



---

# DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN RELACIÓN AL RECONOCIMIENTO EN SÍ MISMOS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Andrés F. López Pell<sup>1</sup> y Lucía Legé<sup>2</sup>

Universidad Católica de Santa Fe (UCSF)

FUNSALED: Fundación para la Salud y la Educación, Argentina

## Resumen

Numerosos estudios han constado la existencia de diferencias de género en relación al reconocimiento de sintomatología depresiva. Estas pueden verse incrementadas cuando se comparan los momentos en que en las personas puede predominar un estado de ánimo triste concebido como un acontecimiento común y esperable en la vida cotidiana con el momento en que se decide pedir asistencia en salud mental. En este trabajo se utilizó el Beck Depression Inventory (BDI) con el fin de poder obtener evidencia empírica que de cuenta de la existencia de las diferencias aludidas relevando su intensidad y comparándolas en los diferentes momentos antes mencionados.

**Palabras clave:** depresión, género, diferencias, sintomatología

## Abstract

Numerous studies have proved the existence of gender differences regarding the recognition of the symptoms of depression. These differences can be enhanced if it is compared the moment in which a sad mood conceived as a common and likely event of everyday life is predominant versus the moment of making the decision of asking for assistance in mental health. The Beck Depression Inventory (BDI) was used in this study with the aim of obtaining empirical evidence to account for the existence of said differences, surveying their intensity and comparing them at the different moments mentioned above.

**Key words:** depression, gender, differences, symptoms

---

<sup>1</sup> Philosophiae Doctor (Ph.D) y Profesor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica orientación en docencia e investigación, investigador, docente titular de la cátedra "Psicología clínica de adultos y gerontes" de la Universidad Católica de Santa Fe (UCSF), Jefe de servicio de salud mental de FUNSALED, Director académico de Distrito XV del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Correspondencia: [alopezpell@funsaled.org.ar](mailto:alopezpell@funsaled.org.ar), Av. Presidente Hipólito Yrigoyen 4553, Munro CP 1605, Partido de Vicente López, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología, ayudante de la cátedra "Psicología clínica de adultos y gerontes" de la Universidad Católica de Santa Fe (UCSF), Argentina.

## Introducción

El interés por estudiar las diferencias de género y sexo en los desordenes mentales ha adquirido una especial relevancia durante estas últimas décadas. El área de los trastornos depresivos es una de las que ha generado más estudios, dada la alta prevalencia de estos trastornos en la población general y en especial entre las mujeres. La prevalencia de la depresión mayor oscila entre el 2,6 y el 5,5% en varones, y entre el 6,0 y el 11,8% en mujeres (Fava & Davidson, 1996). Esta prevalencia se ha encontrado de forma consistente tanto en estudios epidemiológicos como clínicos y en diferentes culturas (Weissman et al., 1993). Investigaciones epidemiológicas han mostrado de forma consistente que las mujeres presentan mayores tasas de trastornos depresivos (e.g., Kuehner, 2003; Simon, 2002). Según Torres (2002) la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres, una de cada cinco mujeres sufre una depresión mayor en su vida y en el caso de los hombres la proporción disminuye a uno de cada diez. Excepto en la infancia, en que no se dan diferencias en las tasas de depresión entre niños y niñas, o son los niños los que tienen mayores índices. Las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, surgiendo tal diferencia en la adolescencia y manteniéndose a lo largo de la vida adulta (Cyranowski, Frank, Young & Shear, 2000).

En sí, si bien los estudios anteriormente mencionados son de gran aporte, un aspecto controvertido de los mismos reside en si la mayor prevalencia encontrada en mujeres es real o puede ser explicada por otros factores socioculturales (i.e., las mujeres buscan ayuda con más frecuencia y/o están sujetas a sesgos diagnósticos, que producen una falsa elevación de la prevalencia de depresión). Autores como Mirowsky y Ross (1995) han sugerido que las diferencias en las que se les da una mayor tasa de incidencia depresiva a mujeres pueden deberse a que ellas consultan más rápidamente que los hombres. Sin embargo se ha encontrado que las mujeres expresan sus emociones más libremente que los hombres, pero según Mirowsky y Ross o Weissman y Klerman (1977) esto no explica las diferencias encontradas en torno a la depresión. Por tanto, si bien no

determinan las diferencias, pueden incidir al momento en que se decide pedir asistencia en salud mental.

Los estudios realizados en centros de atención primaria también encuentran una mayor proporción de mujeres con depresión, pero la magnitud de la diferencia de prevalencia entre los sexos no suele ser tan elevada como en los estudios sobre población general (Gater et al., 1998). Un estudio reciente realizado en el área de Barcelona para detectar la prevalencia de depresión en Atención Primaria ha encontrado resultados parecidos (Gabarrón, Usall, Vidal & Haro, 2001). Respecto a los subtipos de depresión, algunos resultados sugieren que la depresión atípica y el trastorno afectivo estacional son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (e.g., Leibenluft, Hardin & Rosenthal, 1995; Shaw, Kennedy & Joffe, 1995).

En si es importante tener en cuenta que, en base a la evidencia empírica presentada en los estudios mencionados, existen diferencias entre hombres y mujeres en torno a la prevalencia, manifestación y reconocimiento de sintomatología depresiva tanto en la vida cotidiana como al momento en que se decide solicitar asistencia profesional. Ahora bien, el problema radica en ¿cómo detectar estas diferencias y sus variaciones en momentos tan distintos?

### **Reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva**

Por todo lo enunciado anteriormente queda más que claro, la existencia de diferencias de prevalencia en torno a los distintos tipos de síntomas que configuran los cuadros depresivos tanto en mujeres como en hombres. Si bien no se puede hablar de distintas entidades diagnósticas, sí es posible construir, en base a datos empíricos, un perfil diferencial en torno al sexo. Esto se ha realizado en diferentes estudios (e.g., Kuehner, 2003; Simon, 2002; Torres, 2002; Weissman et al., 1993) que trabajaron con el Inventario para la Depresión de Beck (BDI). El BDI es una de las herramientas de medición más utilizadas en el campo de la psicología, porque es un instrumento de autoaplicación, breve y fácil de completar. El mismo cuenta con 21 subescalas que permiten evaluar y discriminar la intensidad y gravedad de los diferentes síntomas que componen los cuadros

depresivos. Esta estructura facilitaría la posibilidad de conformar un perfil sintomatológico, de hecho, esto es lo que han realizado la mayoría de los estudios existentes (e.g., Kornstein, Schatzberg, Yonkers & Thase, 1995; Olsson & Von Knorring, 1997) que han buscado establecer las prevalencias mencionadas en la población general.

En relación a los estudios que utilizaron el BDI, un dato que resulta de sumo interés investigar sería la existencia de posibles diferencias entre hombres y mujeres al momento de pedir la asistencia en salud mental. Como se ha mencionado, según Mirowsky y Ross (1995) la mujer percibe, reconoce, informa y busca ayuda para sus síntomas con mayor frecuencia que los hombres, mientras que es más probable que estos expresen sus síntomas de forma diferente, (i.e., tomen alcohol o drogas para hacer frente a sus dificultades). Si esto es así, sería de gran utilidad que se contemple esta posibilidad y se pueda estudiar el reconocimiento que las personas hacen de sus síntomas depresivos mediante el BDI, tanto en los momentos tristes de su vida cotidiana, como así también al momento en que deciden solicitar asistencia en salud mental. Con el fin de brindar un pequeño aporte al estudio de las diferencias entre hombres y mujeres en relación a la sintomatología depresiva es que se realizó un estudio con el BDI que tenga en cuenta las cuestiones enunciadas anteriormente.

### **Método**

El objetivo general de este estudio fue el de constatar las posibles diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva, en los momentos en que en las personas puede predominar un estado de ánimo triste o desanimado concebido como un acontecimiento común y esperable en la vida cotidiana; en comparación al momento en que se decide pedir asistencia en salud mental.

Para lograr el objetivo mencionado se utilizó un diseño de *casos y controles del tipo transversal*. Estos diseños, según Lazcano Ponce, Salazar Martínez y Hernández Avila (2001), representan una estrategia muestral, en la que de manera característica se selecciona a la población de estudio con base en la

presencia (i.e., casos) o ausencia (i.e., controles o referentes) del evento de interés. Este tipo de diseño prevé, una vez seleccionados los casos y los controles, comparar a cada grupo en relación a diferentes variables o características que se desean estudiar. Por esta razón, los procedimientos para la selección de los casos y controles explicitan claramente los criterios de elección para cada condición, sin olvidar que en ambos casos todos los participantes deben pertenecer a la misma población de origen. De esta manera se garantiza la representatividad, simultaneidad y homogeneidad necesarias para la investigación.

### **Procedimiento**

En el presente trabajo se seleccionó a los participantes que harían las veces como “casos” en base a su reconocimiento de sintomatología depresiva al momento de recibir asistencia con profesionales de la salud mental. Para esto se les pidió colaboración a distintos profesionales de este ámbito (i.e., psicólogos y psiquiatras de Santa Fe y Buenos Aires) que tuvieran a bien pedirles a sus pacientes que completen el inventario autoadministrado de Beck (BDI) en la primera entrevista. No fueron incluidos en la muestra aquellos sujetos que se presentaron en manera compulsiva u obligatoria, ya que se consideró que toda participación sin que existiera voluntad propia, influiría en el reconocimiento que harían de sus síntomas depresivos.

Para el caso de los sujetos que se desempeñarían como “controles”; fueron seleccionados en forma probabilística sujetos de Santa Fe y Buenos Aires que completaron el cuestionario en su contexto cotidiano. El criterio de exclusión consistió en considerar si los sujetos recibían asistencia de cualquier tipo de las brindadas en salud mental (i.e., psicológica, psiquiátrica, neurológica, psicopedagógica, etc.), en caso afirmativo no fueron tenidos en cuenta sus protocolos.

Con el fin de discriminar correctamente la secuencia temporal en que fueron percibidos en si mismos los síntomas depresivos se realizó una modificación a la consigna del BDI, de modo tal que se hiciera referencia a los momentos de

tristeza y desanimo exclusivamente y no al estado de ánimo general de esa persona. De esta manera se equiparó en todas las condiciones el momento del reconocimiento en sí mismos de la sintomatología depresiva. En todos los casos se les aclaró a los participantes el carácter anónimo de sus respuestas a fin de facilitar la sinceridad de las mismas.

Posteriormente a la toma de los cuestionarios se procedió a asignarlos a cuatro grupos, a saber:

1. Mujeres sin asistencia de población general (Controles)
2. Hombres sin asistencia de población general (Controles)
3. Mujeres con asistencia de población general (Casos)
4. Hombres con asistencia de población general (Casos)

Una vez definidos los grupos se procedió a realizar un análisis comparativo en busca de diferencias significativas. Se consideró como variable independiente el reconocimiento en sí mismo de sintomatología depresiva. La conformación de los grupos de casos y controles permitió discriminar los momentos en que en las personas puede predominar un estado de ánimo triste o desanimado concebido como un acontecimiento común y esperable en la vida cotidiana de los momentos en que se decide pedir asistencia en salud mental. Las variables dependientes fueron todas las subescalas del BDI (i.e., Tristeza, Pesimismo, Sensación de Fracaso, Descontento, Culpa, Disgusto por sí mismo, Autoagresion, Aislamiento Social, Indecisión, Autoimagen, Dificultad para Trabajar, Fatigabilidad, Anorexia, Sensación de Castigo, Autoacusaciones, Períodos de Llantos, Irritabilidad, Disturbios del Sueño, Perdida de Peso, Somatizaciones, Pérdida de la libido) y la escala de puntuación general.

### **Participantes**

El estudio se realizó con 307 participantes voluntarios, divididos en cuatro grupos, como se mencionó anteriormente: 75 mujeres con asistencia de población general, 75 hombres con asistencia de población general, 83 mujeres sin asistencia de población general y 74 hombres sin asistencia de población general.

El rango de edad osciló entre 18 y 74, con una media de 27.8 años y una desviación típica de 10,26.

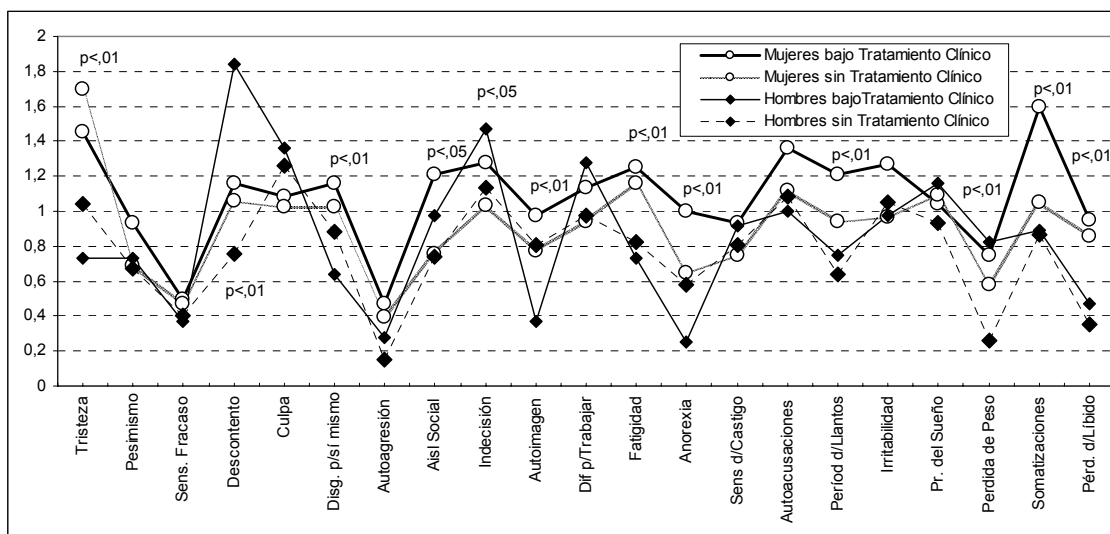
### **Fiabilidad del Instrumento**

Se utilizó Inventario para la depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). El instrumentó mostró una alta fiabilidad por consistencia interna de los ítems presentando un Alpha de Cronbach de 0,881. El análisis de fiabilidad de cada ítem muestra que no se observan a ninguno en particular que presente correlaciones negligentes o negativas con la puntuación total del test, todas las correlaciones ítems-test son positivas, y de fuerza mediana o alta (entre 0,13 a 0,65).

### **Resultados y discusión**

Sobre los puntajes obtenidos en cada subescala del BDI, se realizó un análisis de comparación de medias a partir de la prueba t de student de medidas independientes para comparar el comportamiento del género (masculino/femenino) en la población con asistencia clínica y en la población sin asistencia clínica.

Se presenta a continuación en la Figura 1 los perfiles obtenidos en torno a la media correspondiente a cada subescala del BDI para los cuatro grupos que formaron parte de este estudio. Como se muestran demasiados datos condensados, para una mejor apreciación de los mismos, posteriormente se presentaran por separado en distintas figuras los perfiles de hombres y mujeres correspondientes tanto a la población general con asistencia clínica, como los pertenecientes a esta población pero que no reciben asistencia de este tipo.



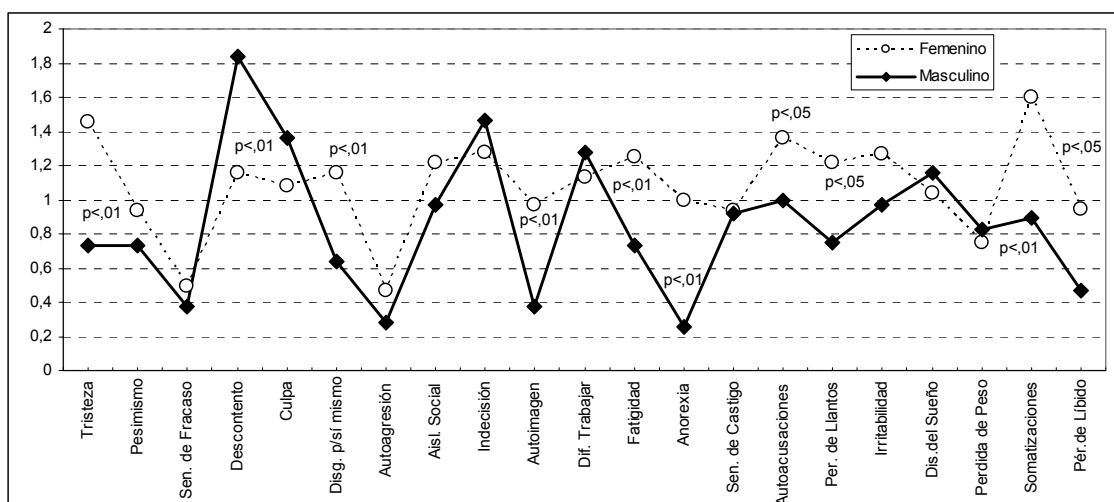
**Figura 1. Diferencias de género en población general con y sin asistencia clínica**

Dentro de los grupos con asistencia clínica se observa que los hombres y mujeres muestran puntuaciones diferentes en las distintas subescalas. Los hombres obtienen puntajes promedios significativamente mayores únicamente en el ítem Descontento  $t_{(148)} = 3,978$ ;  $p < .01$ ; mientras que las mujeres superan a éstos significativamente en los ítems de Tristeza  $t_{(127)} = 3,879$ ;  $p < .01$ ; Disgusto por sí mismo  $t_{(117)} = 3,406$ ;  $p < .01$ ; Autoimagen  $t_{(127)} = 4,352$ ;  $p < .01$ ; Fatigabilidad  $t_{(148)} = 3,378$ ;  $p < .01$ ; Anorexia  $t_{(92)} = 4,838$ ;  $p < .01$ ; Autoacusaciones  $t_{(105)} = 2,152$ ;  $p < .05$ ; Períodos de Llantos  $t_{(148)} = 2,441$ ;  $p < .05$ ; Somatizaciones  $t_{(148)} = 2,994$ ;  $p < .01$  y Pérdida de la libido  $t_{(124)} = 2,419$ ;  $p < .05$ . (Véase, Figura 1).

La comparación presentada en la Figura 2 deja bien en claro que los hombres sólo obtienen puntajes significativamente superiores en la subescala Descontento y las mujeres los superan significativamente en Tristeza, Disgusto por sí mismo, Autoimagen, Fatigabilidad, Anorexia, Autoacusaciones, Períodos de Llantos, Somatizaciones y Pérdida de la libido esto concuerda con el estudio Lemicke y Hicks (1995), en el que se encontró que ellas presentan un mayor número de síntomas y éstos son más graves que en el caso de los hombres. Del mismo modo hay coincidencia con los trabajos de Shaw et al. (1995), quienes encontraron también en las mujeres una mayor expresión de sus síntomas. Cabe también aclarar que además detectaron que en general tendieron a dar mayores puntuaciones en la escala de Hamilton para la depresión revisada (HAM-D) y en



otras escalas autoadministradas. En esos estudios las mujeres presentaron un mayor aumento del apetito y del peso, hipocondriasis, ansiedad somática, irritabilidad y hostilidad, mientras que los hombres informaron mayor pérdida de peso. Con respecto a la mayor puntuación femenina en ansiedad somática e irritabilidad hallada en distintas investigaciones (e.g., Frank, Carpenter & Kupfer, 1988; Shaw et al., 1995), se encuentra similitud con este trabajo al registrarse diferencias significativas a favor de las mujeres en las subescalas de Somatizaciones y de Irritabilidad. Siguiendo con las coincidencias la mayor fatigabilidad en las mujeres ya había sido encontrada por Weissman y Olfson (1995).

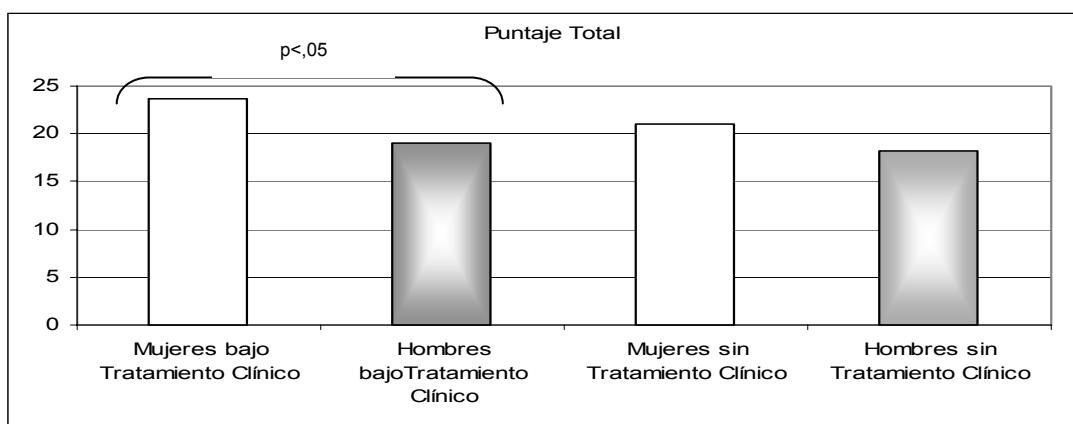


**Figura 2. Diferencias de género en población general con asistencia clínica**

Para el caso de las disidencias, en este estudio no se constataron diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a disturbios del sueño como habían hallado Shaw et al. (1995) y Weissman y Olfson (1995). Tampoco se encontró en las mujeres un mayor reconocimiento del aumento de peso como habían informado Frank, Carpenter y Kupfer (1988) y Shaw et al. (1995).

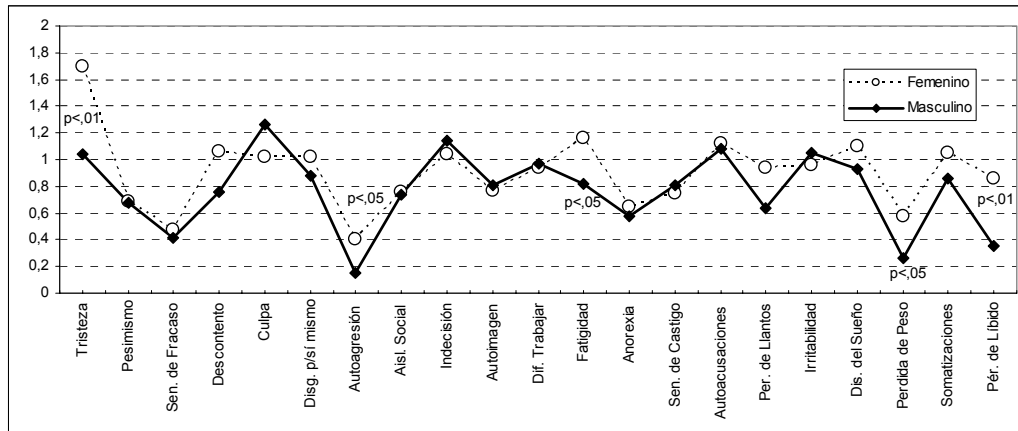
Un dato que llama poderosamente la atención, es que al momento de consultar, las mujeres presentan en el BDI un puntaje general medio ( $M = 23,71$ ;  $DE = 15,036$ ) significativamente mayor al de los hombres ( $M = 19,03$ ;  $DE = 9,741$ )  $t_{(127)} = 2,262$ ;  $p < .05$ , que indicaría una mayor intensidad de sus sintomatología (Véase, Figura 3). Autores como Mirowsky y Ross (1995) han sugerido que ellas

consultan más rápidamente que los hombres y afirman que la mujer percibe, reconoce, informa y busca ayuda para sus síntomas con mayor frecuencia y celeridad que los hombres. Ahora bien, atento a los resultados obtenidos, cabe aquí preguntarse ¿por que llegan en un mayor estado de gravedad en torno a sintomatología depresiva si es que piden ayuda más rápidamente?, lamentablemente por las limitaciones de este trabajo no se puede dar una respuesta a este interrogante, pero sería una cuestión muy interesante a tener en cuenta para futuras investigaciones.



**Figura 3. Diferencias entre los grupos en la puntuación total del BDI**

Con respecto de la población general sin asistencia clínica no se observan grandes diferencias en torno del género. Sólo cinco ítems presentan diferencias significativas, mostrando en todos los casos puntajes mayores para mujeres en comparación con los hombres. Estos son: Tristeza  $t_{(155)} = 3,904$ ;  $p < .01$ , autoagresión  $t_{(132)} = 2,244$ ;  $p < .05$ , Fatigabilidad  $t_{(142)} = 2,059$ ;  $p < .05$ , Pérdida de Peso  $t_{(127)} = 2,593$ ;  $p < .05$  y Pérdida de la libido  $t_{(140)} = 3,723$ ;  $p < .01$ . (Véase, Figura 4)



**Figura 4. Diferencias de género en población general sin asistencia clínica**

Tal como se puede apreciar en la Figura 4 no se halló, por parte de los hombres, en ninguna de las subescalas una media significativamente superior a la de las mujeres. Lo que apoya aun más la existencia de las diferencias planteadas en torno al reconocimiento en sí mismo de sintomatología depresiva en las mujeres. Estos datos podrían apoyar la hipótesis de que las mujeres reaccionarían ante los acontecimientos negativos con respuestas caracterizadas por un estilo negativo al establecer inferencias acerca de los eventos, sobre si misma y sobre el futuro, propuesta por Hankin y Abramson (2001). Esto sería congruente con la los trabajos de Shaw et al. (1995) en los que las mujeres presentaron mayores puntuaciones en las escalas autoadministradas. Este tipo de escalas resultan de suma utilidad para que las personas puedan reconocer en sí mismas ciertos síntomas. De existir un estilo inferencial diferente en las mujeres, los datos obtenidos contribuirían a brindar más evidencia a favor de esta tesis.

El mayor reconocimiento en sí mismas por parte de las mujeres de sintomatología depresiva está presente tanto en los grupos de casos, como en los controles y puede deberse a múltiples explicaciones. Muchos han pensado podría deberse a formas de procesar y dar sentido a la información. Un ejemplo de esto sería el trabajo de Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan (2002), en donde se halló que las mujeres puntuaban más alto en esquemas cognitivos que implican auto-sacrificio, fracaso, abandono y culpa, los cuales están asociados a la depresión. Así mismo a nivel del procesamiento cognitivo, varias investigaciones muestran que las mujeres tienden evaluarse a sí mismas como menos eficaces y

a percibir los problemas como más difíciles de resolver que los hombres (e.g., Maydeu-Olivares, Rodríguez-Fornells, Gómez-Benito, & D'Zurilla, 2000; Robichaud, Dugas, & Conway, 2003), todos estos factores asociados a la depresión en numerosos estudios (e.g., Kant, D'Zurilla, & Maydeu-Olivares, 1997; McCabe, Blankstein, & Mills, 1999; Spence, Sheffield, & Donovan, 2002). Para aportar más evidencia a favor de esta tesis Manrique, Aguado y Bravo (2002) evaluaron, en estudiantes universitarios de sexo masculino y femenino, las diferencias individuales de género en los modos de procesamiento y su relación con una posible mayor vulnerabilidad psicológica. Encontraron que las mujeres, suelen dirigirse más hacia el manejo de las emociones, en tanto los varones prefieren embarcarse en la solución de problemas. En congruencia con estos modos diferenciados de procesamiento y afrontamiento, se ha tratado de explicar porqué las mujeres desarrollan más estados de depresión. Los resultados mostraron que suelen atribuir más frecuentemente sus fracasos a factores internos, elaboran apreciaciones más pesimistas acerca de sus propias capacidades y muestran una tendencia a generalizar una deficiencia específica a otras áreas de su vida (Larsen & Diener, 1987). En una línea de trabajo similar otros estudios también han encontrado un mayor pesimismo entre las mujeres así como la tendencia a evaluar negativamente las capacidades propias para resolver los problemas de la vida (e.g., Marcotte, Alain & Gosselin, 1999; Maydeu-Olivares et al., 2000; Robichaud et al., 2003).

Existen diferentes estudios que examinan las diferencias sintomáticas de género en poblaciones no clínicas, varios de ellos en estudiantes. En uno de ellos Olsson y Von Knorring (1997), utilizando el BDI, encontraron escasas diferencias en relación a los síntomas físicos como insomnio, anorexia y fatiga. Esta última diferencia concuerda con las halladas en éste trabajo, también se coincidió en que la mayoría de los síntomas eran más severos en las mujeres. Kornstein et al. (1995), también utilizaron el BDI en población no clínica y reportaron que las mujeres tienden a presentar mayores dificultades en tomar decisiones, trastornos del sueño, mayor preocupación por su salud y falta de apetito. Esta última también se halló en este trabajo.

A modo de conclusión sobre los resultados de este estudio se puede decir que existen claramente diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva, tanto en los momentos en que en las personas puede predominar un estado de ánimo triste o desanimado concebido como un acontecimiento común y esperable en la vida cotidiana; como así también, al momento en que se decide pedir asistencia en salud mental. De todos modos, si bien se ha presentado una mayor evidencia a favor de la existencia de estas diferencias, en base a los datos obtenidos mediante el diseño utilizado, no se puede explicar a que se deberían. Eso será una tarea para futuras investigaciones.

### Referencias

- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender differences in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Fava, M. & Davidson, K. G. (1996). Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am*, 19, 179-200.
- Frank, E., Carpenter, L. & Kupfer, D. (1988). Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant? *Am J Psychiatry*, 145, 41-5.
- Gabarrón, E., Usall, J., Vidal, J. M. & Haro, J. M. (2001). *Depression in primary care: gender differences in prevalence and detection*. 1st World Congress on Women Mental Health. Berlin.
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G. & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorder in general health care settings. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 405-13
- Hankin, B. L. & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J. & Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem-solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 73-96.
- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Yonkers, K. A. & Thase, M. E. (1995). Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharm Bull*, 31(4):711-718

- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 163-174.
- Larsen, R. J. & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1-39
- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E. & Hernández-Avila, M. (2001). Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud pública de México*, 43(5), 135-150.
- Leibenluft, E., Hardin, T. A. & Rosenthal, N. E. (1995). Gender differences in seasonal affective disorder. *Depression*, 3: 13-9
- Lemicke, N. & Hicks, R. A. (1995). Relationship of response-set differences on Beck Depression Inventory Scores on undergraduate students. *Psy Reports*, 76,15-21
- Manrique, E., Aguado, H. & Bravo, F. (2002). Genero, vulnerabilidad psicologica y modos de procesamiento en situaciones de estrés. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 3(1),19-28.
- Marcotte, D., Alain, M. & Gosselin, M. J. (1999). Gender differences in adolescent depression: Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? *Sex Roles*, 41, 31-48
- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez- Fornells, A., Gómez-Benito, J., & D'Zurilla, T. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, 29, 669-708.
- McCabe, R. E., Blankstein, K. R., & Mills, J. S. (1999). Interpersonal sensitivity and social problemsolving: Relations with academia and social self-esteem, depressive symptoms, and academia performance. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 587-604
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real o artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Olsson, G. & Von Knorring, A. (1997). Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatr Scand*, 95:277-282
- Robichaud, M., Dugas, M. & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 501-517.

- Shaw, J., Kennedy, S. H. & Joffe, R. T. (1995). Gender differences in mood disorders: A clinical focus. En: Seeman MV, ed. *Gender and psychopathology*. Washington: American Psychiatric Press.
- Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationship among gender, marital status, and mental health. *American Journal of Sociology*, 107, 1065-1096.
- Spence, S. H., Sheffield, J. & Donovan, C. (2002). Problem-solving orientation and attributional style: Moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence? *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 219-229.
- Torres, C. (2002). La otra mirada de la salud mental. *Mujeres y salud, Isis Internacional*. Disponible en: <http://www.isis.cl/mujereshoy/salud/reflex4.htm>
- Weissman, M. M. & Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of Depresión. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weissman, M. M. & Olfson, M. (1995) Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269: 799-801
- Weissman, M. M., Bland, R., Joyce, P. R., Newman, S., Wells, J. E. & Wittchen, H. U. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord*, 29, 77-84.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire- Short Form: Factor Análisis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 26, 519-530.