

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo Final de integración

Licenciatura en Psicología

Título:

AUTOPERCEPCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA

DEPRESIVA:

DIFERENCIAS DE GÉNERO

Alumna: Agostina María Tenreyro

Profesor tutor: Dr. Gustavo Vazquez

Índice

1. Introducción	3
1.1. Problema	4
1.2. Objetivo General	4
1.3. Objetivo Específico	4
2. Desarrollo	4
2.1 Nociones generales	4
2.1.1 Dicotomías descriptivas ¿cuántas depresiones hay?	6
2.1.2 Etiología causas y prevalencia del trastorno	10
2.2 La conceptualización cognitiva	12
2.2.1. Las creencias	12
2.2.2. Errores en el procesamiento de la información	13
2.2.3. Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización	15
2.2.4. Técnicas terapéuticas	15
2.2.6. Principios de aplicación	17
2.2.7. Terapia cognitiva aplicada a la depresión	18
2.3. Diferencias de género	20
3. Método	27
3.1. Definición del tipo de estudio	27
3.2. Muestra	27
3.3. Instrumento	28
3.4. Procedimiento	30
3.5. Resultados	30
4. Conclusiones	40
5. Referencias	44
Anexo	47

1. Introducción

El presente trabajo ha sido desarrollado sobre la base de las actividades que fueron realizadas como práctica profesional V, de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo.

La misma ha sido efectuada específicamente en la sección *trastornos de ansiedad y del estado de ánimo* del Servicio de Psiquiatría de un hospital ubicado en la ciudad autónoma de Buenos Aires.

Las principales actividades que se llevaron a cabo por la autora de la presente tesina dentro de dicha institución durante el transcurso del cumplimiento de 320hs de trabajo fueron, la administración de baterías de técnicas y tests para la posterior realización de psicodiagnósticos, a pacientes de consultorios externos del servicio de Psiquiatría.

También se tuvo participación en ateneos realizados en la sala de conferencias del servicio, brindados por diferentes profesionales del mismo hospital, sobre diversas temáticas, las mismas se desarrollaban desde la índole filosófica hasta los hallazgos orgánicos más actuales de tema abordado.

Además se administraron técnicas y tests en el servicio de Cardiología (Unidad Coronaria) a los pacientes que allí estaban internados. Sobre la base de los datos de las diferentes técnicas suministradas se elaboraron informes psicológicos en donde se integraban los 5 ejes estipulados por el DSM IV.

Por otro lado se participó en entrevistas de admisión junto a profesionales del servicio (psicólogos/psiquiatras) que se le realizaban a pacientes que sufrían algún trastorno de ansiedad, para que formen parte del grupo psicoeducativo de ansiedad que funciona en el servicio de psiquiatría, brindando contención y psicoeducación a las personas que lo conforman.

También se estuvo presente durante las sesiones de terapia de estilo cognitivo-constructivista y psicofarmacológica, en donde se pudo ver una importante diversidad de personas que padecían de diferentes patologías y trastornos, siendo la depresión en sus diferentes niveles de severidad, una de las patologías más frecuentes en adultos mayores.

En función de la presencia durante las sesiones de terapia y de las características de los pacientes que han sido observados en las diferentes secciones del servicio, se presenta el siguiente interrogante:

1.1 Problema

¿Existen diferencias en la autopercepción de sintomatología depresiva entre hombres y mujeres mayores a 50 años de edad, pacientes del servicio de Psiquiatría de esta institución?

1.2 Objetivo General

El objetivo general de este trabajo es describir las diferencias en la autopercepción de la sintomatología depresiva, entre hombres y mujeres mayores a 50 años de edad pacientes del servicio de Psiquiatría de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en comparación con población no clínica.

1.2.1 Objetivo Específico

- Rastrear cuales son los síntomas más frecuentes, según lo establecido en el cuestionario Beck (versión 1), en hombres y mujeres mayores a 50 años de edad.

2. Desarrollo

2.1 Nociones generales.

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar más frecuentes de los seres humanos. Aunque todos experimentamos ocasionalmente momentos de tristeza más o menos intensa, normalmente no llegamos a sufrir los síntomas completos e intensos de un trastorno depresivo. Sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Esta distinción es importante, ya que la depresión entendida como síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos y en otras condiciones médicas, sin que por ello constituya un *síndrome depresivo*; es decir un conjunto covariante de síntomas relacionados como tristeza, insomnio, pérdida de peso, fatiga, disfunciones sexuales, etc. A diferencia de los estados normales de tristeza, la depresión impregna todos los aspectos del funcionamiento de la persona y, en cierto modo parece independiente de la voluntad de quien lo padece (Vázquez & Sanz, 1995).

Vázquez (2007) afirma que el término depresión por si solo carece de valor diagnóstico; en el área de la psiquiatría puede significar un síntoma consistente en un sentimiento patológico de tristeza o abatimiento. O un síndrome en el cual ese síntoma es esencial; o cuando dicha palabra se une a un adjetivo que indica la eventual etiología o característica del síndrome, una enfermedad. Por lo tanto, cuando se dice que alguien padece depresión se está haciendo alusión a una persona que tiene ciertos signos y síntomas que conforman el síndrome depresivo.

La descripción de la tristeza está ya reflejada en el antiguo testamento, por ejemplo en el libro de Job hacia el siglo XV a.C. También queda constancia de estos sentimientos cuando se narran los graves episodios de tristeza y melancolía de Saúl quien, aunque inicialmente respondía a la terapia musical de su hijo David, finalmente llega a un estado de enajenación e intenta dar muerte a su hijo. Así pues, la incapacitación y la locura es algo que desde siempre se asocia a estados que hoy posiblemente podríamos llamar depresión (Vázquez & Sanz, 1995).

En tiempos más remotos, siglo IV a.C., Hipócrates emplea el término genérico de melancolía para dar cuenta de estos estados de abatimiento, inhibición y tristeza que, inclusive Aristóteles, recoge en algunos escritos para relacionarlos con personas especialmente sensibles e inteligentes. Para Hipócrates la melancolía se debe a desequilibrios en la secreción de bilis negra, o bien a una mala combustión de ésta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos; de hecho el término proviene del griego *melania chole* (bilis negra). Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservó prácticamente intacta en la medicina occidental hasta el siglo XIX.

Aunque el término melancolía era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra depresión se comenzó a utilizar con frecuencia y a emplearse como término diagnóstico a principios del siglo XX.

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin, en 1896, provoca un cambio conceptual al diferenciar la demencia precoz (llamada esquizofrenia después por Eugen Bleuler) de la enfermedad maniaco-depresiva; a ésta última el autor la utilizaba para expresar todos los casos de excesos en la afectividad; lo que hoy denominaríamos depresión mayor,

distimia, trastorno bipolar o ciclotimia. Para Kraepelin las causas de la enfermedad maníaco- depresiva eran innatas e independientes de causas sociales o psicológicas.

Para algunos autores más contemporáneos (Beck, 1976; Hirsfeld & Cross, 1982; Goldberg & Huxley, 1992), los estados depresivos simplemente varían en una única dimensión, en un continuo de gravedad, de modo tal que los cuadros depresivos se diferenciarían solo por la intensidad cuantitativa de los síntomas. Así, la depresión normal cotidiana que todos padecemos cuando experimentamos algún suceso negativo sería básicamente similar, aunque de menor intensidad, a la depresión de una persona que busca ayuda profesional; sin embargo en dicha decisión intervendrían variables ajenas a la propia patología, como puede ser el sexo o el nivel socioeconómico (Boyd & Weissman, 1981).

2.1.1 Dicotomías descriptivas ¿Cuántas depresiones hay?

Es importante señalar el eje endógeno-reactivo que alude a una supuesta distinción entre depresiones biológicas o endógenas, y depresiones psicosociales o reactivas. Sin embargo esta distinción no tiene ningún apoyo empírico sustancial, lo que llevaría a la conclusión que afirman Akiskal, Bitar, Puzantian, Rosenthal y Parks (1978, c.p. Vázquez, 2007), de que la existencia o no de precipitantes psicosociales es irrelevante para distinguir subtipos de depresión o para efectuar cualquier clasificación de los trastornos afectivos.

Otra dicotomía es la establecida entre depresiones psicóticas y neuróticas; aunque el término neurótico es demasiado ambiguo, debido a que algunos autores lo utilizan cuando quieren expresar que en un trastorno no hay delirios o alucinaciones, para otros significa que hay un trastorno coexistente de personalidad, e incluso para otros es de gravedad ligera a moderada (Vázquez & Sanz, 1995). Por otro lado, el término psicótico se ha empleado para designar depresiones endógenas, depresiones graves, o depresiones con síntomas tales como delirios o alucinaciones. Esa es la razón por la cual ésta distinción no aparece en las clasificaciones modernas como en el DSM IV o el CIE 10.

Por otro lado Kart Leonhard, a finales de la década de los cincuenta, introduce la dicotomía clasificatoria unipolar-bipolar (Vázquez & Sanz, 1995), ésta es la más utilizada en la actualidad en los sistemas de clasificación oficiales. El trastorno bipolar básicamente se caracteriza por la aparición de episodios de manía, mas allá de que existan episodios depresivos. Por el contrario, los trastornos depresivos unipolares se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que nunca haya padecido un episodio maniaco. Sintomatológicamente no hay diferencias significativas entre el estado depresivo de un paciente bipolar y el de un unipolar; ambos cuando están deprimidos tienen el mismo patrón de síntomas y con la misma intensidad, sin embargo existirían diferencias en cuanto a su curso, genética y respuesta al tratamiento.

Finalmente, la clasificación de depresión primaria o secundaria, hace referencia a si el cuadro del estado de ánimo existe aisladamente, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo, como puede ser el alcoholismo, esquizofrenia, u otro trastorno orgánico cerebral, en ese caso se denominaría depresión primaria. Por el contrario, los trastornos anímicos secundarios hacen referencia a pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente. Esta distinción es importante tanto desde el punto de vista descriptivo, como para la predicción del curso y el manejo clínico y terapéutico.

En general, cualquier persona deprimida presenta un conjunto de signos y síntomas que puede reducirse en cinco grandes áreas, a saber:

Primero, los *síntomas anímicos*. La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión, está presente en la mayoría de los casos y se presenta como una de las quejas principales. Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. Incluso, en casos de depresiones graves, el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando que ahora es incapaz de tener algún sentimiento, y que hasta se le hace imposible llorar.

Segundo, los *síntomas motivacionales y conductuales*. Este es uno de los aspectos más dolorosos, según refieren muchos pacientes, es el estado de inhibición general en que se hallan. En el mismo, la apatía, la indiferencia, y la anhedonia, o disminución en la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido el

síntoma principal de dicho estado depresivo. En su forma más grave, este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, o un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos, este retardo puede llegar al estupor depresivo, un estado caracterizado por mutismo y parálisis motoras totales, similares a la catatonía (Klerman, 1987).

Tercero, *síntomas cognitivos* tales como la memoria, la atención y la capacidad de concentración deficitarios. Pero también, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está alterado. Las valoraciones que hacen de sí mismos, de su entorno y de su futuro suelen ser negativas. Los contenidos claves en las cogniciones de estas personas son la autodepreciación, los sentimientos de culpa y la pérdida de autoestima (Beck, 1978).

Cuarto, los *síntomas físicos*, que suelen ser habituales y uno de los motivos primordiales por los que se solicita ayuda profesional. Un síntoma típico es el problema del sueño, normalmente se trata de insomnio, ya sean problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes a lo largo de la noche, despertares precoces; o bien en algunos casos puede presentarse hipersomnía. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida o aumento de apetito, y una disminución de la actividad y el deseo sexual, que en los hombres puede acompañarse por dificultades en la erección.

El quinto grupo lo conforman los *síntomas interpersonales*, ya que el deterioro de las relaciones con los demás, es una importante característica de las personas deprimidas. El desinterés hacia todo lo que los rodea, hace también que sufran el rechazo de las personas de su entorno. Esta última característica suele ser predictora de un peor curso de la depresión (Vázquez & Sanz, 1995).

El DSM IV-TR (2000), es el manual diagnóstico de desórdenes mentales creado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Es la herramienta diagnóstica más utilizada a nivel mundial, se trata de una guía multiaxial con utilidad para la aplicación clínica, docente y de investigación psiquiátrica. El DSM IV caracteriza al episodio depresivo mayor por la presencia clínica de uno o más episodios depresivos mayores sin historia previa de episodios maníacos mixtos o hipomaníacos. Por otro lado, los

episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Los criterios son:

- A. Durante al menos 2 semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo el 1 o el 2 necesariamente.
 - 1) Estado de ánimo deprimido.
 - 2) Disminución del placer e interés en cualquier actividad.
 - 3) Aumento o disminución de peso/apetito.
 - 4) Insomnio o hipersomnio.
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 - 6) Fatiga o pérdida de energía.
 - 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
 - 8) Problemas de concentración o para la toma de decisiones.
 - 9) Ideas recurrentes de muerte o de suicidio.

- B. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano que provocan deterioro en el funcionamiento social, laboral.

- C. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p.ej., hipotiroidismo).

- D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, es decir que no está asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses, (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento).

- E. Especificar gravedad (leve, moderado, grave no psicótico, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total), y si es episodio único o recurrente.

Existe otro instrumento diagnóstico que es producto del trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) conocido como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud CIE-10 (1992, c.p. Vázquez, 2007). En la misma no existen diferencias significativas con el DSM IV-TR, ambos comparten criterios diagnósticos similares, aunque en ésta se mencionan diez síntomas para el episodio depresivo, y requiere la presencia de al menos 2 de 3 de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, y pérdida de energía (Vázquez, 2007), y describe los trastornos del humor (afectivos) como una alteración del humor o

de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión, (acompañada o no de ansiedad), o en el de la euforia. El cambio de humor va acompañado de un cambio en el nivel de actividad, y la mayoría del resto de los síntomas son consecuencia de tales cambios. Se trata de trastornos recurrentes y el inicio de cada episodio se relaciona con acontecimientos o situaciones estresantes (Kaplan & Sadok, 1999).

En cuanto a la clasificación de los trastornos depresivos, la CIE-10, diferencia el episodio depresivo (incluidos episodios aislados y depresión mayor sin síntomas psicóticos); trastorno depresivo recurrente; trastornos afectivos persistentes; otros trastornos del humor; y trastornos del humor sin especificación (Kaplan & Sadok, 1999).

2.1.2 Etiología, causas y prevalencia del trastorno.

Según Kaplan y Sadok (1999), las causas de los trastornos del estado de ánimo son desconocidas. Aunque los factores causales podrían dividirse de forma artificial en biológicos, genéticos, y psicosociales, pero se trataría de una división artificial dada la probable interacción entre ellos.

Por su parte Vázquez (2007) afirma que los estudios complementarios no alcanzan la relevancia que tienen en otras ramas de la medicina, sin embargo a veces, permiten obtener diferentes *marcadores biológicos* que cumplen múltiples propósitos, como por ejemplo confirmar un diagnóstico presuntivo, aclarar un diagnóstico diferencial, orientar la elección terapéutica y posibilitar el seguimiento evolutivo del cuadro psiquiátrico.

Los marcadores biológicos pueden ser divididos en dos grandes grupos (Vázquez, 2007), cada uno con características propias, los llamados “marcadores de estado”, y los “marcadores de rasgo”. Los marcadores de estado están presentes solamente durante la enfermedad, son fenotípicos, desaparecen con la mejoría clínica, no están presentes en familiares y pueden dar cierta orientación pronóstica y terapéutica. En cambio, los marcadores de rasgo son genotípicos, es decir permanentes, están presentes antes, durante y después de la enfermedad, se pueden detectar en familiares, indican vulnerabilidad, y no brindan pronóstico alguno.

Si se hace foco en el sistema neuroquímico, los sistemas neuronales clásicamente implicados en la fisiopatogenia de la depresión son los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico. La alteración en los niveles plasmáticos de cortisol en los pacientes con depresión es quizás el hallazgo biológico más replicado en la literatura científica internacional (Vázquez, 2007), es habitual encontrar en estos pacientes niveles basales matutinos elevados de cortisol, y/o desaparición de la curva fisiológica diaria del mismo que ponen de manifiesto una alteración a nivel hipotálamo-hipofiso-adrenal. Por otra parte se considera que el factor liberador de corticotrofina (CRF) elevado en líquido céfalo raquídeo (LCR) sería un marcador de estado de depresión mayor, ya que sus valores se normalizan luego del tratamiento antidepressivo. Dichas disfunciones están avaladas, desde la clínica, por la intolerancia al estrés propia de los pacientes depresivos, y desde el laboratorio por una hipercortisolemia basal, un test de supresión a la dexametasona (DST) no supresor, una curva de la hormona corticotrofina hipofisiaria (ACTH) plana en respuesta al factor liberador de corticotrofina, una hipertrofia de la glándula adrenal, y un incremento del factor liberador de corticotrofina en el líquido céfalo raquídeo (Vázquez, 2007).

Por otro lado, estudios como las neuroimágenes estructurales, como la tomografía computada y resonancia magnética nuclear, detectan alteraciones anatómicas en diversos niveles del sistema nervioso central, como por ejemplo sobre la sustancia blanca, se presentan lo que se llama leucoencefalopatías, que son hiperintensidades a nivel periventricular y en la sustancia blanca profunda. Finalmente, estudios por neuroimágenes funcionales, como la tomografía computada por emisión de fotón simple (SPECT), la tomografía por emisión de positrón (PET), y la resonancia magnética nuclear funcional (RMNf); reflejan en los trastornos afectivos, anormalidades en la región cortical, como en el flujo cerebral, en la corteza prefrontal, y a nivel de las estructuras subcorticales en la amígdala y el tálamo.

A nivel epidemiológico, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha catalogado a los trastornos afectivos como epidemia en nuestro continente, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha proyectado para el 2020 que la depresión será la primera causa de discapacidad a nivel mundial por encima de las enfermedades cardiovasculares que hoy ocupan ese puesto (OMS, 2005).

El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en la población general es de entre el 10 al 25% para las mujeres y entre el 5 al 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor varía entre el 5 al 9% para las mujeres y el 2 al 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia en la población general no parecen estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o ingresos económicos, ni con el estado civil. El trastorno depresivo mayor es una enfermedad que se asocia con una alta tasa de morbilidad y mortalidad, así como con una significativa alteración en la función social y ocupacional (Vázquez, 2007).

2.2 La conceptualización cognitiva.

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no estarían determinados por las situaciones mismas, sino más bien, por el modo como las personas *interpretan* esas situaciones (Beck, 1964).

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación, no es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten. Es decir que las emociones y conductas están influidas por la percepción. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino la forma en que interpreta la situación. Es así que la respuesta emocional está condicionada por la apreciación de la situación (Beck, 2000).

2.2.1 Las creencias

Desde las primeras etapas del desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Requieren, además, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan. Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que confirman sus creencias, y éstos a su vez son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. Las creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y en su lugar pueden aprenderse otras creencias basadas en la realidad que sean más funcionales (Beck, 2000).

Como se ha postulado, a partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las denominadas *creencias centrales* son ideas tan fundamentales y profundas que no suelen expresarse ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas son. Estas creencias centrales, constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso.

Las *creencias intermedias* consisten en actitudes, reglas y presunciones a menudo no expresadas.

En cambio, *los pensamientos automáticos*, no surgen de una deliberación o un razonamiento, sino que parecen brotar de manera automática y suelen ser veloces y breves. Son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, siendo específicos para cada situación, considerándose que éstos constituyen el nivel más superficial de la cognición.

2.2.2 Errores en el procesamiento de la Información

Los errores sistemáticos que se dan en el procesamiento de la información, como puede ser el caso del pensamiento del depresivo, mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1967). Esas distorsiones cognitivas son un desvío sistemático negativo en la forma de procesar la información, la primera enumeración de las mismas fue dada por Albert Ellis y luego ampliadas por Aaron Beck (Beck, 2000). Algunos de dichos errores son:

- *Inferencia arbitraria*. Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en la ausencia de la evidencia que la apoye, o incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- *Abstracción selectiva* (filtro mental). Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, conceptualizando toda la experiencia en base a ese fragmento.
- *Visión en forma de túnel*. Es similar a la abstracción selectiva, ya que se enfoca exclusivamente en ciertos aspectos, usualmente negativos y perturbadores, de un evento o persona con exclusión de otras características.

- *Generalización excesiva*. Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- *Etiquetado* (rotulación). Relacionada con la sobregeneralización, consiste en asignar un nombre a algo en vez de describir la conducta observada objetivamente. La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o bien con fuertes connotaciones prejuiciosas.
- *Minimización Maximización*. Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- *Personalización*. Se refiere a la tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- *Lectura de la mente*. Es el acto de presuponer las intenciones de otros.
- *Pensamiento absolutista dicotómico* (todo o nada). Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.
- *Pensamiento catastrófico*. Consiste en la adivinación del futuro en sentido negativo. Imaginarse acerca del peor resultado posible, sin importar lo improbable de su ocurrencia. O pensar que la situación es insoportable o imposible, cuando en realidad es incómoda o inconveniente.
- *Descalificar o descartar lo positivo*. Se trata de echar continuamente abajo experiencias positivas, por razones arbitrarias.
- *Razonamiento emocional*. Formular argumentos basados en cómo se siente en lugar de la realidad objetiva.
- *Debeísmo*. Concentración en el pensamiento que debería ser, en lugar de ver las cosas como son. Surgen al tener reglas rígidas en donde se piensa que deberían aplicarse siempre, sin importar el contexto situacional.

2.2.3 Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización.

El doctor Aaron Beck de la Universidad de Pensilvania a comienzos de los años setenta desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y conductas disfuncionales (Beck, 1964; Beck, 2000).

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Judith Beck (2000) refiere que el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico, y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo, un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente, para conseguir a partir de allí una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

2.2.4 Técnicas Terapéuticas

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones, que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente.

Judith Beck (2000) sostiene que el método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) control de pensamientos automáticos negativos, (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas, y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Las técnicas cognitivas pueden ser el tipo ideal de intervención para modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos.

El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. A continuación aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el *registro diario de pensamientos distorsionados*. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en síntomas objetivo específicos (por ejemplos los impulsos suicidas). Se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo mi vida es inútil, carece de valor y no puedo cambiarla) y se someten a una investigación lógica y empírica.

Generalmente la terapia consta de 15 a 20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4 a 5 semanas y después, una semanal durante 10 a 15 semanas. Normalmente se suele disminuir la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que se recomienda la terapia de apoyo una vez que ha finalizado el tratamiento. Estas visitas de seguimiento pueden programarse de acuerdo a ciertos criterios o dejarse a la elección del propio paciente. Se ha observado que el paciente suele acudir en busca de sesiones de apoyo unas tres o cuatro veces a lo largo del año siguiente a la terminación de la terapia.

2.2.5 Principios de aplicación.

Aunque la terapia debe planearse a medida para cada individuo, Beck (2000) postula que existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva.

Principio 1. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.

Principio 2. La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica.

Principio 3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.

Principio 4. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.

Principio 5. La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.

Principio 6. La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.

Principio 7. La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo. La mayor parte de los pacientes con depresión y angustia se tratan durante un período que va de 4 a 14 sesiones. Aunque, algunos necesitan tratamientos de uno o dos años (o probablemente más tiempo aún) para poder modificar creencias disfuncionales muy rígidas y modelos de comportamiento que contribuyen a su malestar crónico.

Principio 8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas. No importa cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión.

Principio 9. La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. El terapeuta se vale de un amable cuestionamiento socrático que ayuda a que el paciente perciba que él está verdaderamente interesado en el *empirismo colaborativo* es decir, ayudar a determinar la precisión y la utilidad de sus ideas, mediante una revisión cuidadosa de los datos. También puede utilizarse el *descubrimiento guiado*, siendo éste un proceso en el cual, se interroga al paciente acerca del significado de sus pensamientos para develar las creencias subyacentes que se tienen respecto de sí mismo, del mundo y de los demás.

Principio 10. La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. El terapeuta selecciona la técnica según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

Estos principios básicos se aplican a todos los pacientes (Beck, 2000). Sin embargo, la terapia varía considerablemente según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El énfasis que se da al tratamiento depende del trastorno en particular.

2.2.6 Terapia Cognitiva aplicada a la depresión.

El modelo cognitivo de la depresión, como se ha referido anteriormente, ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). Este modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información (Beck, 1976).

El concepto de *tríada cognitiva* consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro, y sus experiencias de un modo idiosincrásico. El primer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo físico, moral o psíquico. El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. El tercer componente de la tríada se centra en la visión negativa acerca del futuro, anticipa que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

Un segundo concepto del modelo cognitivo es el que se refiere al *modelo de esquemas*. Éste se utiliza para explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término *esquema* designa esos patrones cognitivos estables.

De modo que, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico. Los esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

El tercer componente del modelo cognitivo de la depresión son los *errores sistemáticos* que se dan en el pensamiento del depresivo, mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1967). El paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa. Tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro que quedan expresadas en un amplio rango de distorsiones cognitivas. Algunas de esas *distorsiones cognitivas* son: la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización selectiva, maximización y minimización, personalización, pensamiento absolutista dicotómico, etc.

Como se ha formulado los signos y síntomas de depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del paciente (Beck, 1967). Animar al paciente a expresar sus emociones negativas verbalizándolas reduce a veces la intensidad de éstas y hace que el paciente se sienta más aliviado.

La teoría cognitiva de la depresión propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

Como ha sido expuesto anteriormente, los signos y síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del paciente (Beck, 1978). Se le da mucha importancia a aliviar en la medida de lo posible los síntomas, transformando sus quejas en problemas *resolubles*. Cualquiera de los componentes de la depresión que implique malestar o inmovilidad puede considerarse como un síntoma objetivo que puede reformularse en términos de algo resoluble (Beck, 1978).

Ya que la depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos, el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios para conseguir la modificación del síndrome depresivo. Cada uno de los componentes mantiene una relación recíproca con los demás, por lo tanto, la mejoría en una de las áreas problemáticas afecta a las demás.

Las concepciones negativas del paciente influyen en los síntomas de la depresión como en la tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer, y tendencia al suicidio. Se establece un círculo vicioso en donde los pensamientos negativos, los sentimientos desagradables, la falta de motivación y en general, la pasividad, se refuerzan mutuamente. El terapeuta cognitivo rompe este círculo vicioso seleccionando uno o varios de los síntomas susceptibles de intervención terapéutica (Beck, 2000). El procedimiento de centrarse en los problemas consiste en descomponer el complejo fenómeno de la depresión en sus problemas constituyentes; seleccionar los problemas concretos que se van a abordar y determinar el tipo de intervención terapéutica apropiado para cada paciente en particular.

Del mismo modo Beck (1978) afirma que los síntomas deben entenderse dentro de un contexto social, en base a las relaciones interpersonales significativas, y desde una perspectiva cognitiva, es decir a partir del significado que la persona le da a sus experiencias. Cuando el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar un programa terapéutico, deberían aplicarse todos los procedimientos a una situación específica relacionada con los síntomas concretos y con las interpretaciones negativas generales.

2.3 Diferencias de género

La Organización mundial de la salud (OMS, 2005) sostiene que los índices generales de trastornos psiquiátricos son casi idénticos entre hombres y mujeres, pero en las características de las enfermedades mentales aparecen diferencias de género asombrosas, ya que el género determina de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales. En este sentido, una revisión publicada en el *Journal of Affective Disorders* (Simonds & Whiffen, 2003), afirma que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres para ser diagnosticadas con cada uno de los diferentes trastornos neuropsiquiátricos sólo o comórbidos con algún otro trastorno.

Según la OMS (2005) las diferencias de género aparecen en particular en las estadísticas de trastornos mentales más comunes como depresión, ansiedad y quejas somáticas. Estos trastornos, que predominan en las mujeres, afectan aproximadamente a 1 de cada 3 personas en la comunidad y constituyen un serio problema para la salud pública. Los trastornos depresivos constituyen casi el 41,9% de los casos de discapacidad debida a trastornos neuropsiquiátricos entre las mujeres, mientras que entre los hombres causan el 29,3%. También afirman que la depresión unipolar será la segunda causa de carga de discapacidad mundial en 2020 y ésta es dos veces más común entre las mujeres.

En particular en Argentina se han realizado algunos estudios epidemiológicos sobre depresión. Una de las investigaciones pioneras fue la de Casullo (1986, c.p. Beck, Steer & Brown, 2006) quien halló, en un estudio que proporciona datos comparables referentes a distintas zonas geográficas de nuestro país, que cerca del 5% de la población estudiada evidenció serios trastornos afectivos con predominio de los de tipo depresivo. Unos años más tarde Galli (1997, c.p. Beck, Steer & Brown, 2006) encontró que la prevalencia de la depresión en la Argentina rondaba el 12%.

Por otro lado la OMS (2005) alega que la depresión, la ansiedad, los síntomas somáticos y las altas tasas de comorbilidad están significativamente asociados con los factores de riesgo que están interrelacionados y aparecen unidos, como las funciones asignadas por razón de sexo, los factores de perturbación y las experiencias y acontecimientos negativos.

La depresión no sólo es el problema de salud mental más común en las mujeres sino que además puede ser más persistente en las mujeres que en los hombres. Es por ello que es necesario realizar más investigaciones al respecto (OMS, 2005).

Busquets (1999) afirma que las diferencias de género se dan no sólo en la diferente prevalencia, sino también, aunque en menor medida, en ciertas manifestaciones clínicas y con respecto a la respuesta terapéutica, terreno éste de gran importancia. El origen de las diferencias de género también podría estar dado por los diferentes mecanismos etiopatogénicos que conducen a la depresión. No obstante existen hipótesis que justifican la mayor prevalencia femenina porque las mujeres expresarían un mayor número de síntomas, buscan ayuda más frecuentemente y porque

existen sesgos en el diagnóstico, sin embargo estos datos se ven refutados por los estudios comunitarios en donde la prevalencia femenina también es mayor que la masculina.

Un artículo desarrollado por la Clínica Cleveland (2007), sostiene que en realidad la depresión afecta a ambos sexos interrumpiendo relaciones e interfiriendo con el trabajo y las actividades diarias; y que los síntomas de la depresión son parecidos tanto en los hombres como en las mujeres, pero tienden a ser expresados de manera diferente. Debido a que la depresión fue alguna vez considerada como una enfermedad de la mujer, ligada a las hormonas y al síndrome premenstrual; se generó un persistente estereotipo de que la depresión es una condición femenina, llevando a evitar que algunos hombres reconozcan los síntomas y busquen el tratamiento apropiado. No obstante, algunos profesionales en salud mental piensan que si los síntomas de la depresión se expandiesen e incluyeran enfado, culpa, ataques verbales o físicos y abuso de alcohol, más hombres podrían ser diagnosticados con depresión y ser tratados apropiadamente.

El National Institute of Mental Health (2005) sostiene que los hombres generalmente se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, y no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva. Algunos investigadores creen que la definición estándar de la depresión, y las pruebas de diagnóstico basadas en ésta, no representan adecuadamente la enfermedad tal como se presenta en los hombres.

Según Busquets (1999) mujeres y hombres manifestarían diferentes expresiones fenotípicas de la misma diátesis genética de la depresión. Sobre la misma vulnerabilidad, las mujeres presentarían un cuadro de depresión, mientras que el hombre haría un cuadro de alcoholismo. Por otro lado estudios genéticos posteriores demuestran que el alcoholismo y la depresión no son manifestaciones alternativas del mismo trastorno.

El género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y salud mental, su

posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental (OMS, 2005).

La depresión es un trastorno médico serio pero tratable que puede afectar a cualquier persona, sin importar su edad, grupo étnico, nivel socioeconómico o género. Es posible que la persona afectada, su familia y amigos, e incluso sus médicos no reconozcan y no diagnostiquen dicho trastorno. Para el hombre, en particular, es difícil admitir que tiene síntomas de depresión y solicitar ayuda (NIMH, 2005).

La expresión sintomatológica de la depresión de manera distintiva en los hombres, podría deberse a la manera en que éstos han sido criados y a las expectativas culturales que sobre ellos se tienen (Cleveland Clinic, 2007); ya que los hombres estarían supuestos a ser exitosos, deberían restringir sus emociones, tener las cosas bajo control, etc. Estas expectativas culturales pueden enmascarar algunos de los síntomas verdaderos de la depresión y forzar a los hombres a expresar agresión y rabia, en vez de los comúnmente conocidos. Si se enseña a los hombres que fortaleza significa soportar dolor físico y admitir que la angustia emocional es tabú. De esta manera, en vez de buscar ayuda, lo cual significaría aceptar aquello que perciben como debilidad, los hombres lidian contra la depresión derivando en conductas evitativas como embriagándose o hasta cometiendo un suicidio.

Según el NIMH (2005) cuando el hombre está deprimido, en lugar de reconocer sus síntomas de depresión, pedir ayuda o solicitar el tratamiento apropiado, él puede recurrir al alcohol y a las drogas. Otra manera como la depresión se puede manifestar en el hombre es a través de sentimientos de frustración, desánimo, enojo, irritabilidad y por comportamientos violentos o abusivos. Algunos hombres enfrentan la depresión dedicándose a su trabajo de manera compulsiva, tratando de ocultar la depresión de sí mismos, la familia y los amigos. Otros hombres pueden responder a la presencia de una depresión mostrando comportamientos temerarios, es decir arriesgándose y poniéndose en situaciones peligrosas.

Las teorías psicológicas del desarrollo usan principios del aprendizaje para dar cuenta de las diferencias de género en la vulnerabilidad para la depresión. Los educadores (padres, maestros) realizan unas prácticas socializadoras estereotipadas en relación al sexo que pueden conllevar una disminución del sentido del control y una

mayor preocupación por la evaluación externa en las niñas que en los niños. Los padres acostumbran a tener diferentes expectativas en relación a sus hijos, de las chicas esperan que desarrollen papeles de cuidadoras y que estén más preocupadas por las evaluaciones sociales de los otros y de los chicos que sean más independientes (Bousquets, 1999).

El NIMH (National Institute of Mental Health, 2007) sostiene que antes de la adolescencia, casi no hay diferencia en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años hay un alza precipitada en la incidencia de depresión en las niñas. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio. Los factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez. Todo esto se suma a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son generalmente diferentes para los varones, y en las mujeres pueden estar relacionados con la mayor incidencia de depresión.

Gran número de investigadores (Bousquetes, 1999) sugieren que los cambios hormonales que sufre la mujer en determinados períodos de su vida justifican su mayor vulnerabilidad a la depresión. Esta hipótesis es potenciada por el hecho de que las mujeres parecen más proclives a la depresión en las épocas en que sufren los cambios hormonales más significativos (período premenstrual, postparto y menopausia) y porque las diferencias en la prevalencia comienzan después de la pubertad. La aparición de los caracteres sexuales secundarios puede tener mayor influencia en el desarrollo emocional que los cambios hormonales, debido a la diferente forma en que son vividos por los chicos y por las chicas. Las chicas parecen hacer una evaluación más negativa de estos cambios con la consiguiente repercusión en la valoración de la imagen corporal, siendo éste un parámetro altamente relacionado con la autoestima en las chicas. Diversos estudios sugieren que cuánto más negativa es la imagen corporal en las chicas, mayores son los niveles de depresión, lo que no tiene una relación tan significativa en los chicos.

Los datos epidemiológicos aportan evidencias a favor del papel de los factores sociales en la mayor vulnerabilidad femenina para la depresión: status matrimonial y laboral, número de hijos pequeños en casa, etc. Los porcentajes de depresión son menores en las mujeres solteras que en los hombres solteros y mayores en las mujeres

casadas que en los hombres casados (Busquets, 1999). El bienestar emocional de los hombres está en mayor riesgo que el de las mujeres cuando se rompe una relación íntima. Después del divorcio y de la muerte de la esposa el hombre está tan o más predispuesto que la mujer a experimentar depresión y enfermedad física. Mientras que los hombres casados presentan menos riesgo de sufrir depresión que los solteros, el matrimonio no parece aportar la misma protección a la mujer.

Aunque las mujeres se describen como más interesadas por la gente esto no parece constituir un factor de riesgo para la depresión, sino que la existencia de una buena red social protege. Se considera que las mujeres son menos asertivas, tienen menos autoconfianza y sus expectativas en relación a sus capacidades para controlar situaciones importantes son menores.

Al igual que en los grupos más jóvenes, más mujeres que hombres padecen de depresión en la vejez. Los síntomas de la menopausia pueden aumentar el riesgo de depresión. La alteración del sueño es uno de los factores relacionados con el cese de la función ovárica, que más deterioro produce en la calidad de vida de la mujer, calores, falta de concentración y aumento de peso son frecuentes en esta etapa (NIMH, 2007).

Los estudios actuales indican, en contra de la creencia generalizada, que el climaterio no está asociado con un riesgo incrementado de episodios afectivos. En realidad los porcentajes de recurrencias disminuyen después de la menopausia, mientras que en el hombre aumentan con la edad avanzada, por lo que las diferencias en la prevalencia disminuyen con la edad (Bousquets, 1999).

Existen diferentes estudios que examinan las diferencias sintomáticas de género en poblaciones no clínicas, varios de ellos en estudiantes. En uno de ellos, donde se utiliza el Beck Depression Inventory, se encuentran escasas diferencias en relación a los síntomas físicos como insomnio, anorexia y fatiga, así como dificultades en el trabajo; pero las diferencias cognitivas son marcadas. En los chicos están caracterizadas por el ánimo deprimido, mientras que en las chicas lo está por la autodepreciación, las ideas de culpa, el sentirse no atractiva, combinado con ideación suicida. Todos los síntomas eran más frecuentes y severos en las chicas. Los autores (Busquets, 1999) sugieren que estas diferencias deben estar relacionadas con la diferente forma en que son educados los

chicos y las chicas en relación a las expectativas sociales de su género, pues los cambios hormonales no pueden justificar en si mismos los diferentes patrones cognitivos.

En el mencionado estudio publicado en el artículo de Busquets (1999), esencialmente se encuentra que las mujeres expresan mayor número de síntomas que los hombres, así como mayores cambios en el apetito y peso, alteraciones del sueño y sentimientos de incapacidad y culpa. En general las mujeres dan mayores puntuaciones en la escala de Hamilton para la depresión revisada, y en escalas auto-administradas, las mujeres presentan mayor aumento del apetito y del peso, hipocondriasis, ansiedad somática, irritabilidad y hostilidad, mientras que los hombres relatan mayor pérdida de peso. También en el HAM-D las mujeres dan mayor número de síntomas y presentando mayor número de síntomas atípicos, la ansiedad somática es más frecuente y tienen mayor tendencia al retardo psicomotor, dando cuadros de depresión más severa.

Con respecto al suicidio las diferencias son sobradamente conocidas. Muy probablemente en relación con algunos de los aspectos mencionados anteriormente el porcentaje de suicidios consumados en el hombre es mucho más elevado a pesar de que el número de intentos femeninos es superior. El hombre utiliza métodos para el suicidio más violentos y efectivos. El NIMH (2005) sostiene que el alarmante índice de suicidio en los hombres puede reflejar el hecho de que los hombres solicitan tratamiento para la depresión con mucha menos frecuencia.

Los resultados hallados en estudios desarrollados por Beck *et al* (1996, 2006) evidencian diferencias significativas según el sexo, para las puntuaciones del BDI-II, tanto en muestra de pacientes externos como en población general. En ambos grupos las mujeres obtuvieron puntajes superiores al de los hombres, es decir que el grado de depresión que representaban, según el mencionado cuestionario, era superior.

Respecto de la comorbilidad depresiva, en la mujer se da principalmente con los trastornos de ansiedad, principalmente fobias y trastornos de la alimentación. La comorbilidad masculina es con los trastornos por abuso de sustancias y con el alcoholismo. Aunque algunos investigadores sugieren que el alcoholismo es el equivalente masculino de la depresión, son enfermedades diferentes, pero con mayores índices de comorbilidad masculina. El abuso de sustancias tóxicas puede ocultar la

depresión, haciendo que sea más difícil reconocerla como una enfermedad separada que necesita tratamiento (NIMH, 2005).

3. Método

3.1 Definición del tipo de Estudio

El tipo de estudio es *correlacional*, la metodología aplicada *no experimental transversal correlacional*.

3.2 Muestra

En este estudio se evaluaron sujetos de ambos sexos, 15 mujeres y 15 hombres mayores a 50 años de edad, pacientes del servicio de Psiquiatría del hospital dentro de tratamientos psiquiátricos iniciados a partir del año 2006.

Además se creó un grupo de comparación de similares características al que también se le administró el BDI.

La edad promedio del total de mujeres pertenecientes al grupo de estudio (N=15) fue de 65,20 años con un DE de 8,61. La edad promedio de los hombres pertenecientes al mismo grupo (N=15) fue de 59,73 con un DE de 6,70.

En cuanto al grupo de comparación creado, la edad promedio de las mujeres (N=15) fue de 64,27 con un DE de 11,29, y la edad promedio de los hombres de dicho grupo (N=15) fue de 62,87 con un DE de 7,05.

Tabla 1. Descripción de los participantes del grupo clínico (Hombres N=15, Mujeres N=15).

	Hombres	Mujeres
Edad Promedio	59,73 años	65,20 años
Desvío Estándar	6,70	8,61
Entre 50 y 60 años	53,33% (n=8)	26,66% (n=4)
Entre 60 y 70 años	26,66% (n=4)	40% (n=6)
Mayor a 70 años	20% (n=3)	33,33% (n=5)

Tabla 2. Descripción de los participantes del grupo de comparación (Hombres N=15, Mujeres N=15)

	Hombres	Mujeres
Edad Promedio	62,87 años	64,27 años
Desvío Estándar	7,05	11,29
Entre 50 y 60 años	40% (n=6)	46,66% (n=7)
Entre 60 y 70 años	46,66% (n=7)	26,66% (n=4)
Mayor a 70 años	13,33% (n=2)	26,66% (n=4)

Respecto del momento en el que fueron administrados los BDI al grupo de estudio, el período abarca desde Marzo de 2006 hasta Agosto de 2007.

Acerca del grupo de comparación creado, los protocolos tanto de los hombres como de las mujeres, fueron administrados en los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 2007.

3.3 Instrumento

Se utilizó el instrumento BDI *Beck Depression Inventory* creado por Aaron Beck, John Rush, Brian Shaw y Gary Emery, (1978) -versión 1-, que consiste en un cuestionario de 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de síntomas de depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Cada ítem es evaluado según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, es decir que se incluye la posibilidad nula; así mismo si el examinado ha hecho una elección múltiple para un ítem, se utiliza la alternativa con el valor mas alto. La puntuación total máxima es 63.

Tabla 3. *Rangos de depresión*

Puntuaciones totales	Rango
0-13	Mínimo
14-19	Leve
20-28	Moderado
29-63	Severo

Los 21 síntomas y actitudes depresivas elegidas por Beck son: (1) estado de ánimo/ tristeza; (2) pesimismo; (3) sensación de fracaso; (4) insatisfacción/ anhedonia; (5) sentimientos de culpa; (6) sentimientos de castigo; (7) autodesprecio/disgusto consigo mismo; (8) acusaciones a sí mismo/autocrítica, (9) pensamientos/ideas suicidas; (10) llanto; (11) irritabilidad, (12) Falta de interés por otros/aislamiento social, (13)

indecisión; (14) Falta de valor personal/cambio de imagen corporal; (15) dificultad en el trabajo; (16) cambios en el sueño; (17) fatiga; (18) pérdida de apetito; (19) pérdida de peso; (20) preocupación somática; y (21) pérdida de libido/deseo sexual.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1978) puede construir un instrumento útil para elicitarse los problemas de aquellos pacientes que tienen dificultad para centrarse en sus síntomas o en situaciones concretas. Se ha observado que casi todos los ítems del Inventario pueden constituir una puerta de acceso a los constructos inadecuados o distorsionados del paciente.

El mismo es el instrumento de autoreporte más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora.

Asimismo, diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989).

Particularmente en Argentina Brenlla (2004, c.p. Beck, Steer & Brown, 2006) junto a un grupo de estudiantes de la Universidad Católica Argentina, llevaron a cabo un estudio de validación del Inventario de Depresión de Beck-II para ser utilizado en población Argentina. Tomaron una muestra poblacional de pacientes externos concurrentes del Centro Privado de Psicoterapia, una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Argentina y otra de población general, llegando a un total de aproximadamente 1000 personas evaluadas. La conclusión desarrollada sobre la base de dicho estudio fue que luego de la revisión lingüística, el análisis factorial, y demás mecanismos de validación externa e interna, se constató que la versión argentina del BDI-II reúne los requisitos psicométricos para ser utilizado de forma válida (Beck, Steer & Brown, 2006).

3.4 Procedimiento

Este trabajo se llevó a cabo sobre la base de los I BDI administrados por los profesionales y pasantes del servicio de Psiquiatría del hospital en el período comprendido desde Enero del año 2006 hasta el mes de Octubre de 2007.

Por otro lado, se administró el mismo instrumento a un grupo de comparación creado con características similares a los participantes de la muestra.

Luego se realizó una base de datos en donde se reflejaron los cuestionarios según género (Femenino-Masculino), el grupo al que pertenecían, el ítem del cuestionario seleccionado, y el puntaje total de depresión obtenido.

Sobre la base de la misma se utilizó el procesador de datos SPSS, con el fin de realizar un análisis estadístico para calcular las diferencias buscadas.

Finalmente para expresar los resultados se crearon diferentes tablas que demuestran las diferencias de género al responder, tanto para la muestra tomada como para el grupo de comparación.

3.5 Resultados

Con la intención de responder al objetivo general de este estudio, referido a describir las diferencias en la autopercepción de sintomatología depresiva entre hombres y mujeres mayores a 50 años de edad pacientes del servicio de Psiquiatría de la institución y su comparación con población no clínica; se efectuó una prueba t para conocer si esta diferencia era estadísticamente significativa.

La misma fue realizada en primer término comparando hombres y mujeres en general, es decir las dos muestras juntas analizando las diferencias solo por sexo, las medias obtenidas, sus respectivos desvíos estándar y el nivel de significación de la prueba t. Luego se realizó el mismo análisis para cada grupo comparando a hombres y mujeres de la muestra clínica; y hombres y mujeres del grupo de comparación. Por último se realizó una prueba ANOVA ONE WAY para profundizar dicho análisis.

Finalmente, para dar respuesta al objetivo específico referente a rastrear cuáles son los síntomas más frecuentes según los establecidos en el cuestionario Beck, en hombres y mujeres mayores a 50 años de edad; se creó una tabla que contiene la Moda, es decir la forma mas frecuente de responder de los hombres y mujeres de cada grupo.

Tabla 4

Diferencias en el nivel de depresión entre hombres y mujeres de las dos muestras juntas (grupo clínico y grupo de comparación). Análisis de ítems y puntaje total.

Ítems	Varones (n=30)		Mujeres (n=30)		Prueba t	Signific
	Media	(DE)	Media	(DE)		
1 Tristeza	0,67	(0,61)	0,57	(0,86)	0,521	0,604
2 Pesimismo	0,37	(0,49)	0,60	(0,93)	-1,213	0,231
3 Fracaso	0,20	(0,61)	0,50	(0,97)	-1,430	0,159
4 Falta de Placer	0,50	(0,68)	0,87	(0,90)	-1,779	0,081
5 Sentimientos de culpa	0,33	(0,61)	0,43	(0,68)	-0,602	0,550
6 Sentimientos de castigo	0,20	(0,41)	0,23	(0,68)	-0,231	0,818
7 Autodesprecio	0,27	(0,58)	0,47	(0,73)	-1,172	0,246
8 Autocrítica	0,37	(0,56)	0,37	(0,56)	0,000	1,000
9 Pensamientos suicidas	0,13	(0,35)	0,17	(0,38)	-0,356	0,723
10 Llanto	0,17	(0,38)	0,30	(0,53)	-1,114	0,270
11 Irritabilidad	0,53	(0,63)	0,77	(1,11)	-1,006	0,320
12 Falta de interés por otros	0,47	(0,68)	0,50	(0,86)	-0,166	0,869
13 Indecisión	0,50	(0,82)	0,47	(0,82)	0,158	0,875
14 Falta de valor personal	0,27	(0,52)	0,43	(0,73)	-1,020	0,312
15 Falta de energía	0,57	(0,57)	0,77	(0,77)	-1,141	0,259
16 Cambios en el sueño	0,63	(0,81)	0,50	(0,86)	0,618	0,539
17 Fatiga, cansancio	0,53	(0,73)	0,80	(0,96)	-1,210	0,231
18 Cambios del apetito	0,10	(0,40)	0,17	(0,46)	-0,597	0,553
19 cambios en el peso	0,27	(0,52)	0,20	(0,48)	0,513	0,610
20 Preocupac. Somática	0,57	(0,63)	0,87	(0,63)	-1,852	0,069
21 Deseo sexual	0,33	(0,80)	1,43	(1,22)	-4,119	0,000
Total depresión	7,97	(7,24)	11,40	(8,63)	-1,670	0,100

* $P < 0,05$

Esta tabla refleja la comparación entre los hombres y las mujeres de ambos grupos con la prueba t que expresa si existen diferencias significativas al responder según género.

El ítem que arroja una diferencia significativa es el 21, cambios en la libido/deseo sexual. Resulta interesante observar cómo la misma se refleja en las medias obtenidas por ambos grupos. El de las mujeres obtuvo una media que manifiesta que las mismas han observado cambios, pérdida de deseo sexual. El grupo de los hombres obtuvo una media muy baja, y teniendo en cuenta que el puntaje mínimo es 0 haciendo referencia a la ausencia de dicho síntoma, los mismos reportan no haber observado ningún cambio en su interés por el sexo.

Tabla 5

Diferencias en el nivel de depresión entre hombres y mujeres del grupo de la *muestra clínica*. Análisis de ítems y puntaje total.

Ítems	Varones (n=15)		Mujeres (n=15)		Prueba t	Signific
	Media	(DE)	Media	(DE)		
1 Tristeza	0,8	(0,68)	1	(1)	-0,642	0,526
2 Pesimismo	0,4	(0,51)	1	(1,13)	-1,871	0,072
3 Fracaso	0,27	(0,80)	0,8	(1,26)	-1,381	0,180
4 Falta de Placer	0,8	(0,77)	1,27	(1,03)	-1,400	0,172

5 Sentimientos de culpa	0,6	(0,74)	0,47	(0,83)	0,464	0,646
6 Sentimientos de castigo	0,33	(0,49)	0,4	(0,91)	-0,250	0,804
7 Autodesprecio	0,4	(0,74)	0,67	(0,90)	-0,888	0,382
8 Autocrítica	0,6	(0,63)	0,40	(0,63)	0,866	0,394
9 Pensamientos suicidas	0,13	(0,35)	0,27	(0,46)	-0,894	0,379
10 Llanto	0,33	(0,49)	0,40	(0,63)	-0,323	0,749
11 Irritabilidad	0,87	(0,64)	0,80	(1,01)	0,215	0,831
12 Falta de interés por otros	0,73	(0,80)	0,80	(1,08)	-0,192	0,849
13 Indecisión	0,87	(0,99)	0,73	(1,03)	0,361	0,721
14 Falta de valor personal	0,47	(0,64)	0,67	(0,90)	-0,702	0,489
15 Falta de energía	0,73	(0,59)	1,00	(0,93)	-0,939	0,356
16 Cambios en el sueño	1,00	(0,93)	0,87	(1,06)	0,367	0,716
17 Fatiga, cansancio	1,00	(0,76)	1,20	(1,15)	-0,564	0,578
18 Cambios del apetito	0,20	(0,56)	0,33	(0,62)	-0,619	0,541
19 cambios en el peso	0,53	(0,64)	0,20	(0,56)	1,517	0,140
20 Preocupac. Somática	0,93	(0,59)	1,00	(0,53)	-0,323	0,749
21 Deseo sexual	0,53	(1,06)	1,80	(1,15)	-3,142	0,004
<i>Total depresión</i>	<i>12,53</i>	<i>(7,86)</i>	<i>16,07</i>	<i>(9,43)</i>	<i>-1,115</i>	<i>0,275</i>

* $P < 0,05$

La comparación en este caso es entre los hombres y mujeres de la muestra clínica.

Puede observarse en el ítem 21, referente a cambios en el deseo sexual, una diferencia realmente significativa, debido a que los hombres de este grupo obtuvieron una media cercana al puntaje nulo, es decir que no observan ningún cambio en su interés por el sexo. En cambio la media de las mujeres se acerca a la tercera opción de respuesta, que representa que están mucho menos interesadas por el sexo que antes.

Tabla 6

Diferencias en el nivel de depresión entre hombres y mujeres del *grupo comparación*. Análisis de ítems y puntaje total.

Ítem	Varones (n=15)		Mujeres (n=15)		Prueba t	Signific
	Media	(DE)	Media	(DE)		
1 Tristeza	0,53	(0,52)	0,13	(0,35)	2,479	0,020
2 Pesimismo	0,33	(0,49)	0,2	(0,41)	0,807	0,426
3 Fracaso	0,13	(0,35)	0,2	(0,41)	-0,475	0,638
4 Falta de Placer	0,2	(0,41)	0,47	(0,52)	-1,560	0,130
5 Sentimientos de culpa	0,07	(0,26)	0,4	(0,51)	-2,269	0,034
6 Sentimientos de castigo	0,07	(0,26)	0,07	(0,26)	0,000	1,000
7 Autodesprecio	0,13	(0,35)	0,27	(0,46)	-0,894	0,379
8 Autocrítica	0,13	(0,35)	0,33	(0,49)	-1,288	0,209
9 Pensamientos suicidas	0,13	(0,35)	0,07	(0,26)	0,592	0,559
10 Llanto	0	(0)	0,20	(0,41)	-1,871	0,082
11 Irritabilidad	0,20	(0,41)	0,73	(1,22)	-1,600	0,128
12 Falta de interés por otros	0,20	(0,41)	0,20	(0,41)	0,000	1,000
13 Indecisión	0,13	(0,35)	0,20	(0,41)	-0,475	0,638
14 Falta de valor personal	0,07	(0,26)	0,20	(0,41)	-1,058	0,301
15 Falta de energía	0,40	(0,51)	0,53	(0,52)	-0,714	0,481
16 Cambios en el sueño	0,27	(0,46)	0,13	(0,35)	0,894	0,379
17 Fatiga, cansancio	0,07	(0,26)	0,40	(0,51)	-2,269	0,034

18 Cambios del apetito	0	(0)	0	(0)		
19 cambios en el peso	0	(0)	0,20	(0,41)	-1,871	0,082
20 Preocupac. Somática	0,2	(0,41)	0,73	(0,70)	-2,530	0,019
21 Deseo sexual	0,13	(0,35)	1,07	(1,22)	-2,841	0,012
<i>Total depresión</i>	<i>3,4</i>	<i>(1,40)</i>	<i>6,73</i>	<i>(4,32)</i>	<i>-2,844</i>	0,011

* $P < 0,05$

Esta tabla describe la comparación efectuada entre los hombres y las mujeres pertenecientes al grupo de comparación. En la misma, se han encontrado diferencias al responder en seis de los 21 ítems del cuestionario.

La primera de ellas ha sido hallada en el ítem 1 acerca del estado de ánimo tristeza. En este caso los hombres son quienes obtienen la media más alta reflejando en ella que se sienten tristes.

Otra diferencia se observa en el ítem número 5 que indaga sobre sentimientos de culpa. Las mujeres de este grupo obtuvieron una media más alta en comparación con los hombres, lo que refleja que se sienten culpables en algunas ocasiones.

En el ítem 17 referente al cansancio/fatiga también se registran diferencias. Las mujeres son quienes puntúan una media más alta que los hombres lo que indicaría que éstas se cansan más que antes.

Respecto de la preocupación somática evaluada en el ítem 20 también han sido encontradas diferencias significativas al responder. Las mujeres de este grupo reflejan una media superior a la de los hombres, revelando que éstas están preocupadas por sus problemas físicos, y que a los hombres no les preocupa su salud.

En cuanto al área que indaga sobre el deseo sexual, también se registraron diferencias, siendo ésta una de las más significativas de este grupo, ya que los hombres puntuaron una media realmente baja manifestando no observar cambios en su interés por el sexo, y las mujeres una media mucho mas alta que representa que la relación sexual les atrae menos que antes.

Por último, en el total de depresión también fueron registradas diferencias significativas. Las mujeres de este grupo obtuvieron una media más alta que los hombres, aunque dicho puntaje indica depresión mínima.

Tabla 7

Diferencias en el nivel de depresión entre los 4 grupos mediante la prueba ANOVA ONE WAY. Análisis de ítems y puntaje total.

ítem	Varones Grupo Clínico (n= 15)		Mujeres Grupo Clínico (n=15)		Varones Grupo Comparac.(n=15)		Mujeres Grupo Comparac.(n=15)		F	Signific
	Media (DE)		Media (DE)		Media (DE)		Media (DE)			
1	0,8	(0,68)	1	(1)	0,53	(0,52)	0,13	(0,35)	4,558	0,006
2	0,4	(0,51)	1	(1,13)	0,33	(0,49)	0,2	(0,41)	3,859	0,014
3	0,27	(0,80)	0,8	(1,26)	0,13	(0,35)	0,2	(0,41)	2,202	0,098
4	0,8	(0,77)	1,27	(1,03)	0,2	(0,41)	0,47	(0,52)	6,029	0,001
5	0,6	(0,74)	0,47	(0,83)	0,07	(0,26)	0,4	(0,51)	1,978	0,128
6	0,33	(0,49)	0,4	(0,91)	0,07	(0,26)	0,07	(0,26)	1,537	0,215
7	0,4	(0,74)	0,67	(0,90)	0,13	(0,35)	0,27	(0,46)	1,846	0,149
8	0,6	(0,63)	0,40	(0,63)	0,13	(0,35)	0,33	(0,49)	1,913	0,138
9	0,13	(0,35)	0,27	(0,46)	0,13	(0,35)	0,07	(0,26)	0,806	0,496
10	0,33	(0,49)	0,40	(0,63)	0	(0)	0,20	(0,41)	2,306	0,087
11	0,87	(0,64)	0,80	(1,01)	0,20	(0,41)	0,73	(1,22)	1,797	0,158
12	0,73	(0,80)	0,80	(1,08)	0,20	(0,41)	0,20	(0,41)	3,004	0,038
13	0,87	(0,99)	0,73	(1,03)	0,13	(0,35)	0,20	(0,41)	3,519	0,021
14	0,47	(0,64)	0,67	(0,90)	0,07	(0,26)	0,20	(0,41)	2,974	0,039
15	0,73	(0,59)	1,00	(0,93)	0,40	(0,51)	0,53	(0,52)	2,359	0,081
16	1,00	(0,93)	0,87	(1,06)	0,27	(0,46)	0,13	(0,35)	4,801	0,005
17	1,00	(0,76)	1,20	(1,15)	0,07	(0,26)	0,40	(0,51)	7,483	0,000
18	0,20	(0,56)	0,33	(0,62)	0	(0)	0	(0)	2,301	0,087
19	0,53	(0,64)	0,20	(0,56)	0	(0)	0,20	(0,41)	3,277	0,028
20	0,93	(0,59)	1,00	(0,53)	0,2	(0,41)	0,73	(0,70)	6,046	0,001
21	0,53	(1,06)	1,80	(1,15)	0,13	(0,35)	1,07	(1,22)	7,685	0,000
<i>Total depresión</i>	<i>12,5</i>		<i>16,0</i>						<i>11,32</i>	<i>0,000</i>
	<i>3</i>	<i>(7,86)</i>	<i>7</i>	<i>(9,43)</i>	<i>3,4</i>	<i>(1,40)</i>	<i>6,73</i>	<i>(4,32)</i>	<i>7</i>	

*F < 0,05

Esta tabla refleja el análisis realizado sobre la base de la prueba estadística ANOVA ONE WAY.

Comparando las 4 muestras juntas en 12 de los 21 ítems del Inventario de Depresión de Beck se registraron diferencias significativas al responder.

La primera diferencia se observó en el ítem 1 referente al estado de ánimo tristeza. La media más alta registrada fue de las mujeres pertenecientes al grupo clínico indicando que “se sienten tristes”; y la más baja fue del grupo femenino de comparación señalando ausencia de tristeza.

La segunda diferencia se observa el ítem 2 referente a pesimismo; donde se ha encontrado que el grupo femenino clínico “se siente desanimado de cara al futuro”, diferenciándose del resto de los grupos.

Otra diferencia se dio en el ítem 4, acerca de la “falta de placer”, en este caso quien ha marcado una media mas alta es el grupo femenino y el grupo masculino clínico. Demostrando que ambos “no disfrutaban de las cosas tanto como antes”.

La cuarta diferencia encontrada es en el ítem 12, referente a la falta de interés. Aquí los grupos tanto femenino como masculino clínico han puntuado las medias más altas, expresando que están “menos interesados en los demás que antes”.

La quinta diferencia es en el ítem 13 acerca de indecisión. Aquí el grupo masculino clínico ha obtenido la media mas alta expresando que “evitan tomar decisiones más que antes”. En segundo lugar se ubican las mujeres del mismo grupo.

La sexta diferencia se refleja en el ítem 14 sobre falta de valor/ estima personal. Donde las mujeres del grupo clínico se diferencian del resto de los grupos manifestando que están preocupadas porque “parecen envejecidas y poco atractivas”.

La séptima diferencia entre los grupos se percibe en el ítem 16 acerca de los cambios en el sueño. En este caso los varones del grupo clínico han puntuado más alto, indicando que “no duermen tan bien como antes”. En segundo lugar se ubican las mujeres del grupo clínico.

La octava diferencia se observa significativamente en el ítem 17, referente a la fatiga. En este caso el grupo clínico de mujeres en primer lugar, y en segundo lugar los hombres de dicho grupo expresan que “se cansan mas que antes”.

La novena diferencia se encuentra en el ítem 19 respecto de los cambios en el peso. En donde el grupo masculino clínico y el grupo femenino de comparación indican que “han perdido peso últimamente”.

Otra notable diferencia es observada en el ítem 20, referente a preocupación somática. En este caso se puede ver que el grupo clínico, tanto las mujeres en primer lugar y los hombres en segundo, expresan que “están preocupados por problemas físicos”.

La diferencia entre grupos mas significativa ha sido encontrada en el ítem 21, acerca del deseo/libido sexual. Ya que *las mujeres*, tanto del grupo clínico y de comparación, han obtenido las medias más altas, indicando que la relación sexual “les atrae menos que antes”. Lo relevante de este dato es que el grupo de hombres tanto del grupo clínico como del de comparación obtuvieron medias bajas que hacen referencia a la ausencia del ítem, es decir que “no han observado ningún cambio en su interés por el sexo”.

Ítem (BDI-I)	Subitem mas frecuente en Hombres	Porcentaje % de dicha Rta. en Hombres	Subitem mas frecuente en Mujeres	Porcentaje % de dicha Rta. en Mujeres
1	1	53,3	1	46,67
2	0	60	1	40
3	0	86,67	0	66,67
4	1	60	1	33,33
5	0	53,33	0	66,67
6	0	66,67	0	80
7	0	73,33	0	53,33
8	0	46,67	0	66,67
9	0	86,67	0	73,33
10	0	66,67	0	66,67
11	1	60	0	46,67
12	0	46,67	0	53,33
13	0	46,67	0	60
14	0	60	0	53,33
15	1	60	1	40
16	1	40	0	46,67
17	1	66,67	0	33,33
18	0	86,67	0	73,33
19	0	53,33	0	86,67
20	1	66,67	1	73,33
21	0	73,33	3	40

Finalmente la diferencia número 12 se observa en el total de depresión, donde se ve una clara diferencia entre el grupo clínico y el de comparación, debido a que en el grupo clínico tanto las mujeres como los hombres que lo conforman, expresan una media en la puntuación total que manifiesta depresión leve. En contraposición a las mujeres y hombres del grupo de comparación ya que no reflejan depresión.

Tabla 8

Diferencias en la Moda de las respuestas según sexo en el Grupo Clínico (Mujeres N=15 Hombres N=15)

La presente tabla refleja cuál de los subítems de cada ítem ha sido mas frecuente para los hombres y mujeres del *grupo clínico*. A continuación se mencionarán los casos que se consideran más relevantes.

En el ítem número 2, acerca de pesimismo, puede apreciarse que el 60% de los hombres pertenecientes al grupo clínico responden en el subítem 0, manifestando no sentirse desanimados de cara al futuro. A diferencia de las mujeres de dicho grupo, ya que el subítem más frecuente en ellas ha sido el 1 con un 40%, reportando que ellas si se sienten desanimadas de cara al futuro.

En el ítem número 4, que indaga acerca de la falta de placer, puede observarse que si bien ambos sexos marcan más frecuente al subítem 1, manifestando que ya no disfrutaban de las cosas tanto como antes, es interesante resaltar que el 60% de los hombres ha respondido de esa manera, en contraposición al 33% de las mujeres.

Por otro lado, en el ítem número 11, referente al síntoma de irritabilidad, se considera interesante resaltar que el subítem más frecuente de los hombres ha sido el 1, indicando con un 60% de ellos que se molestan e irritan más fácilmente que antes. En cambio las mujeres reportan más frecuente el ítem 0, con un 46%, que no se sienten especialmente irritadas.

En el caso del ítem 16, referente a los cambios en el sueño, el subítem más frecuente de los hombres es el 1, con un 40%, reportando que no duermen tan bien como siempre, a diferencia de las mujeres que obtienen como más frecuente en subítem 0, con un 46%, indicando que ellas si duermen tan bien como antes.

Otro dato a resaltar de esta tabla es el que se observa en el ítem 17 respecto del síntoma fatiga, en donde el subítem más frecuente de los hombres ha sido el 1, con un 66%, indicando que se cansan más que antes. A diferencia de las mujeres que marcan como más frecuente el subítem 0, en un 33%, expresando que no se cansan más de lo normal.

Por último, se considera pertinente resaltar la diferencia al responder que revela el ítem 21 acerca de los cambios en el deseo sexual, ya que los hombres indican el 0 como subítem más frecuente, con un 73%, manifestando que no han observado ningún cambio en el interés por el sexo. En contraposición con el subítem 3, más frecuente en las mujeres con un 40%, que denota una pérdida total por el interés sexual.

Tabla 9

*Diferencias en la Moda de las respuestas según sexo en el grupo de comparación. (Mujeres N=15
Hombres N=15)*

Item (BDI-I)	Subitem de mayor Rta. en Hombres	Porcentaje % en Hombres	Subitem de mayor Rta en Mujeres	Porcentaje % en Mujeres
1	1	53,33	0	86,67
2	0	66,67	0	80
3	0	86,67	0	80
4	0	80	0	53,33
5	0	93,33	0	60
6	0	93,33	0	93,33
7	0	86,67	0	73,33
8	0	86,67	0	66,67
9	0	86,67	0	93,33
10	0	100	0	80
11	0	80	0	66,67
12	0	80	0	80
13	0	86,67	0	80
14	0	93,33	0	80
15	0	60	1	53,33
16	0	73,33	0	86,67
17	0	93,33	0	60
18	0	100	0	100
19	0	100	0	80
20	0	80	1	46,67
21	0	86,67	0	46,67

La tabla número 9 describe las diferencias al responder según los subítems de cada ítem por sexo en el *grupo de comparación*, del mismo modo que en la descripción de la tabla 10, se mencionarán los casos que se consideran más relevantes.

En el ítem 1, acerca del estado de ánimo tristeza, puede observarse que el subítem más frecuente de los hombres de este grupo es el 1, con un 53%, expresando que se sienten tristes. Las mujeres, en cambio, tienen el subítem 0 como más frecuente con un 86%, indicando que ellas no sienten dicho estado de ánimo.

Respecto del ítem 15 referente a la falta de energía, se encuentra que los hombres marcan más frecuente al subítem 0, con un 60%, revelando que trabajan igual que antes. A diferencia de las mujeres que obtienen más frecuente el subítem 1, con un 53%, indicando que les cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

En el caso del ítem 20 que indaga sobre la preocupación somática, se puede ver que en los hombres es más frecuente el subítem 0, con un 80%, denotando no estar preocupados por su salud. En cambio las mujeres obtienen más frecuente el subítem 1, con un 46%, lo que refleja que éstas están preocupadas por sus problemas físicos.

Finalmente, del ítem 21 referente a los cambios en el deseo sexual, se considera pertinente resaltar que si bien ambos sexos han indicado más frecuente el subítem 0, los hombres lo hacen en un 86%, a diferencia de las mujeres que obtienen la mitad de dicho

porcentaje, un 46%. Demostrando que no observan cambios en su interés sexual, pero imponiendo dicha afirmación más los hombres que las mujeres de éste grupo.

4. Conclusiones

A partir de lo expuesto anteriormente, en este apartado se desarrollarán las diferentes conclusiones que se han alcanzado.

Teniendo en cuenta que este estudio se ha propuesto como objetivo general describir las diferencias en la autopercepción de sintomatología depresiva, entre hombres y mujeres mayores a 50 años de edad pacientes del servicio de Psiquiatría de un hospital ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se considera que dicho objetivo ha sido logrado debido al hallazgo de diversos resultados que se discutirán a continuación.

En primer lugar se cree importante remarcar los puntajes elevados en cada ítem estudiado y en el puntaje total de depresión obtenidos por las mujeres de ésta investigación. Las mismas no solo han puntuado más alto, sino también en ellas se han encontrado frecuencia de mayores síntomas de depresión, según el cuestionario utilizado.

Es considerable señalar que las mujeres que han participado de éste estudio tienen en promedio aproximadamente 65 años, no siendo un dato de menor relevancia ya que evolutivamente se encuentran en un estadio de transición hacia la vejez acarreado cada una de las dificultades que esto conlleva, duelos, cambios en la imagen corporal, retiro de la actividad laboral y todos los estigmas psicosociales que rodean éste estadio de la vida. Si bien cada una de dichas variables no ha podido controlarse en el presente estudio por las limitaciones en la realización de la práctica V, se entiende que han estado presentes activamente en cada hallazgo encontrado.

Si se retoma una de las afirmaciones de Kaplan y Sadok (1999), las causas de los trastornos del estado de ánimo son desconocidas. Aunque los factores causales podrían dividirse de forma artificial en biológicos, genéticos, y psicosociales, se trataría solo de una división artificial dada la probable interacción entre ellos.

Del mismo modo Beck (1978) afirma que los síntomas deben entenderse dentro de un contexto social, en base a las relaciones interpersonales significativas, y desde una

perspectiva cognitiva, es decir a partir del significado que la persona le da a sus experiencias.

El modelo cognitivo en el que se sustenta el inventario de depresión utilizado en el presente trabajo, propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Como ha sido desarrollado, los signos y síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del paciente (Beck, 1978).

Debido a que la depresión (Clínica Cleveland, 2007) fue alguna vez considerada como una enfermedad de la mujer, ligada a las hormonas y al síndrome premenstrual se fue creando un persistente estereotipo de que la depresión es una condición femenina. Acerca de lo mismo la OMS (2005) sostiene que depresión no sólo es el problema de salud mental más común en las mujeres sino que además puede ser más persistente en las mujeres que en los hombres.

Ya se ha expuesto que Simonds y Whiffen (2003), afirman que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres para ser diagnosticadas con cada uno de los diferentes trastornos neuropsiquiátricos sólo o comórbidos con algún otro trastorno; y que la OPS ha catalogado a los trastornos afectivos como epidemia en nuestro continente (Vázquez, 2007), mientras que la OMS ha proyectado para la segunda década del milenio a los trastornos afectivos como causa de discapacidad mundial, siendo las mujeres quienes corren mayor riesgo a lo largo de sus vidas de padecer el trastorno depresivo mayor. Los índices de prevalencia apoyan esta predicción ya que para los hombres es entre un 5% y un 12%, mientras que para las mujeres es dos veces mayor, entre el 10% al 25%. El trastorno indicado se asocia con tasas de mortalidad y morbilidad así como una significativa alteración en la función social y ocupacional.

Si se tiene en cuenta que los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación, no es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten (Beck, 1964); y que entre las edades de 11 y 13 años hay un alza precipitada en la incidencia de depresión en las niñas. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio (NIMH, 2007). Se está exponiendo otro dato relacionado a la transición en las etapas del ciclo vital que influyen sobre todo en las mujeres a desarrollar problemas en su estado de ánimo. Referido a esto Busquets (1999)

ha sugerido que los cambios hormonales que las mujeres sufren en determinados períodos de su vida estarían justificando dicha vulnerabilidad hacia la depresión.

Otro aspecto importante a resaltar es la notable diferencia entre los hombres y las mujeres de éste estudio respecto de la autopercepción del ítem 21, referido a los cambios en la libido y el deseo sexual. Lo relevante de éste punto es que las mujeres perciben una carencia en el deseo sexual, éste se ha reflejado en ambos grupos de mujeres y se ha expresado en las diferentes tablas de los resultados. En cambio los grupos de hombres no han percibido ninguna dificultad en su libido.

Esta diferencia podría explicarse en base a los cambios hormonales que la mujer experimenta a lo largo de su ciclo vital, relacionados profundamente con el deseo sexual y con los cambios en el estado de ánimo. Hormonalmente la mayor responsable del deseo sexual es la testosterona, producida por las glándulas suprarrenales en hombres y mujeres, pero también es la que activa el estrés compitiendo con el deseo sexual, de modo que si se está pasando por un período de alto estrés, producirá una baja o inhibición temporal del deseo. Otra hormona responsable de esta disminución es la prolactina, por eso es que las mujeres que amamantan no tienen un alto deseo sexual.

Una de las teorías que proponen Kaplan y Sadok (1999) respecto de la influencia hormonal en las alteraciones del humor, caracterizan a los mismos en base a una relación de estrógeno; progesterona anormalmente alta, y alteraciones en las neuronas aminérgicas. Además de anormalidades en la actividad de las prostaglandinas, los autores mencionados hacen referencia a los aspectos sociales y personales sobre la feminidad y la afección de estos hacia los síntomas de cada paciente.

Pero no todo es responsabilidad hormonal; si bien es una de las razones, porque la actividad sexual estimula el deseo y la falta de ella puede producir fracaso sexual al inhibir cada vez más las ganas, la mala relación de pareja en los otros planos de la vida también puede ser causa de la inhibición, es decir que muchos problemas se manifiestan inicialmente por una baja en el deseo sexual. Como se ha expresado en el desarrollo, la depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos (Beck, 1978), de modo que se puede centrar en uno de ellos o en la combinación de varios síntomas y áreas afectadas para conseguir la modificación del síndrome depresivo. Cada uno de los componentes mantiene una relación recíproca con los demás, por lo tanto, la mejoría en una de las áreas problemáticas afecta al resto.

Considerando esta afirmación de Beck se cree de carácter central promover el conocimiento en los síntomas que diferencian la percepción de los hombres y mujeres en cuanto al padecimiento de su depresión, ya que en base a los mismos podrán lograrse mejores y más eficaces tratamientos para aliviar el sufrimiento que conlleva este trastorno del estado de ánimo.

Respecto de los objetivos específicos propuestos, vinculados al rastreo de los síntomas más frecuentes en los hombres y mujeres de éste estudio, se pudo encontrar en las mujeres síntomas típicos como pesimismo, insatisfacción, preocupación somática, falta de libido sexual y falta de energía. Los hombres, en cambio, se encontraron más irritables, tristes, con trastornos en el sueño, y fatiga.

En relación con estos hallazgos, un estudio presentado por Akiskal (2005) plantea que existen rasgos conductuales implicados en la evolución humana. En el mismo se propone que cada reacción o tipo de temperamento podría conferir ventajas hacia la supervivencia del grupo social en general. De este modo el autor se basa en un análisis factorial para desarrollar diferentes estilos de temperamentos. Siguiendo su idea, sobre las características halladas en los hombres del presente estudio sobre autopercepción de sintomatología depresiva, se encuentra una similitud con el tipo de temperamento hipertímico, ya que el mismo se describe por ser personas sobre-energéticas, presumidas, activas y extrovertidas.

Continuando con Akiskal (2005), las mujeres de éste estudio se asemejarían por un lado, a un estilo de temperamento ansioso generalizado, ya que el mismo se caracteriza por preocupaciones frecuentes y una disposición hacia la complacencia familiar. Y por otro, al estilo depresivo caracterizado por sensibilidad ante el sufrimiento, notable dedicación hacia los demás y conformismo frente a las normas y roles establecidos socialmente. Dicho estudio sostiene que éste último estilo, junto al ansioso generalizado formarían rasgos típicos en mujeres que hipotéticamente, según Akiskal (2005), ayudarían a la supervivencia evolutiva de la especie humana.

Para finalizar, se considera importante recordar el estigma social alrededor de la depresión, ya que esto a menudo impide la adecuada aplicación de los tratamientos y conocimientos actuales. El costo de la enfermedad es el dolor, discapacidad y en muchos casos la muerte. Una vez diagnosticado el trastorno depresivo mayor, puede ser

tratado exitosamente con medicamentos, psicoterapia o con la combinación de ambos, siempre que se tenga un mayor y profundo conocimiento acerca del método terapéutico que se utilice se va a poder aliviar con una mayor eficacia el sufrimiento de quien lo padece.

5. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Mason
- Akiskal, K. & Akiskal, H. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, 85, 231-239.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archive of general psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. (1964). Thinking and depression. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996, 2006). *BDI-II Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Boyd, J. & Weissman, M. (1981). Epidemiology of affective disorders. *Archives of general psychiatry*, 38, 289.
- Busquets, E. (1999). Diferencias de género en el trastorno depresivo mayor. *Revista electrónica de psiquiatría*, Vol 3, N 2. Recuperado el 18 de Octubre de 2007 en http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num2/art_5.htm.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. Londres: Routledge.

- Hirschfeld, R. M. & Cross, C. K. (1982). Epidemiology of affective disorders: psychosocial risk factors. *Archives of general psychiatry*, 39, 35-46.
- Kaplan & Sadok (1999). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Trastornos del estado de ánimo. Cap. 15, 8va. Edición. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Klerman, G. L. (1987). Cognitive dysfunction, vulnerability and integrating theories of depression. *Integrative psychiatry*, 5, 32-35.
- NIMH (2005). Los hombres y la depresión. Recuperado el 20 de Octubre de 2007 de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/spanish/los-hombres-y-la-depresion-hoja-de-datos.shtml>
- Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas (2005). *Género y salud mental de las mujeres*. Recuperado el 14 de Junio de 2007 de <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>
- Ruiz, J.A. & Bermúdez, J. (1989). Consideraciones en torno al Beck Depression Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 5, 255-272.
- Schuyler, D. & Katz, M. (1973). The depressive illnesses: A mayor public health problem. Washington, D.C.:U.S. Government Printing Office.
- Simonds V. & Whiffen V (2003) ¿Existen diferencias de género en la depresión aclaradas por las diferencias de género en la ansiedad comórbida? *Journal of Affective Disorders*, 77 (3), 197-202. Recuperado el 16 de Junio de 2007 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/comorbilidad/14754/>
- The Cleveland Clinic (2007). La depresión y los hombres. Recuperado el 10 de Octubre de 2007 de <http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/html/s9307.asp>
- Vázquez, C. & Sanz J. (1995). Trastornos de estado de ánimo: aspectos clínicos. En: A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. II, pp. 299-340). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, G. H. (2007). *Trastornos del estado de ánimo: depresión y bipolaridad*. Buenos aires: Polemos.

ANEXO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:.....Edad:.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.

Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

- 1 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3 0 No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
 2 Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
 3 Soy un fracaso total como persona.
- 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
- 5 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 3 Me siento culpable constantemente
- 6 0 No creo que esté siendo castigado.
 1 Siento que quizá este siendo castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7 0 No estoy descontento de mi mismo
 1 Estoy descontento de mi mismo.
 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
 3 Me detesto.
- 8 0 No me considero peor que cualquier otro.
 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 2 Desearía poner fin a mi vida.
 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10 0 No lloro más de lo normal.
 1 Ahora lloro más que antes.
 2 Lloro continuamente.
 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11 0 No estoy especialmente irritado.
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2 Me siento irritado continuamente.
 3 Ahora me irritan en absoluto cosas que antes no me molestaba.
- 12 0 No he perdido el interés por los demás.
 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 2 He perdido gran parte del interés por los demás.
 3 He perdido todo el interés por los demás.
- 13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3 Me es imposible tomar decisiones.

- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.
 1 Me cuesta mas esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo.
 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16 0 Duermo tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como antes.
 2 Me despierto 1-2hs antes de lo habitual y me cuesta volver a dormirme.
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 17 0 No me siento mas cansado de lo normal.
 1 Me canso más que antes.
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.
 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 3 He perdido completamente el apetito.
- 19 0 No he perdido peso últimamente.
 1 He perdido más de 2Kg de peso.
 2 He perdido más de 4Kg de peso.
 3 He perdido más de 7Kg de peso.
- 20 0 No estoy preocupado por mi salud.
 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 3 He perdido totalmente el interés sexual.

<p>Estoy tratando intencionadamente de perder peso comiendo menos. SI NO</p>
