

# Análisis bibliométrico de la producción científica sobre la depresión unipolar en el periodo 2000-2005

## *Bibliometric analysis of scientific literature about unipolar depression during 2000-2005 period*

Eva Martín Ruiz<sup>1</sup>, Juan Máximo Molina Linde<sup>2</sup> y Olivia Martín Ruiz<sup>3</sup>

### RESUMEN

Con el propósito de conocer los estudios sobre depresión unipolar en la población general y los instrumentos utilizados para su medición durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2005, así como los resultados de estudios sobre tasas de prevalencia y factores socioeconómicos y culturales asociados, se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre el tema en diversos índices y bases de datos. Se muestran las tasas de prevalencia en diversos países, algunas diferencias en los factores socioeconómicos y culturales asociados, y asimismo la dirección y peso de tal relación. Los autores concluyen que los trastornos depresivos afectan de desigual modo a la población general y responden a construcciones sociales y culturales, variando tanto los síntomas como los factores asociados.

**Palabras clave:** Depresión; Análisis bibliométrico; Estudio *ex post facto* retrospectivo.

### ABSTRACT

*In order to know the studies about unipolar depression in the general population and instruments used to measure this mental illness during the period 2000-2005, as well as the results of studies on prevalence rates along with socioeconomic and associated cultural factors, a review of literature about this theme in different indexes and data bases were carried out. The prevalence rates in several countries, some differences in socioeconomic and associated cultural factors, and the direction and weight of such a relationship are shown. The authors conclude that depressive disorders affect unequally to the general population, responding to social and cultural constructions, varying both the symptoms and the associated factors.*

**Key words:** Depression; Bibliometric analysis; Retrospective *ex post facto* study.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales y conductuales son considerados afecciones clínicas con repercusiones en el plano cognitivo, afectivo y del comportamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). La depresión es una enfermedad que perturba al organismo, el ánimo y la manera de pensar, afectando por tanto, de modo integral, a las personas que lo padecen (World Health Organization [WHO], 2005) en ámbitos tan diferentes como el social, laboral, familiar y de pareja.

<sup>1</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio, 4 Apdo. de Correos 2.070, 18080 Granada, España. Artículo recibido el 16 de julio y aceptado el 28 de octubre de 2009.

<sup>2</sup> Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Av. de la Innovación s/n, Edificio Renta Sevilla, 2ª planta, 41020 Sevilla, España, correo electrónico: juanm.molina.ext@juntadeandalucia.es.

<sup>3</sup> Hospital 12 de Octubre, Ctra. de Andalucía, km 5,4, 913908000, Madrid, España.

La depresión es común en todo mundo, sin poder considerarse como una enfermedad propia de países desarrollados. Según datos recientes, afecta a 121 millones de personas (WHO, 2005) y es causa importante de discapacidad y merma de la calidad de vida. Algunos estudios sobre las tasas de discapacidad derivada de enfermedades sitúa a la depresión en una posición más elevada que otras enfermedades crónicas (Ustun y Sartorius, 1995), y sus índices de prevalencia e incidencia –teniendo en cuenta las diferentes definiciones de caso y la variabilidad que supone la utilización de los diferentes instrumentos de medida– se sitúan entre 2-15% (Kessler, McGonagle, Zhao y cols., 1994; Weissman, Bland, Canino y cols., 1996; WHO and International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000; Wittchen, Essau, Von Zerssen, Krieg y Zaudig, 1992). Maier, Gänsicke, Gater y cols. (1999), en su estudio realizado en catorce países, estimaron que la prevalencia de padecer depresión a lo largo de la vida es de 20%.

Los estados depresivos tienen amplias consecuencias en el propio rendimiento laboral, sobre todo en los aspectos relacionados con las bajas y el absentismo laboral (Almond y Healy, 2003; Kessler, Greenberg y Mickelson, 2001) y los derivados de la utilización de servicios sanitarios (Ayuso, 2004). Estudios recientes sobre la carga de las enfermedades calculan los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) valorando la discapacidad y mortalidad producidas por la enfermedad y los años vividos con discapacidad (AVD). Así, los trastornos depresivos suponen 3.7% de los AVAD totales y 10.7% del total de AVD (Murray y López, 1996).

El diagnóstico de esta enfermedad continua siendo principalmente clínico. Para realizarlo, además de la entrevista, es necesario disponer de instrumentos válidos y confiables. La aplicación de estas técnicas permite la obtención de datos sobre prevalencia e incidencia para conocer la huella y distribución de este tipo de problemas de salud en la población, así como su relevancia dentro de las políticas públicas.

Por largo tiempo ha prevalecido una separación artificial de las enfermedades mentales en general en sus componentes biológicos y físicos, por un lado, y en sus factores psicológicos y sociales por otro; esta división ha dificultado la com-

prensión de tales fenómenos como lo que en realidad son: enfermedades con grandes semejanzas con las enfermedades orgánicas y producto de complejas interacciones entre factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2001).

Según diferentes publicaciones, los datos ofrecidos en función del sexo indican una prevalencia notablemente más alta en las mujeres que en los varones (Gorman, 2006); en cuanto a la gravedad de la enfermedad, son mayores las cifras de mujeres hospitalizadas por depresión (Savoie, Moretintin, Green y Kazanjian, 2004).

Las valoraciones culturales y sociales han ganado protagonismo en las explicaciones sobre los factores de riesgo asociados a la aparición de determinados cuadros, entre ellos, los trastornos mentales y emocionales; es por ello importante la contextualización de dichos factores. Varias décadas de investigación han puesto de relieve que, de las asociaciones más fuertes entre los factores sociales y la aparición de enfermedades, el estatus socioeconómico es uno de los más obvios (Link y Phelan, 1995). Las diferencias culturales desempeñan un papel importante en la manifestación de los desórdenes depresivos, así como los posibles factores que pueden asociárseles (Cortés, 2003).

En consecuencia, con el propósito de comprender la magnitud del fenómeno de la depresión, se consideró relevante el análisis de la producción científica en esta materia, teniendo como objetivos de investigación presentar las publicaciones aparecidas entre los años 2000 y 2005 sobre la depresión en la población general y los instrumentos utilizados para su medición, conocer las tasas de prevalencia por zona geográfica y por sexo y mostrar asimismo los factores socioeconómicos y culturales asociados.

## MÉTODO

Este fue un estudio *ex post facto* retrospectivo (cfr. Montero y León, 2002) para el que se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: *Current Contents*, *Science Citation Index*, *Social Science Citation Index*, *Sociological Abstracts* y *PubMed (Medline)*, utilizando como palabras clave: “depression” AND “prevalence”, OR “epidemiologic studies”, OR “social factors”, OR “factors

associated”, OR “social class”, OR “gender”, OR “women”, OR “gender differences”). El periodo de tiempo cubierto fue el comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2005.

### Selección de estudios

Los criterios de inclusión fueron que sus resúmenes estuvieran escritos en inglés, español o ambos idiomas y que aportaran información congruente a los objetivos de este trabajo. Para ello, las palabras clave, así como el análisis narrativo del título, fueron los determinantes del primer cribado; para el segundo y definitivo, se valoró la información contenida en el resumen disponible. Se seleccionaron artículos sobre depresión unipolar referida a poblaciones adultas, globales, y no sobre poblaciones específicas (por ejemplo, personas con determinadas enfermedades o expuestas a ciertos sucesos). Las variables consideradas fueron los índices de prevalencia, las diferencias por sexo y los factores sociales y culturales asociados.

### Análisis de los datos

Se llevó a cabo una síntesis narrativa y el análisis semántico de la información contenida en los resúmenes de dichos artículos. Para la codificación y clasificación de los artículos de acuerdo a la temática tratada, se empleó la aplicación informática Reference Manager, versión 11, usando como criterios un sistema de categorías elaborado para tal fin.

## RESULTADOS

### Publicaciones periódicas

El total de artículos incluidos fueron 359, siendo en mayor medida trabajos empíricos de investigación y tan sólo 8% de revisión. En ellos se recoge información diversa sobre prevalencia, mayormente, algunos datos sobre incidencias, diferentes tipos de trastornos depresivos (desde presencia de sintomatología depresiva hasta el diagnóstico de depresión mayor o menor), factores asociados, así como trabajos sobre validación de instrumentos de medida y algunos acerca de consecuencias y aspectos económicos ligados a la depresión. Entre todos los artículos registrados, se recogió información sobre África, América, Asia, Europa y Oceanía. A pesar de que en todas estas publicaciones se tomó en cuenta la información suministrada en los resúmenes; en algunos de ellos no se consideró esta información relevante para su inclusión en algunos apartados.

Entre las publicaciones periódicas se pudo comprobar que eran muy diversas las que han publicado al menos una vez un trabajo sobre el tema durante el periodo de tiempo abarcado en la búsqueda. Entre las publicaciones en castellano, se encuentran las revistas *Actas Españolas de Psiquiatría* y *Psicología Conductual*, que recogen un total de cuatro artículos.

En la Tabla 1 aparecen las revistas que al menos publicaron cinco artículos referentes a la depresión durante el citado periodo.

**Tabla 1.** Publicaciones periódicas con más de cinco artículos publicados sobre depresión 2000-2005.

Nombre de la revista	Número de artículos publicados	%
<i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>	15	4.29
<i>American Journal of Psychiatry</i>	11	3.14
<i>Archives of General Psychiatry</i>	5	1.43
<i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i>	6	1.71
<i>Canadian Journal of Psychiatry</i>	7	2.00
<i>General Hospital Psychiatry</i>	8	2.29
<i>International Journal of Psychiatry in Medicine</i>	5	1.43
<i>Journal of Affective Disorders</i>	49	14.00
<i>Journal of Clinical Psychiatry</i>	14	4.00
<i>Nordic Journal of Psychiatry</i>	6	1.71
<i>Psychiatry Research</i>	9	2.57
<i>Psychological Medicine</i>	16	4.57
<i>Psychotherapy and Psychosomatics</i>	5	1.43
<i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>	27	7.71

## Escalas y métodos de medición

De los trabajos de investigación empírica incluidos en este trabajo, se cuantificaron los instrumentos de medida para los desórdenes depresivos utilizados en aquellos artículos en los que dicha información aparece explícita en sus resúmenes. Algunas de estas publicaciones forman parte de encuestas nacionales de salud.

En la Tabla 2 se recogen algunas de esas medidas, registrando aquellas que fueron utilizadas en más de tres ocasiones. Junto a estas mediciones de los estados y episodios depresivos, algunas investigaciones incluyen medidas sobre características sociodemográficas, calidad de vida, eventos y sucesos adversos y estresantes sufridos y ansiedad, entre otras.

**Tabla 2.** Frecuencia de escalas utilizadas.

Nombre de la escala utilizada	Frecuencia registrada
Beck Depression Inventory (BDI)	20
Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)	24
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	30
Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS)	6
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	9
Medical Outcomes Short Form (MOSF)	6
Mini-international Neuropsychiatric Interview (MINI)	3
National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS)	12
Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)	3
Structured Clinical Interview (SCID-R)	26
Symptom Checklist (SCL)	3
Zung's Self-Rating Depression Scale (ZSRDS)	3

## Prevalencia de depresión en el mundo y por sexos

Los trastornos depresivos suceden de forma desigual en el mundo. En la Tabla 3 se observan las prevalencias en periodos de tiempo y poblaciones

concretas de diversos lugares geográficos. De igual modo, el tipo de trastornos estudiado, así como el instrumento de medición, hace imposible la comparación y clasificación posible.

**Tabla 3.** Prevalencia de depresión en distintos países.

Autor(es)	Lugar	Tipo de estudio	Tamaño muestral	Método y momento de medición	Prevalencia
Aluoja, Leinsalu, Shlik, Vasar y Luuk (2004)	Estonia		4,677 personas entre 15 y 79 años	EST-Q Síntomas depresivos	11.1%
Andrade, Caraveo, Berglund y cols. (2003)	Nueve países: Canadá, Estados Unidos, Brasil, Chile, México, República Checa, Alemania, Holanda y Turquía	Transversal multicéntrico	37,000 personas*	CIDI Episodios de depresión mayor en la actualidad	Oscila entre 3% (Japón) y 16.9% (EE.UU.)
Ansseau, Fischler, Dierick, Mignon y Leyman (2005)	Bélgica y Luxemburgo		13,677 personas	Depresión mayor	6.3%

Continúa...

Aragones, Pinol, Labad y cols. (2004)	Tarragona (España)		906 personas	SCID Depresión mayor	14.3% [CI 95%, 11.2-17.4]
Bolton, Wilk y Ndogoni (2004)	Uganda		587 personas	DHSCL Depresión según criterios DSM-IV Depresión según síntomas	21% 24.4%
Dubini, Mannheimer y Pancheri (2001)	Italia		3,550 personas	MINI A los seis meses depresión mayor Depresión menor	8.0% 2.9%
Husain, Creed y Tomenson (2000)	Pakistán	Casos y controles	259 personas	PAS Desórdenes depresivos	44.4 % (95 % CT 35.3 -53.6)
Iancu, Horesh, Lepkifker y Drory (2003)	Israel		937 personas adultas	BDI Síntomas depresivos y depresión severa	21.5% 3.8%
Kessler, Berglund, Demler y cols. (2003)	49 estados de EE.UU.		9,090 personas mayores de 18 años	CIDI; QIDS-SR últimos 12 meses Desorden depresivo mayor	16.2% (95% [CI], 15.1-17.3)
Lindeman, Hamalainen, Isometsa y cols. (2000)	Finlandia		5,993 personas de entre 15 y 75 años	CIDI Depresión mayor últimos 12 meses	9.3% [95% CI 8.5,10.0]
Murphy, Laird, Monson, Sobold y Leighton (2000)	Atlántico (Canadá)	Seguimiento de cohortes	Cohorte 1: 575 personas seguidas durante 1952-1970 Cohorte 2: 639 personas durante 1979-1992	Incidencia	Cohorte 1: 4.5% Cohorte 2: 3.7%
O'Sullivan (2004)	Dos ciudades: Farranfore (Irlanda) y Perth (Australia)	Transversal comparativo	608 personas*	CESD Síntomas depresivos	Farranfore: 30% Perth: 35%
Olfson, Shea, Feder y cols. (2000)	Estados Unidos	Transversal	1,007 personas*	PRIME-MD Episodio depresión mayor	18.9%
Oquendo, Lizardi, Greenwald, Weissman y Mann (2004)	Estados Unidos		Población cubana, mexicana y puertorriqueña residente en Estados Unidos	Depresión mayor	Oscila entre 9.3% (puertorriqueños) y 2.29% (cubanos)
Ovuga, Boardman y Wassermann (2005)	Uganda			BDI Probable depresión clínica	17.4%
Patten (2003)	Área rural de Canadá	Transversal	501 personas mayores de 18 años	Incidencia depresión mayor	3.8%
Rihmer, Szadoszky, Furedi, Kiss y Papp (2001)	Hungría		2,953 personas entre 18 y 64 años	DIS Depresión mayor	17.6%

Continúa...

Shvartzman, Weiner, Vardy y cols. (2005)	Israel		2,755 personas entre 21 y 64 años	MINI Síntomas depresivos Depresión menor Depresión mayor	14.3% 1.6% 5.9%
Vorcaro, Lima, Barreto y Uchoa (2001)	Bambui (Brasil)	Transversal	1,041 mayores de 18 años	ICD-10 Depresión en el último mes, último año y alguna vez en la vida	8.2% (95% CI:6.5-9.8), 10.0% (95% CI:8.2-11.8) y 15.6% (95% CI:13.4-17.8)
Wilhelm, Mitchell, Slade, Brownhill y Andrews (2003)	Australia		10,641 personas entre 18 y 75 años	CIDI Depresión mayor en el último mes	3.2%
Yeung, Howarth, Chang y cols. (2002)	Estados Unidos	Transversal	503 personas chino-americanas*	BDI; SCID Depresión mayor	19.6%

\* Muestras clínicas de pacientes que acuden a atención primaria.

La Tabla 4 recoge algunos de los trabajos de investigación comunitarios realizados en diferentes partes del mundo. Se observa que en todos ellos las prevalencias son notablemente superiores en el caso de las mujeres, situándose dicha prevalencia en

cuanto a trastornos mentales entre 10.05 y 57.5%, frente a 2.8 y 35.05% de los varones. Parte de la variabilidad puede ser explicada tanto por el propio trastorno que miden, como por el instrumento de medida utilizado.

**Tabla 4.** Prevalencia de depresión por sexos.

Autor(es)	Tipo de estudio y lugar de realización	Tamaño muestral	Método de medición	Prevalencia Varones	Prevalencia Mujeres
Ali, Rahbar, Naeem y cols. (2002)	Transversal Karachi (Pakistán)	1,218 mujeres de 18-50 años	Aga Khan University Anxiety and Depression Scale		30
Ayuso, Vázquez, Dowrick y cols. (2001)	Transversal en dos fases 5 países europeos	8,764 personas	BDI; SCAN Desórdenes depresivos	6.61% (95% CI 4.92-8.83)	10.05% (95% CI 7.80-12.85)
Berenson, Breikopf y Wu (2003)	Retrospectivo Texas (Estados Unidos)	4,720 mujeres de 12-40 años de bajos ingresos	BDI Síntomas depresivos		11.8 leves 14.0 moderados 4.8 severos
Daradkeh, Ghubash, Abou-Saleh (2002)	Al-Ain (Emiratos Árabes Unidos)	1,394 personas	CIDI Desórdenes depresivos	2.8	10.3
Haarasilta, Marttunen, Kaprio y Aro (2001)	Transversal Finlandia	509 adolescentes (15-19 años) 433 adultos jóvenes (20-24 años)	CDIS Episodio depresivo mayor	Adolescentes: 4.4 Adultos jóvenes: 8.1	Adolescentes: 6.0 Adultos jóvenes: 10.7
Husain y cols. (2000)	Casos y controles Pakistán	259 personas	PAS Desórdenes depresivos	25.5	57.5

Continúa...

Kim, Jo, Hwang y cols. (2005)	Transversal Ansan (Corea)	4,897 personas de 18-92 años (2,531 varones, 2,366 mujeres)	CES-D Depresión "probable" y "definitiva/segura"	35.05 8.10	41.67 12.05
Lindeman y cols. (2000)	Finlandia	5,993 personas de 15-75 años	CIDI Episodio de depresión mayor últimos doce meses	7.2 [95% CI 6.2,8.2]	10.9 [95% CI 9.7,12.0]
Michelsen y Bildt (2003)	Longitudinal seguimiento	190 mujeres 177 varones (personas con empleo)	Síntomas depresivos	11	13
Pikhart, Bobak, Pajak y cols. (2004)	Transversal Novosibirsk (Rusia), Cracovia (Polonia) y Karvina-Havírov (República Checa).	645 varones y 523 mujeres de 45-64 años	CES-D Puntuación depresión	10.5	14.5
Scarinci, Beech, Naumann y cols. (2002)	Estados Unidos	1,407 mujeres negras	CES-D Síntomas depresivos		31.9

## DISCUSIÓN

Los objetivos de este trabajo fueron los de conocer el estado de la cuestión en torno a la depresión y algunos de sus factores de riesgo o asociados, como los socioeconómicos y culturales. Por ello, en esta dirección se ha considerado obtener datos, ya no sólo sobre prevalencias, sino que se estimó oportuno recoger información sobre las publicaciones periódicas en las que este tema aparece y la manera en que se mide este tipo de trastorno.

En este sentido, los resultados obtenidos destacan que los desórdenes depresivos son enfermedades de carácter universal y que afectan a gran parte de la población mundial, aunque no de un modo homogéneo. En consonancia con lo ya planteado por otros trabajos, su construcción y determinantes sociales y culturales son fundamentales (Cortés, 2003; Menéndez, 2000; Sánchez, 2002).

Los datos muestran un predominio de la investigación publicada en Estados Unidos, seguido de los países europeos. Las razones para que este hecho suceda vienen motivadas por la propia localización geográfica de las revistas, el mayor

número de investigaciones que en estas zonas se lleva a cabo y el predominio y la preferencia por las publicaciones en lengua inglesa. Los aspectos relacionados con la salud mental en general y la depresión en particular no quedan al margen de estas cuestiones. Según ha puesto de manifiesto recientemente la Organización Mundial de la Salud (Editors and WHO November [2003] Group [2004]), el acceso a publicaciones científicas de países de bajos y medios ingresos se encuentra limitado por las propias características en las que desarrollan su propia investigación, las dificultades de escribir en una lengua extranjera, la preferencia por determinadas revistas para publicar artículos de grupos de trabajo con publicaciones previas y demás; en definitiva, la investigación sobre salud mental en estos países cuenta con barreras y limitaciones para su publicación y divulgación. Es por ello que la OMS convocó una conferencia mundial en la que se asumieron compromisos de apoyar la formación y el aprendizaje de investigadores de la literatura científica (creación, difusión y acceso a bases de datos de carácter internacional, entre otros aspectos), junto con el esta-

blecimiento de acuerdos con algunas publicaciones científicas de carácter periódico para favorecer la inclusión de estas investigaciones en sus páginas (Editors and WHO November [2003] Group [2004]).

En cuanto al objetivo planteado sobre los instrumentos de medida empleados, la cuantificación hecha muestra cuál ha sido la tendencia en los últimos años y cuáles son los más utilizados, y asimismo los resultados que se han obtenido al aplicárseles en determinadas poblaciones.

Aunque la comparación de resultados es interesante, es necesario tener en consideración las dificultades de la misma y las precauciones a adoptar. Entre algunas de las razones, se debe destacar que buena parte reside en los aspectos *técnicos*: la calidad de la traducción del idioma original al que va a ser aplicado, los procedimientos en la selección de las muestras, el estilo y manera del entrevistador y la calidad de éste. También debe señalar que el orden de aparición de algunas cuestiones e ítems a valorar tiene su impacto en los resultados obtenidos (Regier, Kaelber, Rae y cols., 1998). Junto a estas dificultades técnicas, se registran otras de carácter contextual del lugar en el que son aplicados (Patten, Stuart, Russell, Maxwell y Arboleda, 2003). En el marco de referencia en el que se realiza la entrevista, el contexto determina en cierta manera algunos de los ítems que componen las escalas e instrumentos de medición; diferentes contextos y situaciones primarán o podrán hacer a la población más propensa a determinados sentimientos y percepciones; por otro lado, aunque se asegure la estandarización de las muestras en función de variables demográficas, hay elementos que repercuten en los resultados, como el lenguaje, el dialecto, la carga que pudieran tener algunas palabras y la intromisión de ciertos aspectos culturales (Patten y cols., 2003). De igual modo, no todas las cuestiones tienen el mismo significado clínico (Regier y cols., 1998).

Otro de los aspectos a tener en cuenta es el lugar donde se han hecho las investigaciones. Se ha puesto de manifiesto que los estudios realizados en centros de atención primaria tienen una mayor tasa de mujeres diagnosticadas con depresión, tasa que suele ser inferior en los estudios sobre la población general (Gabarrón, Vidal, Haro y cols., 2001).

Por otro lado, el estigma que acompaña a determinadas enfermedades psicológicas varía de una cultura a otra (Compton, Helzer y Hwu y cols., 1991) y, por ello, es un factor que media en la sensibilidad de las entrevistas de diagnóstico. Reconocer el padecimiento de determinados estados, trastornos, pensamientos y actuaciones conlleva una carga social y cultural diferente de un país o un grupo a otro (Menéndez, 2000).

Las alteraciones en la manifestación y sintomatología de los estados depresivos, la somatización, puede ser una fuente importante de discordancia en los resultados (Narrow, Rae, Robins y Regier, 2002; Lin, 1982). Además, las manifestaciones pueden variar entre países y culturas (Patten, 2003); según muestran algunos trabajos, dichas diferencias se hacen más notables en el caso de los países no occidentales (Yeung, Chang, Mischowlon y cols., 2004).

Por otro lado, no todos los temas tienen el mismo significado clínico (Regier y cols., 1998). Ciertos aspectos medidos por ciertas escalas tienen relevancia semántica y técnica para algunas poblaciones a las que se aplica, no así para otras. Relacionado con lo anterior, otra de las dificultades añadidas reside en que la depresión no puede ser medida directamente sino a través de sus posibles manifestaciones o la aparición de síntomas, estando ligadas por tanto a aspectos determinados individualmente o por el contexto social y cultural del momento (Patten, 2003; Sánchez, 2002). Todas las enfermedades, así como el proceso de salud, enfermedad y atención, están mediados social y culturalmente (Menéndez, 2000).

Las diferencias de género en la sintomatología depresiva aparecen mediadas por los instrumentos de medida utilizados, así como por los propios síntomas que aquellos miden. Algunos de los instrumentos que se emplean están más relacionados con la depresión femenina que con la depresión misma (Salokangas, Vaahtera, Pacriev, Sohlman y Lehtinen, 2002). En la práctica clínica hay pocos diagnósticos de depresión en los varones. Los criterios diagnósticos actuales no tienen en cuenta las diferencias en la construcción de subjetividades entre mujeres y varones, y toman como universales criterios predominantemente femeninos en la depresión (Bonino, 2000). Las manifestaciones entre varones pueden responder a un



modelo “más masculino”, ligado al autocontrol, el ocultamiento del malestar, la disociación y proyección emocional, la ira o la negación de la debilidad, entre otras posibles. Por ello, en ocasiones estos trastornos quedan ocultos en acciones tales como el refugio en el trabajo, la ingesta de alcohol, la conducción peligrosa y demás, es decir, se caracteriza más por expresiones de comportamiento que de sentimientos (Linch y Kilmarin, 1999).

Según han puesto de relieve algunas investigaciones con escalas de medición concretas, el BDI produce en muchos de sus ítems puntuaciones más altas en las mujeres que en los varones, y en el DEPS, cuando los varones puntúan por encima de las mujeres en algún ítem, resulta que éste no hace referencia a la sintomatología depresiva (Salokangas y cols., 2002). Los ítems más significativos en los cuales las mujeres puntúan por encima de los varones son en aquellos relacionados con el sexo, el llanto y el futuro en el BDI, y los sentimientos de tristeza en la EPDS.

La tristeza es una expresión más común en las mujeres que en los varones (Mirowsky y Ross, 1995) y aquellas manejan mejores estrategias para identificar estos estados (Bonebright, Thompson y Leger 1996). Estas diferencias están mediadas por los diferentes procesos de socialización de varones y mujeres (Brody, 1985). Algunos autores, como Maier y cols. (1999), y con anterioridad Angst y Dobler-Mikola (1984), añaden que las mujeres tienden a recordar más y mejor estos episodios y los comentan o hacen públicos con mayor frecuencia que los varones. Los sentimientos de tristeza están asociados en muchas culturas a las mujeres, al igual que el llanto (Williams y Morris, 1996).

La consideración de determinados aspectos de género en el estudio de esta enfermedad mental no debe ir ligada sin embargo a planteamientos que homogeneicen las situaciones de las mujeres (Doyal, 1995).

Por otro lado, la investigación ha revelado la importancia de las condiciones económicas en la aparición de depresión, y cómo los contextos más desfavorecidos se convierten en factores asociados: algunos hablan de pobreza (Riolo, Nguyen, Greden y King, 2005; Wilson, Chen, Taylor, McCracken y Copeland, 1999) y otros de desigualdades (Kahn, Wise, Kennedy y Kawachi, 2000). Dada la situación de desventaja que las mujeres padecen en términos de acceso y disponibilidad de recursos, su riesgo es, por ende, más elevado (Chen, Subramanian, Acevedo y Kawachi, 2005; Scarinci y cols., 2002).

Al igual que sucede con otras enfermedades, las clases más bajas se encuentran en situación de desventaja ante la enfermedad; las condiciones sociales que influyen en el estado de salud en general no son fijas ni inmutables sino que vienen condicionadas por circunstancias históricas y geográficas (Benach, 1997). El desigual nivel de riqueza y la llamada “aculturación” son otros de los aspectos que mejor explican las diferencias de salud.

Para finalizar, con el trabajo de investigación desarrollado se ofrece una visión aproximada sobre la realidad reciente que envuelve los desórdenes depresivos en el mundo. Aunque con todo lo argumentado los datos deben tratarse con cierta cautela, se dispone de una panorámica general y actual de dicho fenómeno. Por todo ello, se ofrece una recolección y síntesis de diferentes publicaciones en un solo trabajo y una evaluación crítica de los trabajos publicados.

Dentro de las limitaciones, es necesario destacar que no se consultaron todas las fuentes disponibles sobre el problema bajo estudio, pero sí las más relevantes, y dado que la cosecha de información se hizo a través de bases bibliográficas que ofrecía un motor de búsqueda en Internet, no fueron incluidos los artículos ni las revistas que carecían de dicho soporte.

## REFERENCIAS

- Ali, B.S., Rahbar, M.H., Naeem, S., Tareen, A.L., Gul, A. y Samad, L. (2002). Prevalence of and factors associated with anxiety and depression among women in a lower middle class semi-urban community of Karachi, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 52, 513-517.
- Almond, S. y Healy, A. (2003). Mental health and absence from work. New evidence from the UK Quarterly Labour Force Survey. *Work and Society*, 17, 731-742.

- Aluoja, A., Leinsalu, M., Shlik, J., Vasar, V. y Luuk, K. (2004). Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 78, 27-35.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., Bijl, R.V., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R.C., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T.B. y Wittchen, H.U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.
- Angst, J. y Dobler-Mikola, A. (1984). Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *Journal of Affective Disorders*, 7, 189-198.
- Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A. y Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *European Psychiatry*, 20, 229-235.
- Aragones, E., Pinol, J.L., Labad, A., Masdeu, R.M., Pino, M. y Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 21-35.
- Ayuso M., J.L. (2004). Depresión: una prioridad en salud pública. *Medicina Clínica*, 123, 181-186.
- Ayuso M., J.L., Vazquez B., J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. y ODIN Group. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Benach, J. (1997). La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11, 255-258.
- Berenson, A.B., Breitkopf, C.R. y Wu, Z.H. (2003). Reproductive correlates of depressive symptoms among low-income minority women. *Obstetrics and Gynecology*, 102, 1310-1317.
- Bolton, P., Wilk, C.M. y Ndogoni, L. (2004). Assessment of depression prevalence in rural Uganda using symptom and function criteria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 442-447.
- Bonebrigh, T., Thompson, J. y Leger, D. (1996). Gender stereotypes in the expression and perception of vocal affect. *Sex Roles*, 34, 429-445.
- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental: deconstruyendo la "normalidad" masculina. En M. Segarra y A. Carabí (Eds.): *Nuevas masculinidades* (pp. 41-64). Barcelona: Icaria Editorial.
- Brody, L. (1985). Gender differences in emotional development: A review of theories and research. *Journal of Personality*, 53, 102-149.
- Chen, Y., Subramanian, S.V., Acevedo G., D. y Kawachi, I. (2005). Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 60, 49-60.
- Compton, W.M., Helzer, J.E., Hwu, H.G., Eh, E.K., McEvoy, L., Tipp, J. y Spitznagel, E.L. (1991). New methods in cross-cultural psychiatry: psychiatric illness in Taiwan and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1697-1704.
- Cortés, D. (2003). Idioms of distress, acculturation and depression: The Puerto Rican experience. En K. Chun, P. Organista y G. Marin (Eds.): *Acculturation: advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 207-222). Washington, DC: American Psychological Association.
- Daradkeh, T.K., Ghubash, R. y Abou-Saleh, M.T. (2002). Al Ain community survey of psychiatric morbidity - II. Sex differences in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 72, 167-176.
- Doyal, L. (1995). *What makes woman sick*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Dubini, A., Mannheimer, R. y Pancheri, P. (2001). Depression in the community: results of the first Italian survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 49-53.
- Editors and WHO November 2003 Group. (2004). Galvanising mental health research in low- and middle- income countries: role of scientific journals. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 3, 5.
- Gabarrón, H.E., Vidal R., J.M., Haro A., J.M., Boix, S.I., Jover, B.A. y Arenas, P.M. (2002). Prevalencia y detección de desórdenes depresivos en atención primaria. *Atención Primaria*, 29, 329-336.
- Gorman, J.M. (2006). Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gender Medicine*, 3, 93-109.
- Haarasilta, L., Marttunen, M., Kaprio, J. y Aro, H. (2001). The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 31, 1169-1179.
- Husain, N., Creed, F. y Tomenson, B. (2000). Depression and social stress in Pakistan. *Psychological Medicine*, 30, 395-402.
- Iancu, I., Horesh, N., Lepkifker, E. y Drory, Y. (2003). An epidemiological study of depressive symptomatology among Israeli adults: prevalence of depressive symptoms and demographic risk factors. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40, 82-89.
- Kahn, R., Wise, P., Kennedy, B. y Kawachi, I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: Cross sectional national survey. *British Medical Journal*, 321, 1311-1315.

- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., Wang, P.S. y National Comorbidity Survey Replication (2003). The epidemiology of major depressive disorder - Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kessler, R.C., Greenberg, P.E. y Mickelson, K. (2001). The effects of chronic mental health conditions on work loss and work cut back. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 218-225.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-18.
- Kim, E., Jo, S.A., Hwang, J., Shin, C., Kim, D.K., Woo, E.K., Kim, S.S., Shin, K.R. y Jo, I. (2005). A survey of depressive symptoms among South Korean adults after the Korean financial crisis of late 1997: Prevalence and correlates. *Annals of Epidemiology*, 15, 145-152.
- Lin, T. (1982). Culture and psychiatry: a Chinese perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16, 235-245.
- Linch, J. y Kilmarin, C. (1999). *The pain behind the mask*. New York: Haworth Press.
- Lindeman, S., Hamalainen, J., Isometsa, E., Kaprio, J., Poikolainen, K., Heikkinen, M. y Aro, H. (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 178-184.
- Link, B. y Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Special Number, 80-94.
- Maier, W., Gänssicke, M., Gater, R., Rezaki, M., Tiemens, B. y Florenzano U., R. (1999). Gender differences in the prevalence of depression: A survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 53, 241-252.
- Menéndez, E. (2000). Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En E. Perdiguer y J. Comellesy (Eds.): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 163-188). Barcelona: Bellaterra.
- Michelsen, H. y Bildt, C. (2003). Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 489-496.
- Mirowsky, J. y Ross, C. (1995). Sex differences in distress: real or artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 503-508.
- Murphy, J.M., Laird, N.M., Monson, R.R., Sobol, A.M. y Leighton, A.H. (2000). Incidence of depression in the Stirling County Study: historical and comparative perspectives. *Psychological Medicine*, 30, 505-514.
- Murray, C.J.L. y López, A.D. (1996) *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization-Harvard School of Public Health-World Bank.
- Narrow, W., Rae, D., Robins, L. y Regier, D. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- Olfson, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Nomuray, F., Gameroff, M. y Weissman, M.M. (2000). Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Archives of Family Medicine*, 9, 876-883.
- Oquendo, M.A., Lizardi, D., Greenwald, S., Weissman, M.M. y Mann, J.J. (2004). Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime major depression in different ethnic groups in the United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 446-451.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas realidades*. Ginebra: OMS.
- O'Sullivan, C. (2004). The psychosocial determinants of depression - A lifespan perspective. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 585-594.
- Ovuga, E., Boardman, J. y Wasserman, D. (2005). The prevalence of depression in two districts of Uganda. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 439-445.
- Patten, S.B. (2003). International differences in major depression prevalence: What do they mean? *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 711-716.
- Patten, S.B., Stuart, H.L., Russell, M.L., Maxwell, C.J. y Arboleda F., J. (2003). Epidemiology of major depression in a predominantly rural health region. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 360-365.
- Pikhart, H., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H., Nikitiny, J. y Marmot, M. (2004). Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine*, 58, 1475-1482.
- Regier, D., Kaelber, C., Rae, D., Farmer, M., Knauper, B., Kessler, R. y Norquist, G.S. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Rihmer, Z., Szadoczky, E., Furedi, J., Kiss, K. y Papp, Z. (2001). Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II, and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 67, 175-179.

- Riolo, S.A., Nguyen, T.A., Greden, J.F. y King, C.A. (2005). Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American Journal Public Health*, 95, 998-1000.
- Salokangas, R.K., Vaahtera, K., Pacriev, S., Sohlman, B. y Lehtinen, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *Journal of Affective Disorders*, 68, 215-220.
- Sánchez, E. (2002). *Individuo, sociedad y depresión*. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe.
- Savoie, I., Morettin, D., Green, C.J., Kazanjian, A. (2004). Systematic review of the role of gender as a health determinant of hospitalization for depression. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20, 115-127.
- Scarinci, I.C., Beech, B.M., Naumann, W., Kovach, K.W., Pugh, L. y Fapohunda, B. (2002). Depression, socioeconomic status, age, and marital status in black women: a national study. *Ethnicity and Disease*, 12, 421-428.
- Shvartzman, P., Weiner, Z., Vardy, D., Friger, M., Sherf, M. y Biderman, A. (2005). Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 18-25.
- Ustun, T.B. y Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Vorcaro, C.M.R., Lima C, M.F., Barreto, S.M. y Uchoa, E. (2001). Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 257-263.
- Weissman, M.M., Bland, R., Canino, G., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lépine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H. y Yeh, E.K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-299.
- Wilhelm, K., Mitchell, P., Slade, T., Brownhill, S. y Andrews, G. (2003). Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *Journal of Affective Disorders*, 75, 155-162.
- Williams, D. y Morris, G. (1996). Crying, weeping or tearfulness in British and Israeli adults. *The British Journal of Psychiatry*, 87, 479-505.
- Wilson, K.C.M., Chen, R., Taylor, S., McCracken, C.F.M. y Copeland, J.R.M. (1999). Socio-economic deprivation and the prevalence and prediction of depression in older community residents. The MRC-ALPHA Study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 549-553.
- Wittchen, H.U., Essau, C.A., Von Zerssen, D., Krieg, J. y Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Journal of Epidemiology*, 24, 247-258.
- World Health Organization (2005). *Depression. What is depression?* Disponible en línea: [http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567\\_6741.htm](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567_6741.htm) (Extraído el 10 de febrero de 2006).
- World Health Organization and International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413-426.
- Yeung, A., Chan, R., Mischoulon, D., Sonawalla, S., Wong, E., Nierenberg, A.A. y Fava, M. (2004). Prevalence of major depressive disorder among Chinese-Americans in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 24-30.
- Yeung, A., Howarth, S., Chan, R., Sonawalla, S., Nierenberg, A.A. y Fava, M. (2002). Use of the Chinese version of the Beck Depression Inventory for screening depression in primary care. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 94-99.