/N	-	-	M*CL/Sub/N	H*CL M*Sub/N	-
24. Ha retirado su pensamiento especialmente enlentecido	-	H*E M*C	CL Sub/N E E/C	-	-	-
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	H*CL M*Sub H/M*IGUALES	H*E M*C	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.1.18. Resumen de las Interacciones Significativas Síntomas Cognitivos (Continuación)

Síntomas	Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*TP*País	
	M*CL H*Sub H/M*IGUALES	-	H*E M*C	-	CL Sub F C	N C	M*CL H*Sub/N	F*país Cuba
29. Ha tenido que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado	M*CL H*Sub H/M*IGUALES	-	H*E M*C	-	CL Sub F C	N C	M*CL H*Sub/N	M*CL/N H*Sub
30. Se ha sentido una carga para los demás	-	-	-	-	-	-	-	-
32. Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones	-	-	H*E M*C	-	CL Sub F C	N C	-	-
33. Ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas	-	-	H*E M*C	-	CL Sub E C	N C	-	-
34. Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir	-	-	-	-	CL Sub E C	N C	-	-
41. Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía	-	-	H*E M*C	-	CL Sub E E/C	N C	-	-
42. Ha sido especialmente pesimista	-	-	H*E M*C	-	CL Sub E C	N C	-	-
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-	-	-	-	-	-	-
44. Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual	-	-	-	-	CL Sub E C	N E	-	-
45. Se ha preocupado por su salud, sin un motivo concreto	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo: Ps Ic  
 H=Hombres F=F\*país: TP= Tipo de Población:  
 M=Mujeres C=Cuba Sub= Subclínica  
 CL= Clínica

---

**En la interacción entre sexo y tipo de población,** encontramos cuatro interacciones en las que aparece un efecto significativo de las 19 variables que componen los síntomas cognitivos, que pasamos a detallar.

**Los hombres** presentan valores superiores en la población clínica en los síntomas: ha pensado más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(4,820)=3.88, p=0.21$ , pensar sobre la forma como sería posible quitarse la vida  $F(4,820)=5.25, p=0.005$  y se ha hecho o han temido hacerse daño  $F(4,820)=3.16, p=0.043$ . Mientras que en la población subclínica la puntuación más elevada se dan en el síntoma: ha tendido a pensar cosas desagradables que le han sucedido en el pasado  $F(4,820)=5.25, p=0.005$ .

**En las mujeres,** la mayoría de los valores dónde aparecen diferencias significativas, se concentran en las poblaciones subclínica y normal, excepto en el síntoma: tendencia a pensar cosas desagradables que ocurrieron en el pasado  $F(4,820)=5.25, p=0.005$ , en el que tiene puntuación superior en la población clínica.

En la población subclínica los valores más elevados se han dado en los síntomas: se ha hecho o ha temido hacerse daño  $F(4,820)=3.16, p=0.043$  y en las poblaciones subclínica y normal, en los síntomas: ha pensado más sobre posibilidad de quitarse la vida  $F(4,820)=3.88, p=0.21$  y sobre la forma de cómo podrían quitarse la vida  $F(4,820)=5.25, p=0.005$ .

No hay diferencias en función del género en los síntomas: se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo y la tendencia a pensar cosas desagradables que han ocurrido en el pasado, en los que las puntuaciones más elevadas se dan en la población normal.

**En cuanto a la interacción entre sexo y país,** encontramos seis valores en los que aparecen interacciones con efecto significativo, en las que se pone de relieve que los hombres españoles tienen valores más elevados respecto a las mujeres, mientras

que en Cuba son las mujeres las que tienen valores superiores a los hombres en todas las variables con efecto significativo.

**En España** los hombres tienen valores superiores en los siguientes síntomas: ha notado su pensamiento especialmente enlentecido  $F(4,820)=8.41, p=004$ , se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo  $F(3,820)=4.42, p=036$ , le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones  $F(3,820)=12.44, p=000$ , ha tenido más problemas de lo habitual para concentrarse en lo que hacía  $F(3,820)=5.53, p=019$  y ha sido especialmente pesimista  $F(3,820)=6.25, p=013$ , mientras que las mujeres españolas tienen valores superiores en el síntoma: se ha sentido más incapaz para tomar decisiones  $F(3,820)=7.89, p=005$ .

**En Cuba**, las mujeres tienen valores superiores en todas las variables: ha notado su pensamiento especialmente enlentecido  $F(3,820)=8.41, p=004$ , se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí misma  $F(3,820)=4.42, p=036$ , le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones  $F(3,820)=12.44, p=000$ . se ha sentido más incapaces para resolver sus problemas  $F(3,820)=7.89, p=005$ , ha tenido más problemas para concentrarse en lo que hacían  $F(3,820)=5.53, p=019$  y ha sido especialmente pesimista  $F(3,820)=6.25, p=013$ .

**Respecto al efecto de la interacción entre tipo de población y país**, encontramos siete variables dónde aparece un efecto positivo.

**En la población clínica**, los españoles tienen valores superiores en todas las variables: ha notado su pensamiento especialmente enlentecido  $F(5,820)=26.11, p=000$ , le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones  $F(5,820)=9.29, p=000$  y se ha creído más incapaz para resolver sus problemas  $F(5,820)=5.86, p=003$ , se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a ocurrir  $F(5,820)=8.58, p=000$ , ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía  $F(5,820)=9.83, p=000$ , se ha sentido especialmente pesimista

$F(5,820)=6.99, p=001$  y ha tenido más problemas de memoria de lo habitual  $F(5,820)=4.84, p=004$ .

**En la población subclínica, y normal**, en Cuba aparecen valores más elevados en los siguientes síntomas: le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones  $F(5,820)=9.29, p=000$ , se ha creído más incapaz para tomar decisiones  $F(5,820)=9.29, p=000$ , se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a ocurrir  $F(5,820)=8.58, p=000$ , se ha sentido especialmente pesimista  $F(5,820)=6.99, p=001$  y ha tenido más problemas de memoria de lo habitual  $F(5,820)=4.84, p=004$ .

En cuanto al síntoma tener el pensamiento especialmente enlentecido no aparecen diferencias en función del país ni en la población subclínica ni en la población normal y en relación al síntoma tener más problemas de lo habitual para concentrarse en lo que hacía, no aparecen diferencias en función del país en la población subclínica.

**Respecto a la triple interacción entre sexo, tipo de población y país**, aparecen cinco interacciones con efecto significativo, que ponen de relieve que en España, en las mujeres aparece mayor sintomatología depresiva en las poblaciones clínica y subclínica y los hombres en la población normal en los siguientes síntomas:

**En España**, la mayoría de las diferencias significativas son consistentes en valores superiores en las mujeres en la población clínica, mientras que en los hombres las diferencias significativas se dan en los hombres en las poblaciones subclínica y normal:

**Las mujeres españolas** tienen valores más elevados en la población clínica en los siguientes síntomas: se siente poco valiosa cuando se comparan con los demás  $F(6,820)=5.38, p=005$ , ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes  $F(6,820)=5.42, p=000$ , ha pensado más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=003$  y sobre la forma como podría quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=000$  y ha tendido a pensar más sobre cosas

desagradables que les han ocurrido en el pasado  $F(6,820)=3.93, p=020$ . En la población subclínica, se sienten poco valiosas cuando se comparan con los demás  $F(6,820)=5.38, p=005$ , han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=003$  y sobre la forma como podrían quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=000$  y en la población normal, han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes  $F(6,820)=5.42, p=000$  y han pensado sobre la forma como podrían quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=000$ .

**Los hombres españoles**, no tienen valores significativos en la población clínica, la sintomatología depresiva en función del tipo de población se distribuye en las poblaciones subclínica y normal. En la población subclínica tienen valores más elevados en los síntomas: ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes  $F(6,820)=5.42, p=000$  y ha tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado  $F(6,820)=3.93, p=020$  y en la población normal aparecen puntuaciones superiores en los síntomas: se ha creído poco valioso al compararse con los demás  $F(6,820)=5.38, p=005$ , ha pensado más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=003$  y ha tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado  $F(6,820)=3.93, p=020$ .

**En Cuba**, son los hombres los que tienen valores más elevados en la población clínica en la mayoría de las variables, mientras que las mujeres obtienen puntuaciones superiores en las poblaciones subclínica y normal.

**Los hombres cubanos** tienen puntuaciones superiores en la población clínica en los siguientes síntomas: se siente poco valioso cuando se compara con los demás  $F(6,820)=5.38, p=005$ , ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes  $F(6,820)=5.42, p=000$ , ha pensado más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=003$  y sobre la forma como podría quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=000$ . En la población subclínica aparecen valores

---

superiores en los síntomas: ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes  $F(6,820)=5.42, p=000$  y ha tendido a pensar más sobre cosas desagradables que le ha ocurrido en el pasado  $F(6,820)=3.93, p=020$  y en la población normal, no aparecen puntuaciones significativas en ningún síntoma.

**Las mujeres cubanas** tienen valores más elevados en la población clínica en los siguientes síntomas: ha tendido a pensar sobre cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado  $F(6,820)=3.93, p=020$ . En la población subclínica tienen puntuaciones superiores en los síntomas: se siente poco valiosa cuando se comparan con los demás  $F(6,820)=5.38, p=005$ , ha pensado más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=003$  y ha pensado sobre la forma como podría quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=000$  y en la población normal aparecen puntuaciones superiores en los síntomas: ha pensado que en comparación con los demás es una persona poco valiosa  $F(6,820)=5.38, p=005$ , ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes  $F(6,820)=5.42, p=000$ , ha pensado más en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,820)=5.70, p=003$ , ha pensado sobre la forma como podría quitarse la vida  $F(6,820)=7.96, p=000$  y ha tendido a pensar más sobre cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado  $F(6,820)=3.93, p=020$ .

## **3. 2. Análisis de los síntomas por rango de edad**

Vamos a analizar ahora los resultados de los seis grupos de síntomas: Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos. Hemos dividido la muestra en tres rangos de edad con el fin de extraer las conclusiones específicas para rango de edad.

El primer grupo está formado por jóvenes con un rango de edad comprendido entre los 18 y los 25 años, compuesto por 292 sujetos, el segundo grupo lo integran los adultos de edades entre los 35 y los 55 años, compuesto por 232 sujetos y el tercer grupo está formado por las personas de edad avanzada mayores de 64 años, compuesto por 296 sujetos.

### **3.2.1. Análisis de los síntomas Físicos**

Vamos a analizar cómo se distribuyen los valores de las variables estudiadas en función del género, tipo de población y país, así como la interacción entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, país y tipo de población de los síntomas Físicos, atendiendo a tres rangos de edad para cada uno de ellos.

#### **3.2.1.1 Síntomas Físicos, edad de 18 a 25 años**

El análisis de los síntomas físicos que podemos ver en la tabla 3.2.1.1, aparecen los resultados que corresponden al primer grupo de edad comprendida entre los 18 y los 25 años.

Los valores en los que han aparecido puntuaciones significativas estarán reflejados en las tablas correspondientes, representados por asteriscos para facilitar la comprensión de los datos en los síntomas depresivos. Respecto a las interacciones significativas que resultan de los datos obtenidos, estarán representadas

mediante asteriscos en la tabla resumen al final de la descripción de los síntomas.

**En función del sexo**, vemos en la tabla 3.2.1.1, los síntomas físicos en el primer grupo de edad, en la que aparece solo un síntoma con diferencias significativas consistentes en que las mujeres jóvenes tienen puntuaciones superiores en el síntoma: ha tenido más molestias o dolores de lo habitual  $F(1,292)=6.56, p=.014$ .

**En cuanto al tipo de población** aparecen valores superiores en la población clínica en todas los síntomas físicos: no podía estar quieto (agitación general, de manos, piernas, etc.)  $F(2,292)=10.228, p.000$ , disminuido su apetito  $F(2,292) = 4,055, p=.018$ , se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos  $F(2,292)=21.814, p = .000$ , Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual  $F(2,292)=33.555, p.000$ , le ha costado dormirse más de lo habitual  $F(2,292)=9.152, p=.000$ , ha sentido más molestias o dolores de lo habitual  $F(2,292)=10.863, p.000$ , ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(2,292)=13.450, p.000$ , se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(2,292)=6.830, p=.001$ , ha ido perdiendo peso sin proponérselo  $F(2,292)=9.809, p=.000$  y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana  $F(2,292)=5.418, p=.005$ .

**En relación al País**, solo en cinco de las 15 variables estudiadas encontramos diferencias significativas, consistentes en puntuaciones más elevadas en la muestra cubana en los síntomas: los jóvenes cubanos han aumentado su apetito  $F(1,292)=12.582, p=.000$ , han tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(1,292)=7.152, p=.008$ , se han notado sudores, palpitaciones u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(1,292)=4.821, p=.029$ , han ido ganando peso  $F(1,292)=14.970, p.000$  y perdiendo peso sin proponérselo  $F(1,292)=10.629, p =.001$ .

Tabla 3.2.1.1. Síntomas Físicos, edad de 18 a 25 años

Síntomas	SÍNTOMAS FÍSICOS EN LOS JÓVENES DE 18 A 25 AÑOS																	
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP					
	F	SIG	F	SIG	F	SIG	F	SIG	F	SIG	F	SIG	F	SIG				
1. No podía estar quieto	-	-	10,228	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
4. Ha aumentado su apetito	-	-	-	-	12,582	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5. Ha disminuido su apetito	-	-	4,055	,018 (***)	-	-	-	-	-	-	4,980	,007	-	-	-	-	-	
13. Se ha sentido especialmente enlentecido	-	-	21,814	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual	-	-	33,555	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	5,125	,007	-	-	-	-	-	
16. ha dormido más horas de lo habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
17. Ha dormido menos de lo habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,717	,010	-	
18. se ha despertado antes de lo habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
19. Le ha costado dormirse más de lo habitual	-	-	9,152	,000 (***)	-	-	-	-	-	4,176	,016	-	-	-	-	-	-	
38. Ha sentido más molestias o dolores de lo habitual	6,56	,014 (**)	10,863	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Continúa.

Tabla 3.2.1.1. Síntomas Físicos, edad de 18 a 25 años (Continuación).

Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
39. Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido	-	-	13,450	,000 (****)	7,152	,008 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
51. Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales	-	-	6,830	,001 (****)	4,821	,029 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
53. Ha ido ganando peso sin proponérselo	-	-	-	-	14,970	,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
54. Ha ido perdiendo peso sin proponérselo	-	-	9,809	,000 (****)	10,629	,001 (**)	9,098	,000	-	-	-	-	-	-
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	-	5,418	,005 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España;

Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba;

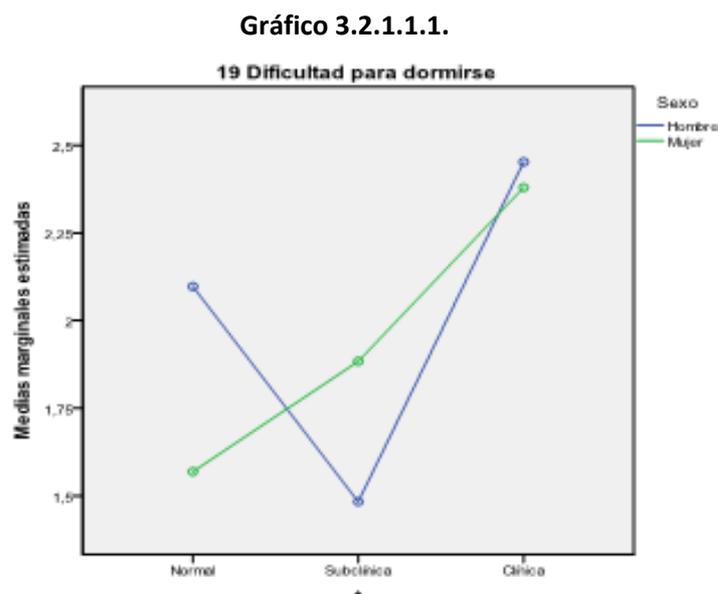
TP (\*) = Normal

TP (\*\*) = Subclínica

TP (\*\*\*) = Clínica

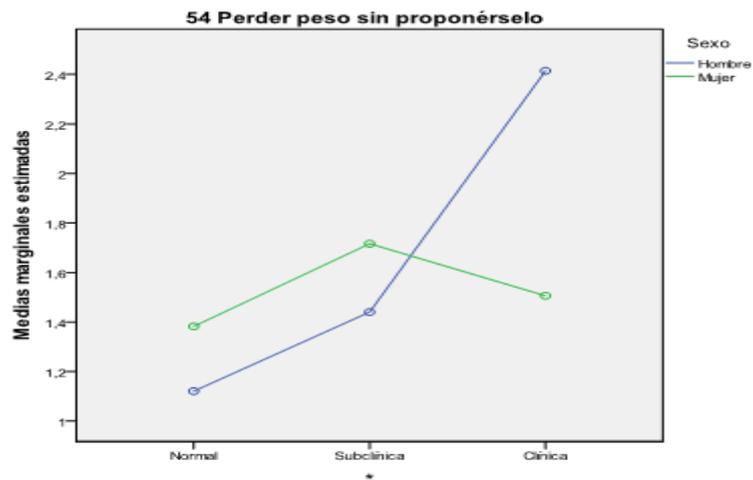
Al estudiar la interacción entre el sexo y el tipo de población, encontramos dos interacciones con efectos significativos en los siguientes síntomas.

En cuanto a la dificultad para dormir  $F(4,292)=4,176, p=.016$ , vemos reflejado en el Gráfico 3.2.1.1.1., que tanto los hombres como las mujeres jóvenes tienen valores superiores en la población clínica, siendo los hombres los que obtienen los valores más elevados. En la población subclínica las mujeres tienen más dificultad para dormirse mientras que en la población normal son los hombres en los que el síntoma se manifiesta en mayor medida.



Respecto a la pérdida de peso sin proponérselo  $F(4,292)=9.098, p=.000$ , podemos ver en el gráfico 3.2.1.1.2., que los hombres jóvenes de la población clínica pierden más peso sin proponérselo, mientras que las mujeres tienen valores más elevados en la población subclínica y normal.

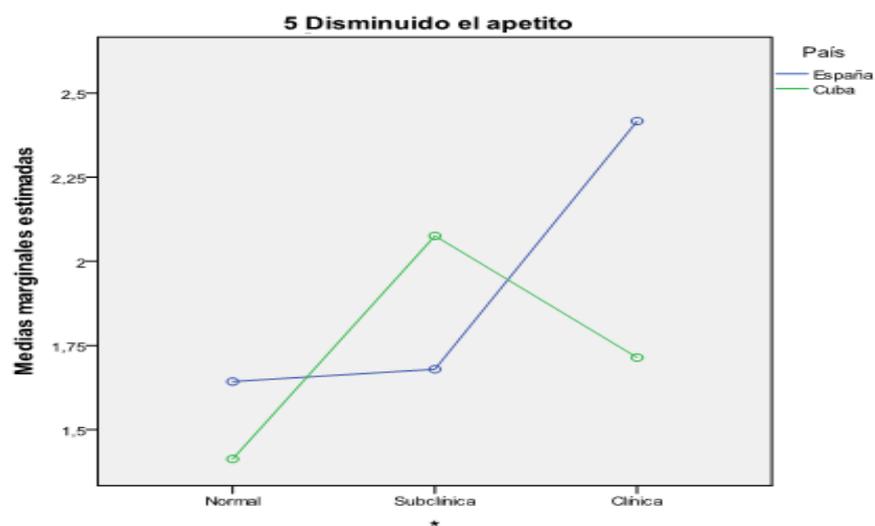
Gráfico 3.2.1.1.2



Al estudiar la interacción entre tipo de población y el país, encontramos dos interacciones significativas.

En cuanto a la disminución de apetito  $F(4,292)=4.980$ ,  $p.007$ , podemos ver en el gráfico 3.2.1.1.3, que los españoles jóvenes tienen valores más elevados en las poblaciones clínica y normal, mientras que en la población subclínica son los cubanos los que tienen valores más elevados.

Gráfico3.2.1.1.3



En la interacción entre tipo de población y país respecto al síntoma encontrarse más fatigado de lo normal  $F(4,292)=5.125, p.007$ , reflejada en el gráfico 3.2.1.1.4, podemos observar que en los jóvenes españoles aparece en este síntoma en mayor medida en la población clínica, mientras que en la población subclínica son los jóvenes cubanos los que tienen valores superiores. En la población normal no aparecen diferencias entre ambos países.



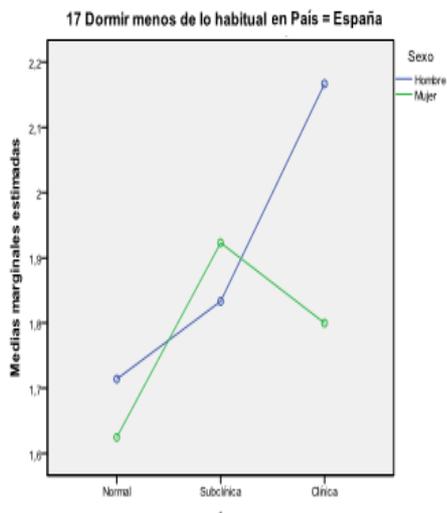
Al estudiar cómo se distribuyen los valores en la triple interacción entre el sexo, tipo de población y país en los jóvenes, encontramos una interacción con efecto significativo.

En el síntoma dormir menos de lo habitual  $F(4,292)=4,176, p=.016$ , podemos apreciar en los gráficos 3.2.1.1.5 Y 3.2.1.1.6, que en España los hombres tienen puntuaciones superiores en la población clínica, seguido de las poblaciones subclínica y normal, mientras que las mujeres duermen menos de lo habitual en la población subclínica seguida de la población clínica y la normal.

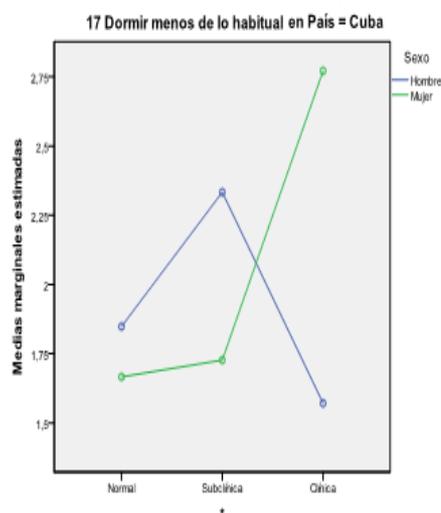
En Cuba, los valores se distribuyen de forma inversa a la población española, las mujeres tienen valores superiores en la población clínica, seguida de la subclínica y la normal, mientras que los hombres tienen puntuaciones más

elevadas en la población subclínica seguida de la población normal y la subclínica.

**Gráfico 3.2.1.1.5**



**Gráfico 3.2.1.1.6**



### 3.2.1.2. Síntomas Físicos, edad de 35 a 55 años

Vamos a analizar los valores obtenidos en función del género, tipo de población y país y las interacciones que resultan significativas. En la tabla 3.2.1.2, podemos ver las puntuaciones más elevadas en los síntomas físicos para el rango de edad comprendido entre los 35 y los 55 años.

**En relación al género,** la distribución de los valores en las distintas variables en función del sexo encontramos cuatro de los 15 síntomas físicos, en los que, en todos los casos, las mujeres tienen valores superiores en el grupo de adultos en los síntomas: se ha sentido especialmente enlentecida  $F(1,232)=9.396, p=.004$ , le cuesta dormirse más de lo habitual  $F(1,232)=14.454, p=.000$ , ha sentido más dolores o molestias de lo habitual  $F(1,232)=4.326, p=.039$  y su estado de ánimo es peor por la mañana  $F(1,232)=4.594, p=.033$ .

**En relación al tipo de población,** hemos obtenido diferencias significativas con valores superiores en la población clínica en todos los síntomas físicos: no podía estar quieto (agitación general, de manos, piernas, etc.)  $F(2,232)=4.267, p=.015$ , se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos  $F(2,232)=.587, p=.004$ , se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual  $F(2,232)=18.184, p=.000$ , ha dormido menos horas de lo habitual  $F(2,232)=6.176, p=.002$ , se ha despertado antes de lo habitual  $F(2,232)=4.281, p=.015$ , le ha costado dormirse más de lo habitual  $F(2,232)=6.006, p=.003$ , ha sentido más molestias o dolores de lo habitual  $F(2,232)=6.049, p=.003$ , ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(2,232)=10.402, p=.000$ , se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(2,232)=14.083, p=.000$  y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana  $F(2,232)=11.036, p=.000$  (Véase tabla 3.2.1.2).

**Respecto al país,** encontramos diferencias significativas en función del país en cuatro síntomas, como podemos ver en la tabla 3.2.1.2, que ponen de relieve que: los cubanos adultos puntúan más alto en los síntomas: ha aumentado su apetito  $F(1,232)=6.807, p=.010$ , ha dormido menos de lo habitual  $F(1,232)=4.258, p=.040$  y ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(1,232)=6.198, p=.014$ , mientras que los españoles han obtenido valores más elevados en el síntoma: se ha sentido especialmente enlentecidos  $F(1,232)=4.218, p=.041$

Tabla 3.2.1.2.Síntomas Físicos, edad de 35 a 55 años

Síntomas	Sexo		TP		Pais		Sexo*TP		Sexo*pais		Tp*pais		Sexo*Pais*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
1. No podía estar quieto	-	-	4,267	,015 (****)	-	-	-	-	-	-	6,416	,002	-	-
4.Ha aumentado su apetito	-	-	-	-	6,807	,010 (***)	3,644	,028	6,999	,009	-	-	-	-
5. Ha disminuido su apetito	-	-	-	-	-	-	3,901	,022	-	-	-	-	3,383	,036
13. Se ha sentido especialmente enlentecido	8,396	,004 (**)	5,587	,004 (****)	4,218	,041 (*)	-	-	-	-	7,425	,001	-	-
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual	-	-	18,184	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16. ha dormido más horas de lo habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	5,881	,016	-	-	-	-
17. Ha dormido menos de lo habitual	-	-	6,176	,002 (****)	4,258	,040 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
18. se ha despertado antes de lo habitual	-	-	4,281	,015 (****)	-	-	-	-	-	-	4,374	,014	-	-
19. Le ha costado dormirse más de lo habitual	14,454	,000 (**)	6,006	,003 (****)	-	-	-	-	-	-	5,489	,005	-	-

Continuación.

Tabla 3.2.1.2. Síntomas Físicos, edad de 35 a 55 años (Continuación)

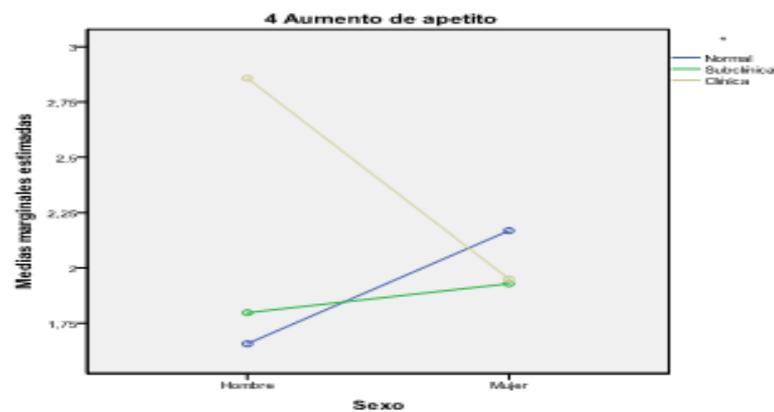
Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
38. Ha sentido más molestia o dolores de lo habitual	4,326	,039 (**)	6,049	,003 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39. Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido	-	-	10,402	,000 (***)	6,198	,014 (**)	-	-	-	-	-	-	5,795	,004
51. Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales	-	-	14,083	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	6,105	,003	-	-
53. Ha ido ganando peso sin proponérselo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54. Ha ido perdiendo peso sin proponérselo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	4,594	,033 (**)	11,036	,000 (***)	-	-	-	-	16,373	,012	-	-	-	-

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España; TP (\*) = Normal  
 Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba; TP (\*\*) = Subclínica  
 TP (\*\*\*) = Clínica

Al estudiar la interacción entre sexo y tipo de población en el grupo de adultos, encontramos dos valores con efectos significativos en los siguientes síntomas:

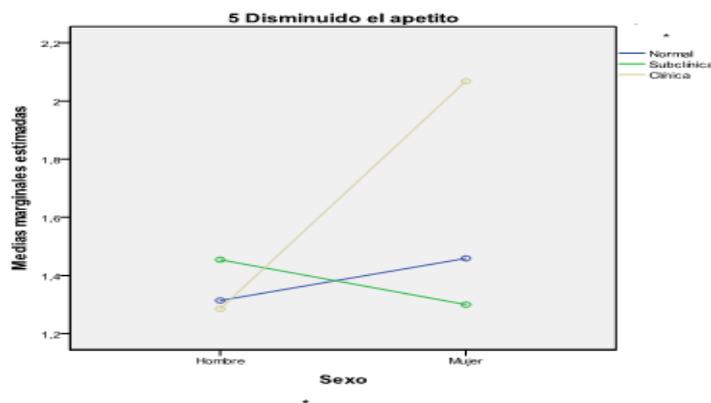
En cuanto al aumento de apetito  $F(4,232)=3.644, p=.028$ , podemos ver reflejado en el gráfico 3.2.1.2.1, que los hombres tienen valores superiores en la población clínica. En la población normal y subclínica son las mujeres tienen valores más elevados.

**Gráfico 3.2.1.2.1**



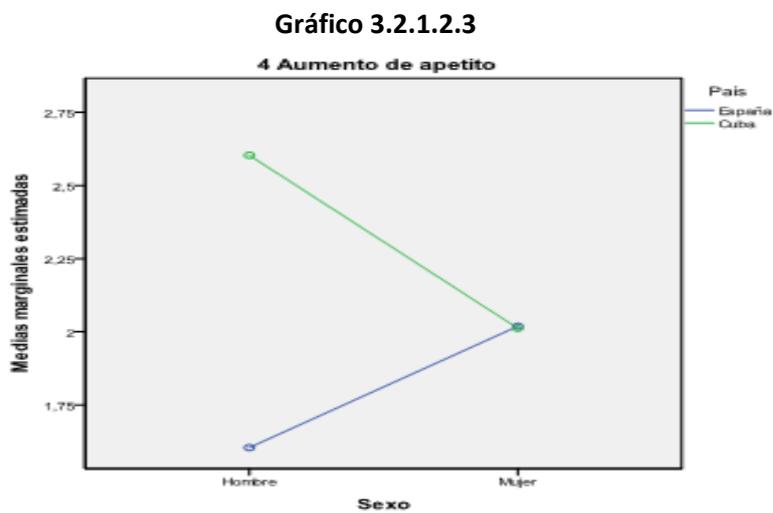
En cuanto a la disminución de apetito  $F(4,232)=3.901, p=.022$ , las mujeres tienen valores superiores en las poblaciones clínica y normal, como podemos apreciar en el gráfico 3.2.1.2.2. Respecto a la población subclínica los hombres tienen puntuaciones superiores.

**Gráfico 3.2.1.2.2**



En cuanto a la relación sexo y país entre los adultos, encontramos tres interacciones significativas en los siguientes síntomas:

En cuanto al aumento de apetito  $F(2,232)=6.999, p=.009$ , podemos ver en el gráfico 3.2.1.2.3, que los hombres cubanos tienen más aumento de apetito que los españoles, mientras que en las mujeres no hay diferencia en función del país.



Al analizar el síntoma dormir más de lo habitual  $F(2,232)=5.881, p=.016$ , vemos en el gráfico 3.2.1.2.4, que los hombres españoles duermen más de lo habitual, mientras que en Cuba son las mujeres las que tienen valores superiores.



En relación a tener peor estado de ánimo por la mañana,  $F(2,232)=16.373$ ,  $p=.012$ , podemos ver en el gráfico 3.2.1.2.5, que las mujeres cubanas tienen peor estado de ánimo por la mañana. Entre los adultos españoles son mínimas las diferencias que aparecen entre hombres y mujeres, aunque los hombres tienen puntuaciones ligeramente superiores.



Al analizar la interacción entre tipo de población y país entre los adultos de sendos países, encontramos cinco interacciones con efecto significativo en las variables estudiadas.

En cuanto al síntoma: no podía estar quieto  $F(4,232)=6.416$ ,  $p=.002$ , aparecen diferencias significativas en función del país, como podemos ver reflejado en el gráfico 3.2.1.2.6, consistentes en puntuaciones superiores en los españoles en la población clínica, mientras que en los cubanos los valores más elevados aparecen en las poblaciones subclínica y normal.



En relación al síntoma: sentirse enlentecido  $F(4,232)=7.425, p=.001$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.1.2.7, que los españoles tienen puntuaciones superiores a los cubanos en la población clínica, mientras que en la población subclínica son los cubanos los que tienen valores más elevados. En la población normal, no aparecen diferencias significativas en función del país.



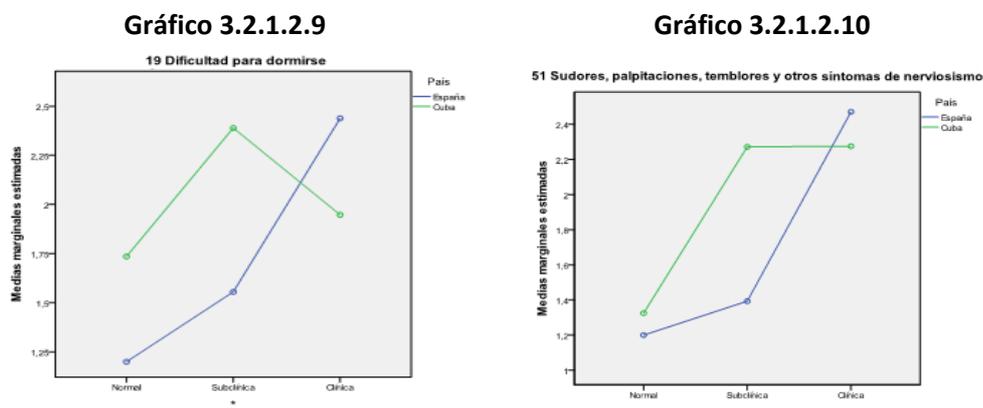
Respecto al síntoma despertar antes de lo habitual  $F(4,232)=4.374, p=.014$ , vemos en el gráfico 3.2.1.2.8, que los adultos tienen puntuaciones más elevadas que los cubanos en la población clínica y en la población normal, mientras que en la población subclínica, son los cubanos los que tienen valores superiores.



En los síntomas: ha tenido dificultad para dormir  $F(4,232)=5.489$ ,  $p=.005$  y ha tenido sudores, palpitaciones, temblores y otros síntomas de nerviosismo  $F(4,232)=6.105$ ,  $p=.003$ , aparece una distribución similar en sendos países para ambos síntomas.

En cuanto al síntoma ha tenido dificultad para dormir, podemos ver en el gráfico 3.2.1.2.9, que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en Cuba siguen una secuencia inversa y las puntuaciones más elevadas, aparecen en las poblaciones subclínica y normal.

En el síntoma ha tenido sudores, palpitaciones, temblores y otros síntomas de nerviosismo, vemos reflejado en el gráfico 3.2.1.2.10, que las puntuaciones más elevadas aparecen en la muestra española, mientras que los cubanos tienen valores superiores en este síntoma en las poblaciones subclínica y normal.



Al estudiar cómo se distribuyen los valores en las triple interacción entre sexo, tipo de población y país entre los adultos, encontramos dos interacciones con efectos significativos en los siguientes síntomas:

En cuanto al síntoma ha disminuido su apetito  $F(6,232)=3.383$ ,  $p=.036$ , podemos ver en los gráficos 3.2.1.2.11 y 3.2.1.2.12, que España tanto los hombres como las mujeres tienen valores superiores en la población clínica,

siendo las mujeres las que tienen valores ligeramente más elevados. Es curioso que en la población normal, las mujeres tengan valores elevados similares a los obtenidos en la población clínica, mientras que en la población subclínica son los hombres los que ligeramente tienen puntuaciones mayores.

En Cuba también son las mujeres las que tienen en mayor medida este síntoma en población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal los hombres tienen valores más elevados.

Gráfico 3.2.1.2.11

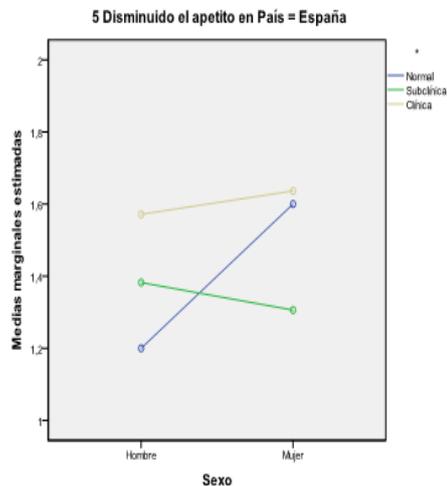
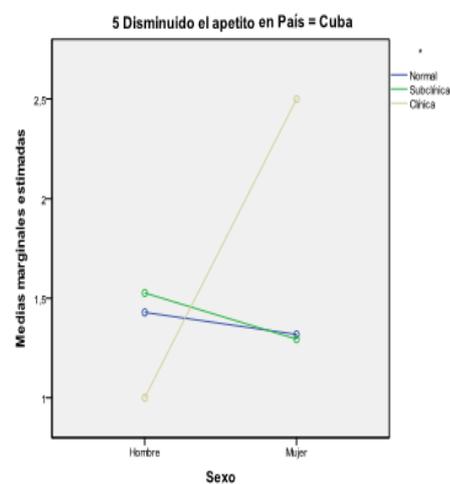


Gráfico 3.2.1.2.12



Respecto al síntoma tener pesadillas o sueño interrumpido  $F(6,232)=5.795, p=.004$ , la interacción que vemos reflejada en los gráficos 3.2.1.2.13 y 3.2.1.2.14, pone de relieve que en España las mujeres tienen valores superiores en las poblaciones clínica y subclínica mientras que los hombres tienen puntajes más elevados en la población normal.

En Cuba se da una distribución inversa para este síntoma, los hombres adultos tienen medidas más elevadas en las poblaciones clínica y subclínica mientras que en las mujeres aparecen valores superiores en la población normal.

Gráfico 3.2.1.2.13

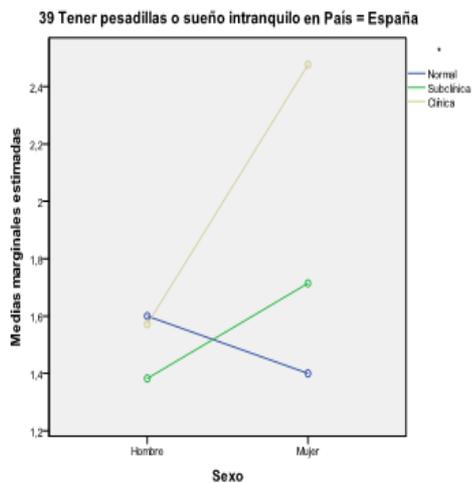
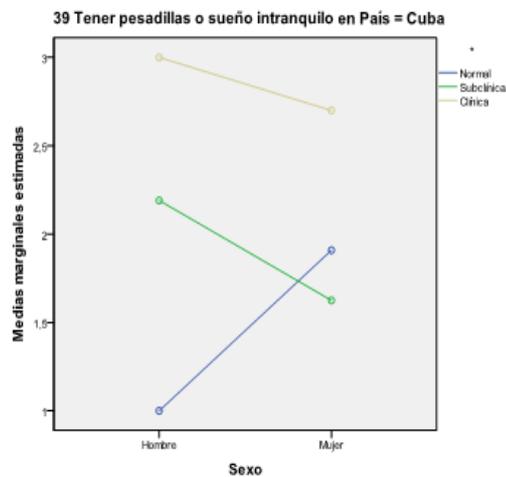


Gráfico 3.2.1.2.14



### 3.2.1.3. Síntomas Físicos, edad mayores de 64 años

Vamos a analizar cómo se distribuyen los valores para el tercer rango de edad en función del género. En la tabla 3.2.1.3, podemos ver los valores significativos de los síntomas físicos para el rango de edad avanzada, comprendido entre los mayores de 65 años.

**Los valores en función del género** presentan diferencias significativas en uno de las 15 variables estudiadas, como que pone de manifiesto en la tabla 3.2.1.3, los hombres de edad avanzada presentan puntuaciones superiores en el síntoma: ha dormido más horas de lo habitual  $F(1,296)=5.387, p=.021$ .

**En cuanto al tipo de población**, todas las variables estudiadas tienen valores superiores en la población clínica: no podía estar quieto (agitación general, de manos, piernas, etc.)  $F(2,296)=33.193, p=.000$ , ha disminuido su apetito  $F(2,296)=29.499, p=.000$ , se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos  $F(2,296)=23.888, p=.000$ , se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual  $F(2,296)=32.830, p=.000$ , ha dormido más horas de lo habitual  $F(2,296)=6.973, p=.001$ , ha dormido menos

horas de lo habitual  $F(2,296)=11.276, p=.000$ , se ha despertado antes de lo habitual  $F(2,296)=23.242, p=.000$ , le ha costado dormirse más de lo habitual  $F(2,296)=19.840, p=.000$ , ha sentido más molestias o dolores de lo habitual  $F(2,296)=28.861, p=.000$ , ha tenido pesadillas o su sueño ha sido intranquilo  $F(2,296)=20.100, p=.000$ , se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(2,296)=21.744, p=.000$ , ha ido ganando peso sin proponérselo  $F(2,296)=4.691, p=.010$ , ha ido perdiendo peso sin proponérselo  $F(2,296)=12.385, p=.000$  y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana  $F(2,296)=28.664, p=.000$ .

**En relación al país** encontramos cinco síntomas con diferencias significativas de los que en cuatro se obtienen puntuaciones superiores en Cuba y en uno en España.

Las personas cubanas de edad avanzada tienen en mayor medida los siguientes síntomas: han disminuido su apetito  $F(1,296)=8.387, p=.004$ , duermen más de lo habitual  $F(1,296)=15.991, p=.000$ , se han notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(1,296)=4.584, p=.033$  y han perdido peso sin proponérselo  $F(1,296)=17.741, p=.000$ ,

En la muestra española se obtiene puntuaciones más elevadas en el síntoma se siente especialmente enlentecido  $(1,296)=4.272, p=.040$ .

Tabla 3.2.1.3. Resultados de los Síntomas Físicos, edad mayores de 64 años

Síntomas	SÍNTOMAS FÍSICOS EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS																	
	Sexo	TP	F	Sig	País	F	Sig	Sexo*TP	F	Sig	Sexo*País	F	Sig	TP*País	F	Sig	Sexo*País*TP	
1. No podía estar quieto	-	33,193	0,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Ha aumentado su apetito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Ha disminuido su apetito	-	29,499	0,000	(***)	8,387	0,004	-	-	4,893	0,028	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Se ha sentido especialmente enlentecido	-	23,888	0,000	(***)	4,272	0,040	-	-	-	-	-	-	-	-	3,206	0,042	-	-
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual	-	32,830	0,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16. ha dormido más horas de lo habitual	5,387	0,021	6,973	0,001	-	-	-	-	-	-	-	3,740	0,025	4,370	0,014	-	-	-
17. Ha dormido menos de lo habitual	-	11,276	0,000	(***)	15,991	0,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. se ha despertado antes de lo habitual	-	23,242	0,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Le ha costado dormirse más de lo habitual	-	19,840	0,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Ha sentido más molestia o dolores de lo habitual	-	28,861	0,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Continuación.

Tabla 3.2.1.3.  
Síntomas Físicos, edad mayores de 64 años (Continuación).

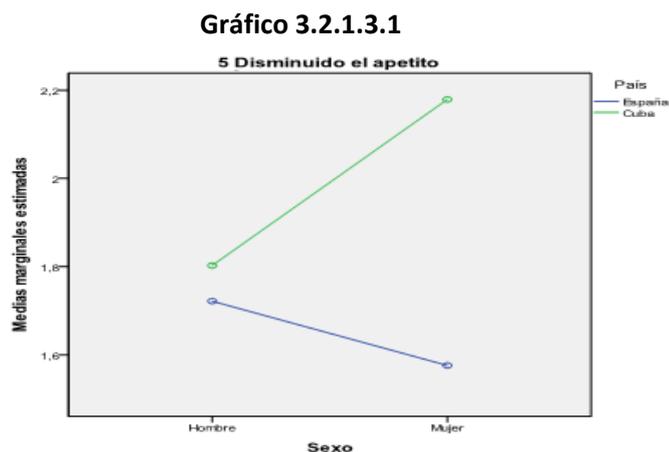
Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
39. Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido	-	-	20,100	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	4,905	,008	-	-
51. Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales	-	-	21,744	,000 (***)	4,584	,033 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
53. Ha ido ganando peso sin proponérselo	-	-	4,691	,010 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54. Ha ido perdiendo peso sin proponérselo	-	-	12,385	,000 (***)	17,741	,000 (**)	-	-	-	-	3,828	,023	-	-
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	-	28,664	,000 (***)	-	-	-	-	2,499	,033	-	-	-	-

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España; TP (\*) = Normal  
 Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba; TP (\*\*) = Subclínica  
 TP (\*\*\*) = Clínica

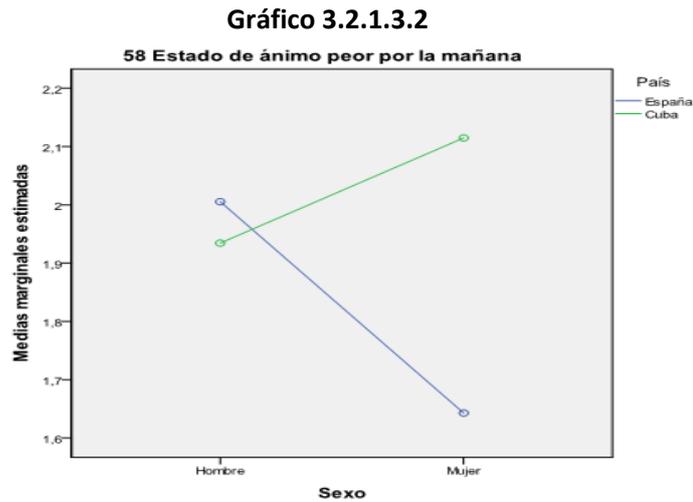
Al estudiar la interacción entre **sexo y tipo de población**, no encontramos valores significativos entre ambas variables.

En la interacción entre sexo y país, solo aparecen dos interacciones con efectos significativos en los síntomas que pasamos a detallar:

En relación al síntoma ha disminuido su apetito  $F(3,296)=4.893, p=.028$ , podemos ver en el gráfico 3.2.1.3.1, que las mujeres de edad avanzada de Cuba tienen en mayor medida este síntoma, mientras que en España, las puntuaciones son menos elevadas que en Cuba apareciendo los hombres con puntuaciones superiores.

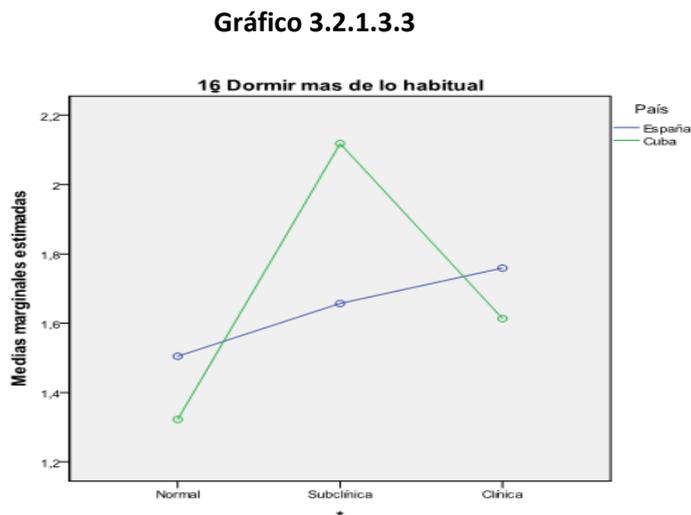


En la interacción que refleja el gráfico 3.2.1.3.2, respecto síntoma peor estado de ánimo por la mañana  $F(3,296)=2.499, p=.033$ , podemos apreciar que las mujeres cubanas de avanzada edad tienen valores más elevados. Entre los españoles, son los hombres mayores los que tienen valores superiores a las mujeres y también respecto a los hombres españoles.



Al estudiar cómo se distribuyen las interacciones entre tipo de población y país, encontramos tres interacciones significativas en los siguientes síntomas.

En cuanto a dormir más de lo habitual  $F(4,296)=3.740, p=.025$ , vemos en el gráfico 3.2.1.3.3, que las personas de avanzada edad cubanas tienen valores superiores en la población subclínica, mientras que los españoles tienen medidas más elevadas en las poblaciones clínica y normal.



En la interacción que vemos en el gráfico 3.2.1.3.4, respecto al síntoma, tener más pesadillas o sueño interrumpido  $F(3,296)=4.905$ ,  $p=.008$ , apreciamos que las personas de avanzada edad españolas tienen puntuaciones superiores en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores más elevados en las poblaciones subclínica y normal.

**Gráfico 3.2.1.3.4**



Respecto a la pérdida de peso sin proponérselo  $F(3,296)=3.828$ ,  $p=.023$ , los cubanos de avanzada edad tienen puntajes superiores en la población clínica seguida de la población subclínica y normal, como podemos ver en el gráfico 3.2.1.3.5. Los españoles tienen valores inferiores a los cubanos para este síntoma, teniéndolo en mayor medida en la población clínica, seguida de la subclínica y la normal.

**Gráfico 3.2.1.3.5**



Al estudiar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país en las personas de avanzada edad, encontramos dos interacciones con efectos significativos en los siguientes síntomas.

En relación al síntoma se ha sentido enlentecido  $F(6,296)=3.206$ ,  $p=.042$ , podemos apreciar en los gráficos 3.2.1.3.6 y 3.2.1.3.7, que en España, tanto los hombres como las mujeres de edad avanzada se sienten más enlentecidos en la población clínica, siendo las mujeres las que tienen valores más elevados. En la población subclínica son las mujeres se sienten más enlentecidas sin embargo en la población normal son los hombres los que tienen valores superiores.

Gráfico 3.2.1.3.6

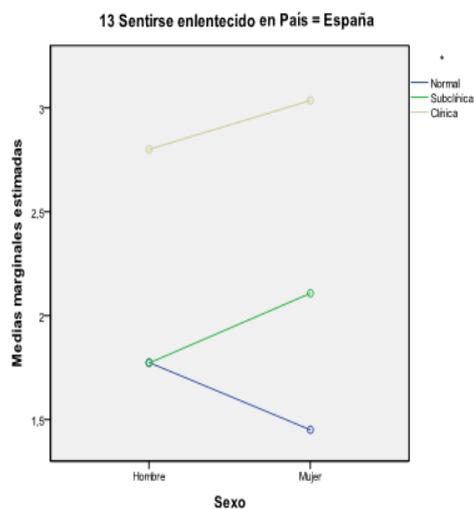
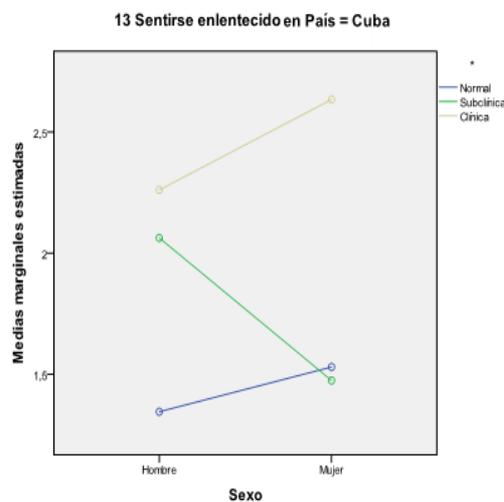


Gráfico 3.2.1.3.7



En cuanto a dormir más de lo habitual  $F(6,296)=4.370$ ,  $p=.014$ , encontramos una interacción significativa que pone de relieve, como vemos en los gráficos 3.2.1.3.8 y 3.2.1.3.9, que en España los hombres tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica y en la población normal, sin embargo las mujeres duermen más de lo habitual en la población subclínica. En Cuba son los hombres de avanzada edad los que tienen valores superiores en la

población subclínica seguida de la población clínica, mientras que en la población normal son las mujeres las que tienen puntuaciones más elevadas.

Gráfico 3.2.1.3.8

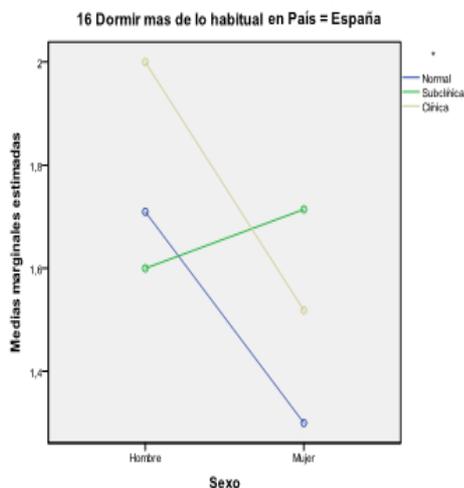
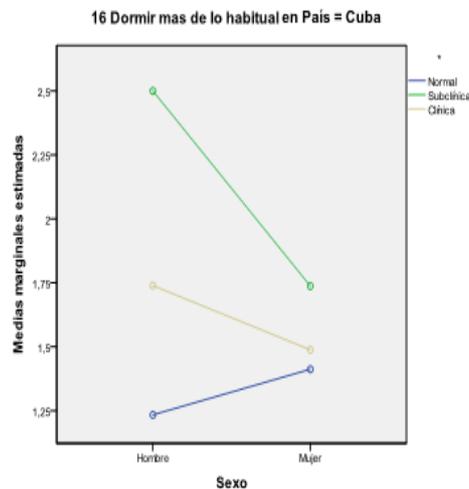


Gráfico 3.2.1.3.9



### 3.2.1.4. Conclusiones para los síntomas Físicos

Una vez analizadas todas las variables que componen los síntomas físicos, las integramos en sendos gráficos con el fin de poder apreciar a golpe de vista, los valores más elevados y las interacciones significativas para cada rango de edad.

Con el fin de que resulten clarificadoras las diferencias entre los tres grupos de edad, hemos utilizado un color distintivo para cada rango, así el color verde distingue a los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, el color azul identifica a los adultos con rango de edad entre los 35 y los 55 años y el color naranja como identificativo de las personas de avanzada edad mayores de 65 años.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales para el sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub=

Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

### **3.2.1.4.1. Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas Físicos.**

Vamos a ver las diferencias en el sexo, el tipo de población y el país, en función de la edad en los síntomas físicos, que podemos ver reflejadas en la Tabla 3.2.1.4.1, para los tres rangos de edad.

**En función del sexo**, aparecen pocas diferencias significativas en los tres grupos de edad en los síntomas físicos. A continuación exponemos los síntomas en los que hemos obtenido valores significativos:

- **En los jóvenes**, las mujeres jóvenes tienen valores superiores en el síntoma ha tenido más molestias o dolores de lo habitual que los hombres  $F(1,292)=6.56, p=.014$ .

- **En los adultos**, las mujeres adultas tienen puntuaciones más elevadas que los hombres en los siguientes síntomas: se ha sentido especialmente enlentecida  $F(1,232)=4.218, p=.041$ , ha dormido menos de lo habitual  $F(1,232)=4.251, p=.040$  y ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $(1,292)=6.56, p=.014$ .

- **En las personas de avanzada edad**, los hombres de edad avanzada presentan valores superiores en el síntoma: ha dormido más de lo habitual  $F(1,296)=5.387, p=.021$ .

**En función del tipo de población**, podemos apreciar que todas las variables tienen los valores más elevados en la población clínica en los tres rangos de edad:

**En los jóvenes:** aparecen puntuaciones más elevadas en los síntomas: no podía estar quieto  $F(3,292)=10.228, p=.000$ , ha disminuido su apetito  $F(3,292)=4.228, p=.018$ , se ha sentido especialmente enlentecido  $F(3,292)=21.814, p=.000$ , se ha encontrado fatigado o se ha cansado más de lo habitual  $F(3,292)=33.555, p=.000$ , le ha costado dormirse más de lo habitual

$F(3,292)=9.152, p=.000$ , ha sentido más molestias o dolores de lo habitual  $F(3,292)=10.863, p=.000$ , ha tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(3,292)=13.450, p=.000$ , ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(3,292)=6.830, p=.001$ , ha ido perdiendo peso sin proponérselo  $F(3,292)=6.809, p=.000$  y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana  $F(3,292)=5.418, p=.005$ .

**En los adultos:** aparecen en mayor medida los siguientes síntomas: no podía estar quieto  $F(3,232)=4.267, p=.015$ , se ha sentido especialmente enlentecido  $F(3,232)=5.587, p=.004$ , se ha encontrado fatigado o se ha cansado más de lo habitual  $F(3,232)=18.184, p=.000$ , ha dormido menos de lo habitual  $F(3,232)=6.176, p=.002$ , se ha despertado antes de lo habitual  $F(3,232)=4.281, p=.015$ , le ha costado dormirse más de lo habitual  $F(3,232)=6.006, p=.003$ , ha sentido más molestias o dolores de lo habitual  $F(3,232)=6.049, p=.003$ , ha tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(3,232)=10.402, p=.000$ , ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(3,232)=14.083, p=.000$  y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana  $F(3,232)=11.036, p=.000$ .

**En las personas de avanzada edad,** podemos ver en la tabla 3.2.1.3, que las puntuaciones son más elevadas en todos los síntomas en la población clínica.

**En función del país,** aparecen diferencias significativas en función del país, consistentes en que la mayoría de las puntuaciones más elevadas se dan en la muestra cubana.

**En los jóvenes,** las mujeres jóvenes tienen valores superiores en Cuba en los siguientes síntomas: han aumentado su apetito  $F(1,292)=12.582, p=.000$ , han tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(1,292)=7.152, p=.018$ , se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(1,292)=4.821, p=.029$ , ha ido ganando peso sin proponérselo  $F(1,292)=14.970, p=.000$  y ha ido perdiendo peso sin proponérselo  $F(1,292)=10.629, p=.001$ .

**En los adultos**, aparecen diferencias significativas en función del país, consistentes en que las mujeres cubanas tienen puntuaciones superiores en los siguientes síntomas: ha aumentado su apetito  $F(1,232)=6.807$ ,  $p=.010$ , ha dormido menos de lo habitual  $F(1,232)=4.258$ ,  $p=.040$  y ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido  $F(1,232)=6.198$ ,  $p=.014$ , mientras que en las Españolas las puntuaciones más elevadas aparecen en el síntoma, se ha sentido especialmente enlentecido  $F(1,232)=4.218$ ,  $p=.041$ .

**En las personas de avanzada edad**, en Cuba aparecen puntuaciones más elevadas en los síntomas: ha disminuido su apetito  $F(1,296)=8.387$ ,  $p=.004$  ha dormido menos de lo habitual  $F(1,296)=15.991$ ,  $p=.000$  se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(1,296)=4.584$ ,  $p=.033$  y ha ido perdiendo peso sin proponérselo  $F(1,296)=17.741$ ,  $p=.000$ , mientras que en España se ha sentido especialmente enlentecido  $F(1,296)=4.272$ ,  $p=.040$ .

En cuanto al aumento de apetito no encontramos diferencias significativas en función del género ni en función del tipo de población, sin embargo, encontramos diferencias significativas en función del país y la edad, encontrando que el síntoma ha aumentado su apetito, aparece en mayor medida en los jóvenes  $F(1,292)=12.582$ ,  $p=.000$  y en los adultos cubanos  $F(1,232)=6.07$ ,  $p=.010$ .

En relación a las variables, dormir más de lo habitual y despertarse antes de lo habitual, aparecen diferencias significativas solo entre los adultos y las personas de edad avanzada. Respecto a perder peso sin proponerlo, son los jóvenes y las personas de edad avanzada los que tienen valores superiores y solo las personas de edad avanzada van ganando peso sin proponérselo (Véase Tabla 3.2.1.4.1).

Respecto a las diferencias en función del país, en la mayor parte de los casos donde hay diferencias significativas, los valores más elevados se dan en la muestra cubana, excepto en el síntoma 13, sentirse especialmente enlentecido, en el que los españoles adultos y mayores alcanzan puntajes más elevados. Los

jóvenes y los adultos cubanos han aumentado su apetito y han tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido. Por su parte los adultos y las personas de avanzada edad de Cuba duermen menos de lo habitual. En cuanto a la disminución de apetito solo atañe de forma significativa a las personas de edad avanzada de Cuba (Véase Tabla 3.2.1.4.1).

**Tabla 3.2.1.4.1.** Diferencias entre los valores en cada rango de edad en los Síntomas Físicos

SÍNTOMAS	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA >65		
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
1. No podía estar quieto	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	-
4. Ha aumentado su apetito	-	-	C	-	-	C	-	-	-
5. Ha disminuido su apetito	-	CL	-	-	-	-	-	CL	C
13. Se ha sentido especialmente enlentecido	-	CL	-	M	CL	E	-	CL	E
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	-
16. ha dormido más horas de lo habitual	-	-	-	-	-	-	H	CL	-
17. Ha dormido menos de lo habitual	-	-	-	-	CL	C	-	CL	C
18. se ha despertado antes de lo habitual	-	-	-	-	CL	-	-	CL	-
19. Le ha costado dormirse más de lo habitual	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
38. Ha sentido más molestia o dolores de lo habitual	M	CL	-	-	CL	-	-	CL	-
39. Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido	-	CL	C	M	CL	C	-	CL	-

Continúa.

**Tabla 3.2.1.4.1.** Diferencias entre los valores en cada rango de edad en los Síntomas Físicos (Continuación).

SÍNTOMAS	JOVENES			ADULTOS			EDAD AVANZADA<65		
	18-25			35-55					
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
51. Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales	-	CL	C	-	CL	-	-	CL	C
53. Ha ido ganando peso sin proponérselo	-	-	C	-	-	-	-	CL	-
54. Ha ido perdiendo peso sin proponérselo	-	CL	C	-	-	-	-	CL	C
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	-

Sexo: H= Hombres M=Mujeres  
País: E=España; C=Cuba  
TP= Tipo de Población: N= Normal Sub= Subclínica CL= Clínica

### 3.2.1.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Físicos.

En la tabla 3.2.1.4.2, podemos apreciar las interacciones significativas para cada rango de edad en relación a los síntomas físicos.

En cuanto a la interacción entre **sexo y tipo de población**, aparecen interacciones con efecto significativo en los siguientes síntomas.

Los jóvenes tienen puntuaciones superiores en la población clínica en los síntomas: le ha costado dormirse más de lo habitual  $F(4,292)=4.176$ ,  $p=.016$

y ha perdido peso sin proponérselo  $F(4,292)=9.098$ ,  $p=.000$ , sintomatología que no aparece significativa entre los adultos y las personas de avanzada edad.

Por su parte entre los adultos los hombres tienen valores superiores en la población clínica en el síntoma, ha aumentado su apetito  $F(4,232)=3.644$ ,  $p=.028$  y las mujeres tienen en mayor medida el síntoma ha disminuido su apetito  $F(4,232)=3.901$ ,  $p=.022$ .

Cuando analizamos los resultados entre **sexo y país**, observamos que entre los jóvenes no aparecen diferencias significativas, sin embargo en los adultos, los hombres cubanos tienen puntuaciones superiores en el síntoma ha aumentado su apetito  $F(3,232)=6.999$ ,  $p=.009$  y en los hombres adultos españoles aparece en mayor medida el síntoma ha dormido más de lo habitual  $F(3,232)=5.881$ ,  $p=.016$ .

Las mujeres cubanas tienen puntuaciones más elevadas en el síntoma su estado de ánimo es peor por la mañana  $F(3,232)=16.373$ ,  $p=.012$ . Tanto las mujeres adultas como las mujeres de avanzada edad de Cuba, tienen valores superiores a los hombres en este síntoma.

En las personas de avanzada edad las mujeres cubanas tienen también valores superiores a los hombres en el síntoma ha disminuido su apetito  $F(3,296)=4.893$ ,  $p=.028$ .

En cuanto a la relación entre el **tipo de población y el país**, podemos apreciar que los valores se distribuyen de forma similar para los tres rangos de edad.

**En los jóvenes,** los españoles tienen puntuaciones superiores la población clínica en los siguientes síntomas: ha disminuido su apetito  $F(4,292)=4.980$ ,  $p=.007$  y se ha encontrado más fatigado o cansado de lo habitual  $F(4,292)=5.125$ ,  $p=.007$ .

**En los adultos,** encontramos la mayoría de los valores significativos para los síntomas físicos, como podemos apreciar en la tabla 2.1.4.2, poniendo de

relieve que los adultos españoles tienen valores superiores en la población clínica en los siguientes síntomas: ha tenido dificultad para estar quieto  $F(4,232)=6.416$ ,  $p=.002$ , se ha sentido especialmente enlentecido  $F(4,232)=7.525$ ,  $p=.001$ , se ha despertado antes de lo habitual  $F(4,232)=4.374$ ,  $p=.014$ , le ha costado dormirse más de lo habitual  $F(4,232)=5.489$ ,  $p=.005$  y se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  $F(4,232)=6.105$ ,  $p=.003$ .

**En relación a las personas de avanzada edad**, encontramos dos diferencias significativas consistentes en puntuaciones más elevadas en los cubanos en la población subclínica, en el síntoma ha dormido más horas de lo habitual  $F(4,296)=3.740$ ,  $p=.025$ , mientras que en el síntoma ha tenido problemas en el sueño ya sean pesadillas o sueño interrumpido  $F(4,296)=4.905$ ,  $p=.008$  aparece en mayor medida en las personas de avanzada edad españolas en la población clínica.

Al analizar las interacciones entre **sexo, tipo de población y país**, encontramos que aparecen interacciones con efecto significativo:

**Los jóvenes** españoles tienen valores superiores en la población clínica en el síntoma ha dormido menos de lo habitual  $F(6,292)=4.717$ ,  $p=.010$ , mientras que en Cuba son las mujeres jóvenes las que tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica en este síntoma.

**En los adultos**, la distribución de los valores significativos sigue la misma secuencia en sendos países, así, tanto en España como en Cuba, las mujeres adultas tienen valores más elevados en la población clínica en los síntomas: ha disminución de apetito  $F(6,232)=3.383$ ,  $p=.036$  y ha tenido pesadillas o su sueño es intranquilo  $F(6,232)=5.795$ ,  $p=.004$  .

**En las personas de avanzada edad**, encontramos dos interacciones con efecto significativo personas de edad avanzada consistentes en puntuaciones más elevadas en las mujeres en la población clínica de ambos países, en el

síntoma se ha sentido especialmente enlentecida  $F(6,296)=3.206, p=.042$  , mientras que los hombres, también en sendos países de la población clínica, tienen valores superiores en el síntoma ha dormido más horas de lo habitual  $F(6,296)=4.370, p=.014$ , sintomatología que no aparece significativa entre los jóvenes y los adultos.

Tabla 3.2.1.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los Síntomas Físicos

SÍNTOMAS	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA <65			
	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País
1. No podía estar quieto	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	-	-
4. Ha aumentado su apetito	-	-	-	H*QL	H*C	-	-	-	-	-
5. Ha disminuido su apetito	-	-	CL*E	M*CL	-	M*CL*E M*CL*C	-	M*C	-	-
13. Se ha sentido especialmente enlentecido	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	-	M*CL*E M*CL*C
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más de lo habitual	-	-	CL*E	-	-	-	-	-	-	-
16. ha dormido más horas de lo habitual	-	-	-	-	H*E	-	-	-	Sub*C	H*CL*E H*CL*C
17. Ha dormido menos de lo habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.2.1.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los Síntomas Físicos (Continuación)

SÍNTOMAS	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA <65			
	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País
18. se ha despertado antes de lo habitual	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	-	-
19. Le ha costado dormirse más de lo habitual	H*CL	-	-	-	-	CL*E	-	-	-	-
38. Ha sentido más molestia o dolores de lo habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39. Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido	-	-	-	-	-	-	-	-	CL*E	-
							M*CL*E			
							M*CL*C			

Continúa.

Tabla 3.2.1.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los Síntomas Físicos (Continuación)

SÍNTOMAS	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA <65			
	Sexo*P	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País
51. Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	-	-
53. Ha ido ganando peso sin proponérselo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54. Ha ido perdiendo peso sin proponérselo	H*CL	-	-	-	-	CL*C	-	-	CL*C	-
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	-	-	-	M*C	-	-	M*C	-	-

Sexo: H= Hombres; M= Mujeres  
País: E= España; C= Cuba  
TP= Tipo de Población: N= Normal; Sub= Subclínica; CL= Clínica

### **3.2.2. Análisis de los Síntomas Interpersonales**

Vamos a analizar cómo se distribuyen los valores de las variables estudiadas en función del género, tipo de población y país, así como la interacción entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, país y tipo de población de los síntomas Interpersonales, atendiendo a tres rangos de edad para cada uno de ellos.

#### **3.2.2.1 Síntomas interpersonales, edad de 18 a 25 años**

Una vez obtenidos los resultados en función de las tablas de síntomas, vamos a comprobar cómo se manifiesta la sintomatología depresiva para cada rango de edad.

Los valores en los que han aparecido diferencias significativas estarán reflejados en las tablas, reflejadas por asteriscos para facilitar la comprensión de los datos en los síntomas depresivos. Respecto a las interacciones significativas que resultan de los datos obtenidos, estarán reflejadas mediante asteriscos en las tablas resumen al final de la descripción de los síntomas.

En la tabla 3.2.2.1 aparecen las diferencias significativas del primer grupo de edad comprendida entre los 18 y los 25 años de los síntomas interpersonales.

Tabla 3.2.2.1. Síntomas interpersonales, edad de 18 a 25 años

Síntomas	Sexo		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP			
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig		
2. Ha tendido a aislarse de los demás	.	.	11,344	,000 (***)	.	.	5,861	,003	.	.	4,028	,019	.	.
11. Ha tenido más o problemas o discusiones de lo habitual con los demás	.	.	11,930	,000 (***)	4,539	,034 (**)	.	.	.	.	.	.	.	.
25. Ha hablado menos de lo habitual	.	.	21,195	,000 (***)	.	.	.	.	.	.	2,71	,006	.	.

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España; TP (\*) = Normal

Sexo (\*\*\*) = mujeres; País (\*\*\*) = Cuba; TP (\*\*\*) = Subclínica

TP (\*\*\*) = Clínica.

En las variables estudiadas en los síntomas interpersonales entre los jóvenes de 18 a 25 años, vemos en la tabla 3.2.2.1, que no aparecen diferencias en función del sexo.

**En cuanto al tipo de población,** aparecen diferencias significativas en los tres síntomas interpersonales, consistentes en valores superiores en la población clínica en los siguientes síntomas: ha tendido a aislarse de los demás  $F(1,292)=11.344, p=.000$ , ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(1,292)=11.930, p=.000$  y ha hablado menos de lo habitual  $F(1,292)=21.195, p=.000$ .

**Respecto al país,** aparece una diferencia significativa consistente en puntuaciones más elevadas en los cubanos en el síntoma: ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(1,292)=4.539, p=.003$ .

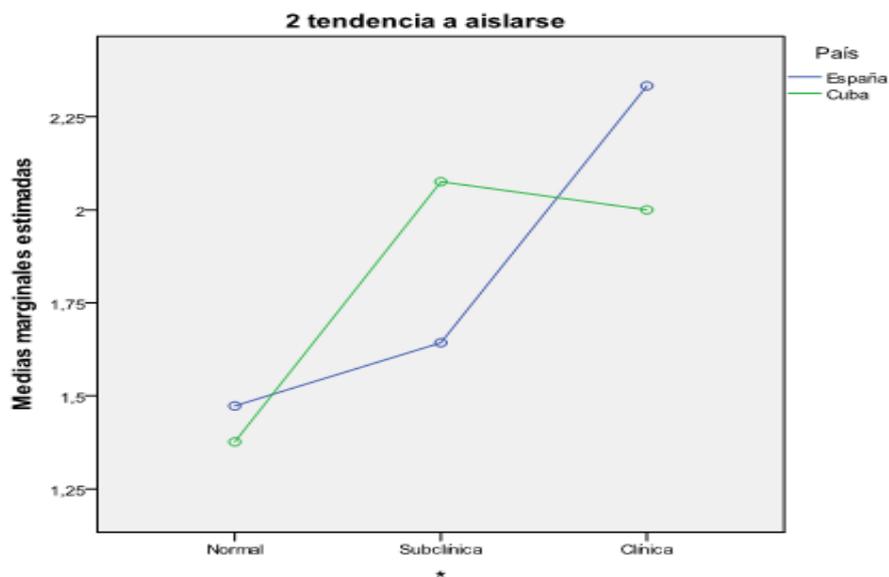
Al estudiar la interacción entre **sexo y el tipo de población**, encontramos una interacción significativa en el siguiente síntoma.

En cuanto a la tendencia al aislamiento  $F(4,292)=5.861, p=.003$ , apreciamos gráfico 3.2.2.1.1, que las mujeres tienen valores más elevados en la población clínica y la población normal, mientras que los hombres tienen valores superiores en la población subclínica.



No encontramos ninguna interacción con efecto significativo entre el sexo y el país y en cuanto a la interacción entre tipo de población y país, encontramos un efecto significativo que pone de relieve, como podemos ver en el gráfico 3.2.2.1.2, que los españoles se aíslan más de los demás F (4,292)=4.028,  $p=.019$  en la población clínica y normal mientras que los cubanos tienen valores más elevados en la población subclínica.

Gráfico 3.2.2.1.2.



En la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, encontramos una interacción con efecto significativo entre España y Cuba en relación al sexo y al tipo de población que pone de manifiesto, como vemos en los gráficos 3.2.2.1.3. y 3.2.2.1.4, que en España las mujeres jóvenes de la población clínica tienen valores superiores en el síntoma hablar menos de lo habitual  $F(6,292)=2.71$ ,  $p=.006$ , mientras que los hombres tienen valores superiores para este síntoma en las poblaciones subclínica y normal.

En Cuba los hombres jóvenes tienen valores más elevados en los tres tipos de población siendo en la población clínica dónde aparecen puntuaciones superiores.

Gráfico 3.2.2.1.3.

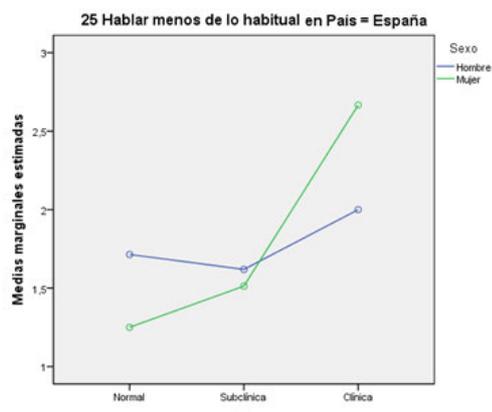
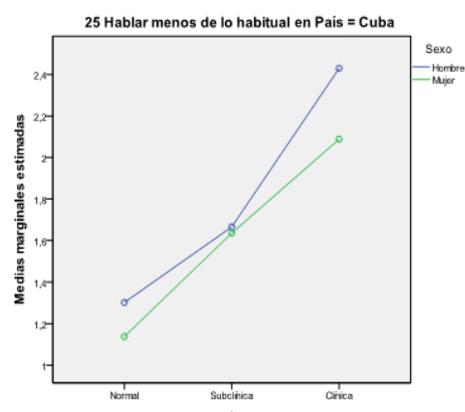


Gráfico 3.2.2.1.4.



### 3.2.2.2 Síntomas Interpersonales, edad de 35 a 55 años

Vamos a analizar la distribución de las diferencias significativas en función del sexo, tipo de población y país para los síntomas interpersonales. En la tabla 3.2.2.2, aparecen reflejadas las diferencias significativas en función de la edad comprendida entre los 35 y los 55 años.

**En función del sexo**, podemos ver en la tabla 3.2.2.2., que aparecen diferencias significativas en los tres síntomas consistentes en valores superiores en las mujeres en los siguientes síntomas: se ha aislado de los demás  $F(1,232)=7.763$ ,  $p=.006$ , ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(1,232)=6.574$ ,  $p=.011$  y ha hablado menos de lo habitual  $F(1,232)=4.689$ ,  $p=.031$ .

**En cuanto al tipo de población**, aparecen diferencias significativas consistentes en puntuaciones más elevadas en la población clínica en los tres síntomas interpersonales: ha tendido a aislarse de los demás  $F(2,232)=3.301$ ,  $p=.039$ , ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás

## Resultados

---

$F(2,232)=3.301$ ,  $p=.039$ , ha hablado menos de lo habitual  $F(2,232)=9.491$ ,  $p=.000$ .

**En relación al país**, no encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables.

Tabla 3.2.2.2. Síntomas Interpersonales, edad de 35 a 55 años

Síntomas	Sexo		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP			
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig		
2. Ha tendido a aislarse de los demás	7,763	,006 (**)	3,301	,039 (***)	-	-	-	-	17,793	0,000	7,134	,001	3,969	,020
11. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás	6,574	,011 (**)	3,301	,039 (***)	-	-	4,323	,014	-	-	-	-	3,391	,035
25. Ha hablado menos de lo habitual	4,689	,031 (**)	9,491	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	4,171	,017

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España;

TP (\*) = Normal

Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba;

TP (\*\*) = Subclínica

TP (\*\*\*) = Clínica

La interacción entre sexo y país, que podemos ver en el gráfico 3.2.2.2.1, pone de relieve que las mujeres tienen valores superiores en la población clínica y la población normal en el síntoma: más problemas o discusiones de lo habitual  $F(3,232)=17.793$ ,  $p=.000$  que los hombres. En la población subclínica los hombres tienen valores más elevados.

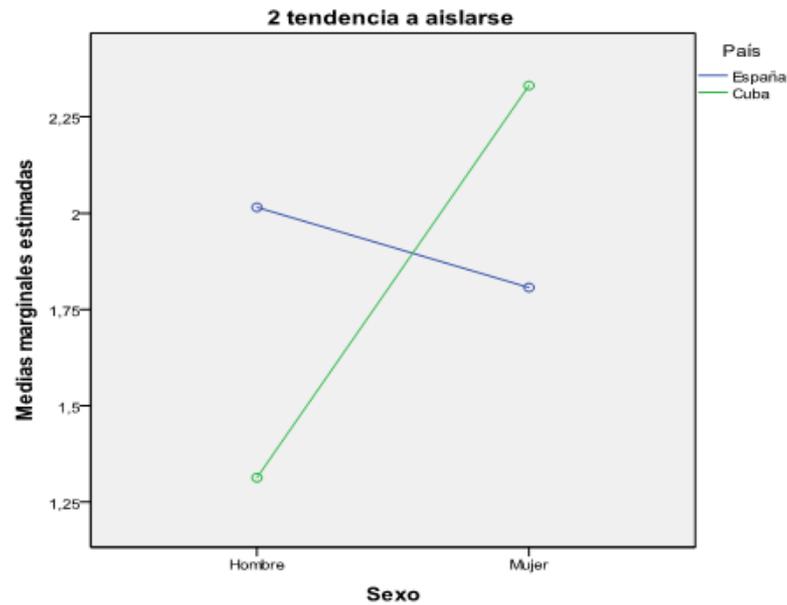
Gráfico 3.2.2.2.1



Entre sexo y tipo de población, se da una interacción con efecto significativo en el síntoma tener más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(4,232)=4.323$ ,  $p=.014$ .

Entre los adultos apreciamos en el gráfico 3.2.2.2.2, que en Cuba las mujeres tienen puntuaciones superiores a los hombres, mientras que en la muestra española ligeramente son los hombres respecto a las mujeres los que tienen valores más elevados.

Gráfico 3.2.2.2.



En cuanto al tipo de población y país, encontramos una variable con efecto significativo en el síntoma ha tendido a aislarse de los demás  $F(4,232)=7.134, p=.001$ , vemos en el gráfico 3.2.2.2.3, que los adultos españoles tienen valores superiores en las poblaciones clínica y normal, mientras que los cubanos tienen medidas más elevadas en la población subclínica.

Gráfico 3.2.2.2.3



En cuanto a la triple interacción entre país, sexo y tipo de población, que se encuentran diferencias con efecto significativo en los tres síntomas interpersonales.

En el síntoma tendencia a aislarse de los demás  $F(6,232)=3.969, p=.020$ , apreciamos en los gráficos 3.2.2.2.4 y 3.2.2.2.5, que en España aparecen valores superiores en la población clínica, siendo los hombres los que tienen los puntajes más elevados. En la población subclínica no se dan diferencias entre hombres y mujeres, mientras que en la población normal los hombres tienen valores superiores. En Cuba sin embargo, en las mujeres se da en mayor medida este síntoma en los tres tipos de población, teniendo las puntuaciones más elevadas en la población clínica seguida de la población subclínica y la normal.

Gráfico 3.2.2.2.4

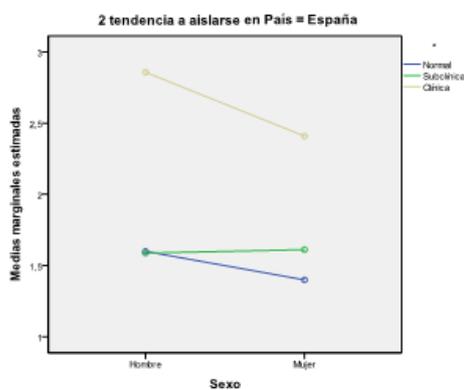
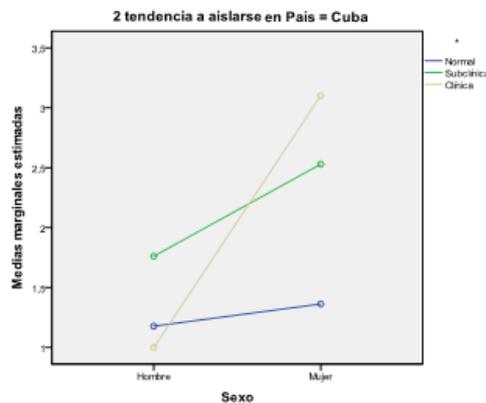


Gráfico 3.2.2.2.5



Respecto al síntoma ha tenido más problemas de lo habitual, apreciamos en los gráficos 3.2.2.2.6 y 3.2.2.2.7, que en España las mujeres de los tres tipos de población tienen más problemas de lo habitual  $F(6,232)=3.391, p=.035$ . En Cuba, las mujeres tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en la población subclínica son los hombres los que obtienen valores superiores, no apreciándose apenas diferencias en la población normal en las que las mujeres tienen valores ligeramente más elevados.

Gráfico 3.2.2.2.6

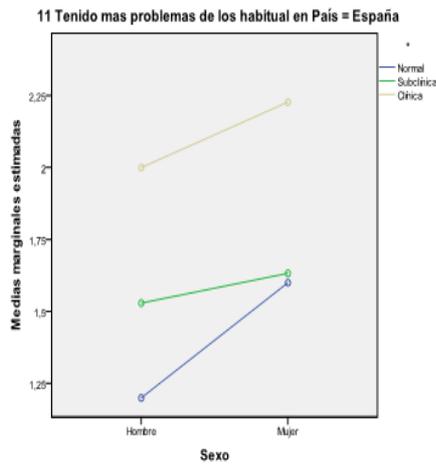
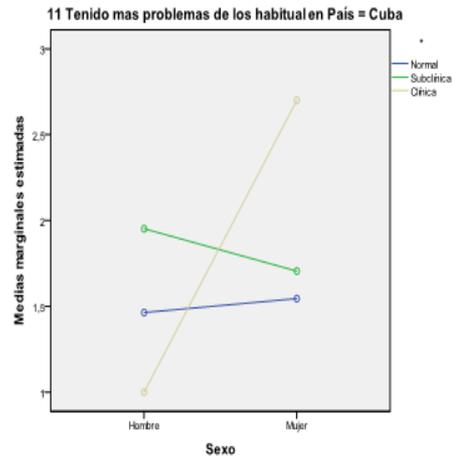


Gráfico 3.2.2.2.7



En cuanto a hablar menos de lo habitual  $F(6,232)=4.171$ ,  $p=.017$ , en España, como podemos ver en los gráficos 3.2.2.2.8 y 3.2.2.2.9, no hay apenas diferencias entre hombres y mujeres de la población clínica a la hora de hablar menos de lo habitual, aunque los hombres tienen puntuaciones ligeramente superiores. En las poblaciones subclínica y normal la tendencia es inversa siendo las mujeres las que tienen puntajes más elevados. En Cuba las mujeres tienen este síntoma en mayor medida en las poblaciones clínica y normal, sin embargo en la población subclínica los hombres tienen resultados más elevados.

Gráfico 3.2.2.2.8

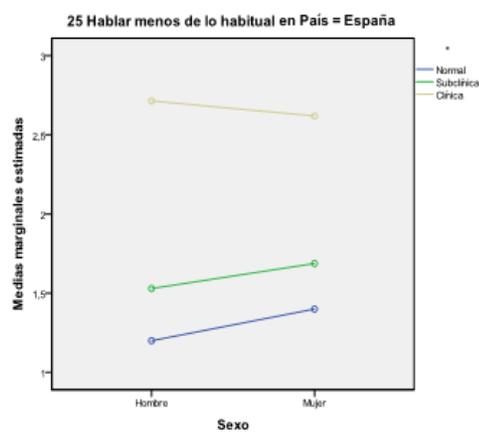
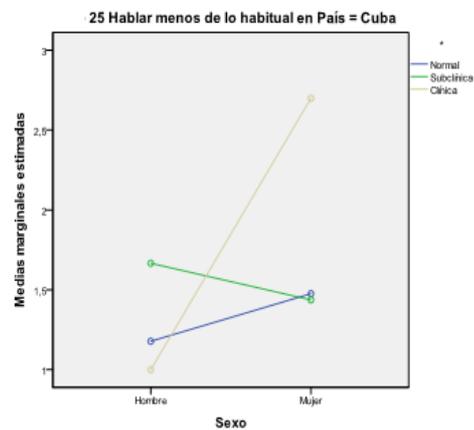


Gráfico 3.2.2.2.9



### 3.2.2.3 Síntomas Interpersonales, edad mayores de 64 años

En la tabla 3.2.2.3, podemos ver los resultados del tercer grupo de personas de edad avanzada mayores de 65 años en relación a los síntomas interpersonales.

**En función de sexo**, aparece una diferencia significativa consistente en puntuaciones más elevados en las personas de edad avanzada, en el síntoma interpersonal hablar menos de lo habitual  $F(1,296)=9.53$ ,  $p=.002$ , en el que los hombres tienen valores superiores a las mujeres.

**En cuanto al tipo de población** aparecen diferencias significativas consistentes en valores más elevados en la población clínica, en los síntomas: ha tendido a aislarse de los demás  $F(1,296)=45.588$ ,  $p=.000$ , ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(1,296)=19.937$ ,  $p=.000$ , ha hablado menos de lo habitual  $F(1,296)=43.578$ ,  $p=.000$ .

**En función del país**, no aparecen diferencias significativas en ninguno de los síntomas interpersonales.

Tabla 3.2.2.3. Síntomas Interpersonales, edad mayores de 64 años

Síntomas	Sexo		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
2. Ha tendido a aislarse de los demás	.	.	45,588	,000	.	.	.	.	.	.	.	.
				(***)								
11. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás	.	.	19,937	,000	.	.	.	.	.	.	.	.
				(***)								
25. Ha hablado menos de lo habitual	9,53	,002	43,578	,000	.	.	.	.	6,341	,002	.	.
	7	(*)		(***)								

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España;

Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba;

TP (\*) = Normal

TP (\*\*) = Subclínica

TP (\*\*\*) = Clínica

En la interacción entre **sexo y tipo de población**, **sexo y país** y la triple interacción **sexo, país y tipo de población**, no obtenemos interacciones significativas entre las personas de edad avanzada en los síntomas interpersonales.

**En cuanto a la interacción entre tipo de población y país**, aparece una interacción con efecto significativo en el síntoma hablar menos de lo habitual  $F(4,296)=6.341$ ,  $p=.002$ , en la que como podemos observar en el gráfico 3.2.2.3.1, los españoles de edad avanzada tienen valores superiores a los cubanos en la población clínica. Sin embargo, en la población subclínica no encontramos diferencias significativas entre ambos países y en la población normal son los mayores de la muestra cubana los que tienen puntuaciones superiores.

Gráfico 3.2.2.3.1



### **3.2.2.4. Conclusiones para los síntomas Interpersonales.**

Una vez analizadas todas las variables que componen los síntomas Interpersonales, las integramos en sendos gráficos con el fin de poder apreciar a golpe de vista, las diferencias significativas para cada rango de edad.

Con el fin de que resulten clarificadoras las diferencias entre los tres grupos de edad, hemos utilizado un color distintivo para cada rango, así el color verde distingue a los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, el color azul identifica a los adultos con rango de edad entre los 35 y los 55 años y el color naranja como identificativo de las personas de avanzada edad mayores de 65 años.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

#### **3.2.2.4.1 Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas Interpersonales.**

A modo de conclusión, podemos ver reflejados en la tabla 3.2.2.4.1, las diferencias significativas para los tres rangos de edad en cuanto al sexo, tipo de población y país.

**En función del sexo:**

**En los jóvenes** no aparecen diferencias significativas en función del sexo.

**Respecto a los adultos** en las tres variables estudiadas aparecen diferencias significativas consistentes en valores más elevados en las mujeres en los síntomas: ha tendido a aislarse de los demás  $F(1,232)=7.763, p=.006$ , ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(1,232)=6.574, p=.011$  y hablar menos de lo habitual  $F(1,296)=4.689, p=.031$ .

**En cuanto a las personas de edad avanzada** tienen valores superiores en el síntoma hablar menos de lo habitual  $F(1,296)=9.53, p=.002$ .

**En función del tipo de población,** aparecen diferencias significativas en los tres grupos de edad consistentes en valores más elevados en la población clínica en los tres síntomas interpersonales: ha tendido a aislarse de los demás, ha tenido más problemas o discusiones de los habitual con los demás y ha hablado menos de lo habitual.

**En función del país,** en los jóvenes no aparecen puntajes en ninguno de los síntomas, es en los adultos dónde aparecen la mayoría de valores significativos, en los tres síntomas interpersonales las mujeres adultas tienen valores superiores en los síntomas, ha tendido a aislarse de los demás, ha tenido más problemas de los habitual con los demás y ha hablado menos de lo habitual. En las personas de avanzada edad, los hombres tienen valores superiores en el síntoma ha hablado menos de lo habitual.

**Tabla 3.2.2.4.1.**

Diferencias entre los valores en cada rango de edad Síntomas Interpersonales

Síntomas	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA 65		
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
2. Ha tendido a aislarse de los demás	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
11. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás	-	CL	C	M	CL	-	.	CL	-
25. Ha hablado menos de lo habitual	-	CL	-	M	CL	-	H	CL	-

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

### 3.2.2.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Interpersonales.

En la tabla 3.2.2.4.2, podemos apreciar las interacciones significativas para cada rango de edad de los síntomas interpersonales.

**En cuanto al sexo y tipo de población,** apreciamos dos interacciones con efecto significativo, que ponen de relieve que las mujeres jóvenes tienden a aislarse más de los demás  $F(4,292)=5.861, p=.003$  que los adultos y las personas de avanzada edad en la población clínica y los hombres adultos tiene más problemas o discusiones de lo habitual con los demás  $F(4,292)=4.323, p=.014,$

que los jóvenes en la población clínica. En las personas de edad avanzada no aparece ninguna interacción significativa en los síntomas interpersonales.

**En relación a la interacción sexo y país**, aparece una interacción con efecto significativo consistente en valores más elevados en las mujeres adultas de Cuba en el síntoma: ha tendido a aislarse de los demás  $F(3,232)=17.793$ ,  $p=.000$  y que las mujeres jóvenes y de avanzada edad.

**En la interacción entre tipo de población y país**, encontramos interacciones con efectos significativos en los tres rangos de edad consistentes en valores superiores en los hombres españoles jóvenes y los adultos en la población clínica, en el síntoma: ha tendido a aislarse, mientras que para el síntoma hablar menos de lo habitual  $F(4,296)=6.341$ ,  $p=.002$ , las personas de avanzada edad españolas, tienen medidas superiores para este síntoma (Véase tabla 3.2.2.4.2).

**En la triple interacción entre sexo, tipo de población y país** que vemos en la tabla 3.2.2.4.2, aparecen interacciones con efecto significativo en los jóvenes y en los adultos, sin embargo, no aparece ninguna interacción entre las personas de avanzada edad:

**En los jóvenes** aparece una interacción con efecto significativo en el síntoma hablar menos de lo habitual  $F(6,292)=2.71$ ,  $p=.006$ , en el que las mujeres españolas tienen valores más elevados en la población clínica y los hombres cubanos tienen en mayor medida el síntoma también en la población clínica.

**En los adultos** encontramos interacciones con efectos significativos en las tres variables que componen los síntomas interpersonales:

-Ha tendido a aislarse de los demás  $F(6,232)=3.969$ ,  $p=.020$ , en el que en España las mujeres tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en Cuba son los hombres también en la población clínica.

-Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual  $F(6,232)=3.391$ ,  $p=.035$ , en el que tanto en España como en Cuba las mujeres tienen valores superiores en la población clínica.

-Ha hablado menos de lo habitual  $F(6,232)=4.171$ ,  $p=.017$ , en el que los hombres en España y las mujeres en Cuba tienen valores más elevados en la población clínica.

Tabla 3.2.2.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los Síntomas Interpersonales

Síntomas	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA 65		
	Sexo* TP	Sexo*País TP*País	Sexo*TP*País	Sexo*TP	Sexo*País TP*País	Sexo*TP*País	Sexo*TP	Sexo*País TP*País	Sexo*TP*País
2. Ha tendido a aislarse de los demás	M*CL	-	CL*E	-	M*C	CL*E	-	-	-
11. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás	-	-	-	H*CL	-	-	-	-	-
25. Ha hablado menos de lo habitual	-	-	-	-	-	M*CL+E H*CL*C	-	-	CL*E

Sexo:  
H= Hombres  
M= Mujeres

País:  
E= España;  
C= Cuba

TP= Tipo de Población:  
N= Normal  
Sub= Subclínica  
CL= Clínica

### **3.2.3. Análisis de los síntomas Motivacionales**

Vamos a analizar cómo se distribuyen las diferencias de las variables estudiadas en función del género, tipo de población y país, así como las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple relación entre sexo, país y tipo de población de los síntomas Motivacionales, atendiendo a tres rangos de edad para cada uno de ellos.

#### **3.2.3.1 Síntomas Motivacionales, edad de 18 a 25 años**

Una vez obtenidos los resultados vamos a comprobar cómo se manifiesta la sintomatología depresiva para cada rango de edad.

Los valores en los que han aparecido diferencias significativas estarán reflejados en las tablas, reflejadas por asteriscos para facilitar la comprensión de los datos en los síntomas depresivos. Respecto a las interacciones significativas que resultan de los datos obtenidos, estarán reflejadas mediante asteriscos en las tablas resumen al final de la descripción del los síntomas.

En la tabla 3.2.3.1, podemos ver los resultados del primer grupo de edad comprendida entre los 18 y los 25 años respecto a los síntomas Motivacionales.

Tabla 3.2.3.1. Síntomas Motivacionales, edad de 18 a 25 años

Síntomas	SÍNTOMAS MOTIVACIONALES DE 18 A 25 AÑOS																	
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP					
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig				
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban	.	.	16,256	,000 [****]	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo	.	.	32,329	,000 [****]	.	.	.	.	.	.	6,281	,002	.	.	.	.	.	
28. Ha perdido interés por las cosas que le agradan	4,233	,041 (*)	27,813	,000 [****]	.	.	.	.	3,733	,034	.	.	.	.	.	.	.	
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo	.	.	10,622	,000 [****]	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
57. Ha disminuido su interés sexual.	6,726	,010 [**]	19,968	,000 [****]	.	.	.	.	4,419	,036	.	.	.	.	.	.	.	

sexo (\*) = hombres, país (\*) = España;  
 sexo (\*\*) = mujeres, país (\*\*) = Cuba;  
 TP (\*) = normal  
 TP (\*\*) = subclínica  
 TP (\*\*\*\*) = Clínica

**En función del sexo**, aparecen diferencias significativas los síntomas motivacionales en el primer grupo de edad consistentes en puntuaciones superiores en los síntomas: ha perdido Vd. interés por las cosas que le agradan  $F(1,292)=4.233$ ,  $p=.041$ , en el que los hombres tienen valores más elevados y el síntoma ha disminuido su interés sexual  $F(1,292)=6.726$ ,  $p=.010$ , en el que las mujeres es donde se manifiesta en mayor medida este síntoma.

**En cuanto al tipo de población**, encontramos diferencias significativas consistentes en valores más elevados en la población clínica en las cinco variables que componen el grupo de síntomas: ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban  $F(2,292)=16.256$ ,  $p=.000$ , ha sentido falta de interés por todo o casi todo  $F(2,292)=32.329$ ,  $p=.000$ , ha perdido Vd. Interés por las cosas que le agradaban  $F(2,292)=27.813$ ,  $p=.000$ , ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo  $F(2,292)=10.622$ ,  $p=.000$  y ha disminuido su interés sexual  $F(2,292)=19.968$ ,  $p=.000$ .

**En relación al país**, no aparecen diferencias significativas entre España y Cuba.

Vamos a analizar las interacciones con efecto significativo para los síntomas motivacionales. En la interacción entre sexo y tipo de población, no encontramos efectos significativos en ninguno de los síntomas estudiados.

En la interacción entre sexo y país, encontramos dos valores con efectos significativos en los siguientes síntomas.

En cuanto a perder interés por las cosas que antes le agradaban  $F(2,292)=3.738$ ,  $p=.034$ , vemos reflejado gráfico 3.2.3.1.1, que los hombres

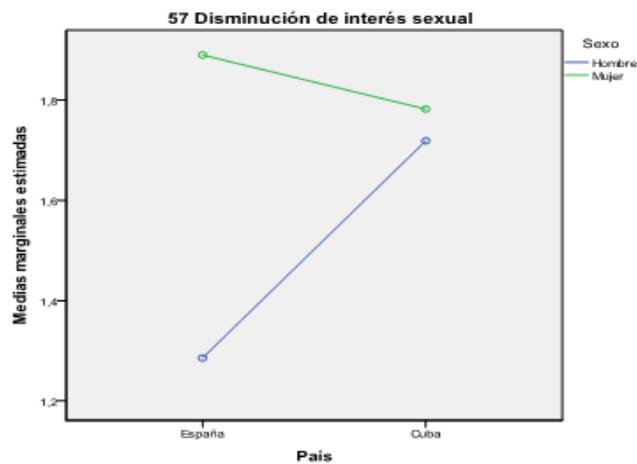
tienen medidas ligeramente más elevadas en Cuba, mientras que las mujeres tienen valores superiores en la muestra española.

**Gráfico 3.2.3.1.1**



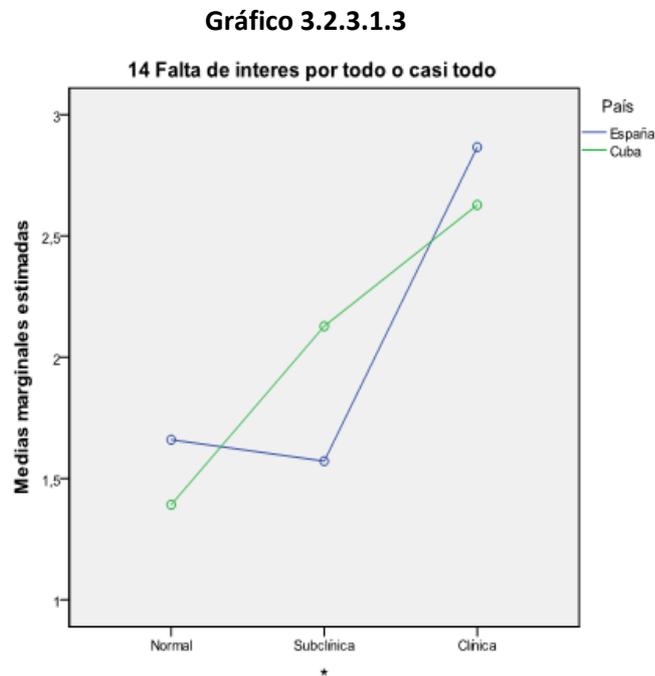
En cuanto a la disminución de interés sexual  $F(2,292)=4.419$ ,  $p=.036$ , apreciamos en el gráfico 3.2.3.1.2, que las mujeres jóvenes españolas tienen más disminución de interés sexual, mientras que los hombres jóvenes son los que tienen valores superiores en Cuba.

**Gráfico 3.2.3.1.2**



En cuanto a la interacción entre tipo de población y país, solo aparece una interacción con efecto significativo entre los jóvenes.

En el síntoma ha sentido falta de interés por todo o casi todo  $F(4,292)=6.281$ ,  $p=.002$ , que venos en el gráfico 3.2.3.1.3, aparecen los españoles con valores superiores en la población clínica y en la población normal, mientras que en la población subclínica son los cubanos los que tienen este síntoma en mayor medida.



### 3.2.3.2. Síntomas Motivacionales, edad de 35 a 55 años

Vamos a analizar las diferencias significativas para el segundo rango de edad. En la tabla 3.2.3.2, podemos ver las diferencias con efecto significativo en el conjunto de síntomas motivaciones para el rango de edad comprendido entre los 35 y los 55 años.

**En función del sexo**, aparecen diferencias significativas entre los adultos en todas las variables estudiadas excepto en la variable 56 “ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo”.

Las diferencias que aparecen ponen de relieve la influencia del sexo respecto a los síntomas depresivos motivacionales, en las que, en todos los casos, son Las mujeres adultas las que tienen en mayor medida los síntomas: ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente les agradaban  $F(1,232)=21.671, p=.000$ , ha sentido falta de interés por todo o casi todo  $F(1,232)=21.384, p=.000$ , ha tenido pérdida de interés por las cosas que les agradaban  $F(1,232)=11.569, p=.001$  y ha tenido pérdida de apetito sexual  $F(1,232)=27.620, p=.000$ .

**En cuanto al tipo de población**, encontramos diferencias significativas consistentes en valores superiores en la población clínica en los síntomas: ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban  $F(2,232)=11.896, p=.000$ , ha sentido falta de interés por todo o casi todo  $F(2,232)=12.904, p=.000$ , ha perdido Vd. interés por las cosas que le agradan  $F(2,232)=16.346, p=.000$ , ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no mercería la pena el esfuerzo  $F(2,232)=17.113, p=.000$  y ha disminuido su interés sexual  $F(2,232)=14.138, p=.000$ .

**En cuanto al país** no aparecen diferencias significativas en el grupo de síntomas motivacionales.

Tabla 3.2.3.2. Síntomas Motivacionales Edad de 55 a 55 años

Síntomas	Sexo		País		Sexo*País		TP		Sexo*TP		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.	21,571	,000 (**)	11,895	,000 (***)	-	-	4,601	,011	-	-	3,298	,021	7,027	,001
14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo.	21,384	,000 (**)	12,904	,000 (***)	-	-	12,672	,001	-	-	10,012	,000	-	-
28. Ha perdido vd. interés por las cosas que le agradan	11,569	,001 (**)	16,345	,000 (***)	-	-	8,1657	,005	-	-	7,197	,001	5,158	,007
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecerá la pena el esfuerzo	-	-	17,123	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57. Ha disminuido su interés sexual	27,520	,000 (**)	14,128	,000 (***)	-	-	12,315	,001	-	-	7,404	,001	-	-

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España;

Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba;

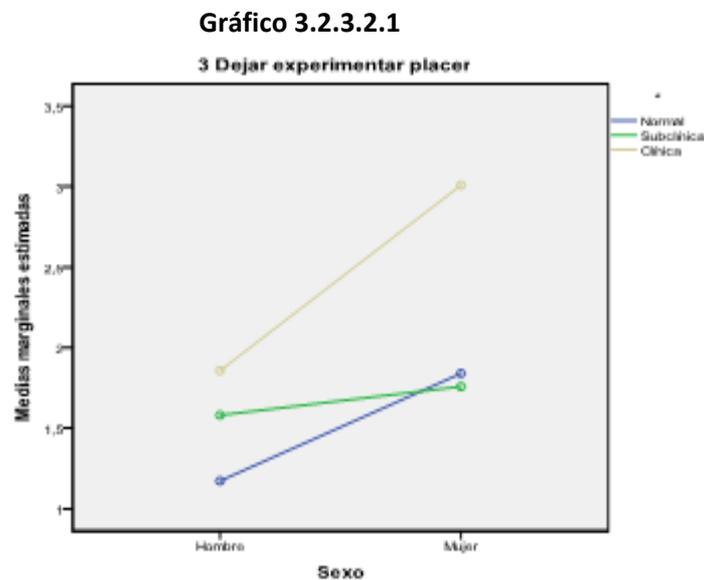
TP (\*) = Normal

TP (\*\*) = Subclínica

TP (\*\*\*) = clínica.

Se da una interacción con efecto significativo entre sexo y tipo de población en el siguiente síntoma.

En cuanto al síntoma ha dejado de experimentar placer por cosas que habitualmente le gustaban  $F(5,232)=4.601$ ,  $p=.000$ , se da una interacción con efecto significativo que pone de relieve, como podemos ver en gráfico 3.2.3.2.1, puntuaciones más elevadas en las mujeres en los tres tipos de población, siendo en la población clínica en la que aparecen puntuaciones más elevadas, seguida de la población normal y la población subclínica.



Al estudiar las interacciones entre sexo y país, aparecen efectos significativos en tres de los cinco síntomas.

En cuanto al síntoma ha perdido interés por todo o casi todo  $F(3,232)=12.672$ ,  $p=.001$ , podemos apreciar en el gráfico 3.2.3.2.2, que las mujeres adultas tanto españolas como cubanas tienen valores superiores en este síntoma, siendo las cubanas en las que aparece en mayor medida.

Gráfico 3.2.3.2.2

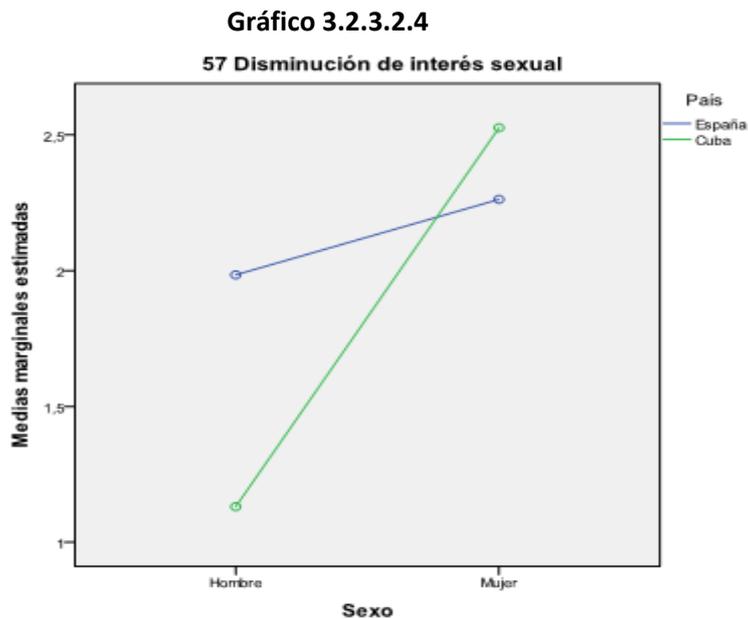


En cuanto a la pérdida de interés por cosas que antes le agradan  $F(3,232)=8.1657$ ,  $p=.005$ , apreciamos en el gráfico 3.2.3.2.3, que las mujeres adultas cubanas tienen puntuaciones más elevadas que los hombres. En relación a los españoles, aunque con menos significación que los cubanos, tanto los hombres como las mujeres adultas tienen puntajes similares aunque las mujeres las que tienen valores ligeramente superiores.

Gráfico 3.2.3.2.3



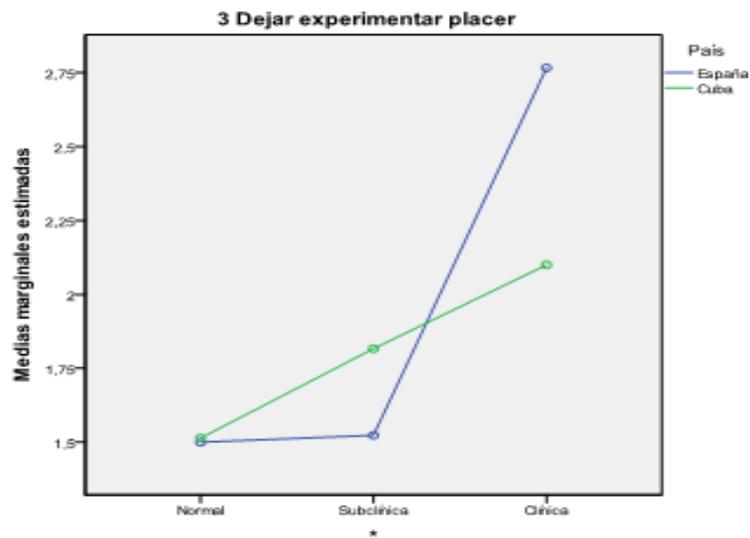
Referente a la disminución de interés sexual  $F(3,232)=12.315$ ,  $p=.001$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.3.2.4, que las mujeres adultas de ambos países tienen mayor disminución de interés sexual, aunque son las cubanas las que tienen puntuaciones superiores.



Se da una interacción con efecto significativo entre tipo de población y país en la mayoría de las variables motivacionales excepto en el síntoma 56 “Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecería la pena el esfuerzo”.

En cuanto a dejar de experimentar placer por cosas que habitualmente le agradaban  $F(4,232)=3.298$ ,  $p=.021$ , se refleja en la interacción que podemos ver en el gráfico 3.2.3.2.5, que la muestra española adulta tiene valores más elevados en la población clínica. En la población subclínica son los adultos cubanos los que alcanzan mayor puntaje, mientras que en la población normal no se dan diferencias significativas en función del país.

Gráfico 3.2.3.2.5



En la variable falta de interés por todo o casi todo  $F(4,232)=10.012$ ,  $p=.000$ , podemos apreciar en el gráfico 3.2.3.2.6, que los adultos españoles tienen valores superiores en la población clínica y en la población normal, mientras que en la población subclínica son los cubanos los que tienen puntuaciones más altas.

Gráfico 3.2.3.2.6



En relación al síntoma ha perdido interés por cosas que antes de causaban agrado  $F(4,232)=7.197$ ,  $p=.001$ , en la muestra española de adultos, como podemos

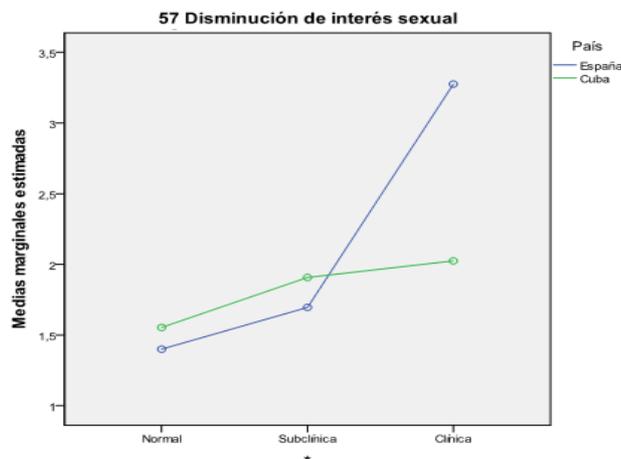
apreciar en el gráfico 3.2.3.2.7, aparece el síntoma en mayor medida en las poblaciones clínica y normal, mientras que los adultos cubanos tienen valores superiores en la población subclínica.

**Gráfico 3.2.3.2.7**



Apreciamos en el gráfico 3.2.3.2.8, que las puntuaciones más elevadas en relación al síntoma disminución de interés sexual  $F(4,232)=7.404$ ,  $p=.001$ , se da en mayor medida entre los adultos en la población clínica española, mientras que los cubanos tienen puntuaciones superiores en las poblaciones subclínica y normal.

**Gráfico 3.2.3.2.8**

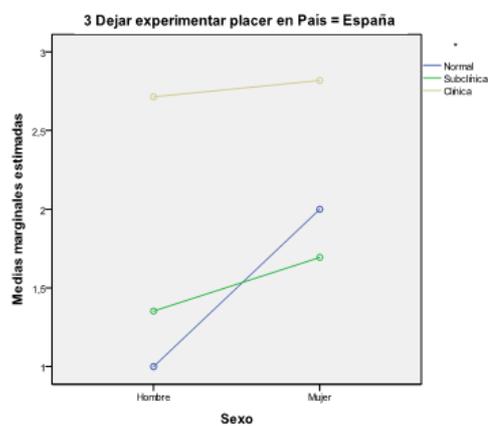


Al estudiar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país en los adultos, encontramos dos interacciones con efectos significativos.

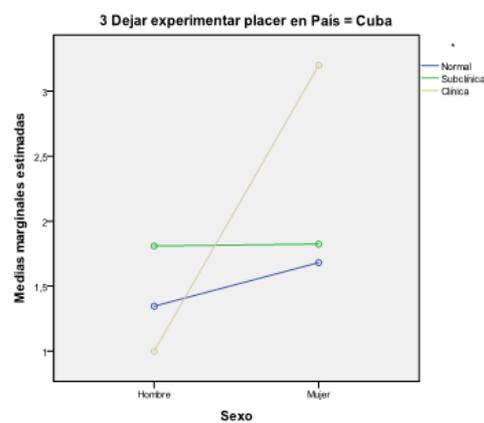
En cuanto a dejar de experimentar placer por cosas que habitualmente le agradaban  $F(6,232)=7.027$ ,  $p=.001$ , vemos en los gráficos 3.2.3.2.9 y 3.2.3.2.10, la interacción que pone de relieve que en la muestra española, aparecen puntuaciones más elevadas en las mujeres, en los tres tipos de población, señalando que en la población clínica tanto los hombres como las mujeres tienen valores muy elevados, aunque son las mujeres las que tienen valores ligeramente superiores y en la población normal las mujeres tienen puntajes superiores a las mujeres de la población subclínica.

En Cuba las mujeres adultas tienen los valores más elevados en la población clínica y en la población normal, mientras que en la población subclínica no aparecen diferencias en función del género.

**Gráfico 3.2.3.2.9**



**Gráfico 3.2.3.2.10**



Respecto a la pérdida de interés por las cosas que antes le agradaban  $F(6,232)=5.138$ ,  $p=.007$ , podemos apreciar en los gráficos 3.2.3.2.11 y 3.2.3.2.12, que los hombres adultos españoles, experimentan en mayor medida la pérdida de interés por las cosas que antes le agradaban en la población clínica. Llama la atención que entre los adultos españoles de la población normal los valores son más elevados que

en la población subclínica siendo en ambos casos las mujeres las que tienen valores superiores.

En Cuba La mujeres adultas tienen en mayor medida este síntoma en los tres tipos de población, siendo en la población clínica en la que tienen puntajes más elevados, seguido de las poblaciones subclínica y normal.

Gráfico 3.2.3.2.11

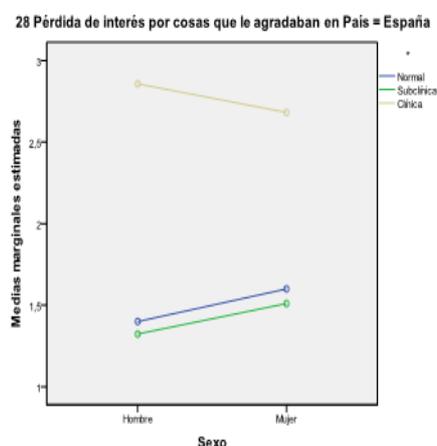
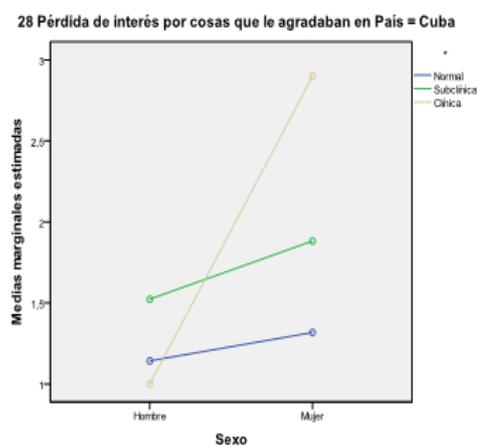


Gráfico 3.2.3.2.12



### 3.2.3.3- Síntomas Motivacionales, edad mayores de 64 años

Vamos a analizar los resultados obtenidos en los síntomas motivacionales. En la tabla 3.2.3.3, podemos ver las puntuaciones significativas de los síntomas motivacionales para el tercer rango de edad, personas de edad avanzada mayores de 65 años.

**En función del sexo**, no encontramos diferencias significativas en el sexo entre las personas de edad avanzada.

**En cuanto al tipo de población**, apreciamos que en la tabla 3.2.3.3, que aparecen diferencias significativas en todas las variables motivacionales, consistentes

en valores más elevados en la población clínica en los siguientes síntomas: ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban  $F(2,296)=51.905$ ,  $p=.000$ , ha sentido falta de interés por todo o casi todo  $F(2,296)=64.619$ ,  $p=.000$ , ha perdido Vd. Interés por las cosas que le agradaban  $F(2,296)=81.353$ ,  $p=.000$ , ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo  $F(2,296)=28.761$ ,  $p=.000$  y ha disminuido su interés sexual  $F(2,296)=6.566$ ,  $p=.002$ .

**En función del país**, solo en el síntoma ha disminuido su interés sexual  $F(1,296)=7.748$ ,  $p=.006$ , aparece una diferencia con efecto significativo en función del país, consistente en valores más elevados la muestra española.

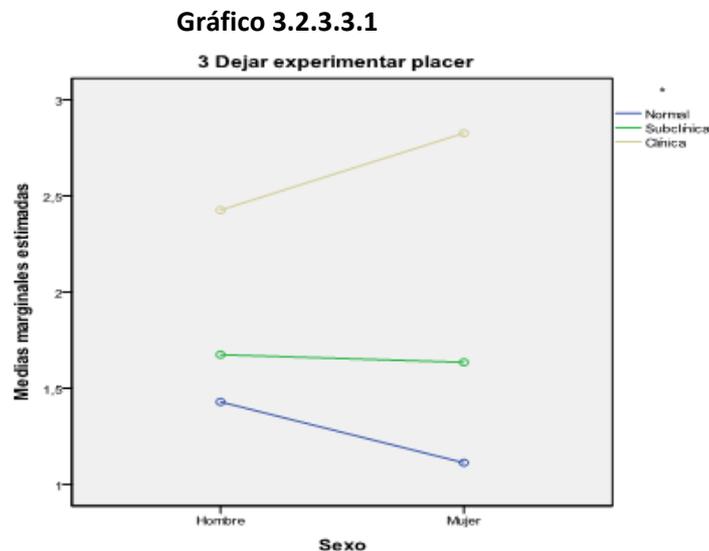
Tabla 3.2.3.3. Síntomas Motivacionales; edad mayores de 64 años

Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.	-	-	51,935	,000	-	-	3,585	,029	-	-	-	-	-	-
14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo	-	-	64,619	,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28. Ha perdido vol. interés por las cosas que le agradan	-	-	81,333	,000	-	-	-	-	4,936	,028	-	-	-	-
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no marcará la pauta al estuero	-	-	33,751	,000	-	-	-	-	6,277	,015	4,821	,009	-	-
57. Ha disminuido su interés sexual.	-	-	6,365	,002	7,748	,006	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo (F) = Hombres; País (E) = España; TP (N) = Normal  
 Sexo (M) = mujeres; País (C) = Cuba; TP (S) = Subclínica  
 TP (C) = Clínica

Se da una interacción con efecto significativo entre sexo y tipo de población en el síntoma dejar de experimentar placer por hacer cosas que antes le agradaban  $F(4,296)=3.586, p=.029$ .

Como podemos ver en el gráfico 3.2.3.3.1, las personas de edad avanzada de ambos sexos tienen puntuaciones superiores en la población clínica, siendo las mujeres las que tienen valores más elevados. En la población subclínica no aparecen diferencias en función del género mientras que en la población normal son los hombres los que tienen valores elevados en este síntoma.



Al estudiar la interacción sexo y país aparecen dos interacciones con efecto significativo en los siguientes síntomas.

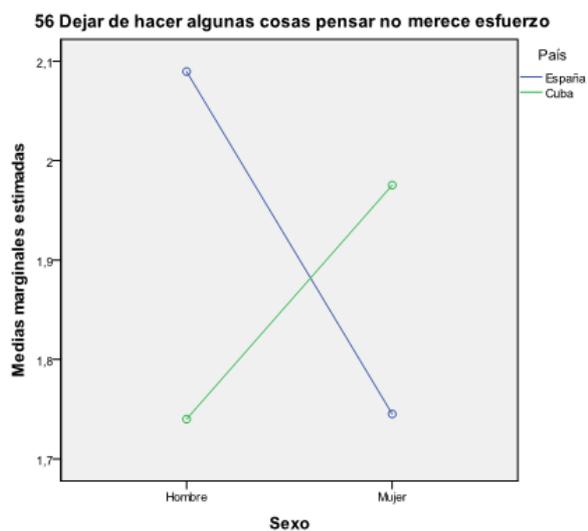
En relación a la pérdida de interés por las cosas que le agradaban  $F(3,296)=4.906, p=.028$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.3.3.2, que en Cuba las mujeres y en España los hombres de edad avanzada, tienen valores superiores en este síntoma.

**Gráfico 3.2.3.3.2**



Así mismo, en interacción en la variable dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo  $F(3,296)=6.277, p=.013$ , observamos en el gráfico 3.2.3.3.3, que los hombres españoles de edad avanzada tienen los valores más elevados, mientras que en Cuba, son las mujeres las que tienen en mayor medida este síntoma.

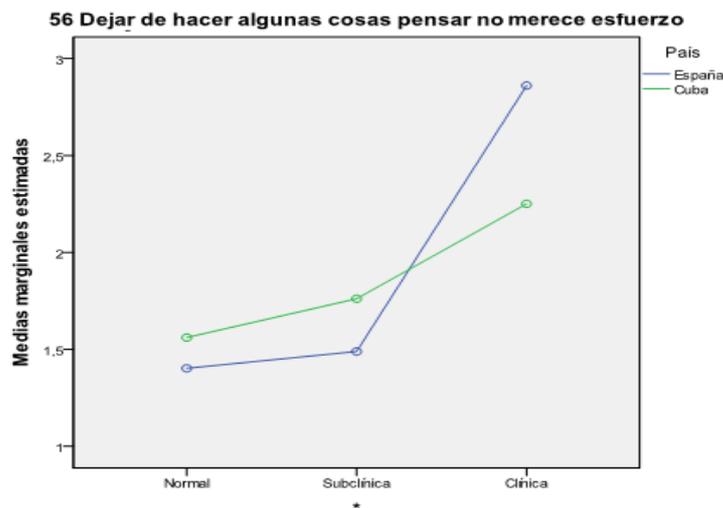
**Gráfico 3.2.3.3.3**



Cuando analizamos la interacción entre tipo de población y país, aparece una interacción con efecto significativo.

En el síntoma dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merece el esfuerzo  $F(4,296)=4.821$ ,  $p=.009$ , podemos ver en el gráfico 3.2.3.3.4, que las personas de edad avanzada españolas tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son los mayores cubanos los que tienen valores superiores.

**Gráfico 3.2.3.3.4**



### 3.2.3.4. Conclusiones de los Síntomas Motivacionales

Una vez analizadas las diferencias en las variables que componen los síntomas motivacionales, las integramos en sendos gráficos con el fin de poder apreciar a golpe de vista, las diferencias más significativas para cada rango de edad.

Con el fin de que resulten clarificadoras las diferencias entre los tres grupos de edad, hemos utilizado un color distintivo para cada rango, así el color verde distingue a los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, el color azul identifica a los adultos con rango de edad entre los 35 y los 55 años y el color naranja como identificativo de las personas de avanzada edad mayores de 65 años. Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales para el sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

#### **3.2.3.4.1. Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los Síntomas Motivacionales**

Las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país para cada rango de edad que podemos ver en la tabla 3.2.3.4.1, sugieren que en los jóvenes aparecen valores inferiores en relación a los adultos y a las personas de edad avanzada, en las que se manifiestan niveles más elevados en todas las variables.

En cuanto a las diferencias significativas en **función del género**, apreciamos que entre los jóvenes, los hombres han perdido interés por cosas que le agradaban y las mujeres han disminuido su interés sexual. *Entre las personas adultas*, las mujeres han dejado de experimentar placer por cosas que antes les agradaban, han sentido falta de interés por todo o casi todo, han perdido el interés por cosas que le agradaban y han disminuido su interés sexual, sintomatología que no tiene nivel de significación entre las personas de avanzada edad.

**En cuanto al tipo de población**, en todas las variables motivacionales, apreciamos que en los tres rangos de edad aparece sintomatología depresiva que tienen valores superiores en la población clínica.

**En relación al país**, no aparecen diferencias significativas en la sintomatología depresiva en los jóvenes ni en los adultos, encontrando en mayor medida entre las

personas de edad avanzada en el síntoma “disminución del interés sexual” en el que los españoles tienen puntajes superiores.

**Tabla 3.2.3.4.1.** Diferencias entre los valores en cada rango de edad en los Síntomas Motivacionales.

Síntomas	JOVENES			ADULTOS			EDAD AVANZADA		
	18-25			35-55			65		
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
28. Ha perdido Vd. Interés por las cosas que le agradan	H	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	-
57. Ha disminuido su interés sexual.	M	CL	-	M	CL	-	-	CL	E

Sexo:  
H= Hombres  
M=Mujeres

País:  
E=España;  
C=Cuba

TP= Tipo de Población:  
N= Normal  
Sub= Subclínica  
CL= Clínica

### 3.2.3.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Motivacionales.

Vamos a analizar las interacciones con efecto significativo en cada rango de edad. Podemos observar en la tabla 3.2.3.4.2, que la mayoría de las interacciones significativas se dan en el grupo de los adultos y en las que menos efectos significativos aparecen es en el grupo de jóvenes.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

**Respecto a la interacción entre sexo y tipo de población**, no aparecen efectos significativos entre los jóvenes, mientras que en los adultos y en las personas de avanzada edad, aparece una interacción en el síntoma dejar de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban, en el que, en ambos casos, las mujeres tienen valores superiores en la población clínica.

**En la interacción entre sexo y país**, podemos apreciar diferencias con efecto significativo en los siguientes síntomas:

**En los jóvenes**, aparecen diferencias significativas en dos síntomas, consistentes en puntuaciones superiores en los hombres cubanos en los síntomas: ha perdido interés por cosas que les agrada, mientras que las mujeres españolas tienen valores más elevados en el síntoma: ha disminuido su interés sexual.

**En los adultos**, las mujeres cubanas tienen puntuaciones más altas en los síntomas: ha sentido falta de interés por todo o casi todo, ha perdido más interés por cosas que les agradan y ha disminuido su interés sexual.

**En las personas de avanzada edad**, aparecen dos interacciones con efecto significativo consistente en valores superiores en los siguientes síntomas:

Respecto al síntoma ha perdido interés por cosas que le agradan, los hombres en España y las mujeres en Cuba tienen las puntuaciones más elevadas.

Respecto al dejar de hacer cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo, son los hombres de avanzada edad españoles en los que aparecen valores superiores.

**Al analizar la interacción entre tipo de población y país**, encontramos que la mayoría de las interacciones con efecto significativo aparecen en los adultos.

**En Los jóvenes**: aparece una interacción con efecto significativo en el síntoma: ha sentido falta de interés por todo o casi todo, consistente en puntuaciones más elevadas en la población clínica.

**En cuanto a los adultos**, se dan cuatro interacciones significativas que ponen de relieve, en todos los casos, que los españoles tienen valores superiores en la población clínica en los síntomas: ha dejado de experimentar placer con cosas que antes les agradaban, ha sentido falta de interés por todo o casi todo, ha perdido interés por cosas que les agradan y ha tenido disminución de apetito sexual.

**Entre las personas de avanzada edad**, los españoles tienen valores más elevados en la población clínica.

**Respecto a la interacción triple entre sexo, tipo de población y país**, no aparecen interacciones con efecto significativo en los jóvenes ni en las personas de avanzada edad, sin embargo aparecen dos interacciones significativas entre los adultos consistentes en valores superiores en las mujeres en la población clínica de ambos países, en el síntoma: ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.

Respecto al síntoma: ha perdido interés por cosas que les agradaban, aparece una interacción significativa consistente en puntuaciones superiores en los hombres españoles y en las mujeres cubanas en la población clínica.

Tabla 3.2.3.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los Síntomas Motivacionales

Síntomas	JÓVENES			ADULTOS			EDAD AVANZADA		
	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País
Ha dejado de experimentar placer en cosas que habitualmente le agradaban.	-	-	-	M*CL	-	CL'E	M*CL	-	-
	-	-	CL'E	-	M*C	CL'E	-	-	-
	-	H*C	-	-	M*C	CL'E	-	H*E	-
	-	-	-	-	-	-	-	M*C	-
. Ha sentido falta de energía por todo o casi todo.	-	-	-	M*CL	-	CL'E	M*CL	-	-
	-	-	-	-	M*C	CL'E	-	-	-
	-	H*C	-	-	M*C	CL'E	-	H*E	-
	-	-	-	-	-	-	-	M*C	-
. Ha dejado de hacer algunas cosas por sentir que no merecía pena el esfuerzo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	M*E	-	-	M*C	CL'E	-	-	-
. Ha disminuido su interés sexual.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo:  
 H= Hombres  
 M= Mujeres

País:  
 E= España  
 C= Cuba

TP= Tipo de Población:  
 N= Normal  
 Sub= Subclínica  
 CL= Clínica

### **3.2.4. Análisis de los síntomas Afectivos**

Vamos a analizar cómo se distribuyen los valores de las variables estudiadas en función del género, tipo de población y país, así como la relación entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple relación entre sexo, país y tipo de población de los síntomas Afectivos, atendiendo a tres rangos de edad para cada uno de ellos.

#### **3.2.4.1. Síntomas Afectivos, edad de 18 a 25 años**

Los síntomas en los que han aparecido diferencias significativas estarán reflejados en las correspondientes tablas, reflejadas por asteriscos para facilitar la comprensión de los síntomas depresivos. Respecto a las interacciones con efectos significativos que resultan de los datos obtenidos, estarán reflejadas mediante asteriscos en la tabla resumen al final de cada grupo de síntomas.

Vamos a analizar las diferencias significativas en los síntomas afectivos, atendiendo a tres rangos de edad. En la tabla 3.2.4.1, podemos ver los resultados del primer grupo de edad comprendida entre los 18 y los 25 años respecto a los 22 síntomas Afectivos.

Tabla 3.2.4.1. Resultados de los Síntomas Afectivos, edad de 18 a 25 años

Síntomas	SÍNTOMAS AFECTIVOS EN JOVENES ENTRE 18 Y 25 AÑOS													
	Sexo		TP		País		Sexo* TP		Sexo* País		TP* País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
6. Se le critica do a si mismo	-		15,496	,000	-		-		-		15,044	,000	-	
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-		18,613	,000	-		-		4,195	,041	-		9,110	,000
12. Ha disminuido su satisfacción con la vida	-		31,495	,000	-		-		-		3,783	,024	4,844	,009
20. Se le ha sentido triste o abatido	-		80,349	,000	9,160	,003	-		-		5,173	,006	-	
21. HA pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-		17,877	,000	-		-		-		-		6,175	,002
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-		17,902	,000	-		-		7,749	,006	-		5,800	,003
23. Ha perdido confianza en si mismo	-		2,793	,000	-		4,627	,011	4,565	,033	4,001	,019	-	
26. Se le ha hecho o ha temido hacerse daño a si mismo	-		19,151	,000	-		-		-		-		-	
30. Se le ha sentido una carga para los demás	-		19,051	,000	-		-		-		-		-	
34. Se le ha sentido inquieto como si algo malo fuera a pasar	-		14,424	,000	-		-		-		-		-	

Continúa.

Tabla 3.2.4.1. Resultados de los Síntomas afectivos edad de 18 a 25 años (Continuación)

Síntomas Afectivos	Sexo		TP		País		Sexo* TP		Sexo* País		TP* País		Sexo* País* TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
35. Ha estado más irritable de lo habitual	3,893	,049 (**)	18,443	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36. Ha llorado	14,613	,000 (**)	16,067	,000 (***)	8,042	,005 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
37. Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta	-	-	15,755	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-	15,131	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45. Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto	-	-	5,568	,004 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
46. Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos	-	-	20,524	,000 (***)	-	-	-	-	10,121	,002	-	-	-	-
47. ha tenido sentimientos de culpa	-	-	30,391	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
48. Ha tenido sentimientos de fracaso	-	-	28,708	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	4,565	,011
49. Se ha sentido inútil	-	-	30,767	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	5,113	,007
50. Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante	-	-	17,338	,000 (***)	8,702	,003 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
55. Ha notado que nos e alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban	-	-	18,287	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
58. Se estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	-	5,418	,005 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo (\*) = hombres; País (\*) = España;  
 Sexo (\*) = mujeres; País (\*) = Cuba;  
 TP (\*) = Total; País (\*) = Cuba;  
 TP (\*) = Otros

**Síntomas afectivos en función del sexo** en el primer grupo de edad aparecen dos diferencias significativas consistentes en que las mujeres han tenido puntuaciones superiores en los síntomas: ha estado más irritable de lo normal  $F(1,292)= 3.893, p=.049$  y ha llorado  $F(1,292)=14.613, p=.000$ .

**En cuanto al tipo de población** En la tabla 3.2.4.1, podemos ver que aparecen medidas más elevadas en todos los síntomas afectivos en la población clínica: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa, ha disminuido su satisfacción con la vida, se ha sentido triste o abatido, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha perdido confianza en sí mismo, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha estado más irritable de lo habitual, ha llorado, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, ha tenido sentimientos de fracaso, se ha sentido inútil, ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

**En función del país**, solo en tres de los 22 síntomas afectivos, encontramos diferencias significativas consistentes en que las mujeres cubanas tienen puntuaciones superiores en los siguientes síntomas: se ha sentido más triste o abatido  $F(1,292)= 9.160, p=.003$  , llorar  $F(1,292)= 8.042, p=.005$  y ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante  $F(1,292)= 8.702, p=.003$ .

Al estudiar la interacción entre sexo y tipo de población en los jóvenes, encontramos una interacción con efecto significativo en el síntoma, ha perdido confianza en sí mismo  $F(4,292)= 4.627, p=.011$ . Apreciamos en el gráfico 3.2.4.1.1, que los hombres tienen valores más elevados en la población clínica y en la población normal. En la población subclínica las mujeres tienen puntajes superiores para este síntoma.

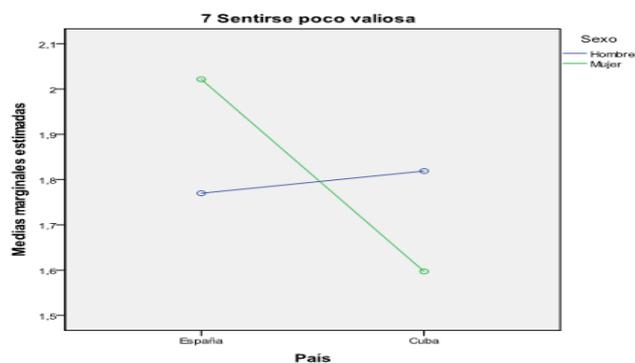
**Gráfico 3.2.4.1.1.**



Respecto a la interacción entre sexo y país, encontramos cuatro interacciones con efectos significativos en los siguientes síntomas.

En cuanto a la variable sentirse poco valioso  $F(3,292)= 4.195, p=.041$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.4.1.2, que en España tanto hombres como mujeres jóvenes tienen valores similares aunque las mujeres tienen valores ligeramente superiores, mientras que en Cuba los hombres jóvenes son los que tienen puntuaciones más elevadas en este síntoma.

**Gráfico 3.2.4.1.2**



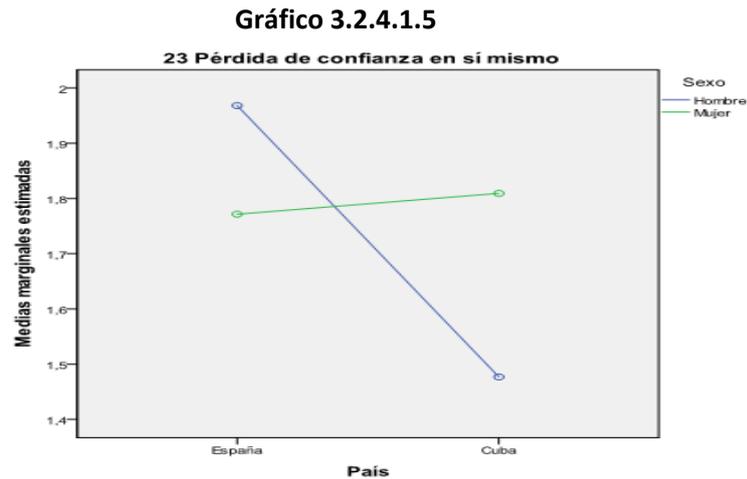
En relación a la variable “pensar en la posibilidad de quitarse la vida”, el gráfico 3.2.4.1.3, pone de relieve que hombres jóvenes españoles tienen valores superiores a los cubanos mientras que, entre las mujeres jóvenes, las españolas tienen valores superiores a las cubanas.



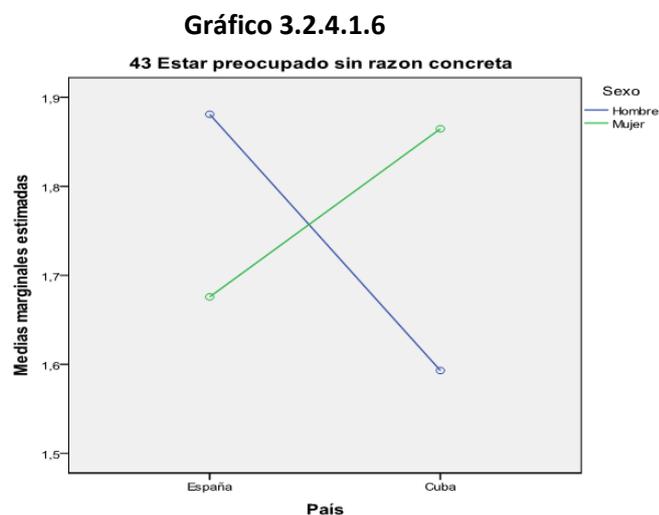
Respecto al síntoma pensar sobre la forma de quitarse la vida  $F(3,292)=7.749$ ,  $p=.006$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.4.1.4, que en España las mujeres jóvenes piensan más sobre la forma de quitarse la vida que las cubanas, mientras que en Cuba, son los hombres jóvenes los que tienen los valores más elevados.



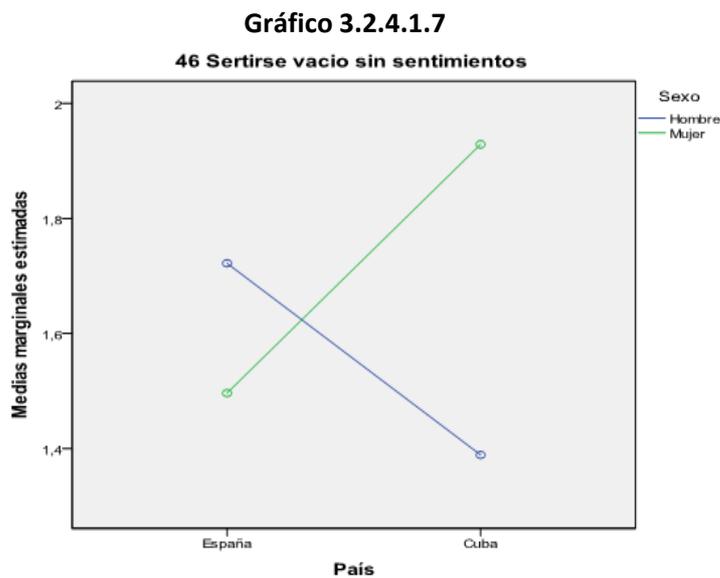
Referente al síntoma ha perdido confianza en sí mismo  $F(3,292)= 4.565$ ,  $p=.033$ , vemos en el gráfico 3.2.4.1.5 que en España los hombres jóvenes tienen más pérdida de confianza en sí mismos que los hombres cubanos y que las mujeres de ambos países, mientras que en Cuba aparecen valores similares entre hombres y mujeres, siendo las últimas las que tienen valores ligeramente superiores.



Al analizar la variable “estar preocupado sin razón concreta”, podemos ver en el gráfico 3.2.4.1.6, que los hombres jóvenes españoles tienen valores más elevados que los cubanos, mientras que entre las mujeres jóvenes, las cubanas tienen valores superiores.



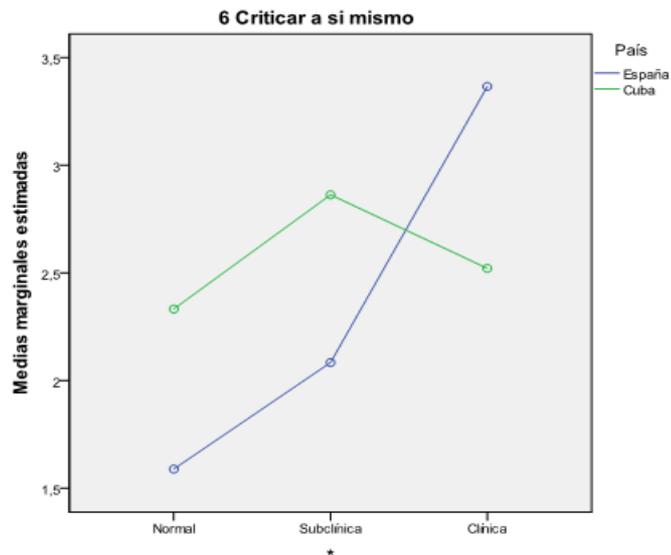
Respecto al síntoma sentirse vacío o como si no tuviera sentimientos  $F(3,292)= 10.121, p=.002$ , en el gráfico 3.2.4.1.7, apreciamos la interacción entre sexo y país, en la que se pone de manifiesto que en Cuba las mujeres jóvenes tienen valores más elevados que las españolas y que los hombres jóvenes de sendos países, mientras que en España los hombres jóvenes tienen valores superiores.



Al estudiar la interacción entre tipo de población y país en los jóvenes, encontramos cuatro interacciones con efectos significativos en las que, en todos los casos, reflejan que las puntuaciones más elevadas se dan en las personas de la muestra española en la población clínica.

Respecto a criticarse a sí mismo  $F(4,292)= 15.044, p=.000$ , podemos apreciar en el gráfico 3.2.4.1.8, que los españoles tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que los cubanos tienen en mayor medida este síntoma en la población subclínica y normal.

Gráfico 3.2.4.1.8



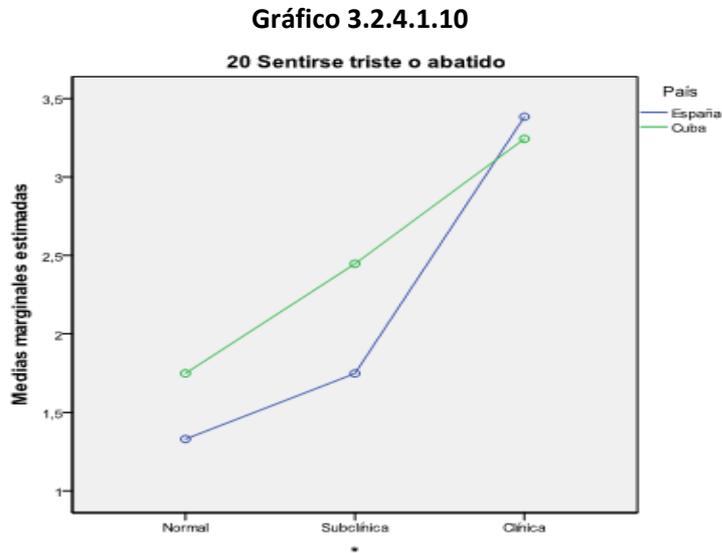
En cuanto a la disminución de satisfacción con la vida  $F(4,292)= 3.783$ ,  $p=.024$ , los españoles tienen más disminución de satisfacción con la vida en la población clínica y en la población normal, como podemos apreciar en el gráfico 3.2.4.1.9. En la población subclínica son los cubanos los que tienen valores superiores.

Gráfico 3.2.4.1.9



Respecto a sentirse triste o abatido  $F(4,292)= 5.173$ ,  $p=.006$ , podemos apreciar en el gráfico 3.2.4.1.10, que los españoles tienen puntajes superiores

en la población clínica mientras que en las poblaciones subclínica y normal son los cubanos los que tienen valores más elevados.



En cuanto a la pérdida de confianza en sí mismo  $F(4,292)=4.001, p=.019$ , podemos ver en el gráfico 3.2.4.1.11, que los españoles tienen más pérdida de confianza en sí mismos en la población clínica y la población normal, mientras que los cubanos tienen valores superiores en la población subclínica.



En seis de las 22 variables afectivas encontramos interacciones con efecto significativo en la triple interacción entre sexo, tipo de población y país en los jóvenes en los siguientes síntomas.

En el síntoma ha pensado que en comparación con los otros es Vd. una persona poco valiosa”  $F(6,292)= 9.110, p=.000$ , podemos ver en los gráficos 3.2.4.1.12 y 3.2.4.1.13, en España las mujeres tienen valores superiores en la población clínica y subclínica, mientras que en la población normal son los hombres los que tienen este síntoma en mayor medida. En Cuba son los hombres los que tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son las mujeres las que tienen valores superiores.

Gráfico 3.2.4.1.12

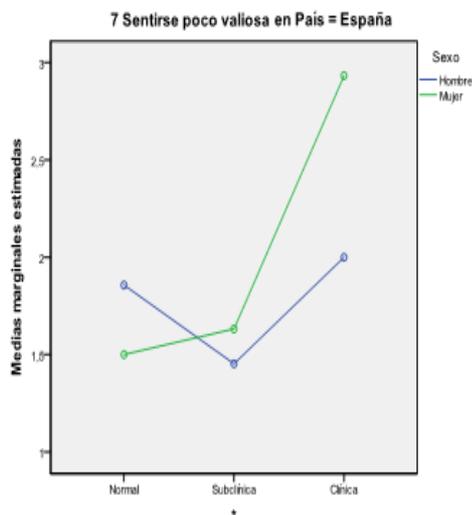
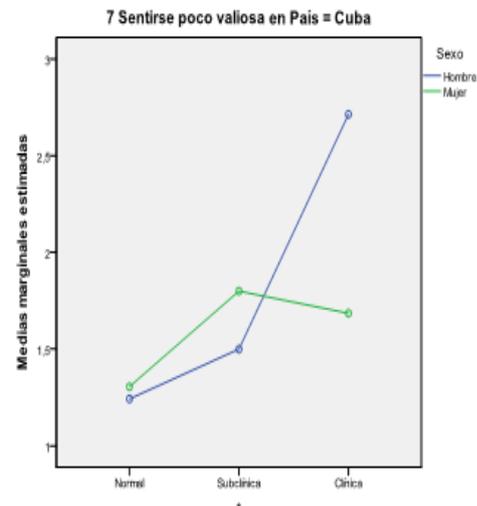


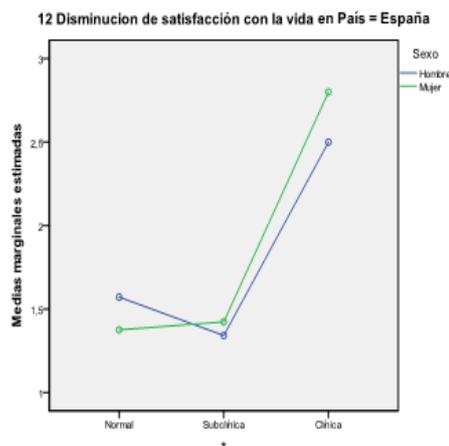
Gráfico 3.2.4.1.13



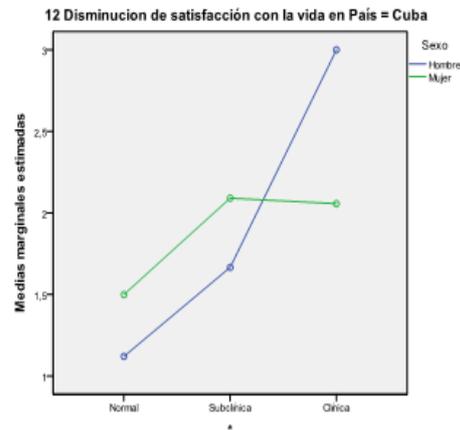
La interacción entre sexo, país y tipo de población en relación al síntoma, ha disminuido su satisfacción con la vida  $F(6,292)= 4.844, p=.009$ , pone de relieve, como vemos en los gráficos 3.2.4.1.14 y 3.2.4.1.15, que la disminución de la satisfacción con la vida, como es de esperar, está más presente en sendos países entre la población clínica, sin embargo, mientras que en España son las mujeres jóvenes de ésta población las que tienen valores

superiores, en Cuba son los hombres jóvenes los que tienen valores superiores. En la población subclínica, las mujeres jóvenes de ambos países tienen el síntoma en mayor medida y en la población normal, en España los hombres tienen valores más elevados, mientras que en Cuba son las mujeres las que tienen puntuaciones superiores.

**Gráfico 3.2.4.1.14**

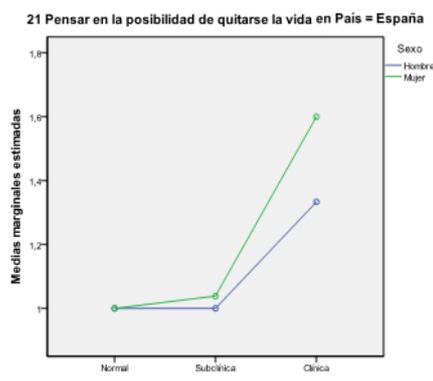


**Gráfico 3.2.4.1.15**

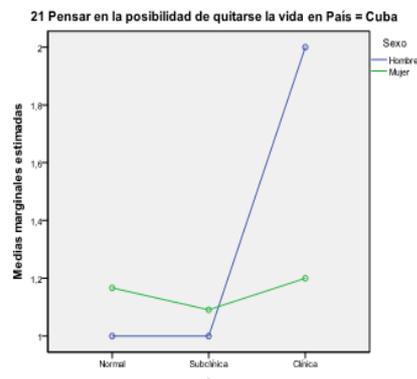


Respecto a la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,292)= 6.175, p=.002$ , vemos reflejada en los gráficos 3.2.4.1.16 y 3.2.4.1.17, que en España las mujeres jóvenes piensan más en la posibilidad de quitarse la vida en la población clínica y subclínica, sin embargo en la población normal no aparecen diferencias entre ambos sexos. En Cuba, los hombres jóvenes tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal las mujeres tienen valores más elevados.

**Gráfico 3.2.4.1.16**



**Gráfico 3.2.4.1.17**



Vemos reflejadas en los gráficos 3.2.4.1.18 y 3.2.4.1.19, la interacción entre España y Cuba según el sexo y el tipo de población en relación a pensar sobre la forma de quitarse la vida  $F(6,292)= 5.800$ ,  $p=.003$ , resultado que en España las mujeres jóvenes tienen valores más elevados en las poblaciones clínica y normal. En la población subclínica española no hay diferencias entre ambos sexos. En Cuba los hombres piensan más sobre la forma de quitarse la vida en la población clínica, mientras que las mujeres tienen el síntoma en mayor medida en la población normal, no encontrando diferencias en función del género en la población subclínica.

Gráfico 3.2.4.1.18

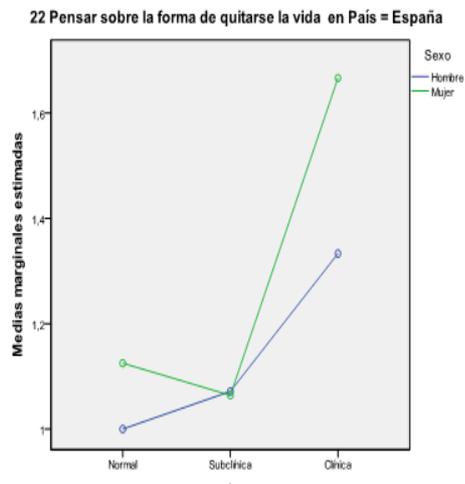
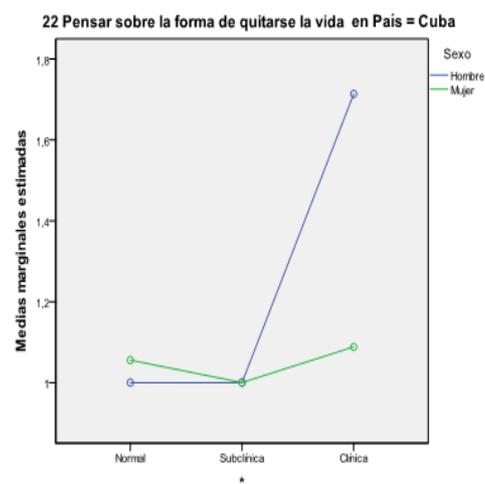
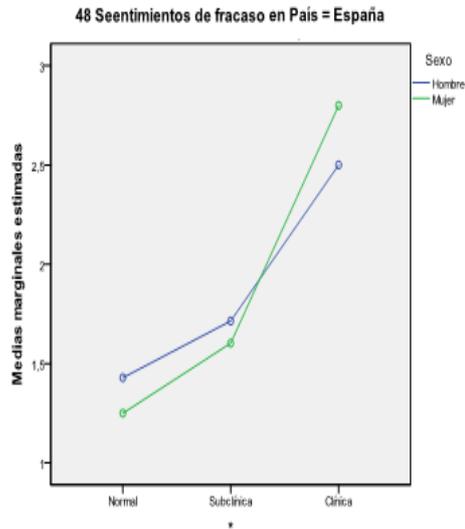


Gráfico 3.2.4.1.19

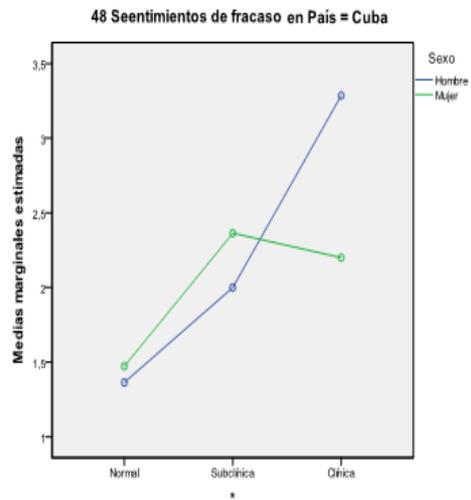


Respecto a los sentimientos de fracaso  $F(6,292)= 4.565$ ,  $p=.011$ , apreciamos en los gráficos 3.2.4.1.20 y 3.2.4.1.21, que entre los jóvenes españoles, las mujeres tienen el síntoma en mayor medida en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son los hombres en los que aparecen valores superiores. En Cuba, son los hombres los que tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal las mujeres tienen valores más elevados.

**Gráfico 3.2.4.1.20**

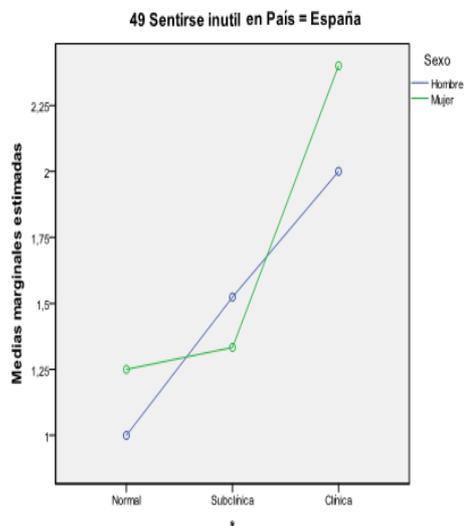


**Gráfico 3.2.4.1.21**

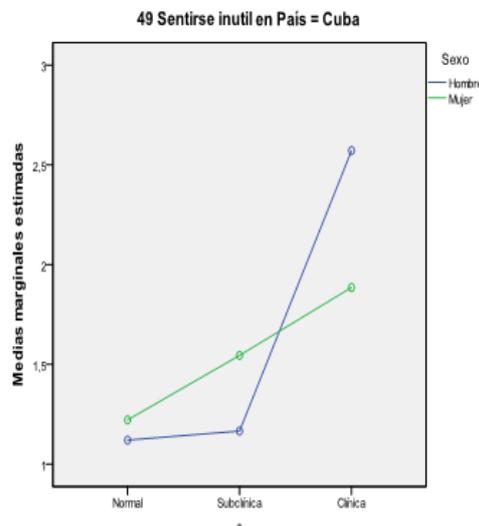


Respecto al sentimiento de inutilidad  $F(6,292)= 5.113, p=.007$ , vemos en los gráficos 3.2.4.1.22 y 3.2.4.1.23, que en España las mujeres jóvenes tienen puntuaciones superiores en la población clínica y la población normal y los hombres tienen valores más elevados en la población subclínica. En Cuba, se da una relación inversa en la que son los hombres los que tienen puntajes superiores en la población clínica, mientras que las mujeres tienen en mayor medida este síntoma en las poblaciones subclínica y normal.

**Gráfico 3.2.4.1.22**



**Gráfico 3.2.4.1.23**



### 3.2.4.2. Síntomas Afectivos, edad de 35 a 55 años

Vamos a analizar las variables para el segundo rango de edad. En la tabla 3.2.4.2, vemos reflejados las diferencias significativas en los síntomas afectivos correspondientes al rango de edad comprendido entre los 35 y los 55 años.

**En función del sexo**, podemos apreciar en la tabla 3.2.4.2, las diferencias significativas consistentes en valores más elevados, en todos los casos, en las mujeres en los siguientes síntomas: ha pensado que son poco valiosas en comparación con los demás, ha disminuido su satisfacción con la vida, se siente tristes o abatidas, ha perdido confianza en sí misma, se siente una carga para los demás, se ha sentido inquieto como si algo malo va a pasar, se sentido más irritables de lo habitual, ha llorado, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupada sin una razón concreta, ha tenido sentimientos de fracaso, se ha sentido inútil, han notado que no se alegraban suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

**En cuanto al tipo de población**, en todas las variables estudiadas, encontramos diferencias significativas consistentes en valores superiores en la población clínica, como podemos ver en la tabla 3.2.4.2, en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, ha disminuido su satisfacción con la vida, se ha sentido triste o abatido, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha perdido confianza en sí mismo, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha estado más irritable de lo habitual, ha llorado, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, ha tenido sentimientos de fracaso, se

ha sentido inútil, ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

**En relación a las diferencias en función del país,** aparecen diferencias significativas en los siguientes síntomas que podemos ver reflejados en la Tabla 3.2.4.2. En Cuba aparecen valores superiores en los síntomas: se ha criticado a sí mismo, se ha sentido más inquietos como si algo malo fuera a pasar y se ha preocupado más por la salud sin motivo concreto, mientras que en España las puntuaciones más elevadas aparecen en los síntomas: ha pensado que en comparación con los demás es Vd una persona poco valiosa, ha pensado sobre la forma de quitarse la vida, ha perdido confianza en sí mismo, se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido más sentimientos de fracaso y se ha sentido inútil.

Tabla 3.2.4.2. Resultados de los Síntomas Afectivos EDAD de 35 a 55 años.

Síntomas	SÍNTOMAS AFECTIVOS EM LOS SDULTOS DE 35 A 55 AÑOS													
	SEXO		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
6. Se ha criticado a sí mismo	-	-	3,675	,027	5,260	,023	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	7,591	,006	4,538	,012	8,484	,004	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Ha disminuido su satisfacción con la vida	14,218	,000	12,196	,000	-	-	4,273	,015	6,668	,010	6,783	,001	-	-
20. Se ha sentido triste o abatido	4,335	,038	37,620	,000	-	-	-	-	-	-	5,621	,004	-	-
21. HA pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	-	3,174	,044	-	-	-	-	-	-	3,765	,035	-	-
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	-	5,740	,004	5,488	,020	-	-	-	-	3,812	,024	-	-
23. Ha perdido confianza en sí mismo	7,708	,006	13,678	,000	13,032	,000	-	-	-	-	7,116	,001	-	-
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	-	-	3,146	,045	-	-	-	-	4,328	,039	-	-	-	-
30. Se ha sentido una carga para los demás	8,447	,004	6,491	,002	-	-	-	-	3,823	,052	-	-	-	-
34. Se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a pasar	4,310	,039	16,257	,000	8,436	,004	-	-	-	-	-	-	-	-
35. Ha estado más irritable de lo habitual	4,155	,043	4,334	,014	-	-	3,562	,030	6,283	,013	4,272	,015	5,619	,004
36. Ha llorado	11,796	,001	5,404	,005	-	-	-	-	-	-	5,528	,005	-	-

Continúa

Tabla 3.2.4.2. Síntomas Afectivos EDAD de 35 a 55 años. (Continuación).

Síntomas	SÍNTOMAS AFECTIVOS EN LOS ADULTOS DE 35 A 55 AÑOS											
	Sexo		País		Sexo*País		País		Sexo*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
37 Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta	10,431	,001 (**)	7,953	,000 (***)	-	-	-	-	7,463	,001	-	-
43 Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	4,267	,040 (**)	5,205	,005 (***)	-	-	-	-	5,437	,005	-	-
45 Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto	-	-	5,625	,004 (***)	5,589	,019 (**)	-	-	-	-	-	-
46 Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos	-	-	9,784	,000 (***)	9,912	,002 (*)	-	-	9,943	,000	-	-
47 ha tenido sentimientos de culpa	-	-	12,877	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-
48 Ha tenido sentimientos de fracaso	7,723	,006 (**)	17,828	,000 (***)	5,967	,015 (*)	-	-	6,454	,012	8,515	,000
49 Se ha sentido inútil	4,374	,038 (**)	19,767	,000 (***)	12,785	,000 (*)	-	-	10,319	,000	-	-
50 Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante	-	-	15,799	,000 (***)	-	-	-	-	3,393	,035	3,623	,028
55 Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban.	16,095	,000 (**)	8,905	,000 (***)	-	-	-	-	10,986	,001	5,936	,003
58 Se le estado de ánimo ha sido peor por la mañana	4,594	,033 (**)	11,036	,000 (***)	-	-	-	-	6,373	,012	-	-

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España;

TP (\*) = Normal

Sexo (\*\*\*) = mujeres; País (\*\*\*) = Cuba;

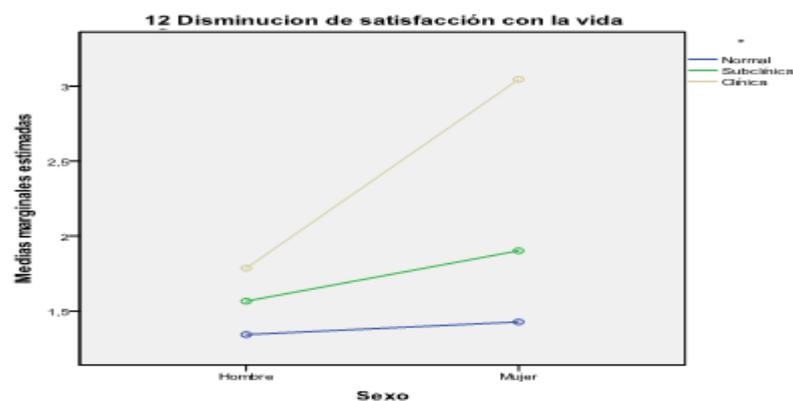
TP (\*\*\*) = Subclínica

TP (\*\*\*\*) = Clínica

Al estudiar la interacción entre sexo y tipo de población en las personas adultas, encontramos dos interacciones con efecto significativo en los siguientes síntomas.

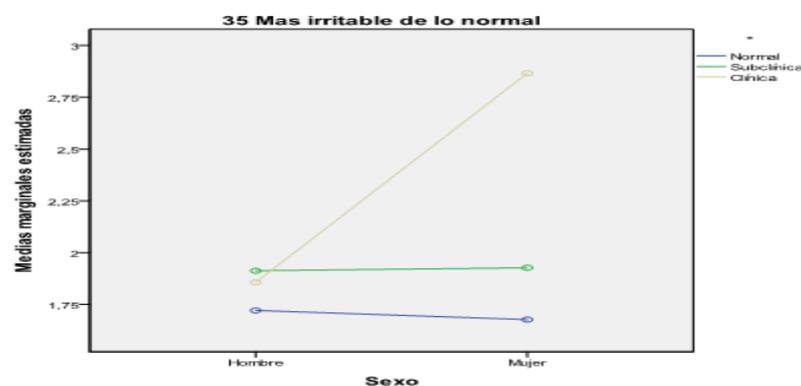
Respecto a la disminución de satisfacción con la vida  $F(5,232)= 4.273, p=.015$ , apreciamos en el gráfico 3.2.4.2.1, que las mujeres tienen mayor disminución de satisfacción con la vida en las poblaciones clínica y subclínica, mientras que en la población normal no aparecen diferencias en función del género.

**Gráfico 3.2.4.2.1**



Respecto al sentimiento de irritabilidad  $F(5,232)= 3.562, p=.030$ , el gráfico 3.2.4.2.2, pone de relieve que las mujeres adultas tienen valores superiores en la población clínica. En las poblaciones subclínica y normal no aparecen diferencias significativas entre ambos sexos.

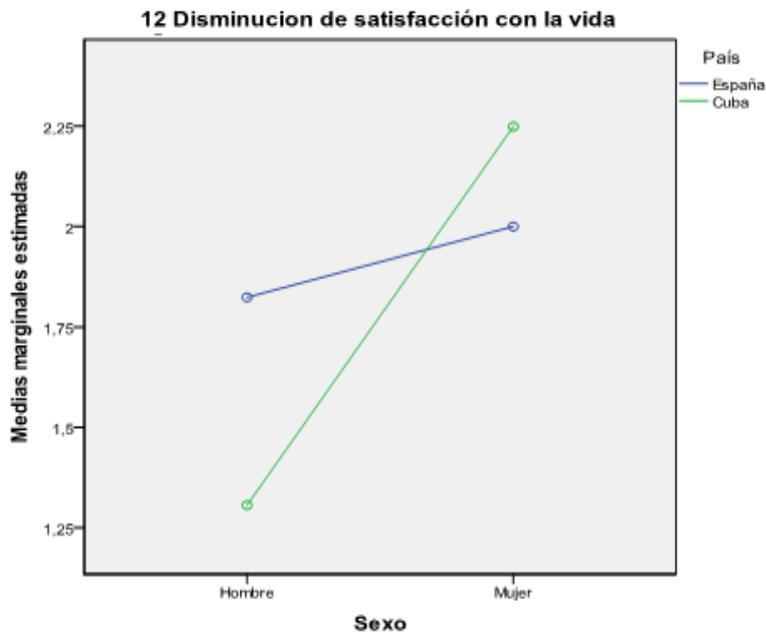
**Gráfico 3.2.4.2.2**



Al estudiar la interacción entre sexo y país, aparecen interacciones con efecto significativo en seis de los 22 síntomas afectivos.

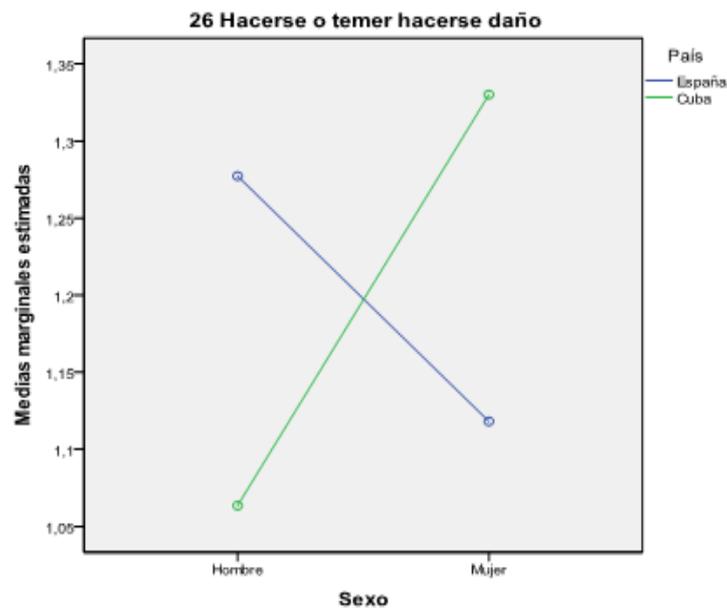
Respecto al síntoma ha disminuido su satisfacción con la vida  $F(3,232)= 6.668$ ,  $p=.010$ , podemos ver en el gráfico 3.2.4.2.3, que las mujeres adultas de ambos países tienen valores superiores, mientras que en los hombres el síntoma aparece en mayor medida en los españoles.

**Gráfico 3.2.4.2.3**



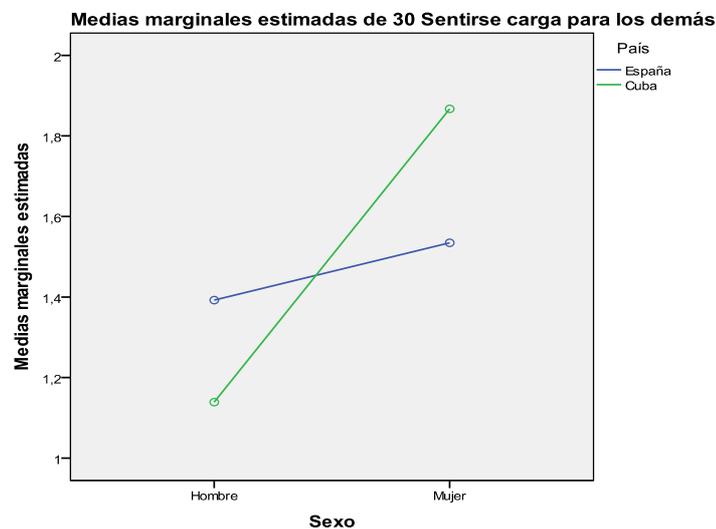
En cuanto a la variable hacerse o temer hacerse daño  $F(3,232)= 4.328$ ,  $p=.039$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.4.2.4, que las mujeres adultas cubanas, se hacen o temen hacerse daño en mayor medida que las cubanas. En cuanto a los hombres, los adultos españoles tienen valores más elevados.

Gráfico 3.2.4.2.4



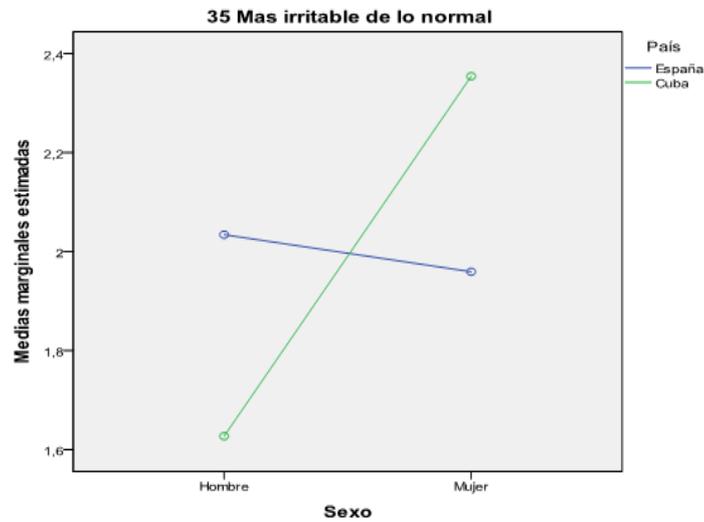
Respecto a sentirse una carga para los demás, de nuevo, vemos en el gráfico 3.2.4.2.5, que las mujeres adultas cubanas se sienten una carga para los demás en mayor proporción que las españolas y que los hombres de ambos países.

Gráfico 3.2.4.2.5



En relación al síntoma sentirse más irritable de lo habitual  $F(3,232)= 6.283$ ,  $p=.013$ , la interacción sexo y país pone de relieve que las mujeres adultas cubanas tienen valores más elevados, como podemos ver en el gráfico 3.2.4.2.6., mientras que los hombres tienen puntajes superiores en la muestra española.

Gráfico 3.2.4.2.6



En cuanto a los sentimientos de fracaso  $F(3,232)= 6.454, p=.012$ , en la muestra española tanto hombres como mujeres tienen valores muy elevados en este síntoma no apreciándose diferencias en función del género, sin embargo en Cuba, las mujeres tienen valores más elevados que los hombres.

Si comparamos las muestras, entre los hombres adultos, apreciamos en el gráfico 3.2.4.2.7, que los españoles tienen valores significativamente mayores que los cubanos.

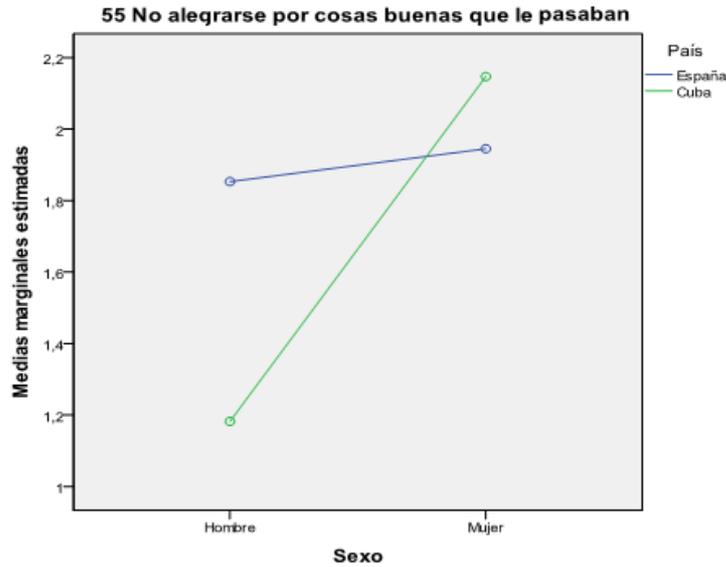
Gráfico 3.2.4.2.7



En relación al síntoma no alegrarse por cosas buenas que le pasaban  $F(3,232)= 10.986, p=.001$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.4.2.8, que las mujeres tanto españolas como cubanas tienen los valores más elevados respecto a los hombres, siendo las mujeres cubanas las que tienen puntuaciones más elevadas. Mientras que

entre hombres y mujeres cubanos aparece una diferencia notable, en la muestra española la diferencia en función del género es mínima.

**Gráfico 3.2.4.2.8**



En el síntoma su estado de ánimo ha sido peor por la mañana  $F(3,232)= 6.373$ ,  $p=.012$ , apreciamos en el gráfico 3.2.4.2.9, que las mujeres adultas cubanas tienen valores superiores, mientras que en España, son los hombres los que tienen puntajes ligeramente más elevados que las mujeres.

**Gráfico 3.2.4.2.9**



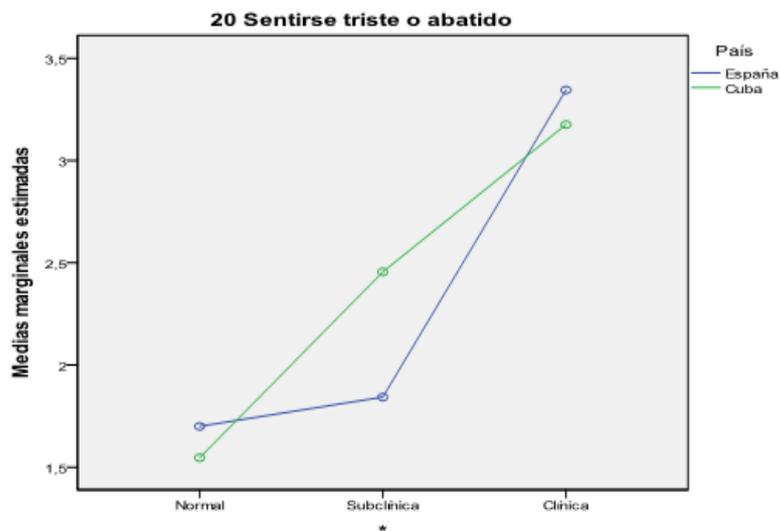
En cuanto a la interacción entre tipo de población y país, aparecen catorce interacciones con efectos significativos de los 22 síntomas afectivos, que ponen de relieve la influencia de la cultura en la sintomatología depresiva. En todos los casos aparecen valores superiores en los adultos españoles en la población clínica.

En la variable disminución de satisfacción con la vida  $F(4,232)= 6.783, p=.001$ , apreciamos en el gráfico 3.2.4.2.10, que los adultos españoles tienen valores superiores en la población clínica. En la población subclínica se da una relación inversa entre ambos países, apareciendo en Cuba el síntoma en mayor medida que en España, mientras que en la población normal, no aparecen diferencias en función del país.



En cuanto al sentirse triste o abatido  $F(4,232)=5.621, p=.004$ , apreciamos en el gráfico 3.2.4.2.11, que el sentimiento de tristeza o abatimiento aparece en mayor medida en la población clínica y la población normal, siendo los españoles los que tienen valores más elevados. En la población subclínica son los cubanos los que tienen valores superiores.

Gráfico 3.2.4.2.11



En relación a los síntomas pensar en la posibilidad de quitarse la vida  $F(4,232)=3.765$ ,  $p=.035$  y a pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida  $F(4,232)=3.812$ ,  $p=.024$ , podemos apreciar en los gráficos 2.4.2.12 y 3.2.4.2.13, que en ambos países se da una distribución similar. Los adultos españoles piensan más en la posibilidad de quitarse la vida en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores superiores en las poblaciones subclínica y normal.

Gráfico 3.2.4.2.12



Respecto al síntoma pensar sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, podemos ver en el gráfico 2.4.2.13, que los españoles también tienen valores superiores en la población clínica y en la población subclínica, sin embargo no aparecen diferencias en función del país, en la población normal.



En la interacción reflejada en el gráfico 3.2.4.2.14, respecto a la pérdida de confianza en sí mismo  $F(4,232)= 7.116, p=.001$ , observamos que los adultos españoles tienen más pérdida de confianza en sí mismos en las poblaciones clínicas y subclínica. En la población normal, son los adultos cubanos los que ligeramente tienen valores más elevados respecto a los adultos españoles.



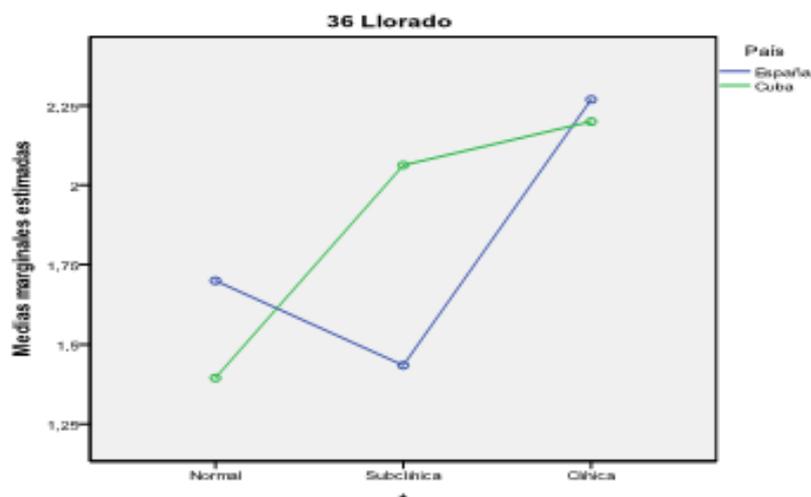
En relación al síntoma estar más irritable de lo normal  $F(4,232)= 4.272, p=.015$ , que vemos reflejado en el gráfico 3.2.4.2.15, encontramos que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores superiores en las poblaciones subclínica y normal.

**Gráfico 3.2.4.2.15**



En el síntoma ha llorado  $F(4,232)= 5.528, p=.005$ , apreciamos en la interacción reflejada en el gráfico 3.2.4.2.16, que los españoles tienen valores más elevados que los cubanos en las poblaciones clínica y normal mientras que los cubanos tienen en mayor medida que los españoles este síntoma en la población subclínica.

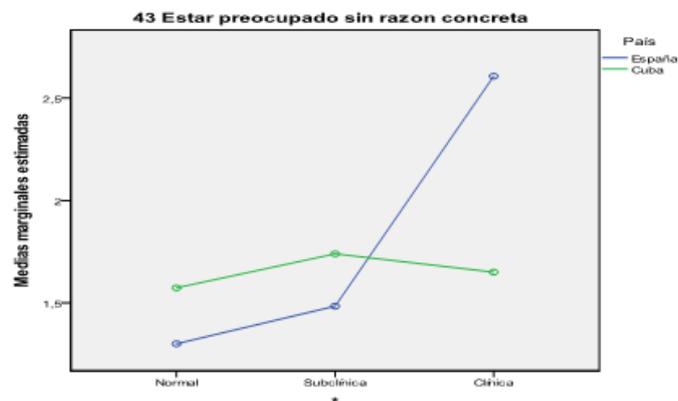
**Gráfico 3.2.4.2.16**



Respecto a tener más miedo de lo habitual sin razón concreta  $F(4,232)= 7.463$ ,  $p=.001$ , apreciamos en la interacción reflejada en el gráfico 3.2.4.2.17, que los adultos españoles tienen valores superiores en la población clínica y población normal, mientras que en los adultos cubanos aparecen valores superiores a los españoles en la población subclínica.

**Gráfico 3.2.4.2.17**

En la interacción que vemos en el gráfico 3.2.4.2.18, respecto al síntoma estar preocupado sin razón concreta  $F(4,232)= 5.437$ ,  $p=.005$ , observamos que los adultos españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores más elevados en las poblaciones subclínica y normal.

**Gráfico 3.2.4.2.18**

Respecto al síntoma sentirse vacío, como si no tuviera sentimientos  $F(4,232)= 9.943$ ,  $p=.000$ , podemos ver en el gráfico 3.2.4.2.19, que los adultos españoles tienen

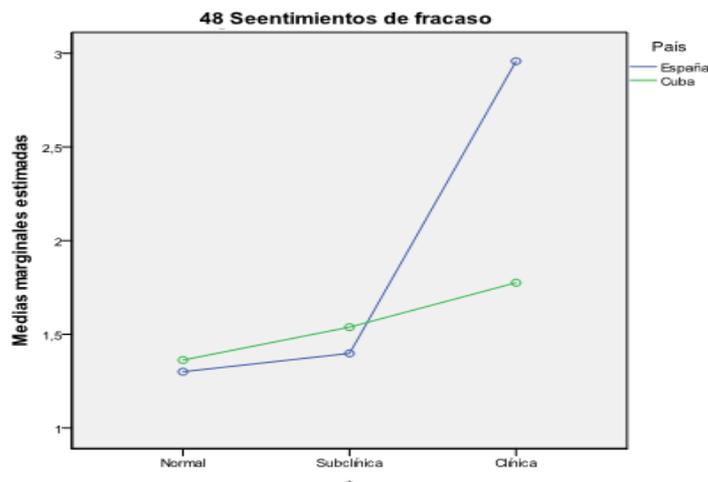
en mayor medida el síntoma en las poblaciones clínica y normal mientras que en Cuba tienen valores más elevados en la población subclínica.

**Gráfico 3.2.4.2.19**



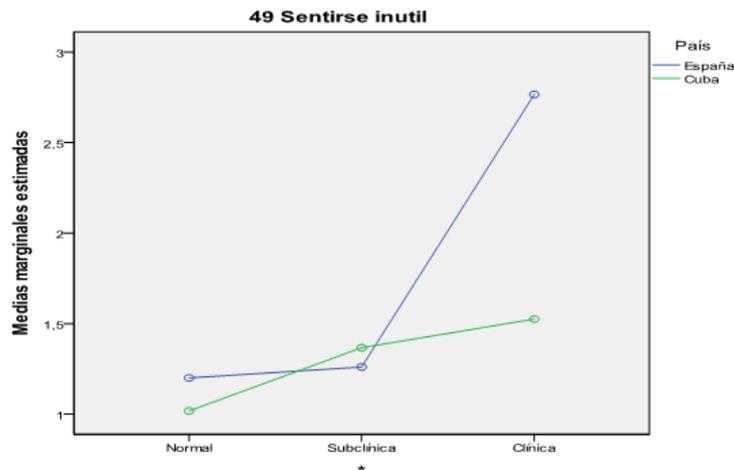
Respecto a los sentimientos de fracaso  $F(4,232)= 8.515, p=.000$ , podemos ver en el gráfico 3.2.4.2.20, que los adultos tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal los cubanos tienen este síntoma en mayor medida que los españoles.

**Gráfico 3.2.4.2.20**



En relación a sentirse inútil  $F(4,232)= 10.319, p=.000$ , apreciamos en el gráfico 3.2.4.2.21 que los adultos españoles tienen valores más elevados en la población clínica y normal. En la población subclínica los adultos cubanos tienen valores superiores

Gráfico 3.2.4.2.21



En cuanto a la sensación nueva de haber perdido algo importante  $F(4,232)=3.395$ ,  $p=.035$ , la interacción que vemos en el gráfico 3.2.4.2.22, pone de relieve que la mayor sensación nueva de haber perdido algo importante se da en mayor medida en los adultos españoles de la población clínica y población normal. En la población subclínica los adultos cubanos tienen valores superiores en este síntoma.

Gráfico 3.2.4.2.22



En cuanto a notar la falta de alegría por las cosas buenas que antes le pasaban  $F(4,232)=5.936$ ,  $p=.003$ , podemos ver reflejado en el gráfico 3.2.4.2.23, que los españoles tienen puntajes superiores en las poblaciones clínica y normal, mientras que en Cuba tienen puntajes más elevados en la población subclínica.

Gráfico 3.2.4.2.23

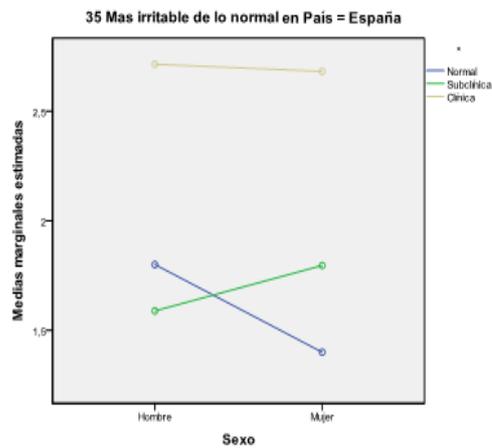


En tres de los 22 síntomas afectivos encontramos interacciones con efecto significativo en la triple interacción entre sexo, tipo de población y país. En todos los casos la sintomatología depresiva tiene mayor significación en la población clínica y los valores se distribuyen en función del género y el país de diferente forma en los distintos síntomas, cómo vamos a ver.

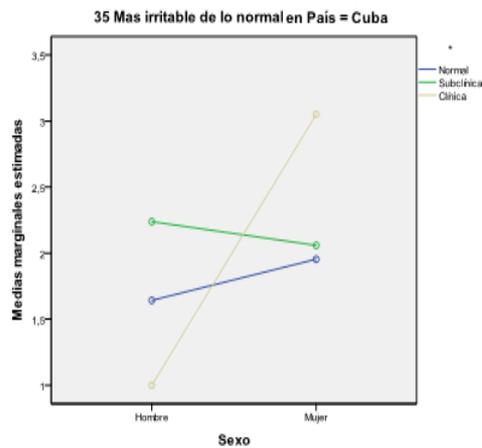
En relación al síntoma sentirse más irritable de lo habitual  $F(6,232)= 5.619$ ,  $p=.004$ , los gráficos 3.2.4.2.24 y 3.2.4.2.25, ponen de relieve que en España tanto hombres como mujeres tienen valores superiores en la población clínica, siendo los hombres los que tienen valores ligeramente superiores. En la población subclínica las mujeres tienen puntajes más elevados mientras que en la población normal son los hombres los que tienen valores superiores.

En Cuba las mujeres tienen valores más elevados en las poblaciones clínica y normal y los hombres tienen puntuaciones superiores en la población normal.

**Gráfico 3.2.4.2.24**

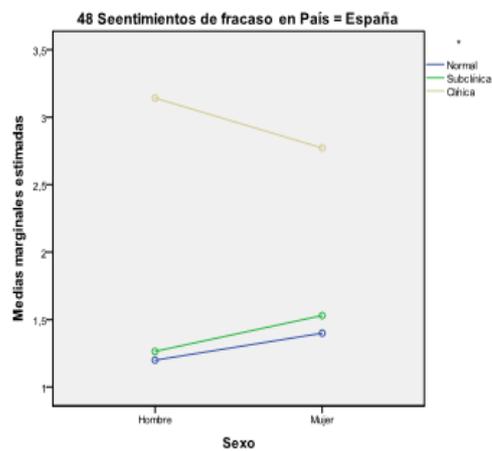


**Gráfico 3.2.4.2.25**

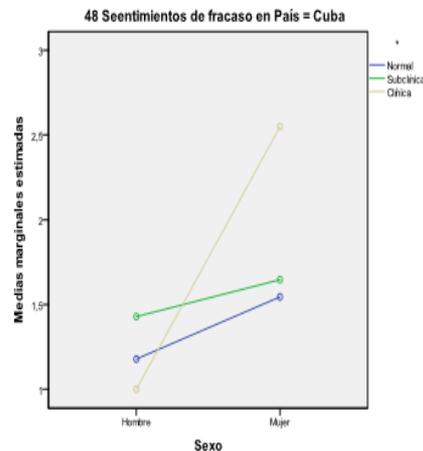


En el síntoma ha tenido sentimientos de fracaso  $F(6,232)= 4.647, p=.011$ , la interacción reflejada en los gráficos 3.2.4.2.26 y 3.2.4.2.27, pone de relieve que en España los hombres adultos tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en la muestra cubana son las mujeres adultas las que tienen valores superiores. En las poblaciones subclínica y normal ambos países mantienen la misma distribución, siendo las mujeres adultas las que tienen este síntoma en mayor medida.

**Gráfico 3.2.4.2.26**



**Gráfico 3.2.4.2.27**



Respecto al síntoma ha tenido la sensación nueva de haber perdido algo importante  $F(6,232)= 3.623, p=.028$ , aparece de forma inversa en sendos países. La interacción que aparece en los gráficos 3.2.4.2.28 y 3.2.4.2.29, refleja que en España tanto los hombres como las mujeres de la población clínica tienen la sensación nueva de haber perdido algo importante aunque en los hombres se encuentran puntajes ligeramente más elevados. En la población normal seguida de la población clínica las

mujeres tienen valores superiores. En Cuba las mujeres tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en la población subclínica son los hombres los que tienen valores más elevados. En la población normal cubana no aparecen diferencias entre ambos sexos.

Gráfico 3.2.4.2.28

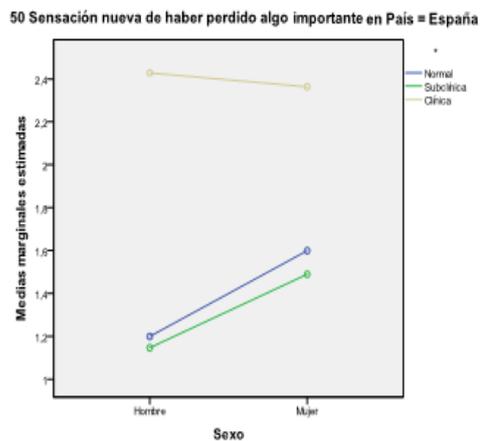
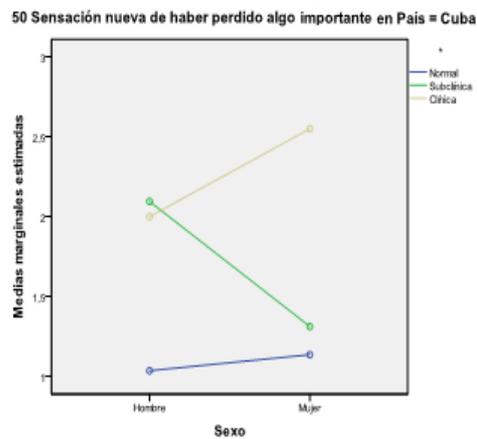


Gráfico 3.2.4.2.29



### 3.2.4.3. Síntomas afectivos, en los mayores de 64 años

Vamos a analizar los resultados obtenidos en los síntomas afectivos para las personas de avanzada edad, constituida por los mayores de 65 años.

En la tabla 3.2.4.3, vemos reflejados las diferencias significativas en función del sexo, tipo de población y país, así como las interacciones al cruzar las variables sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción sexo, tipo de población y país.

**En cuanto al sexo** solo aparece una diferencia significativa, que podemos ver en la tabla 3.2.4.3, consistente en que las mujeres de edad avanzada tienen valores más elevados en el síntoma, se ha sentido una carga para los demás que los hombres.

**Respecto al tipo de población**, los valores más elevados aparecen en la población clínica (Véase tabla 3.2.4.3) en los síntomas, se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa, ha disminuido su satisfacción con la vida, se ha sentido triste o abatido, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha perdido confianza en sí mismo, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha estado más irritable de lo habitual, ha llorado, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, ha tenido sentimientos de fracaso, se ha sentido inútil, ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

**En relación al país**, en las variables en las que aparecen diferencias significativas, ponen de relieve que los cubanos tienen valores superiores en los síntomas: se ha criticado a sí mismo, pensar en la posibilidad de quitarse la vida y pensar sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, se ha sentido una carga para los demás, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta y ti más sentimientos de fracaso (Véase tabla 3.2.4.3).

Tabla 3.2.4.3. Síntomas Afectivos edad mayores de 64 años

Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
Identificado a sí mismo	-	-	19,634	,000 (***)	8,745	,003 (***)	-	-	-	-	3,685	,026	-	-
Sentido que en comparación con los N.d. Una persona poco valiosa	-	-	32,271	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Disminuido su satisfacción con la	-	-	38,050	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
sentida triste o abalido	-	-	130,064	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interés en la posibilidad de quitarse	-	-	10,367	,000 (***)	9,867	,002 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-
Interés sobre la forma en la que	-	-	4,376	,013 (***)	8,721	,003 (***)	-	-	-	-	-	-	4,470	,012
Interés en la confianza en sí mismo	-	-	30,014	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interés en haberse dañado a	-	-	15,993	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interés en una carga para los demás	6,923	,009 (***)	33,001	,000 (***)	5,929	,016 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-
Interés en sentirse inquieto como si algo	-	-	42,376	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interés en sentirse más irritable de lo habitual	-	-	36,449	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Continúa.

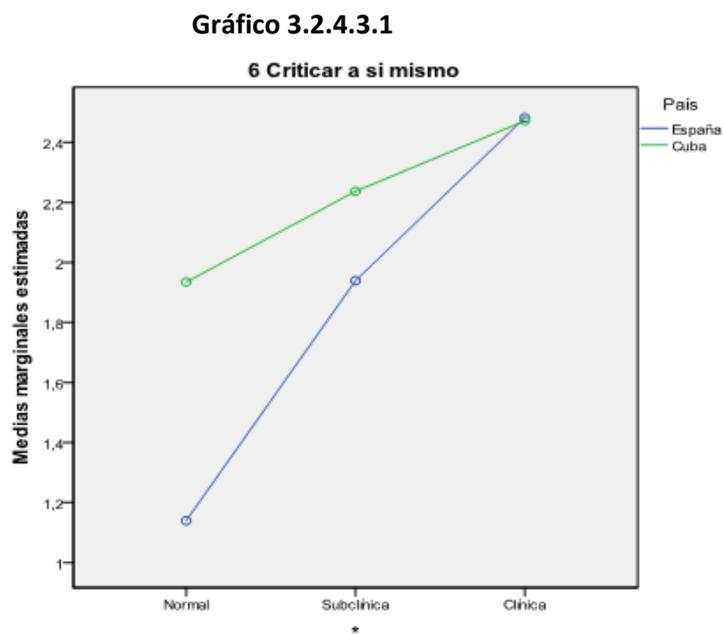
Tabla 3.2.4.3. Síntomas Afectivos edad mayores de 64 años (Continuación)

Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sin	F	Sin	F	Sin	F	Sin	F	Sin	F	Sin
36. Ha llorado	-	53,718,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37. Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta	-	36,850,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	56,906,000 (***)	16,437,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45. Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto	-	29,554,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
46. Se ha sentido vago, o como si no tuviera sentimientos	-	12,604,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
47. ha tenido sentimientos de culpa	-	21,746,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
48. Ha tenido sentimientos de fracaso	-	30,579,000 (***)	11,168,000 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49. Se ha sentido inútil	-	70,399,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50. Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante	-	39,520,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55. Ha notado que nos e alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban	-	42,051,000 (***)	-	-	-	-	-	-	3,314,038	-	4,085,018	-
58. Se estaco de ánimo ha sido peor por la mañana	-	28,664,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España;  
 Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba;  
 TP (\*) = Normal  
 TP (\*\*) = Subclínica  
 TP (\*\*\*) = clínica

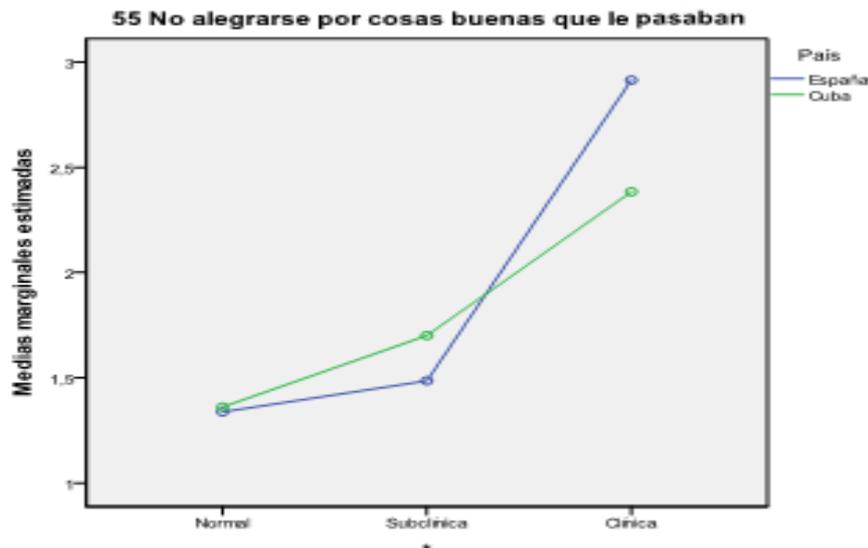
En cuanto a las interacciones estudiadas entre sexo y tipo de población y sexo y país, no encontramos valores con efectos significativos en función del género, sin embargo aparecen dos variables en relación a la interacción entre **tipo de población y el país** que arroja efectos significativos, en las siguientes variables.

Podemos apreciar en el gráfico 3.2.4.3.1, una interacción significativa entre tipo de población y país en el síntoma se ha criticado a sí mismo  $F(4,296)= 3.685$ ,  $p=.026$ , que pone de manifiesto que en la población clínica de ambos países es en la que los adultos mayores tienen valores más elevados, no encontrando diferencias en función del país. En las poblaciones subclínica y normal los cubanos tienen valores superiores



En cuanto al síntoma ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban  $F(4,296)= 3.314$ ,  $p=.038$ , vemos en el gráfico 3.2.4.3.2, que los adultos mayores españoles tienen valores superiores en la población clínica. En la población subclínica son los adultos mayores cubanos los que tienen puntajes más elevados, mientras que en la población normal no aparecen diferencias en función del país.

Gráfico 3.2.4.3.2



Encontramos dos interacciones con efecto significativo en la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, en los siguientes síntomas.

En la variable pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida  $F(6,296)=4.470$ ,  $p=.012$ , vemos reflejado en los gráficos 3.2.4.3.3 y 3.2.4.3.4, que tiene mayor significación en la población clínica.

En España las mujeres adultas mayores tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal no aparecen diferencias en función del género. En Cuba, los hombres de avanzada edad tienen medidas superiores en la población clínica, sin embargo en la población subclínica son las mujeres las que tienen valores más elevados. En la población normal no aparecen diferencias significativas entre ambos sexos.

Gráfico 3.2.4.3.3

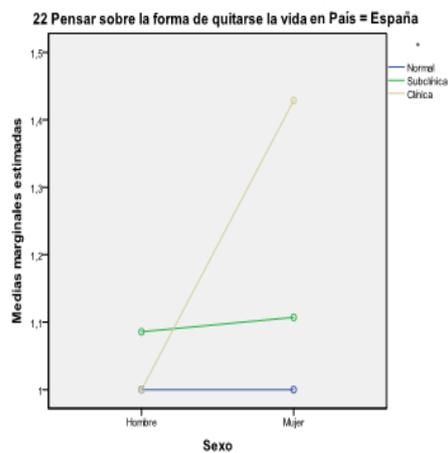
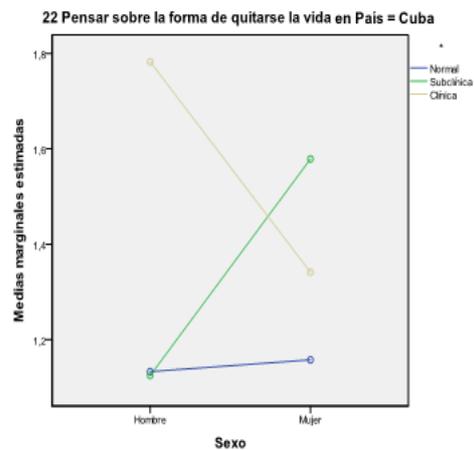


Gráfico 3.2.4.3.4



Respecto al síntoma no alegrarse por cosas buenas que le pasaban  $F(5,296)=4.085, p=.018$ , los gráficos 3.2.4.3.5 y 3.2.4.3.6, ponen de relieve que en ambos países la dificultad para alegrarse por las cosas buenas que suceden tienen valores más elevados en la población clínica, sin embargo, en España son los hombres de edad avanzada tienen valores superiores, mientras que en Cuba son las mujeres tienen puntajes más elevados. En cuanto a la población subclínica, en España apenas encontramos diferencias de género, mientras que en la población normal son las mujeres las que tienen valores ligeramente superiores. Entre los cubanos en la población subclínica los hombres de edad avanzada obtienen valores más elevados y en la población normal son las mujeres las que tienen valores ligeramente superiores.

Gráfico 3.2.4.3.5

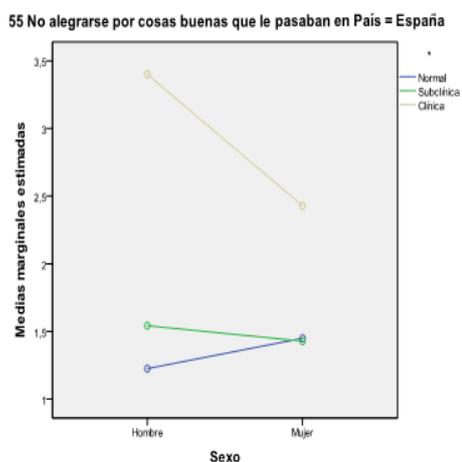
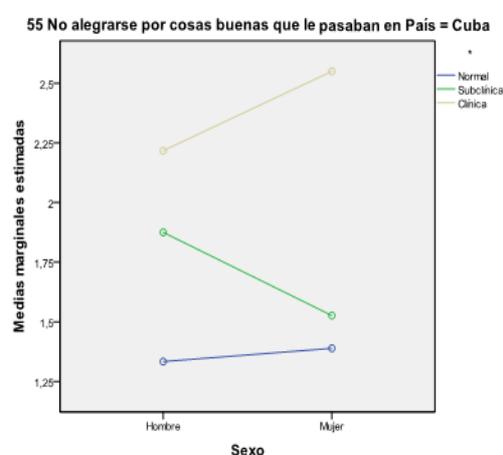


Gráfico 3.2.4.3.6



### **3.2.4.4. Conclusiones para los síntomas afectivos**

Una vez analizadas todas las variables que componen los síntomas Afectivos, las integramos en sendos gráficos con el fin de poder apreciar a golpe de vista, las diferencias significativas para cada rango de edad.

Con el fin de que resulten clarificadoras las diferencias entre los tres grupos de edad, hemos utilizado un color distintivo para cada rango, así el color verde distingue a los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, el color azul identifica a los adultos con rango de edad entre los 35 y los 55 años y el color naranja como identificativo de las personas de avanzada edad mayores de 65 años.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales para el sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

#### **3.2.4.4.1. Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas afectivos**

Las diferencias significativas en función del género, tipo de población y país para cada rango de edad quedan reflejadas en la tabla 3.2.4.4.1.

**En relación al sexo**, en los resultados alcanzados en los jóvenes y en las personas de avanzada edad apenas encontramos valores significativos en relación al sexo.

**En los jóvenes,** aparecen dos diferencias significativas que ponen de relieve que las mujeres jóvenes tienen puntuaciones más elevadas en el síntoma: ha estado más irritable de lo normal y ha llorado.

**En los adultos** se encuentran la mayoría de las diferencias en relación al sexo. Todas las variables en las que han aparecido valores superiores se dan en mayor medida en las mujeres en los siguientes síntomas, sentirse menos valiosa cuando se compara con los demás, disminución de satisfacción con la vida, se ha sentido más triste o abatida, ha perdido confianza en sí misma, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido más inquietas como si algo malo fuera a pasar, ha estado más irritable de lo normal, llorar, ha tenido más miedo de normal sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupadas sin una razón concreta, ha tenido más sentimientos de fracaso y se ha sentido más inútil, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

**Entre los mayores de 65 años,** aparece una diferencia significativa consistente en que las mujeres de avanzada edad tienen puntuaciones superiores en el síntoma, se ha sentido una carga para los demás.

**Respecto a las diferencias en el tipo de población** como podemos ver en la tabla 3.2.4.4.1, encontramos en todas las variables y en los tres rangos de edad, valores significativos que se dan en mayor medida en la población clínica en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa, ha disminuido su satisfacción con la vida, se ha sentido triste o abatido, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha perdido confianza en sí mismo, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha estado más irritable de lo habitual, ha llorado, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, ha tenido

sentimientos de fracaso, se ha sentido inútil, ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

**En cuanto a las diferencias en función del país**, podemos apreciar en la tabla 3.2.4.4.1, aparecen las diferencias significativas en los síntomas afectivos consistentes en:

**Los jóvenes** tienen puntuaciones superiores Cuba en los tres síntomas en los que aparecen diferencias significativas. Los cubanos jóvenes se sienten más tristes o abatidos, lloran más, han tenido una sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante.

**En los adultos** es dónde aparecen más síntomas depresivos con valores elevados en función del país. Los españoles se sienten menos valiosos cuando se comparan con los demás, han pensado más sobre la forma de quitarse la vida y tienen menos confianza en sí mismos, han tenido más sentimientos de vacío, como si no tuvieran sentimientos, tienen más sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles, mientras que los cubanos, se critican más a sí mismos, se han sentido más inquietos, como si algo malo fuera a pasar y se preocupan más por su salud sin motivo concreto.

**En las personas de avanzada edad**, aparecen diferencias significativas en seis síntomas afectivos consistentes en puntuaciones superiores, en todos los síntomas, en los cubanos en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, se ha sentido una carga para los demás, se ha notado especialmente preocupado sin una razón concreta y ha tenido sentimientos de fracaso.

**Tabla 3.2.4.4.1.** Diferencias entre los valores en cada rango de edad Síntomas Afectivos

SÍNTOMAS	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA 65		
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
6.Se ha criticado a sí mismo	-	CL	-	-	CL	C	-	CL	C
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-	CL	-	M	CL	E	-	CL	-
12.Ha disminuido su satisfacción con la vida	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
20. Se ha sentido triste o abatido	-	CL	C	M	CL	-	-	CL	-
21.HA pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	C
22.Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	CL	-	-	CL	E	-	CL	C
23.Ha perdido confianza en sí mismo	-	CL	-	M	CL	E	-	CL	-
26.Se ha hecho o ha temido hacerse daño a si mismo	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	-
30.Se ha sentido una carga para los demás	-	CL	-	M	CL	-	M	CL	C
34.Se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a pasar	-	CL	-	M	CL	C	-	CL	-
35.Ha estado más irritable de lo habitual	M	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
36.Ha llorado	M	CL	C	M	CL	-	-	CL	-

Continúa.

**Tabla 3.2.4.4.1.** Diferencias entre los valores en cada rango de edad Síntomas Afectivos  
(Continuación).

SÍNTOMAS	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA 65		
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
37.Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
43.Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	C
45.Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto	-	CL	-	-	CL	C	-	CL	-
46.Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos	-	CL	-	-	CL	E	-	CL	-
47.ha tenido sentimientos de culpa	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	-
48.Ha tenido sentimientos de fracaso	-	CL	-	M	CL	E	-	CL	C
49.Se ha sentido inútil	-	CL	-	M	CL	E	-	CL	-
50.Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante	-	CL	C	-	CL	-	-	CL	-
55.Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
58.Se estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-

Sexo:  
H= Hombres  
M=Mujeres

País:  
E=España;  
C=Cuba

TP= Tipo de Población:  
N= Normal  
Sub= Subclínica  
CL= Clínica

### 3.2.4.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas afectivos

Vamos a analizar la relación entre las variables significativas en cada rango de edad en los síntomas afectivos, según las interacciones sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y sexo, tipo de población y país, valores que podemos ver reflejados en la tabla 3.2.4.4.2. y que pasamos a detallar.

**En la interacción entre sexo y tipo de población**, aparece una interacción con efecto significativo entre los jóvenes

**En los jóvenes** la interacción con efecto significativo entre sexo y tipo de población, refleja que en los hombres aparecen valores más elevados en el síntoma pérdida de confianza en sí mismo en la población clínica.

**En los adultos** encontramos dos interacciones con efecto significativo en los síntomas: ha tenido disminución de satisfacción con la vida y ha estado más irritable de lo normal, en los que las mujeres tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica.

**En las personas de edad avanzada** no encontramos ninguna interacción significativa entre sexo y tipo de población en los síntomas afectivos.

**En cuanto a la interacción entre sexo y país**, podemos apreciar la tabla 3.2.4.4.2 :

**En los jóvenes**, aparecen interacciones con efecto significativo consistente en las siguientes diferencias:

En España, entre los jóvenes los hombres tienen valores superiores en los síntomas, ha perdido confianza en sí mismo y ha estado preocupado sin razón concreta, mientras que las mujeres tienen puntuaciones superiores en los síntomas: ha

pensado que en comparación con los demás se siente menos valiosa y ha pensado sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.

En Cuba, entre los jóvenes, los hombres tienen valores superiores en los síntomas: ha pensado más en la posibilidad de quitarse la vida mientras que las mujeres tienen puntuaciones más elevadas en el síntoma ha tenido más sentimientos de vacío y ausencia de sentimientos.

**Respecto a los adultos**, todas las interacciones con efecto significativo se dan en mayor medida en las mujeres de Cuba, en los siguientes síntomas: disminución de satisfacción con la vida, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí misma, se ha sentido una carga para los demás y se siente más irritable de lo habitual, tiene más sentimientos de fracaso, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

**En las personas de edad avanzada** no encontramos ninguna interacción significativa entre sexo y país en los síntomas afectivos.

**Referente a la interacción entre tipo de población y el país**, aparecen interacciones con efecto significativo consistente en las siguientes diferencias:

**En los jóvenes** aparecen cuatro interacciones con efecto significativo que ponen de relieve, en todos los casos, que la sintomatología depresiva se da en mayor medida en la población clínica de la muestra española en los siguientes síntomas: se ha criticado más a sí mismo, mayor disminución de satisfacción con la vida, se ha sentido más triste o abatidos y tiene más pérdida de confianza en sí mismos (Véase Tabla 3.2.4.1).

**Respecto a los adultos**, encontramos en la mayoría de interacciones con efectos significativos, que no varía el patrón con respecto a los jóvenes, puesto que en todos los casos los síntomas más elevados se dan en mayor medida en la población clínica de la muestra española, en los síntomas, mayor disminución de satisfacción con

la vida, se ha sentido más triste o abatido, ha pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, pérdida de confianza en sí mismo, ha estado más irritable de lo normal, llorar más, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, ha tenido más sentimientos de vacío o ausencia de sentimientos, tiene más sentimientos de fracaso, se ha sentido más inútil y ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante (Véase Tabla 3.2.4.2).

**Entre las personas de avanzada edad** encontramos solo dos interacciones con efecto significativo, que ponen de relieve la interacción entre el tipo de población y el país. Ambas interacciones son consistentes en valores superiores en la población clínica. En cuanto al síntoma criticarse a sí mismo, los valores alcanzados apuntan que no hay diferencia de género entre ambos países y tanto en España como en Cuba, las personas de avanzada edad se critican así mismas. En relación al síntoma, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban, son los españoles los que tienen valores más elevados en la población clínica (Véase Tabla 3.2.4.3).

**Al analizar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país**, la mayoría de las interacciones con efectos significativos se dan entre los jóvenes seguidos de los adultos y las personas de avanzada edad. Todos los casos aparecen en mayor medida en la población clínica. También aparecen diferencias de género en función del país.

**Entre los jóvenes**, en los españoles encontramos valores superiores en la población clínica en seis interacciones con efectos significativos que ponen de relieve que, las mujeres han pensado que en comparación con los demás se creen menos valiosas, tienen mayor disminución de satisfacción con la vida, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, han tenido sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles, mientras que en Cuba sin embargo, son los hombres los que comparándose con los demás se creen menos

valiosos, tienen mayor disminución de satisfacción con la vida, han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y en la forma de quitarse la vida, han tenido más sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles.

**Entre los adultos** encontramos interacciones significativas en tres de las variables en las que aparecen puntuaciones superiores en la población clínica en los siguientes síntomas:

En España, respecto al síntoma estar más irritable de lo habitual, tanto los hombres como las mujeres tienen puntajes que no muestran diferencia en función del género. En el síntoma tener sentimientos de fracaso y ha tenido la sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, los hombres tienen puntuaciones más elevadas para este síntoma.

En Cuba, las mujeres tienen valores superiores en la población clínica en los síntomas: se ha sentido más irritable de lo habitual, ha tenido más sentimientos de fracaso y ha tenido la sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante.

**En las personas de edad avanzada**, encontramos dos interacciones con efectos significativos:

En España, las mujeres de avanzada edad tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica en el síntoma: ha pensado sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, mientras que los hombres tienen puntuaciones superiores en el síntoma: ha notado que se alegraban menos por las cosas buenas que les pasaban.

En Cuba, sin embargo, son los hombres los que tienen puntuaciones más altas en el síntoma: han pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, mientras que las mujeres tienen valores más elevados en el síntoma: ha notado que se alegraba menos por las cosas buenas que le pasaban.

Tabla 3.2.4.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad de los Síntomas Afectivos

Síntomas	INTERACCIONES SIGNIFICATIVAS PARA CADA RANGO DE EDAD DE LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS												
	JUVENES 18-25				ADULTOS 35-55				EDAD AVANZADA 65				
	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País	
6 Se ha criticado a sí mismo	-	-	CL*E	-	-	-	-	-	-	-	-	CL*E/C	-
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-	M*E	-	M*CL*E H*C*C	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 Ha disminuido su satisfacción con la vida	-	-	CL*E	M*CL*E H*C*C	M*CL	M*C	CL*E	-	-	-	-	-	-
20 Se ha sentido triste o aburrido	-	-	CL*E	-	-	-	CL*E	-	-	-	-	-	-
21 -A pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	H*C	-	M*CL*E H*C*C	-	-	CL*E	-	-	-	-	-	-
22 -a pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	M*E	-	M*CL*E H*C*C	-	-	CL*E	-	-	-	-	-	M*CL*E H*CL*C
23 -a perdido confianza en sí mismo	H*CL	H*E	CL*E	-	-	-	CL*E	-	-	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.2.4.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad de los Síntomas Afectivos (Continuación)

Síntomas	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA 65		
	Sexo*TP	Sexo*Pais	TP*Pais	Sexo*TP	Sexo*Pais	TP*Pais	Sexo*TP	Sexo*Pais	TP*Pais
25. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	-	-	-	-	M*P	-	-	-	-
30. Se ha sentido una carga para los demás	-	-	-	-	M*P	-	-	-	-
34. Se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a pasar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35. Ha estado más irritable de lo habitual	-	-	-	M*CL	M*P	CL*E	-	H/M*CL*E M*CL*P	-
36. Ha llorado	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	-
37. Ha tenido miedo más de lo habitual sin una razón concreta	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	-
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	H*E	-	-	-	CL*E	-	-	-
45. Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.2.4.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad de los Síntomas Afectivos (Continuación)

Síntomas	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA 65		
	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País
46. Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos	-	M*C	-	-	-	CL*E	-	-	-
47. Ha tenido sentimientos de culpa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
48. Ha tenido sentimientos de fracaso	-	-	-	M*C	M*CL*E	H*CL*E	-	-	-
49. Se ha sentido inútil	-	-	-	-	M*CL*E	H*CL*E	-	-	-
50. Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante	-	-	-	-	M*CL*E	H*CL*E	-	-	-
55. Ha notado que nos e alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban	-	-	-	-	M*C	CL*E	-	CL*E	H*CL*E
58. Se estado de ánimo ha sido peor por la mañana	-	-	-	-	M*C	-	-	-	M*CL*C

Sexo: H= Hombres, M= Mujeres  
 País: E= España, C= Cuba  
 TP= Tipo de Polición: N= Normal, Sub= Subclínica, CL= Clínica.

### 3.2.5. Análisis de los síntomas Conductuales.

Vamos a analizar cómo se distribuyen los valores de las variables estudiadas en función del género, tipo de población y país, así como la relación entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple relación entre sexo, país y tipo de población, de los síntomas conductuales, atendiendo a los tres rangos de edad.

#### 3.2.5.1 Síntomas Conductuales en el rango de edad de 18 a 25 años.

Los síntomas en los que han aparecido diferencias significativas estarán reflejados en las correspondientes tablas, reflejadas por asteriscos para facilitar la comprensión de los síntomas depresivos. Respecto a las interacciones con efectos significativos que resultan de los datos obtenidos, estarán reflejadas mediante asteriscos en la tabla resumen al final de cada grupo de síntomas.

En la tabla 3.2.5.1, podemos ver los resultados del primer grupo, cuya edad está comprendida entre los 18 y los 25 años respecto a los síntomas conductuales.

**En función del género,** encontramos diferencias significativas consistentes en valores más elevados en los jóvenes en el síntoma ha consumido más alcohol de lo habitual  $F(1, 292) = 9.188, p = .003$ , en el que los hombres han tenido valores superiores.

**Atendiendo al tipo de población** han aparecido diferencias significativas en cinco de los seis síntomas en las que aparecen valores más elevados en la población clínica en los síntomas conductuales: ha hablado menos de lo habitual, ha empeorado su eficacia al hacer las cosas, ha llorado, ha disminuido su nivel de actividad y ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo.

Tabla 3.2.5.1. Síntomas conductuales. Edad de 18 a 25 años.

Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
25. Ha hablado menos de lo habitual	-	-	21,195	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27. Ha consumido más alcohol del habitual	9,188	,003 (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31. Ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas	-	-	12,233	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	4,251	,015	-	-
36. Ha llorado	14,613	,000 (***)	15,067	,000 (***)	8,042	,005 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-
40. Ha disminuido su nivel de actividad	-	-	11,237	,000 (***)	4,698	,031 (*)	-	-	-	-	4,433	,013	-	-
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecían la pena el esfuerzo	-	-	10,622	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo (\*) = Hombres; País (\*\*) = España;

TP (\*) = Normal

Sexo (\*\*\*) = mujeres; País (\*\*\*) = Cuba;

TP (\*\*\*) = Subclínica

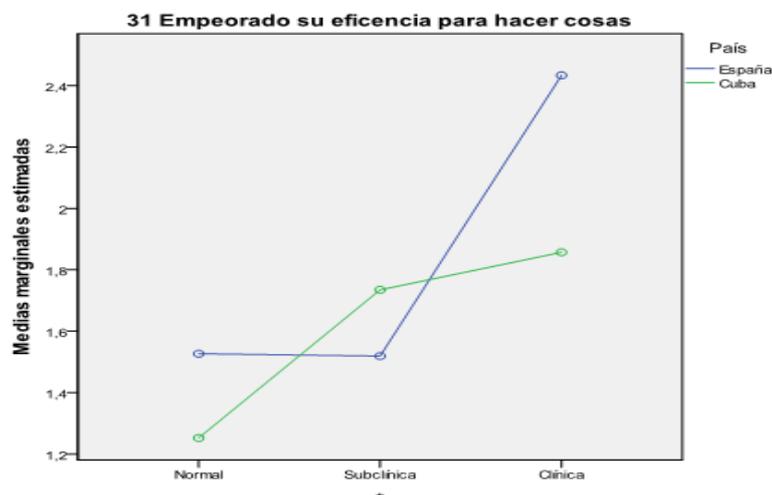
TP (\*\*\*\*) = Clínica.

En relación al país, encontramos diferencias significativas consistentes en valores superiores en el ítem ha llorado, en el que los cubanos tienen valores superiores y en el síntoma ha disminuido su nivel de actividad, en el que en España se tienen puntuaciones más elevadas (Véase Tabla 3.2.5.1).

Respecto a la interacción entre tipo de población y país, encontramos dos interacciones con efectos significativos en los siguientes síntomas.

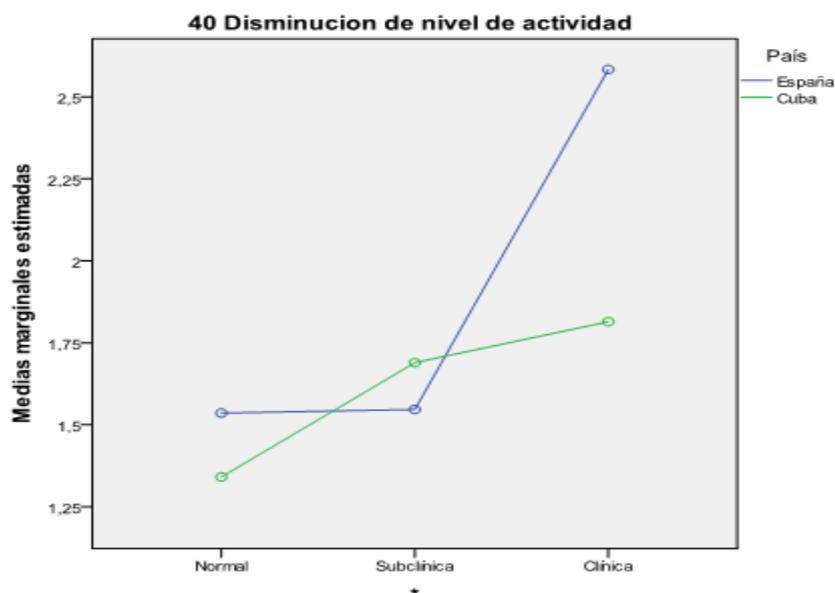
En la primera de ellas, referente al síntoma, ha empeorado su eficacia para hacer cosas  $F(4,292)=4.251$ ,  $p=0.15$ , podemos observar en el gráfico 3.2.5.1.1 que los españoles tienen valores superiores en las poblaciones clínica y normal. En la población subclínica los cubanos obtienen puntajes más elevados.

**Gráfico 3.2.5.1.1**



En cuanto a la disminución del nivel de actividad  $F(4,292)=4.433$ ,  $p=0.13$ , como podemos ver en el gráfico 3.2.5.1.2, se mantiene la misma distribución de valores, así, en los españoles aparece el síntoma en mayor medida en las poblaciones clínica y normal, mientras que en Cuba la disminución de actividad es mayor en la población subclínica.

Gráfico 3.2.5.1.2



### 3.2.5.2. Síntomas Conductuales en el rango de edad de 35 a 55 años

Vamos a analizar las diferencias significativas del segundo grupo de edad comprendida entre los 35 y los 55 años de los síntomas conductuales, que podemos ver reflejados en la tabla 3.2.5.2.

**En función del género** encontramos que entre los adultos aparecen valores superiores en cinco de los seis síntomas que componen el grupo conductual, así, las mujeres hablan menos de lo habitual, empeoran su eficacia a la hora de hacer cosas, lloran, ha disminuido su nivel de actividad y tiene en su haber más intentos de suicidio que los hombres adultos (Véase Tabla 3.2.5.2).

**En cuanto al tipo de población,** vemos en la Tabla 3.2.5.2 que aparecen puntajes más elevados en la mayoría de los síntomas en la población clínica en los síntomas: ha hablado menos de lo habitual, ha consumido más alcohol de lo

habitual, ha empeorado su eficacia al hacer las cosas, ha llorado, ha disminuido su nivel de actividad y ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo.

**En función del país**, aparecen dos diferencias significativas consistentes en que, los adultos españoles tienen valores superiores en los síntomas: ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas (Véase Tabla 3.2.5.2).

Tabla 3.2.5.2. Síntomas Conductuales. Edad de 35 a 55 años

Síntomas	SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN LOS ADULTOS DE 35 A 55 AÑOS															
	Sexo		TP		País		Sexo* TP		Sexo* País		TP* País		Sexo* País* TP			
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig		
Estado de ánimo habitual	4,689	,031 (**)	9,491	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,171	,017	
Preocupación excesiva por el futuro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,098	,047	-	-	-	
Preocupación excesiva por la hora de ir a trabajar	12,859	,000 (***)	17,122	,000 (****)	10,326	,002 (*)	-	-	-	-	6,350	,047	-	-	-	
Preocupación excesiva por el futuro	11,786	,001 (***)	5,404	,005 (****)	-	-	-	-	-	-	5,518	,005	-	-	-	
Preocupación excesiva por el futuro	7,822	,006 (***)	9,292	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	7,553	,001	-	-	-	
Preocupación excesiva por el futuro	-	-	17,133	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Sexo (♂) = Hombres; País (E) = España; TP (N) = Normal  
 Sexo (♀) = mujeres; País (C) = Cuba; TP (S) = Subclínica  
 TP (F) = Clínica

En las interacciones entre sexo y tipo de población y entre sexo y país no encontramos interacciones con efectos significativos.

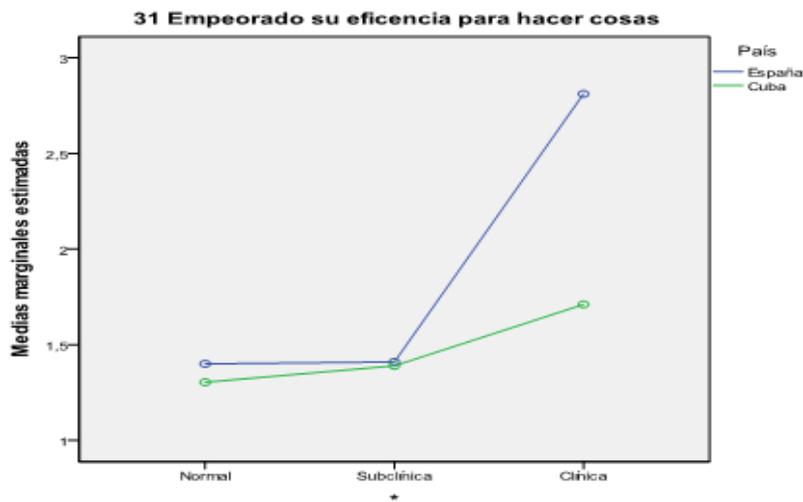
En la interacción entre tipo de población y país, encontramos interacciones significativas en cuatro de los seis ítems en los siguientes síntomas.

Respecto al consumo de alcohol  $F(4,232)=3.098$ ,  $p=047$ , vemos en el gráfico 3.2.5.2.1, en los adultos españoles consumen más alcohol en la población clínica, mientras que en Cuba aparecen valores superiores en las poblaciones subclínica y normal, es curioso que en la población clínica es dónde aparecen los valores más inferiores.



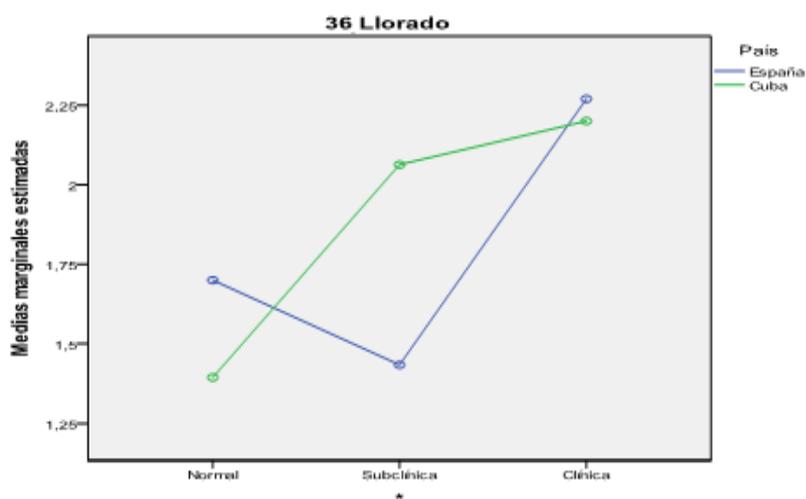
El gráfico 3.2.5.2.2, pone de relieve respecto al síntoma ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas  $F(4,232)=6.350$ ,  $p=047$ , que los adultos españoles han empeorado más su eficacia para hacer cosas en la población clínica y en la población normal, no encontrando diferencias en función del país en la población subclínica.

Gráfico 3.2.5.2.2



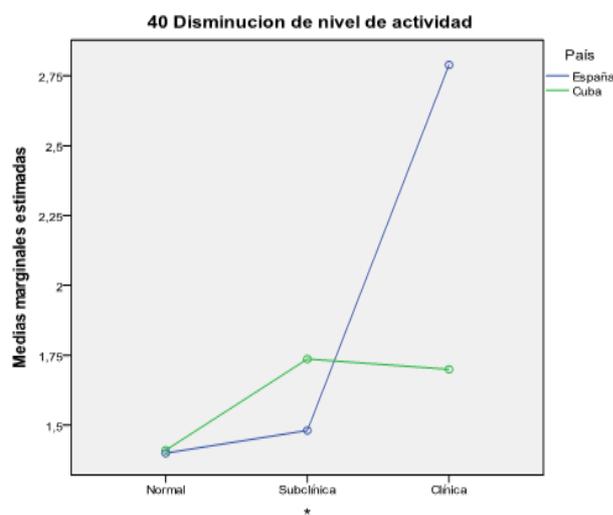
Como podemos ver en el gráfico 3.2.5.2.3, el síntoma ha llorado  $F(4,232)=5.518, p=005$ , aparece tanto en España como en Cuba con los valores más elevados en la población clínica, siendo ligeramente superior el puntaje en la muestra española. En relación a la población subclínica, se da una relación inversa en sendos países, así mientras que en España es de los tres tipos de población en la que el llanto aparece con puntajes menos elevados, en Cuba aparece con valores superiores. En la población normal los españoles tienen valores superiores para este síntoma.

Gráfico 3.2.5.2.3



En cuanto a la disminución del nivel de actividad  $F(4,232)=7.553$ ,  $p=001$ , podemos ver en el gráfico 3.2.5.2.4, que en la población clínica los españoles son es en los que aparece de forma más acusada la disminución del nivel de actividad, siendo poco significativo en las poblaciones subclínica y normal, sin embargo, en la muestra cubana el síntoma aparece más elevado en la población subclínica. En la población normal no encontramos diferencias en función del país.

Gráfico 3.2.5.2.4

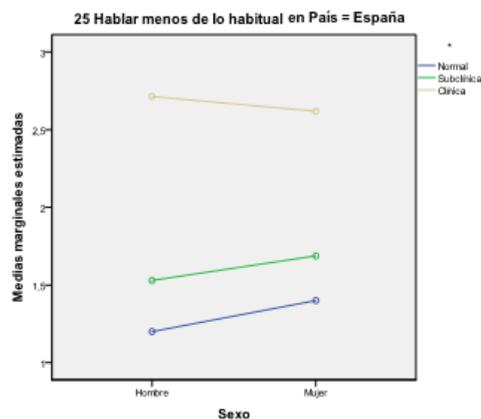


Al estudiar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, encontramos una interacción con efecto significativo.

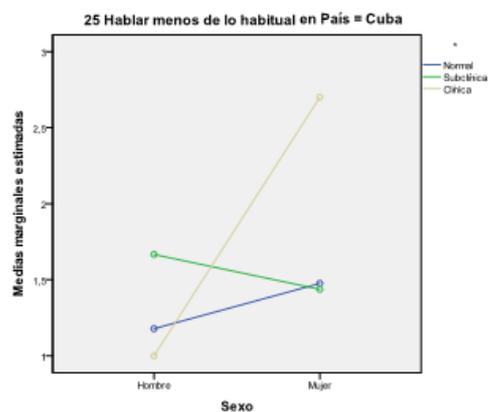
En el síntoma, hablar menos de lo habitual  $F(6,232)=4.171$ ,  $p=017$ , apreciamos en los gráficos 3.2.5.2.5 y 3.2.5.2.6, que en la muestra española tanto los hombres como las mujeres tienen puntuaciones muy elevadas en la población clínica, siendo los hombres adultos los que tienen valores ligeramente superiores, mientras que en las poblaciones subclínica y normal, son las mujeres las que tienen valores más elevados. Sin embargo, en Cuba, son las mujeres adultas las que tienen valores superiores en la población clínica y la

población normal mientras que en la población subclínica los hombres tienen valores superiores.

**Gráfico 3.2.5.2.5**



**Gráfico 3.2.5.2.6**



### 3.2.5.3. Síntomas Conductuales. Mayores de 64 años.

Vamos a analizar las diferencias significativas en función del sexo, tipo de población y país, así como las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y sexo, tipo de población y país, para el tercer rango de edad de los síntomas conductuales.

En la tabla 3.2.5.3, podemos ver los valores diferencias significativas del tercer grupo, personas de edad avanzada integradas por sujetos de más de 65 años, en relación a los síntomas conductuales.

**En función del género,** encontramos en dos diferencias significativas consistentes en que entre las personas de edad avanzada, los hombres tienen puntajes superiores en los síntomas, hablar menos de lo habitual y ha consumido más alcohol del habitual.

**En función del tipo de población**, en las seis variables conductuales aparecen valores más elevados en la población clínica en los síntomas, ha hablado menos de lo habitual, ha consumido más alcohol de lo habitual, ha empeorado su eficacia al hacer las cosas, ha llorado, ha disminuido su nivel de actividad y ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo.

**En función del país**, solo aparece una diferencia significativa consistente en que los cubanos tienen valores superiores en el síntoma llorar.

Tabla 3.2.5.3. Síntomas Conductuales. Mayores de 64 años

Síntomas	SINTOMAS CONDUCTUALES EN LOS MAYORES DE 64 AÑOS																							
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP											
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig						
hizo menos de lo habitual	9,537	,002	43,578	,000	-	-	-	-	-	-	6,341	,002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
consumido más alcohol del	18,397	,000	10,044	,000	-	-	7,235	,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
destruido su eficacia a la hora de	-	-	24,128	,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
cosas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
hacerlo	-	-	53,718	,000	7,221	,008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
destruido su nivel de actividad	-	-	26,689	,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
de hacer algunas cosas por	-	-	28,761	,000	-	-	-	-	6,277	,013	4,821	,009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
de no hacerlas la pena es	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo (†) = Hombres; País (‡) = España  
 Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba  
 TP (†) = Normal  
 TP (\*\*) = Subclínica  
 TP (\*\*\*) = Clínica

En la interacción entre sexo y tipo de población, encontramos solo una interacción con efecto significativo.

En el síntoma consumir más alcohol de lo habitual  $F(4,296)=7.235$ ,  $p=001$ , apreciamos en el gráfico 3.2.5.3.1, que los hombres de edad avanzada consumen más alcohol de lo habitual en las poblaciones clínica y normal. En la población subclínica no aparecen diferencias significativas en función del género.

Gráfico 3.2.5.3.1



En cuanto a la relación entre sexo y país, encontramos una interacción con efecto significativo, en el síntoma ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo  $F(3,296)=6.277$ ,  $p=013$ , observamos en el gráfico 3.2.5.3.2, que los hombres de edad avanzada españoles tienen valores superiores, mientras que en Cuba son las mujeres las que tienen valores más elevados.

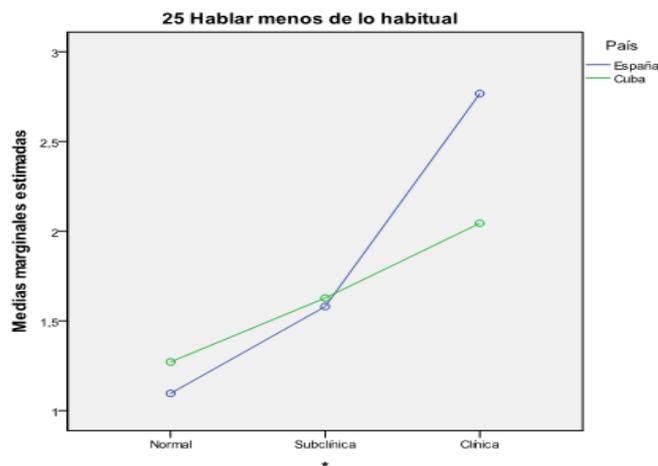
Gráfico 3.2.5.3.2



En la interacción entre tipo de población y país, encontramos dos interacciones con efectos significativos entre las personas de avanzada edad.

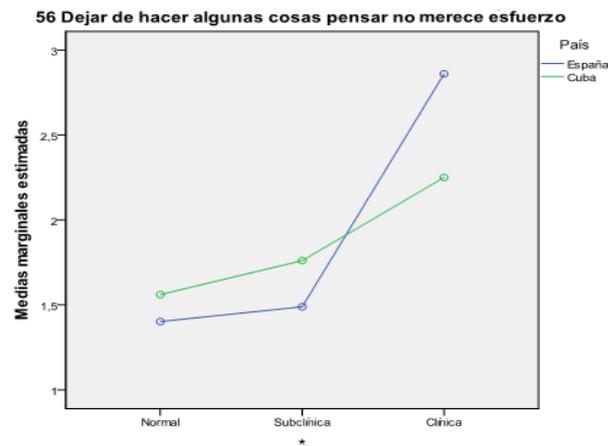
La primera interacción significativa aparece en el síntoma hablar menos de lo habitual”  $F(4,296)=6.341, p=002$ , como podemos ver en el gráfico 3.2.5.3.3, las personas españolas de edad avanzada tienen valores superiores en la población clínica. En relación a la población subclínica no hay diferencias en ambos países, sin embargo en la población normal los cubanos tienen valores más elevados.

Gráfico 3.2.5.3.3



En cuanto al síntoma dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo  $F(4,296)=4.821$ ,  $p=009$ , podemos apreciar en el gráfico 3.2.5.3.4, que las personas españolas de edad avanzada tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son los cubanos quienes tienen este síntoma en mayor medida.

**Gráfico 3.2.5.3.4**



### 3.2.5.4. Conclusiones para los Síntomas Conductuales

Una vez analizadas todas las variables que componen los síntomas conductuales, las integramos en sendos gráficos con el fin de poder apreciar a golpe de vista, las diferencias significativas para cada rango de edad.

Con el fin de que resulten clarificadoras las diferencias que son significativas entre los tres grupos de edad, hemos utilizado un color distintivo para cada rango, así el color verde distingue a los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, el color azul identifica a los adultos con rango de edad entre los 35 y los 55 años y el color naranja como identificativo de las personas de avanzada edad mayores de 65 años.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

### **3.2.5.4.1 Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los Síntomas Conductuales.**

A modo de conclusión, podemos ver reflejados en la tabla 2.5.4.1, las diferencias significativas para los tres rangos de edad en cuanto al sexo, tipo de población y país respecto a los síntomas conductuales.

#### **En relación a las diferencias en función del sexo:**

**En los jóvenes,** encontramos dos diferencias significativas en función del género, que ponen de relieve que los hombres tienen valores superiores en el síntoma, ha consumido más alcohol de lo habitual, mientras que las mujeres tienen valores superiores en el síntoma ha llorado.

**En los adultos,** podemos apreciar en la tabla 3.2.5.4.1, que la mayoría de los valores más elevados se dan en los adultos, en los que aparecen cuatro interacciones de las seis variables que componen los síntomas conductuales en las que, en todos los casos, las mujeres tienen valores superiores en los síntomas, ha hablado menos de lo habitual, ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, ha llorado y ha disminuido su nivel de actividad.

**En las personas de avanzada edad,** aparecen diferencias significativas consistentes en que las mujeres tienen valores superiores en los síntomas, ha hablado menos de lo habitual y ha consumido más alcohol de lo habitual.

**En relación al tipo de población:**

**En los jóvenes y los adultos**, aparecen diferencias significativas en cinco de las seis variables conductuales, los puntajes más elevados se dan en la población clínica en los síntomas, hablar menos de lo habitual, ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, ha llorado, ha disminuido su nivel de actividad y ha dejado de hacer cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.

**En las personas de avanzada edad**, aparecen valores más elevados en la población clínica en los seis síntomas conductuales.

Mientras que el síntoma ha consumido más alcohol de lo habitual no tienen significación en el tipo de población en los jóvenes ni en los adultos, en las personas de avanzada edad aparece con valores superiores en la población clínica.

**En función del país:**

**Entre los jóvenes**, aparecen dos diferencias significativas que pone de relieve valores superiores en los cubanos en el síntoma llorar, mientras que en España aparecen valores más elevados en el síntoma ha disminuido su nivel de actividad (Véase Tabla 3.2.5.4.1).

**En los adultos**, aparece una diferencia significativa consistente en que los españoles tienen valores superiores en el síntoma ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas.

En las personas de avanzada edad, solo una diferencia significativa consistente en valores más elevados en Cuba en el síntoma ha llorado.

**Tabla 3.2.5.4.1.** Diferencias entre los valores en cada rango de edad de los Síntomas Conductuales

DIFERENCIAS EN LA EDAD EN LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES									
SÍNTOMAS	JOVENES			ADULTOS			EDAD AVANZADA		
	18-25			35-55			65		
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
25.Ha hablado menos de lo habitual	-	CL	-	M	CL	-	M	CL	-
27.Ha consumido más alcohol del habitual	H	-	-	-	-	-	M	CL	-
31.Ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas	-	CL	-	M	CL	E	-	CL	-
36.Ha llorado	M	CL	C	M	CL	-	-	CL	C
40.Ha disminuido su nivel de actividad	-	CL	E	M	CL	-	-	CL	-
56.Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecían la pena el esfuerzo	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	-

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

### 3.2.5.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad en los Síntomas Conductuales.

Vamos a analizar las interacciones con efecto significativo en cada rango de edad en los síntomas conductuales, según las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre

sexo, tipo de población y país, valores que podemos ver reflejados en la tabla 3.2.5.4.2 y que pasamos a detallar.

**En la interacción entre sexo y tipo de población**, apreciamos en la tabla 3.2.5.4.2, que no aparecen diferencias significativas ni en los jóvenes ni en los adultos entre sexo y tipo de población. En relación las personas de edad avanzada, encontramos una interacción significativa consistente en que los hombres tienen valores superiores en la población clínica en el síntoma ha consumido más alcohol de lo habitual.

**En cuanto a la relación entre el sexo y el país**, tampoco encontramos interacciones significativas ni en los jóvenes ni en los adultos. Las personas de avanzada edad tienen valores más elevados en el síntoma ha dejado de hacer cosas por pensar que no merecían la pena el esfuerzo, dónde los hombres españoles son los que tienen este síntoma en mayor medida.

**Respecto a la relación entre tipo de población y país:**

**En los jóvenes**, encontramos dos interacciones significativas que ponen de relieve que los españoles tienen valores superiores en la población clínica en los síntomas, ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas y ha disminuido su nivel de actividad.

**Entre los adultos** se dan la mayoría de las interacciones significativas, cuatro de las seis variables de los síntomas conductuales, en los que los puntajes más elevados se dan en la población clínica española en los síntomas: ha consumido más alcohol de lo habitual mientras que en Cuba consumen más alcohol del habitual en las poblaciones subclínica y normal. Los españoles de la población clínica, han empeorado su eficacia para hacer cosas, lloran más y han disminuido su nivel de actividad.

**En las personas de avanzada edad**, no aparece ninguna interacción significativa entre tipo de población y país.

**Respecto a la relación entre sexo, tipo de población y país**, no encontramos interacciones significativas ni en los jóvenes ni en las personas de avanzada edad, apreciando una interacción con efecto significativo en los adultos en el síntoma, hablar menos de lo habitual, en la que los hombres españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en Cuba son las mujeres también en la población clínica las que tienen valores más elevados.

Tabla 3.2.5.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad de los Síntomas Conductuales

SÍNTOMAS	INTERACCIONES SIGNIFICATIVAS EN CADA RANGO DE EDAD													
	JOVENES 18-25				ADULTOS 35-55				EDAD AVANZADA 65					
	Sexo	TP	Sexo*TP	País	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País	Sexo	TP	Sexo*TP	País	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País
25 Ha habido menos de lo habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	H*CL*E	-	-	CL*E	-
27 Ha consumido más alcohol del habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	M*CL*C	-	-	-	-
31 Ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	H*CL	-
36 Ha llorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	-	-
40 Ha disminuido su nivel de actividad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CL*E	-	-	-	-
56 Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecen la pena el esfuerzo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	H*E	CL*E

Sexo: H=Hombres, M=Mujeres

País: E=España, D=Otra

TP: Tipo de Foda ómn: N=Normal, Sub=Subclínica, CL=Clínica

### **3.2.6. Análisis de los Síntomas Cognitivos.**

Vamos a analizar cómo se distribuyen las diferencias significativas de las variables estudiadas en función del género, tipo de población y país, así como la interacción entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple relación entre sexo, país y tipo de población de los síntomas Cognitivos, atendiendo a tres rangos de edad para cada uno de ellos.

#### **3.2.6.1. Síntomas cognitivos. Edad de 18 a 25 años**

Los valores en los que han aparecido diferencias significativas, estarán reflejados en las tablas reflejados por asteriscos para facilitar la comprensión de los datos en los síntomas depresivos. Respecto a las interacciones significativas que resultan de los datos obtenidos, estarán reflejadas en la tabla resumen al final de la descripción de los síntomas.

En la tabla 3.2.6.1, podemos ver los resultados del primer grupo de edad comprendida entre los 18 y los 25 años respecto a los síntomas Cognitivos.

Tabla 3.2.6.1. Síntomas Cognitivos. Edad de 18 a 25 años

Síntomas	SÍNTOMAS COGNITIVOS EM LOS JÓVENES DE 18 A 25 AÑOS													
	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
6. Se ha criticado a sí mismo	16,196	,000	15,014	,000	-	-	4,195	,041	-	-	9,110	,000	-	-
7. Ha pensado que en comparación con los demás es V.d. Una persona poco valiosa	18,613	,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes	-	-	7,855	,005	(**)	-	-	-	-	-	5,904	,003	-	-
9. Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos	7,404	,001	(***)	15,096	,000	(**)	-	-	-	-	6,079	,003	5,992	,003
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución.	14,772	,000	(***)	8,943	,003	(**)	-	-	-	-	-	-	-	-
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarle la vida	17,877	,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,175	,002
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	17,902	,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,749	,006
24. Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido	4,315	,039	(**)	11,427	,000	(***)	9,029	,003	(*)	-	9,028	,000	-	-
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	19,151	,000	(***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.2.6.1. Síntomas Cognitivos. Edad de 18 a 25 años (Continuación)

Síntomas	Sexo		IP		País		Sexo*IP		Sexo*País		IP*País		Sexo*País*IP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
29. Ha tenido que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado	-	-	15,545	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Se ha sentido una carga para los demás	-	-	19,051	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32. Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones	3,792	,053 (**)	13,627	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33. Ha creído que usted era incapaz de tomar decisiones	4,791	,029 (**)	16,490	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	3,358	,036
34. Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir	-	-	14,424	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41. Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía	-	-	27,300	,000 (****)	4,189	,042 (*)	-	-	-	-	3,475	,032	-	-
42. Ha sido especialmente pesimista	-	-	27,370	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-	15,131	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
44. Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual	-	-	13,987	,000 (****)	-	-	-	-	-	-	3,347	,037	-	-
45. Se ha preocupado por su salud, sin un motivo concreto	-	-	5,568	,004 (****)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo (F) = Hombres; País (F) = España;  
Sexo (F\*) = mujeres; País (F\*) = Cuba;  
IP (F\*) = Subclínica  
IP (F\*\*) = Clínica

**Al estudiar las diferencias significativas en función del género en los jóvenes,** encontramos valores más elevados en tres de los 19 síntomas cognitivos. Podemos ver en la tabla 3.2.6.1, que las mujeres jóvenes tienen valores superiores en los síntomas, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y ha creído que eran incapaces para tomar decisiones.

**En función al tipo de población,** vemos en la tabla 3.2.6.1, que en 18 de las 19 variables cognitivas aparecen valores superiores en la población clínica, en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía, ha sido especialmente pesimista, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, ha tenido más problemas de memoria de lo habitual, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto.

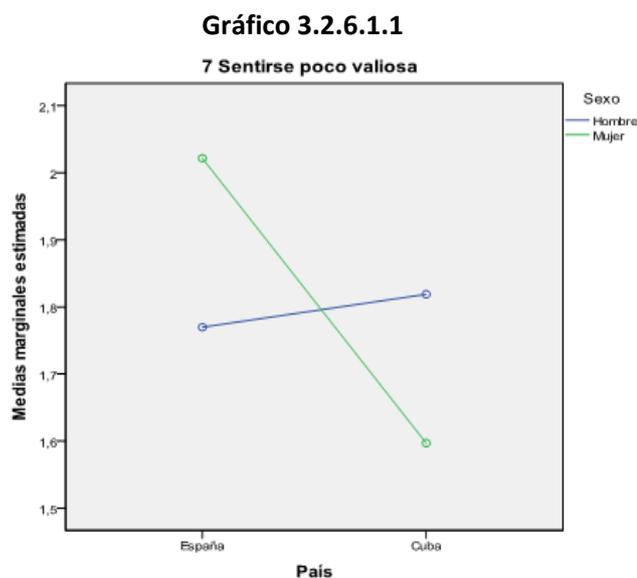
**Respecto al país,** podemos apreciar en la tabla 3.2.6.1, que en cinco de las variables encontramos diferencias significativas consistentes en valores superiores en los cubanos en los siguientes síntomas: ha tenido percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros era incapaces de percibir y que creen inexistentes, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos y ha tenido la convicción de que sus problemas no tienen solución. En España los valores más elevados en los síntomas: ha notado su pensamiento

especialmente enlentecido y ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía.

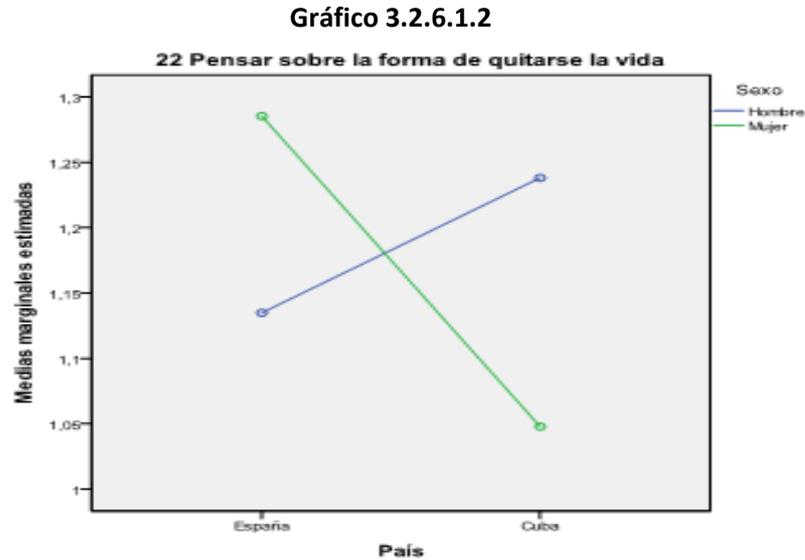
Vamos a analizar las interacciones significativas para los síntomas cognitivos entre los jóvenes de 15 a 25 años. En la interacción entre sexo y tipo de población, no aparecen resultados significativos entre los jóvenes en las variables cognitivas.

Cuando analizamos la interacción entre sexo y país, encontramos interacciones con efectos significativos en dos de las variables.

Respecto a la primera, en el síntoma ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa  $F(3,292)=4.195$ ,  $p=.041$ , observamos en el gráfico 3.2.6.1.1, que las mujeres jóvenes de España tienen valores más elevados, sin embargo, en Cuba, apenas se dan diferencias entre ambos sexos, siendo los hombres los que tienen puntajes ligeramente superiores.



Respecto a pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida  $F(3,292)=7.749$ ,  $p=.006$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.1.2, que las mujeres jóvenes españolas piensan más sobre la forma de quitarse la vida, mientras que en Cuba son los hombres los que tienen valores superiores para este síntoma.



Al analizar la interacción entre tipo de población y país, encontramos seis interacciones con efecto significativo que pasamos a detallar.

Respecto al síntoma criticarse a sí mismo  $F(4,292)=15.044$ ,  $p=.000$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.1.3, que los españoles se critican más a sí mismos en la población clínica, mientras que en Cuba los valores más elevados se dan en la población subclínica y la normal.



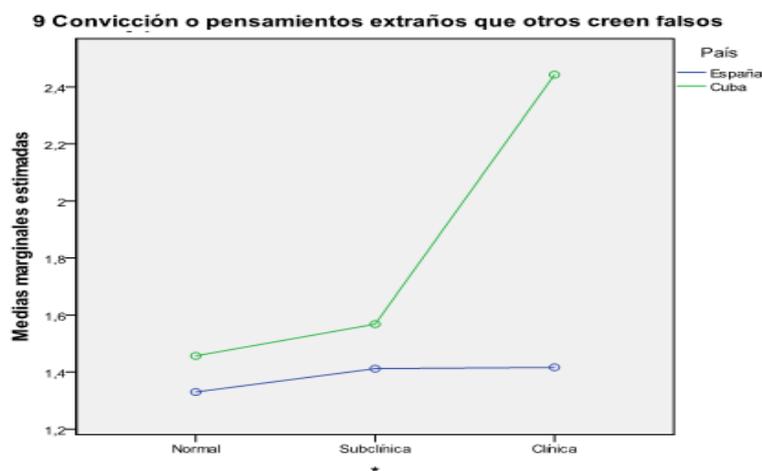
En cuanto a la variable ver, oír o percibir de alguna forma cosas que otros no perciben y creen inexistentes  $F(4,292)=5.904, p=.003$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.1.4, que los cubanos tienen puntajes más elevados en la población clínica y subclínica, mientras que en la población normal son los españoles los que tienen valores superiores.

**Gráfico 3.2.6.1.4**



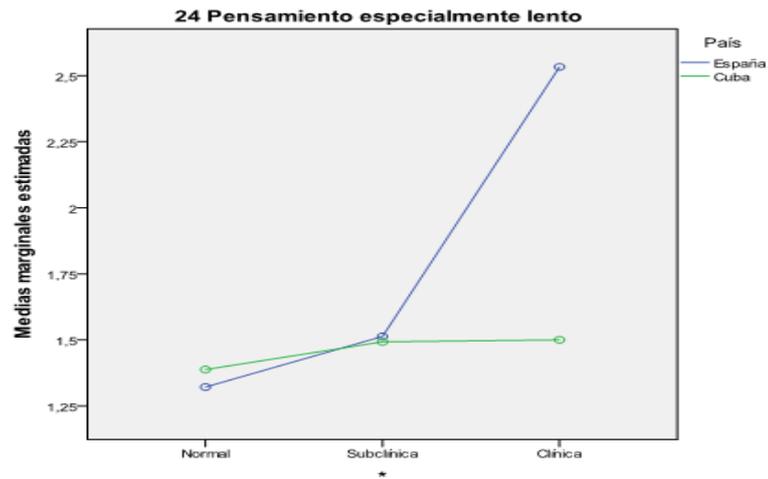
Respecto a tener la convicción o pensamientos extraños que otros creen falsos  $F(4,292)=6.079, p=.003$ , apreciamos en el gráfico 3.2.6.1.5, que los cubanos tienen valores superiores en los tres tipos de población, siendo en la población clínica donde aparecen las puntuaciones más altas. En la muestra española no encontramos diferencias significativas en función del tipo de población.

**Gráfico 3.2.6.1.5**



En relación a tener el pensamiento especialmente enlentecido  $F(4,292)=9.028$ ,  $p=.000$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.1.6, que los españoles tienen valores más elevados en la población clínica. En la población subclínica no encontramos diferencias en función del país, mientras que en la población normal los cubanos tienen puntajes ligeramente más elevados.

Gráfico 3.2.6.1.6

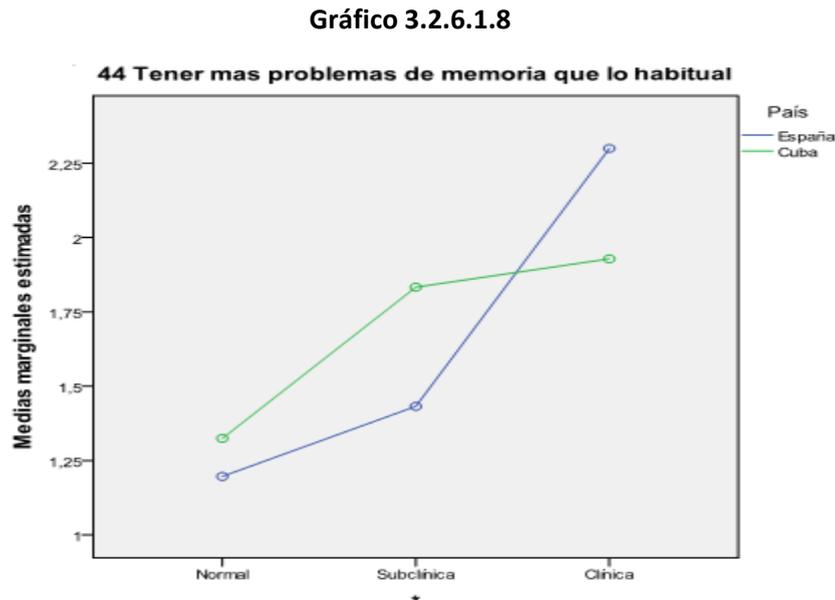


En la variable tener especiales problemas para concentrarse en lo que hacían  $F(4,292)=3.475$ ,  $p=.032$ , apreciamos en el gráfico 3.2.6.1.7, que los españoles tienen el síntoma en mayor medida en las poblaciones clínica y normal, mientras que en la población subclínica son los cubanos los que tienen valores ligeramente superiores.

Gráfico 3.2.6.1.7



En cuanto a tener más problemas de memoria que lo habitual  $F(4,292)=3.347$ ,  $p=.037$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.1.8, que los jóvenes españoles tienen más problemas de memoria que lo habitual en la población clínica. En las poblaciones subclínica y normal los cubanos tienen valores más elevados.



Encontramos cinco interacciones con efectos significativos al estudiar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país.

Respecto a pensar que en comparación con los demás es Vs. una personas poco valiosa  $F(6,292)=9.110$ ,  $p=.000$ , vemos en los gráficos 3.2.6.1.9 y 3.2.6.1.10, que en España las mujeres jóvenes tienen valores superiores en la población clínica y subclínica, mientras que los hombres tienen valores más elevados en la población normal. En Cuba son los hombres jóvenes los que tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son las mujeres las que tienen puntuaciones superiores para este síntoma.

Gráfico 3.2.6.1.9

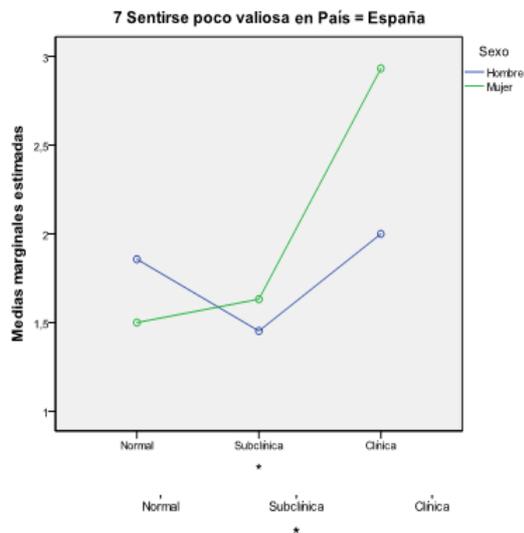
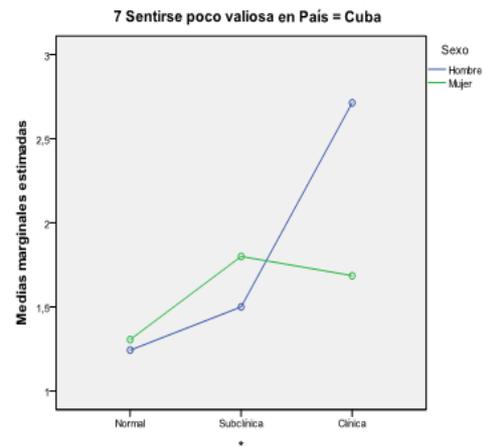


Gráfico 3.2.6.1.10



Respecto al síntoma tener convicción o pensamientos extraños que otros creen falsos  $F(6,292)=5.992$ ,  $p=.003$ , vemos reflejado en los gráficos 3.2.6.1.11 y 3.2.6.1.12, que en España, las mujeres jóvenes tienen valores superiores para este síntomas en la población clínica seguida de la población normal y la subclínica, mientras que en los hombres los valores se distribuyen de forma inversa, resultando curioso que los valores más elevados se dan en la población subclínica seguida de la normal y la clínica. En Cuba los hombres jóvenes tienen más pensamientos extraños que otros creen falso en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son las mujeres las que tienen valores superiores.

Gráfico 3.2.6.1.11

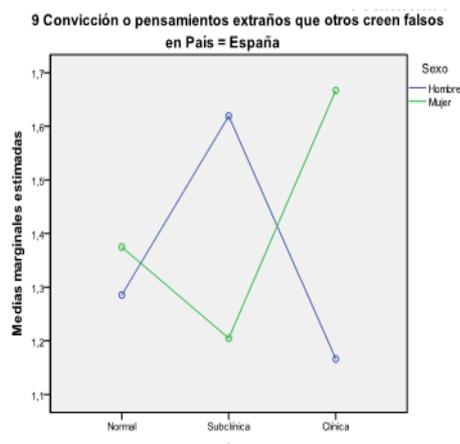
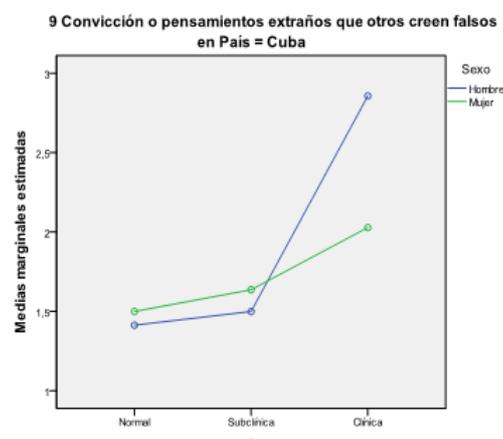


Gráfico 3.2.6.1.12



En relación a pensar en la posibilidad de quitarse la vida  $F(6,292)=6.175$ ,  $p=.002$ , podemos ver en los gráficos 3.2.6.1.13 y 3.2.6.1.14, la interacción que pone de relieve las diferentes distribuciones de variables en sendos países, así en España las mujeres piensan más sobre la posibilidad de quitarse la vida en la población clínica y subclínica, mientras que en la población normal no aparecen diferencias en función del país. En Cuba los hombres tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal las mujeres tienen valores superiores.

Gráfico 3.2.6.1.13

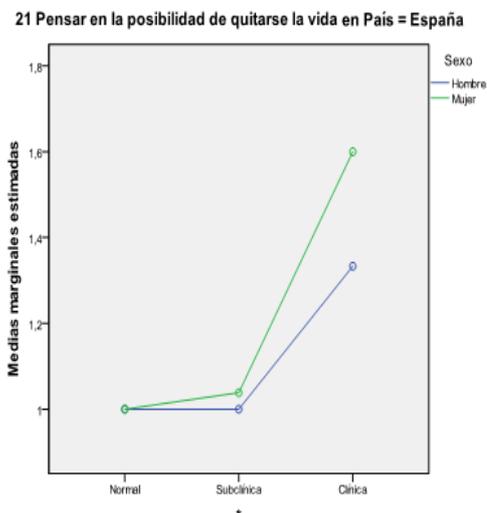
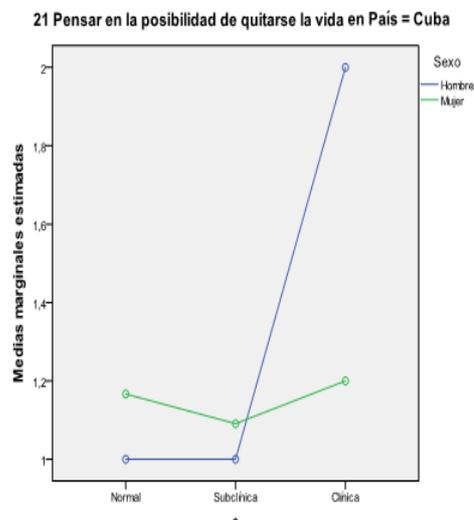


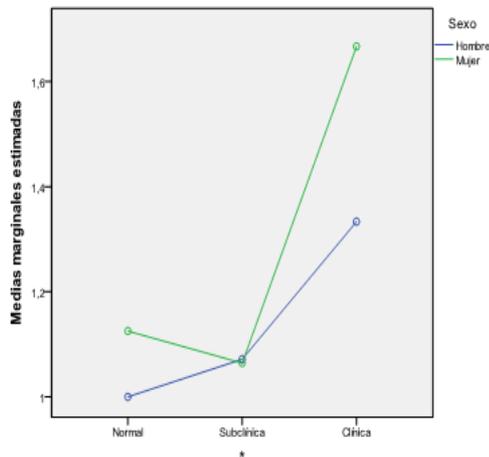
Gráfico 3.2.6.1.14



De la misma forma se distribuyen los valores en la variable pensar sobre la forma de cómo podría quitarse la vida  $F(6,292)=5.800$ ,  $p=.003$ , vemos reflejado en los gráficos 3.2.6.2.15 y 3.2.6.1.16, que en España las mujeres jóvenes tienen valores superiores en la población clínica y la población normal. En la población subclínica no encontramos diferencias en función del país. En Cuba, los hombres tienen valores más elevados en la población clínica y las mujeres obtienen puntajes superiores en la población normal. En la población subclínica tampoco encontramos diferencias en función del país.

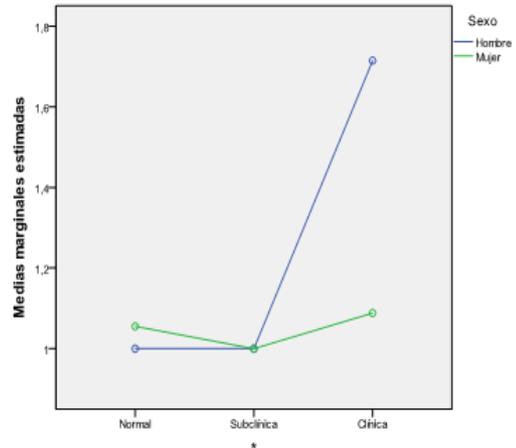
**Gráfico 3.2.6.1.15**

22 Pensar sobre la forma de quitarse la vida en País = España



**Gráfico 3.2.6.1.16**

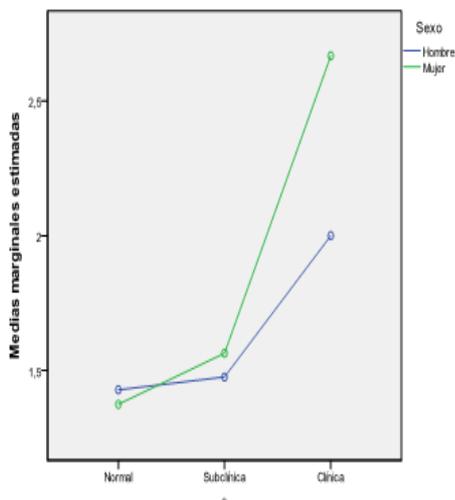
22 Pensar sobre la forma de quitarse la vida en País = Cuba



Respecto a la variable creerse incapaz de resolver sus problemas  $F(6,292)=3.358, p=.036$ , vemos en los gráficos 3.2.6.1.17 y 3.2.6.1.18, que en España las mujeres tienen puntajes superiores en las poblaciones clínica y subclínica, mientras que los hombres tienen valores superiores en la población normal. En Cuba son los hombres los que tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal son las mujeres las que tienen puntajes más elevados.

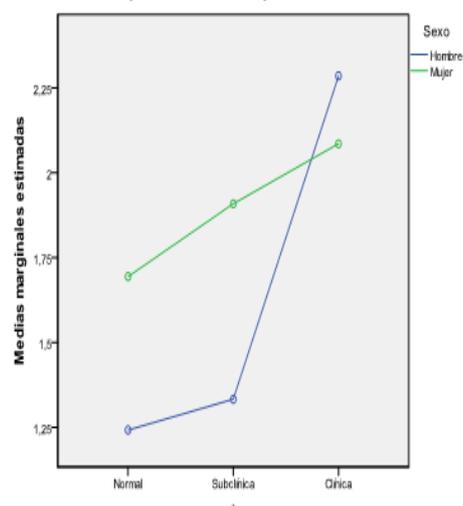
**Gráfico 3.2.6.1.17**

33 Creer incapaz de resolver sus problemas en País = España



**Gráfico 3.2.6.1.18**

33 Creer incapaz de resolver sus problemas en País = Cuba



### 3.2.6.2 Síntomas Cognitivos. Edad de 35 a 55 años

Vamos a analizar las diferencias significativas para el segundo rango de edad de los síntomas cognitivos en función del género, tipo de población y país, así como las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, tipo de población y país.

En la tabla 3.2.6.2, vemos reflejados las diferencias significativas en los síntomas cognitivos, correspondientes al segundo rango de edad, con edades comprendidas entre los 35 y los 55 años.

**En función del género**, como podemos ver en la tabla 3.2.6.2., aparecen diferencias significativas en 10 de las 19 variables cognitivas, consistentes en puntuaciones más elevadas, en todos los casos, en las mujeres adultas en los síntomas cognitivos, en los siguientes síntomas: ha pensado que en comparación con los demás es Vs. menos valiosa, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que otros creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y ha creído que es Vs. era incapaz para tomar decisiones, se ha sentido inquietas con la sensación de que algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía y han sido especialmente pesimistas.

**En función del tipo de población**, podemos apreciar en la tabla 3.2.6.2, que en 16 de las 19 variables cognitivas, aparecen diferencias significativas consistentes en valores superiores en la población clínica en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no

---

tienen solución, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía, ha sido especialmente pesimista, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, ha tenido más problemas de memoria de lo habitual, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto.

**En función del país**, aparecen ocho diferencias significativas consistentes en diferencias en función del país en los siguientes síntomas, que podemos ver reflejados en la tabla 3.2.6.2.

**En España** aparecen puntuaciones superiores en los síntomas: ha pensado que en comparación con los demás son personas poco valiosas, ha pensado más sobre la forma como podrían quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido y ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían.

**En Cuba**, los adultos cubanos tienen valores más elevados en los síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado, se ha sentido inquieto como si algo malo fuera a ocurrir y se ha preocupado por su salud sin un motivo concreto.

Tabla 3.2.6.2. Síntomas Cognitivos, edad de 35 a 55 años

Síntomas	Sexo		TP		Pais		Sexo* TP		Sexo* Pais		TP* Pais		Sexo* Pais* TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
6. Se ha criticado a sí mismo	-	-	3,057	,027 (***)	5,200	,023 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	7,591	,006 (**)	4,538	,012 (***)	8,484	,004 (*)	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,242	,041	-	-
9. Ha tenido convicciones o pensamientos ex traños que los demás creen falsos	4,651	,032 (**)	3,646	,028 (***)	-	-	-	-	-	-	4,530	,012	-	-
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución.	7,503	,007 (**)	5,405	,005 (***)	-	-	-	-	-	-	5,908	,003	-	-
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	-	5,740	,004 (***)	5,488	,020 (*)	-	-	-	-	3,812	,024	-	-
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24. Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido	4,582	,033 (**)	18,35	,000 (***)	8,802	,003 (*)	-	-	6,264	,013	10,772	,000	4,822	,009
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	-	-	-	-	-	-	-	-	4,328	,039	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.2.6.2. Síntomas Cognitivos, edad de 35 a 55 años (Continuación)

Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
29.Ha tenido que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado	-	-	12,180	,000 (***)	6,405	,012 (**)	-	-	-	-	3,332	,038	-	-
30.Se ha sentido una carga para los demás	8,447	,004 (**)	6,491	,002 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32.Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones	6,244	,013 (**)	19,134	,000 (***)	-	-	-	-	11,476	,001	5,772	,004	8,152	,000
33.Ha creído que usted era incapaz de tomar decisiones	9,286	,003 (**)	15,750	,000 (***)	-	-	-	-	8,404	,004	5,072	,007	3,262	,040
34.Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir	4,310	,039 (**)	16,257	,000 (***)	8,436	,004 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
41.Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía	7,318	,007 (**)	13,634	,000 (***)	8,047	,005 (*)	-	-	7,396	,007	8,913	,000	4,255	,015
42.Ha sido especialmente pesumista	7,457	,007 (**)	16,482	,000 (***)	-	-	-	-	7,963	,005	6,535	,002	5,123	,007
43.Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-	5,205	,006 (***)	-	-	-	-	-	-	5,437	,005	-	-
44.Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual	-	-	15,518	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	3,540	,031	-	-
45.Se ha preocupado por su salud, sin un motivo concreto	-	-	5,675	,004 (***)	5,589	,019 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo (\*) = Hombres; País (\*) = España;

Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba;

TP (\*\*) = Normal

TP (\*\*\*) = Subclínica

TP (\*\*\*\*) = Clínica

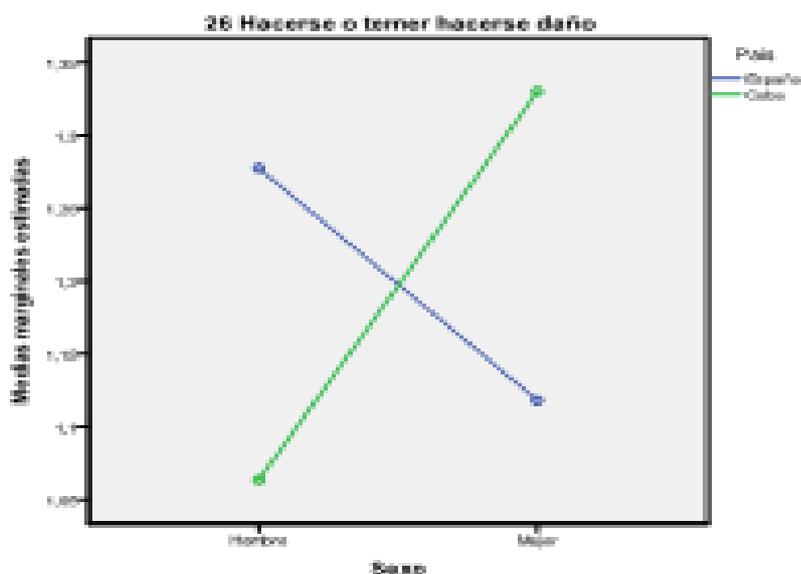
Vamos a analizar las interacciones significativas entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y sexo, tipo de población y país.

No encontramos entre los adultos interacciones con efectos significativos en la interacción entre sexo y tipo de población en la sintomatología cognitiva.

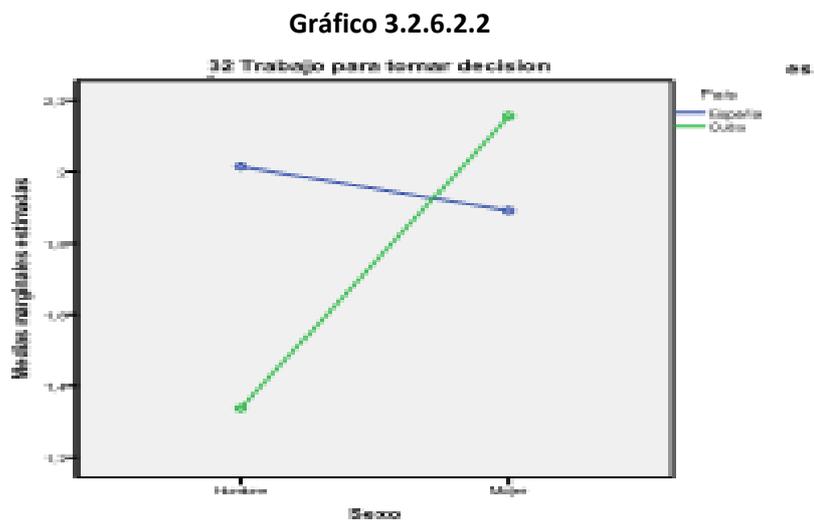
En la interacción entre sexo y el país, encontramos seis interacciones con efecto significativo, en los siguientes síntomas. En cuatro de las variables los valores se distribuyen de forma similar y siendo las mujeres cubanas las que tienen valores más elevados.

En el síntoma hacerse o temer hacerse daño  $F(3,232)=4.328$ ,  $p=.039$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.2.1, que las mujeres cubanas tienen puntuaciones más elevadas, mientras que en España, son los hombres los que tienen valores superiores para este síntoma.

Gráfico 3.2.6.2.1



En cuanto al síntoma la ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones  $F(3,232)=11.476$ ,  $p=.001$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.2.2, que las mujeres tienen puntuaciones más elevadas en Cuba, mientras que los hombres tienen valores superiores para este síntoma en España.



Referente al síntoma se ha creído incapaz de resolver sus problemas  $F(3,232)=7.396$ ,  $p=.007$ , apreciamos en el gráfico 3.2.6.2.3, que las mujeres cubanas tienen puntuaciones superiores las españolas, mientras que en España no aparecen diferencias significativas en función del género.

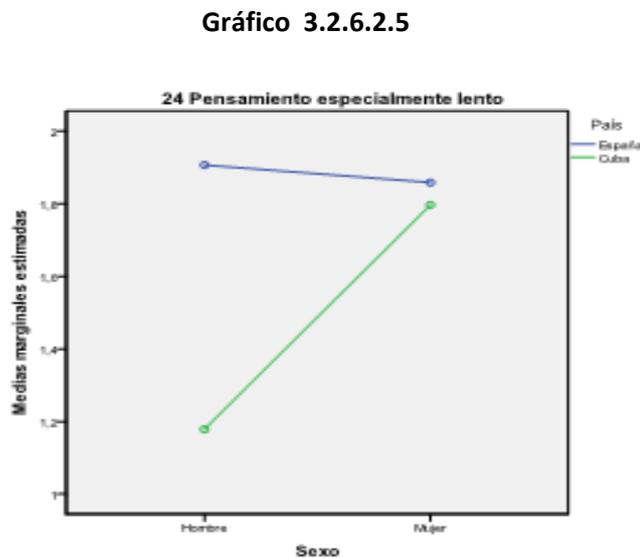


En el síntoma ser especialmente pesimistas  $F(3,232)=7.963$ ,  $p=.005$ , vemos en el gráfico 3.2.6.2.4 que las mujeres cubanas tienen puntuaciones más

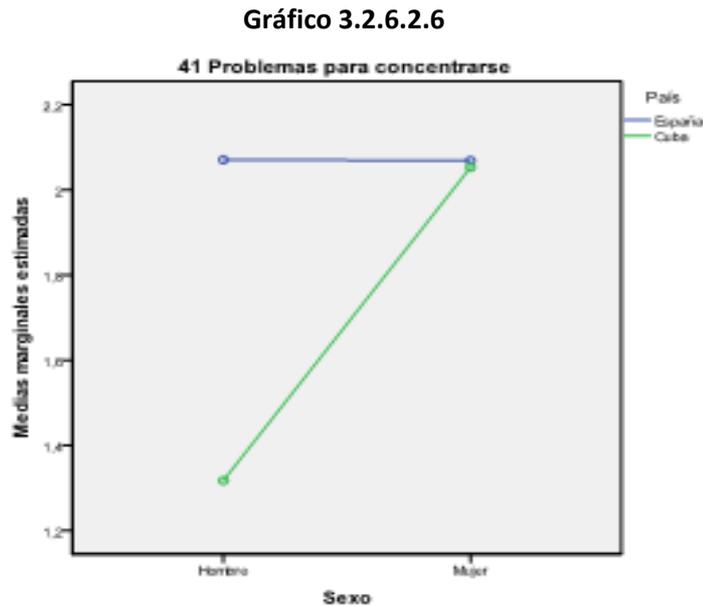
elevadas en este síntoma, mientras que en la muestra española no aparecen diferencias en función del género.



La misma distribución siguen las variables tener el pensamiento especialmente enlentecido  $F(3,232)=6.264$ ,  $p=.013$ , que podemos ver en el gráfico 3.2.6.2.5, apreciamos que en España, aparecen puntuaciones muy elevadas en este síntoma en ambos sexos, aunque aparecen valores ligeramente superiores en los hombres. En cuanto a los cubanos, con valores inferiores a los españoles, son las mujeres las que tienen puntuaciones más altas.



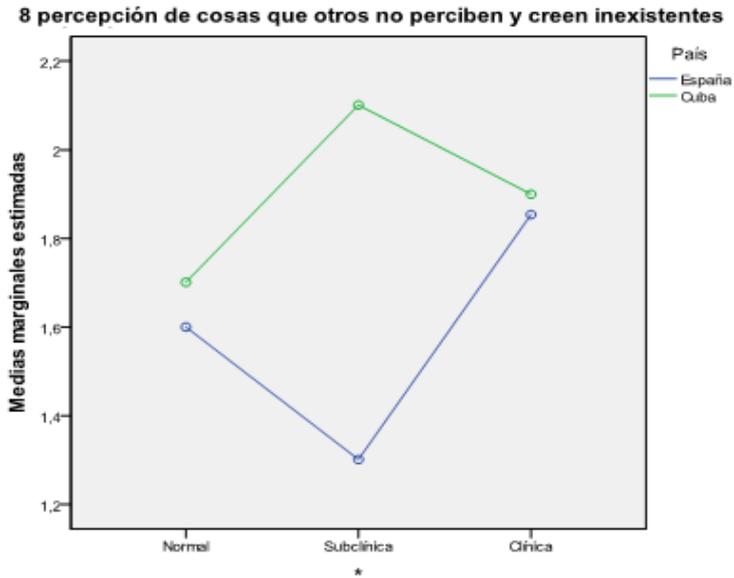
En el síntoma ha tenido problemas para concentrarse  $F(3,232)=7.396$ ,  $p=.007$ , que podemos ver en los gráfico y 3.2.6.2.6, que encontramos puntuaciones muy elevadas en los españoles en los que no aparecen diferencias en función del sexo. En la muestra cubana, las mujeres tienen las puntuaciones más elevadas.



En la interacción entre tipo de población y país, encontramos, trece interacciones significativas de los 19 síntomas cognitivos en los siguientes síntomas.

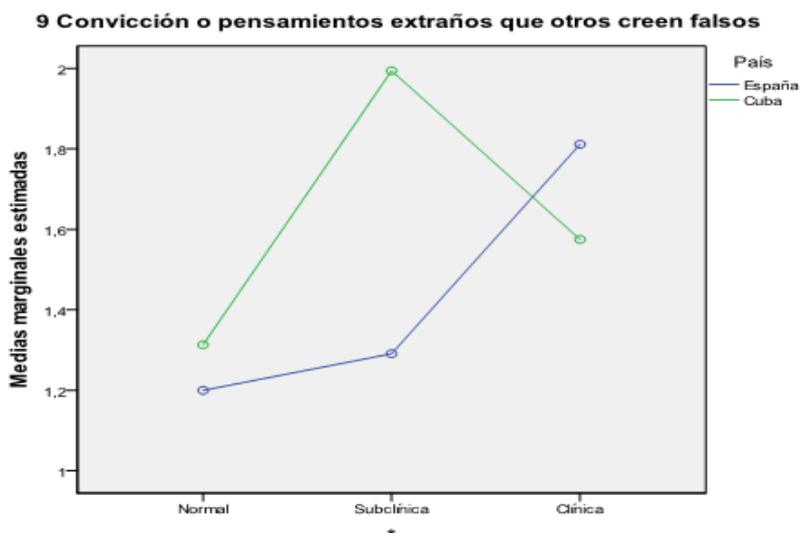
Respecto al síntoma tener percepciones sobre cosas que otros no perciben o creen inexistentes  $F(4,232)=3.242$ ,  $p=.041$ , vemos reflejado en el gráficos 3.2.6.2.7, que los adultos cubanos tienen valores más elevados en los tres tipos de población, siendo en la población subclínica donde tienen las puntuaciones más altas, seguida de la población normal y la población clínica. Entre los españoles se da una relación inversa obteniendo valores superiores en la población clínica seguida de la población normal y la subclínica.

**Gráfico 3.2.6.2.7**



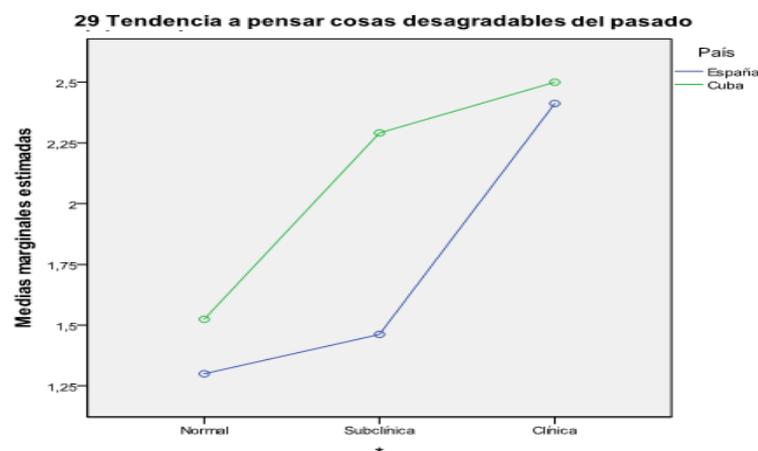
Respecto a tener convicciones o pensamientos extraños que otros creen falsos  $F(4,232)=4.530$ ,  $p=.012$ , apreciamos en el gráfico 3.2.6.2.8, que los cubanos tienen valores superiores en la población subclínica y en la población normal mientras que los españoles tienen valores superiores en la población clínica.

**Gráfico 3.2.6.2.8**



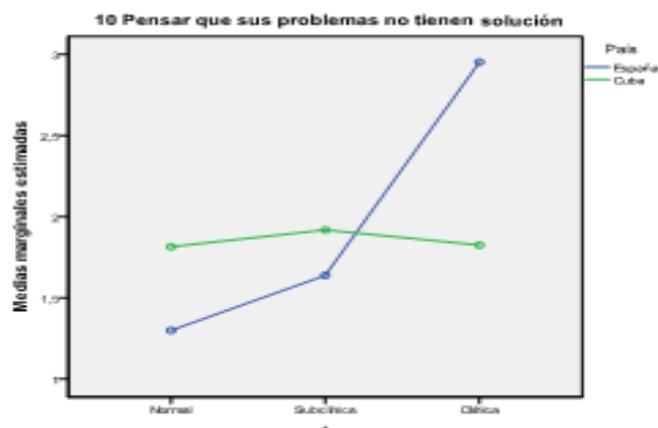
Respecto a la tendencia a pensar cosas desagradables del pasado  $F(4,232)=3.332$ ,  $p=.038$ , observamos en el gráfico 3.2.6.2.9, que los cubanos tienen mayor tendencia a pensar cosas desagradables del pasado en los tres tipos de población, obteniendo las puntuaciones más altas en la población clínica, seguida de la población subclínica y normal. Entre los españoles, con valores inferiores a los cubanos, los puntajes son superiores en la población clínica seguida de la subclínica y la población normal.

Gráfico 3.2.6.2.9



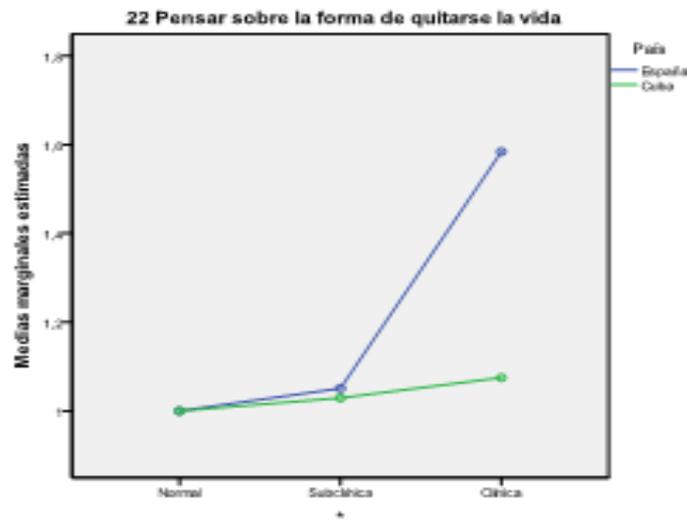
Respecto a pensar que sus problemas no tienen solución  $F(4,232)=5.908$ ,  $p=.003$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.6.2.10 que los españoles tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que en los cubanos tienen valores superiores en las poblaciones subclínica y normal.

Gráfico 3.2.6.2.10



En cuanto a pensar en la posibilidad de quitarse la vida  $F(4,232)=3.765$ ,  $p=.025$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.2.11, que los españoles tienen valores superiores en la población clínica. En la población subclínica aparecen puntuaciones ligeramente superiores en los españoles, mientras que en la población normal no aparecen diferencias en función del país.

Gráfico 3.2.6.2.11



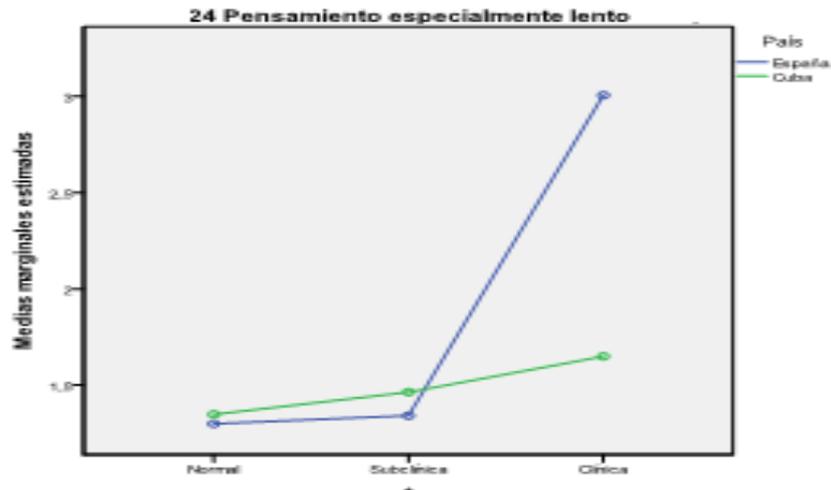
Respecto al síntoma pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida  $F(4,232)=3.812$ ,  $p=.024$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.6.2.12, que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores superiores en las poblaciones subclínica y normal.

Gráfico 3.2.6.2.12



Respecto al síntoma ha notado su pensamiento especialmente enlentecido  $F(4,232)=10.772$ ,  $p=.000$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.6.2.13 que los españoles tienen valores más elevados en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores superiores en las poblaciones subclínica y normal.

Gráfico 3.2.6.2.13



En el síntoma le ha costado más trabajo tomar decisiones  $F(4,232)=5.772$ ,  $p=.004$ , apreciamos en el gráfico 3.2.6.2.14 que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores más elevados en las poblaciones subclínica y normal.

Gráfico 3.2.6.2.14



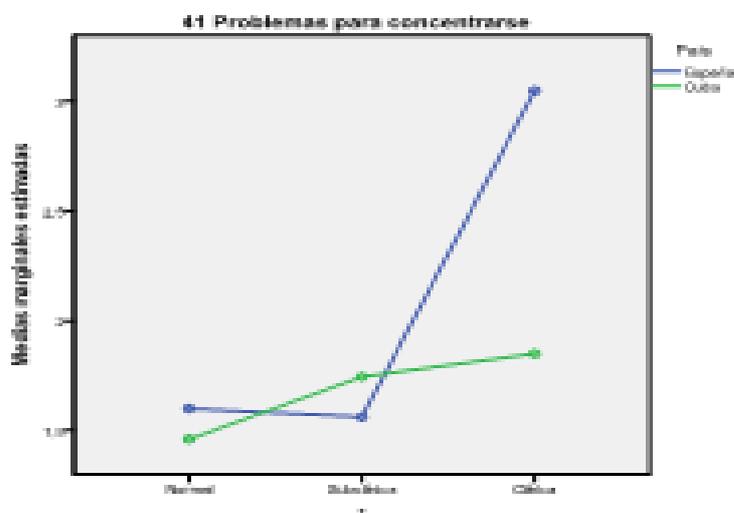
En cuanto al síntoma creerse incapaz para resolver sus problemas  $F(4,232)=5.072, p=.007$ , apreciamos en el gráfico 3.2.6.2.15 que los españoles tienen valores superiores en la población clínica, mientras que los cubanos se creen más incapaces de tomar decisiones en las poblaciones subclínica y normal.

Gráfico 3.2.6.2.15

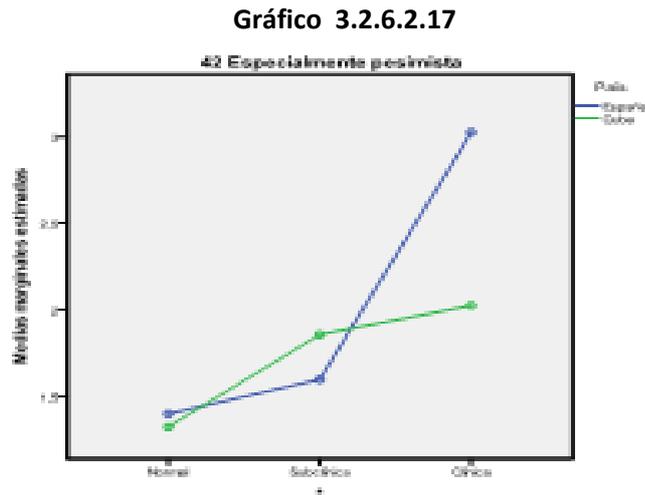


Respecto a tener especiales problemas para concentrarse en lo que hacía  $F(4,232)=8.913, p=.000$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.6.2.16 que los españoles tienen más problemas para concentrarse en lo que hacían en las poblaciones clínica y normal, mientras que los cubanos tienen valores superiores en la población subclínica.

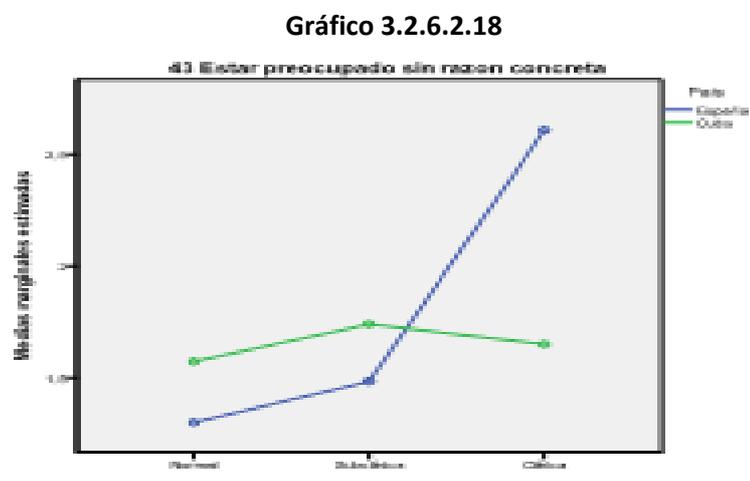
Gráfico 3.2.6.2.16



En el síntoma ha sido especialmente pesimista  $F(4,232)=6.535$ ,  $p=.002$ , de nuevo se mantiene la misma distribución. En el gráfico 3.2.6.2.17, apreciamos que los españoles son especialmente más pesimistas en las poblaciones clínica y normal y los cubanos tienen en mayor medida este síntoma en la población subclínica.



Respecto a estar más preocupado sin una razón concreta  $F(4,232)=5.437$ ,  $p=.005$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.6.2.18, que los españoles están más preocupados sin razón concreta en la población clínica, mientras que los cubanos tienen valores más elevados en las poblaciones subclínica y normal.



En cuanto a tener más problemas de los habitual  $F(4,232)=3.540$ ,  $p=.031$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.2.19, que los españoles tienen más problemas de lo habitual en las poblaciones clínica y normal, mientras que los cubanos tienen valores más elevados en la población subclínica.

**Gráfico 3.2.6.2.19**



Al estudiar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, encontramos cinco interacciones con efectos significativos, que reflejan puntajes más elevados en los adultos en la población clínica y varían en función del género y el país.

Respecto al síntoma notar el pensamiento especialmente enlentecido  $F(6,232)=4.822$ ,  $p=.009$ , podemos ver en los gráficos, 3.2.6.2.20 y 3.2.6.2.21, que en España los hombres tienen valores superiores en la población clínica. En las poblaciones subclínica y normal los valores se distribuyen de forma simétrica siendo las mujeres las que tienen valores más elevados. En Cuba son las mujeres las que tienen puntajes superiores en la población clínica y la población normal, mientras que en la población subclínica no aparecen diferencias en función del género.

Gráfico 3.2.6.2.20

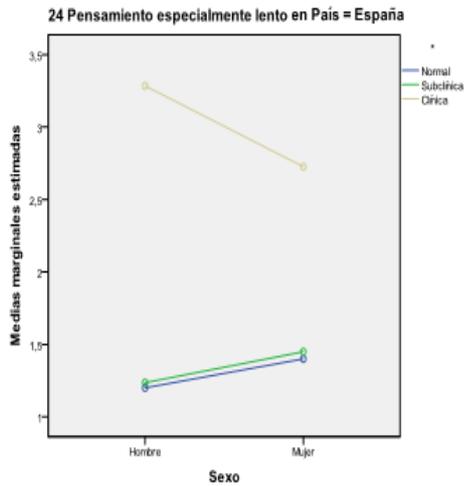
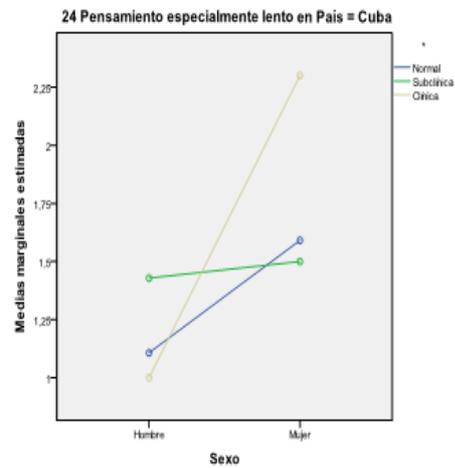


Gráfico 3.2.6.2.21



Respecto a la variable le ha costado más trabajo de lo habitual para tomar decisiones  $F(6,232)=8.152, p=.000$ , apreciamos en los gráficos 3.2.6.2.22 y 3.2.6.2.23, que a los adultos españoles les cuesta más trabajo tomar decisiones en la población clínica, siendo los hombres los que alcanzan niveles más significativos. En la población subclínica no aparecen diferencias en función del género y en la población normal los valores los las mujeres las que tienen valores ligeramente superiores. En Cuba, las mujeres tienen valores superiores en la población clínica y la población subclínica, mientras que en la población normal son los hombres los que tienen valores ligeramente superiores.

Gráfico 3.2.6.2.22

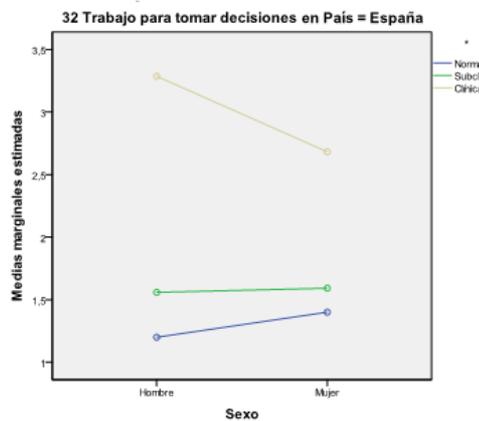
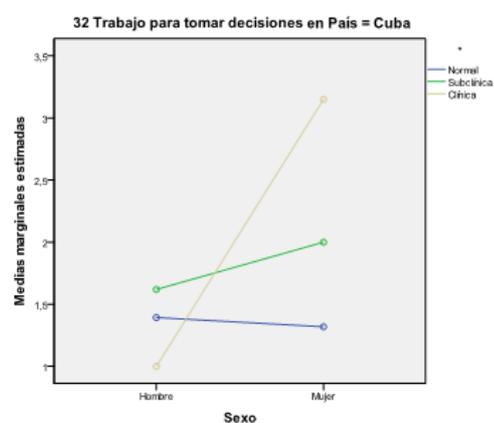


Gráfico 3.2.6.2.23



En cuanto al síntoma creerse incapaz de resolver sus problemas  $F(6,232)=3.262$ ,  $p=.040$ , podemos ver reflejado en los gráficos 3.2.6.2.24 y 3.2.6.2.25, que en España tanto los hombres como las mujeres adultas tienen valores más altos en la población clínica, siendo los hombres los que tienen puntajes superiores. En Cuba las mujeres se creen más incapaces para resolver sus problemas en la población clínica, seguida de población subclínica y normal.

Gráfico 3.2.6.2.24

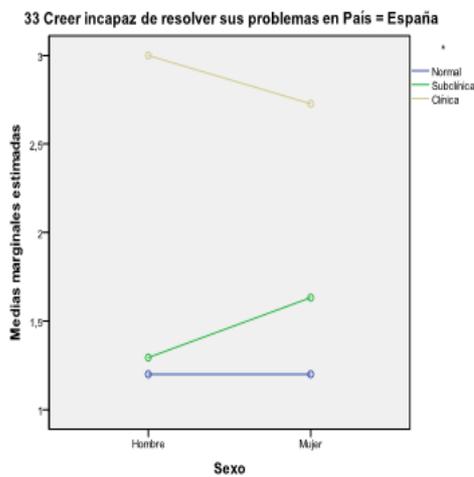
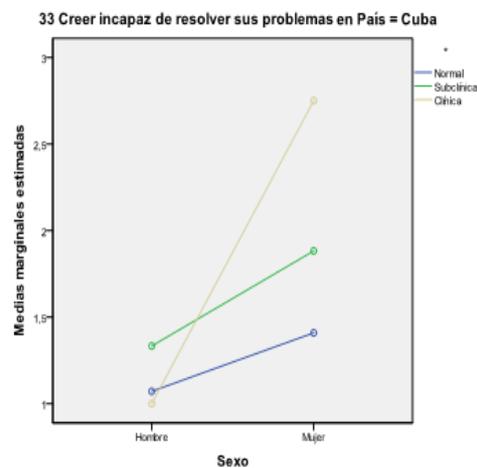


Gráfico 3.2.6.2.25



Respecto a tener especiales problemas para concentrarse en lo que hacía  $F(6,232)=4.255$ ,  $p=.015$ , podemos apreciar en la interacción reflejada en los gráficos 3.2.6.2.26 y 3.2.6.2.27, que entre los adultos de la población clínica, los hombres en España y las mujeres en Cuba tienen más problemas para concentrarse.

En España las mujeres tienen valores superiores en la población subclínica y no aparecen diferencias en función del género en la población normal. En Cuba, los valores de las poblaciones subclínica y normal se manifiestan de forma simétrica, siendo las mujeres las que tienen valores más selevados.

Gráfico 3.2.6.2.26

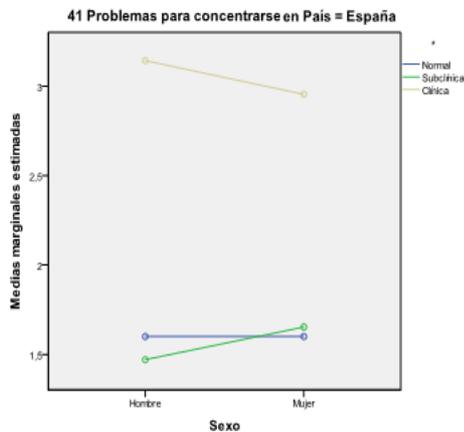
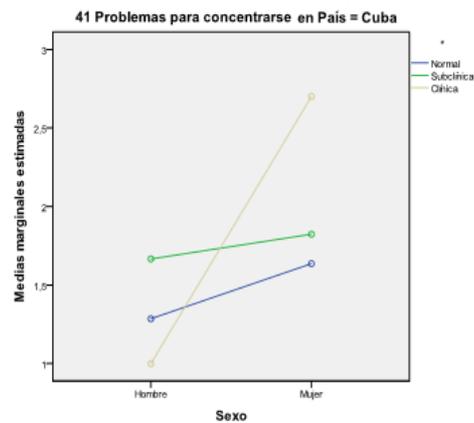


Gráfico 3.2.6.2.27



Respecto al síntoma ha sido especialmente pesimista  $F(6,232)=5.123$ ,  $p=.007$ , vemos reflejado en los gráficos 3.2.6.2.28 y 3.2.6.2.29, que los españoles son especialmente pesimistas en la población clínica, mientras que en la población subclínica son las mujeres las que tienen valores más elevados. En la población normal no aparecen diferencias en función del género. En Cuba son las mujeres las que tienen valores más elevados para esta variable en los tres tipos de población.

Gráfico 3.2.6.2.28

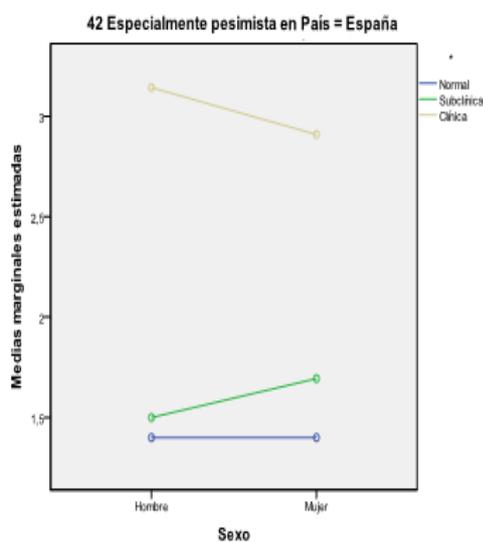
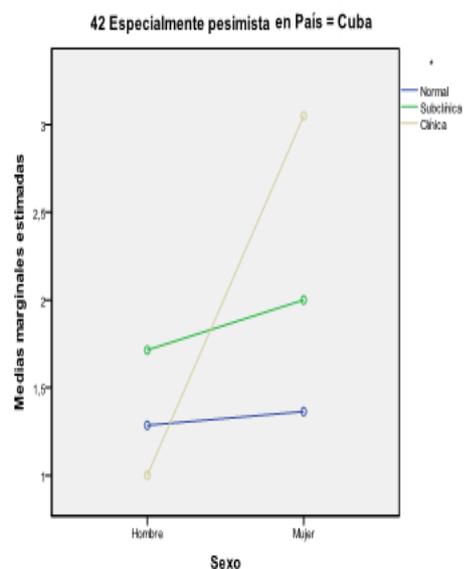


Gráfico 3.2.6.2.29



### **3.2.6.3. Síntomas Cognitivos. Edades mayores de 64 años**

En la tabla 3.2.6.3, podemos ver los resultados correspondientes a los síntomas afectivos del rango de edad mayores de 65 años.

**En función del género** para las personas de edad avanzada, aparecen diferencias significativas en dos de las 19 variables cognitivas, consistentes en valores superiores en las mujeres en los síntomas: se ha sentido una carga para los demás y se ha creído incapaz para tomar sus decisiones más que los hombres.

**En relación al tipo de población**, en las 19 variables cognitivas, como podemos ver en la tabla 3.2.6.3, aparecen diferencias significativas consistentes en valores superiores en la población clínica en los siguientes síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, ha visto, oído o percibido de alguna forma cosas que otros era incapaces de percibir o creían inexistentes, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía, ha sido especialmente pesimista, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, ha tenido más problemas de memoria de lo habitual, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto.

**En función del país,** encontramos siete variables con diferencias significativas en función del país en los siguientes síntomas.

En Cuba aparecen con valores superiores los síntomas: se ha criticado a sí mismo, pensar en la posibilidad de quitarse la vida, pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida, pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado, sentirse una carga para los demás y estar especialmente preocupados sin razón concreta.

En España, aparece con puntuación superior la variable, ha notado el pensamiento especialmente enlentecido (Véase tabla 3.2.6.3).

Tabla 3.2.6.3. Síntomas Cognitivos, edad mayores de 64 años

Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	r	Sig	r	Sig	r	Sig	r	Sig	r	Sig	r	Sig	r	Sig
6. Se ha criticado a sí mismo	-	-	19,634	,000 (***)	8,745	,003 (**)	-	-	-	-	3,685	0,026	-	-
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vid. Una persona poco valiosa	-	-	32,271	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros creen inexistentes	-	-	6,075	,003 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos	-	-	4,457	,012 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución.	-	-	30,379	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	-	10,367	,000 (***)	9,867	,002 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitar se la vida	-	-	4,376	,013 (***)	8,721	,003 (**)	-	-	-	-	-	-	4,470	,012
24. Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido	-	-	24,828	,000 (***)	9,302	,003 (*)	-	-	-	-	4,538	,011	-	-
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	-	-	15,993	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. Ha tenido o que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado	-	-	35,189	,000 (***)	15,344	,000 (**)	6,966	,001	-	-	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.2.6.3. Síntomas Cognitivos, edad mayores de 64 años. (Continuación).

Síntomas	Sexo		TP		País		Sexo*TP		Sexo*País		TP*País		Sexo*País*TP	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
30. Se ha sentido una carga para los demás	6,923	,009 (**)	33,001	,000 (***)	5,929	,016 (**)	-	-	-	-	-	-	-	-
32. Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones	-	-	43,527	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33. Ha creído que usted era incapaz de tomar decisiones	6,540	,011 (**)	25,075	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34. Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir	-	-	42,375	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41. Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía	-	-	56,730	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42. Ha sido especialmente permisiva	-	-	50,560	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-	56,505	,000 (***)	16,437	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-
44. Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual	-	-	15,499	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45. Se ha preocupado por su salud sin un motivo concreto	-	-	29,554	,000 (***)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TP (†) = Normal

Sexo (†) = Hombres; País (†) = España;

Sexo (\*\*) = mujeres; País (\*\*) = Cuba;

TP (\*\*\*) = Subclínica

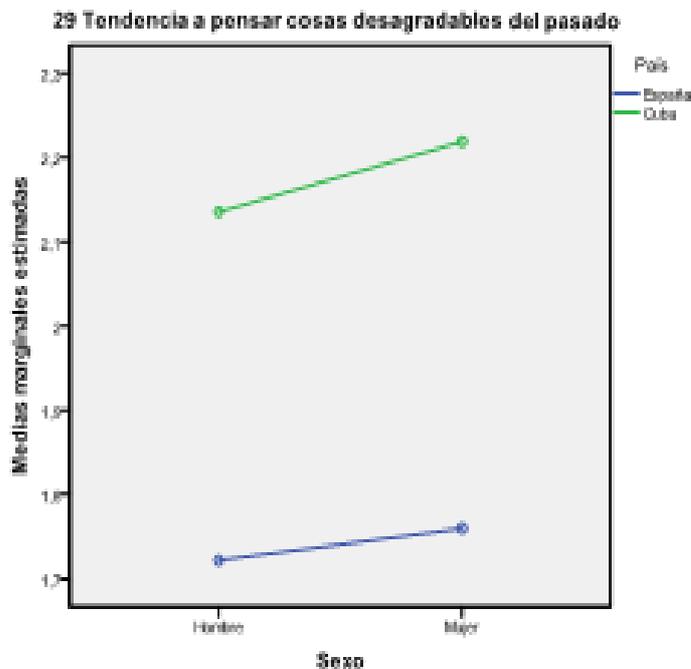
TP (\*\*\*\*) = Clínica

Vamos a analizar las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, tipo de población y país en las personas mayores de 65 años.

Al estudiar la interacción entre sexo y tipo de población, encontramos una sola variable con efectos significativo.

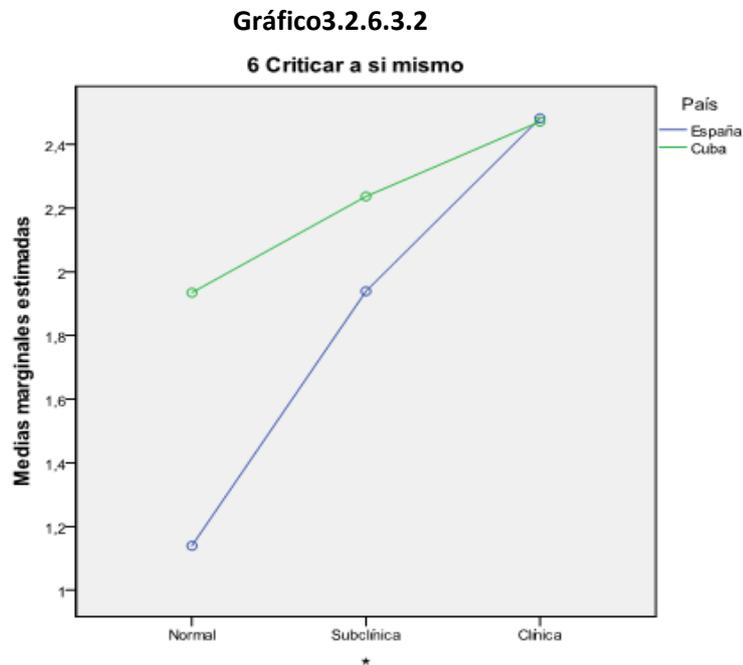
En el síntoma tendencia a pensar cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado  $F(3,296)=6.966$ ,  $p=.001$ , vemos en gráfico 3.2.6.3.1, que tanto los hombre como las mujeres cubanos de edad avanzada tienen mayor tendencia a pensar cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado, siendo las mujeres las que tienen valores superiores. En España también son las mujeres las que tienen puntajes ligeramente más elevados, aunque los españoles tienen valores inferiores a los cubanos.

**Gráfico 3.2.6.3.1**

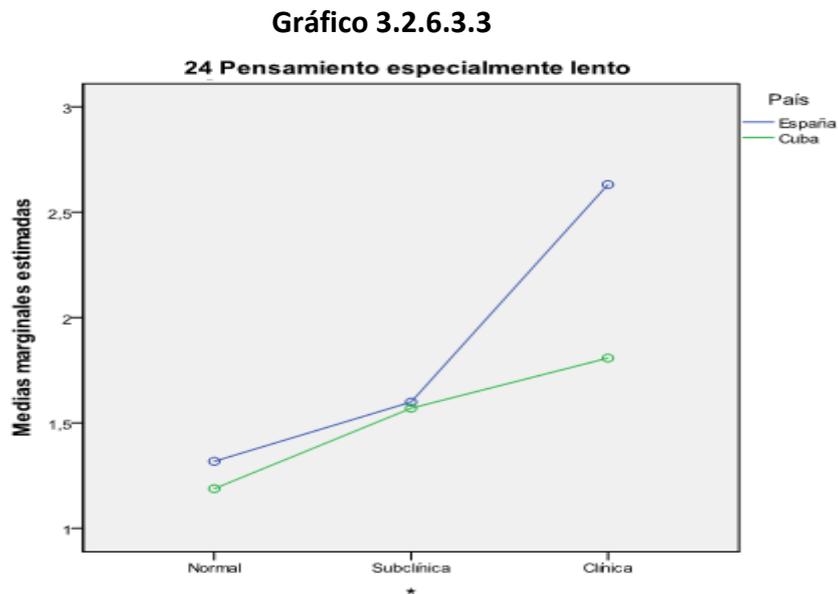


En la interacción entre tipo de población y país, encontramos dos interacciones significativas en los siguientes síntomas.

En cuanto al síntoma criticarse a sí mismo  $F(4,296)=5.123$ ,  $p=.007$ , vemos reflejado en el gráfico 3.2.6.3.2, que no aparecen diferencias en función del país y tanto España como Cuba tienen valores superiores en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal, son los cubanos los que tienen valores superiores en este síntoma.



En relación a tener el pensamiento especialmente enlentecido  $F(4,296)=4.538$ ,  $p=.011$ , podemos ver en el gráfico 3.2.6.3.3, que los españoles tienen valores más elevados en la población clínica y la población normal, mientras que en la población subclínica no encontramos diferencias en función del país.



Solo una interacción significativa encontramos al estudiar la triple interacción entre sexo, tipo de población y país en las personas de edad avanzada.

Respecto a pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida  $F(6,296)=4.470$ ,  $p=.012$ , vemos reflejado en los gráficos 3.2.6.3.4 y 3.2.6.3.5, que en España las mujeres piensan más sobre la forma de quitarse la vida en la población clínica. En las poblaciones subclínica y normal los valores se distribuyen de forma simétrica sin que aparezcan diferencias significativas en función del género. En Cuba la relación entre los valores es inversa a la muestra española, son los hombres los que tienen valores superiores en la población clínica. En la población subclínica las mujeres tienen valores más elevados para este síntoma, no encontrando diferencias en función del país en la población normal.

Gráfico 3.2.6.3.4

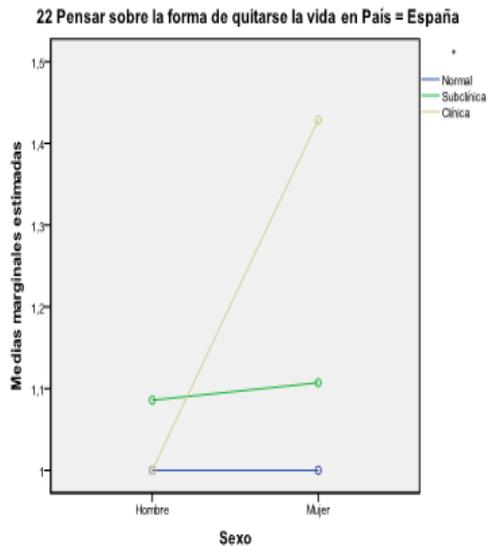
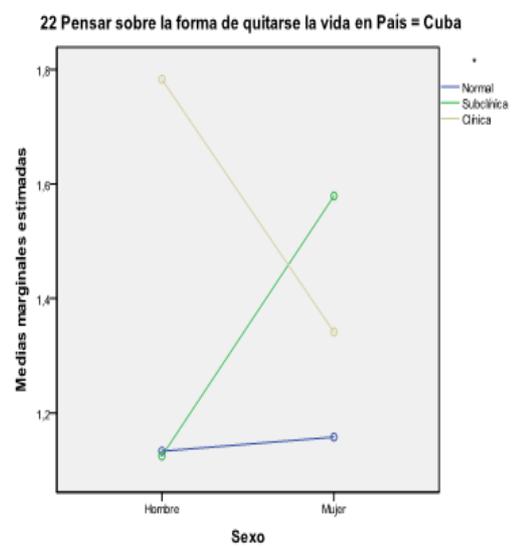


Gráfico 3.2.6.3.5



### 3.2.6.4 Conclusiones para los síntomas Cognitivos

Una vez analizadas todas las variables que componen los síntomas cognitivos, las integramos en sendos gráficos con el fin de poder apreciar a golpe de vista, las diferencias significativas para cada rango de edad.

Con el fin de que resulten clarificadoras las diferencias entre los tres grupos de edad, hemos utilizado un color distintivo para cada rango, así el color verde distingue a los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, el color azul identifica a los adultos con rango de edad entre los 35 y los 55 años y el color naranja como identificativo de las personas de avanzada edad mayores de 65 años.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

### **3.2.6.4.1. Diferencias entre los valores significativos para cada rango de edad en los síntomas Cognitivos.**

A modo de conclusión, podemos ver reflejados en la tabla 3.2.6.4.1, las diferencias significativas para los tres rangos de edad en cuanto al sexo, tipo de población y país respecto a los síntomas cognitivos.

Al realizar el análisis de los datos, encontramos que las diferencias significativas en los síntomas cognitivos en función del género, tipo de población y país, según los rangos de edad que podemos ver en la tabla 3.2.6.4.1, sugieren que entre los jóvenes y las personas de edad avanzada aparecen menos diferencias significativas en relación al sexo que entre los adultos. En todas las variables significativas en función de género las mujeres tienen valores superiores.

**En función del género**, podemos apreciar en la tabla 3.2.6.4.1, que aparecen diferencias significativas en los siguientes síntomas:

**En los jóvenes**, las mujeres jóvenes tienen valores más elevados en los siguientes síntomas: ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se ha creído más incapaz para tomar decisiones.

**En los adultos**, también las mujeres tienen valores más elevados en los siguientes síntomas: ha pensado que en comparación con los demás es Vs. una persona poco valiosa, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, se ha creído más incapaz para tomar decisiones, se ha sentido más inquieta, como

si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía y se ha mostrado especialmente pesimista.

**En relación a las personas de edad avanzada** en función del sexo, encontramos dos valores significativos consistentes en valores superiores en las mujeres de avanzada edad, en los síntomas: se ha sentido una carga para los demás y se ha creído más incapaz para tomar decisiones.

**En función del tipo de población**, podemos apreciar en la tabla 3.2.6.4.1, que en los tres rangos de edad aparecen diferencias significativas en la sintomatología depresiva en los síntomas cognitivos, consistente en valores superiores en la población clínica en todos los síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa, ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía, ha sido especialmente pesimista, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, ha tenido más problemas de memoria de lo habitual, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto.

**Tabla 3.2.6.4.1.** Diferencias entre los valores en cada rango de edad en los Síntomas Cognitivos

Síntomas	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA 65		
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
6. Se ha criticado a sí mismo	-	CL	-	-	CL	C	-	CL	C
7. Ha pensado que en comparación con los demás es Vd. Una persona poco valiosa	-	CL	-	M	CL	E	-	CL	-
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes	-	-	C	-	-	-	-	CL	-
9. Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos	-	CL	C	M	CL	-	-	CL	-
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución.	-	CL	C	M	CL	-	-	CL	-
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	CL	-	-	-	-	-	CL	C
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida	-	CL	-	-	CL	E	-	CL	C
24. Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido	M	CL	E	M	CL	E	-	CL	E
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	-	CL	-	-	-	-	-	CL	-

Continúa.

**Tabla 3.2.6.4.1.** Diferencias entre los valores en cada rango de edad en los Síntomas Cognitivos (Continúa).

Síntomas	JOVENES			ADULTOS			EDAD AVANZADA 65		
	18-25			35-55					
	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País	Sexo	TP	País
29.Ha tenido que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado	-	CL	-	-	CL	C	-	CL	C
30.Se ha sentido una carga para los demás	-	CL	-	M	CL	-	M	CL	C
32.Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones	M	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
33.Ha creído que usted era incapaz de tomar decisiones	M	CL	-	M	CL	-	M	CL	-
34.Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir	-	CL	-	M	CL	C	-	CL	-
41.Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía	-	CL	E	M	CL	E	-	CL	-
42.Ha sido especialmente permisiva	-	CL	-	M	CL	-	-	CL	-
43.Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	C
44.Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual	-	CL	-	-	CL	-	-	CL	-
45.Se ha preocupado por su salud, sin un motivo concreto	-	CL	-	-	CL	C	-	CL	-

Sexo:

H= Hombres

M=Mujeres

País:

E=España;

C=Cuba

TP= Tipo de Población:

N= Normal

Sub= Subclínica

CL= Clínica

**En función del país,** aparecen diferencias significativas consistentes en valores superiores en función del país en los siguientes síntomas:

**En los jóvenes,** aparecen cinco variables con diferencias significativas de las 19 que componen los síntomas cognitivos, que podemos apreciar en la Tabla 3.2.6.4.1:

**En los españoles,** han aparecido valores superiores en los siguientes síntomas: se ha notado el pensamiento especialmente enlentecido, ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía.

**En los jóvenes cubanos,** los valores superiores aparecen en los síntomas: ha visto, oído o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir o crían inexistentes, ha tenido más convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos y ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución.

**Entre los adultos,** en función del país, encontramos ocho variables con resultados diferencias significativas:

**En España,** los valores superiores aparecen en los síntomas: ha pensado que en comparación con los demás se creen menos valiosos, ha pensado más sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido y ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían.

**En Cuba** los valores más elevados aparecen en los síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha tendido a pensar en cosas desagradables que les ocurrieron en el pasado, se ha sentido más inquietos, como si algo malo fuera a ocurrir y se ha preocupado más por su salud sin motivo concreto.

**Entre las personas de avanzada edad en función del país,** encontramos siete diferencias significativas de las 19 variables que componen los síntomas cognitivos:

**En España** los valores superiores aparecen en el síntoma: ha notado su pensamiento especialmente enlentecido.

**En Cuba** las puntuaciones más elevados aparecen en los síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y sobre la

---

forma de cómo podría quitarse la vida, ha tendido a pensar cosas desagradables que le ha ocurrido en el pasado, se ha sentido una carga para los demás y ha estado especialmente preocupados sin razón concreta.

### **3.2.6.4.2 Interacciones significativas para cada rango de edad en los síntomas Cognitivos.**

Vamos a analizar las interacciones con efecto significativo en cada rango de edad en los síntomas cognitivos, según las interacciones entre sexo y tipo de población, sexo y país, tipo de población y país y la triple interacción entre sexo, tipo de población y país, valores que podemos ver reflejados en la tabla 3.2.6.4.2 y que pasamos a detallar.

Para la adecuada lectura de la tabla utilizaremos las letras iniciales del sexo: H= Hombre y M= Mujer, para el tipo de población: N= Normal, Sub= Subclínica y CL=Clínica, y para el país: E=España y C=Cuba, iniciales que figuran debajo de cada tabla.

**Respecto a la relación en función del género y el tipo de población**, no aparece ninguna interacción con efecto significativo entre sexo y tipo de población en los jóvenes ni entre los adultos, sin embargo en las personas de avanzada edad, aparece una interacción con efecto significativo consistente en valores más elevados en las mujeres cubanas en el síntoma: ha tendido a pensar más sobre cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado (Véase tabla 3.2.6.4.2).

**En la interacción entre sexo y país**, encontramos interacciones significativas en los jóvenes en dos síntomas, mientras que en los adultos es dónde aparecen la mayoría de las interacciones con efectos significativos, en los siguientes síntomas: (Véase tabla 3.2.6.4.2).

**En los jóvenes**, encontramos dos interacciones significativas consistentes en valores superiores en los hombres cubanos en los síntomas: han pensado que en comparación con los demás es Vs. poco valioso y ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida.

**Entre los adultos:**

En los españoles, tanto los hombres como las mujeres han tenido valores superiores en los síntomas: ha notado su pensamiento especialmente enlentecido y ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía.

En Cuba, son las mujeres las que tienen valores más elevados en los síntomas: se ha hecho o ha temido hacerse daño, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se ha creído incapaz para tomar decisiones y ha sido especialmente pesimistas.

En las personas de edad avanzada, no aparece ninguna interacción con efecto significativo en los síntomas cognitivos.

**Al analizar la interacción entre tipo de población y país**, encontramos que la mayoría de las interacciones con efectos significativos aparecen en los adultos, seguido de los jóvenes y las personas de avanzada edad (Véase Tabla 3.2.6.4.2).

**En relación a los jóvenes**, la sintomatología depresiva se manifiesta en la mayoría de los síntomas en mayor medida en la población clínica, en los siguientes síntomas:

Los españoles tienen puntuaciones superiores en los síntomas: se ha criticado a sí mismo, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, ha tenido especiales

problemas en concentrarse en lo que hacía y ha tenido más problemas de memoria de lo habitual.

Los cubanos han tenido valores más elevados en los síntomas: ha tenido percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros eran incapaces de percibir y que creían inexistentes y ha tenido convicciones o pensamientos que los demás creían falsos.

Respecto a criticarse a sí mismo llama la atención que mientras que los españoles se critican más a sí mismos en la población clínica los cubanos tienen puntuaciones más elevadas en la población subclínica.

En los adultos, la sintomatología depresiva se manifiesta en mayor medida en la población clínica en los españoles y en la población subclínica en Cuba.

**En la población clínica:**

Los españoles, tienen valores superiores en los síntomas: ha tenido pensamiento y convicciones que otros creen falsos, ha pensado más que sus problemas no tienen solución, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida y ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, se ha creído más incapaz para tomar decisiones, ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía, ha sido especialmente pesimista, ha estado más preocupados sin razones concretas y ha tenido más problemas de memoria de lo habitual.

Los cubanos adultos tienen valores más elevados en la población clínica en el síntoma: ha tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les sucedieron en el pasado. En la población subclínica, que es dónde encontramos la mayoría de los valores con efectos significativos en los siguientes síntomas: ha tenido más percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros eran incapaces de percibir y

que creían inexistentes y ha tenido convicciones o pensamientos que los demás creían falsos, ha pensado que sus problemas no tienen solución, ha pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y han estado especialmente preocupado sin razones concretas.

**Entre las personas de avanzada edad**, solo aparecen dos interacciones significativas que ponen de relieve que en la población clínica, tanto los españoles como los cubanos tienen valores similares en el síntoma, se ha criticado a sí mismo, mientras que los españoles tienen valores superiores en el síntoma, ha tenido su pensamiento especialmente enlentecido.

**Respecto a la triple interacción entre sexo, tipo de población y país**, la mayoría de las interacciones con efectos significativos aparecen en los jóvenes y en los adultos, encontrando solo una interacción significativa en las personas de avanzada edad. Llama la atención que entre los jóvenes tienen niveles de significación las mujeres en España y los hombres en Cuba, mientras que en los adultos y en las personas de avanzada edad ocurre justo al contrario, son los hombres en España y las mujeres en Cuba las que tienen mayor sintomatología depresiva.

**En los jóvenes**, las mujeres españolas y los hombres cubanos tienen valores superiores en la población clínica en los siguientes síntomas: ha pensado que en comparación con los demás es Vs. poco valioso, ha tenido pensamientos o convicciones que otros creen falsos, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida y ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida y se ha creído incapaz de tomar decisiones.

**En los adultos**, los hombres españoles y las mujeres cubanas tienen valores más elevados en los síntomas: ha tenido el pensamiento especialmente enlentecido, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, se ha creído incapaz para

tomar decisiones, ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían, ha sido especialmente pesimista y ha estado más preocupado sin razones concretas.

**En las personas de avanzada edad**, los hombres en España y las mujeres en Cuba tienen en mayor medida el síntoma; ha pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida (Véase Tabla 3.2.6.4.2).

Tabla 3.2.6.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad de los Síntomas Cognitivos

Síntomas	JOVENES			ADULTOS			EDAD AVANZADA			
	Sexo* TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País
6. Se ha criticado a sí mismo	-	-	CL*E Sub*C	-	-	-	-	-	CL*E/C	-
7. Ha pensado que en comparación con los demás es 'd. Una persona poco valiosa	-	M*C	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes	-	-	CL*C	-	-	Sub*C	-	-	-	-
9. Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos	-	-	CL*C	-	-	CL*E SUB*C	-	-	-	-
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tiene solución.	-	-	-	-	-	CL*E Sub*C	-	-	-	-

Continúa.

Tabla 3.2.6.4.2. Interacciones significativas para cada rango de edad de los Síntomas Cognitivos (Continuación).

Síntomas	JOVENES 18-25			ADULTOS 35-55			EDAD AVANZADA 65			
	Sexo*TP	Sexo*País	Sexo*TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP	Sexo*País	TP*País	Sexo*TP*País
21.1) Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida	-	-	M*CL*E H*CL*C	-	-	CL*E Sub*C	-	-	-	-
22.1) Ha pensado en la forma en la que podría quitarse la vida	-	H*C	M*CL*E H*CL*C	-	-	CL*E	-	-	-	M*CL*E H*CL*C
24.1) Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido	-	-	-	-	H/M*E	CL*E	-	-	CL*E	-
26.3) Ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo	-	-	-	-	M*C	-	-	-	-	-
29.1) Ha tenido que pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado	-	-	-	-	-	CL*C	M*Sub	-	-	-
30.3) Ha sentido una falta por sí mismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Continúa.



**Tabla 3.2.6.4.2.**  
Interacciones significativas para cada rango de edad de los Síntomas Cognitivos (Continuación).

Síntomas	JOVENES 18-25				ADULTOS 35-55				EDAD AVANZADA 65			
	Sexo*TP	Sero*País	TP*País	Sero*TP*País	Sexo*TP	Sero*País	TP*País	Sero*TP*País	Sexo*TP	Sero*País	TP*País	Sero*TP*País
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
44. Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45. Se ha preocupado por su salud sin un motivo concreto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sexo: TP= Tipo de Población:  
 F= Hombres M= Mujeres  
 E= España; C= Cuba  
 Ne= Normal  
 Sub= Subclínica  
 Cl= Clínica



## **IV. DISCUSIÓN**

---



## 4. DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue analizar las diferencias de género en la sintomatología depresiva autoinformada, distinguiendo entre distintos tipos de síntomas. Para ello hemos tenido en cuenta las implicaciones culturales en sendas muestras de España y Cuba. En la realización de este estudio, hemos prestado especial atención a las diferencias de género según las variaciones en función del tipo de población (normal, subclínica y clínica), el país y la edad.

### **Los objetivos de este estudio se han dirigido a:**

- Determinar las implicaciones del género en las diferencias en sintomatología depresiva, según distintos componentes de la depresión, en sendas muestras de población normal, subclínica y clínica.
- Determinar la influencia de la nacionalidad en las diferencias de género respecto a la sintomatología depresiva en los distintos tipos de muestra.
- Determinar las implicaciones de la edad en las diferencias en sintomatología depresiva, según distintos componentes de la depresión, en sendas muestras de población normal, subclínica y clínica.
- Determinar las implicaciones de la edad respecto a la influencia de la nacionalidad, en las diferencias de género respecto a la sintomatología depresiva en los distintos tipos de muestra.

Los resultados obtenidos en este estudio indican que determinados síntomas pueden ser especialmente característicos de hombres o mujeres. Concretamente, entre otros síntomas, en las mujeres aparecen valores superiores en dificultad para dormir, más molestias o dolores de lo habitual,

llanto, disminución de eficacia en la ejecución de sus tareas, autocrítica, así como sentimientos de tristeza, miedo injustificado, y sentimientos de inutilidad, mientras que en los hombres aparece en mayor medida el consumo de alcohol y determinados aspectos de la ideación suicida como pensar en quitarse la vida y en la forma de hacerlo.

A continuación, se expone la discusión de los resultados obtenidos en este trabajo, conectados con cada una de las ocho hipótesis que han servido como línea de enlace durante nuestra investigación.

### **Hipótesis 1. Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el género que serán distintas según el tipo de síntomas.**

El primer objetivo que nos planteamos con este trabajo es comprobar las diferencias en la sintomatología depresiva en función del género en los seis grupos de síntomas depresivos.

Nuestros resultados arrojan diferencias significativas en función del género en los seis grupos de síntomas estudiados (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos), en todos ellos, excepto en los síntomas conductuales, como podemos ver reflejado en el cuadro 4.1, las mujeres tienen mayor sintomatología depresiva, datos que coinciden con los aportados por la Organización Mundial de la Salud (2009), en los que se refleja que las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y a la ansiedad. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor.

Ser mujer es un factor de vulnerabilidad ante la depresión. La literatura refleja que pertenecer al sexo femenino es el principal riesgo demográfico para el desarrollo de la depresión (Gorn et al., 2005; Inaba et al., 2005; Gómez et al.,

2006 & Matud, 2006) cosa que no ocurre con otros factores estudiados en relación a la depresión, como es el caso de la raza o el nivel cultural o social.

Los trastornos depresivos se mantienen como una de las principales causas de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) en el mundo. Suponen el 4,46% de los AVAD totales y el 12,1% de los AVD (Años de vida Vividos con Discapacidad), (WHO, 2001a; WHO, 2002; Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004):

- En las mujeres la depresión es la cuarta causa de AVAD y en los hombres es la séptima.
- En los países desarrollados, enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales oscilan en torno al 5%, frente al 70-75% en África.

Respecto a los síntomas físicos, en nuestro estudio constatamos diferencias de género que ponen de relieve que a las mujeres les cuesta más de lo habitual dormirse y sienten más molestias y dolores de lo habitual en mayor medida que los hombres.

Son muchas las investigaciones que atribuyen los síntomas físicos de la mujer a los cambios hormonales, afirmando que estos cambios en los distintos ciclos la predisponen a la depresión. En diversos estudios se ha concluido que la depresión estaría determinada por el flujo hormonal (Kaplan et al. 2010; Pavía-Ruiz et al., 2009; Rocha Filho et al., 2011; Zahn-Waxter et al. & Hyde et al., 2008).

Cunningham et al. (2009), ponen de relieve que entre el 3% y el 8% de las mujeres desarrollan síntomas que reúnen los criterios diagnóstico del DSM IV-TR para el Trastorno Disfórico Premenstrual, manifestándose los síntomas depresivos durante la semana previa al inicio de la menstruación. Así mismo, después del parto entre el 10 y el 15% de las mujeres, experimentan

sintomatología depresiva en las doce primeras semanas (Gourion 2009, Hirst & Moutier, 2010). Otros autores obtienen resultados que amplían el porcentaje de la depresión postparto al 30% de las mujeres (Leigh et al. 2008 y Le Start et al. 2011). En la menopausia, García – Postilla (2009), refleja que coincidiendo con el cese de la función ovárica y la disminución de estrógenos, se da un incremento en la incidencia y la recurrencia de la depresión y Freeman (2010) refiere que las mujeres menopáusicas, presentan un primer episodio depresivo en una proporción tres veces mayor que en aquellas mujeres que no han llegado a esa etapa de la vida.

Otros estudios relacionan la testosterona con el estado de ánimo, Schmidt y Rubinow (2009) reflejaron que niveles bajos de testosterona se asocian con trastornos depresivos, lo que les permite concluir que la situación hormonal afecta incrementando el estado de ánimo positivo y disminuyendo el negativo, por lo que resulta beneficioso el efecto de la terapia hormonal sustitutiva en pacientes con depresión durante la menopausia.

En otras investigaciones no se ha encontrado relación directa entre el nivel hormonal y el estado de ánimo (Hankin et al., 2007). Parece, según los resultados de Essau et al. (2010) en un estudio realizado con adolescentes, que la relación que existe entre el nivel hormonal y el estado de ánimo, se da cuando la adolescente está sometida a factores ambientales, lo que les llevó a la conclusión de que son los estrógenos los que están implicados en la mayor vulnerabilidad de la mujer al estrés y a la depresión.

Por otro lado, Silverstein (2013) sugiere que la diferencia de género en la prevalencia de la depresión se debe a una diferencia en la depresión somática de un fenotipo diferente, sin embargo, los estudios de Shansky, (2010) concluyen que son los hombres los que tienden a tener más manifestaciones somáticas.

Autores como (Baghai, 2008, Xuy, Lif, Huan, Sun, Zhang, Liu, 2009 & Hammen et al., 2010) reflejan que el desarrollo de la Genética Humana abre nuevas perspectivas para el descubrimiento de los genes responsables y los productos genéticos que están involucrados en la aparición de la depresión.

Otros estudios se han dedicado a identificar la sintomatología depresiva propia de cada género aunque no se ha dado un excesivo consenso. Algunas de las diferencias que se han encontrado y que coinciden con nuestro estudio, ponen de relieve que la mujer, comparada con el hombre, ante un problema depresivo, tiende a tener más problemas de sueño (Angst & Dobler-Mikola, 1984; Benazzi, 1999; Ernst et al., 1992; Nolan & Willson, 1994) en concreto hipersomnia (Khan et al., 2002 y Winkeler et al., 2005) enlentecimiento psicomotor (Khan et al., (2002) y aumento de somnolencia (Ceroni & Celis, 2007 & Risco,2010). La mujer siente más los efectos de la depresión en la calidad del sueño y en su salud general, mientras que el hombre lo siente más en su habilidad en el trabajo (Angst et al., 2002). Wenzel et al. (2005), reflejan que en las mujeres se dan más somatizaciones, el doble respecto a los hombres. Sin embargo y en contraste, los estudios de Khan et al. (2002) concluyeron que los hombres tienen más síntomas de insomnio que las mujeres y Avery y Silverman (1984) encuentran más enlentecimiento psicomotor en el hombre deprimido.

En los síntomas interpersonales nuestros resultados no arrojan muchas diferencias asociadas al género en los síntomas Interpersonales, tan solo en un síntoma encontramos que las mujeres han tendido a aislarse de los demás más que los hombres. Sin embargo, en un estudio realizado por Maes (2002), halló que el hombre depresivo grave muestra más pérdida de ilusión, dificultad en el trabajo, aislamiento social y alteración cognitiva que la mujer.

En cuanto a los síntomas motivacionales nuestros resultados ponen de relieve diferencias de género consistentes en que las mujeres han sentido falta

de interés por todo o casi todo y experimentan mayor disminución del interés sexual que los hombres.

Los cambios operados por las mujeres son explicados en los resultados de Ezcurra (2006), en relación a que las mujeres tienen incremento en los niveles de cortisol ante situaciones de rechazo social o estrés interpersonal, resultados que coinciden con los nuestros, mientras que en los hombres los mayores niveles de cortisol se dan al enfrentarse a desafíos o amenazas, ante los que desarrollan más estrés psicofisiológico.

Muchas investigaciones resaltan la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la depresión asociándolo al papel que juegan los traumas en la niñez y en la adolescencia como predictores de depresión (Harrkness et al, 2012). De hecho, más del 50% de las víctimas padecen un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y un malestar emocional clínicamente significativo (Echeburúa, Corral, Zubizarreta & Sarasua, 1997; Foa, Zoellner & Feeny, 2006; Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Resick, Williams, Suvak, Monson & Gradus, 2012), además de conductas de evitación sexual, incluso en el caso de que hayan sufrido la agresión meses o años atrás (Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2012; Vazquez – Machado, 2007). Chassemi (2010) ratifica estos resultados y añade que la mujer es con más frecuencia víctima de la violencia doméstica. La intensidad de los síntomas inmediatamente tras la agresión es un predictor del funcionamiento de las víctimas a largo plazo (Echeburúa, 2010 y Resnick et al., 2007).

En otras investigaciones, los resultados son opuestos a los nuestros situando a los hombres con mayores niveles de sintomatología depresiva que las mujeres. Maes (2002) halló, en una muestra de 180 pacientes depresivos hospitalizados, que el hombre depresivo tiene más pérdida de interés, ideación suicida y agitación que la mujer depresiva. El hombre depresivo grave muestra más pérdida de ilusión, dificultad en el trabajo, aislamiento social, alteración cognitiva y conducta suicida que la mujer. No obstante en este momento,

estamos haciendo referencia a la población normal, veremos que ocurre cuando nos fijemos en la muestra clínica.

En los síntomas Afectivos nuestros resultados nos llevan a concluir que las mujeres, se critican más a sí mismas, han disminuido su satisfacción con la vida, se sienten más tristes o abatidas, se sienten una carga para los demás, sienten más inquietud ante la idea anticipatoria de que algo malo va a pasar, lloran más y tienen más miedo de lo habitual sin una razón concreta que los hombres.

Uno de los indicadores característicos de las manifestaciones de la sintomatología depresiva en las mujeres que aparecen en diversos estudios respecto a las diferencias de género, coincidente con nuestros resultados, se refiere a las manifestaciones de llanto. En este sentido Verhoeven, Sawyer y Spence (2013) concluyeron que las mujeres tienen más crisis de llanto, lo que es un indicador más fuerte de afecto depresivo en las mujeres que en los hombres. Así mismo (De Coster, 2000 y Shansky, 2010) refieren que la mujer expresa su depresión de forma más emocional que el hombre y Angst et al. (2002) añade que las mujeres afrontan la depresión a través de la descarga emocional y la religión. Que las mujeres lloren más que los hombres es una más de las diferencias que vienen dadas por patrones de aprendizaje que promueven respuestas más emocionales en las mujeres que en los hombres.

Briwnhill et al. (2005), refieren que el distrés emocional reprimido por la noción tradicional sobre la masculinidad, puede explicar el hecho de que la depresión pueda estar oculta en el hombre y explícita en la mujer. En el estudio de Carter et al. (2000), la mujer depresiva muestra en general, expresa su depresión de una manera más emocional que el hombre.

Por otro lado, (Ceroni & Celis, 2007 & Risco, 2010) atribuyen el peor estado de ánimo en las mujeres como consecuencia del efecto estacional que se traduce en tristeza, aumento de peso, antojo de carbohidratos y aumento de

la somnolencia. Cuando es tan intenso que perturba el funcionamiento, se habla de trastorno afectivo estacional.

En los síntomas conductuales los resultados que hemos obtenido reflejan diferencias en el estilo de afrontamiento de hombres y mujeres diferentes, mientras que los hombres consumen más alcohol, las mujeres tienen más respuestas de llanto.

En la misma línea, otros estudios reflejan los mismos resultados obtenidos en nuestro estudio al afirmar que hombres y mujeres usan estrategias de afrontamiento diferentes. Las mujeres usan estrategias de centradas en la emoción, tales como la expresión de sentimientos lo que favorece la descarga emocional, Verhoeven, Sawyer & Spence (2013) concluyeron que las mujeres tienen más crisis de llanto, mientras que los hombres tienden a inhibir sus emociones lo que incrementa la posibilidad de depresión, (Howerton, 2005). Esta diferencia es explicada por Angst et al. (2002), por que la mujer afronta la depresión a través de la descarga emocional y la religión, y el hombre a través de la actividad deportiva y el consumo de alcohol.

Otros estudios que coinciden con nuestros resultados, encontraron que el abuso de alcohol y drogas es más común en los hombres (Marcus et al., 2005). Los hombres presentan más comorbilidad con abuso de sustancias y alcohol (Kornstein & Sloan, 2002; Rodríguez, Ceroni & Celis, 2007; Risco, 2010 y Shansky, 2010).

Sin embargo otros autores atribuyen a las mujeres más consumo de alcohol que a los hombres. Lee et al. (2012), refieren tasas elevadas de depresión entre las mujeres en edad adulta joven, afirmando que se pueden producir síntomas asociados al consumo de alcohol por lo que sugieren que los profesionales deben prestar especial atención a los signos de trastornos

crónicos de consumo de alcohol y los riesgos asociados para la depresión entre las mujeres adultas jóvenes.

En relación a los síntomas cognitivos nuestros resultados reflejan diferencias en función del género consistentes en que las mujeres se critican más a sí mismas, se sienten una carga para los demás, les cuesta más trabajo de lo habitual, se creen más incapaces para tomar decisiones y se sienten más inquietas con pensamientos anticipatorios de que algo malo fuera a ocurrir, que los hombres.

En los estudios revisados se han encontrado diferencias de género en relación al autoconcepto y la autoestima que reflejan que las mujeres tienen un autoconcepto más negativo que los hombres lo que repercute directamente en sus estados afectivos (De Coster, 2005 & Echeburúa, 2011). Actualmente, con la incorporación de la mujer al mundo laboral y su acceso a los puestos de poder, se están produciendo variaciones en la mirada de la mujer hacia sí misma, lo que repercute directamente sobre su autoconcepto y su autoestima (Echeburúa, 2011).

Las diferencias de género comienzan en el entorno familiar y social, concretamente, adquiere especial importancia la etapa en la que se dan las primeras separaciones esporádicas del hogar. La incorporación al colegio donde se producen cambios en los roles y se abren las relaciones interpersonales, puede precipitar situaciones estresantes, que requieren respuestas y para las que no siempre se tienen herramientas de enfrentamiento y resolución (Harrkness et al., 2012). En este periodo, a la presión familiar y la presión social, se une la actitud de los iguales, es decir, si los chicos o las chicas no se comportan como socialmente se establece son rechazados por sus iguales. Los propios adolescentes muestran las diferencias que marcan los padres a la hora de dejar salir a sus hijos adolescentes, se teme más por las chicas restringiéndoles más que a los chicos sus comportamientos, también se depositan unas expectativas más elevadas en los chicos que en las chicas

respecto a lo que pueden llegar a conseguir en sus vidas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Estos aspectos estarían relacionados con la posibilidad de presentar un episodio depresivo, con más frecuencia en las mujeres, pues son las que en un principio tienen más restricciones y más trabas impuestas que le llevan a rebelarse ante ellas. Si manifiestan abiertamente el rechazo hacia sus características típicas de género, como por ejemplo persiguiendo metas más masculinas (deporte, posiciones de poder), ellas son rechazadas por los demás, y si el rechazo de esas características sociales impuestas por tener un sexo determinado no es tan explícito, pueden llegar a sentirse frustradas por no llegar a desarrollar aquello que interiormente quieren conseguir (De Coster, 2005).

Otra de las características comunes que se recogen en los distintos estudios revisados, está relacionada con la rumiación como estilo de respuesta de las mujeres ante acontecimientos estresantes, coincidiendo estas conclusiones con nuestros resultados, al comprobar que las mujeres se sienten más inquietas con rumiación y pensamientos anticipatorios de que algo malo va a ocurrir. Ya en la adolescencia las chicas empiezan a usar más que los chicos la rumiación para hacer frente a los problemas y a los estresores. Esta diferencia se mantiene también en la edad adulta y se ha comprobado como la rumiación tiende a incrementar el riesgo ante una depresión (Nolen-Hoeksema et al, 1999).

La rumiación impide el afrontamiento adecuado a los problemas, es una forma de huir de la resolución activa de los problemas, dejando a la persona sin la vivencia de dominio que pudiera tener, lo que puede precipitar el desarrollo de un trastorno depresivo. Así mismo, la rumiación en la tristeza predice la depresión y el neuroticismo, mientras que la rumiación en general sólo predice el neuroticismo.

En los estudios de Wupperman y Neumann (2005) cuando controlaron la rumiación y el neuroticismo, encontraron que el hombre tenía más probabilidad de experimentar sintomatología depresiva que la mujer.

Shansky (2010), pone de relieve que, aunque tanto hombres como mujeres pueden desarrollar sintomatología depresiva, ambos la experimentan de diferente manera y muestran diferencias en la expresión de los síntomas depresivos. Algunas de las diferencias que hallaron muestran que las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales, mientras que a los hombres les resulta más difícil expresar sus emociones, tienden más a las manifestaciones somáticas, tienen más problemas de abusos de sustancias lo que en ocasiones enmascara el cuadro depresivo y dificulta la realización del diagnóstico de depresión (Howerton, 2005).

¿Por qué la mujer usa la rumiación como estrategias de afrontamiento ante los problemas?, continuar profundizando en este conocimiento serviría de ayuda para desvelar una incógnita más en el origen de las diferencias de género en la depresión.

Por otro lado, Salokangas et al. (2002) comprobaron cómo las diferencias de género en los síntomas depresivos pueden deberse al instrumento de medida utilizado para evaluar la depresión, pues estos pueden incluir síntomas que son más comunes en uno u otro sexo. Sugieren que existen síntomas característicos para cada sexo, por lo que el hecho de que la mujer puntúe más alto en la pérdida de interés sexual o en el llanto es algo que biológica, psicológica y culturalmente se asocia más a la mujer que al hombre, por lo que no es adecuado centrar las diferencias de género en sintomatología propia de uno u otro género.

**Cuadro 4.1.** Diferencias en sintomatología depresiva en función del género (Elaboración propia)

<b>DIFERENCIAS EN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO</b>		
	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
<b>Síntomas Físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le ha costado dormirse más de lo habitual.</li> <li>- Más molestias o dolores de lo habitual.</li> </ul>	-
<b>Síntomas Interpersonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor tendencia al aislamiento.</li> </ul>	-
<b>Síntomas Motivacionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor falta de interés por todo o casi todo.</li> <li>-Mayor disminución de interés sexual.</li> </ul>	-
<b>Síntomas Afectivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se critica más así misma</li> <li>-Mayor disminución de su satisfacción con la vida.</li> <li>-Se siente más triste o abatida.</li> <li>-Se siente una carga para los demás.</li> <li>-Siente más inquietud al anticipar más cosas negativas.</li> <li>-Llora más</li> <li>-Tiene más miedo de lo habitual sin razón concreta.</li> </ul>	-
<b>Síntomas Conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Llora más.</li> </ul>	- Consume más alcohol
<b>Síntomas Cognitivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se critica más a sí misma.</li> <li>- Se sienten una carga para los demás.</li> <li>-Le cuesta más tomar decisiones.</li> <li>-Se siente más incapaz para tomar decisiones.</li> <li>-Siente más inquietud, como si algo malo fuera a pasar.</li> </ul>	

---

## **Hipótesis 2. Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el tipo de población (normal, subclínica y clínica) que serán distintas según el tipo de síntomas.**

En función del tipo de población normal, subclínica y clínica, los resultados de nuestro estudio arrojan diferencias significativas consistentes en valores superiores en la población clínica en la mayoría de los síntomas que integran los seis grupos estudiados (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos).

En la bibliografía revisada, los diversos estudios coinciden en relación a la sintomatología depresiva con nuestros resultados. Los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación DSM IV-TR, DSM-V, en los que nos hemos basado para el establecimiento del grupo clínico y subclínico en nuestro estudio, distinguen niveles de gravedad del episodio depresivo mayor y requiere la presencia de al menos uno de los dos síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo y pérdida de interés y al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. Puede ser referido por el propio paciente en forma de tristeza, o sentimientos de vacío (lo que va a ser menos frecuente en el anciano) u objetivarse por la presencia, por ejemplo, de llanto.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (referido por el propio paciente u observado por otros). Esta Anhedonia, acompañada generalmente de apatía, no siempre resulta fácil de valorar en los ancianos arrinconados o privados de estimulación en su entorno.
3. Aumento o pérdida importante de peso sin hacer régimen y/o aumento o pérdida de apetito, casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no mera sensación de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una percepción subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Blazer (2002) concluye que la prevalencia de la Depresión Mayor es del 1-5% en muestras comunitarias, y cuando la muestra es rural la prevalencia es menor (menos del 1%). En el caso de la Distimia, la prevalencia es del 2-8%, y el rango de prevalencia de sintomatología depresiva significativa que no llega a formar el diagnóstico de depresión mayor es del 15 al 25%.

En los síntomas Físicos nuestros resultados arrojan diferencias significativas en la práctica totalidad de los síntomas, consistentes en valores superiores en la población clínica, con excepción del aumento de apetito, síntoma en el que no aparecen puntuaciones significativas.

La sintomatología depresiva con implicaciones físicas, como la dificultad para estar quieto, disminución de apetito, sentimiento de enlentecimiento, encontrarse más fatigado o estar más cansado más de lo habitual, dormir más horas de lo habitual, dormir menos de lo habitual, despertar antes de lo habitual, más dificultad para dormirse de lo habitual, tener más molestia o dolores de lo habitual, tener pesadillas o sueño interrumpido, notar sudores,

palpitaciones, temblores y otros síntomas de nerviosismo no habituales, ganar peso sin proponérselo, perder peso sin proponérselo y tener peor estado de ánimo por la mañana, tienen su mayor nivel de significación, en la población clínica.

Como trastorno psíquico, la depresión tiene una clara incidencia en lo somático, por lo que requiere de tratamiento médico. Por tanto, la depresión es una *“enfermedad psicofísica”* y no un mero trastorno reactivo (Aguirre, 2006). En la misma línea, coincidiendo con nuestros resultados, Blanco et al. (2005) refieren que los primeros síntomas depresivos que aparecen son alteraciones del sueño, sueño inquieto o interrumpido, malestar al despertar o durante toda la mañana y enlentecimiento físico y mental, sin embargo, estas quejas psicológicas dificultan el diagnóstico adecuado cuando quien las sufre no tiene conciencia de enfermedad psíquica (Chinchilla, 2003), lo que dificulta su evaluación y tratamiento.

En la línea de nuestros resultados a nivel clínico, la ritmopatía, tal y como es descrita en el modelo Tetradimensional de Alonso-Fernández (1988-2002), hace referencia a la desregulación de los ritmos circadianos en el trastorno depresivo, precipitando una sintomatología en la que sobresale inicialmente la hipersomnia precoz, media o tardía, el empeoramiento por las mañanas, la pérdida de apetito o peso, inestabilidad del estado objetivo y subjetivo a lo largo del día, añade que el 50% de las fases depresivas comienzan con un trastorno del sueño.

También en todos los síntomas Interpersonales, encontramos en nuestro estudio que los síntomas, aislarse de los demás, tener más problemas o discusiones de lo habitual con los demás y hablar menos de lo habitual, tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica.

Nuestros resultados son coincidentes con el Modelo Tetradimensional de Alonso-Fernández (1988- 2002), en el que refiere que en el trastorno depresivo una de las áreas de la vitalidad del ser que se afectada, es la sintonización interpersonal y espacial que desencadena una sintomatología en la que domina, como rasgos más frecuentes, el retraimiento social, las sensaciones de soledad o aislamiento. Las relaciones interpersonales de las personas con estilos de personalidad vulnerables, también se han relacionado con la depresión. Widiger & Anderson (2003), plantean que el efecto de la personalidad en la depresión puede ocurrir por dos motivos: o por el impacto del estilo de personalidad dependiente en la estabilidad de las relaciones, o por la vulnerabilidad emocional a la depresión en respuesta a las relaciones inestables. En esta línea los resultados obtenidos por Chinchilla (2003) reflejan la disminución de interés por las relaciones sociales y por la comunicación interpersonal.

Respecto a los síntomas motivacionales, en nuestros resultados aparecen diferencias significativas en todos los síntomas motivacionales. Los síntomas: dejar de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban, sentir falta de interés por todo o casi todo, pérdida de Interés por las cosas que le agradan, dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merecería la pena el esfuerzo y disminución de interés sexual, tienen valores superiores en la población clínica.

En la clasificación de los Trastornos Mentales de la OMS para la Atención Primaria CIE-11-APA (OMS, 2011) distinguen, en la misma línea de nuestros resultados, el estado de ánimo deprimido, la disminución del interés o placer, los sentimientos de inutilidad o culpa y la pérdida de libido como síntomas del trastorno depresivo, así mismo el DSM-IV-TR (APA, 2000), incluye en los criterios diagnósticos la disminución acusada de interés y de la pérdida de la capacidad para el placer, referido como Anhedonia o apatía y el DSM-V (APA, 2013) refiere el interés disminuido del placer. Alonso- Fernández (1988-2002) refiere como síntoma clínico el apagamiento de la libido sexual

En cuanto a los síntomas afectivos, los resultados obtenidos en este estudio refieren que todas las variables del conjunto de síntomas afectivos tienen valores superiores en la población clínica, lo que pone de relieve la implicación afectiva y emocional en la depresión.

En nuestros resultados los síntomas: criticarse a sí mismo, pensar que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, disminución de satisfacción con la vida, sentirse triste o abatido, pensar en la posibilidad de quitarse la vida y pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida, pérdida de confianza en sí mismo, hacerse o temer hacerse daño a sí mismo, sentirse una carga para los demás, sentirse inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, estar más irritable de lo habitual, llorar, tener más miedo de lo habitual sin una razón concreta, estar especialmente preocupado sin una razón concreta, estar preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, tener sentimientos de vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, sentimientos de fracaso y sentimientos de inutilidad, tener una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, notar que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y tener peor estado de ánimo por la mañana, tienen niveles significativos en la población clínica.

En la línea de nuestros resultados, Blanco et al. (2005) reflejan las vivencias subjetivas tales como aburrimiento, tristeza, hipocondría, inhibición o disminución del placer con las cosas que antes asociaban satisfacción, llanto y abandono personal, asociadas al trastorno depresivo. Por su parte Alonso-Fernández (1988-2002), denomina Anérgia al estado dominado por el vaciamiento de los impulsos que suele aparecer, con mucha frecuencia desde el principio con síntomas de aburrimiento o apatía, disminución de actividad habitual en los trabajos o diversiones, abstemia y fatiga corporal y el apagamiento de la libido sexual.

Así mismo los distintos manuales de criterios diagnósticos, destacan como sintomatología propia del trastorno depresivo, en nuestro estudio

depresión clínica. En el DSM-IV-TR (APA, 2000) la sintomatología que refleja el trastorno depresivo conlleva el estado de ánimo deprimido, que puede ser referido como tristeza, sentimientos de vacío y llanto, la disminución acusada de interés, los sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados que pueden ser delirantes. En el DSM-V (APA, 2013) aparecen como criterios diagnósticos la disminución del placer, sentimientos de falta de autoestima, ánimo deprimido que puede ser referido como tristeza, vacío y desesperanza y referido por otros como labilidad emocional e irritabilidad, fatiga o pérdida de energía y en la CIE-10 OMS(1992) y CIE-11-AP (OMS, 2011), baja confianza en uno mismo, sentimientos de miedo de que algo terrible va a pasar, sentimientos de inquietud y excesiva preocupación por la propia salud. En todos los sistemas de clasificación aparece la ideación recurrente de muerte o suicidio, el DSM-V añade pensamientos recurrentes de muerte y recurrente idea de suicidio con o sin plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

La OMS (2012) refiere que existe una fuerte vinculación entre enfermedad mental y suicidio. Según Guze y Robins (2011) los trastornos afectivos y sobre todo la depresión son los que más se relacionan con el suicidio aumentando hasta en un 20% su riesgo y según Goodwin y Jamison (2012) hasta un 15% de los pacientes con trastorno depresivo pueden llegar a suicidarse.

Blanco et al. (2005) reflejan las vivencias subjetivas tales como aburrimiento, tristeza, hipocondría, inhibición o disminución del placer con las cosas que antes asociaban satisfacción, llanto y abandono personal, asociadas al trastorno depresivo.

En relación a los resultados de los síntomas conductuales, la mayoría de los síntomas encontramos diferencias significativas que ponen de relieve que en seis de los siete síntomas conductuales: hablar menos de lo habitual, consumir más alcohol de lo habitual, empeoramiento de la eficacia a la hora de hacer cosas, llorar, disminución del nivel de actividad y dejar de hacer algunas cosas

por pensar que no merecía la pena el esfuerzo, aparecen valores superiores en la población clínica.

Alonso-Fernández (1988-2002) refiere en la población clínica el vaciamiento de los impulsos, que suele aparecer desde el principio, con síntomas de aburrimiento, apatía, disminución de la actividad habitual en los trabajos y diversiones, abstinencia y fatiga corporal.

Son muchos los estudios que relacionan la dependencia del alcohol con la depresión y con las conductas suicidas. El DSM-V (APA, 2013) manifiesta que el desorden del uso de alcohol es un desorden común, la gravedad del trastorno en la clínica, los rasgos de personalidad y la falta de esperanza parece ser que predisponen al suicidio (Conner, 2004). El trastorno por dependencia del alcohol y los trastornos del estado de ánimo tienen una elevada comorbilidad (Dundon, 2013; Hasin, Goodwin, Stinson & Grant, 2005; Pettinati & O'Brien, 2013), y la comorbilidad del trastorno por dependencia del alcohol con los trastornos afectivos aumenta el riesgo de conductas suicidas (Aharonovich, Liu, Nunes & Hasin, 2002 y Espósito & Clum, 2003). Para Mejia, Sanhueza & González (2011), las personas alcohólicas tienen un riesgo incrementado de cometer suicidio con riesgo de vida del 2,2% al 3,4%, y Qin (2011) refleja que el suicidio en el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es más probable que ocurra durante el primer episodio depresivo y parece estar relacionado con el abuso de alcohol, la impulsividad y los rasgos de personalidad agresiva.

Por último, en nuestro estudio todas las variables que integran la sintomatología en el nivel cognitivo los síntomas: criticarse a sí mismo, pensar que en comparación con los demás la persona se siente poco valiosa, tener percepciones visuales, auditivas o percibir de alguna forma cosas que otros son incapaces de percibir y que creen inexistentes, tener convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, pensar que los problemas sus actuales no tienen solución, pensar en la posibilidad de quitarse la vida y pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida, notar el pensamiento especialmente enlentecido, hacerse o temer hacerse daño a sí mismo, haber

tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, sentirse una carga para los demás, tener más dificultad de lo habitual para tomar decisiones, creer en la propia incapacidad para resolver sus problemas, sentirse inquieto con la sensación de que algo malo va a ocurrir, tener especiales problemas para concentrarse en lo que hacía, tener pensamientos especialmente pesimistas, estar especialmente preocupado sin una razón concreta, tener más problemas de memoria de lo habitual y estar preocupado de forma especial por la salud sin motivo concreto, aparecen diferencias significativas consistentes en puntuaciones superiores en la población clínica.

En la línea de nuestros resultados Alonso-Fernández (1988-2002) refleja como síntoma característico de la disminución del impulso de acción, las cavilaciones obsesivas y la afectación del estado de ánimo en el que sobresale el pesimismo o amargura, la desesperanza, tristeza, hastío de la vida o falta de placer, preocupaciones morales o económicas, cefaleas, opresión precordial y distintas sensaciones de malestar corporal. Por su parte Espósito & Clun (2003), refieren que en la población clínica aparecen los factores de riesgo más poderosos para la ideación y la conducta suicida en todos los grupos de edades y están presentes en el 90% de los suicidios. Estudios realizados con estudiantes universitarios por Jiménez Chafei (2008), encontraron una fuerte relación entre suicidio y depresión, siendo la ideación y la conducta suicida uno de los síntomas más serios de la Depresión Mayor. En este sentido, Qin (2011) refleja que el suicidio es el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), es más probable que ocurra en el primer episodio depresivo y parece estar relacionado con el consumo de alcohol, la impulsividad y los rasgos de personalidad agresiva.

**Hipótesis 3. Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el país que serán distintas según el tipo de síntomas.**

Según nuestros resultados respecto a las diferencias en función del país, queda constatado que la sintomatología depresiva varía según el país en los seis grupos de síntomas estudiados (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos), obteniendo en la mayoría de los ítem mayor presencia de sintomatología depresiva en Cuba que en España, resumen de datos que podemos ver en el *cuadro 4.2*.

**Cuadro 4.2.** Diferencias en sintomatología depresiva en función del país. (Elaboración propia).

<b>Diferencias en sintomatología depresiva en función del País.</b>		
<b>SÍNTOMAS</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>CUBA</b>
<b>SÍNTOMAS FÍSICOS</b>	-Se ha sentido especialmente enlentecido	-Aumento y disminución de apetito. -Sueño interrumpido. -Menos horas de sueño. -Levantarse antes de lo habitual. -Dificultad para dormirse. -Pesadillas. -Más molestias o dolores de lo habitual. -Sudores, palpitaciones y otros síntomas de nerviosismo. -Perdido o ganado peso sin proponérselo. -Estado de ánimo peor por la mañana.
<b>SÍNTOMAS INTERPERSONALES</b>		-Más problemas o discusiones de lo habitual con los demás.
<b>SÍNTOMAS MOTIVACIONALES</b>		-Disminución de interés sexual.

Continúa.

**Cuadro 4.2.** Diferencias en sintomatología depresiva en función del país. (Elaboración propia). Continuación.

<b>Diferencias en sintomatología depresiva en función del País.</b>		
<b>SÍNTOMAS</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>CUBA</b>
<b>SÍNTOMAS AFECTIVOS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se critican más a sí mismos.</li> <li>-Tristeza o abatimiento.</li> <li>-Pensar en la posibilidad de quitarse la vida.</li> <li>-Sentimiento de carga para los demás.</li> <li>-Inquietud anticipatoria negativa.</li> <li>-Llanto.</li> <li>-Preocupación sin razón concreta.</li> <li>-Preocupación por la salud sin motivo concreto.</li> <li>-Sensación de haber perdido algo importante.</li> <li>-Estado de ánimo peor por la mañana.</li> </ul>
<b>SÍNTOMAS CONDUCTUALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Empeoramiento de su eficacia a la hora de hacer cosas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Llanto.</li> <li>-Intentar quitarse la vida</li> </ul>
<b>SÍNTOMAS COGNITIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pensamiento especialmente enlentecido.</li> <li>-Dificultad para concentrarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se critican más a sí mismos</li> <li>-Percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros no perciben.</li> <li>-Convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos.</li> <li>-Pensamientos de que sus problemas no tienen solución.</li> <li>-Pensamientos sobre la posibilidad de quitarse la vida.</li> <li>-Pensamientos sobre cosas desagradables del pasado.</li> <li>-Sentimiento de carga para los demás.</li> <li>-Sentimientos de inquietud por pensamientos anticipatorios negativos.</li> <li>-Más preocupados sin razón concreta.</li> <li>-Más preocupados por su salud sin motivo aparente.</li> </ul>

En la revisión de la literatura científica encontramos que en Cuba la depresión es frecuente y una de las razones de mayor demanda de los servicios psicológicos y psiquiátricos en las unidades de los niveles primario y secundario, lo cual se explica porque constituye la cuarta causa de incapacidad en la población activa, solo precedida por las infecciones de las vías respiratorias bajas, las enfermedades perinatales y el sida; más aún, será probablemente la segunda en el 2020, apenas después de las cardiopatías.

Respecto a España, en los distintos estudios epidemiológicos completados, se estima que entre un 5% y un 10% de la población presentará un episodio depresivo a lo largo de la vida. La depresión se asocia a niveles significativamente más bajos de salud percibida en la población general y en aquellos en contacto con dispositivos asistenciales Ayuso-Mateos (2001), y en estudios comparativos a nivel europeo, (Ayuso- Mateos, Vázquez-Barquero, Dowrick, Lehtinen, Dalgard & Casey et al., 2001), refieren que las cifras de depresión en la población general española, son menores que en otros países del continente.

Existen poderosas razones teóricas que hacen pensar que tanto el grado de la depresión como sus manifestaciones varían considerablemente a través de las diferentes culturas (Bebbington, 1993; Kleiman, 1986; Kleiman & Good, 1986 & Marsella, 1987). Aunque ha existido interés por el estudio de las variaciones interculturales en la epidemiología, debido a la limitación en los métodos de investigación todavía se conoce muy poco acerca de la naturaleza de la depresión y las variaciones en la frecuencia en las diferentes culturas (Marsella, 1993).

Son pocas las publicaciones que mencionan una relación directa de los factores socioculturales y la depresión clínica, sin embargo, Walter & Tomas (2009) exponen que existen menciones indirectas que se clasifican en dos grupos: 1) los que exponen que cada cultura tienen una expresión clínica diferentes (somatizaciones o ideas delirantes por ejemplo) y 2) los que exponen las opiniones o ideas individuales o sociales que se tienen sobre la depresión, en

términos de estigmatización, afirmación que coincide con nuestros resultados que refieren que los cubanos han tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás que los españoles.

Nuestros resultados ponen de relieve que en Cuba hay mayor disminución de interés sexual que en España, en este sentido en Cuba las diferencias de género se manifiestan sobre todo en la vida cotidiana. Todo ello motivó la necesidad de explorar dentro del país para identificar los aspectos de la vida que producen desigualdades de género (Castañeda Abascal & Solis, 2000 & Castañeda Abascal, 2002). Cuba ha sido, en los últimos 50 años, un escenario social de cambio donde la situación de la mujer respecto al hombre se ha transformado dentro de un patrón cultural que se mantiene patriarcal. La condición patriarcal de esta sociedad se demuestra en su organización sexista.

Aunque las mujeres han asumido funciones sociales que les han proporcionado niveles visibles de independencia y poder, la posición dominante del hombre dentro de la familia y en el marco más amplio de la sociedad se mantiene como una realidad preconcebida. Prevalece la concepción de que las mujeres tienen que asumir el papel "natural" del cuidado del hogar y la familia, como primera responsabilidad. Existen, por tanto, aspectos de la vida, relacionados con la cotidianidad, donde se manifiestan desigualdades entre los sexos, que no son reflejados a partir de los indicadores de género publicados hasta el momento (Castañeda Abascal, 2005-2007). En la misma línea, los resultados de Valdespino (2000), concluyeron que los hábitos tóxicos en Cuba son factores predisponentes que conducen a procesos mórbidos diferenciados en mujeres y hombres y resultaron ser aspectos de la vida que produjeron diferencias de género en casi todo el periodo de la vida estudiado. Algunos autores concuerdan en que los hombres, en ocasiones, encubren sus debilidades tras el consumo de alcohol, cuyos efectos les permite expresar sentimientos que están reprimidos por la fórmula obligada de dureza que

deben representar. Se ha considerado en ocasiones que el consumo de alcohol es una conducta de riesgo masculina.

No obstante, según los Indicadores Básicos de Género, Salud Y Desarrollo (2007) se ha puesto de manifiesto que las desigualdades de género de Cuba son muy inferiores a las de otros países subdesarrollados de la región. En esas investigaciones se han explorado diferencias entre mujeres y hombres en aspectos de la macro esfera social como la esperanza de vida al nacer, la alfabetización en adultos, la matrícula a nivel medio y superior, el producto interno bruto, los salarios, la población económicamente activa, el acceso a los bienes básicos de educación, empleo y poder y la decisión y participación en políticas, entre otras' como ya había puesto de relieve una investigación sobre el desarrollo humano en Cuba en 1997.

No hemos encontrado estudios actualizados interculturales que relacionen la sintomatología depresiva entre España y Cuba. En la literatura revisada hemos hallado estudios interculturales que ponen el énfasis en las causas que producen la depresión sin que aparezca sintomatología depresiva descriptiva de los países, así, en Colombia la depresión se presenta más en mujeres que en hombres y más en los niveles sociales y académicos más bajos, apareciendo menos casos a mayor edad (Gómez-Restrepo & Rodríguez, 1997; Prieto, 2002). Frente a México y a Brasil el porcentaje de depresión en Colombia es mayor, dada la estrecha relación cultural y étnica que existe entre los tres países, las diferencias podrían atribuirse, según Gómez-Restrepo et al. (2004), a factores socioeconómicos característicos de Colombia, como el alto grado de violencia y el desplazamiento de poblaciones. En un estudio transcultural entre Alemania y Chile no se registraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva ni en la severidad de la misma en pacientes hospitalizados, en este estudio se concluye que la depresión severa *“parece ser una entidad patológica transculturalmente estable, con escasas variaciones en su perfil psicopatológico y de síntomas somáticos”* (Heerlein et al., 2000).

En relación a las minorías étnicas de EE.UU, cuando las variables demográficas, socioculturales y socioeconómicas son controladas, se encuentran semejantes rangos de depresión entre Afroamericanos y Americanos blancos (Kessler, McGonagle, Zhao et al., 1994; Diala, Muntaner, Walrath et al., 2001), sin embargo los puertorriqueños tienen mayores rangos de depresión que los blancos (Oquendo, Ellis & Greenwald et al., 2001), mientras que los Americanos Asiáticos tienen menor prevalencia de depresión (Jackson-Triche, Sullivan & Wells et al., 2000). También varía la prevalencia entre subgrupos étnicos de la población de los EE.UU. Para el grupo de 12 a 17 años los índices mayores son entre hispánicos (6.0%) y americanos nativos de Alaska (5.7%), relacionado con los blancos (5.0%), americanos africanos (1.8%) y americanos asiáticos y de las Islas del Pacífico. (DSM-V, APA, 2013).

En España la depresión es el trastorno mental más prevalente. En estudios comparativos, a nivel europeo, las cifras de depresión en la población general son menores que en otros países del continente (Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Dowrick, Lehtinen, Dalgard & Casey et al., 2001; Gabilondo, et al., 2010).

#### **Hipótesis 4. Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el género, variará a su vez, dependiendo del tipo de población.**

Nuestros resultados arrojan diferencias en la sintomatología depresiva en los distintos componentes según el género, que varían en función del tipo de población (normal, subclínica y clínica).

En la mayoría de la sintomatología depresiva integrada en cada uno de los seis grupos de síntomas (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos), encontramos índices superiores en la población clínica en la que los hombres tienen mayor cantidad de síntomas depresivos

establecidos dentro de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, DSM-V y CIE-10), mientras que las mujeres obtienen valores más elevados, en la mayoría de los síntomas estudiados, en la población subclínica, síndrome depresivo integrado por síntomas depresivos muy intensos que suelen acompañarse de distintas alteraciones físicas, psicológicas y sociales que crean malestar clínicamente significativo e interfieren en su funcionamiento normal, ya que pueden afectar a todas las áreas de su vida: personal, familiar, laboral y social. Sin embargo, de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (2009), las mujeres son más propensas a la depresión y a la ansiedad, refiriendo que cada año, unos 73 millones de mujeres adultas de todo el mundo, sufren un episodio depresivo mayor.

En los síntomas físicos, encontramos en nuestros resultados, reflejados en el *cuadro 4.3*, que las mujeres han tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido en mayor medida en la población clínica y normal, mientras que los hombres muestran más quejas en pesadillas o sueño interrumpido en la población subclínica. En cuanto a la pérdida de peso, los hombres pierden más peso sin proponérselo en la población clínica y las mujeres en la población subclínica y normal.

**Cuadro 4.3.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población (normal, subclínica y clínica) en los síntomas Físicos. (Elaboración propia).

Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población en los síntomas FÍSICOS			
SEXO	TIPO DE POBLACIÓN		
	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA
HOMBRE		-Pesadillas o sueño interrumpido	-Perder peso sin proponérselo
MUJER	-Pesadillas o sueño interrumpido. -Perder peso sin proponérselo	-Perder peso sin proponérselo	-Pesadillas o sueño interrumpido

El DSM-V (APA, 2013) refiere que la proporción del trastorno de depresión mayor en EE.UU. refleja que las mujeres experimentan de un 1.5 a 3 índices más altos que los hombres, empezando en la temprana adolescencia. Estos datos están corroborados por otros estudios realizados que dejan claro que la proporción es aún mayor en el caso de cuadros depresivos más leves. Queda constatada también, mayor presencia de sintomatología depresiva en la mujer, en los casos en los que las mujeres acuden a la consulta de Atención Primaria, aquejadas de diversas dolencias y síntomas pero que no son diagnosticadas de depresión, datos que coinciden con los nuestros.

Algunos de los estudios concluyen que ante un problema depresivo, la mujer tiende a incrementar su apetito y ganar peso (Benazzi, 1999; Ceroni & Celis, 2007; Kornstein & Sloan, 2002; Nolan & Willson, 1994; Risco, 2010; Wenzel et al., 2005 & Young et al., 1990), ganancia de peso e hipersomnia (Kornstein&Sloan,2002; Risco, 2010; Rodríguez, Ceroni & Celis, 2007) y aumento de peso y aumento de la somnolencia Risco, 2010).En esta línea, los estudios de Kornstein et al. (2000) sugieren que hombres y mujeres presentan sintomatologías similares, similar severidad de la enfermedad y similar deterioro funcional, aunque haya una tendencia en la mujer a mostrar más apetito, incremento de peso, ansiedad, síntomas somáticos y distrés. Por su parte Slokangas et al. (2002) refiere que los hombres tienen más quejas somáticas y enlentecimiento psicomotor.

En los síntomas interpersonales y motivacionales, no aparecen en nuestros resultados diferencias en el género que interaccionen significativamente con el tipo de población.

En cuanto a los síntomas afectivos, nuestros resultados reflejan que en todos los casos los hombres tienen más síntomas depresivos en la población clínica, como podemos ver en la *cuadro 4.4*. Los hombres piensan más en la posibilidad de quitarse la vida, han pensado más sobre la forma de quitarse la

vida, han perdido más confianza en sí mismos y se han hecho o temido hacerse daño, mientras que las mujeres tienen mayor sintomatología depresiva en la población subclínica y la población normal en los mismos síntomas. En la variable hacerse o haber temido hacerse daño a sí mismo, no aparecen diferencias en función del género en la población normal.

**Cuadro 4.4.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población (normal, subclínica y clínica) en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia).

Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población <b>en los síntomas AFECTIVOS</b>			
SEXO	TIPO DE POBLACIÓN		
	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA
HOMBRE	-Se han hecho o han temido hacerse daño.		-Pensar en la posibilidad de quitarse la vida. - Pensar sobre la forma de quitarse la vida. - Pérdida de confianza en sí mismo. - Se han hecho o han temido hacerse daño.
MUJER	-Pensar en la posibilidad de quitarse la vida. -Pensar sobre la forma de quitarse la vida. Pérdida de confianza en sí misma. -Se han hecho o han temido hacerse daño.	-Pensar en la posibilidad de quitarse la vida. -Pensar sobre la forma de quitarse la vida. - Pérdida de confianza en sí mismo. - Se han hecho o han temido hacerse daño.	

En la línea de nuestros resultados Kaplan (2004) refiere que la frecuencia del suicidio entre los hombres es cuatro veces superior a las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo los resultados de Wowton (2000) indican que en la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Esta discordancia es explicada por Callanan (2011) refiriendo que mientras que las mujeres hacen más intentos de suicidio, los hombres realizan el mayor número de suicidios consumados, debido al uso de mecanismos de mayor letalidad.

De acuerdo con los datos aportados por la OMS, la depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre, el suicidio es más común en estos últimos (OMS, 1999/2002 y 2012). Coincidiendo con los resultados aportados por la OMS y con los obtenidos en este trabajo, otros estudios encontraron una mayor prevalencia de depresión en la mujer, sin embargo hallaron mayores índices de conducta suicida en los hombres (Borges, et al., 2010; González-Fortaleza et al., 2011; Maes, 2002 & Whooley et al., 1999).

En los datos arrojados por el INE (2011) en España la tasa de suicidio fue de 7.4 por cada 100.000 habitantes, es decir, 9 suicidios al día. Durante el año 2011 hubo 3.180 suicidios consumados, de los que 2.435 fueron hombres (10,8 de cada 100.000) y 745 mujeres (2,9 de cada 100.000). El INE (2011) refiere que las mujeres atentan más contra su vida, mientras que los hombres consiguen suicidarse más.

Respecto a los síntomas Conductuales, en nuestros resultados, aparece el consumo de alcohol en mayor medida en la población clínica, siendo los hombres los que incrementan en mayor medida el consumo, mientras que esta circunstancia no aparece en el caso de las mujeres.

Como vimos anteriormente son muchos los estudios que relacionan el abuso de alcohol con la depresión (Conner, 2004; Hasin, Goodwin, Stinson & Grant, 2005; Mejía, Sanhueza & González, 2011). Así mismo, muchos estudios

coinciden con nuestros resultados al atribuir el abuso de alcohol y drogas como más común en los hombres (Kornstein & Sloan, 2002; Marcus et al., 2005; Rodríguez, Ceroni & Celis, 2007; Risco, 2010 & Shansky, 2010), mientras que en los resultados de Lee et al. (2012) se refieren tasas elevadas de depresión entre las mujeres en edad adulta joven.

Por último, en los síntomas cognitivos, en nuestros resultados, que podemos ver en el cuadro 4.5, encontramos que los hombres han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como sería posible quitarse la vida y se han hecho o han temido hacerse daño en la población clínica. Mientras que en la población subclínica han tendido a pensar cosas desagradables del pasado. En la línea de nuestros resultados Maes (2002) refiere que el hombre depresivo tiene más pérdida de interés, más pérdida de ilusión, ideación suicida, alteración cognitiva y conducta suicida y agitación que la mujer depresiva. Jiménez Chafei (2008) refieren que existe una fuerte relación entre suicidio y depresión, siendo la ideación y la conducta suicida uno de los síntomas más serios de la Depresión Mayor.

En nuestros resultados, la mayoría de las diferencias en los síntomas depresivos de tipo cognitivo en las mujeres, se concentran en las poblaciones subclínica y normal, excepto en la tendencia a pensar cosas desagradables que ocurrieron en el pasado, síntoma en el que aparecen valores superiores a los hombres en la población clínica. En la población subclínica se han hecho o han temido hacerse daño y en las poblaciones subclínica y normal, han pensado más sobre posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma de cómo podrían quitarse la vida. Sin embargo, Kaplan et al. (2010), arrojó unos resultados de 22% en mujeres y 13,6% en hombres con síntomas que reunían criterios diagnósticos para el episodio depresivo.

**Cuadro 4.5.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población (normal, subclínica y clínica) en los síntomas Cognitivos. (Elaboración propia).

Diferencias en sintomatología depresiva según el género y el tipo de población en los síntomas <b>COGNITIVOS</b>			
<b>SEXO</b>	<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>		
	<b>NORMAL</b>	<b>SUBCLÍNICA</b>	<b>CLÍNICA</b>
<b>HOMBRE</b>		-Pensar cosas desagradables del pasado.	.Pensar en quitarse la vida. - Pensar sobre la forma de quitarse la vida. - Hacerse o temer hacerse daño. -Pensar cosas desagradables del pasado.
<b>MUJER</b>	-Pensar en quitarse la vida. - Pensar sobre la forma de quitarse la vida.	-Pensar en quitarse la vida. - Pensar sobre la forma de quitarse la vida. - Hacerse o temer hacerse daño.	-Pensar cosas desagradables del pasado.

La frecuencia del suicidio entre los hombres es cuatro veces superior a las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad Kaplan (2004). Sin embargo Wowton (2000), refieren que la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Esta discordancia es explicada por Callanan (2011) cuando refiere que lo que ocasiona el mayor número de suicidios consumados en los hombres es el uso de mecanismos de mayor letalidad.

---

## **Hipótesis 5. Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el género, variará a su vez, dependiendo del país.**

Nuestros resultados arrojan diferencias en la sintomatología depresiva en los distintos componentes según el género que varían en función del país.

La cultura es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida que se transmiten de generación en generación, dentro de una sociedad determinada, por tanto adentrarnos y conocer una cultura nos permite conocer a su gente, los roles que se hallan establecidos para cada sexo, su salud y también cuáles son sus formas de enfermar. La sociedad en la que vivimos determina nuestra forma de pensar, sentir y vivir y la salud o la enfermedad están sujetas a la forma de vida, por lo que es posible encontrar diferencias de género en las distintas culturas. El desarrollo humano está comprometido por la trama de desigualdades sociales originadas por la clase social, la etnia de pertenencia y cada vez más por la influencia en las diferencias de género.

Nuestros resultados en este estudio arrojan diferencias significativas entre el género y el país en los seis grupos de síntomas estudiados (Físicos, Interpersonales, Afectivos, Cognitivos, Motivacionales y Conductuales):

En los síntomas Físicos, en la mayoría de los síntomas no encontramos interacción entre el sexo y el país, solo aparece una variable con diferencias significativas, que podemos ver reflejada en el *cuadro 4.6*, que pone de relieve que en Cuba las mujeres pierden más peso sin proponérselo mientras que en España son los hombres pierden más peso sin proponérselo.

No podemos contrastar nuestros resultados por ausencia de estudios que comparen ambas culturas en relación a la sintomatología depresiva, sin embargo los estudios individuales de cada uno de los países ponen de relieve mayor sintomatología depresiva en las mujeres. En Cuba, Castañeda (2007)

refiere que las mujeres son más propensas que los varones a sufrir de trastornos depresivos y en España también son las mujeres las que muestran mayor sintomatología depresiva con respecto a los hombres (Ayuso Gutiérrez, et al., 2004; Méndez, 1990; Rojo Garrido, 1888; Sánchez, Peruca et al., 1989).

**Cuadro 4.6.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función del país en los síntomas Físicos. (Elaboración propia).

Diferencias en los síntomas Físicos según el SEXO Y PAÍS		
SEXO	PAÍS	
	ESPAÑA	CUBA
HOMBRE	-Perder peso sin proponérselo.	
MUJER		-Perder peso sin proponérselo.

Tras la revisión de la literatura, no se han hallado estudios interculturales respecto a la sintomatología propia de la depresión, aunque de forma separada, como ya hemos visto en anteriores hipótesis, sí hallamos datos suficientes de la mayor prevalencia depresiva de las mujeres respecto a los hombres en cada uno de los países en los que se han realizado estudios de género. En Colombia, Gómez (2001) refirió que uno de los factores asociados con la depresión fue ser mujer, en Kuwait, Silva (2002) obtuvo en sus resultados una proporción de 21% en las mujeres y 15,3% en hombres, en Santiago de Chile, Al-Otaibi et al. (2007) halló una prevalencia de depresión de 15,4% para las mujeres y 5,4% para hombres, en México, González Fortaleza et al. (2011) encontraron síntomas depresivos en el 17,9% de las mujeres y en el 11,1% de los hombres.

Tanto en Europa como en Sudamérica y Estados Unidos, todas las investigaciones llegan a conclusiones comunes y ponen de relieve un promedio de más del doble en las tasas de depresión en las mujeres. Por su parte Wang et al. (2010) obtienen resultados indicativos de que la depresión es más alta en mujeres solo en el primer episodio depresivo, sin embargo otros autores encontraron que las tasas de recurrencia de los síndromes depresivos son iguales para los hombres y para las mujeres (Easso, 2007; Luijendijh et al., 2008 & Steunenbergh et al., 2009). En esta misma línea están los resultados alcanzados por Barcusa et al. (2007) y Suija et al. (2010), al concluir en sus resultados que el género femenino no es un factor de riesgo en la recurrencia de la depresión.

En cuanto a los síntomas Interpersonales, nuestros resultados ponen de relieve, como vemos en el *cuadro 4.7*, que las mujeres han tendido a aislarse más de los demás tanto en España como en Cuba, mientras que los hombres españoles son los que han tendido a aislarse más de los demás que las mujeres.

**Cuadro 4.7.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función del país en los síntomas Interpersonales. (Elaboración propia).

Diferencias en los síntomas Interpersonales según el SEXO Y PAÍS		
SEXO	PAÍS	
	ESPAÑA	CUBA
HOMBRE	-Aislarse de los demás.	
MUJER	-Aislarse de los demás.	-Aislarse de los demás.

No podemos contrastar nuestros resultados por ausencia de estudios que comparen ambas culturas en relación a la sintomatología depresiva.

Respecto a los síntomas afectivos, nuestros resultados reflejan, como podemos ver en el *cuadro 4.8*, que los hombres en España y las mujeres en Cuba muestran mayor sintomatología depresiva de componente afectivo en todos los síntomas. Así, los hombres españoles y las mujeres cubanas, se han hecho o temido hacerse daño, se han sentido más vacíos con la sensación de no tener sentimientos, han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

**Tabla 4.8.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función del país en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia).

Diferencias en los síntomas Afectivos según el SEXO Y PAÍS		
SEXO	PAÍS	
	ESPAÑA	CUBA
HOMBRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se han hecho o temido hacerse daño.</li> <li>- Se han sentido más vacíos con la sensación de no tener sentimientos.</li> <li>- Han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban.</li> <li>- Su estado de ánimo es peor por la mañana</li> </ul>	
MUJER		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se han hecho o temido hacerse daño.</li> <li>- Se han sentido más vacíos con la sensación de no tener sentimientos.</li> <li>- Han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban.</li> <li>- Su estado de ánimo es peor por la mañana</li> </ul>

En la literatura revisada no encontramos estudios que comparen la cultura cubana y la española en cuanto a los síntomas afectivos, por lo que no podemos contrastar científicamente nuestros resultados.

En relación a los síntomas cognitivos, los resultados de este estudio, que podemos ver en *cuadro 4.9*, reflejan que en España los hombres tienen mayor sintomatología depresiva que las mujeres, mientras que en Cuba son las mujeres las que tienen más síntomas cognitivos.

En nuestro estudio los hombres españoles, han tendido más a dañarse a sí mismos, han notado su pensamiento especialmente enlentecido, se han hecho o han temido hacerse daño a sí mismos, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, han tenido más problemas para concentrarse en lo que hacían y han sido especialmente pesimistas, mientras que las mujeres españolas se han sentido más incapaces para tomar decisiones.

En Cuba, las mujeres han notado su pensamiento especialmente enlentecido, se han hecho o han temido hacerse daño a sí mismas, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han sentido más incapaces para tomar decisiones, han tenido más problemas para concentrarse en lo que hacían y han sido especialmente pesimistas.

En toda la bibliografía revisada, encontramos suficientes datos que reflejan la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres. Los datos arrojados en los diversos estudios epidemiológicos, ponen de relieve que en todas las áreas vitales del ser, con independencia del país de origen, la mujer muestra mayor tendencia a desarrollar procesos depresivos. Harkness et al. (2012), reflejan en los resultados de sus estudios que las mujeres tiene un riesgo de presentar el trastorno depresivo dos veces más alto que los hombres.

Se han identificado algunos aspectos de la vida de los cubanos que con más fuerza marcan diferencias entre mujeres y hombres en las etapas del ciclo vital. Según Castañeda Abascal (2005-2007), Cuba ha sido en los últimos 50

años un escenario social de cambio, donde la situación de la mujer respecto al hombre se ha transformado dentro de un patrón cultural que se mantiene patriarcal. Existen, por tanto, aspectos de la vida, relacionados con la cotidianidad, donde se manifiestan desigualdades entre los sexos, que pueden ser el origen de la mayor vulnerabilidad de la mujer a la depresión.

**Cuadro 4.9.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función del país en los síntomas Cognitivos. (Elaboración propia).

Diferencias en los síntomas Cognitivos según el SEXO Y PAÍS		
SEXO	PAÍS	
	ESPAÑA	CUBA
HOMBRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Han tendido a dañarse a sí mismos.</li> <li>- Pensamiento especialmente enlentecido.</li> <li>- Se han hecho o han temido hacerse daño a sí mismos.</li> <li>- Les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones.</li> <li>- Han tenido más problemas para concentrarse en lo que hacían.</li> <li>- Han sido especialmente pesimistas.</li> </ul>	
MUJER	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se han sentido incapaz para tomar decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Han notado su pensamiento especialmente enlentecido.</li> <li>- Se han hecho o han temido hacerse daño a sí mismas.</li> <li>- Les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones.</li> <li>- Se han sentido más incapaces para tomar decisiones.</li> <li>- Han tenido más problemas para concentrarse en lo que hacían.</li> <li>-Han sido especialmente pesimistas.</li> </ul>

Las diferencias de género se manifiestan de manera diferente de acuerdo a las formas de pensar y vivir que asumen las mujeres y los hombres de una sociedad, en dependencia de los factores sociales, culturales y

económicos que la condicionan. Alfonso (2000) refleja que esto explica el hecho de que a pesar de que en Cuba existe una política encaminada a la igualdad entre todos los miembros de la sociedad, ya sean de un sexo u otro, de cualquier raza o edad, prevalecen diferencias de género explicadas por desigualdades injustas.

En cuanto a la sintomatología propia de cada país, hallada en nuestro estudio, no podemos contrastarla científicamente al no encontrar estudios interculturales entre España y Cuba, por lo que animamos a la comunidad científica a realizar más estudios interculturales entre ambos países.

Por otro lado está la influencia cultural en la creciente inmigración. En un estudio realizado en España se encontró que la patología más prevalente en la población inmigrante son las somatizaciones, las depresiones y los hábitos tóxicos (Alderete, Vega & Kolody, 2000; Esteban & Peña, 2001). El idioma, la forma de expresar la sintomatología, la cultura, el proceso de duelo (ante la separación de su país de origen) y factores protectores como el apoyo social y/o familiar, son variables que influyen a la hora de valorar la prevalencia de la depresión en grupos étnicos inmigrantes, por lo que sería interesante investigar las diferencias en sintomatología depresiva entre los inmigrantes y las personas pertenecientes a grupos étnicos nacidos e integrados ya en el nuevo país.

Respecto a los síntomas Motivacionales y Conductuales, no encontramos resultados que relacionen el género y el país.

### **Hipótesis 6. Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el país, variará a su vez dependiendo el tipo de población (normal, clínica y subclínica).**

En los seis grupos de síntomas, nuestros resultados arrojan diferencias en la sintomatología depresiva en los distintos componentes según el tipo de población que varía según el país.

En los síntomas físicos, los resultados obtenidos en nuestro estudio, que podemos ver reflejados en el *cuadro 4.10*, reflejan que los españoles tienen más sintomatología física en las poblaciones clínica y normal, mientras que los cubanos tienen la mayoría de los síntomas depresivos de tipo físico en la población subclínica, siendo tan solo los síntomas ha perdido y ganado peso sin proponérselo, los que aparecen también en las poblaciones clínica y normal.

**Cuadro 4.10.** Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Físicos. (Elaboración propia).

<b>Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población en función del país en los síntomas Físicos.</b>			
<b>PAÍS</b>	<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>		
	<b>NORMAL</b>	<b>SUBCLÍNICA</b>	<b>CLÍNICA</b>
<b>ESPAÑA</b>	-Se han sentido especialmente enlentecidos, -Se han sentido más fatigados o cansados de lo habitual		-Más cansados o fatigados de lo normal. -Han ido ganando pesosin proponérselo
<b>CUBA</b>	-Han ganado y perdido peso sin proponérselo.	-Se han sentido especialmente enlentecidos. -Se han encontrado más fatigados o cansados de lo habitual. -Han ganado y perdido peso sin proponérselo	-Han ido perdiendo peso sin proponérselo

En la literatura revisada no encontramos estudios que reflejen las diferencias en la sintomatología depresiva entre España y Cuba, por lo que no podemos contrastar científicamente nuestros resultados. En España disponemos de datos que indican que la prevalencia de depresión clínica en la población española es del 10-12% a lo largo de la vida y de un 4% anual (Haro, Palacin, Vilagut, Romera, Codony & Autonell et al., 2003). Ayuso-Mateos (2004)

refiere que la depresión es el trastorno mental más prevalente, si bien los estudios comparativos europeos reflejan unas cifras de depresión en la población general menores que en otros países del continente.

En los síntomas Interpersonales, nuestros resultados, como podemos ver en el *cuadro 4.11*, ponen de relieve mayor presencia de sintomatología depresiva en los españoles en la población clínica, mientras que los cubanos tienen más síntomas depresivos en las poblaciones subclínica y normal

**Cuadro 4.11.** Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas interpersonales. (Elaboración propia).

Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población en función del país en los síntomas interpersonales.			
PAÍS	TIPO DE POBLACIÓN		
	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA
ESPAÑA			-Han hablado menos de lo habitual.
CUBA	-Han tendido a aislarse más de los demás. -Hablan menos de lo habitual.	-Se aíslan más de los demás	

En cuanto a los síntomas motivacionales, en nuestros resultados reflejados en el *cuadro 4.12*, encontramos que los españoles tienen mayor presencia de sintomatología depresiva en la población clínica, con excepción del síntoma “ha disminuido su interés sexual” que aparece también en la población normal. Por su parte, los cubanos tienen mayor presencia de sintomatología depresiva en las poblaciones subclínica y normal.

Sin embargo, Castañeda Abascal (2002-2007) refiere que en Cuba, ese trastorno es frecuente y una de las razones de mayor demanda de los servicios psicológicos y psiquiátricos en las unidades de los niveles primario y secundario, lo cual se explica porque constituye la cuarta causa de incapacidad en la población activa, solo precedida por las infecciones de las vías respiratorias bajas, las enfermedades perinatales y el sida; más aún, será probablemente la segunda en el 2020, apenas después de las cardiopatías.

**Cuadro 4.12.** Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Motivacionales. (Elaboración propia).

<b>Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población en función del país en los síntomas Motivacionales-</b>			
<b>PAÍS</b>	<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>		
	<b>NORMAL</b>	<b>SUBCLÍNICA</b>	<b>CLÍNICA</b>
<b>ESPAÑA</b>	-Han disminuido su interés sexual.		-Han sentido falta de interés por todo o casi todo. - Han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo. -Han disminuido su interés sexual.
<b>CUBA</b>	-Han sentido falta de interés por todo o casi todo. -Han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía el esfuerzo.	-Han sentido falta de interés por todo o casi todo. - Han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo. - Han disminuido su interés sexual.	

En relación a los síntomas afectivos nuestros resultados, que podemos ver en el *cuadro 4.13*, reflejan que en todos los casos en la población clínica los españoles obtienen valores superiores, mientras que en las poblaciones subclínica y normal es en Cuba dónde se manifiesta en mayor medida la sintomatología depresiva.

**Cuadro 4.13.** Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia).

<b>Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población en función del país en los síntomas Afectivos</b>			
<b>PAÍS</b>	<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>		
	<b>NORMAL</b>	<b>SUBCLÍNICA</b>	<b>CLÍNICA</b>
<b>ESPAÑA</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se critican más a sí mismos.</li> <li>- Se sienten más tristes o abatidos.</li> <li>--Se han sentido inquietos con la sensación de que algo malo fuera a pasar.</li> <li>-Han estado más irritables de lo habitual.</li> <li>-Han tenido más miedo del habitual sin una razón concreta.</li> <li>-Se han sentido más vacíos o han sentido ausencia de sentimientos.</li> <li>-Tienen más sentimientos de culpa.</li> </ul>
<b>CUBA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se critican más a sí mismos.</li> <li>-Se sienten más tristes o abatidos. --Se han sentido inquietos con la sensación de que algo malo fuera a pasar.</li> <li>-Han estado más irritables de lo habitual.</li> <li>-Han tenido más miedo del habitual sin una razón concreta.</li> <li>-Se han sentido más vacíos o han sentido ausencia de sentimientos.</li> <li>-Tienen más sentimientos de culpa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se critican más a sí mismos.</li> <li>-Se sienten más tristes o abatidos. --Se han sentido inquietos con la sensación de que algo malo fuera a pasar.</li> <li>- Han estado más irritables de lo habitual.</li> <li>- Han tenido más miedo del habitual sin una razón concreta.</li> <li>-Se han sentido más vacíos o han sentido ausencia de sentimientos.</li> <li>-Tienen más sentimientos de culpa.</li> </ul>	

En los síntomas Conductuales, en los resultados de este estudio es dónde se reúnen la mayoría de las diferencias en sintomatología depresiva en los componentes según el tipo de población y dónde más variación aparece en función del país, como podemos ver reflejado en el *cuadro 4.14*. En los españoles la sintomatología depresiva aparece en mayor medida en las poblaciones clínica y normal mientras que en los cubanos, de nuevo encontramos más presencia de síntomas depresivos en la población subclínica.

**Cuadro 4.14.** Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Conductuales. (Elaboración propia).

<b>Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población en función del país en los síntomas Conductuales.</b>			
<b>PAÍS</b>	<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>		
	<b>NORMAL</b>	<b>SUBCLÍNICA</b>	<b>CLÍNICA</b>
<b>ESPAÑA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hablan menos de lo habitual.</li> <li>-Mayor empeoramiento de la eficacia a la hora de hacer cosas.</li> <li>- Mayor disminución su nivel de actividad.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hablan menos de lo habitual.</li> <li>- Empeoramiento de su eficacia a la hora de hacer cosas.</li> <li>- Disminución de su nivel de actividad.</li> <li>- Han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.</li> </ul>
<b>CUBA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas.</li> <li>-Disminución de su nivel de actividad.</li> <li>-Han dejado de hacer cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.</li> </ul>	

En los componentes cognitivos, nuestros resultados ponen de relieve que la sintomatología depresiva en función del tipo de población varía en función del país, como podemos ver en el *cuadro 4.15*. Los españoles tienen mayor presencia de sintomatología depresiva en la población clínica mientras que los cubanos tienen más síntomas depresivos en la población subclínica.

**Cuadro 4.15.** Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población (normal, clínica y subclínica) en función del país en los síntomas Cognitivos. (Elaboración propia).

<b>Diferencias en sintomatología depresiva según el tipo de población en función del país en los síntomas Cognitivos.</b>			
<b>PAÍS</b>	<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>		
	<b>NORMAL</b>	<b>SUBCLÍNICA</b>	<b>CLÍNICA</b>
<b>ESPAÑA</b>	-Han tenido más problemas de memoria de lo habitual.		-Han notado su pensamiento especialmente enlentecido. - Les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han creído más incapaces para tomar decisiones. -Se han sentido inquietos como si algo malo fuera a ocurrir. - Han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían. - Se han sentido especialmente pesimistas. -Han tenido más problemas de memoria de lo habitual.
<b>CUBA</b>		-Les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones. -Se han creído más incapaces para tomar decisiones. -Se han sentido inquietos como si algo malo fuera a ocurrir. -Se han sentido especialmente pesimistas.	

De nuevo nos encontramos con la dificultad para contrastar nuestros resultados al no encontrar estudios que refieran sintomatología depresiva propia de cada país.

**Hipótesis 7. Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos de distinto tipo en función de las interacción entre las variables género, tipo de población (normal, subclínica y clínica) y país.**

Los resultados de nuestro estudio ponen de relieve interacciones significativas entre sexo, tipo de población y país respecto a la sintomatología depresiva de distinto tipo en los seis grupos de síntomas (Físicos, Interpersonales, Afectivos, Cognitivos, Motivacionales y Conductuales):

En los síntomas físicos los resultados indican, como podemos ver en el *cuadro 4.16.* que las mujeres españolas tienen mayor presencia de sintomatología depresiva en la población clínica, mientras que en Cuba los hombres tienen presencia de sintomatología depresiva en los tres tipos de población y las mujeres tienen más síntomas depresivos en la población clínica.

**Cuadro 4.16.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones reciprocas de país y tipo de población en los síntomas Físicos. (Elaboración propia).

<b>Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones reciprocas de país y tipo de población en los síntomas Físicos.</b>						
<b>SEXO</b>	<b>PAÍS</b>					
	<b>ESPAÑA</b>			<b>CUBA</b>		
	<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>			<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>		
	<b>NORMA L</b>	<b>SUBCLÍNICA A</b>	<b>CLÍNICA</b>	<b>NORMA L</b>	<b>SUBCLÍNICA A</b>	<b>CLÍNICA</b>
<b>HOMBRE</b>				-Más molestias o dolores de lo habitual.	-Más molestias o dolores de lo habitual.	-Han tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido.
<b>MUJER</b>			-Tenido más dolores o molestias de lo habitual. -Han tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido.			-Han tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido.

En relación a los síntomas Interpersonales y motivacionales, nuestros resultados no reflejan interacción entre el género, tipo de población y país.

En cuanto a los síntomas afectivos, los resultados obtenidos en este estudio, que podemos ver reflejados en el cuadro 4.17, ponen de relieve la mayor presencia de sintomatología depresiva en la mujer en las poblaciones clínica y subclínica y de los hombres en la población normal en España. En Cuba la distribución en función del género es totalmente opuesta, poniendo de relieve que en la población clínica los hombres obtienen puntajes más

significativos mientras que las mujeres tienen mayor sintomatología depresiva en las poblaciones subclínica y normal.

De nuevo nos encontramos con la dificultad para contrastar nuestros resultados por la falta de estudios que reflejen la diferencia en la sintomatología depresiva entre España y Cuba.

**Cuadro 4.17.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones reciprocas de país y tipo de población en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia).

Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones reciprocas de país y tipo de población en los síntomas Afectivos.						
SEXO	PAÍS					
	ESPAÑA			CUBA		
	TIPO DE POBLACIÓN			TIPO DE POBLACIÓN		
	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA
HOMBRE	-Han pensado que en comparación con los demás se sienten poco valiosos. -Disminución de su satisfacción con la vida. -Han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida.	-Se han sentido más inútiles	-Sensación nueva de haber perdido algo importante	-Han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.	-Han tenido sensación nueva y especialmente fuerte de haber perdido algo importante.	-Han pensado que en comparación con los demás son poco valiosos. -Disminución de su satisfacción con la vida. -Han pensado sobre la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado sobre la forma como podrían quitarse la vida. -Se sienten más inútiles.

Continúa.

Cuadro 4. 17. Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones recíprocas de país y tipo de población en los síntomas Afectivos. (Elaboración propia). (Continuación)

Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones recíprocas de país y tipo de población en los síntomas Afectivos.						
SEXO	PAÍS					
	ESPAÑA			CUBA		
MUJER	TIPO DE POBLACIÓN			TIPO DE POBLACIÓN		
	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA
		-Se han sentido más inútiles. -Han tenido sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante. -Han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.	-Han pensado más que en comparación con los demás son menos valiosas. -Han disminuido su satisfacción con la vida. -Han pensado en la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado sobre la forma en la que podrían quitarse la vida. -Han tenido sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante.	-Han pensado más que en comparación con los demás son menos valiosas. -Han disminuido su satisfacción con la vida. -Han pensado en la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado sobre la forma en la que podrían quitarse la vida. - Se han sentido más inútiles.	-Han pensado que en comparación con los demás son poco valiosas. -Disminución de su satisfacción con la vida. -Han pensado sobre la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado más sobre la forma como podrían quitarse la vida y se han sentido más inútiles.	-Han pensado que en comparación con los demás son poco valiosas. -Disminución de su satisfacción con la vida. -Han pensado sobre la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado más sobre la forma como podrían quitarse la vida y se han sentido más inútiles.

Respecto a los síntomas conductuales no encontramos datos en este estudio que arrojen diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones recíprocas de país y tipo de población en los síntomas Conductuales

Por último, en los síntomas cognitivos, los resultados de este estudio, que podemos ver en *cuadro 4.18.* ponen de relieve que en España, las mujeres

tienen sintomatología depresiva en las poblaciones clínica, subclínica y normal, encontrando mayor presencia en la población clínica, mientras que los hombres tienen más sintomatología en las poblaciones subclínica y normal. En Cuba, los hombres tienen mayor presencia de síntomas depresivos en la población clínica y en la población subclínica, mientras que las mujeres tienen la mayor presencia de síntomas en la población normal seguida de la población subclínica, teniendo la menor manifestación de sintomatología en la población clínica.

De nuevo y siguiendo con lo referido anteriormente, que no se encuentra literatura científica que nos ayude a contrastar nuestros datos, finalizamos esta hipótesis sin poder mostrar estudios que corroboren o rechacen nuestros resultados.

**Cuadro 4.18.** Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones recíprocas de país y tipo de población en los síntomas Cognitivos. (Elaboración propia).

Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones recíprocas de país y tipo de población en los síntomas Cognitivos.						
SEXO	PAÍS					
	ESPAÑA			CUBA		
HOMBRE	TIPO DE POBLACIÓN			TIPO DE POBLACIÓN		
	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA	NORMAL	SUBCLÍNICA	CLÍNICA
		-Se han creído poco valiosos al compararse con los demás. -Han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida. -Han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado.	-Han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes. -Han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado.			-Han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes. -Han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado.

Continúa.

Cuadro 4.18. Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones recíprocas de país y tipo de población en los síntomas Cognitivos. (Elaboración propia). (Continuación)

Diferencias en sintomatología depresiva según el género en función de las implicaciones recíprocas de país y tipo de población en los síntomas Cognitivos.						
SEXO	PAÍS					
	ESPAÑA			CUBA		
	TIPO DE POBLACIÓN			TIPO DE POBLACIÓN		
MUJER	-Han visto, oído, o percibido de alguna forma cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes. -Han pensado sobre la forma como podrían quitarse la vida.	-Se sienten poco valiosas cuando se comparan con los demás. -Han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado sobre la forma como podrían quitarse la vida	-Se sienten poco valiosas cuando se comparan con los demás. - Han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes. -Han pensado en la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado sobre la forma como podrían quitarse la vida. -Han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado.	-Han pensado que en comparación con los demás son personas poco valiosas. -Han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes. -Han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado sobre la forma como podrían quitarse la vida. -Han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado.	-Se sienten poco valiosas cuando se comparan con los demás. -Han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida. -Han pensado sobre la forma como podrían quitarse la vida.	-Han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado.

## **Hipótesis 8. Los efectos de la interacción de las variables género, tipo de población y país sobre los distintos tipos de síntomas depresivos, estarán a su vez influenciadas por la edad.**

En los resultados de nuestro estudio, encontramos diferencias de género que varían en función del tipo de población y el país en los tres rangos de edad en cada uno de los seis grupos de síntomas estudiados (Físicos, Interpersonales, Afectivos, Cognitivos, Motivacionales y Conductuales).

En cuanto al género, encontramos diferencias en sintomatología depresiva en función de la edad. Los jóvenes de 18 a 25 años y las personas de avanzada edad presentan menos síntomas de depresión que las personas maduras de 35 a 55, en las que se encuentra la mayoría de síntomas.

En los síntomas físicos en función del género, nuestros resultados indican que las mujeres jóvenes tienen más molestias o dolores de lo habitual aunque no encontramos diferencias en función del país. Las mujeres adultas se sienten especialmente enlentecidas y las cubanas han tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido. En cuanto a encontrar dificultades para dormir mayores de lo habitual, aparece significativo en las mujeres adultas, sin embargo no encontramos diferencias en función del país. Respecto a las personas de avanzada edad los hombres de edad avanzada duermen más de lo habitual.

Aunque la prevalencia de la depresión no tiene una edad clara de inicio sin embargo parece que aumenta conforme aumenta la edad. En las mujeres sobre todo este aumento aparece relacionado en algunos estudios con los factores genéticos y hormonales, en otros con los estereotipos sexuales, que son diferentes para cada sexo y pueden influir en la mayor vulnerabilidad depresiva de la mujer Zahn et al. (2008), otros estudios reflejan las diferencias

en base a la mayor vivencia de eventos estresantes en la mujer, personalidad, autoconcepto, o la mayor respuesta al estrés (Mazure & Maciejewski, 2003).

**En función del tipo de población,** nuestros resultados ponen de relieve que todas las variables tienen los valores más elevados en la población clínica en los tres rangos de edad.

En los jóvenes aparecen puntuaciones más elevadas en los síntomas: no podía estar quieto, ha disminuido su apetito, se ha sentido especialmente enlentecido, se ha encontrado fatigado o se ha cansado más de lo habitual, le ha costado dormirse más de lo habitual, ha sentido más molestias o dolores de lo habitual, ha tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido, ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales, ha ido perdiendo peso sin proponérselo y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

En los adultos aparecen en mayor medida los siguientes síntomas: no podía estar quieto, se ha sentido especialmente enlentecido, se ha encontrado fatigado o se ha cansado más de lo habitual, ha dormido menos de lo habitual, se ha despertado antes de lo habitual, le ha costado dormirse más de lo habitual, ha sentido más molestias o dolores de lo habitual, ha tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido, ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

En las personas de avanzada edad, que las puntuaciones son más elevadas en todos los síntomas en la población clínica.

**En función del país,** aparecen diferencias significativas en función del país, consistentes en que la mayoría de las puntuaciones más elevadas se dan en la muestra cubana. En los jóvenes, las mujeres jóvenes tienen valores superiores en Cuba en los siguientes síntomas: han aumentado su apetito, han

tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido, se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales, ha ido ganando peso sin proponérselo y ha ido perdiendo peso sin proponérselo.

En los adultos, aparecen diferencias significativas en función del país, consistentes en que las mujeres cubanas tienen puntuaciones superiores en los siguientes síntomas: ha aumentado su apetito, ha dormido menos de lo habitual y ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido, mientras que en las Españolas las puntuaciones más elevadas aparecen en el síntoma, se ha sentido especialmente enlentecido.

En las personas de avanzada edad, en Cuba aparecen puntuaciones más elevadas en los síntomas: ha disminuido su apetito, ha dormido menos de lo habitual, se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales y ha ido perdiendo peso sin proponérselo  $F(1,296)=17.741, p=.000$ , mientras que en España se ha sentido especialmente enlentecido

Respecto a las diferencias en función del país, en la mayor parte de los casos donde hay diferencias significativas, los valores más elevados se dan en la muestra cubana, excepto en el síntoma, sentirse especialmente enlentecido, en el que los españoles adultos y mayores alcanzan puntajes más elevados. Los jóvenes y los adultos cubanos han aumentado su apetito y han tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido. Por su parte los adultos y las personas de avanzada edad de Cuba duermen menos de lo habitual. En cuanto a la disminución de apetito solo atañe de forma significativa a las personas de edad avanzada de Cuba

En cuanto a las interacciones, podemos ver en el cuadro 4.20 que, en nuestros resultados, aparece mayor presencia de sintomatología depresiva entre las personas adultas, seguido de las personas de avanzada edad, siendo los jóvenes los que menos síntomas depresivos tienen. Harkness et al. (2012) en la línea de nuestros resultados, señala que la depresión es más frecuente en

---

el sexo femenino en la etapa media de la vida. Las mujeres tienen un riesgo de presentar un trastorno depresivo dos veces más alto que los hombres.

Por su parte, los resultados de Matud et al. (2006) hallados en una muestra de personas entre 18 y 65 años, en la que evaluaron la depresión, resaltaron que las diferencias de género en la depresión aumentaban en las personas mayores de 34 años, mientras que en personas sin hijos, solteras, de edades entre 25 y 34 años el porcentaje de varianza explicado por el género fue inferior al 0,5%. Bergdahl y Bergdahl (2002) también refieren que las mujeres de 30 a 39 años tienen más niveles de estrés que los hombres de este grupo de edad.

La edad y el género se consideran factores de vulnerabilidad en relación a la depresión, aspecto que en los síntomas físicos no coincide con nuestros resultados, al encontrar el pico más alto de sintomatología depresiva en la edad adulta.

En cuanto a la interacción entre **sexo y tipo de población**, podemos ver en el *cuadro 4.19*. que a los jóvenes les ha costado dormirse más de lo habitual y ha perdido peso sin proponérselo en mayor medida en la población clínica, sintomatología que no aparece entre los adultos y las personas de avanzada edad. Por su parte entre los adultos los hombres han aumentado su apetito y las mujeres tienen en mayor medida el síntoma ha disminuido su apetito en la población clínica.

No disponemos de datos específicos respecto a la sintomatología propia de España y Cuba. Vázquez-Machado (2007) concluyen que las diferencias entre hombres y mujeres varían con la edad y Martínez-Larrea (2004) en un estudio con ancianos mayores de 75 años, concluyó que a partir de esa edad es frecuente el desarrollo de depresión, más del 15% de los adultos mayores se ve afectado por depresión severa, datos que no coinciden con nuestros resultados

en los síntomas físicos, en los que hemos hallado menos sintomatología depresiva entre las personas de avanzada edad.

En este sentido Penninx et al. (2008) refieren que la depresión a menudo es reversible con un diagnóstico adecuado, pero sólo reciben tratamiento un 10% de los ancianos que lo precisan. En este sentido refieren que los adultos mayores tienden a negar sus sentimientos de depresión y ansiedad, además, con frecuencia presentan molestias somáticas con una base orgánica real y sus síntomas depresivos quedan enmascarados. A menudo refieren problemas de ansiedad generalizada, irritabilidad, pérdida de peso relacionada con la astenia, insomnio y conductas adictivas como el alcohol, lo que les lleva a requerir múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos que no son reconocidos en relación directa con la intensidad de la depresión.

En cuanto a la interacción entre **sexo y país**, nuestros resultados ponen de relieve que entre los jóvenes no aparecen diferencias, sin embargo en los adultos, los hombres cubanos han aumentado su apetito y los hombres adultos españoles han dormido más de lo habitual, mientras que las mujeres adultas y las mujeres de avanzada edad cubanas tienen peor estado de ánimo por la mañana. Respecto a las personas de avanzada edad, las mujeres cubanas han disminuido su apetito.

En la interacción entre **tipo de población y país**, los jóvenes españoles tienen valores superiores en la población clínica en los síntomas ha disminuido su apetito y se ha encontrado más fatigados o cansados de lo habitual. Los adultos tienen valores superiores en la población clínica española en los síntomas no podía estar quieto, se ha sentido especialmente enlentecido, se ha despertado antes de lo habitual, le ha costado dormirse más de lo habitual y se ha notado sudores, palpitaciones, temblores y otros síntomas de nerviosismo no habituales, mientras que los cubanos, también en la población clínica, han

perdido peso sin proponérselo. En relación a las personas de avanzada edad, en la población clínica los españoles ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido y los cubanos han perdido peso sin proponérselo, mientras que en la población subclínica, los cubanos han dormido más horas de lo habitual.

Al analizar las interacciones entre **sexo, tipo de población y país**, encontramos que entre los jóvenes, los hombres españoles y las mujeres cubanas, ambos en la población clínica, han dormido menos de lo habitual, en los adultos, la distribución de los valores sigue la misma secuencia en sendos países, así, tanto en España como en Cuba, las mujeres adultas presentan disminución de apetito y han tenido pesadillas o su sueño es intranquilo en la población clínica. En las personas de avanzada edad, las mujeres de ambos países se han sentido especialmente enlentecidas mientras que los hombres, también en sendos países, han dormido más horas de lo habitual en la población clínica, sintomatología que no aparece significativa entre los jóvenes y los adultos. Un estudio realizado en Cuba en adultos institucionalizados por González (2001), mostró que el 27.1 % de los residentes en los hogares geriátricos tenía depresión leve, el 16.6 % moderada y el 14.4 % severa. Predominó la depresión leve en los varones (36.9 %) y la severa en el 3.9 % de ellos.

En la literatura revisada no encontramos datos respecto a la sintomatología propia de cada país que nos permitan contrastar nuestros resultados.

**Cuadro 4.19.** Interacción sexo\* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas físicos. (Elaboración propia).

Jóvenes 18-25	Adultos 35-55	Edad avanzada >65
<p><b><u>Sexo* tp:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Le ha costado dormirse más de lo habitual (hombres p. clínica).</li> <li>-Ha ido perdiendo peso sin proponérselo (hombres p. clínica).</li> </ul> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ha disminuido su apetito (p. clínica española).</li> <li>- Se ha encontrado más fatigado o cansado de lo habitual (p. clínica española).</li> </ul> <p><b><u>Sexo* tp* país:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ha dormido menos de lo habitual (hombres p. clínica españoles y mujeres p. clínica cubanas).</li> </ul>	<p><b><u>Sexo* tp:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ha aumentado su apetito (hombres p. clínica).</li> <li>-Ha disminuido su apetito (mujeres p. clínica).</li> </ul> <p><b><u>Sexo* país:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ha aumentado su apetito (hombres cubanos).</li> <li>-Ha dormido más horas de lo habitual (hombres españoles).</li> <li>-Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana (mujeres cubanas).</li> </ul> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No podía estar quieto (p. clínica española).</li> <li>-Se ha sentido especialmente enlentecido (p. clínica española).</li> <li>-Se ha despertado antes de lo habitual (p. clínica española).</li> <li>-Le ha costado dormirse más de lo habitual (p. clínica española).</li> <li>- Se ha notado sudores etc. (p. clínica española).</li> <li>-Ha ido perdiendo peso sin proponérselo (p. clínica cubana).</li> </ul> <p><b><u>Sexo* tp*país:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ha disminuido su apetito (mujeres p. clínica españolas y mujeres p. clínica cubana).</li> <li>-Ha tenido pesadillas o sueño interrumpido (mujeres p. clínica españolas y mujeres p. clínica cubanas).</li> </ul>	<p><b><u>Sexo* país:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ha disminuido su apetito (mujeres cubanas).</li> <li>-Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana (mujeres cubanas).</li> </ul> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ha dormido más horas de lo habitual (p. sub. cubana).</li> <li>-Ha tenido pesadillas o sueño interrumpido (p. clínica española).</li> <li>-Ha ido perdiendo peso sin proponérselo (p. clínica cubana).</li> </ul> <p><b><u>Sexo* tp* país:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se ha sentido especialmente enlentecido (mujeres p. clínica españolas y mujeres p. clínica cubanas).</li> <li>-Ha dormido más horas de lo habitual (hombres p. clínica españoles y hombres p. clínica cubanos).</li> </ul>

Respecto a los síntomas interpersonales, nuestros resultados muestran que entre los jóvenes no aparecen diferencias en función del sexo y respecto a los adultos, las mujeres han tendido a aislarse de los demás, han tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás y hablan menos de lo habitual. En cuanto a las personas de edad avanzada hablan menos de lo habitual.

**En función del tipo de población**, aparecen diferencias significativas en los tres grupos de edad consistentes en valores más elevados en la población clínica en los tres síntomas interpersonales: ha tendido a aislarse de los demás, ha tenido más problemas o discusiones de los habitual con los demás y ha hablado menos de lo habitual.

**En función del país**, en los jóvenes no aparecen puntajes en ninguno de los síntomas, es en los adultos dónde aparecen la mayoría de valores significativos, en los tres síntomas interpersonales las mujeres adultas tienen valores superiores en los síntomas, ha tendido a aislarse de los demás, ha tenido más problemas de los habitual con los demás y ha hablado menos de lo habitual.

En las personas de avanzada edad, los hombres tienen valores superiores en el síntoma ha hablado menos de lo habitual.

Respecto a las interacciones en los síntomas interpersonales, que podemos ver reflejadas en el *cuadro 4.20.*, encontramos en nuestros resultados que en relación al **sexo y tipo de población**, las mujeres jóvenes tienden a aislarse más que los adultos y las personas de avanzada edad en la población clínica y los hombres adultos tiene más problemas o discusiones de lo habitual con los demás que los jóvenes y las personas de edad avanzada, en las que no encontramos valores significativos, en la población clínica.

En relación a la interacción entre **sexo y país**, nuestros resultados muestran que las mujeres adultas de Cuba tienden a aislarse más que los

hombres y que las mujeres jóvenes y de avanzada edad. En cuanto a la interacción entre tipo de población y país, encontramos que los jóvenes y los adultos españoles tienden a aislarse más de los demás de la población clínica que las personas de avanzada edad, mientras que éstas hablan menos de lo habitual, síntoma que no aparece entre los jóvenes y los adultos.

En la interacción entre **sexo, tipo de población y país**, encontramos que el síntoma “hablar menos de lo habitual” aparece en los jóvenes y los adultos en la población clínica, ahora bien, entre los jóvenes manifiestan el síntoma las mujeres en España y los hombres en Cuba, en los adultos se da una relación inversa siendo los hombres en España y las mujeres en Cuba los que tienden a hablar menos de lo habitual en la población clínica, sin embargo no aparece en las personas de avanzada edad.

En relación a la tendencia al aislamiento, entre los adultos de 35 a 55 años, las mujeres españolas tienden a aislarse más de los demás en población clínica, mientras que en Cuba, encontramos que los hombres son los que más se aíslan también en la población clínica.

Respecto al síntoma “haber tenido más problemas o discusiones de lo habitual”, las mujeres adultas, tanto cubanas como españolas, tienen mayores quejas en la población clínica, siendo las últimas las que lo tienen en mayor medida. En cuanto a hablar menos de lo habitual, las mujeres jóvenes españolas hablan menos de lo habitual en la población clínica, mientras que en Cuba, con niveles menos significativos, son los hombres los que hablan menos también en la población clínica. Entre los adultos, varía en patrón en ambos países y son los hombres españoles de la población clínica los que obtienen valores más significativos mientras que en Cuba las mujeres adultas hablan menos de lo habitual.

Estudios realizados en Cuba por Castañeda (2007) revelan que en la juventud y en la edad adulta, las mujeres padecen de causas relacionadas con el

embarazo, el parto y el puerperio, así como infecciones del tracto reproductivo, tumores malignos de los órganos reproductores y mama, además, son más propensas que los varones a sufrir de trastornos depresivos.

**Cuadro 4.20.** Interacción sexo\* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas interpersonales. (Elaboración propia).

Jóvenes 18-25	Adultos 35-55	Edad avanzada >65
<p><b>Sexo* tp:</b></p> <p>-Ha tendido a aislarse de los demás (mujeres p. clínica).</p> <p><b>Tp* país:</b></p> <p>-Ha tendido a aislarse de los demás (p. clínica española).</p> <p><b>Sexo* tp* país:</b></p> <p>-Ha hablado menos de lo habitual (mujeres p. clínica española y hombres p. clínica cubanos).</p>	<p><b>Sexo* tp:</b></p> <p>-Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás (hombres p. clínica).</p> <p><b>Sexo* país:</b></p> <p>-Ha tendido a aislarse de los demás (mujeres cubanas).</p> <p><b>Tp* país:</b></p> <p>-Ha tendido a aislarse de los demás (p. clínica española).</p> <p><b>Sexo* tp*país:</b></p> <p>-Ha tendido a aislarse de los demás (mujeres p. clínica españolas y hombres p. clínica cubanos).</p> <p>-Ha tenido más problemas o discusiones con los demás de lo habitual (mujeres p. clínica españolas y mujeres p. clínica cubanas).</p> <p>-Ha hablado menos de lo habitual (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).</p>	<p><b>Tp* país:</b></p> <p>-Ha hablado menos de lo habitual (p. clínica española).</p>

**En los síntomas motivacionales** aparece mayor sintomatología depresiva de tipo motivacional en la población clínica. Las diferencias en función del género, tipo de población y país para cada rango de edad, sugieren que en los jóvenes aparece menos significación en relación a los adultos y en las

personas de edad avanzada, en las que se manifiestan niveles significativos en todas las variables.

En cuanto a las diferencias en función del **género**, apreciamos que entre los jóvenes, los hombres han perdido interés por cosas que le agradaban y las mujeres han disminuido su interés sexual. Entre las personas adultas, las mujeres han dejado de experimentar placer por cosas que antes les agradaban, han sentido falta de interés por todo o casi todo, han perdido el interés por cosas que le agradaban y han disminuido su interés sexual, sintomatología que no tiene nivel de significación entre las personas de avanzada edad. En la línea de nuestros resultados Borda et al. (2013) encontraron que la prevalencia de depresión predominó en el grupo de edad de 65 a 70 años, con un 62.5% (leve: 37.5 % y severa: 25 %), seguido por el grupo de 71 a 75 años, en el que afectó al 43.8 %, y se encontró episodios leves en el 31.3 %. En el sexo masculino, la depresión leve y la severa fueron del 69 y 63 %, respectivamente.

En cuanto al **tipo de población**, en todas las variables motivacionales, apreciamos que, en los tres rangos de edad, aparece sintomatología depresiva de tipo motivacional en los síntomas ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban, ha sentido falta de interés por todo o casi todo, ha perdido Interés por las cosas que le agradaban, ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo y ha disminuido su interés sexual, tienen valores superiores en la población clínica

En relación al **país** no aparece sintomatología depresiva significativa en los jóvenes ni en los adultos, entre las personas de edad los españoles tienen mayor disminución de apetito sexual.

**En cuanto a las interacciones motivacionales** en cada rango de edad podemos observar en el *cuadro 4.21*. que la mayoría de la sintomatología depresiva se da entre los adultos.

**En la interacción entre el género y el tipo de población**, nuestros resultados revelan que los adultos y las personas de avanzada edad que ponen de relieve que, en ambos casos, las mujeres de la población clínica han dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.

**En la interacción entre sexo y país**, podemos apreciar en el *cuadro 4.21*. que entre los jóvenes, los hombres cubanos han perdido interés por cosas que les agrada, y las mujeres españolas han disminuido su interés sexual.

Entre los adultos, las mujeres cubanas han sentido falta de interés por todo o casi todo, han perdido más interés por cosas que les agradan y han disminuido su interés sexual.

Por su parte en las personas de avanzada edad, la pérdida de interés por cosas que le agradan, aparece en nuestros resultados que los hombres españoles y las mujeres cubanas obtienen valores iguales. Respecto a dejar de hacer cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo, los hombres de avanzada edad españoles obtienen los resultados más elevados.

**Al analizar la relación en función del tipo de población y el país**, encontramos que la mayoría de la sintomatología depresiva aparece entre los adultos seguida de las personas de avanzada edad, apareciendo menor sintomatología depresiva en los jóvenes. En los síntomas sentir falta de interés por todo o casi todo, los jóvenes españoles tienen más falta de interés por todo o casi todo en la población clínica. En cuanto a los adultos, los españoles han dejado de experimentar placer con cosas que antes les agradaban, han sentido

falta de interés por todo o casi todo, han perdido interés por cosas que les agradan y tienen mayor disminución de apetito sexual en la población clínica y en las personas de avanzada edad, los españoles han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo también en la población clínica.

**Respecto a la interacción entre sexo, tipo de población y país**, como podemos ver en el *cuadro 4.21*. no aparece sintomatología depresiva en los jóvenes ni en las personas de avanzada edad, sin embargo entre los adultos, las mujeres en la población clínica de ambos países, han dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban, en este sentido, en la edad mediana y en la vejez, aparecen los problemas relacionados con la longevidad de la mujer que se acompaña de una calidad de vida peor que la de los hombres (Castañeda, 2007).

En el síntoma ha perdido interés por cosas que les agradaban, los hombres en España y las mujeres en Cuba tienen el síntoma en la población clínica.

**Cuadro 4.21.** Interacción sexo\* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas motivacionales. (Elaboración propia).

Jóvenes 18-25	Adultos 35-55	Edad avanzada >65
<p><b><u>Sexo* país:</u></b></p> <p>-Ha perdido vd. Interés por las cosas que le agradan (hombres cubanos). -Ha disminuido su interés sexual (mujeres españolas).</p> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>-Ha sentido falta de interés por todo o casi todo (p. clínica española).</p>	<p><b><u>Sexo* tp:</u></b></p> <p>-Ha dejado de experimentar placer por cosas que habitualmente le agradaban (mujeres p. clínica).</p> <p><b><u>Sexo* país:</u></b></p> <p>-Ha sentido falta de interés por todo o casi todo (mujeres cubanas). -Ha perdido vd. por las cosas que le agradan (mujeres cubanas). -Ha disminuido su interés sexual (mujeres cubanas).</p> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>-Ha dejado de experimentar placer por cosas que habitualmente le agradaban (p. clínica española). -Ha sentido falta de interés por todo o casi todo (p. clínica española). -Ha perdido Vd interés por las cosas que le agradan (p. clínica española). -Ha disminuido su interés sexual (p. clínica española).</p> <p><b><u>Sexo* tp*país:</u></b></p> <p>-Ha dejado de experimentar placer por cosas que habitualmente le agradaban (mujeres p. clínica españolas y mujeres p. clínica cubana). -Ha perdido vd. Interés por cosas que le agradan (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).</p>	<p><b><u>Sexo* tp:</u></b></p> <p>- Ha dejado de experimentar placer por cosas que habitualmente le agradaban (mujeres p. clínica).</p> <p><b><u>Sexo* país:</u></b></p> <p>- Ha perdido vd. por las cosas que le agradan (hombres españoles y mujeres cubanas). -Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo (hombres españoles).</p> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>- Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo (p. clínica española).</p>

**En los síntomas afectivos**, en relación al **sexo**, obtenemos en nuestros resultados que entre los jóvenes, las mujeres han estado más irritables de lo normal y lloran más y en las personas de avanzada edad, también las mujeres se sienten una carga para los demás.

Entre los adultos se encuentran la mayoría de las diferencias en relación al sexo, poniendo de relieve que las mujeres tienen más sintomatología depresiva que los hombres. Se sienten menos valiosas cuando se comparan con los demás, muestran mayor disminución de satisfacción con la vida, se sienten más tristes o abatidas, muestran mayor pérdida de confianza en sí mismas, se han sentido una carga para los demás, se han sentido más inquietas como si algo malo fuera a pasar, han estado más irritables de lo normal, lloran más, tienen más miedo de normal sin una razón concreta, han estado especialmente preocupadas sin una razón concreta, han tenido más sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles, han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

En la línea de nuestros resultados la mayoría de las sociedades en las que se han realizado estudios interculturales acerca de la depresión, arrojan resultados de 2/1 en la afectación depresiva entre hombres y mujeres (Ashurst & Hall 1991; González-Fortaleza et al., 2011; Harkness et al., 2012; Hawton, 1993; Kleinman, 1986; MIND 1992; OMS, 2001). Parece ser que las circunstancias particulares y el puesto que las mujeres ocupan en la sociedad, favorecen cierta vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión (Bebbington, 1987-2003; Avasthiet al., 1991; Lehtinen & Joukama 1994; Mind, 1992; Paykel, 1994, Olfson & Klerman, 2001 & Weissman, 1996). La OMS en el 2001 en un estudio realizado sobre la salud en el mundo, refleja que la depresión ocupa el primer lugar en las mujeres y el tercero en varones (Harkness et al., 2012; Mathers, Stein, MaFat, Rao, Inoue & Tomijima et al., 2002).

Respecto a las diferencias en el **tipo de población**, encontramos en nuestros resultados que todos los síntomas afectivos: se ha criticado a sí mismo,

ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, ha disminuido su satisfacción con la vida, se ha sentido triste o abatido, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha perdido confianza en sí mismo, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha estado más irritable de lo habitual, ha llorado, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, ha tenido sentimientos de fracaso, se ha sentido inútil, ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana, aparece en los tres rangos de edad en la población clínica.

Encontramos diferencias según el **país** que reflejan presencia de sintomatología afectiva entre los adultos españoles. Entre los jóvenes, los cubanos se sienten más tristes o abatidos, lloran más, han tenido una sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante, han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

Entre los adultos, los españoles se sienten menos valiosos cuando se comparan con los demás, han pensado más sobre la forma de quitarse la vida y tienen menos confianza en sí mismos, han tenido más sentimientos de vacío, como si no tuvieran sentimientos, tienen más sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles, mientras que los cubanos, se critican más a sí mismos, se han sentido más inquietos, como si algo malo fuera a pasar y se preocupan más por su salud sin motivo concreto y en las personas de avanzada edad, los cubanos se han criticado a sí mismos, han pensado en la posibilidad de quitarse

la vida, han pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, se han sentido una carga para los demás, se han notado especialmente preocupados sin una razón concreta y han tenido sentimientos de fracaso.

Respecto a Cuba no disponemos de datos científicos respecto a l suicidio y la ideación suicida, sin embargo en España, el INE (2011) refería una tasa de suicidio de 7.4 por cada 100.000 habitantes, es decir, 9 suicidios al día. Durante el año 2011 hubo 3.180 suicidios consumados. Respecto a las diferencias de género, reflejaron que 2.435 fueron hombres (10,8 de cada 100.000) y 745 mujeres (2,9 de cada 100.000). El INE (2011) refiere que las mujeres atentan más contra su vida, mientras que los hombres consiguen suicidarse más. Respecto a la edad, sus datos reflejan que el rango de edad de mayor riesgo se encuentra entre los 30 y los 50 años, apuntando que la tasa de suicidio aumenta con la edad. Datos más recientes del INE (2013) indican que cada día nueve personas se quitan la vida en nuestro país.

**En la interacción entre sexo y tipo de población** en los distintos rangos de edad, en nuestros resultamos encontramos que entre los jóvenes, los hombres tienen más pérdida de confianza en sí mismos en la población clínica, mientras que entre los adultos son las mujeres las que tienen mayor disminución de satisfacción con la vida y están más irritables de lo normal en población clínica.

**En cuanto a la interacción entre sexo y país**, podemos apreciar que **en España**, entre los jóvenes, los hombres tienen menos confianza en sí mismos y están más preocupados sin razón concreta, y las mujeres han pensado que en comparación con los demás se sienten menos valiosas, han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, mientras que en **Cuba**, los hombres han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida mientras que las mujeres tienen más sentimientos de vacío y ausencia de sentimientos.

Respecto a los adultos las mujeres cubanas tienen mayor disminución de satisfacción con la vida, se han hecho o han temido hacerse daño a sí mismas, se han sentido una carga para los demás y se sienten más irritables de lo habitual, tienen más sentimientos de fracaso, han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

En las personas de avanzada edad no aparece sintomatología depresiva que relacione el sexo y el país.

**Referente al tipo de población y el país,** entre los jóvenes españoles se critican más a sí mismos, manifiestan mayor disminución de satisfacción con la vida, se sienten más tristes o abatidos y tienen más pérdida de confianza en sí mismos en la población clínica.

En los adultos, no varía el patrón respecto a los jóvenes, puesto que en todos los casos la sintomatología depresiva se manifiesta en la muestra española en la población clínica. Los adultos españoles de población clínica, muestran mayor disminución de satisfacción con la vida, se han sentido más tristes o abatidos, han pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma de cómo podrían quitarse la vida, muestran mayor pérdida de confianza en sí mismos, han estado más irritables de lo normal, lloran más, han tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, han estado especialmente preocupados sin una razón concreta, han tenido más sentimientos de vacío o ausencia de sentimientos, tienen más sentimientos de fracaso, se sienten más inútiles y han tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante.

Entre las personas de avanzada edad, en el síntoma criticarse a sí mismo, no aparece diferencia de género entre ambos países y tanto en España como en Cuba, las personas de avanzada edad se critican a sí mismas, sin embargo, en relación a notar que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les

pasaban, son los españoles en la población clínica los que tienen mayor presencia del síntoma.

**Al analizar la relación entre sexo, tipo de población y país**, en nuestros resultados, que podemos ver en el *cuadro 4.22.*, la mayoría de las interacciones aparecen entre los jóvenes, seguidos de los adultos y las personas de avanzada edad y en todos los casos aparece mayor sintomatología depresiva en la población clínica.

Entre los jóvenes, las mujeres españolas han pensado que en comparación con los demás se creen menos valiosas, tienen mayor disminución de satisfacción con la vida, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, han tenido sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles, mientras que en Cuba sin embargo, son los hombres los que comparándose con los demás se creen menos valiosos, tienen mayor disminución de satisfacción con la vida, han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y en la forma de quitarse la vida, han tenido más sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles.

Entre los adultos, los españoles están más irritables de lo habitual, tanto los hombres como las mujeres. En los síntomas ha tenido sentimientos de fracaso y ha tenido la sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, los hombres tienen más sentimientos de fracaso y tienen la sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante. En Cuba las mujeres se sienten más irritables de lo habitual, tienen más sentimientos de fracaso y tienen la sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante en la población clínica.

En las personas de edad avanzada, en España, las mujeres de avanzada edad han pensado sobre la forma en la que podrían quitarse la vida mientras que los hombres han notado que se alegraban menos por las cosas buenas que les pasaban, ambos en la población clínica. En Cuba sin embargo, también en la población clínica, son los hombres los que han pensado sobre la forma en la que

podrían quitarse la vida mientras que las mujeres han notado que se alegraban menos por las cosas buenas que les pasaban.

En la literatura revisada no encontramos sintomatología propia entre España y Cuba por lo que no podemos contrastar nuestros resultados, sin embargo, en cuanto a la ideación y la conducta suicida, queda reflejado que la tasa de suicidio aumenta con la edad. Kaplán (2004) refleja que la máxima incidencia de suicidio en el hombre se observa a partir de los 45 años y entre las mujeres después de los 55 años, sin embargo, en nuestros resultados no aparece ideación suicida ni maquinación acerca de cómo llevar a cabo el suicidio en ese rango de edad.

En la línea de nuestros resultados, los datos del WHO/EURO (2008), las tasas de intentos de suicidio para las mujeres son más altas entre los 15 y los 24 años, mientras que los hombres alcanzan su pico entre los 25 y los 34 años. Cada vez más las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando sobre todo en los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre los jóvenes de este rango de edad. En las mujeres jóvenes, El DSM-V (APA, 2013) asocia el desorden de comportamiento suicida con el desorden comórbidos con la exposición al alcohol durante la gestación, mientras que los ancianos intentan suicidarse con menos frecuencia que los jóvenes, pero es más probable que tengan más éxito.

En la misma línea Borges et al. (2010) encontraron una mayor prevalencia en depresión en la mujer, sin embargo hallaron mayores índices de conducta suicida en los hombres. El incremento en la conducta suicida en México es especialmente marcado entre la población joven.

Cipriani (2013) refiere que más de la mitad de las personas que se suicidan padece un trastorno depresivo (45-70%), de hecho la ideación suicida está presente en el 80% de las depresiones y el 15% de los pacientes con depresión fallecen por suicidio, sin embargo, muy pocos reciben un tratamiento médico adecuado.

**Cuadro 4.22.** Interacción sexo\* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas afectivos. (Elaboración propia).

Jóvenes 18-25	Adultos 35-55	Edad avanzada >65
<p><b>Sexo* tp:</b></p> <p>-Ha perdido confianza en sí mismo (hombres p. clínica).</p> <p><b>Sexo* país:</b></p> <p>-Ha pensado que en comparación con los demás es vd. Una persona poco valiosa (mujeres españolas). -Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida (hombres cubanos). -Ha pensado en la forma en la que podría quitarse la vida (mujeres españolas). -Ha perdido confianza en sí mismo (hombres españoles). -Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta (hombres españoles). -Se ha sentido vacío o como si no tuviera sentimientos (mujeres cubanas).</p> <p><b>Tp* país:</b></p> <p>-Se ha criticado a sí mismo (p. clínica española). -Ha disminuido su satisfacción con la vida (p. clínica española). -Se ha sentido triste y abatido (p. clínica española). -Ha perdido confianza en sí mismo (p. clínica española).</p>	<p><b>Sexo* tp:</b></p> <p>-Ha disminuido su satisfacción con la vida (mujeres p. clínica). -Ha estado más irritable de lo habitual (mujeres p. clínica española).</p> <p><b>Sexo* país:</b></p> <p>-Ha disminuido su satisfacción con la vida (mujeres cubanas). -Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo (mujeres cubanas). -Se ha sentido una carga para los demás (mujeres cubanas). -Ha estado más irritable de lo habitual (mujeres cubanas). -Ha tenido sentimientos de fracaso (mujeres cubanas). -Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban (mujeres cubanas). -Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana (mujeres cubanas).</p> <p><b>Tp* país:</b></p> <p>-Ha disminuido su satisfacción con la vida (p. clínica española). -Se ha sentido triste o abatido (p. clínica española). -Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida (p. clínica española). -Ha pensado en la forma en la que podría quitarse la vida (p. clínica española). -Ha perdido confianza en sí mismo (p. clínica española). -Ha estado más irritable de lo habitual (p. clínica española). -Ha llorado (p. clínica española). -Ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta (p. clínica española). (Continúa)</p>	<p><b>Tp* país:</b></p> <p>- Se ha criticado a sí mismo (p. clínica españoles y cubanos). -Ha notado que no se alegra lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban (p. clínica española).</p> <p><b>Sexo* tp*país:</b></p> <p>- Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida (mujeres p. clínica española y hombres p. clínica cubana). -Ha notado que no se alegra lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).</p>

(Continúa)

**Cuadro 4.22.** Interacción sexo\* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas afectivos. (Elaboración propia).(Continuación)

Jóvenes 18-25	Adultos 35-55	Edad avanzada >65
<p><b><u>Sexo* tp*país:</u></b></p> <p>-Ha pensado que en comparación con los demás es vd. Una persona poco valiosa (mujeres p. clínica española y hombres p. clínica cubanos).</p> <p>-Ha disminuido su satisfacción con la vida (mujeres p. clínica española y hombres p. clínica cubanos).</p> <p>-Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida (mujeres clínica española y hombres p. clínica cubana).</p> <p>-Ha pensado sobre la forma como podría quitarse la vida (mujeres p. clínica española y hombres p. clínica cubanos).</p> <p>-Ha tenido sentimientos de fracaso (mujeres p. clínica española y hombres p. clínica cubanos).</p> <p>-Se ha sentido inútil (mujeres p-clínica española y hombres p. clínica cubana).</p>	<p><b><u>Tp* país: (continuación).</u></b></p> <p>-Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta (p. clínica española).</p> <p>-Se ha sentido vacío o como si no tuviera sentimientos (p. clínica española).</p> <p>-Ha tenido sentimientos de fracaso (p. clínica española).</p> <p>-Se ha sentido inútil (p. clínica española).</p> <p>-Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante (p. clínica española).</p> <p>-Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban (p. clínica española).</p> <p><b><u>Sexo* tp*país:</u></b></p> <p>-Ha estado más irritable de lo habitual (hombres y mujeres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).</p> <p>-Ha tenido sentimientos de fracaso (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).</p> <p>-Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).</p>	

**En los síntomas conductuales** las diferencias en función del género, tipo de población y país que obtenemos en nuestros resultados, reflejan que la mayoría de la sintomatología depresiva aparece en los adultos.

En cuanto al **sexo** en función de la edad, los resultados de nuestro estudio muestran que entre los jóvenes, los hombres consumen más alcohol de lo habitual y las mujeres lloran más. Entre los adultos las mujeres han hablado menos de lo habitual, han hablado menos de lo habitual, ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, lloran más, ha disminuido su nivel de actividad y han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo y en las personas de avanzada edad, las mujeres hablan menos de lo habitual y han consumido más alcohol de lo habitual.

En la misma línea otros estudios muestran que en general el consumo de alcohol se da más en los hombres que en las mujeres en un porcentaje de 3 a 1. El DSM-V (APA, 2013) refleja que los índices son mayores en los adultos (12.4%) que entre mujeres adultas (4.9%). Sin embargo Lee & Kosterman (2012), asociaron al alcohol con elevadas tasas de depresión entre mujeres de edad adulta joven, lo que requiere especial atención a los signos de trastornos crónicos de consumo de alcohol y los riesgos asociados para la depresión entre las mujeres adultas. Sin embargo el DSM-V (APA, 2013) indica que la prevalencia entre adultos decrece en la edad mediana, siendo mayor entre individuos de 18 a 29 años (16.2%) y el más bajo entre individuos de 65 años y mayores (1.5%). Para Mejia, Sanhueza & González (2011) las personas alcohólicas tienen un riesgo incrementado de cometer suicidio con riesgo de vida del 2,2% al 3,4%.

En relación al **tipo de población** en función de la edad, tanto los jóvenes como los adultos, en la población clínica, hablan menos de lo habitual, ha empeorado la eficacia a la hora de hacer cosas, lloran más, ha disminuido su nivel de actividad y han dejado de hacer cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo. Las personas de avanzada edad, también en la población clínica, han hablado menos de lo habitual, han consumido más alcohol de lo habitual, ha empeorado la eficacia a la hora de hacer cosas, ha llorado, ha disminuido su nivel de actividad y han dejado de hacer cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.

En la línea de nuestros resultados, el Centro de investigación para la Tercera Edad MINSAP (2012) refleja que la relación encontrada entre la función y la depresión, se debe a que la depresión, al causar en las personas mayores pérdida de interés y disminución del deseo de realizar actividades, contribuye a la parte clínica de la depresión

En función de la edad y el **país** encontramos que entre los jóvenes, en Cuba lloran más y en España ha disminuido más el nivel de actividad.

Respecto a los adultos, los españoles han empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas y en cuanto a las personas de avanzada edad, los cubanos lloran más.

**Respecto al sexo y tipo de población en función de la edad** apreciamos en el cuadro 4.23, que en los jóvenes y en los adultos no aparece sintomatología depresiva conductual y en relación las personas de edad avanzada, los hombres consumen más alcohol de lo habitual en la población clínica. Qin (2011) refleja que el suicidio en el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es más probable que ocurra durante el primer episodio depresivo y parece estar relacionado con el abuso de alcohol.

**Respecto a la relación entre tipo de población y país**, podemos apreciar en el *cuadro 4.23.*, que entre los jóvenes, los españoles en la población clínica han empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas y han disminuido su nivel de actividad.

Entre los adultos, en la población clínica española han consumido más alcohol de lo habitual, mientras que en Cuba consumen más alcohol del habitual en las poblaciones subclínica y normal. Los españoles de la población clínica, han empeorado su eficacia para hacer cosas, lloran más y han disminuido su nivel de actividad.

**Respecto a la relación entre sexo, tipo de población y país**, no encontramos interacciones ni en los jóvenes ni en las personas de avanzada

edad, apreciando que se dan relaciones significativas entre los adultos, como podemos apreciar en el *cuadro 4.23*.

Respecto a hablar menos de lo habitual, los hombres españoles y las mujeres cubanas hablan menos de lo habitual en la población clínica.

**Cuadro 4.23.** Interacción sexo\* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas conductuales. (Elaboración propia).

Jóvenes 18-25	Adultos 35-55	Edad avanzada >65
<p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>-Ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas (p. clínica española). -Ha disminuido su nivel de actividad (p. clínica española).</p>	<p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>-Ha consumido más alcohol del habitual (p. clínica española y p. sub. y normal en Cuba). -Ha empeorado su eficacia a la hora de hacer las cosas (p. clínica española). -Ha disminuido su nivel de actividad (p. clínica española).</p> <p><b><u>Sexo* tp*país:</u></b></p> <p>-Ha hablado menos de lo habitual (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).</p>	<p><b><u>Sexo* tp:</u></b></p> <p>-Ha consumido más alcohol del habitual (hombres p. clínica).</p> <p><b><u>Sexo* país:</u></b></p> <p>-Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo (hombres españoles).</p> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>- Ha hablado menos de lo habitual (p. clínica españoles). -Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo (p. clínica española).</p>

**En los síntomas cognitivos** encontramos diferencias de género en función de la edad, en menor medida entre los jóvenes y las personas de edad avanzada que entre los adultos.

En todas las variables significativas en función de **género** las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva Entre los jóvenes, las mujeres han

notado su pensamiento especialmente enlentecido, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han creído más incapaces para tomar decisiones. Entre los adultos, también las mujeres han pensado que en comparación con los demás son personas poco valiosas, han tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, han pensado que sus problemas actuales no tienen solución, han notado su pensamiento especialmente enlentecido, se han sentido una carga para los demás, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, se han creído más incapaces para tomar decisiones, se han sentido más inquietas, como si algo malo fuera a ocurrir, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían y se han mostrado especialmente permisivas. En relación a las personas de edad avanzada, las mujeres, se han sentido una carga para los demás y se han creído más incapaces para tomar decisiones. En la misma línea de nuestros resultados el Centro de investigación MINSAP (2012) refleja que en las personas mayores aparece mayor pérdida de interés y disminución del deseo de realizar actividades, contribuye puede desencadenar en el estado depresivo y Martínez-Larrea (2004) refleja que a partir de los 75 años es frecuente el desarrollo de depresión en más del 15% de las personas.

Referente al **tipo de población**, tanto los jóvenes como los adultos y las personas de avanzada edad tienen mayor presencia de sintomatología depresiva en la población clínica. Los síntomas cognitivos son: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron

en el pasado, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía, ha sido especialmente pesimista, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, ha tenido más problemas de memoria de lo habitual, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto

En relación al **país**, encontramos entre los jóvenes, los españoles se han notado el pensamiento especialmente enlentecido, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían, mientras que en Cuba, han visto, oído o percibido de alguna forma, cosas que otros era incapaces de percibir o crían inexistentes, han tenido más convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos y han pensado que sus problemas actuales no tienen solución.

Entre los adultos, los españoles, han pensado que en comparación con los demás se creen menos valiosos, han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, han notado su pensamiento especialmente enlentecido y han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían. En Cuba, se critican más a sí mismos, han tendido a pensar en cosas desagradables que les ocurrieron en el pasado, se han sentido más inquietos, como si algo malo fuera a ocurrir y se han preocupado más por su salud sin motivo concreto.

Entre las personas de avanzada edad los españoles han notado su pensamiento especialmente enlentecido, mientras que los cubanos, se critican más a sí mismos, han pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma de cómo podrían quitarse la vida, han tendido a pensar cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado, se han sentido una carga para los demás y han estado especialmente preocupados sin razón concreta.

**Respecto a la interacción entre el género y el tipo de población en función de la edad**, no aparece sintomatología depresiva entre los jóvenes ni entre los adultos, sin embargo entre las personas de avanzada edad, encontramos que las mujeres cubanas tienden a pensar más sobre cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado.

**En la relación entre el género y el país en función de la edad**, en nuestros resultados, reflejados en el *cuadro 4.24.*, encontramos que los hombres jóvenes cubanos piensan más que en comparación con los demás son poco valiosos y piensan más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.

Entre los adultos, tanto los hombres como las mujeres españoles han notado su pensamiento especialmente enlentecido y han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía, mientras que en Cuba, las mujeres se han hecho o han temido hacerse daño, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han creído incapaces para tomar decisiones y han sido especialmente pesimistas. En cuanto a las personas de avanzada edad no aparece sintomatología depresiva.

**En la interacción entre tipo de población y el país**, en función de la edad, como podemos ver en el *cuadro 4.24.*, la mayor parte de la sintomatología depresiva aparece entre los adultos, seguida de los jóvenes y las personas de avanzada edad.

En relación a los jóvenes, los españoles se critican más a sí mismos en la población clínica mientras que los cubanos son más críticos consigo mismos en la población subclínica. En la población clínica los españoles han notado su pensamiento especialmente enlentecido, han tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacían y han tenido más problemas de memoria de lo habitual, mientras que los cubanos han tenido más percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros eran incapaces de percibir y que creían

inexistentes y han tenido convicciones o pensamientos que los demás creían falsos.

Entre los adultos, la sintomatología depresiva se manifiesta en la población clínica en los españoles y en la población subclínica en Cuba. En la población clínica los españoles han tenido pensamiento y convicciones que otros creen falsos, han pensado más que sus problemas no tienen solución, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida y en la forma en la que podrían quitarse la vida, han notado su pensamiento especialmente enlentecido, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han creído más incapaces para tomar decisiones, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían, han sido especialmente pesimistas y han estado más preocupados sin razones concretas y han tenido más problemas de memoria de lo habitual.

Los cubanos adultos, en la población clínica, han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les sucedieron en el pasado. En la población subclínica, que es dónde encontramos la mayoría de los valores significativos, los cubanos han tenido más percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros eran incapaces de percibir y que creían inexistentes y han tenido convicciones o pensamientos que los demás creían falsos, han pensado que sus problemas no tienen solución, han pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y han estado especialmente preocupados sin razones concretas.

Entre las personas de avanzada edad, tanto los españoles como los cubanos se critican a sí mismos y los españoles tienen su pensamiento especialmente enlentecido en la población clínica

**Respecto a la relación entre sexo, tipo de población y país**, la mayoría de la sintomatología depresiva aparece en los jóvenes y en los adultos, menos síntomas depresivos en las personas de avanzada edad. Llama la atención que entre los jóvenes, las mujeres españolas y los hombres en Cuba tienen más síntomas depresivos, mientras que en los adultos y en las personas de avanzada

edad ocurre justo al contrario, son los hombres en España y las mujeres en Cuba las que tienen mayor sintomatología depresiva.

Entre los jóvenes, las mujeres españolas y los hombres cubanos, han pensado que en comparación con los demás son menos valiosos, han tenido pensamientos o convicciones que otros creen falsos, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma en la que podrían quitarse la vida y se han creído incapaces de tomar decisiones en la población clínica.

Entre los adultos, los hombres españoles y las mujeres cubanas, han tenido el pensamiento especialmente enlentecido, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, se han creído incapaces para tomar decisiones, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían, han sido especialmente pesimistas y han estado más preocupados sin razones concretas, también en la población clínica.

En las personas de avanzada edad, los hombres en España y las mujeres en Cuba han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.

En la literatura no encontramos sintomatología propia de España y Cuba por lo que no podemos contrastar nuestros resultados, como ya hemos mencionado en repetidas ocasiones en hipótesis anteriores. En el contexto intercultural surge la necesidad de una clínica en donde la cultura sea un argumento más que enriquezca la relación entre el clínico y el paciente. Esta necesidad de desarrollar una clínica cultural queda constatada cuando exploramos diferentes culturas. Es importante adentrarnos en la cultura para descubrir los entresijos en los que se desenvuelven las personas, sus particulares formas de expresión, y los parámetros desde los que enfocan la realidad que les rodea así como sus respuestas y estilos de afrontamiento que en muchas ocasiones son precipitan la forma característica de enfermar o la salud poblacional de un país.

**Cuadro 4.24.** Interacción sexo\* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas cognitivos. (Elaboración propia).

Jóvenes 18-25	Adultos 35-55	Edad avanzada >65
<p><b><u>Sexo* país:</u></b></p> <p>-Ha pensado que en comparación con los demás es usted una persona poco valiosa (mujeres cubanas). -Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida (hombres cubanos).</p> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>-Se ha criticado a sí mismo (p. clínica española y p. sub. cubana). -Ha visto, oído o percibido...etc. (p. clínica cubana). -Ha tenido convicciones o pensamientos extraños.etc. (p. clínica cubana). -Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido (p. clínica española). Ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía (p. clínica española). -Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual (p. clínica española).</p>	<p><b><u>Sexo* país:</u></b></p> <p>-Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido (hombres y mujeres españoles). -Se ha hecho o temido hacerse daño a sí mismo (mujeres cubanas). -Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones (mujeres cubanas). -Ha creído que usted era incapaz para tomar decisiones (mujeres cubanas). -Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía (hombres y mujeres españoles). -Ha sido especialmente pesimista (mujeres cubanas).</p> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>-Ha visto, oído o percibido...etc (p.sub. cubana). -Ha tenido convicciones o pensamientos extraños...etc. (p. clínica española y p. sub. cubana). -Ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución (p. clínica española y p. sub. cubana).</p>	<p><b><u>Sexo* tp:</u></b></p> <p>- Ha tendido a pensar en cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado (mujeres p. sub.).</p> <p><b><u>Tp* país:</u></b></p> <p>- Se ha criticado a sí mismo (p. clínica española y cubana). -Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido (p. clínica española).</p> <p><b><u>Sexo* tp*país:</u></b></p> <p>-Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida (mujeres p. clínica española y hombres p. clínica cubana).</p>

(Continúa)

**Cuadro 4.24.** Interacción sexo\* tipo de población (tp) y país en función de la edad en los síntomas cognitivos. (Elaboración propia).(Continuación).

Jóvenes 18-25	Adultos 35-55	Edad avanzada >65
<p><b><u>Sexo* tp*país:</u></b></p> <p>-Ha pensado que en comparación con los demás es usted una persona poco valiosa (mujeres p. españoles y hombres p. clínica cubanos).                      -Ha tenido convicciones o pensamientos extraños...etc (mujeres p. españoles y hombres p. clínica cubanos).                      -Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida (mujeres p. españoles y hombres p. clínica cubanos).                      -Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida (mujeres p. españoles y hombres p. clínica cubanos).                      -Ha creído que era incapaz para tomar decisiones (mujeres p. españoles y hombres p. clínica cubanos).</p>	<p><b><u>Tp* país: (Continúa).</u></b></p> <p>-Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida (p. clínica española y p. sub. cubana).                      -Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida (p. clínica española).                      -Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido (p. clínica española).                      -Ha tendido a pensar cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado (p. clínica cubana).                      -Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones (p. clínica española).                      -Ha creído que usted era incapaz para tomar decisiones (p. clínica española).                      -Ha tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacía (p. clínica española).                      -Ha sido especialmente pesimista (p. clínica española).                      -Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta (p. clínica española y p. sub. cubana).                      -Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual p. clínica española).</p> <p><b><u>Sexo* tp*país:</u></b></p> <p>-Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).                      -le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).                      -Ha creído que era incapaz para tomar decisiones (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).                      -Ha tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).                      -Ha sido especialmente pesimista hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).                      -Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta (hombres p. clínica española y mujeres p. clínica cubana).</p>	



## V. CONCLUSIÓN

---



## 5.1 CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos destacamos las siguientes conclusiones en relación a cada una de las hipótesis planteadas.

### **Hipótesis 1. Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el género que serán distintas según el tipo de síntomas.**

Según nuestros resultados, en esta hipótesis queda confirmada la diferencia de sintomatología depresiva en función del género. La sintomatología depresiva de los distintos componentes varía en función del género, en los seis grupos de síntomas (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos).

Determinadas variables son especialmente características de hombres o mujeres. Concretamente, entre las mujeres aparecen valores superiores en dificultad para dormir, concretamente encuentran más dificultades al iniciar el sueño, más molestias o dolores de lo habitual, tienden a aislarse más que los hombres, falta de interés por todo o casi todo, mayor disminución de interés sexual, tiende a criticarse más a sí misma, mayor disminución de su satisfacción con la vida, se siente más triste o abatida, se siente una carga para los demás, siente más inquietud al anticipar más cosas negativas, llora más, tiene más miedo de lo habitual sin razón concreta, le cuesta más trabajo tomar decisiones, se siente más incapaz para tomar decisiones y siente más inquietud, como si algo malo fuera a pasar, mientras que en los hombres aparece en mayor medida el consumo de alcohol y determinados aspectos de la ideación suicida como pensar en la posibilidad de quitarse la vida y pensar sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.

**Hipótesis 2. Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el tipo de población (normal, subclínica y clínica) que serán distintas según el tipo de síntomas.**

Según nuestros resultados, esta hipótesis queda confirmada al obtener en la mayoría de los síntomas estudiados, puntuaciones superiores en el grupo clínico (aquellos que reúnen los criterios diagnósticos para el episodio depresivo), en los seis grupos de síntomas (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos). La sintomatología depresiva de los distintos componentes varía según el tipo de población.

En los síntomas físicos nuestros resultados arrojan diferencias significativas en la práctica totalidad de los síntomas, consistentes en valores superiores en la población clínica. La sintomatología depresiva con implicaciones físicas, como la dificultad para estar quieto, disminución de apetito, sentimiento de enlentecimiento, encontrarse más fatigado o estar más cansado más de lo habitual, dormir más horas de lo habitual, dormir menos de lo habitual, despertar antes de lo habitual, más dificultad para dormirse de lo habitual, tener más molestia o dolores de lo habitual, tener pesadillas o sueño interrumpido, notar sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales, ganar peso sin proponérselo, perder peso sin proponérselo y tener peor estado de ánimo por la mañana, tienen su mayor nivel de significación, en la población clínica.

En los síntomas Interpersonales encontramos en nuestro estudio que los síntomas, aislarse de los demás, tener más problemas o discusiones de lo habitual con los demás y hablar menos de lo habitual, tienen puntuaciones más elevadas en la población clínica.

En los síntomas motivacionales, en nuestros resultados aparecen diferencias significativas en el tipo de población consistentes en puntuaciones más elevadas en la población clínica en todos los síntomas motivacionales. Los síntomas: dejar de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban, sentir falta de interés por todo o casi todo, pérdida de Interés por

las cosas que le agradan, dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merecería la pena el esfuerzo y disminución de interés sexual.

En los síntomas afectivos, los resultados obtenidos en este estudio refieren que todas las variables del conjunto de síntomas afectivos tienen valores superiores en la población clínica, lo que pone de relieve la implicación afectiva y emocional en la depresión. En nuestros resultados los síntomas: criticarse a sí mismo, pensar que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, disminución de satisfacción con la vida, sentirse triste o abatido, pensar en la posibilidad de quitarse la vida y pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida, pérdida de confianza en sí mismo, hacerse o temer hacerse daño a sí mismo, sentirse una carga para los demás, sentirse inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, estar más irritable de lo habitual, llorar, tener más miedo de lo habitual sin una razón concreta, estar especialmente preocupado sin una razón concreta, estar preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, tener sentimientos de vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, sentimientos de fracaso y sentimientos de inutilidad, tener una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, notar que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y tener peor estado de ánimo por la mañana.

En los síntomas conductuales, la mayoría de los síntomas encontramos diferencias significativas que ponen de relieve que en seis de los siete síntomas conductuales: hablar menos de lo habitual, consumir más alcohol de lo habitual, empeoramiento de la eficacia a la hora de hacer cosas, llorar, disminución del nivel de actividad y dejar de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo, aparecen valores superiores en la población clínica.

Y en el nivel cognitivo, los síntomas criticarse a sí mismo, pensar que en comparación con los demás la persona se siente poco valiosa, tener percepciones visuales, auditivas o percibir de alguna forma cosas que otros son incapaces de percibir y que creen inexistentes, tener convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, pensar que los problemas

sus actuales no tienen solución, pensar en la posibilidad de quitarse la vida y pensar sobre la forma en la que podría quitarse la vida, notar el pensamiento especialmente enlentecido, hacerse o temer hacerse daño a sí mismo, tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, sentirse una carga para los demás, tener más dificultad de lo habitual para tomar decisiones, creer en la propia incapacidad para resolver sus problemas, sentirse inquieto con la sensación de que algo malo va a ocurrir, tener especiales problemas para concentrarse en lo que hacía, tener pensamientos especialmente pesimistas, estar especialmente preocupado sin una razón concreta, tener más problemas de memoria de lo habitual y estar preocupado de forma especial por la salud sin motivo concreto, aparecen diferencias significativas consistentes en puntuaciones superiores en la población clínica.

**Hipótesis 3. Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos según el país que serán distintas según el tipo de síntomas.**

Según nuestros resultados respecto a las diferencias en función del país, queda constatado que la sintomatología depresiva varía según el país en los seis grupos de síntomas estudiados (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos), obteniendo en la mayoría de los ítem mayor presencia de sintomatología depresiva significativa en Cuba que en España

En nuestros resultados hallamos los siguientes síntomas con diferencias significativas en función del país en cada uno de los seis grupos de síntomas:

En los síntomas físicos, en nuestros resultados aparecen diferencias significativas en la mayoría de los síntomas (12 de los 15 síntomas). En función del país encontramos que en Cuba aparece la mayor parte de la sintomatología depresiva en el grupo de síntomas físicos. Los cubanos tienen mayor aumento y disminución de apetito, duermen menos horas y se levantan antes de lo habitual, les ha costado dormirse más de lo habitual, han sentido más molestias

y dolores de lo habitual, han tenido pesadillas o su sueño ha sido intranquilo, se han notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo, han ido perdiendo o bien ganando peso sin proponérselo y su estado de ánimo es peor por la mañana. En la muestra española aparecen valores superiores en el síntoma, se ha sentido especialmente enlentecido.

En los síntomas Interpersonales, obtenemos en nuestros resultados solo una variable con diferencias significativas consistente en valores superiores en Cuba en el síntoma, ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás.

En relación a los síntomas Motivacionales, nuestros resultados ponen de relieve que en Cuba hay mayor disminución de interés sexual que en España.

En cuanto a los síntomas Afectivos, encontramos que todas las diferencias significativas indican mayor presencia de sintomatología en Cuba. Los cubanos se critican más a sí mismos, se sienten más tristes o abatidos, piensan más en la posibilidad de quitarse la vida, se sienten una carga para los demás y muestran más sentimientos de inquietud como si algo malo fuera a pasar, lloran más y están más preocupados sin razón concreta, se preocupan más por su salud sin un motivo concreto, tienen una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante y su estado de ánimo es peor por la mañana que los españoles.

En los síntomas conductuales, nuestros resultados reflejan que los españoles presentan mayores quejas en el síntoma ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, mientras que los cubanos indican mayor frecuencia en la conducta de llanto.

Por último, en los síntomas cognitivos, en nuestros resultados encontramos que los españoles muestran quejas en enlentecimiento del pensamiento y en dificultad para concentrarse, mientras que en Cuba aparecen valores superiores en autocrítica, aparece mayor sintomatología de carácter psicótico, indefensión, ideación suicida y tienden a pensar más sobre cosas desagradables que les sucedió en el pasado, se sienten una carga para los

demás, se sienten inquietos con el pensamiento de que algo malo va a suceder, están especialmente preocupados sin razón concreta y se preocupan más por su salud sin motivo.

**Hipótesis 4. Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el género, variará a su vez, dependiendo del tipo de población.**

Según nuestros resultados, esta hipótesis queda confirmada al comprobar que la sintomatología depresiva de los distintos componentes según el género varía en función del tipo de población.

**En los síntomas físicos** las mujeres han tenido más pesadillas o su sueño ha sido más interrumpido en la población clínica, en la población subclínica tienen valores superiores en pérdida de peso sin proponérselo y en la población normal presentan valores superiores en los síntomas ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido y ha perdido peso sin proponérselo, mientras que los hombres han perdido peso sin proponérselo en la población clínica y tienen pesadillas o su sueño es interrumpido en la población subclínica.

**En los síntomas interpersonales y motivacionales,** no aparecen en nuestros resultados diferencias sintomatológicas según el género en función del tipo de población.

En cuanto a los **síntomas afectivos,** nuestros resultados reflejan que en todos los casos los hombres tienen más síntomas depresivos de tipo afectivo, en la población clínica, así, los hombres piensan más en la posibilidad de quitarse la vida, han pensado más sobre la forma de quitarse la vida, han perdido más confianza en sí mismos y se han hecho o temido hacerse daño mientras que las mujeres tienen mayor sintomatología depresiva en la población subclínica y la población normal en los mismos síntomas. En la variable hacerse o haber temido hacerse daño a sí mismo, no aparecen diferencias en función del género en la población normal.

Respecto a los **síntomas Conductuales**, en nuestros resultados aparecen diferencias significativas en la población clínica, siendo los hombres quienes incrementan en mayor medida el consumo, mientras que esta circunstancia no aparece en el caso de las mujeres.

Por último, en los **síntomas Cognitivos**, en nuestros resultados encontramos que los hombres han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como sería posible quitarse la vida y se han hecho o han temido hacerse daño en la población clínica. Mientras que en la población subclínica han tendido a pensar cosas desagradables del pasado.

En las mujeres, la mayoría de las puntuaciones superiores a los hombres, se concentran en las poblaciones subclínica y normal, excepto en la tendencia a pensar cosas desagradables que ocurrieron en el pasado, síntoma en el que aparecen valores superiores en la población clínica. En la población subclínica se han hecho o han temido hacerse daño y en las poblaciones subclínica y normal, han pensado más sobre posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma de cómo podrían quitarse la vida.

### **Hipótesis 5. Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el género, variará a su vez, dependiendo del país.**

Según nuestros resultados, esta hipótesis queda confirmada al comprobar que la sintomatología depresiva de los distintos componentes según el género varía en función del país en los síntomas físicos, interpersonales, afectivos y cognitivos, sin embargo no encontramos resultados en las interacciones entre el género y el país en los síntomas motivacionales y conductuales.

En los síntomas Físicos, encontramos que en Cuba las mujeres pierden más peso sin proponérselo mientras que los hombres pierden más peso sin proponérselo en España.

En cuanto a los síntomas Interpersonales, nuestros resultados ponen de relieve, que las mujeres han tendido a aislarse más de los demás tanto en España como en Cuba, mientras que los hombres españoles son los que han tendido a aislarse más de los demás que las mujeres.

Respecto a los síntomas afectivos, nuestros resultados reflejan que los hombres en España y las mujeres en Cuba tienden a presentar valores significativamente superiores en la sintomatología afectiva. Así, los hombres españoles y las mujeres cubanas, se han hecho o temido hacerse daño, se han sentido más vacíos con la sensación de no tener sentimientos, han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

En relación a los síntomas cognitivos, en España encontramos que los hombres tienen mayor sintomatología depresiva que las mujeres mientras que en Cuba son las mujeres las que tienen mayor sintomatología depresiva. Así los hombres españoles, han tendido más a dañarse a sí mismos, han notado su pensamiento especialmente enlentecido, se han hecho o han temido hacerse daño a sí mismos, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, han tenido más problemas para concentrarse en lo que hacían y han sido especialmente pesimistas, mientras que las mujeres españolas se han sentido más incapaces para tomar decisiones. En Cuba, las mujeres tienen mayores valores en la sintomatología depresiva en todas las variables significativas, han notado su pensamiento especialmente enlentecido, se han hecho o han temido hacerse daño a sí mismas, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han sentido más incapaces para tomar decisiones, han tenido más problemas para concentrarse en lo que hacían y han sido especialmente pesimistas.

Respecto a los síntomas Motivacionales y Conductuales, no encontramos resultados que relacionen el género y el país.

**Hipótesis 6. Las diferencias en sintomatología depresiva de distinto tipo según el país, variará a su vez dependiendo el tipo de población (normal, clínica y subclínica).**

Según nuestros resultados, esta hipótesis queda confirmada al comprobar que la sintomatología depresiva de los distintos componentes según el tipo de población normal, subclínica y clínica, varía en función del país en los seis grupos de síntomas.

En los síntomas físicos encontramos que en España aparece la sintomatología depresiva en las poblaciones clínica y normal. En la población clínica los españoles están más cansados o fatigados de lo normal y han ido ganando peso sin proponérselo y en la población normal se han sentido especialmente enlentecidos y se han sentido más fatigados o cansados de lo habitual. En Cuba la mayor parte de la sintomatología depresiva aparece en la población subclínica: se han sentido especialmente enlentecidos, se han encontrado más fatigados o cansados de lo habitual y han ganado y perdido peso sin proponérselo, apareciendo estos últimos síntomas también en las poblaciones clínica y normal.

En los síntomas Interpersonales, nuestros resultados, ponen de relieve mayor presencia de sintomatología depresiva en los españoles en la población clínica, mientras que los cubanos tienen más síntomas depresivos en las poblaciones subclínica y normal. Los españoles han hablado menos de lo habitual en la población clínica mientras que los cubanos han tendido a aislarse más de los demás en las poblaciones subclínica y normal y han hablado menos de lo habitual en la población normal.

En cuanto a los síntomas motivacionales, en nuestros resultados encontramos que en la población clínica los españoles han sentido falta de interés por todo o casi todo, han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo y han disminuido su interés sexual. En la población subclínica son los cubanos los que han sentido falta de interés por todo o casi todo, han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía

la pena el esfuerzo y han disminuido su interés sexual. En la población normal los cubanos han sentido falta de interés por todo o casi todo, han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía el esfuerzo mientras que los españoles han disminuido su interés sexual.

En relación a los síntomas afectivos nuestros resultados reflejan que en todos los casos en la población clínica los españoles obtienen valores superiores, mientras que en las poblaciones subclínica y normal es en Cuba dónde se manifiesta en mayor medida la sintomatología depresiva. En la población clínica, los españoles se critican más a sí mismos, se sienten más tristes o abatidos, se han sentido inquietos con la sensación de que algo malo fuera a pasar, han estado más irritables de lo habitual, han tenido más miedo del habitual sin una razón concreta, se han sentido más vacíos o han sentido ausencia de sentimientos y tienen más sentimientos de culpa. En las poblaciones subclínica y normal, los cubanos se critican más a sí mismas, se sienten más tristes o abatidos, se han sentido inquietos con la sensación de que algo malo fuera a pasar, han estado más irritables de lo habitual, han tenido más miedo del habitual sin una razón concreta, se han sentido más vacíos o han sentido ausencia de sentimientos y tienen más sentimientos de culpa.

En los síntomas conductuales en los resultados de este estudio es dónde se reúnen la mayoría de las diferencias en sintomatología depresiva en los componentes según el tipo de población y dónde más variación aparece en función del país.

En la población clínica los españoles hablan menos de lo habitual, han empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, han disminuido su nivel de actividad y han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo. En la población subclínica, en cuanto a hablar menos de lo habitual, los cubanos y los españoles tienen la misma significación, mientras que en el resto de las variables significativas son los cubanos los que han empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, han disminuido su nivel de actividad y han dejado de hacer cosas por pensar que no merece la pena el

esfuerzo. En la población normal, los españoles hablan menos de lo habitual, tienen mayor empeoramiento de la eficacia a la hora de hacer cosas y han disminuido su nivel de actividad.

En los componentes Cognitivos, nuestros resultados ponen de relieve que la sintomatología depresiva en función del tipo de población varía en función del país.

En la población clínica, todas las variables significativas ponen de relieve mayor sintomatología depresiva en los españoles: han notado su pensamiento especialmente enlentecido, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han creído más incapaces para tomar decisiones, se han sentido inquietos como si algo malo fuera a ocurrir, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían, se han sentido especialmente pesimistas y han tenido más problemas de memoria de lo habitual.

En la población subclínica, y normal, en Cuba se distribuyen la mayoría de los valores significativos. A los cubanos, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, se han creído más incapaces para tomar decisiones, se han sentido inquietos como si algo malo fuera a ocurrir, se han sentido especialmente pesimistas mientras que los españoles se han tenido más problemas de memoria de lo habitual.

En cuanto a tener el pensamiento especialmente enlentecido no aparecen diferencias en función del país ni en la población subclínica ni en la población normal y en relación a tener más problemas de lo habitual para concentrarse en lo que hacían, no aparecen diferencias en función del país en la población subclínica.

**Hipótesis 7. Los resultados mostrarán diferencias en síntomas depresivos de distinto tipo en función de las interacción entre las variables género, tipo de población (normal, subclínica y clínica) y país.**

Según nuestros resultados, esta hipótesis queda confirmada al comprobar que la sintomatología depresiva de los distintos componentes según el género, varía en función de las implicaciones de país y tipo de población.

En los síntomas físicos los resultados indican que las mujeres españolas tienen mayor presencia de sintomatología depresiva en la población clínica, mientras que en Cuba los hombres tienen presencia de sintomatología depresiva en los tres tipos de población y las mujeres tienen más síntomas depresivos en la población clínica.

Las mujeres españolas en la población clínica han tenido más dolores o molestias de lo habitual y han tenido más pesadillas o su sueño ha sido interrumpido en mayor medida. En Cuba tanto las mujeres como los hombres han tenido más pesadillas o sueño interrumpido en la población clínica, mientras que en las poblaciones subclínica y normal los hombres tienen más molestias o dolores de lo habitual.

En relación a los síntomas Interpersonales y motivacionales, nuestros resultados no reflejan relación entre el género, tipo de población y país.

En cuanto a los síntomas Afectivos, los resultados obtenidos en este estudio ponen de relieve la mayor presencia de sintomatología depresiva en la mujer en las poblaciones clínica y subclínica y de los hombres en la población normal en España. En Cuba la distribución en función del género es totalmente opuesta, poniendo de relieve que en la población clínica los hombres obtienen puntajes más elevados, mientras que las mujeres tienen mayor sintomatología depresiva en las poblaciones subclínica y normal.

En España, las mujeres de la población clínica y subclínica, han pensado más que en comparación con los demás son menos valiosas, han disminuido su satisfacción con la vida, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma en la que podrían quitarse la vida. En la población clínica y normal se han sentido más inútiles y en la población subclínica y normal han tenido sensación nueva y especialmente fuerte de haber perdido algo importante y en la población normal han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.

Los hombres españoles de las población clínica han tenido la sensación nueva de haber perdido algo importante, en la población subclínica se han sentido más inútiles y en la población normal, han pensado que en comparación con los demás se sienten poco valiosos, han disminuido su satisfacción con la vida y han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida.

En Cuba los hombres tienen mayor sintomatología depresiva de tipo afectivo en la población clínica. Los hombres han pensado que en comparación con los demás son poco valiosos, han disminuido su satisfacción con la vida, han pensado sobre la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como podrían quitarse la vida y se sienten más inútiles. En la población subclínica han tenido sensación nueva y especialmente fuerte de haber perdido algo importante y en la población normal, han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.

Las mujeres cubanas tienen sintomatología depresiva en la población clínica en una sola variable, han tenido la sensación nueva de haber perdido algo importante, en el resto de las variables los valores significativos se distribuyen en las poblaciones subclínica y normal, en las que han pensado que en comparación con los demás son poco valiosas, han disminuido su satisfacción con la vida, han pensado sobre la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como podrían quitarse la vida y se han sentido más inútiles.

Respecto a los síntomas conductuales no encontramos datos en este estudio que arrojen diferencias en sintomatología depresiva según el género en

función de las implicaciones reciprocas de país y tipo de población en los síntomas Conductuales

Por último, en los síntomas cognitivos, los resultados de este estudio ponen de relieve que en España, las mujeres tiene mayor sintomatología cognitiva que los hombres en las poblaciones clínica y subclínica y los hombres mayores valores en sintomatología cognitiva en la población normal.

En función del país, en España las mujeres en la población clínica se sienten poco valiosas cuando se comparan con los demás, han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes, han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como podrían quitarse la vida y han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado. En la población subclínica, se sienten poco valiosas cuando se comparan con los demás, han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como podrían quitarse la vida y en la población normal, han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes, han pensado sobre la forma como podrían quitarse la vida.

Los hombres españoles, no tienen valores significativos en la población clínica, la sintomatología depresiva en función del tipo de población se distribuye en las poblaciones subclínica y normal. En la población subclínica han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes y han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado y en la población normal, se han creído poco valiosos al compararse con los demás, han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado.

En Cuba, son los hombres los que tienen valores más significativos en la población clínica en la mayoría de las variables, mientras que las mujeres obtienen mayor significación en las poblaciones subclínica y normal.

En la población clínica los hombres cubanos se sienten poco valiosos cuando se comparan con los demás, han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes, han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como podrían quitarse la vida. En la población subclínica han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes y han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado y en la población normal, no han obtenido valores significativos.

Las mujeres cubanas en la población clínica han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado, en la población subclínica se sienten poco valiosas cuando se comparan con los demás, han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como podrían quitarse la vida y en la población normal, han pensado que en comparación con los demás son personas poco valiosas, han visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma como podrían quitarse la vida y han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado.

**Hipótesis 8. Los efectos de la interacción de las variables género, tipo de población y país sobre los distintos tipos de síntomas depresivos, estarán a su vez influenciadas por la edad.**

En los resultados de nuestro estudio, encontramos diferencias de género que varían en función del tipo de población y el país en los tres rangos de edad, en cada uno de los grupos de síntomas (Físicos, Interpersonales, Afectivos, Cognitivos, Motivacionales y Conductuales).

En los síntomas físicos en función del género, nuestros resultados indican que las mujeres jóvenes tienen más molestias o dolores de lo habitual aunque no encontramos diferencias en función del país. Las mujeres adultas se

sienten especialmente enlentecidas y las cubanas han tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido. En cuanto a encontrar dificultades para dormir mayores de lo habitual, aparece significativo en las mujeres adultas, sin embargo no encontramos diferencias en función del país. Respecto a las personas de avanzada edad los hombres de edad avanzada duermen más de lo habitual.

En la interacción entre sexo y tipo de población los hombres jóvenes les ha costado dormirse más de lo habitual y han ido perdiendo peso sin proponérselo en la población clínica. Entre los adultos los hombres han aumentado su apetito y las mujeres han disminuido su apetito en la población clínica, mientras que en las personas de avanzada edad no aparecen valores significativos.

En relación a la interacción entre sexo y país, nuestros resultados ponen de relieve que entre los jóvenes no aparecen diferencias significativas, sin embargo en los adultos, los hombres cubanos han aumentado su apetito y los hombres españoles han dormido más de lo habitual, mientras que las mujeres adultas cubanas tienen peor estado de ánimo por la mañana. Respecto a las personas de avanzada edad, las mujeres cubanas han disminuido su apetito y su estado de ánimo es peor por la mañana.

En la interacción entre tipo de población y país, los jóvenes españoles tienen valores superiores en la población clínica en los síntomas ha disminuido su apetito y se ha encontrado más fatigados o cansados de lo habitual. Los adultos tienen valores superiores en la población clínica española en los síntomas no podía estar quieto, se ha sentido especialmente enlentecido, se ha despertado antes de lo habitual, le ha costado dormirse más de lo habitual y se ha notado sudores, palpitaciones, temblores y otros síntomas de nerviosismo no habituales, mientras que los cubanos, también en la población clínica, han perdido peso sin proponérselo. En relación a las personas de avanzada edad, en la población clínica los españoles ha tenido pesadillas o su sueño ha sido interrumpido y los cubanos han perdido peso sin proponérselo, mientras que en la población subclínica, los cubanos han dormido más horas de lo habitual.

Al analizar las interacciones entre **sexo, tipo de población y país**, encontramos que entre los jóvenes los hombres españoles y las mujeres cubanas, ambos en la población clínica, han dormido menos de lo habitual, en los adultos, la distribución de los valores sigue la misma secuencia en sendos países, así, tanto en España como en Cuba, las mujeres adultas presentan disminución de apetito y han tenido pesadillas o su sueño es intranquilo en la población clínica. En las personas de avanzada edad, las mujeres de ambos países se han sentido especialmente enlentecidas mientras que los hombres, también en sendos países, han dormido más horas de lo habitual en la población clínica, sintomatología que no aparece significativa entre los jóvenes y los adultos.

Respecto a los **síntomas interpersonales**, nuestros resultados muestran que entre los jóvenes no aparecen diferencias en función del sexo y respecto a los adultos, las mujeres han tendido a aislarse de los demás, han tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás y hablan menos de lo habitual. En cuanto a las personas de edad avanzada hablan menos de lo habitual.

En relación a la interacción entre **sexo y país**, nuestros resultados muestran que las mujeres adultas de Cuba tienden a aislarse más que los hombres y que las mujeres jóvenes y de avanzada edad. Entre los jóvenes y las personas de avanzada edad no aparecen interacciones significativas entre el sexo y el país.

En cuanto a la interacción entre **tipo de población y país**, encontramos que los jóvenes y los adultos españoles tienden a aislarse más de los demás en la población clínica que las personas de avanzada edad, mientras que éstas hablan menos de lo habitual, síntoma que no aparece entre los jóvenes y los adultos.

En cuanto a la interacción entre **sexo y tipo de población**, entre los jóvenes, las mujeres han tendido a aislarse de los demás en la población clínica. Entre los adultos los hombres han tenido más problemas o discusiones de lo

habitual en la población clínica y en las personas de avanzada edad no aparece ninguna interacción con valores significativos.

En la interacción entre **sexo, tipo de población y país**, encontramos que los jóvenes las mujeres españolas y los hombres cubanos tienen valores superiores en la población clínica. Entre los adultos las mujeres españolas y los hombres cubanos tienen valores superiores en el síntoma ha tendido a aislarse de los demás en la población clínica, tanto las mujeres españolas como las cubanas han tenido más problemas o discusiones de lo habitual en la población clínica y los hombres españoles y las mujeres cubanas han hablado menos de lo habitual en la población clínica. En las personas de avanzada edad no aparece ninguna interacción significativa.

**En los síntomas motivacionales** aparece mayor sintomatología depresiva de tipo motivacional en la población clínica. Las diferencias en función del género, tipo de población y país para cada rango de edad, sugieren que en los jóvenes aparece menos significación en relación a los adultos y en las personas de edad avanzada, en las que se manifiestan niveles significativos en todas las variables.

En cuanto a las diferencias en función del **género**, apreciamos que entre los jóvenes, los hombres han perdido interés por cosas que le agradaban y las mujeres han disminuido su interés sexual. Entre las personas maduras, las mujeres han dejado de experimentar placer por cosas que antes les agradaban, han sentido falta de interés por todo o casi todo, han perdido el interés por cosas que le agradaban y han disminuido su interés sexual, sintomatología que no tiene nivel de significación entre las personas de avanzada edad.

En cuanto al **tipo de población**, en todas las variables motivacionales, apreciamos que en los tres rangos de edad aparece sintomatología depresiva de tipo motivacional: ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban, ha sentido falta de interés por todo o casi todo, ha perdido vd. Interés por las cosas que le agradaban, ha dejado de hacer algunas cosas por

pensar que no merecía la pena el esfuerzo y ha disminuido su interés sexual, tienen valores superiores en la población clínica

En relación al **país** no aparece sintomatología depresiva significativa en los jóvenes ni en los adultos, entre las personas de edad los españoles tienen mayor disminución de apetito sexual.

Respecto a la interacción entre **género y tipo de población**, en los jóvenes no aparece ninguna interacción significativa, en los adultos y en las personas de avanzada edad, las mujeres han dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.

En la interacción entre **sexo y país**, entre los jóvenes, los hombres cubanos han perdido interés por cosas que les agrada, y las mujeres españolas han disminuido su interés sexual. Entre los adultos, las mujeres cubanas han sentido falta de interés por todo o casi todo, han perdido más interés por cosas que les agradan y han disminuido su interés sexual. Por su parte en las personas de avanzada edad, la pérdida de interés por cosas que le agradan, aparece en nuestros resultados que los hombres españoles y las mujeres cubanas obtienen valores iguales. Respecto a dejar de hacer cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo, los hombres de avanzada edad españoles obtienen los resultados más elevados.

Al analizar la relación en función del **tipo de población y el país**, encontramos que la mayoría de la sintomatología depresiva aparece entre los adultos seguida de las personas de avanzada edad, apareciendo menor sintomatología depresiva en los jóvenes. Los jóvenes españoles tienen más falta de interés por todo o casi todo en la población clínica. En cuanto a los adultos, los españoles han dejado de experimentar placer con cosas que antes les agradaban, han sentido falta de interés por todo o casi todo, han perdido interés por cosas que les agradan y tienen mayor disminución de apetito sexual en la población clínica y entre las personas de avanzada edad, los españoles han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo también en la población clínica.

**Respecto a la interacción entre sexo, tipo de población y país** no aparece sintomatología depresiva en los jóvenes ni en las personas de avanzada edad, sin embargo entre los adultos, las mujeres en la población clínica de ambos países, han dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban y los hombres españoles y las mujeres cubanas, ambos en la población clínica, han perdido interés por cosas que le agradaban.

**En los síntomas afectivos**, en relación al **sexo**, obtenemos en nuestros resultados que entre los jóvenes, las mujeres han estado más irritables de lo normal y lloran más y en las personas de avanzada edad, también las mujeres se sienten una carga para los demás.

Entre los adultos se encuentran la mayoría de las diferencias en relación al sexo, poniendo de relieve que las mujeres tienen más sintomatología depresiva que los hombres. Se sienten menos valiosas cuando se comparan con los demás, muestran mayor disminución de satisfacción con la vida, se sienten más tristes o abatidas, muestran mayor pérdida de confianza en sí mismas, se han sentido una carga para los demás, se han sentido más inquietas como si algo malo fuera a pasar, han estado más irritables de lo normal, lloran más, tienen más miedo de normal sin una razón concreta, han estado especialmente preocupadas sin una razón concreta, han tenido más sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles, han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

Respecto a las diferencias en el **tipo de población**, encontramos en nuestros resultados que todos los síntomas afectivos: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, ha disminuido su satisfacción con la vida, se ha sentido triste o abatido, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha perdido confianza en sí mismo, se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo, se ha sentido una carga para los demás, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha estado más irritable

de lo habitual, ha llorado, ha tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto, se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos, ha tenido sentimientos de culpa, ha tenido sentimientos de fracaso, se ha sentido inútil, ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana, aparece en los tres rangos de edad en la población clínica.

En cuanto a las diferencias en función del **país**, podemos apreciar que entre los jóvenes los cubanos se sienten más tristes o abatidos, lloran más, han tenido una sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante, han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban y su estado de ánimo ha sido peor por la mañana.

Entre los adultos, los españoles se sienten menos valiosos cuando se comparan con los demás, han pensado más sobre la forma de quitarse la vida y tienen menos confianza en sí mismos, han tenido más sentimientos de vacío, como si no tuvieran sentimientos, tienen más sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles, mientras que los cubanos, se critican más a sí mismos, se han sentido más inquietos, como si algo malo fuera a pasar y se preocupan más por su salud sin motivo concreto y en las personas de avanzada edad, los cubanos se han criticado a sí mismos, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida, han pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, se han sentido una carga para los demás, se han notado especialmente preocupados sin una razón concreta y han tenido sentimientos de fracaso.

**En la interacción entre sexo y tipo de población** en los distintos rangos de edad, en nuestros resultados encontramos que entre los jóvenes, los hombres tienen más pérdida de confianza en sí mismos en la población clínica, mientras que entre los adultos son las mujeres las que tienen mayor disminución de satisfacción con la vida y están más irritables de lo normal en población clínica.

**En cuanto a la interacción entre sexo y país**, podemos apreciar que **en España**, entre los jóvenes, los hombres tienen menos confianza en sí mismos y están más preocupados sin razón concreta, y las mujeres han pensado que en comparación con los demás se sienten menos valiosas, han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, mientras que en **Cuba**, los hombres han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida mientras que las mujeres tienen más sentimientos de vacío y ausencia de sentimientos.

Respecto a los adultos las mujeres cubanas tienen mayor disminución de satisfacción con la vida, se han hecho o han temido hacerse daño a sí mismas, se han sentido una carga para los demás y se sienten más irritables de lo habitual, tienen más sentimientos de fracaso, han notado que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban y su estado de ánimo es peor por la mañana.

En las personas de avanzada edad no aparece sintomatología depresiva que relacione el sexo y el país.

**Referente al tipo de población y el país**, entre los jóvenes españoles se critican más a sí mismos, manifiestan mayor disminución de satisfacción con la vida, se sienten más tristes o abatidos y tienen más pérdida de confianza en sí mismos en la población clínica.

En los adultos, no varía el patrón respecto a los jóvenes, puesto que en todos los casos la sintomatología depresiva se manifiesta en la muestra española en la población clínica. Los adultos españoles de población clínica, muestran mayor disminución de satisfacción con la vida, se han sentido más tristes o abatidos, han pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma de cómo podrían quitarse la vida, muestran mayor pérdida de confianza en sí mismos, han estado más irritables de lo normal, lloran más, han tenido más miedo de lo habitual sin una razón concreta, han estado especialmente preocupados sin una razón concreta, han tenido más sentimientos de vacío o ausencia de sentimientos, tienen más sentimientos de

fracaso, se sienten más inútiles y han tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante.

Entre las personas de avanzada edad en el síntoma criticarse a sí mismo, no aparece diferencia de género entre ambos países y tanto en España como en Cuba, las personas de avanzada edad se critican a sí mismas, sin embargo, en relación a notar que no se alegraban lo suficiente por las cosas buenas que les pasaban, son los españoles en la población clínica los que tienen mayor presencia del síntoma.

**Al analizar la relación entre sexo, tipo de población y país,** la mayoría de las interacciones aparecen entre los jóvenes, seguidos de los adultos y las personas de avanzada edad y en todos los casos aparece mayor sintomatología depresiva de tipo afectivo en la población clínica.

Entre los jóvenes, las mujeres españolas han pensado que en comparación con los demás se creen menos valiosas, tienen mayor disminución de satisfacción con la vida, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, han tenido sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles, mientras que en Cuba sin embargo, son los hombres los que comparándose con los demás se creen menos valiosos, tienen mayor disminución de satisfacción con la vida, han pensado más en la posibilidad de quitarse la vida y en la forma de quitarse la vida, han tenido más sentimientos de fracaso y se sienten más inútiles.

Entre los adultos, los españoles están más irritables de lo habitual, tanto los hombres como las mujeres. En los síntomas ha tenido sentimientos de fracaso y ha tenido la sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante, los hombres tienen más sentimientos de fracaso y tienen la sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante. En Cuba las mujeres se sienten más irritables de lo habitual, tienen más sentimientos de fracaso y tienen la sensación nueva especialmente fuerte de haber perdido algo importante en la población clínica.

En las personas de edad avanzada, en España, las mujeres de avanzada edad han pensado sobre la forma en la que podrían quitarse la vida mientras que los hombres han notado que se alegraban menos por las cosas buenas que les pasaban, ambos en la población clínica. En Cuba sin embargo, también en la población clínica, son los hombres los que han pensado sobre la forma en la que podrían quitarse la vida mientras que las mujeres han notado que se alegraban menos por las cosas buenas que les pasaban.

**En los síntomas conductuales** las diferencias en función del género, tipo de población y país que obtenemos en nuestros resultados, reflejan que la mayoría de la sintomatología depresiva aparece en los adultos.

En cuanto al **sexo** en función de la edad, los resultados de nuestro estudio muestran que entre los jóvenes, los hombres consumen más alcohol de lo habitual y las mujeres lloran más. Entre los adultos las mujeres han hablado menos de lo habitual, han hablado menos de lo habitual, ha empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, lloran más, ha disminuido su nivel de actividad y han dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo y en las personas de avanzada edad, las mujeres hablan menos de lo habitual y han consumido más alcohol de lo habitual.

En relación al **tipo de población** en función de la edad, tanto los jóvenes como los adultos, en la población clínica, hablan menos de lo habitual, ha empeorado la eficacia a la hora de hacer cosas, lloran más, ha disminuido su nivel de actividad y han dejado de hacer cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo. Las personas de avanzada edad, también en la población clínica, han hablado menos de lo habitual, han consumido más alcohol de lo habitual, ha empeorado la eficacia a la hora de hacer cosas, ha llorado, ha disminuido su nivel de actividad y han dejado de hacer cosas por pensar que no merece la pena el esfuerzo.

En función de la edad y el **país** encontramos que entre los jóvenes, en Cuba lloran más y en España ha disminuido más el nivel de actividad.

Respecto a los adultos, los españoles hablan menos de lo habitual, han empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas, lloran más y han disminuido su nivel de actividad.

En cuanto a las personas de avanzada edad, los cubanos tienen valores superiores en el síntoma llorar.

**Respecto al sexo y tipo de población en función de la edad** en los jóvenes y en los adultos no aparece sintomatología depresiva conductual y en relación las personas de edad avanzada, los hombres consumen más alcohol de lo habitual en la población clínica.

**Respecto a la relación entre tipo de población y país**, que entre los jóvenes, los españoles en la población clínica han empeorado su eficacia a la hora de hacer cosas y han disminuido su nivel de actividad.

Entre los adultos, en la población clínica española han consumido más alcohol de lo habitual, mientras que en Cuba consumen más alcohol del habitual en las poblaciones subclínica y normal. Los españoles de la población clínica, han empeorado su eficacia para hacer cosas, lloran más y han disminuido su nivel de actividad.

**Respecto a la relación entre sexo, tipo de población y país**, no encontramos interacciones ni en los jóvenes ni en las personas de avanzada edad, apreciando que se dan relaciones significativas entre los adultos.

Respecto a hablar menos de lo habitual, los hombres españoles y las mujeres cubanas hablan menos de lo habitual en la población clínica.

**En los síntomas cognitivos** encontramos diferencias de género en función de la edad, en menor medida entre los jóvenes y las personas de edad avanzada que entre los adultos.

En todas las variables significativas en función de **género** las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva. Entre los jóvenes, las mujeres han notado su pensamiento especialmente enlentecido, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han creído más incapaces para tomar decisiones. Entre los adultos, también las mujeres han pensado que en comparación con los demás son personas poco valiosas, han tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, han pensado que sus problemas actuales no tienen solución, han notado su pensamiento especialmente enlentecido, se han sentido una carga para los demás, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, se han creído más incapaces para tomar decisiones, se han sentido más inquietas, como si algo malo fuera a ocurrir, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían y se han mostrado especialmente permisivas. En relación a las personas de edad avanzada, las mujeres, se han sentido una carga para los demás y se han creído más incapaces para tomar decisiones.

Referente al **tipo de población**, tanto los jóvenes como los adultos y las personas de avanzada edad tienen mayor presencia de sintomatología depresiva en la población clínica. Los síntomas cognitivos son: se ha criticado a sí mismo, ha pensado que en comparación con los demás es Vd. una persona poco valiosa, ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes, ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos, ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución, ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida, ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida, ha notado su pensamiento especialmente enlentecido, se ha hecho o ha temido hacerse

daño a sí mismo, ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado, se ha sentido una carga para los demás, le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas, se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir, ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía, ha sido especialmente pesimista, ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta, ha tenido más problemas de memoria de lo habitual, se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto

En relación al **país**, encontramos entre los jóvenes, los españoles se han notado el pensamiento especialmente enlentecido, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían, mientras que en Cuba, han visto, oído o percibido de alguna forma, cosas que otros era incapaces de percibir o crían inexistentes, han tenido más convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos y han pensado que sus problemas actuales no tienen solución.

Entre los adultos, los españoles, han pensado que en comparación con los demás se creen menos valiosos, han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida, han notado su pensamiento especialmente enlentecido y han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían. En Cuba, se critican más a sí mismos, han tendido a pensar en cosas desagradables que les ocurrieron en el pasado, se han sentido más inquietos, como si algo malo fuera a ocurrir y se han preocupado más por su salud sin motivo concreto.

Entre las personas de avanzada edad los españoles han notado su pensamiento especialmente enlentecido, mientras que los cubanos, se critican más a sí mismos, han pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma de cómo podrían quitarse la vida, han tendido a pensar cosas desagradables que les han ocurrido en el pasado, se han sentido una carga para los demás y han estado especialmente preocupados sin razón concreta.

**Respecto a la interacción entre el género y el tipo de población en función de la edad**, no aparece sintomatología depresiva entre los jóvenes ni entre los adultos, sin embargo entre las personas de avanzada edad, encontramos que las mujeres cubanas tienden a pensar más sobre cosas desagradables que le han ocurrido en el pasado.

**En la relación entre el género y el país en función de la edad**, en nuestros resultados, encontramos que los hombres jóvenes cubanos piensan más que en comparación con los demás son poco valiosos y piensan más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.

Entre los adultos, tanto los hombres como las mujeres españoles han notado su pensamiento especialmente enlentecido y han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacía, mientras que en Cuba, las mujeres se han hecho o han temido hacerse daño, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han creído incapaces para tomar decisiones y han sido especialmente pesimistas. En cuanto a las personas de avanzada edad no aparece sintomatología depresiva.

**En la interacción entre tipo de población y el país**, en función de la edad, como, la mayor parte de la sintomatología depresiva aparece entre los adultos, seguida de los jóvenes y las personas de avanzada edad.

En relación a los jóvenes, los españoles se critican más a sí mismos en la población clínica mientras que los cubanos son más críticos consigo mismos en la población subclínica. En la población clínica los españoles han notado su pensamiento especialmente enlentecido, han tenido especiales problemas en concentrarse en lo que hacían y han tenido más problemas de memoria de lo habitual, mientras que los cubanos han tenido más percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros eran incapaces de percibir y que creían inexistentes y han tenido convicciones o pensamientos que los demás creían falsos.

Entre los adultos, la sintomatología depresiva se manifiesta en la población clínica en los españoles y en la población subclínica en Cuba. En la población clínica los españoles han tenido pensamiento y convicciones que otros creen falsos, han pensado más que sus problemas no tienen solución, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida y en la forma en la que podrían quitarse la vida, han notado su pensamiento especialmente enlentecido, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones y se han creído más incapaces para tomar decisiones, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían, han sido especialmente pesimistas y han estado más preocupados sin razones concretas y han tenido más problemas de memoria de lo habitual.

Los cubanos adultos, en la población clínica, han tendido a pensar más sobre cosas desagradables que les sucedieron en el pasado. En la población subclínica, que es dónde encontramos la mayoría de los valores significativos, los cubanos han tenido más percepciones visuales o auditivas sobre cosas que otros eran incapaces de percibir y que creían inexistentes y han tenido convicciones o pensamientos que los demás creían falsos, han pensado que sus problemas no tienen solución, han pensado más sobre la posibilidad de quitarse la vida y han estado especialmente preocupados sin razones concretas.

Entre las personas de avanzada edad, tanto los españoles como los cubanos se critican a sí mismos y los españoles tienen su pensamiento especialmente enlentecido en la población clínica.

**Respecto a la relación entre sexo, tipo de población y país**, la mayoría de la sintomatología depresiva aparece en los jóvenes y en los adultos, menos síntomas depresivos en las personas de avanzada edad. Llama la atención que entre los jóvenes, las mujeres españolas y los hombres en Cuba tienen más síntomas depresivos, mientras que en los adultos y en las personas de avanzada edad ocurre justo al contrario, son los hombres en España y las mujeres en Cuba las que tienen mayor sintomatología depresiva.

Entre los jóvenes, las mujeres españolas y los hombres cubanos, han pensado que en comparación con los demás son menos valiosos, han tenido pensamientos o convicciones que otros creen falsos, han pensado en la posibilidad de quitarse la vida y sobre la forma en la que podrían quitarse la vida y se han creído incapaces de tomar decisiones en la población clínica.

Entre los adultos, los hombres españoles y las mujeres cubanas, han tenido el pensamiento especialmente enlentecido, les ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones, se han creído incapaces para tomar decisiones, han tenido especiales problemas para concentrarse en lo que hacían, han sido especialmente pesimistas y han estado más preocupados sin razones concretas, también en la población clínica.

En las personas de avanzada edad, los hombres en España y las mujeres en Cuba han pensado más sobre la forma en la que podrían quitarse la vida.

En la literatura no encontramos sintomatología propia de España y Cuba por lo que no podemos contrastar nuestros resultados, como ya hemos mencionado en repetidas ocasiones en hipótesis anteriores. En el contexto intercultural surge la necesidad de una clínica en dónde la cultura sea un argumento más que enriquezca la relación entre el clínico y el paciente. Esta necesidad de desarrollar una clínica cultural queda constatada cuando exploramos diferentes culturas. Es importante adentrarnos en la cultura para descubrir los entresijos en los que se desenvuelven las personas, sus particulares formas de expresión, y los parámetros desde los que enfocan la realidad que les rodea así como sus respuestas y estilos de afrontamiento que en muchas ocasiones son precipitan la forma característica de enfermar o la salud poblacional de un país.

## 5.2. DIFICULTADES ENCONTRADAS

Aunque para este estudio hemos contado con una muestra amplia de 820 sujetos, bastante equitativa y ajustada en cuanto al género y el país, hemos encontrado limitaciones a la hora de explicar las diferencias de género en la depresión a nivel clínico y subclínico, así mismo nos resulta difícil explicar las diferencias de género y delimitar los rasgos propios de cada cultura.

Sería interesante seguir investigando para hallar la forma en la que se relaciona la depresión con el género y el país. Para este tipo de investigación sería conveniente contrastar los resultados de distintos países con el fin de establecer patrones culturales en función de las diferencias en el género y la edad.

## 5.3. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten conocer las diferencias de género en la distribución de la sintomatología depresiva entre España y Cuba, al mismo tiempo que la distribución en los jóvenes, adultos y personas de avanzada edad de ambos países. No solo nos permite saber qué grupo de edad presenta mayores puntuaciones en depresión sino que también nos permite conocer la sintomatología propia de hombres y mujeres y de cada grupo de edad, así como de cada género dentro de cada grupo de edad. Además hemos delimitado los factores psicosociales que influyen en la depresión según el país España y Cuba y la diferencia de género en cada grupo de edad.

Este estudio nos permite trabajar en éste ámbito, prestando especial atención a las características depresivas de cada género, en función del país de procedencia y de la edad.

## 5.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Son muchas las investigaciones que se han centrado en la relación que existe entre la depresión y el género, así como entre la depresión y la edad, pero pocas incluyen las tres variables juntas depresión-género y edad, además de separar la muestra clínica, subclínica y normal.

Así mismo, respecto a la variable transcultural, hemos encontrado líneas de investigación centradas en las diferencias entre distintas culturas, sin embargo, no hemos encontrado investigaciones centradas en las diferencias en la sintomatología depresiva propia de cada país, ni en las diferencias de género, la edad y el tipo de población, normal subclínica y clínica.

Existe un claro consenso a la hora de considerar a la mujer más vulnerable a la depresión en comparación con el hombre, aunque no está tan claro en qué momento de la evolución del ciclo vital un género es más vulnerable que el otro, encontrando varias líneas de investigación que atribuyen diferentes motivos a los factores que intervienen. La distribución entre género-edad-depresión no está clara y si le añadimos la cultura aún se desconoce mucho más. En la medida que vayamos conociendo más sobre los factores interculturales podremos aclarar un poco más qué pasa con la evolución de la depresión en cada género y grupo de edad y su desarrollo en cada cultura.

Este trabajo nos permite ver la relación de dichas variables, así como la posibilidad de continuar investigando en esta línea intercultural, indagando los fenómenos culturales propios de cada país, que pueden marcar la existencia o no de ciertas características clínicas en el inicio y evolución de la depresión, con el fin de precisar instrumentos de evaluación y diagnóstico de la depresión que tengan en cuenta los factores interculturales ligados al género y a la edad.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



- Akiskal, H.S. (1991). An integrative perspective on recurrent mood disorders: The mediating role of personality. In: J. Becker y A. Kleinman (Eds.), *Psychosocial aspects of depression* (pp. 215-235). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Acosta, C. (2007). Ansiedad y depresión en Adultos Mayores Mexico: *Psicología y salud*. Consultado en <http://realyc.vaemex.mx>
- Aguilar-Gaxiola, S.; Kramer, E.; Resendez, C. y Magaña, C. (2008). The context of depression in Latinos in the United States. En: Aguilar- Gaxiola S, Gullotta T, ed. *Depression in Latinos. Assessment, treatment and prevention*. New York: Springer.
- Aldere, E.; Vega, W.A. y Kolody, B. (2000). Lifetime prevalence of risk factors for psychiatric disorders among mexican migrant farmworkers in California. *American Journal of Public Health*, 90: 608-614.
- Alexopoulos & Cheste (2001). Interventions for depressed elderly primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 553-559.
- Almond, S. y Healey, A. (2003). Mental health and absence from work. New evidence from the UK Quarterly Labour Force Survey. *Work and Society*, 17: 731-742.
- Alonso, J.; Angermeyer, MC.; Bernert, S.; Bruffaerts, R.; Brugha, T.S.; Bryson, H. et al. (2004). Prevalence of disorders in Europe: Result from the Europe Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand Supl* 2004; 420: 21 - 27.
- Alonso, M.; De Abajo, F.J.; Martínez, J.J. y Montero, D. (1997). Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin (Barc)* 1997; 108:161-6.
- Alonso-Fernández F. (2002). *Las claves de la depresión*. Madrid: Cooperación Editorial.
- Alonso-Fernández F. (1998). *El cuestionario estructural tetradimensional para el diagnóstico y la clasificación de la depresión. 4ª edición; Madrid: Publicaciones Tea; 1998.*
- Alonso-Fernández F. *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor; 1988.*

- Al-Otaibi, B.; Al-Wegayyan, A.; Taher, H.; Sarkov, E.; Gloom, A. y Asseri, F. (2007). Depressive symptoms among Kuwaiti pupation attending primary healthcare setting: Prevalence and influence of sociodemographic factors. *Mad princ Practice*; 16(5):384-88.
- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potential biological determinants. *Hormonal Behavior*, 50 (4): 534-53.
- American Psychiatric Association (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition ed.), *American Psychiatric Association, Washington, D.C.* (DSM-IV-TR).
- Anderson, D.N. (2001). Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Ageing*, 30, 13-17.
- Andreasen, N.C. (1985). Conceptos, diagnósticos y clasificación. En E.S. Paykel (Ed.), *Psicopatología de los trastornos afectivos* (pp. 50-82). *Madrid: Pirámide* (Publicación original: 1982).
- Angermeyer, M.C.; Matschinger, H. y Riedel-Heller, S.G. (2001). What to do about mental disorder – help-eeeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 220-225.
- Angold, A.; Erkanli, A.; Silberg, J.; Eaves, L. y Costello, J. (2002). Depression scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (8), 1052-1063.
- Angst, J. y Dobler-Mikola, A. (1984). Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *Journal of Affective Disorders*, 7, 189-198.
- Angst, J.; Gamma, A.; Gastpar, M.; Lépine, J.P.; Mendelewicz, J. y Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 252, 201-209.
- Antonatos, S.; Ilias, S.; Georgiadis, S.; Kasiakogia, E.; Vasilakou, J. y Michalakeas, A. (2005). Suicide attempts: Differences between the two genders. *Psychiatriki*, 16 (2), 154-165.
- Arguelles, E.; Pacheco, L.; Etxebeste, M.; Malo, O. y Aguelles, M. (2004). Suicidio en el anciano. Depresión y Soledad del anciano en la ciudad. *Psiquis*, 19; 188-224.

- Atxotegui, J. y Castelló, M. (1995). Emigración y salud mental: planteamientos básicos y estudio de los casos atendidos en 1995 en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPiR) de Barcelona. III Encuentro Internacional sobre "La Tolerancia". Valencia.
- Avery, D. y Silverman, J. (1984). Psychomotor retardation and agitation in depression: relationship to age, sex, and response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 7, 67-76.
- Ayuso, J.L. (2004). Depresión: una prioridad en salud pública. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 123 (5): 181-186.
- Ayuso-Gutierrez, J.L. (1984). Later life depression: clinical and therapeutic aspects. In J.H. Davis y J.W. Maas (Eds.). *The Affective Disorders* (pp. 203-210). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ayuso-Mateos, J.L. A. (2004). Depresión: una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)*, 123(5), 181-6.
- Ayuso-Mateos, J.L.; Vázquez-Barquero, J.L.; Dowrick C.; Lehtinen, V.; Dalgard, O.S.; Casey, P. y otros (2001). Depressive disorders in Europe. Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-314.
- Bagby, R.M.; Gilchrist, E.J.; Rector, N.A.; Joffe, R.T. y Levitt, A. (2002). The stability and validity of the sociotropy and autonomy personality dimensions. *Cognitive Therapy and Research* (in press).
- Baghai, T.; Möller, HJ. y Rupprecht, R. (2008). Recent Progress in pharmacological and Non Pharmacological Treatment Option of Major Depression. *Current Pharmaceutical Desing*; 12:503-515.
- Bailey, A.A. y Hurd, P.L. (2005). Depression in men is associated with more feminine finger length ratios. *Personality and Individual Differences*, 39 (4), 829-836.
- Ballenger, J.C.; Davidson, J.R.T.; Lecrubier, Y.; Nutt, D.J.; Kirmayer, L.J.; Lkpine, J.P.; et al.(2001). Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (13): 47-55.

- Ballesteros, S.; Vitriol, V.; Florenzano, R.; Vacarezza, L. y Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2007; 45(4): 288-295.
- Barnett, P. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguish among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104:97-126.
- Barrett, J. (1987). Prevalence of depression and its correlates in a general medical practice. *Journal of Affective Disorders* 1987; 12: 167-174.
- Barriguete, M, J. A.; Reartes, D.; Venegas, R.M. y Moro, M.R. (2003). "Psiquiatría perinatal intercultural. Fundamentos". En: *Barriguete M., J.A. Psiquiatría perinatal e intercultural PAC Psiquiatría -4*. Libro 1, pp. 41-48. México, Intersistemas.
- Bebbington, P. (1998). Editorial: Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
- Bebbington, P.; Dunn, G.; Jenkins, R. et al. (2003). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: A report from the National Survey of Psychiatry Morbidity. *International Review of Psychiatry*, 15 (1-2), 74-83.
- Bebbington, P.; Dunn, G.; Jenkins, R. et al. (2003). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: A report from the National Survey of Psychiatry Morbidity. *International Review of Psychiatry*, 15 (1-2), 74-83.
- Beck, A.T.; Guth, D.; Steer, R.A. y Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behavior Research and Therapy*, 35, 785-791.
- Beck, AT., et al (2011). Beyond depression: Toward a process-based approach to research, diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Science and Practice*; 18;275-299.
- Beekman, A.T.F.; Deeg, D.J.H.; Smit, J.H. y van Tilburg, W. (1995b). Predicting the course of depression in the older population: results from a community-based study in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 34, 41-49.

- Belló, M.; Puentes, E.; Medina, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública* 2005; 47 (1):S4- S11.
- Benazzi, F. (1999). Prevalence and clinical features of atypical depression in depressed outpatients: a 467-case study. *Psychiatry Research*, 86, 259-265.
- Benazzi, F. (2000b). Female depression before and after menopause. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69 (5), 280-283.
- Benjet, C.; Borges, G.; Medina-Mora, ME.; Méndez, E.; Fleiz, C.; Rojas, E., et al. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psíquicos en los adolescentes de la ciudad de México. *Salud mental*; 31:155-63.
- Benjet, C.; Borges, G.; Medina-Mora, ME.; Méndez, E.; Fleiz, C.; Rojas, E., et al. (2010). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psíquicos en los adolescentes de la ciudad de México. *Salud mental*; 31:155-63.
- Bennett, HA.; Einarson, A.; Taddio, A.; Koren, G. y Einarson, TR. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol. Apr*; 103(4):698-709.
- Bienbenu, OJ.; Samuels, JF.; Costa, PT.; Reti, I., et al. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher louver-order personality trait investigations in a community sample. *Depress-Anxiety*: 20:92-97.
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: An Literature review. *Health Care for Women International*, 29 (6): 568-592.
- Binitie, A. (1975). A factor analytic study of depression across cultures. *British Journal of Psychiatry*, 127: 559-563.
- Bishop, D.V.M. (2002). Speech and language difficulties. In M. Rutter y E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4th edn, pp. 664-681). *Oxford: Blackwell Scientific*.
- Blair-West, G.W. y Mellsop, G.W. (2001). Major depression: does a gender-based down-rating of suicide risk challenge its diagnostic validity?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 322-328.

- Blanco Picabia, A.; Carretero Dios, H.; Spielberger, C.; Pitti, C. y Agudelo, D. (2005). Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud mental*, 28 (3), 32-41.
- Bland, R.C.; Orn, H. y Newman, S.C. (1988). Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77 (338), 24-32.
- Blazer, D.G. (2002). Epidemiology of Depression: Prevalence and Incidence. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry, 2nd edn.*, 389-392.
- Blazer, D.G.; Bachar, J.R. y Manton, K.G. (1986). Suicide in late life: review and commentary. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 519-525.
- Borda, P. (2012). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud, Barranquilla [online]*. vol.29, n.1, pp. 64-73. ISSN 0120-5552. Final del formulario Principio del formulario.
- Bornstein, R.F. y Cecero, J.J. (2000). Deconstructing dependency in a five-factor world: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 74, 324-343.
- Brendan, C. (1994). Recognition and treatment of depression in primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (12): 18-34.
- Breslau, J.; Borges, G.; Hagar, Y.; Tancredi, D. y Gilman, S. (2009). Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: variation by origin and age at immigration. *Psychol Med* 39:1117-1127.
- Brook, D.W.; Brook, J.S.; Zhang, C.; Cohen, P.; Whiteman, M., (2002). Drug use and the risk of mayor depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 59: 1039-44.
- Brownhill, S; Wilhelm, K.; Barclay, L. y Schmied, V. (2005). "Big Build": hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (10), 921-931. Carbonell Masía. Aspectos epidemiológicos y transculturales. *Pathos 65: Número monográfico: depresión*. 1984.
- Cairney, J. y Wade, T.J. (2002). The influence of age on gender differences in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 401-408.
- Callanan, VJ. y Davis, MS. (2011). Gender differences in suicide methods *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. May 22.

- Caraveo-Anduaga, J.; Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental*, 22 (2): 7-17.
- Carter, J.D.; Joyce, P.R.; Mulder, R.T.; Luty, S.E. y McKenzie, J. (2000). Gender differences in the presentation of depressed outpatients: a comparison of descriptive variables. *Journal of Affective Disorders*, 61, 59-67.
- Carver, C.S.; Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Castro, M.; Ramírez, S.; Aguilar, L. y Díaz, V. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Neurol Neurocir Psiquiatr* 39(4): 132 - 137.
- Chinchilla, A. (2003). Guía terapéutica de las depresiones. Capítulos 2 y 12. Barcelona: Masson.
- Cohen, S. y Rodríguez, M.A. (1995). Pathways linking affective disturbance and physical disorders. *Health Psychology*, 14, 374-380.
- Comas, A. y Álvarez, E. (2004). Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española. *Acta Española de Psiquetría*, 32 (6), 371-376.
- Conner, KR. (2004). Predisposing and precipitating factor for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clinical Experimental Research*. 28:65-17S.
- Consultores para Europa Bernard Krief. (2004). Gabinete de Estudios Sociológicos. El coste social de los trastornos de salud mental en España. Madrid: Bernard Krief, 2004.
- Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia psicológica*. 23(1)43-56.
- Crespo, C.J.; Smith, E.; Troian, R.P.; Bartruff, S.J.; Macera, C.A.; Anderson, R.E. (2001). Television watching energy intake, and obesity in us children. *Arch Podiatry Adolescent Med*, 155:360-5.
- Cunningham, J.; Yonkers, KA.; O'Brien, S. y Eriksson, E. (2009). Update on research and treatment of premenstrual dysphonic disorder. *Harv Rv Psychiatry*; 17(2):120-37.
- Crowther, J.H. (1985). The relationship between depression and mental Disease (1985). 173:227-231.

- Cyranowski, J.M.; Frank, E.; Young, E. y Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Daniels, J. (2005). Weight and with concerns: are they associated with reported depressive symptoms in adolescents. *J Pediatr Health Care*, 19, 33-41.
- Danielsson, U. y Johansson, E.E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 171-177.
- Davidson, J.R. y Meltzer-Brody, S.E. (1999). The underrecognition and under treatment of depression: what is the breadth and depth of the problem?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (7), 4-9.
- De Coster, S. (2005). Depression and law violation: Gendered responses to gendered stresses. *Sociological Perspectives*, 48 (2), 155-187.
- Dean, A.; Kolody, B. y Wood, P. (1990). Effects of Social Support from Various Sources on Depression in Elderly Persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 148-161.
- Departament of Health and Human Services (1999). Mental health: a report of the Surgeon General. *Rockville (Maryland): National Institute of Mental Health*.
- Der, G. y Bebbington, P.E. (1987). Depression in inner London: a register study. *Social Psychiatry*, 22, 73-84.
- Devereux, G. (1973). Ensayos de etnopsiquiatría general. Barcelona, España.
- Diala, C.C.; Muntaner, C.; Walrath, C. et al. (2001). Racial/ethnic differences in attitudes toward seeking professional mental health services. *American Journal of Public Health*, 91: 805-807.
- Díaz, M.; Martínez, B. y Calvo, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12, 19-25.
- Diazgranados, N.; Ibrahim, L.; Brutsche, NE.; Newberg, A.; Kronstein, P.; Khalife, S.; Kammerer, WA.; Quezado, Z.; Luckenbaugh, DA.; Salvatore, G.; Machado-Vieira, R.; Manji, HK. y Zarate, CA. (2010). Randomized Add-on Trial of an N- methyl-D-aspartate Antagonist in Treatment-Resistant Bipolar Depression. *Arch Gen Psychiatry*. August; 67(8): 793–802.

- Dio, E. (1991). La depresión en la mujer. Madrid: *Ediciones TH*, 1991.
- Eagles, J.M. y Whalley, L.J. (1985). Ageing and affective disorders: the age at first onset of affective disorders in Scotland, 1969-1978. *British Journal of Psychiatry*, 147, 180-187.
- Eley, T.C. (2008). Attribution style as a risk marker of genetic effects for adolescent depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*; 117(4):849-59.
- Ernst, C. y Angst, J. (1995). Depression in old age. Is there a real decrease in prevalence? A review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 245, 272-287.
- Escobar, J.; Gómez, J. y Tuason, V.D. (1983). Depressive phenology in North and Southamerican Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 140: 147-151.
- Escurra, J.; González-Pinto, A. y Gutierrez, M. (2006). *Psiquiatría y Mujer. Aula Médica, Ediciones, Madrid.*
- Essau, Ca. (2009). Early onset of antidepressant action impact on primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (5-14): 4-6.
- Essau, Ca. (2010). Course and outcome of major depressive disorder in moon-referred adolescents' *Affect Dis* ; 99:191-201.
- Essex, M. y col. (1985). Intimacy and depression in older women *Psychiatry*. 48: 159-178.
- Esteban, M. y Peña, M. (2001). Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes irregulares en el área de Usera-Villaverde (Madrid). *Atención Primaria*, 27: 28-35.
- Farmer, A.; Korszun, A.; Michael, J.; Gray, J.; Jones, I. y Jones, L. (2010). Medical disorders in people with recurrent depression. *Br J, psychiatry*; 192; 351-55.
- Fine, A. (2010). *Handbook on animal-assisted Therapy. Theoretical Foundation and Guidelines for practice (3a.ed.)*. [Manual de terapia asistida por animales. Fundamentación Teórica y guía para la práctica]. *San Diego, CA, EE.UU: Academic Press.*
- Fitch, K.D. (2002). The influence of culture and social support on postpartum depression. *Proquest Digital Dissertations: Abstracts and Indexing*, ID 727389531.

- Fleming, J.E. y Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Florenzano, R.; Acuña, J.; Fullerton, C. y Castro, C. (1998). Estudio comparativo de frecuencia de trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 126: 397-405.
- Flores Ramos, M. y Ontiveros Uribe, M. (2008), Hormonas Gonadales y depresión en la perimenopausia. *Rev Colomb Psiquiatry*; 37(2): 236-46
- Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism: A review. *Psychological Medicine*, 29, 769-786.
- Foster, J.R.; Cataldo, J.K. y Boksay, I.J.E. (1991). Incidence of depression in a medical long-term facility: findings on a restricted sample of new admissions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 13-20.
- Frank, M.G.; Wieseler, Frank, J.L.; Hendricks, S.E.; Burke, W.J. y Johnson, D.R. (2002). Age at onset of major depressive disorder predicts reductions in NK cell number and activity. *Journal of Affective Disorders*, 71, 159-167.
- Freeman, EW. (2010). Association of depression With The Transition to menopause. *Menopause*; 17(4):823-27.
- Funabiki, D.; Bologna, N.C.; Pepping, M. y FitzGerald, K.C. (1980). Revisiting sex differences in the expression of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 194-202.
- G.A.P. (2010). Internation guide for mental neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (the GAP). *Ginebra, Organización mundial de la salud*.
- Gabinete de Estudios Sociológicos (1998). Consultores para Europa Bernard Krief. El coste social de los trastornos de salud mental en España. *Madrid: Bernard Krief*.
- García, R. (2007). Ansiedad y depresión en Adultos Mayores Mexico: *Psicología y salud*. Consultado en <http://realyc.vaemex.mx>
- García-Campayo, J. y Lou Arnal, S. (2006). Trastornos afectivos y género. Claves en salud mental Monográfica.

- García-Postilla, M.P. (2009). Depression and perimenopause; a review, *Acts Esp. Pituitary*; 37(4):213-21.
- Garnefski, N.; Teerds, J.; Draaij, V.; Legerstee, J. y Van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276.
- Gath, D.; Osborn, M.; Bungay, G. et al. (1987). Psychiatric disorder and gynaecological symptoms in middle aged women: a community survey. *British Medical Journal*, 294, 213-218.
- Gebhardt, R. y Pietzcker, A. (1985). Sex differences in the psychopathology of in-patients. *European Archives of Psychiatry and Neurology Science*, 235, 92-96.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). Common mental disorders: A bio-social model. *Londres: Routledge*.
- Golding, J. (1988). Gender differences y depressive symptoms Psychology of women Quarterly, 12:61-73.
- Gómez-Restrepo, C. y Rodríguez, M.N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26 (1): 23-35.
- Gómez-Restrepo, C.; Bohórquez, A.; Pinto, D.; Gil, J.F.A.; Rondón, M. y Díaz-Granados, N. (2004). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (6): 378-386.
- González-Fortaleza, C.; Torres, C.; Jiménez, A.; Hernández, I.; González-González, A.F.; Medina-Mora, M.E. y Fernández Valera, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudios de nivel medio superior y superior, en la ciudad de México. *Salud mental*, 34(1):53-59.
- González, C.M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serial on the Internet] Aug; 17(4): 316-320.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J., Amigo, I. (2007): *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy* 7-3.

- González, E. (2003) Relación entre niveles de depresión y tipos de personalidad en estudiantes de carrera profesional de psicología de la Universidad Andina de Cusco.
- Goodwin, R.D. y Gotlib, I.H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135-142.
- Gorn, S.B.; Sainz, M.T. y Icaza, E. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: Diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28 (6), 33-40.
- Gourion, D. (2009). Events of life and links with severe depression at different ages. *Encephale*; 35(7):250-56.
- Griens, AM GF.; Jonke, K.; Spnhover, PH. y Blom, MBJ. (2002). The Influence of depressive state features on trait measurement. *J Affect Discord*, 70:95-99
- Guavita; Falla, PM.; Sanabia Fernand, PA. (2006). Prevalencia de sintomatología de Medicina de la Universidad Militar de Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac Colombia*, 54(2):76-87.
- Gutierrez,G.; Granados,D. y Piar, N.(2007). Interacciones humano-animal:características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psocología*, 16,163-184.
- Hallstrom, T. y Samuelsson, S. (1985). Mental health in the climacteric. The longitudinal study of women in Gothenberg. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 130, 13-18.
- Hamilton, M. (1980). Psychopathology of depressions: quantitative aspects. *Psychiatria Fennica, Suppl.* 5C, 201-205.
- Hammen, C.; Brennan, PA.; Keenan-Miller, D.; Hazel, NA. y Najman, JM. (2010). Chronic and acute stress, gender and serotonin transporter gen-symptoms in youth. *J Child Psychol Psychiatr*, 51(2):180-87.
- Hammen, C.L. y Padesky, C.A. (1977). Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 609-614.
- Hankin, B.L. y Abramson, L.Y. (2007). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.

- Harkness, KL.; Alavi, N.; Monroe, SM.; Slavich, GM.; Gohib, IH.; Bagby, RM. (2012). Gender differences in life events prior to en set of major depressive disorder; The moderating effect of age. *J Abnorm Psychol*, 119(4):791-803.
- Haro, J.M.; Palacín, C.; Vilagut, G.; Martínez, M.; Bernal, M.; Luque, I.; et al.(2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126: 445-451.
- Harris, B.; Oretti, R.; Lazarus, J. et al. (2002). Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *British Journal of Psychiatry*, 180, 327-330.
- Heerlein, A. y Lolas, F. (1993). Las Psicosis Endógenas. *Chile: Ediciones de las Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile*.
- Heerlein,A.; Gabler, G.; Chaparro, C.; Kraus, A.; Richter, P. y Berkau, C. (2000).Comparación psicométrica transcultural de la depression mayor entre Chile y Alemania. *Revista Médica de Chile*, 128 (6): 613-618.
- Henderson, S.; Andrewx, G. y Hall, W. (2000). Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 197-205.
- Herrera P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 2000; 16(6):568-73.
- Hirschfeld, R.M. y Cross, C.K. (1984). Personality, life events, and social factors in depression. In T. Grinspoon (Ed.), *Psychiatry update* (pp. 382- 406). Washington, D.C.: *American Psychiatric Press*.
- Hirst, KP.; Moutier, C.Y. (2010). Postpartum major depression, 82(8):926-33.
- Howerton, A. (2005). Gender differences in coping: Implications for depression and crime. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 66 (3-A), 1170.
- Hunter, M.S. (1990). Emotional well-being, sexual behavior and hormone placement therapy. *Maturitas*, 12, 299-314.
- Hybels CF, y Blazer DG. Epidemiology of la-te-life mental disorders. *Clinics in Geriatric Medicine* 2003 Nov, 19: 663 - 696.

- Ibrahim, L.; Diazgranados, N.; Luckenbaugh, DA.; Machado-Vieira, R.; Baumann, J.; Mallinger, A.G.; Zarate, CA. (2011). Rapid decrease in depressive symptoms with an N-methyl-d-aspartate antagonist in ECT-resistant major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 1155–1159.
- Jackson-Triche, M.E.; Sullivan, G.; Wells, K.; et al. (2000). Depression and health-related quality in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *Journal of Affective Disorders*, 58: 89-97.
- Janzing, JGE.; De Graaf, R.; Ten Have, M.; Vollebergh, WA.; Verhagen, M.; Buitelaar, JK.(2009). Familiarity of depression in the community; association with gender and phenotype of major depressive disorder. *Soc psychiatry Epidemiol*, 44;1067:74
- Jenkins, R.; Bebbington, P.E.; Brougham, T.; et al. (1997). The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain-strategy and method. *Psychological Medicine*, 27, 765-774.
- Jiménez Chaley, MI. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. Recuperados el 10 de Oct 2011 en; <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2008041463>.
- Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30, 11-22.
- Kaplan, G.; Glasser, S.; Murad, H.; Atamna, A.; Alpert, G.; Glodbourt, U. et al. (2010). Depression, 45:967-73.
- Kaplan, HI.; Sadock, BI. (2004). Sinopsis de Psiquiatría. 9ª edición, 913-922.
- Kaplan, A. (1986). The "Self-in-relation»: implications for depression in women *Psychotherapy*, 23: 234-242.
- Kashani, J.H. y Carlson, G.A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 348-350.
- Katsumata, Y.; Arai, A.; Ishida, K.; Tomimori, M.; Denda, K. y Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community, Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (11), 1084-1089.

- Katusic, S.K.; Colligan, R.C.; Barbaresi, W.J.; Schaid, D.J. y Jacobsen, S.J. (2001). Incidence of reading disability in a population-based birth cohort, 1976-1982, Rochester, Minn. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1081-1092.
- Kaufert, P.A.; Gilbert, P. y Tate, R. (1992). The Manitoba Project: a reexamination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14, 143-155.
- Kendler, K.S.; Thornton, L.M. y Prescott, C.A. (2001b). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal Psychiatry*, 158, 587-593.
- Kendler, K.S.; Myers, J. y Prescott, C.A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 162 (2), 250-256.
- Kennedy, G.J.; Kelman, H.R. y Thomas, C. (1991). Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *American Journal Psychiatry*, 148, 147-178.
- Kessler, R.; Berglund, P.; Delmenr, O.; Jin, R.;Koretz, D.;Merikangas,K.;et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder.Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).*Journal of the American Medical Association*, 289 (23): 3095-3105.
- Kessler, R.C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; et al. (1994).Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.
- Khan, A.A.; Gardner, C.O.; Prescott, C.A. y Kendler, K.S. (2002). Gender differences in the symptoms of major depression in opposite-sex dizygotic twin pairs. *American Journal Psychiatry*, 159, 1427-1429.
- Kirmayer, L.J. (2001). Cultural variations in clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (13): 22-28.
- Kochanek, KD,; Murphy, S.L,; Anderson, R.N,; Scott, C,; Deaths: final data for 2002. *National Vital Statistics Reports*, 53(5).

- 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.
- Kong, W.M.; Sheikh, M.H.; Lumb, P.J. y otros (2002). A 6-month randomized trial of thyroxine treatment in women with mild subclinical hypothyroidism. *American Journal of Medicine*, 112, 348-354.
- Kornstein, S.G.; Schatzberg, A.F.; Thase, M.E.; Yonkers, K.A., McCullough, J.P.; Keitner, G.I. (2000). Sertraline Versus Imipramine in chronic Depression. *Am J, Psychiatry*, 157:1445-52
- Kornstein, S.G.; Sloan, D.M.; Thase, M.E. (2002). Gender-specific differences in depression and treatment response. *Psychopharmacol Bull.* Autumn;36(4 Suppl 3):99- 112. Kramers.L. y col. The role of masculinity and femininity in depression and social satisfaction in elderly females». *Sex Roles* 1988: 19: 713-721.
- Kornstein, S.G.; Schatzberg, A.F.; Yonkers, K.A. et al. (1995). Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharmacological Bulletin*, 31, 711-718.
- Kornstein, S.G.; Schatzberg, A.F.; Thase, M.E.; Yonkers, K.A.; McCullough, J.P.; Keitner, G.I.; et al. (2000a). Gender Differences in Treatment Response to Sertraline Versus Imipramine in Chronic Depression. *Psychiatry*, 157:1445-52.
- Kraepelin, E. (1904). Vergleichende Psychiatrie. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 27: 433-437.
- 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 de Saúde Pública*, 38 (3): 365-371.
- Krause, N.M. y Jay, G.M. (1994). What do global self-rated health items measure?. *Medical Care*, 32 (9), 930-942.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 163-174.
- Kupfer, D.J.; Frank, E.; Carpenter, L.L. y Neiswanger, K. (1989). Family history in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 17, 113-119.

- Kuyken, W. y Brewin, C.R. (1994). Intrusive memories of childhood abuse during depressive episodes. *Behavior Research and Therapy*, 32, 525-528.
- Lalive, D.; Epinau, C.H. (1985). Depressed elderly women in Switzerland: an example of testing and of generating theories. *The Gerontological Society of America*, 25: 597-604.
- Landrine, H. (1988). Depression and stereotypes of women: preliminary empirical analyses of the gender-role hypothesis *Sex Roles*, 19:527-541.
- Larkin GL y Beautrais AL (2011). A preliminary naturalistic study of low-dose ketamine for depression and suicide ideation in the emergency department. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14, 1127-1131.
- Le Strat, Y., Dubertret, C.; Le Foll, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disorders*, 135:128-38.
- Lee, J.O.; Kosterman, R.; McCarty, C.A.; et al. (2012). Can patterns of alcohol use disorder in young adulthood help explain gender differences in depression? *Comprehensive psychiatry*, 53 (8): 1071-1077 Loewenthal.
- Lehtinen, V. y Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (377), 7-10.
- Leigh, B.; Milgrom, J. (2008). Risk Factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress, *BMC Psychiatry*, 8:24-37.
- Lindeman, S.; Hämmäläinen, J; Isometsä, E. et al. (2000). The 12 month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 178-184.
- Lloyd, K. (1998). Ethnicity, social inequality and mental illness. *British Medical Journal*, 316: 1763.
- Loewenthal, K.M.; Macleod, A.K.; Lee, M.; Cook, S. y Goldblatt. (2002). Tolerance for depression: are there cultural and gender differences? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 681-688.
- López-Mato AM. (2009). Diferencias neurobiológicas de género. *Alcmeon*. Oct, 16(1): 5-13.

- Lucas, A.; Pizarro, E.; Granada, M.L.; Salinas, I. y Sanmarti, A. (2001). Postpartum thyroid dysfunction and postpartum depression: are they two linked disorders? *Clinical Endocrinology*, 55, 809-814.
- Maes, M. (2002). Effects of age and gender on the classification and phenomenology of unipolar depression. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 29-35.
- Marcus, S.M.; Young, E.A.; Kerber, K.B. y otros (2005). Gender differences: Findings from the STAR\*D study. *Journal of Affective Disorders*, 87 (2-3), 141-150.
- Mathers, C.; Stein, C.; Ma Fat, D.M.; Rao, C.; Inoue, M.; Tomijima, N.; et al. (2002). Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results. *Geneva: WHO*.
- Matud, M.P.; Guerrero, K.; MatíasInt, R.G.(2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en Depresión. *J Clin Health Psychol*, 6(1):7-21.
- McDermot, W.; Zimmerman, M.; Chelminski, I. (2003). The construct validity of depressive personality disorder. *J Ab Psychol*, 112:49-60.
- McNeil, K.F. y Harsany, M. (1989). An Age Difference View of Depression. *Canadian Psychology*, 30, 608-615.
- Menchon, J.M.; Crespo, J.M.; Anton, J.J.(2001). Depresión en ancianos. *Curso de formación continuada en geriatría*, 3: 4 - 12.
- Merck et al. (1999). El Manual Merck. Diagnóstico y terapéutica, 10ª ed. *Rahway, N.Y. USA: Elsevier*.
- Merikangas, K.; Wicki, W. y Angst, J. (1994). Heterogeneity of depression: classification of depressive subtypes by longitudinal course. *British Journal of Psychiatry*, 164, 342-348.
- Mezzich, J. y Raab, E. (1980). Depressive Symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry*, 37: 818-823.
- Miller, L.J. (2002). Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association*, 287, 762-765.
- MINSAP, (2008). Centro de investigación para la tercera edad, la Habana Centro de investigación sobre longevidad Envejecimiento y salud. (actualizado en 2008 citado 2012).

- Miranda, J.; Persons, J. y Byers, C. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 237-241.
- Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 37 (4), 362-380.
- Murray, C.J.L.; López, A. (1996). Global Health Statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. *Cambridge: Harvard School of Public Health*.
- Murray, C.J.L. y López, A. (1996a). The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Cambridge: Harvard School of Public Health*.
- Murray, C.J.L. y López, A. (1996b). Global Health Statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. *Cambridge: Harvard School of Public Health*.
- Murray, C.J.L. y López, A. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020. *Lancet*, 349: 1498-1504.
- Myers, J.K.; Weissman, M.M.; Tischler, G.L. et al. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-970.
- Nazroo, J. (1997). Ethnicity and Mental Health. London: *Policy Studies Institute*.
- Nolan, R. y Willson, V. (1994). Gender and depression in an undergraduate population. *Psychological Reports*, 75, 1327-1330.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *American Psychological Society*, 10 (5), 173-176
- Nolen-Hoeksema, S. y Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17 (1), 116-124.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression in adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- O'Keane, V. (2000). Unipolar depression in women. In M. Steiner, K.A. Yonkers y E. Eriksson (Eds.), *Mood Disorders in Women* (pp. 119-136). *London: Martin Dunitz*.

- Ochoa, L.; Beck, A.T. y Steer, R.A. (1992). Gender differences in comorbid anxiety and mood disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1409-1410.
- Olfson, M.; Zarin, D.A.; Mittman, B.S. y McIntyre, J.S. (2001). Is gender a factor in psychiatrists' evaluation and treatment of patients with major depression? *Journal of Affective Disorders*, 63, 149-157.
- OMS (2001). Mental health: New understanding, new hope. *The World Health Report*.
- OMS. (2009). Salud de la mujer. Nota descriptiva N°334. Noviembre de 2009. *Organización Mundial de la Salud*.
- Oquendo, M.A.; Ellis, S.P.; Greenwald, S.; et al. (2001). Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1652-1658.
- Ormel, J.; Oldehinkel, A.J. y Brilman, E.I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*, 158, 885-891.
- Oropesa, Plejo,; Garcia Wilson, I.; Puente, Sarí, y Matute Gainza. (2009). Terapia Asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento [Version electronica] *MEDISAN*, 14 (6)
- Parker, G.; Gladstone, G. (2001). Depression in the planet's largest ethnic group. The Chinese. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (6).
- Patton, G.C.; Hibbert, M.E.; Carlin, J. et al. (1996). Menarche and the onset of depression and anxiety in Victoria, Australia. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 661-666.
- Pavía Ruz, N.; Civeira Gonzalez, L.; Rosado, Franco. (2009). Síndrome Difórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. *Ginecol Obstet Mex*, 77(4):185-90.
- Pawlby, S.; Hay, D.F.; Sharp, D.; Waters, C.S.; O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disorder*. Mar, 113(3):236-43.
- Paykel, E.S. (1994). Life events, social support, and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 50-58.

- Paykel, E.S. (2001). Stress and affective disorders in humans. *Seminary of Clinical Neuropsychiatry*, 6, 4-11.
- Penninx, B.W.; Guralnik, J.M.; Ferrocio, L.; Simonsick, E.M.; Deeg, D.J.; Wallace, R.B. (2008). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA*, 279:1720-1726.
- Peña AM. (2010). La transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas.
- Pertíñez, J.; Viladés, L.; Clusa, T.; Menacho, I.; Nadal, S. y Muns, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29 (1): 6-13.
- Perugi, G.; Masetti, L.; Simonini, E.; Piagentini, F.; Cassano, G.B. y Akiskal, H.S. (1990). Gender-mediated clinical features of depressive illness. The importance of temperamental differences. *British Journal of Psychiatry*, 157, 435-841.
- Pfeiffer, W.M. (1971). *Transkulturelle Psychiatrie Ergebnisse und Probleme*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- Piccinelli, M. y Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Price, R.B.; Nock, M.K.; Charney, D.S. y Mathew SJ (2009). Effects of Intravenous Ketamine on Explicit and Implicit Measures of Suicidality in Treatment-Resistant Depression. *Biol Psychiatry*. 2009 September 1; 66(5): 522–526. doi:10.1016/j.biopsych.2009.04.029.
- Prieto, A. (2002). Salud Mental: Situación y Tendencias. *Revista de Salud Pública*, 4 (1): 74-88.
- Ramachandran, V.; Menon, M.S. y Arunagiri, S. (1982). Socio-cultural factors in late onset depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 24 (3): 268-273.
- Ramklint, M., Ekselius, L. (2003). Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *J Affect Disord*, 75:35-42.
- Rao, T.S., Andrade C, (2010) Innovative approaches to treatment - refractory depression: The ketamine story. *Indian J Psychiatry*. Apr-Jun; 52(2): 97–99.

- Regier, D.A. ; Boyd, J.H. ; Burke, J.D. et al. (1990). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Ring, J. (1994). Aspectos sociales de la depresión en los ancianos. En J. Buendía, *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Riquelme, A., Buendía, J. & Ruiz, H. (2004). Personalidad, procesos cognitivos y envejecimiento. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y Salud. Perspectivas Actuales (pp.77-92)*. Madrid: Paidós.
- Riquelme, A.; Gómez Díaz y López Navas, A.I. (2006b). Diferencias en sintomatología depresiva a través del desarrollo adulto. *Psicología.com*, 10 (2).
- Risco L. (2010). Menopause: effects of hormonal changes on mood and cognition. *Medwave Mar*; 10(03):e4407.
- Robins, L.N. y Rigier, D.A. (1991). *Psychiatric Disorders in America : The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Rocha Filho EA, Lima JC, Pinho Neto JS, Montarroyos U. (2011). Essential fatty acids for premenstrual syndrome and their effect on prolactin and total cholesterol levels: a randomized, double blind, placebo-controlled study. *Reprod Health*. Jan 17; 8:2.
- Rodríguez A, Ceroni M, Celis S. (2007). Andropausia y trastornos del ánimo. *Rev Int Androl*. Abr; 5(2).
- Rodríguez, D.C.; Dallos C.M.; González, S.J.; Sánchez, Z.M.; Díaz-Martínez, L.A.; Rueda-Jaimes, G.E., et al, (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad Saude Publica*, 21:1402-7.
- Romero Naranjo, F.J. (2013). Criterio de evaluación en la didáctica de la percusión corporal-Método BAPNE. *Educación Siglo XXI*. Vol. 31.1
- Rondón M. (2005). Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Médica Peruana*; 22(1):15-18.
- Rose, D.T.; Abramson, L.Y.; Hodulik, C.J.; Halbestadt, L. Y Leff, G. (1994). Heterogeneity of cognitive style among depressed inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 419-429.

- Rubinow, DR.; Schmidt, P.J.; Roca, C.A. (1998). Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biol Psychiatry*. 1998 Nov 1;44(9):839-50.
- Rutter, M.; Caspi, A. y Moffitt, T.E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), 1092-1115.
- Rutz, W. (1996). Prevention of suicide and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50 (37), 61-67.
- Rutz, W.; Von Knorring, L.; Pihlgren, H.; Rihmer, Z. y Walinder, J. (1995). Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 345, 524.
- Salokangas, R.K.; Batear, K.; Pacrive, S.; Sohlman, B. y Lehtinen, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments?. *Journal of Affective Disorders*, 68, 215-220.
- Santander, J. (2000). Depresión en el adulto mayor. *Boletín de la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile*; 29 (1-2).
- Santander, J. (2005). Depresión en el Adulto Mayor: Abordaje Diagnóstico. *Medwave* 2005 Abr.
- Sartorius, L. (1986). Cross cultural research on depression. *Psychopathology*, 19: 6-11.
- Schmidt, P.J.; Rubinow, D.R. (2009). Sex Hormones and mood in the perimenopausia. *Ann NY Acad Sci*; 1179:70-85.
- Serna, I. (1996). Introducción a la Gerontoneuropsicogeriatría. *Madrid: Jarpyo Editores*; 1996. pp. 7.
- ShanSky, RM. (2010). Estrogen, Stress and the brain: progress toward unraveling gender discrepancies in major depressive disorder. *Expert Rev Neurother* 9(7):967-73.
- Shansky, R.M. (2009). Estrogen stress and the brain; Progress toward unraveling gender discrepancies in major depressive disorder. *Expert Rev Neurother*; 9(7:967-73)

- Sharp, L.K. & Lipsky, M.S. (2002). Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *American Family Physician*, 66 (6), 1001-1008.
- Sichel, D. (2000). Postpartum psychiatric disorders. In M. Steiner, K.A. Yonkers y E. Eriksson (Eds.), *Mood Disorders in Women* (pp. 313-328). London: Martin Dunitz.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Rev Chil Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Feb; 48(2):257-63.
- Silverstein, B. (1999). Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 156, 480-482.
- Simonds, V.M. y Whiffen, V.E. (2003). Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 77, 197-202.
- Snowling, M.J. (2002). Reading and other learning difficulties. In M. Rutter y E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry (4th edn, pp. 682-696)*. Oxford: Blackwell Scientific.
- Solar, F.C. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23 (1), 49-57.
- Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. y van Tilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 286-292.
- Souter, Mo, Miller, M. (2007) Do Animal-Assisted Activities Effectively Treat Depression? A Meta-Analysis. *Anthrozóós*, 20 (2), 167-180-
- Srole, L. y Fischer, A.K. (1980). The mid-town Manhattan longitudinal study vs. "the mental Paradise Lost" doctrine. *Archives of General Psychiatry*, 37, 209-221.
- Steunenberg, B., Bram, A.W., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Kerkhuf, A.J.F.M. (2009). Evidence for an association of the five personality factors with recurrence of depressive symptoms in late life. *Int J Geriatr Psychiatry*; 24:959-85

- Stewart, D.E. (2011). Clinical practice. Depression during pregnancy. *N Engl J Med*. Oct 27; 365(17):1605-11.
- Stowe, Z.N. y Nemeroff, C.B. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173, 639-645.
- Suija, K., Alvoja, A., Kalda, R., Maaros, H. (2010). Factor associated With recurrent depression; a prospective study in family practice. *Farm Pactiv*; 0:1-7
- Sullivan, P.F.; Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-1562.
- Szymkowicz, S.M.; Finnegan, N. & Dale, R.M. (2012). A 12-month naturalistic observation of three patients receiving repeat intravenous ketamine infusions for their treatment-resistant depression. *J Affect Disord*. 2012 Nov 22. pii: S0165-0327(12)00694-5. doi:10.1016/j.jad.2012.10.015. [Epub ahead of print]
- The Spher Project: Humanitarian chanter and minimum standards in humanitarian response (2011). Bourton on Dunsmore, Rugby, Reino Unido: Practical on Action Publishing, Schumancher Center for Technology and Derelopment, 2011.
- Tienan, W.; Van des Ende, J. & Verhulst, F.C. (2005). Psychiatric disorders in Young adult intercountry adoptees: An epidemiological study. *Am J Psychiatr*; 162:592-98.
- Tuesca, R.; Fierro, N.; Molinares, A.; Oviedo, F.; Polo, Y.; Polo, J., et al. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77(5): 596 - 597.
- Ustun, T.B. y Sartorius, N. (1995). Mental illness in general health care: an international study. *Chichester: John Wiley & Sons*.
- Ustun, T.B.; Ayuso-Mateos, J.L.; Chatterji, S.; Mathers, C. y Murray, C.J.L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal Psychiatry*, 184: 386-392.
- Méndez, E. (1990). Informe de Situación. *Symposium Internacional Mujer y Calidad de Vida. Barcelona 1990*.

- Vázquez-Machado, A. (2007). Factores psicosociales asociados a la depresión. *Rev Cienc Salud*; 1(1):5-11.
- Vázquez, C. y Lozoya, G. (1994). Evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en personas de edad. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 247-277). Madrid: Siglo XXI.
- Vicente, B.; Rioseco, P.; Valdivia, S.; Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-II-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130 (5): 527-536.
- Villaverde, ML.; García, R.; Morena, A. (2008): Relación entre estrés psicosocial y patología psíquica. *Actos Esp. Psiquiatr*, Vol 28, n1. <http://www.kideitu-euskadi.net>.
- Walsh,F. (2009a). Human-Animal Bonds I: The relation Significance of companion Animal. *Family Procerr*, 48(4), 462-480.
- Walsh,F. (2009b). Human-Animal Bonds II: The Rode of Pets in Family Systems and Family Therapy. *Family Procerr*, 48(4), 481-499.
- Walter,M. y Thomas, G. (2009). Severe depression: cultural and social factors. *Encephale-Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutique*, 35 (7): 286-290.
- Wang, JK.; Su, Tp.; Choy, P. (2010). Sex diferences in prevalence an risk indicators of genetatric depression; the shih mass pay community-based survey. *J, Forms mec assoc* ,109(5):250-56
- Weiss, E.L.; Longhurst, J.G. y Mazure, C.M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816-828.
- Weissman, M.M.; Bland, R.C.; Canino, G.J.; Faravelli, C.; Greenwald, S.; Hwu, H.G., et al. *Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder*. JAMA 1996; 276:293-9.
- Weissman, M.M. y Klerman, G.L. (1989). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weissman, M.M.; Bruce, M.L.; Leaf, P.J.; Florio, L.P. y Holzer, C. (1991). Affective disorders. In L.N. Robins y D.A. Reiger (Eds.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study* (pp. 53-80). New York: Free Press.

- Weissman, M.M. y Olfson, M. (1995). Depression in women: implication for health care research. *Science*, 11269, 799-801.
- Wells, K.B.; Stewart, A. y Hays, R.D. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262: 914-919.
- Wenzel, A.; Steer, R.A. y Beck, A.T. (2005). Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? *Journal of Affective Disorders*, 89 (1-3), 177-181.
- WHO (2002). International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-National comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ*, 78:413-26.
- Whooley, M.A. y Simon, G.E. (2000). Managing depression in medical outpatients. *New England Journal of Medicine*, 343, 1942-1950.
- Widiger, T.A. y Anderson, K.G. (2003). Personality and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74, 59-66.
- Widiger, T.A. y Trull, T.J. (1992). Personality and psychopathology: an application of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 363-393.
- Wilson, K.G.; Kraitberg, N.J.; Brown, J.H. y Bergman, J.N. (1991). Electroconvulsive therapy in the treatment of depression: the impact on length of stay. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 345-354.
- Winkler, D.; Pjrek, E y Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression: Evidence for a male depressive síndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74 (5), 303-307.
- Wisner, K.L.; Peindl, K. y Hanusa, B.H. (1993). Relationship of psychiatric illness to childbearing status: a hospital-based epidemiologic study. *Journal of Affective Disorders*, 28, 39-50.
- Wittchen, H.U.; Holsboer, F. y Jacobi, F. (2001). Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. *Journal Clinical of Psychiatry*, 62 (26): 23-28.
- World Health Organization. (1999). Facts and Figures about Suicide. *Geneva: WHO*.

- World Health Organization. (2000b). Department of Mental Health. Suicide Prevention. *Geneva: WHO*.
- World Health Organization (2001a). World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new Hope. *Geneva: WHO*.
- World Health Organization (2001b). Atlas: mental health resources in the world. *Geneva: WHO*.
- World Health Organization (2005). Mental health atlas 2005. *Geneva: WHO*.
- World Health Organization (2008). Resumen del Informe sobre la salud en el mundo 2008 «La atención primaria de salud, más necesaria que nunca». Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf).
- Xuy, Lif.; Huang, X.; Sun, N.; Zhang, F.; Liu, P. et al. (2009). The norepinephrine transporters gene maculates The relationship between urban/rural residency an major depressive disorder in Chinese population *Psychiatry. Res*, 168 (3): 213-7.
- Young, A.S. (2001). Pacientes con desórdenes de ansiedad y depresión reciben atención inapropiada. *Archives General of Psychiatry*, 58:55-61.
- Young, E. y Korszun, A. (1999). Women, stress, and depression: Sex differences in hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation. In E. Leibenluft (Ed.), *Gender differences in mood and anxiety disorders: From bench to bedside (pp. 31-52)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Young, M.A.; Fogg, L.F.; Scheftner, W.A. y Fawcett, J.A. (1994). Interactions of risk factors in predicting suicide. *American Journal of Psychiatry*, 151, 434-435.
- Young, M.A.; Fogg, L.F.; Scheftner, W.A.; Keller, M.B. y Fawcett, J.A. (1990a). Sex differences in the lifetime prevalence of depression: Does varying the diagnostic criteria reduce the female/male ratio? *Journal of Affective Disorders*, 18, 187-192.
- Yunis, F.A.; Mattar, T.; Wilson, A.K. (2003). The association between tobacco smoking and reported psychiatric symptoms in an adolescent population in the United Arab Emirates. *Soc Behav Person*, 31:461-6.

- Zahn-Waxler, C. (2000). The development of empathy, guilt, and internalization of distress: implications for gender differences in internalizing and externalizing problems. In R. Davidson (Ed.), *Wisconsin Symposium on Emotion: Vol. 1. Anxiety, depression, and emotion* (pp. 222-265). Oxford, England: Oxford University Press.
- Zahn-Waxler, C.; Shirtcliff, EA.; Marceau, K. (2008). Discordes of Childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rv Clin Psychol*; 4:11(1):11-29.
- Zarate, CA.; Brutsche, NE.; Ibrahim, L.; Franco-Chaves, J.; Diazgranados, N.; Cravchik, A.; Selter, J.; Marquardt, CA.; Liberty, V. y Luckenbaugh, DA. (2012). Replication of Ketamine's Antidepressant Efficacy in Bipolar Depression: A Randomized Controlled Add-On Trial. *Biol Psychiatry* 2012; 71:939–946
- Zigman, D. y Blier, P. (2013). Urgent ketamine infusion rapidly Eliminated Suicidal Ideation for a Patient With Major Depressive Disorder: A case Report. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33 (2), April 2013.



## **VII. ANEXOS**

---



# ANEXO 1

## CUESTIONARIO SICODEMOGRÁFICO

### I. Sexo

1. Hombre
2. Mujer

### II. Edad

Especificar

### III. Estado Civil

1. Soltero
2. Casado o con pareja estable
3. Viudo
4. Separado

### IV. Nivel educacional:

1. No sabe leer ni escribir
2. Estudios primarios
3. Estudios secundarios
4. Estudios preuniversitarios
5. Estudios universitarios

### V. Situación laboral

1. Trabajo
2. Paro

- 3. Jubilación
- 4. Actividad no remunerada
- 5. Estudiante
- 6. Tareas de propio hogar

**VI. Profesión**

Especificar:

**VII. ¿Cómo describiría su economía?**

- 1. Muy buena
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala

**VIII. ¿Cómo considera su salud?**

- 1. Buena
- 2. Regular
- 3. Mala

**IX. ¿Padece en la actualidad alguna enfermedad?.**

- 1. Ninguna
- 2. Si.

En caso afirmativo, especificar:

**X. Caso de tener en la actualidad problemas con la depresión, ¿cuándo comenzó este episodio?**

- Hace aproximadamente menos de un mes ----- 1
- Hace aproximadamente menos de tres meses----- 2
- Hace aproximadamente menos de un año----- 3
- Hace más de un año ----- 4

Especificar:

**XI.** ¿Ha tenido problemas relacionados con la depresión anteriormente?

Sí=1

No=2

G. (Solo en caso afirmativo) ¿En cuantas ocasiones?

Una vez\_\_\_\_ varias veces\_\_\_\_

H. (Solo en caso afirmativo) ¿A qué edad tuvo el primer episodio depresivo?

Diga aproximadamente \_\_\_\_

**XII.** ¿Ha recibido alguna vez ayuda especializada por problemas relacionados con la depresión?

Sí = 1

No = 2







## ANEXO 2

**Inventario de síntomas depresivos de Riquelme et al. (2005).** Elaborado en la Universidad de Murcia. Comprende un total de 56 síntomas, expresados en 58 ítems en los que se recogen los criterios clínicos de los sistemas DSM y CIE. Respecto a las características psicométricas del inventario de síntomas depresivos, es importante destacar que se obtuvo un alto coeficiente de consistencia estimado mediante la prueba Alpha de Cronbach, superior a 0.9 (0.955).

Por favor, indique en qué medida se ha sentido de la siguiente forma durante las dos últimas semanas

1 Nunca/ 2 Casi nunca/ 3 Con frecuencia/ 4 La mayor parte del tiempo

1. No podía estar quieto (agitación general, de manos, piernas, etc.).....1 2 3 4
2. Ha tendido a aislarse de los demás .....1 2 3 4
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban.....1 2 3 4
4. Ha aumentado su apetito .....1 2 3 4
5. Ha disminuido su apetito..... 1 2 3 4
6. Se ha criticado a sí mismo..... 1 2 3 4
7. Ha pensado que en comparación con los demás es usted una persona poco valiosa .....1 2 3 4
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir y que creen inexistentes.....1 2 3 4
9. Ha tenido convicciones o pensamientos extraños que los demás creen falsos.....1 2 3 4
10. Ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución.....1 2 3 4
11. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás .....1 2 3 4
12. Ha disminuido su satisfacción con la vida.....1 2 3 4
13. Se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos .....1 2 3 4
14. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo .....1 2 3 4
15. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual.....1 2 3 4
16. Ha dormido más horas de lo habitual..... 1 2 3 4
17. Ha dormido menos horas de lo habitual .....1 2 3 4
18. Se ha despertado antes de lo habitual .....1 2 3 4
19. Le ha costado dormirse más de lo habitual.....1 2 3 4
20. Se ha sentido triste o abatido .....1 2 3 4
21. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida .....1 2 3 4
22. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida .....1 2 3 4
23. Ha perdido confianza en sí mismo.....1 2 3 4
24. Ha notado su pensamiento especialmente lento.....1 2 3 4
25. Ha hablado menos de lo habitual.....1 2 3 4
26. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo.....1 2 3 4

27. Ha consumido mas alcohol de lo habitual .....1 2 3 4
28. Ha perdido Vd. interés por cosas que le agradaban.....1 2 3 4
29. Ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado .....1 2 3 4
30. Se ha sentido una carga para los demás.....1 2 3 4
31. Ha empeorado su eficacia al hacer las cosas.....1 2 3 4
32. Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones .....1 2 3 4
33. Ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas .....1 2 3 4
34. Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir .....1 2 3 4
35. Ha estado más irritable de lo normal .....1 2 3 4
36. Ha llorado.....1 2 3 4
37. Ha tenido más miedos de lo habitual sin una razón concreta.....1 2 3 4
38. Ha sentido más molestias o dolores de lo habitual .....1 2 3 4
39. Ha tenido pesadillas, o su sueño ha sido intranquilo .....1 2 3 4
40. Ha disminuido su nivel de actividad .....1 2 3 4
41. Ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía.....1 2 3 4
42. Ha sido especialmente pesimista .....1 2 3 4
43. Ha estado especialmente preocupado sin una razón concreta.....1 2 3 4
44. Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual .....1 2 3 4
45. Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto .....1 2 3 4
46. Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos.....1 2 3 4
47. Ha tenido sentimientos de culpa .....1 2 3 4
48. Ha tenido sentimientos de fracaso.....1 2 3 4
49. Se ha sentido inútil .....1 2 3 4
50. Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante  
.....1 2 3 4
51. Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales  
.....1 2 3 4
52. Ha intentado suicidarse ..... SI NO
53. Ha ido ganado peso sin proponérselo .....1 2 3 4
54. Ha ido perdido peso sin proponérselo .....1 2 3 4
55. Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban..1 2 3 4
56. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo 1 2 3 4
57. Ha disminuido su interés sexual .....1 2 3 4
58. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana .....1 2 3 4

1 Nunca/ 2 Casi nunca/ 3 Con frecuencia/ 4 La mayor parte del tiempo.

## ANEXO 3

### Center for Epidemiological Studies Depression CES-D

Indique por favor, en qué medida se ha sentido así durante la semana pasada.

0 Nunca/ 1 Casi nunca/ 2 Con frecuencia/ 3 Casi todo el tiempo

1. Fui molestado por cosas que usualmente no me molestan	0 1 2 3
2. Sentí que todo cuanto hacía me suponía un esfuerzo	0 1 2 3
3. Me sentí tan valioso como cualquier otra persona	0 1 2 3
4. Tuve dificultades en mantener mi atención en lo que hacía	0 1 2 3
5. Me sentí triste	0 1 2 3
6. Me sentí acobardado	0 1 2 3
7. Me sentí solo	0 1 2 3
8. Tuve crisis de llanto	0 1 2 3
9. Hablé menos de lo habitual	0 1 2 3
10. Mi sueño fue intranquilo	0 1 2 3
11. Disfruté de la vida	0 1 2 3
12. No pude dejar de estar triste, ni aún con la ayuda de mis familiares o amigos	0 1 2 3
12. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0 1 2 3
13. Fui feliz	0 1 2 3
14. No podía seguir	0 1 2 3
15. Me sentí esperanzado ante el futuro	0 1 2 3
16. Sentí que la gente fue hostil	0 1 2 3
17. No tuve apetito	0 1 2 3
18. Me sentí deprimido	0 1 2 3
19. Sentí que la gente me desagradaba	0 1 2 3







---

## ANEXO 4

### 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

#### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0 DSM-IV

E.UU.: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan** University of South Florida, Tampa

FRANCIA: **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

**L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert**

Instituto IAP – Madrid – España

**M. Soto, O. Soto**

University of South  
Florida, Tampa  
Asesores  
de traducción: L. Franco-  
Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992,1994,1998,1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

## 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

MINI					
Nombre del paciente: _____		Número de protocolo: _____			
Fecha de nacimiento: _____		Hora en que inició la entrevista: _____			
Nombre del entrevistador: _____		Hora en que terminó la entrevista: _____			
Fecha de la entrevista: _____		Duración total: _____			
	<b>Módulos</b>	<b>Período explorado</b>	<b>Cumple los criterios</b>	<b>DSM-IV</b>	<b>CIE-10</b>
A	EPISODIO (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/> D	299.20-296.26 episodio	F32.x
		Recidivante	<input type="checkbox"/> D	296.30-296.36	F33.x
	EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio 296.30-296.36	F32.x F33.x
B	TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 meses)	<input type="checkbox"/>		
C	RIESGO DE SUICIDIO	Riesgo:	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
		<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto			
D	EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
	EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
		Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-
E	TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
		De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F	AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G	FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)		300.3	F42.8
I	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)		309.81	F43.1
J	DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-
	ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses		304.00-.90/305.20-.90	F11.1-
L	TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-
		Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
	TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33
M	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)		300.02	F41.1
P	TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
<b>MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)</b>					

## 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

### (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

#### Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

#### ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

#### PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas **«filtro»** correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

#### CONVENIOS:

*Las oraciones escritas en «letra normal»* deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

*Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS»* no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

*Las oraciones escritas en «negrita»* indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

*Respuestas con una flecha encima (•)* indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo **«NO»** en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

*Frasas entre paréntesis ()* son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

**INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:**

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicarse con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.	Laura Ferrando, M.D.	Marelli Soto, M.D.
University of South Florida	INSERM U302 University of South Florida	IAP	
Institute for Research in Psychiatry East Fletcher Avenue	Hôpital de la Salpêtrière	Velázquez, 156,	3515
3515 East Fletcher Avenue FL USA 33613-4788	47, boulevard de l'Hôpital	28002 Madrid, España	Tampa,
Tampa, FL USA 33613-4788 813 974 4544	F. 75651 París, Francia	Tel.: + 91 564 47 18	Tel.: + 1
Tel.: + 1 813 974 4544 813 974 4575	Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59	Fax: + 91 411 54 32	Fax: + 1
Fax: + 1813 974 4575 <a href="mailto:mon0619@aol.com">mon0619@aol.com</a>	Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00	e-mail: <a href="mailto:iap@lander.es">iap@lander.es</a>	e-mail:
e-mail: <a href="mailto:dsheehan@hsc.usf.edu">dsheehan@hsc.usf.edu</a>	e-mail: <a href="mailto:hergueta@ext.jussieu.fr">hergueta@ext.jussieu.fr</a>		

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

**1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**

**(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)**

<b>A. Episodio depresivo mayor</b>										
(⇒ SIGNIFICA:IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)										
A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1						
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2						
A3	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	➔								
a	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>	NO								
	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm$ 5% de peso corporal)?		NO SÍ							
	<small>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</small>									
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4						
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5						
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6						
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7						
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8						
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió	NO	SÍ	9						
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4,DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:		<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b>			
NO	SÍ									
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b>										
A4 a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos 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?	➔ NO	SÍ	10						
h	¿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	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	11	<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b>		
NO	SÍ	11								
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b>										

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

**1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**

**(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)**

**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)**

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (**A3 = Sí**), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A2</b> ?	NOS
	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?	Sí 12
		<b>Si NO:</b> ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?	NO
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A5a</b> O <b>A5b</b> ?	NOS
A6		<b>Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:</b>	
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO SI L
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO SI 14 L
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO SI
	d	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A3c</b> (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO SI
	e	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A3a</b> (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO SI 16
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO SI
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>3</b> O MÁS RESPUESTAS DE <b>A6</b> ?	NO SI

### 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

#### (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

#### B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

- |    |   |           |           |           |
|----|---|-----------|-----------|-----------|
| B1 | ¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? | NO        | SI        | 17        |
| B2 | ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien? | NO        | SI        | 18        |
| B3 | <b>Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>            | <b>NO</b> | <b>SI</b> | <b>19</b> |
| a  | ¿Cambió su apetito notablemente? :  | <b>NO</b> | <b>SI</b> | <b>20</b> |
| b  | ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? ?  | <b>NO</b> | <b>SI</b> | <b>21</b> |
| c  | ¿Se sintió cansado o sin energía? ? :   | <b>NO</b> | <b>SI</b> | <b>22</b> |
| d  | ¿Perdió la confianza en sí mismo? ? :   | <b>NO</b> | <b>SI</b> | <b>23</b> |
| e  | ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? ? :                               | <b>NO</b> | <b>SI</b> | <b>24</b> |
| f  | ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?.....NOS   |           |           |           |

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?

- B4 ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SI
<b>TRASTORNO DISTIMICO ACTUAL</b>	

### 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

#### (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

**Durante este último mes:**

C1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2. ¿Ha querido hacerse daño? ¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	2
C3. ¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	6
C4. ¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
<b>C5. A lo largo de su vida:</b>	NO	SI	10
C6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	10

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve
6-9 puntos	Moderado <b>D</b>

SI **SÍ**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

## Resumen

La presente tesis doctoral titulada **“Diferencias en sintomatología depresiva según el género: un análisis transcultural en las poblaciones española y cubana”**, tiene como objetivo la realización de un estudio transcultural de la depresión comparando muestras de los países de España y Cuba y analizar las diferencias de género en la sintomatología depresiva autoinformada teniendo en cuenta las implicaciones culturales en sendas muestras.

La sintomatología depresiva está representada en seis grupos de síntomas (Físicos, Interpersonales, Motivacionales, Afectivos, Conductuales y Cognitivos), estableciendo diferencias en función del tipo de población (normal, clínica y subclínica), diferencias de género y la manifestación de la sintomatología depresiva en las diferentes etapas del desarrollo adulto establecidas en tres rangos de edad en ambas culturas.

Este estudio se ha realizado sobre 820 sujetos adultos de las poblaciones de España y Cuba.

Para analizar las diferencias en sintomatología depresiva, se ha empleado el Inventario de Síntomas depresivos, elaborado por Riquelme et al. (2005). La evaluación de la depresión ha sido realizada mediante la *escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)* y la *Entrevista estructurada para la evaluación de trastornos emocionales (MINI) International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.*

Las conclusiones que hemos obtenido reflejan que la sintomatología depresiva de los distintos componentes en los seis grupos de síntomas varía en función del género, el país y el tipo de población (normal, subclínica y clínica), así como en la interacción entre estos valores.

Palabras clave: Depresión, Diferencias de género, Estudio transcultural

## Abstract

This thesis, entitled ‘Differences in depressive symptoms by gender : a cross-cultural study conducted with sample paths of Spain and Cuba’ aims to conduct a cross-cultural study of depression comparing samples of the countries of Spain and Cuba and analyze gender differences in self-reported depressive symptomatology considering the cultural implications in individual samples.

Depressive symptomatology is represented in six groups of symptoms (Physical , Interpersonal, Motivational , Affective , Behavioral and Cognitive ) , differentiating according to the type of population (normal, clinical and subclinical ) , gender differences and the manifestation of depressive symptoms at different stages of adult development established in three age ranges in both cultures .

This study was conducted on 820 adult subjects populations of Spain and Cuba . To analyze differences in depressive symptoms , we used the Inventory of Depressive Symptoms , prepared by Riquelme et al. ( 2005). The depression assessment was conducted by the Scale Center for Epidemiologic Studies Depression (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale , CES- D). and the structured interview for the assessment of emotional disorders (MINI ) International Neuropsychiatric Interview . Spanish version 5.0.0.

The conclusions we have obtained show that depressive symptomatology of the various components in the six groups of symptoms varies depending on gender , country and population type (normal, subclinical and clinical) as well as the interaction between these values.

Key Words: Depression , gender-differences, cross-cultural study.