



Universidad de Talca

Facultad de Psicología

DIFERENCIAS DE SEXO EN LA MANIFESTACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO
E INDICADORES SOCIOECONÓMICOS: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN 35
PAÍSES DE LA ZONA OCDE.

Memoria para optar al Título de Psicóloga con mención en Psicología Clínica

Autora

Daniela Andrea Núñez Sepúlveda

Profesor Guía

Ismael Gallardo Cuadra

TALCA

Enero, 2019

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

Resumen

Actualmente las tasas de depresión siguen en aumento, alcanzando cifras alarmantes. Este trastorno además de afectar gravemente a la población, presenta un fenómeno que es constante a lo largo del tiempo y se relaciona con las diferencias de género que se encuentran en el trastorno depresivo. El presente estudio, de tipo descriptivo, tiene como objetivo describir las prevalencias de los trastornos del ánimo (Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente y Trastorno Bipolar), junto a las diferencias de género en 35 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y busca encontrar alguna relación, al menos inicial con algún indicador socioeconómico. Para esto se realizó una búsqueda exhaustiva de datos secundarios, a través de los sitios: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y Banco Mundial (WB), los que proporcionaron información acerca de la prevalencia de los trastornos del ánimo. Se analizaron los datos, a través del programa Microsoft Excel. Los resultados se ordenaron y compararon con indicadores que se emplean a nivel mundial: producto interno bruto (PIB), índice de desarrollo humano (IDH) e índice de calidad de vida. Los análisis realizados, muestran que la prevalencia reportada de los trastornos revisados es de gran impacto. Las mujeres reportan dos a tres veces más prevalencia en trastornos depresivos que los hombres, sin embargo no se encuentra relación entre las prevalencias observadas y los indicadores socioeconómicos.

Palabras clave: depresión, género, prevalencia.

Índice

Resumen.....	2
Índice.....	3
Introducción.....	5
Discusión Bibliográfica.....	7
Trastornos Depresivos.....	7
Prevalencia.....	7
Definición.....	9
Criterios diagnósticos.....	10
Manifestación.....	16
Indicadores socioeconómicos.....	18
Producto interno bruto (PIB).....	18
Índice desarrollo humano (IDH).....	19
Índice calidad de vida.....	20
Objetivos.....	23
Objetivo General.....	23
Objetivos Específicos.....	23
Hipótesis.....	24
Método.....	25
Tipo de Estudio	25
Diseño de Estudio	25
Participantes.....	25
Instrumentos - Variables.....	26
Procedimiento.....	27

Plan de Análisis.....	27
Resultados	29
Discusión.....	40
Síntesis.....	64
Referencias.....	66
Anexos.....	76

Introducción

Bien sabemos que las tasas de depresión se presentan como un serio problema de salud pública. A lo largo de los años las prevalencias en vez de disminuir, han ido en aumento, pese a los programas en materia de salud, que han destinado estudios y recursos para reducir el impacto de esta enfermedad en la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que entre el año 2005 y 2015 la depresión ha aumentado en un 18,4% convirtiéndose en un grave problema de salud pública, ya que es una de las enfermedades mentales más debilitantes y costosas en todo el mundo, considerando que no solo afecta a la persona en cuestión, sino que además, esta enfermedad impacta en todos los sistemas o redes en las que se encuentra inmerso el sujeto.

Junto a las alarmantes tasas presentadas por este trastorno, encontramos las brechas de género, las cuales se mantienen de forma reiterada y estable durante el tiempo. Son mujeres las que presentan mayor depresión que los hombres, con proporciones de 2:1 en la mayoría de los casos (Genuchi y Mitsunaga, 2015). Pese a las diversas variables que pueden explicar este fenómeno, es esencial esclarecer la relación entre las diferencias, dada las consecuencias en la calidad de vida y el pronóstico de vida. En relación a esto último, el suicidio e ideación suicida son parte de los criterios diagnósticos presentados en el trastorno depresivo, el cual presenta tasas inversas a las del suicidio, es decir, más altas para mujeres que para hombres.

No solo es importante tener conocimiento de estas brechas, sino que además se hace esencial saber si estas se pueden reducir al conocer algún indicador poblacional o variables que nos permitan eventualmente reducirlas. Hay estudios que sugieren que hombres y mujeres manifiestan y experimentan de distinta forma el espectro de este trastorno

(Ministerio de Salud Chile, 2013). Las diferencias presentadas, muestran un déficit en el sistema de salud mental, sensible a la depresión convencional y no a la sintomatología atípica (como la presentada por el género masculino), lo que trae como consecuencia, dificultad para la detección de depresión e intervención oportuna en los centros de atención primaria de salud (APS), afectando las cifras y brechas prevalentes en la actualidad (Ministerio de Salud Chile, 2013).

A lo largo de la literatura se encuentran distintas justificaciones a las diferencias de género a nivel local. Sin embargo, no se encuentra información a nivel global, que permita esclarecer el origen de las brechas en el trastorno depresivo. Para aclarar el panorama, en este trabajo se revisarán indicadores de desarrollo que se emplean a nivel mundial, como: producto interno bruto (PIB), índice de desarrollo humano (IDH) e índice de calidad de vida. Estos indicadores nos permitirán despejar variables que pueden intervenir en el fenómeno descrito.

De esta forma, el objetivo de este trabajo va a ser por un lado describir la prevalencia y diferencias de género principalmente en el trastorno depresivo, en diferentes países de la OCDE, y junto con ellos analizar además otros datos poblacionales que en conjunto puedan dar luces de cuales son la variables que pueden estar relacionadas con estas diferencias. Comprender las prevalencias y bases de estas brechas, puede propulsar el desarrollo de estrategias de intervención en salud mental que se ajuste a la problemática real que puede estar aquejando a la población.

Discusión Bibliográfica

Prevalencia de los trastornos depresivos

El informe “Depresión y otros Trastornos mentales comunes” presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), da a conocer datos calculados en el año 2015 que existen para depresión y otros desórdenes mentales. Estos cálculos arrojan que más de 322 millones de personas padecen depresión en el mundo, lo que implica un aumento del 18% entre los años 2005 y 2015. “La depresión contribuye fuertemente a la carga de enfermedad, ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios (...)” (Ministerio de Salud Chile, 2013, p.12).

En el informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), se identifica además que en Chile existen 844.253 personas mayores de 15 años que padecen depresión, equivalente a un 5% de la población. Para el año 2015 el trastorno de depresión ya alcanzó cifras alarmantes. “Los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa de años de vida saludables perdidos por vivir con discapacidad (AVISA¹) en la población chilena, y la primera en la población femenina entre 20 y 44 años” (Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo, 2015, p. 1180).

¹ Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) son indicadores compuestos. Los AVISA, combina el número de años de vida perdidos por muerte prematura (el componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (el componente calidad de vida).

El informe presentado por la OMS identifica que la depresión es más común entre mujeres (5.1%) que hombres (3.6%). Las cifras presentadas no solo sugieren la importancia que tiene esta enfermedad en la actualidad, sino que además presenta diferencias de género que en el espectro depresivo pueden ser relevantes para el diagnóstico y tratamiento de la depresión. En Chile, aún no se cuenta con estudios que permitan dar explicación a las diferencias entre hombres y mujeres en la manifestación del trastorno depresivo. Sin embargo, se pueden observar diferencias en la manifestación de síntomas “(...) mayor irritabilidad y menor llanto en la depresión masculina, así como también una mayor frecuencia de conductas de riesgo o consumo de sustancias en comparación con las mujeres” (Ministerio de Salud Chile, 2013, p.22). El origen de dichas brechas no está claro en la investigación actual y tampoco existen políticas ni programas que las atiendan, ya que siguen sin estar comprendidas en sus causas.

Es por eso que el presente trabajo pretende por un lado evaluar cómo se manifiesta este trastorno no solamente en Chile sino que además en otros países de la OCDE y así describir tanto las prevalencias de esta enfermedad, como las diferencias de género que se presentan. Y por otro lado observar si esto tiene algún tipo de relación aparente al menos con alguna variable socioeconómica que sea relevante para la política pública.

Para esto se realiza a continuación una descripción y caracterización de los diferentes trastornos que se incorporan en el estudio, para luego pasar al grueso del trabajo, que es discutir sobre las posibles explicaciones que dan origen a las brechas de género que encontramos dentro de este trastorno.

Definición

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (5^a edición, American Psychiatric Association, 2014), indica que los trastornos depresivos, son la desregulación disruptiva del estado del ánimo. Dentro de este espectro se encuentra: el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por alguna sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo específico, otro trastorno depresivo no especificado. Como eje central estos trastornos requerirán la presencia de un ánimo triste o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos, de una intensidad o duración suficiente para interferir significativamente en la capacidad funcional del individuo.

Dentro de los trastornos depresivos, el siguiente estudio contemplará el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente. Dado el criterio de exclusión de algunos trastornos depresivos, debido a su etiología y enfoque de sexo en el diagnóstico de alguno de ellos (como el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por alguna sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo específico, otro trastorno depresivo no especificado), estos no serán incluidos en la investigación.

Criterios diagnósticos

Trastorno de depresión mayor

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (5^a edición, American Psychiatric Association, 2014), la depresión se diagnostica sobre la base de patrones de síntomas, que interfieren y causan un malestar significativo en el funcionamiento diario de una persona, debido a que se presentan la mayor parte del día, casi todos los días, durante un periodo de tiempo de dos semanas o más. El trastorno se caracteriza principalmente por un cambio en el funcionamiento previo que llevaba el individuo y para ser diagnosticado, se debe cumplir al menos 5 de los siguientes criterios:

1. Estado de ánimo disminuido
2. Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades.
3. Cambios significativos (aumento o disminución) en el peso.
4. Cambios significativos (aumento o disminución) en el sueño.
5. Agitación o retraso psicomotora.
6. Niveles de energía disminuidos.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
8. Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos recurrentes de muerte y/o ideación suicida.

Existen características adyacentes al trastorno. Casi el 75% de los pacientes con depresión mayor tienen episodios recurrentes a lo largo de su vida. Existe además comorbilidad con otras enfermedades tanto psiquiátricas (Trastorno de ansiedad generalizada) como físicas (Alzheimer, Parkinson, Cáncer), además de deterioro en lo social y afección en el ámbito económico, esto implica pérdida de recursos, debido a los

costosos tratamientos terapéuticos y medicación, que deben enfrentar sujetos que no están bajo los programas de gobierno, como en el caso de Chile (GES), por lo que la calidad de vida del individuo se ve aún más afectada (Oliffe y Phillips, 2008).

Otro manual que sigue utilizándose en algunos centros de salud, ya que clasifica datos sobre síntomas, morbilidad y mortalidad en base a estadísticas sanitarias, es el Manual de Clasificación Internacional de enfermedades, 10ma edición (CIE-10) a cargo del Organismo Mundial de la Salud (OMS). Este manual presenta similitudes en lo que concierne al trastorno depresivo presentado por el DSM-V. El estado depresivo presenta así dos características focales:

1. Anhedonia.
2. Disminución en el estado de ánimo requerido para efectuar actividades que se realizaban de forma cotidiana.

Otros síntomas generales que se presentan son:

1. Deterioro en la concentración.
2. Cansancio recurrente y retraso psicomotor.
3. Sueño perturbado.
4. Pérdida de apetito y libido.
5. Disminución de la autoestima y confianza en sí mismo.
6. Sentimientos de culpa e inutilidad.

El diagnóstico requerirá que los síntomas señalados estén presentes al menos dos semanas y se categoriza en tres niveles según la gravedad del episodio:

El episodio depresivo leve, considera que a lo menos exista pérdida de interés y/o estado de ánimo disminuido, junto a dos síntomas generales, presentando así, leves dificultades para realizar las actividades diarias.

El episodio depresivo moderado, requiere que al menos se presenten dos síntomas de depresión leve más tres síntomas generales en un grado más intenso, es decir, la persona presenta mayor dificultad de continuar con sus labores, afectando varios ámbitos de su vida.

El episodio depresivo grave, primero, tiene que tener en cuenta si la persona presenta o no síntomas psicóticos (presencia de alucinaciones de tipo olfatoria, auditiva y/o visual), además de presentar los dos síntomas focales y cuatro de los síntomas generales, con una intensidad que impide a la persona efectuar cualquier tipo de actividad por un periodo de dos semanas.

Trastorno depresivo persistente

Este trastorno agrupo el trastorno de depresión crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. Se aplican los mismos criterios del Trastorno de depresión mayor, salvo que el rasgo principal del Trastorno depresivo persistente, de acuerdo al DSM-V, es un ánimo deprimido la mayor parte del día, durante al menos dos años (al menos 1 año en los niños y adolescentes).

Trastorno bipolar

Para un trastorno bipolar tipo 1 deben haberse cumplido los criterios para un episodio maniaco, antes o después de episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor. Esta clase de trastorno es la más severa ya que las manías (el período en el que se suele hospitalizar a los enfermos) son más largas y frecuentes.

Episodio Maniaco

Dura al menos una semana y está presente la mayor parte del día casi todos los días. El ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Mientras exista el periodo de alteración del ánimo se tiene que cumplir tres o más de los siguientes criterios:

1. Aumento de autoestima o sentimientos de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Inusualmente locuaz e hiperactivo.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva.
5. Facilidad de distracción o distrabilidad.
6. Agitación Psicomotora.
7. Incremento en las actividades placenteras y con consecuencias dolorosas.

Todos los síntomas tienen que causar un mal estar significativo. Se atribuye además, un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico de la persona y además no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Episodio Hipomaniaco

Dura al menos cuatro días consecutivos. El Ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Mientras exista el periodo de alteración del ánimo se tiene que cumplir tres o más de los siguientes criterios:

1. Aumento de autoestima o sentimientos de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Inusualmente locuaz e hiperactivo.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva.
5. Facilidad de distracción o distrabilidad.
6. Agitación Psicomotora.
7. Incremento en las actividades placenteras y con consecuencias dolorosas.

Estos episodios no son suficientemente graves como para causar una alteración importante del funcionamiento completo de la persona, a diferencia de un episodio maniaco.

Todos los síntomas tienen que causar un mal estar significativo. Se atribuye además, un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico de la persona y además no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Episodio de depresión mayor

Cinco o más de los siguientes síntomas tienen que estar presente el mismo periodo de dos semanas presentando un cambio en el funcionamiento anterior de la persona. Al menos uno de los síntomas tiene que ser “Estado de ánimo disminuido” o “Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades”.

1. Estado de ánimo disminuido
2. Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades.
3. Cambios significativos (aumento o disminución) en el peso.
4. Cambios significativos (aumento o disminución) en el sueño.
5. Agitación o retraso psicomotora.
6. Niveles de energía disminuidos.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
8. Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos recurrentes de muerte y/o ideación suicida.

Todos los síntomas tienen que causar un mal estar significativo. Se atribuye además, un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico de la persona y además no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

La diferencia entre ambos trastornos es que en el trastorno bipolar tipo I aparece en algún momento de la evolución, un cuadro de manía. Mientras que en el trastorno bipolar tipo II esa exaltación del estado de ánimo llega a una intensidad más leve, que es lo que se conoce como hipomanía. La polaridad predominante consiste en que las personas con trastorno bipolar tienden a presentar más episodios de un determinado polo, del polo maníaco o bien del polo depresivo.

Manifestación del Trastorno depresivo

Piccinelli y Wilkinson (2000) indican que se encuentran factores de riesgo asociados a la depresión. Entre estos factores los autores identifican principalmente: experiencias maltratantes a temprana edad (maltrato, abuso físico y sexual), factores ambientales adversos (escaso apoyo social, situación económica precaria, abuso de sustancias), vulnerabilidad genética, estrategias de afrontamiento precarias, rasgos de la personalidad con predisposición a la depresión, experiencias traumáticas e historia o registros de depresión previa.

La manifestación del trastorno varía según la etapa del ciclo vital en la que se encuentre el sujeto. En la edad pediátrica, la prevalencia de depresión varía entre un 0,03% a 1,9%, en la adolescencia, estas cifras aumentan desde 0,7% hasta 7%. En la infancia y adolescencia, el trastorno depresivo puede expresarse por alteraciones conductuales, sin embargo a medida que pasan los años, los síntomas comienzan a focalizarse en alteraciones psicósomáticas y en la vejez, se caracteriza por un dolor crónico sin causa física aparente, alteraciones del sueño o la llamada pseudodemencia depresiva la cual desaparece con el tratamiento antidepresivo (Vásquez, 2013)

De los factores que comúnmente se encuentran en la literatura y que suelen converger entre diversos autores, se identifican: ser mujer, encontrarse en una situación de soledad o duelo (como estar jubilado, separado, divorciado o viudo), tener bajo nivel educacional y bajos ingresos económicos (Gómez-Restrepo et al, 2004; Cole y Dendukuri, 2003). Aragonés, Piñol, Labad, Folch, & Melich (2004) afirman que de los factores asociados a una mayor prevalencia de depresión registrados en la atención primaria (AP), el género es

el que presenta mayor consistencia durante la historia, destacándose el género femenino sobre el masculino en síntomas depresivos.

Dadas las tasas de prevalencia observadas en depresión, se presentan algunas diferencias en la manifestación del trastorno. La mayoría de los estudios clínicos y epidemiológicos de la depresión, han encontrado tasas de prevalencia más altas entre mujeres. En estudios comunitarios, las cifras fueron aproximadamente dos veces mayores en las mujeres que en los hombres (Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz y Tylee, 2002)

Vásquez (2013) afirma que hombres y mujeres experimentan la depresión de distinta forma y coincide con otros autores en cómo se diferencia la enfermedad en su manifestación. El hombre tiende a manifestar síntomas externalizantes a diferencia de las mujeres. Resultados con pacientes clínicos que ya recibían tratamiento por depresión, encontraron que los hombres manifiestan la depresión a través del enojo, impulsividad, agresión, abuso de sustancias, toma de riesgos, inhibición en la capacidad para expresar emociones, relaciones empobrecidas y suicidio (Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez, 2006; Rabinowitz y Cochran, 2008; Vásquez, 2013). Mediante autoinformes, se ha comprobado que el abuso de sustancias muchas veces puede ser una forma de regulación afectiva, vinculado a personas que se adhieren a normas masculinas, que evitan las emociones como tristeza, dolor o estado de ánimo deprimido (Addis 2008). Por otro lado, las mujeres, se caracterizan por manifestar la depresión a través de síntomas internalizantes, es decir, predominan cuadros ansiosos, quejas somáticas y retraimiento (López, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009).

Existen varios países que presentan estudios de forma local y que abordan la diferencia de género en el trastorno depresivo. Sin embargo, son pocos los estudios que analizan si esta diferencia es consistente, a nivel mundial. Pese a realizar una búsqueda exhaustiva que abordara la problemática desde este enfoque, no se encontraron artículos científicos que describieran el fenómeno de manera global. Por otro lado, tampoco hay claridad si esta manifestación del trastorno, puede ser entendida desde un punto de vista más amplio, que no sea solo desde los criterios diagnósticos, sino que además, desde indicadores socioeconómicos. De acuerdo a esto, en el siguiente estudio se incluyen tres indicadores socioeconómicos que se utilizan a nivel mundial. Esto nos permitirá despejar variables sobre las causas aparentes de las diferencias de sexo presentadas en el trastorno depresivo a nivel global.

Indicadores socioeconómicos

Producto interno bruto

El producto interno bruto (PIB), es utilizado como objeto de estudio de la macroeconomía. Este indicador expresa anualmente el valor monetario de la producción de bienes y servicios de un país, el cual además, se puede obtener a nivel per cápita. Su cálculo se expresa en un lenguaje universal, lo que permite obtener información sobre el desarrollo económico de cada país, al igual que realizar comparaciones entre países (Alldatanow, 2018).

Se reconoce que existen limitaciones en el uso del PIB. Antiguamente se utilizaba para dar respuesta a tópicos de relevancia mundial, sin embargo, expertos dieron cuenta que este índice no consideraba sustancialmente todas las aristas, en las que el ser humano es

parte y sufre impacto. El desarrollo social, educacional, ecológico, entre otras, no son recogidas por el PIB y son útiles para la comprensión de diversos fenómenos sociales. Es por esto que incorporamos el índice de desarrollo humano (IDH).

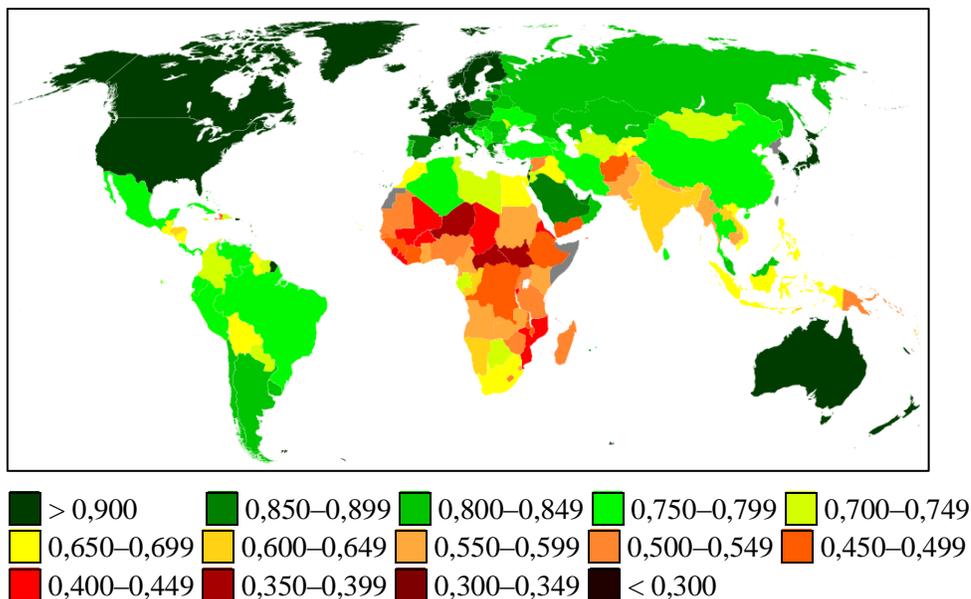
Índice de desarrollo humano (IDH)

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2018), el índice de desarrollo humano (IDH), fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida. Para esto, el IDH tiene en cuenta tres variables: La dimensión de la salud, la cual se evalúa según la esperanza de vida al nacer. La de educación se mide por los años promedio de escolaridad de los adultos de 25 años o más y por los años esperados de escolaridad de los niños en edad escolar. Por último, la dimensión del nivel de vida, se mide conforme al PIB per cápita. El IDH es la media aritmética de los índices normalizados de cada una de las tres dimensiones que tiene por fin: determinar el nivel de desarrollo que tiene un país.

El índice IDH aporta valores entre 0 y 1, siendo 0 la calificación más baja y 1 la más alta. En este sentido, se clasifica a los países en tres grandes grupos:

- Países con Alto desarrollo Humano, tienen un IDH mayor de 0,80.
- Países con Medio desarrollo Humano, tienen un IDH entre 0,50 y 0,80.
- Países con Bajo desarrollo Humano, tienen un IDH menor de 0,50.

Figura 1. Distribución por tramos de los índices de desarrollo humano (basada en información proporcionada por el Informe de Desarrollo Humano 2018 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).



Calidad de vida

Este indicador se convierte en un sistema más riguroso para esclarecer el estándar de vida que lleva una persona en un país determinado, ya que, sabríamos con mayor precisión el grado de satisfacción vital que está llevando el sujeto.

El índice de calidad de vida, busca profundizar aún más el índice de desarrollo humano (IDH). Como metodología, utiliza resultados de encuestas subjetivas de satisfacción con la vida e incorpora más factores que los vistos en el IDH: La salud se evalúa según la esperanza de vida al nacer. La vida familiar se evalúa con la tasa de divorcio (por 1.000 habitantes), convertida en índice de 1 (menor tasa de divorcios) a 5 (más alta). La vida comunitaria, toma el valor 1 si el país tiene ya sea alta tasa de asistencia a la iglesia o pertenencia a sindicatos; cero en caso contrario. El bienestar material se

calcula a través del PIB. La estabilidad política y seguridad, se evalúa por la participación política y estándares de seguridad. El clima y la geografía se evalúan con la latitud para distinguir los climas cálidos de los fríos. La seguridad del empleo, se evalúa por la tasa de desempleo. La libertad política se evalúa a través de un promedio de índices de las libertades políticas y civiles, con una escala de 1 (totalmente libre) a 7 (no libre). Y por último la igualdad de género, medición efectuada utilizando proporción de la media en los ingresos masculinos y femeninos (The Economist, 2005)

Pese a existir estudios que vinculen el trastorno depresivo con algunos indicadores socioeconómicos, no se encuentran estudios que vinculen estos indicadores socioeconómicos con las diferencias de sexo.

Debido a lo anterior, el siguiente estudio pretende por un lado, describir las prevalencias y diferencias de sexo en países pertenecientes a una organización de alcance global como es la OCDE y por otro lado, relacionar estas prevalencias con indicadores socioeconómicos para observar si existen relaciones aparentes entre ellos y describir la coexistencia de dichas brechas con indicadores socioeconómicos globales. De este modo se pueden observar potenciales vínculos entre estos indicadores y la prevalencia de las brechas de sexo en depresión. Aun cuando el tipo de estudio propuesto no requiere presentación de hipótesis cabría esperar cierta relación entre los indicadores socioeconómicos por país y la manifestación de las brechas de género. Así por ejemplo, los países con menor brecha en índices de desarrollo humano, mostraría menos brecha en la manifestación del trastorno (debido a que son países con mayor equidad y tolerancia en su sociedad). Sin embargo, no existen antecedentes claros que permitan adelantar lo anterior, pudiendo incluso no existir relación aparente entre estos indicadores.

Conocer las estadísticas y proporciones de la población que es afectada, nos permite determinar el impacto de esta enfermedad, así como también caracterizar a la población que es afectada por la misma. Entender mejor esta situación, que aqueja a nuestra población a nivel mundial, permite posteriormente esclarecer las variables que cumplen un rol esencial en cómo se desarrolla este fenómeno.

Para esto se consultan datos secundarios que otorguen cifras poblacionales a nivel mundial, respecto a las prevalencias en el trastorno depresivo y diferencias de sexo como único aspecto demográfico. El porcentaje arrojado por los datos secundarios, trabaja sobre el eje del total de personas enfermas o diagnosticadas con diversos tipos de enfermedades (no solo en el área de salud mental) y no sobre el total de la población de cada país. Lo mismo ocurre con el sexo, el cual se calcula sobre el total de hombres enfermos y total de mujeres enfermas de cada país.

Objetivos

Objetivo General

- Describir las diferencias de sexo en la prevalencia de los trastornos del ánimo (Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente, Trastorno Bipolar) y relacionarlas con indicadores socioeconómicos en 35 países de la OCDE.

Objetivos Específicos

- Conocer la prevalencia de los trastornos del ánimo (Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente, Trastorno Bipolar) en 35 países de la OCDE.
- Describir las brechas de género de los trastornos del ánimo (Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente, Trastorno Bipolar) en 35 países de la OCDE.
- Describir los indicadores de desarrollo: Producto Interno Bruto (PIB), Índice de Desarrollo Humano (IDH) e Índice de calidad de vida en 35 países de la OCDE.
- Describir la relación existente entre la prevalencia de trastornos del ánimo (Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente, Trastorno Bipolar) y los indicadores de desarrollo (Producto Interno Bruto, Índice de Desarrollo Humano e Índice de calidad de vida) en 35 países de la OCDE.

Hipótesis

El tipo de estudio propuesto, no requiere presentación de hipótesis. Sin embargo, se presentan a continuación, posibles resultados esperados, donde cabría esperar cierta relación entre los indicadores socioeconómicos por país y la manifestación de las prevalencias y diferencias de sexo.

- Los países OCDE con menor Producto interno bruto (PIB), presentan mayor prevalencia en el trastorno depresivo.
- Los países OCDE con mayor Producto interno bruto (PIB), presentan menor prevalencia en el trastorno depresivo.
- Los países OCDE con menor Índice desarrollo humano (IDH), presentan mayor prevalencia y diferencias de género en el trastorno depresivo.
- Los países OCDE con mayor Índice desarrollo humano (IDH), presentan menor prevalencia y diferencias de género en el trastorno depresivo.
- Los países OCDE con menor calidad de vida, presentan mayor prevalencia y diferencias de género en el trastorno depresivo.
- Los países OCDE con mayor calidad de vida, presentan menor prevalencia y diferencias de género en el trastorno depresivo.

Método

Tipo de Estudio

El presente estudio, es de tipo descriptivo, ya que busca especificar las características, perfiles y tendencias presentadas por los datos secundarios encontrados (Sampieri, Collado y Lucio, 2006).

Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es de tipo no experimental y de corte transversal. No se manipularon las variables, sino que se observaron en una muestra determinada. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado (Sampieri et. al., 2006).

Participantes

Se utilizó la población total y la población con diagnóstico de Trastornos del ánimo (Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente, Trastorno Bipolar), sin exclusión de factores sociodemográficos, en 35 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Entre ellos se encuentran: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Corea del Sur, Eslovaquia, Eslovenia, Turquía, Países Bajos, Estonia, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suecia y Suiza

Instrumentos – Variables

El estudio se realizó, mediante datos secundarios obtenidos de las siguientes entidades:

- Instituto de métricas y evaluación de la salud (IHME): Centro de investigación de salud poblacional, perteneciente a la Universidad de Washington. Proporciona una medición rigurosa y comparable de los problemas de salud más importantes del mundo y evalúa las estrategias utilizadas para abordarlos.
- Organización mundial de la salud (OMS): Organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): Organismo de cooperación internacional, compuesto por 35 estados. Su misión es coordinar políticas económicas y sociales.
- Banco Mundial (WB): Organización internacional especializada en finanzas y asistencia, que sirve como fuente de asistencia financiera y técnica.

Procedimiento

Se realizó una búsqueda exhaustiva de datos secundarios, a través de los sitios: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y Banco Mundial (WB), con el objetivo de encontrar datos que proporcionen información acerca de la prevalencia de los trastornos del ánimo (Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente, Trastorno Bipolar) junto a las diferencias de género encontradas en 35 países de la OCDE (Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Corea del Sur, Eslovaquia, Eslovenia, Turquía, Países Bajos, Estonia, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suecia y Suiza).

Una vez obtenida la información, se organiza y grafica para realizar un análisis descriptivo de los datos secundarios obtenidos.

Plan de Análisis

Para comprender el análisis realizado, se debe tener presente, el método utilizado por las entidades que proporcionaron los datos secundarios que fueron objeto de estudio (los criterios y manual utilizados para la inclusión de trastornos y enfermedades, están acorde al CIE-10).

Una vez obtenidas las prevalencias de los 35 países de la OCDE, a través de las entidades que otorgaron los datos secundarios, se procedió a ingresarlos al programa Microsoft Excel para obtener una tabla uniforme, la cual fue graficada, para poder describir los resultados obtenidos.

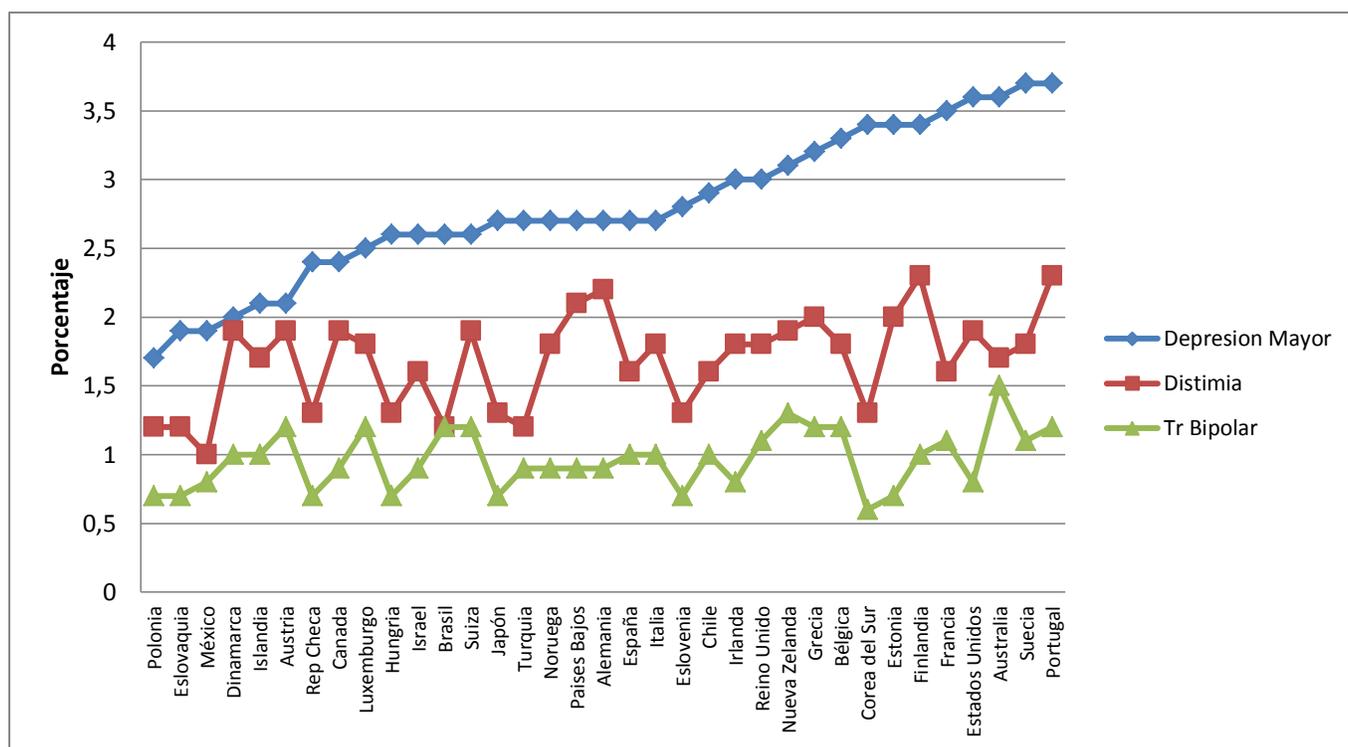
Se trabajó con porcentajes para sintetizar las cifras obtenidas. Los porcentajes trabajaron sobre el eje del total de personas enfermas o diagnosticadas con diversos tipos de enfermedades (no solo en el área de salud mental) y lo mismo se realizó con el sexo, el cual se calcula sobre el total de hombres enfermos y total de mujeres enfermas de cada país. Cabe mencionar que los datos fueron otorgados de esta forma, a través de los sitios que proporcionaron estos datos secundarios.

Los resultados se ordenaron para poder graficar de mejor forma, las comparaciones de prevalencia para cada trastorno y sus diferencias de género (Anexo 1, 2, 3, 4 y 5). De esta forma, en la primera gráfica del estudio se observará la prevalencia general de los trastornos del ánimo (Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente, Trastorno Bipolar) y en las siguientes gráficas se observarán las diferencias de género para estos mismos trastornos. Se analizaron las medidas de tendencia central (moda y media de los porcentajes) junto a las prevalencias de cada trastorno.

Resultados

De acuerdo a los datos secundarios obtenidos a través del Instituto de métricas y evaluación de la salud (IHME), en el año 2016, se desprende lo siguiente:

Gráfico 1. Prevalencia de Trastornos del ánimo en 35 países de la OCDE, según el IHME para el año 2016.



De acuerdo al gráfico 1, se pueden observar los siguientes datos:

Para depresión mayor la moda es 2.7 y la media es 2.79. Los países que presentan mayor prevalencia de depresión mayor son: Portugal (3.7%) y Suecia (3.7%). El país que presenta menor prevalencia en depresión mayor es: Polonia (1.7%).

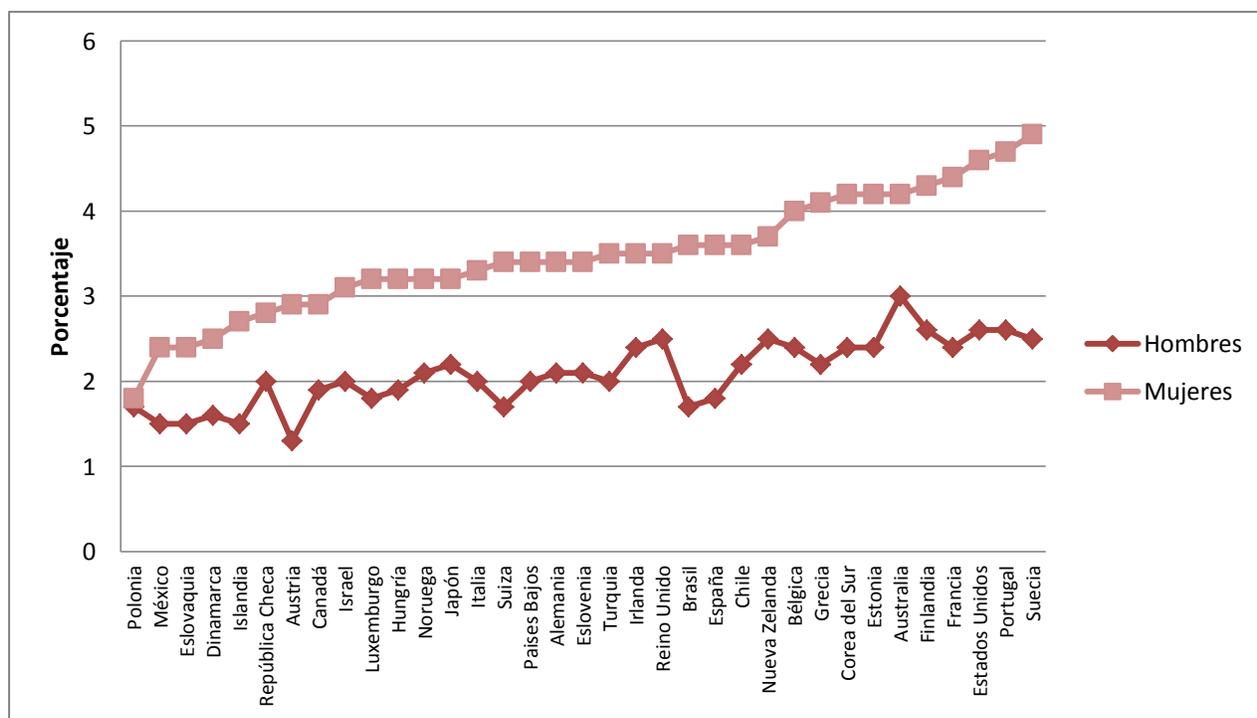
Para el trastorno depresivo persistente “Distimia” la moda es 1.8 y la media es 1.68. Los países que presentan mayor prevalencia de trastorno depresivo persistente son: Portugal (2.3%) y Finlandia (2.3%). El país que presenta menor prevalencia en trastorno depresivo persistente es: México (1%).

El trastorno bipolar es bimodal (0.7 y 1.2) y la media es 0.96. El país que presenta mayor prevalencia de trastorno bipolar es: Australia (1.5%). El país que presenta menor prevalencia en trastorno bipolar es: Corea del Sur (0.6%).

Chile en depresión mayor presenta un 2.9%. En trastorno depresivo persistente un 1.6% y en trastorno bipolar un 1%.

Prevalencia de los trastornos del ánimo diferenciados por sexo

Gráfico 2. Prevalencia del Trastorno de depresión mayor, diferenciada por sexo, en 35 países de la OCDE, según el IHME para el año 2016.



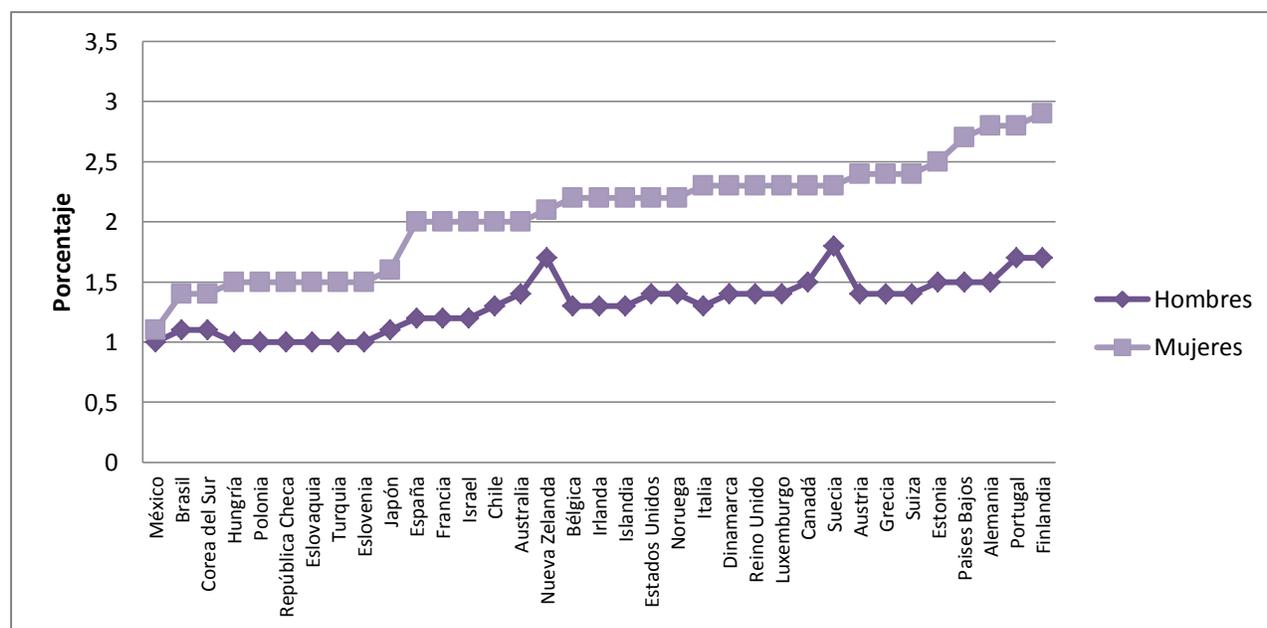
De acuerdo al gráfico 2, se pueden observar los siguientes datos:

Para el trastorno de depresión mayor las mujeres presentan una media de 3.48 y dos modas 3.2 y 3.4. Los hombres por otro lado, presentan una media de 2.08 y dos modas de 2 y 2.4.

La menor tasa de prevalencia de depresión mayor en hombres se presenta en Austria (1.3%), y la mayor tasa se encuentra en Australia (3%). En el caso de las mujeres, el país que presenta menor tasa de prevalencia de depresión mayor es Polonia (1.8%), y los países que presenta una mayor tasa son: Portugal (4.7%) y Suecia (4.9%). Los países que presentan menores diferencias entre hombres y mujeres en el trastorno de depresión mayor son: Polonia (0.1%) y República checa (0.8%). Por otro lado los países que presentan mayor diferencia entre hombres y mujeres son: Portugal (2.1%) y Suecia (2.4%).

En Chile los hombres en el trastorno de depresión mayor presentan un 2.2% y las mujeres un 3.6%, es decir, con una diferencia de 1.4%.

Gráfico 3. Prevalencia de Trastorno depresivo persistente, diferenciados por sexo, en 30 países de la OCDE, según el IHME para el año 2016.



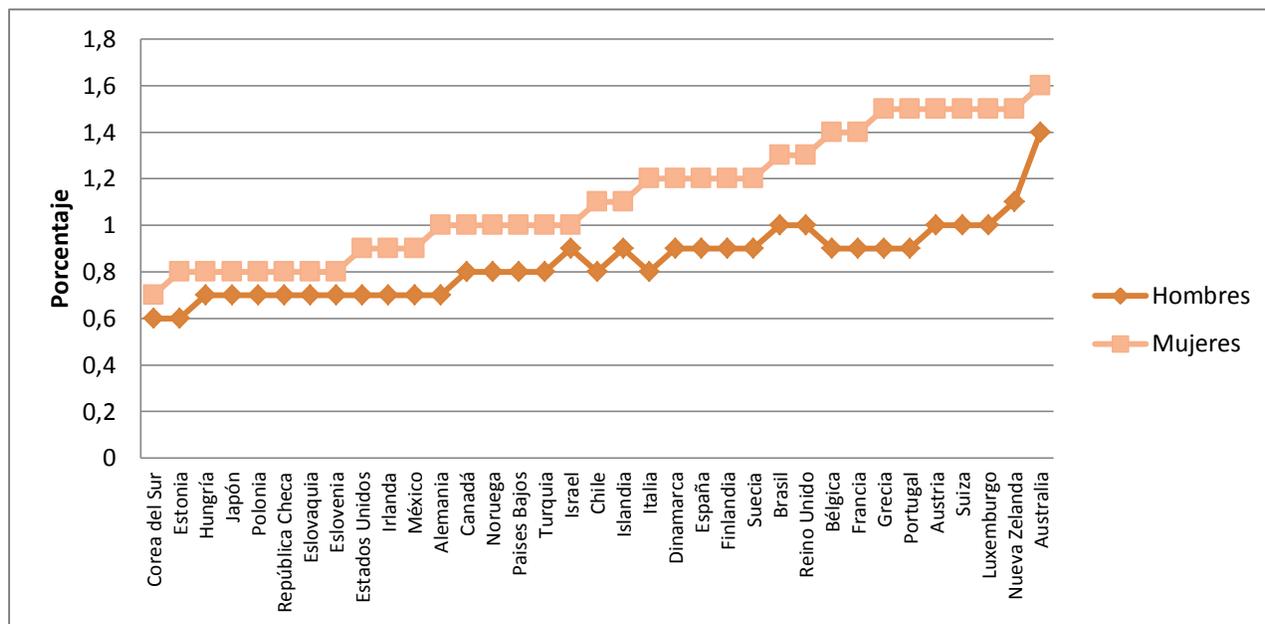
De acuerdo al gráfico 3, se pueden observar los siguientes datos:

Para el trastorno depresivo persistente las mujeres presentan una media de 2.06 y una moda de 2.3. Los hombres por otro lado, presentan una media de 1.31 y una moda de 1.4.

La menor tasa de trastorno depresivo persistente en hombres (1%), se presenta en los siguientes países: México, Hungría, Polonia, República checa, Eslovaquia, Turquía y Eslovenia. Los países que presentan mayor tasa del trastorno depresivo persistente en hombres son: Suecia (1.8%), Portugal (1.7%) y Finlandia (1.7%). En el caso de las mujeres, México (1.1%) presenta la menor tasa de prevalencia para el Trastorno depresivo persistente, y el país que presenta una mayor tasa es Finlandia (2.9%). El gráfico 3., muestra que el país que presenta menor diferencia entre hombres y mujeres en Trastorno depresivo persistente es México (0.1%), y el país que presentan mayor diferencia entre hombres y mujeres es Alemania (1.3%).

En Chile los hombres en el trastorno depresivo persistente presentan un 1.3% y las mujeres un 2%, es decir, con una diferencia de 0.7%.

Gráfico 4. Prevalencia de Trastorno bipolar, diferenciados por sexo, en 30 países de la OCDE, según el IHME para el año 2016.



De acuerdo al gráfico 4, se pueden observar los siguientes datos:

Para el trastorno bipolar las mujeres presentan una media de 1.12 y una moda de 0.8. Los hombres por otro lado, presentan una media de 0.84 y dos modas de 0.7 y 0.9.

Si bien se observan diferencias de sexo en los resultados descriptivos, estas son menores en comparación a los otros trastornos observados. De acuerdo al gráfico 4. Corea del sur es el país que presenta menor tasa de trastorno bipolar tanto en hombres (0.6%) como en mujeres (0.7%). A su vez Australia es el país que presenta mayor tasa de trastorno bipolar tanto en hombres (1.4%) como en mujeres (1.6%). Los países que presentan una menor diferencia (0.1%) entre hombres y mujeres son: Corea del sur, Hungría, Japón, Polonia, República checa, Eslovaquia, Eslovenia e Israel. Los países que presentan mayor diferencia (0.6%) entre hombres y mujeres son Grecia y Portugal.

En Chile los hombres con trastorno bipolar presentan un 0.8% y las mujeres un 1.1%, es decir, con una diferencia de 0.3%.

Síntesis preliminar de resultados

A través del análisis descriptivo realizado a los 35 países de la OCDE se puede observar principalmente dos fenómenos: Por un lado la alta tasa de prevalencia que existe actualmente en trastornos del ánimo (Depresión mayor, Distimia y Trastorno Bipolar) y por otra parte, que existe un patrón que predomina en todos los datos y se relaciona con la diferencia de sexo que se presenta de forma reiterada en los trastornos revisados. Si bien no podemos hablar de diferencias estadísticamente significativas, debido al tratamiento de los datos, se puede observar que en todos los países revisados, es la mujer la que predomina dos a tres veces más que los hombres en los trastornos observados.

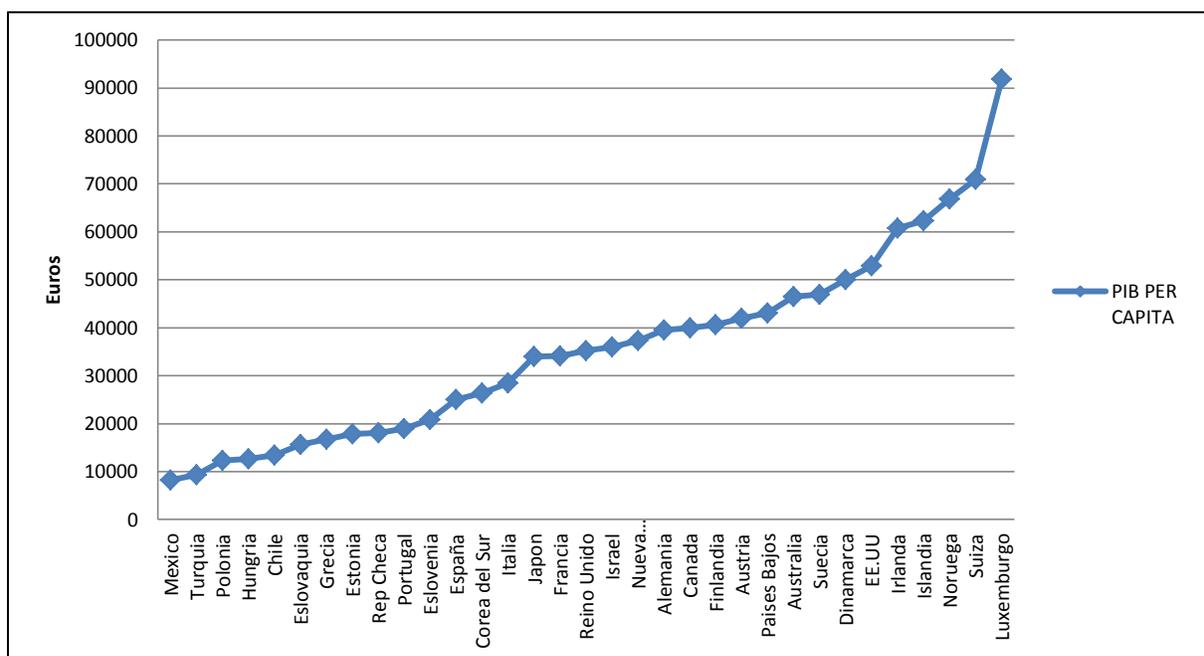
Dado que no existen estudios globales que relacionen las prevalencias y brechas en el trastorno depresivo con indicadores socioeconómicos, se realiza a continuación un análisis, que permita evaluar si hay relación aparente entre los datos obtenidos de los países de la OCDE en prevalencias de depresión y diferencias de sexo, y los indicadores que se

emplean a nivel mundial: producto interno bruto (PIB), índice de desarrollo humano (IDH) e índice de calidad de vida.

Análisis con indicadores socioeconómicos

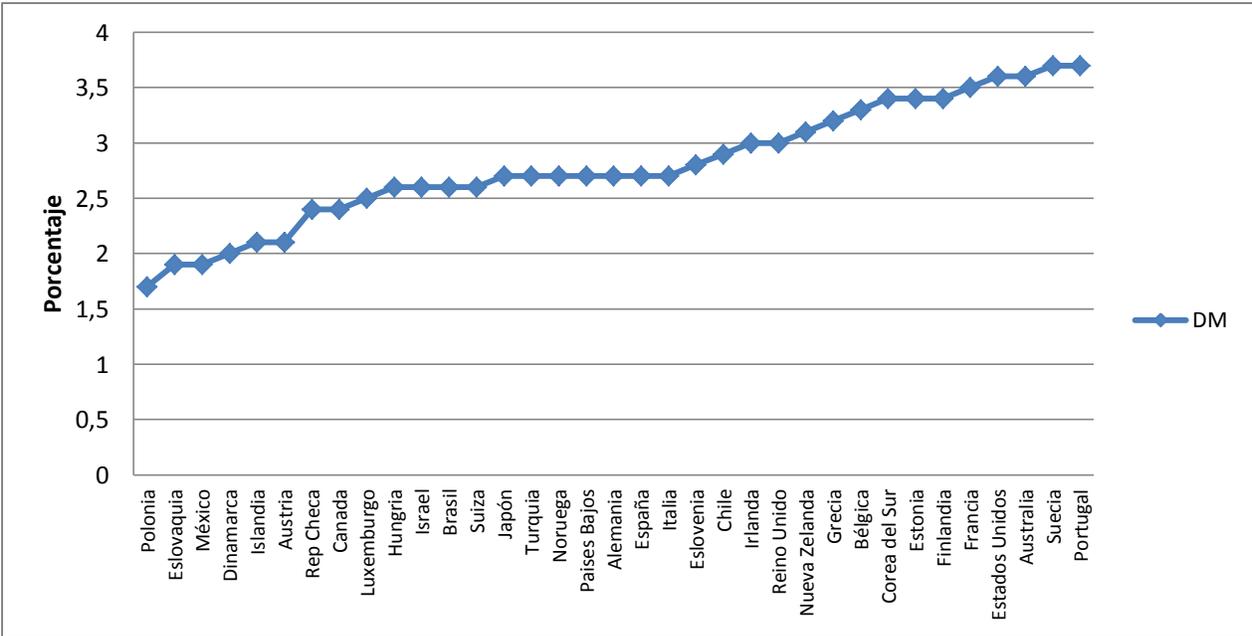
Se obtuvo información del PIB de 33 países de la OCDE (Alldatanow, 2018). Los datos obtenidos se resumen en el siguiente gráfico:

Gráfico 5. Producto interno bruto (PIB) per cápita, expresada en Euros en 33 países de la OCDE, año 2018.



Nota: No se encuentra información y datos para los países Bélgica y Brasil.

Gráfico 6. Prevalencia de Depresión Mayor en 35 países de la OCDE, según el IHME para el año 2016.

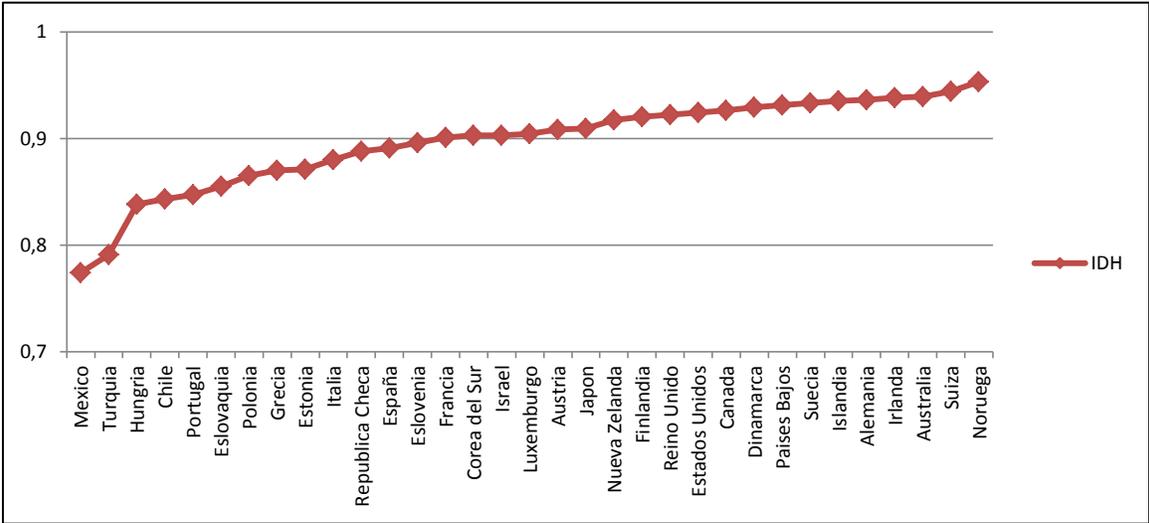


Se buscó alguna relación entre el desarrollo económico de cada país de la OCDE y los datos obtenidos en el área de salud mental. Se esperaría que países con un mejor desarrollo económico, destinen recursos y presupuesto al área de salud que permitan reducir las brechas expuestas. Si observamos el Gráfico 5 y el Gráfico 6, podemos identificar que no existe concordancia entre los países que presentan menor PIB (México, Turquía y Polonia) y aquellos que presentan mayor prevalencia en trastorno de depresión mayor (Portugal y Australia). Tampoco se encuentra concordancia entre los países que presentan un mayor PIB (Luxemburgo, Suiza y Noruega) y los países que presentan menor prevalencia en trastorno de depresión mayor (Polonia, Eslovaquia y México). Sin embargo, se encuentra que países con un bajo PIB, presentan menos problemas en los trastornos presentados (México y Polonia).

Respecto a las diferencias de sexo (Gráfico 2), los países que presentan menor diferencia entre hombres y mujeres en el trastorno de depresión mayor son: Polonia y República Checa. En este caso, Polonia presentan uno de los índices de PIB más bajo, los cuales destinarían menor presupuesto en materias de salud mental. Por otra parte países con mayor brecha entre hombres y mujeres en el trastorno de depresión mayor son Portugal y Suecia, donde ninguno presentaría relación con países que presenten menor PIB, es más, son países que tienen mejor desarrollo económico y social, sin embargo son de los que presentan mayores brechas dentro de este trastorno.

Se obtuvo información del IDH de 33 países de la OCDE (Alldatanow, 2018). Los datos obtenidos se resumen en el siguiente gráfico:

Gráfico 7. Índice de desarrollo humano (IDH) en 33 países de la OCDE, para el año 2018.



Nota: No se encuentra información y datos para los países Bélgica y Brasil.

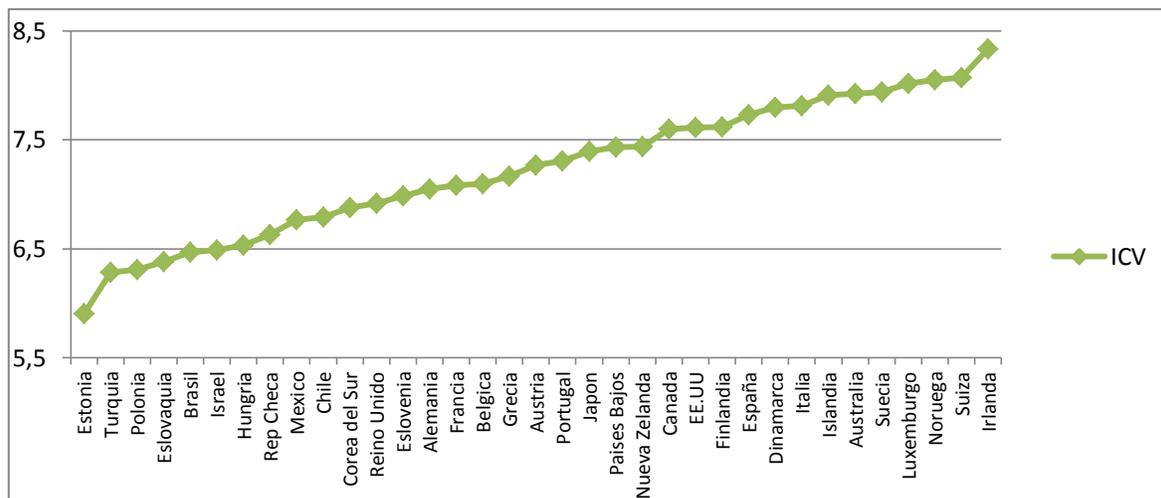
De acuerdo a la clasificación del índice de desarrollo humano (IDH), ninguno de los 33 países pertenecientes a la OCDE presenta un índice menor a 0,5, todos tiene mayor a 0,8 excepto dos: México (0,774) y Turquía (0,791), los cuales se clasificarían como países con

un desarrollo humano medio, al puntuar entre 0.50 y 0.80. El resto de los países tienen un IDH sobre 0.80, lo que presentarían un alto índice de desarrollo humano. Dentro de estos países: Suiza (0.944) y Noruega (0.953), destacan con un mayor IDH.

Se esperaría que países que presentan un mayor índice de desarrollo humano, el cual considera más dimensiones que el PIB, cuenten con programas y recursos que favorezcan la salud mental de sus habitantes. Si comparamos estos datos, con los obtenidos en el Gráfico 6, obtenemos lo siguiente: México que presenta un IDH medio, es uno de los países que menor tasa de prevalencia presenta para trastornos de depresión mayor. Por otra parte los países que presentan mayor prevalencia en el trastorno de depresión mayor (Portugal y Australia), son países que fluctúan dentro de la clasificación de un alto índice de desarrollo humano. Lo que no tendría concordancia entre el fenómeno y este indicador de desarrollo. Ahora, si observamos el Gráfico 2, respecto a brechas en el trastorno de depresión Mayor, los países que presentan menor diferencia entre hombres y mujeres en el trastorno de depresión mayor son: Polonia y República Checa. Por otra parte países con mayor brecha entre hombres y mujeres en el trastorno de depresión mayor son Portugal y Suecia. De acuerdo a esto, no se encontrarían patrones o similitudes entre este indicador y las diferencias de sexo, que pudiesen explicar este fenómeno.

A través de un informe otorgado por The Economist (2005), se obtuvo información sobre el índice de calidad de vida de 35 países de la OCDE. Los datos obtenidos se resumen en el siguiente gráfico:

Gráfico 8. Índice de Calidad de Vida, en 35 países de la OCDE, año 2005.



Se esperaría que la satisfacción percibida presentara relación aparente con las prevalencias en los trastornos del ánimo que hemos estado revisando.

De acuerdo al gráfico de Índice de Calidad de Vida, se observa que Estonia (5.905), Turquía (6.286) y Polonia (6.309), son los países que presentan en comparación al resto de los países de la OCDE, menor índice de calidad de vida, por lo que estarían menos satisfechos con sus vidas. Por el contrario Irlanda (8.333), Suiza (8.068) y Noruega (8.051) son países con un alto índice de calidad de vida, por lo que estarían más satisfechos con sus vidas. Si comparamos estos datos con los del Gráfico 6, se puede observar que en general no existen similitudes. Los países con mayor prevalencia en trastorno de depresión mayor no coinciden con los países que presentan un menor índice de calidad de vida. Y por otro lado, países con menor prevalencia de trastornos del ánimo no presenta concordancia con países con mayor índice de calidad de vida. Lo mismo aplicaría si se observa el Gráfico 2, donde se pueden observar las diferencias de sexo. Los países que presentan menor diferencia entre hombres y mujeres en el trastorno de depresión mayor son: Polonia y

República Checa. Si comparamos los gráficos, estos países presentarían puntaje más bajo en comparación a otros países en cómo perciben su calidad de vida, sin embargo son países que presentan menores diferencias de sexo junto a menor prevalencia en cuanto al trastorno de depresión mayor. Por otra parte países con mayor brecha entre hombres y mujeres en el trastorno de depresión mayor son Portugal y Suecia, los cuales serían países que tiene mejor percepción de su calidad de vida y sin embargo tienen mayor prevalencia en trastorno de depresión mayor. De acuerdo a esto no se encontraría relación alguna entre las prevalencias revisadas y este índice de desarrollo.

Discusión

Los resultados descritos no muestran una relación aparente entre los indicadores PIB, IDH e índice de calidad de vida, y la prevalencia de los trastornos observados. En el caso del producto interno bruto (PIB), existen estudios que han encontrado que esta enfermedad mental, se asocia a un ingreso per cápita inferior. Países con una estructura socioeconómica más precaria, posee mayores problemas de salud en general (Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo, 2015). Sin embargo, se encuentra evidencia que países con mayor PIB, presentan tasas más altas de trastorno depresivo en su población, creando cierta controversia entre estudios, al no existir consistencia entre los datos que contemplan este indicador (Campo-Arias y Cassiani, 2008; Ortiz-Hernández, López-Moreno y Borges, 2007).

Pese a lo anterior queremos aventurarnos a tratar de entender las brechas presentadas en el trastorno depresivo. Es probable que la explicación pueda estar vinculada a otras variables de estudio, ya que, el desarrollo y salud mental de una persona se vincula a diversas argumentaciones, tanto biológicas como psicosociales, y son susceptibles a la cultura y contexto en el cual de desarrolla una persona.

Explicaciones biológicas y psicosociales a las diferencias de género en el trastorno depresivo.

La no existencia aparente entre indicadores de desarrollo humano y tasas en las brechas de depresión, puede deberse a explicaciones biológicas

Explicaciones biológicas

Diversas explicaciones biológicas, que se relacionan con las diferencias de género en el trastorno depresivo, no presentan resultados concluyentes, sin embargo argumentos asociados a factores hormonales son los que más destacan (Cova, 2005; Piccinelli y Wilkinson; Vásquez, 2013). Nolen-Hoeksema (2001) señala que hombres y mujeres, pueden ser afectados por los mismos estresores, pero las mujeres pueden desarrollar mayor depresión o sintomatología depresiva debido a las diferencias biológicas, sobre todo de tipo hormonal, que sensibilizan las respuestas a estresores, auto concepto y estrategias de afrontamiento en ellas. Durante el ciclo vital de la mujer, esta experimenta diversos cambios (menarquía, embarazo, menopausia), donde el estrógeno y progesterona son hormonas que están implicadas en los cambios de humor y estado emocional de la mujer. Existen hallazgos que relacionarían el déficit de estrógeno, en fases del ciclo menstrual, post parto y durante el periodo de pre y post menopausia (Vásquez, 2013). El cambio abrupto de estos cambios hormonales afectaría la vulnerabilidad de la mujer ante la depresión, sobre todo si existen antecedentes de trastornos del ánimo, o si el sujeto además está expuesto a estresores ambientales. “Aproximadamente 10 a 15% de las mujeres experimentan depresión en las primeras doce semanas después del nacimiento del bebé. Otros autores mencionan que la prevalencia se eleva hasta 30% de las mujeres afectadas

por esta entidad” (Vásquez, 2013, p. 8). Durante la menopausia también ocurre un cambio en la función ovárica, disminuyendo las concentraciones de estrógeno en el cuerpo de la mujer y haciéndola más proclive a desarrollar depresión. Por el contrario, el autor indica que este fenómeno no ocurre con la testosterona en hombres, hormona que no afecta la vulnerabilidad del hombre ante la posibilidad de desarrollar esta enfermedad de salud mental.

Hay quienes plantean que si bien existen cambios hormonales durante el ciclo de la mujer, estas no son significativas para las diferencias de género existentes en la actualidad. Se ha encontrado, que tanto la progesterona como el estrógeno influyen en la reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), el cual está directamente relacionado con controlar las reacciones al estrés, particularmente, en el mecanismo de retroalimentación negativa de cortisol, el cual determina la vulnerabilidad de la persona ante la depresión (Vásquez, 2013). Nolen-Hoeksema (2001) da auge a los efectos moderadores de las hormonas suprarrenales y lo que concierne al eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), que juega un papel importante en la regulación de las respuestas al estrés, principalmente con la secreción del cortisol. Una desregulación de la respuesta del HPA, mostrara elevadas respuestas de cortisol frente a un evento estresante afectando a los individuos a estar más propenso a desarrollar un trastorno depresivo. Como las hormonas ováricas modulan la regulación del eje HPA, son las mujeres las que muestran más probabilidades de desarrollar depresión frente a eventos traumáticos que los hombres.

Si bien estas explicaciones biológicas permiten distinguir la vulnerabilidad de la persona ante esta enfermedad, aun no existen argumentos concluyentes en esta materia. A raíz de esto, surgen explicaciones psicosociales propuestas ante el fenómeno.

Explicaciones psicosociales

Es importante conocer los constructos y fenómenos que son parte de las explicaciones psicosociales que se verán a continuación:

Género

Definición

Para hablar de Identidad de Género, es necesario realizar la distinción que existe entre sexo y género, ya que son dos variables esenciales, mediante las cuales se atribuye la identidad de una persona. Claramunt (1997) indica que cuando hablamos de “sexo”, nos estamos refiriendo principalmente al componente biológico (hormonal, genético, fisiológico), el cual diferencia a un hombre y a una mujer. Sin embargo cuando nos referimos a “género”, estamos hablando de un conjunto de comportamientos, valores, costumbres y actitudes que socioculturalmente han sido atribuidas a hombres y a mujeres. García-Leiva (2005) conceptualiza que el género se construye a través de lo social y cultural, a diferencia del sexo, vista como la división biológica entre hombre y mujer.

Identidad de género

García, Macedo y Souza (2017) señalan que la sociedad, a través de la cultura, transmite determinadas normas, creencias, expectativas, actitudes y comportamientos. Uno de los fenómenos psicosociales que surgen en consecuencia, es la conformación de la identidad de género. Colas (2007) afirma que “la identidad cultural de género significa la ubicación propia y la de otros sujetos en referencia a una cultura, la catalogación de una persona en un grupo o categoría (de género) que asume determinados rasgos o conductas”

(p. 155). Esta filiación, acontece a nivel intraindividual, es decir, es un proceso que se construye mediante la interacción entre los procesos psicológicos del sujeto y los factores sociales y situacionales, dando lugar a la dualidad masculinidad y feminidad (Barberá, 1998).

Desde la teoría cognitiva, Kohlberg (1966) afirma que la identidad de género es un proceso que opera en tres etapas: etiquetaje, estabilidad y constancia de género. En la primera etapa, se da el fenómeno de la autocategorización, donde la persona se definirá a sí misma como masculina o femenina. Luego en la segunda etapa la persona pasará a identificarse con el grupo de pertenencia para dar estabilidad a su autodefinición y en la tercera etapa, la persona ya habrá interiorizado la identidad de género.

Otra autora de la misma línea teórica, Bem (1981), plantea en sus estudios el concepto de esquema de género. “(...) dicho esquema son las estructuras que establecen roles, estereotipos y características que orientan nuestras cogniciones, evaluaciones de la realidad y comportamientos” (Bem, 1981, citado en García, Macedo y Souza, 2017, p. 77). De acuerdo a esto, en el proceso de autocategorización, la persona estará interiorizando un esquema de género. Sin embargo existen dos tipos de personas: las esquemáticas, quienes harán la interiorización a través de la dicotomía masculino/femenino y otras no esquemáticas (andróginos) quienes tendrán conocimiento de los roles y estereotipos dominantes, pero combinarán ambos esquemas. Es así como Bem (1981) citado en García, Macedo y Souza (2017), clasificara 4 tipos de roles de género: Masculino, Femenino, andróginos e indiferenciados.

Desde la teoría construccionista, la identidad de género no se compondría de dos categorías estáticas, sino que serían transacciones sociales, donde hombres y mujeres actuarán bajo los conceptos de feminidad y masculinidad que se han adoptado culturalmente a lo largo de la historia (Courtenay, 2000).

Las teorías del aprendizaje social plantean que la conformación de la identidad de género, ocurre a través del aprendizaje de patrones conductuales de género en la interacción entre la persona y el contexto social (García, Macedo y Souza, 2017). Esta teoría postula que existen tres agentes socializadores: Los cuentos o relatos ilustrados, la televisión y las figuras progenitoras. Por un lado, el análisis de contenido que se realiza a los cuentos, dirigidos a los más pequeños, se encuentra con estereotipos de género, donde los hombres se caracterizan por ser activos, heroicos, responsables, leales, amistosos y desinteresados. En cambio las mujeres se caracterizan por ser tranquilas, soñadoras, amables y dóciles. La televisión y las figuras progenitoras promueven la acentuación de roles tipificados de género, mediante la observación e imitación de comportamientos asociados a los roles de género, los cuales inician generalmente en la niñez (García-Leiva, 2005). Desde que los padres saben el sexo del bebe que viene en camino, la identidad de género está marcada por las expectativas, ritos y costumbres que culturalmente se consideran propias de un comportamiento masculino y femenino, es decir, nacemos, crecemos y nos desarrollamos, bajo estas exigencias comportamentales. Esta identidad se alcanza por medio de un proceso de aprendizaje de lo que está permitido, de acuerdo al sexo del individuo y la aprobación social necesaria que este requeriría para lograr pertenencia en el contexto en el cual se desarrolla (Claramunt, 1997).

Rol de género

Por un lado, Recio y López (2008) señalan que los roles de género son las atribuciones socialmente aceptadas. Es decir, se interioriza las expectativas sociales y se actúa conforme a lo establecido. Es así como las costumbres de cada cultura afectarán el sexo biológico inicial de la persona, concretando roles y características diferenciadas que categorizaran a las personas como masculinas o femeninas.

Estereotipos de género

Los estereotipos de género, presentan claras diferencias en los rasgos y conductas socialmente aprendidas que se creen típicas de las mujeres y de los hombres. Por un lado la masculinidad se caracteriza por contemplar a un hombre fuerte, dominante, independiente, protector, racional, duro, enérgico, agresivo e insensible. Varias sociedades asignan cualidades como la independencia, logro, poder y fuerza a una imagen tradicionalmente masculina (Sieverding, 2002; Krumm, Checchia, Koesters, Kilian y Becker, 2017).

Sin embargo los rasgos atribuidos a la feminidad, contempla a una mujer vulnerable, dependiente, coqueta, con necesidad de protección, intuitiva, delicada, compasiva y sensible (Claramunt, 1997). Estos estereotipos proporcionan significados colectivos, organizados y dicotómicos de género, convirtiéndose en creencias ampliamente compartidas sobre quiénes son las mujeres y los hombres innatamente. Posteriormente la presión de lo que se espera de ellos refuerza aún más las profecías autocomplacientes de tal comportamiento (Courtenay, 2000). De acuerdo a esto, se desencadena un efecto llamado polarización de género, el cual destaca por no permitir la integración y complementación de aspectos que son prototípicamente femeninos en los hombres y viceversa. Es por esto que

los hombres se encuentran subdesarrollados en ciertas características e inhibidos principalmente en recursos afectivos, perjudicando de esta manera, su desarrollo personal, expresión de habilidades y talentos y exploración libre de su potencial, factores que deben enfrentar diariamente (Claramunt, 1997).

De acuerdo a Cova (2005) existen dos hipótesis psicosociales propuestas para las diferencias de género en la depresión. La primera hipótesis, destaca los factores culturales y sociales que afectan la vulnerabilidad diferencial de cada sexo, debido a las influencias que estas ejercen en el desarrollo emocional, social y cognitivo de hombres y mujeres. Y la segunda hipótesis, se relaciona con la existencia de diferencias ante la exposición de eventos adversos que deben enfrentar hombres y mujeres y que son facilitadoras para el desarrollo del trastorno depresivo.

Para comprender la primera hipótesis propuesta, es importante señalar los procesos de socialización para ambos sexos (hombre y mujer). Amador (2001) señala que desde la infancia las mujeres construyen su autopercepción basándola en las relaciones con los demás y la idealización, mientras que la de los hombres, se construye con mayor autosuficiencia. Cuando la mujer es socializada mediante la orientación de otros, se convierte en un foco vulnerable al estrés y conflictos interpersonales.

Las diferentes formas de socialización de niños y niñas, los conducen por diferentes caminos a la depresión: el hombre es afectado por acontecimientos que ponen en crisis su autoestima, en cambio las mujeres, son afectadas por acontecimientos que atentan contra las relaciones (Amador, 2001). Es así como Kendler, Thornton y Prescott (2001) indican diferencias de género en la sensibilidad ante diversos eventos vitales. Por un lado las

mujeres se muestran más afectadas por problemas interpersonales y los hombres muestran más sensibilidad por problemas relacionados con el ámbito laboral y el divorcio.

Desde el rol de género estereotipado, García, Arnal, Llarío, Calvo y Rodríguez (2016), señalan que se pronuncian diversas diferencias en las manifestaciones ansiosas y expresión de la tristeza que tienen hombres y mujeres. En la mujer se encuentra mayor desarrollo emocional y un sistema de afrontamiento pasivo centrado en la rumiación de experiencias negativas, las cuales se relacionan directamente con mayor vulnerabilidad para desarrollar depresión. Es así como se encuentran mayores niveles de empatía, búsqueda de aprobación social, culpabilidad y sintomatología internalizante, como ansiedad, somatizaciones o estados de ánimo depresivos, en personas con características más femeninas (Cova, 2005).

“Como resultado, en lugar de experimentar una verdadera depresión enmascarada, algunos hombres pueden experimentar una forma de "Depresión masculina" que es una variante fenotípica de depresión prototípica”. (Addis, 2008, p. 159). El rol de género masculino, tiende a alentar hacia la acción y desalentar la introspección, por lo tanto, el hombre que se encuentra deprimido es probable que externalice los síntomas a través de otras vías. Individuos con un estereotipo de género masculino, tienden a ignorar los problemas y ser reservados con ellos, recurriendo a conductas externalizantes asociadas a la agresividad y abuso de sustancias (Martín, Lucas y Pulido, 2011). En occidente, rasgos o características asociadas a una norma preponderantemente masculina, hace énfasis principalmente en la competitividad, homofobia, estoicismo, autosuficiencia, dureza física, éxito financiero y poder sobre las mujeres. Estas normas son asumidas a su vez para dar forma a cómo los hombres responden a problemas tales como depresión (Addis y Cohane, 2005). Hombres que presentan como característica predominante el estoicismo, tienen

mayor dificultades para identificar y comunicar su experiencia afectiva, favoreciendo el enmascaramiento del trastorno depresivo, ya que dichos síntomas contradicen las normas restrictivas que cumple este género, como es experimentar o expresar tristeza, pena o ánimo disminuido (Addis, 2008).

Una evidencia de que la depresión posee un contenido normativo, se presenta a través de un estudio experimental donde se midió depresión en hombres y mujeres universitarios, a través del inventario de depresión de Beck. El instrumento se presentó al inicio de la aplicación de dos formas distintas para cada género: En un grupo los administradores presentaron el instrumento para medir “depresión” y en el otro, los moderadores presentaron el instrumento para medir “molestias diarias”. Se encontró que los hombres de pregrado obtenían una puntuación más alta en el inventario cuando se presentaba como “molestias diarias”, en cambio en mujeres la puntuación fue más alta cuando se presentaba como “depresión” (Page y Bennesch, 1993, citado en Addis, 2008).

Angst et al (2002), realizaron un estudio en dos instancias de medición para depresión. Tomaron muestras de población de seis países Europeos (38,434 hombres y 40,024 mujeres; ola II: 563 hombres y 1321 mujeres tratadas por depresión). Cuando fueron analizadas las diferencias de género, se reportó que de un total de 9 síntomas presentados en los criterios diagnóstico para depresión, existió una prevalencia en las mujeres de un 22,4% (6-9 síntomas), frente a los hombres 13,9% (1-5 síntomas). Es decir los hombres alcanzaron el umbral de diagnóstico con menor frecuencia que las mujeres.

Londoño y González (2016) en un estudio que evaluó la prevalencia de la depresión asociada a las diferencias de género y riesgo suicida, encontraron que en una muestra

conformada por 1525 hombres colombianos entre 18 y 83 años, la prevalencia real reportada en la población estudiada, fue mayor cuando se utilizó un instrumento sensible al género, que los detectados utilizando un instrumento tradicional para depresión.

La segunda hipótesis como tentativa explicación psicosocial, hace mención a las circunstancias y eventos vitales que rodean a la mujer, las cuales, serían más depresógenas que las de los hombres. El abuso sexual es preponderantemente más alto en mujeres que en hombres, al igual que el maltrato conyugal. El estrés del embarazo planificado y no planificado, prejuicios sociales, dependencia económica, doble jornada (centro laboral y hogar), entre otras. Esto sitúa a la mujer en una posición de poco control y/o desesperanza ante experiencias futuras, lo que contribuye a experimentar una reacción de carácter depresivo ante eventos estresantes, lo que explicaría la alta prevalencia de trastorno del ánimo en mujeres sobre los hombres (Vásquez, 2013; Cova, 2005; Piccinelli y Wilkinson, 2000; Nolen-Hoeksema, 2001).

Otra explicación psicosocial tentativa a las brechas de género presentadas en el trastorno depresivo, guarda relación con el fenómeno social conocido como estigma internalizado.

Estigma Internalizado

Definición

El estigma internalizado ocurre cuando una persona cognitiva y emocionalmente incorpora el estigma o estereotipo particular de un grupo determinado, llegando a creerlo y aplicarlo a si mismo (Drapalski, Lucksted, Perrin, Aakre, Brown, DeForge y Boyd, 2013). Cuando existe un grupo mayoritario que realiza un estereotipo negativo, definido por la

caracterización de un grupo determinado de personas con ciertas condiciones, pueden desarrollar reacciones negativas, tanto si esta fuera del grupo afectado (discriminación del grupo estigmatizado) o si está dentro del mismo (pensamientos y sentimientos negativos del grupo estigmatizado) (Corrigan y Rao, 2012).

Modelo

Existe un modelo general en el proceso de internalización del estigma. Este se produce en una serie de etapas: “Una persona con una condición no deseada tiene conocimiento sobre el estigma de su condición (Conciencia). Esta persona afirma o cree ciertos estos estereotipos sobre la condición (Acuerdo). Posteriormente la persona aplica estos estereotipos a si misma (Aplicación)” (Corrigan y Rao, 2012, p. 2).

De acuerdo a Drapalski et al (2013), el estigma internalizado ha sido asociado a una serie de consecuencias negativas como aumento de depresión, afrontamiento evitativo y evasión social, esperanza y autoestima disminuida. En efecto la persona puede auto discriminarse, particularmente en forma de autoaislamiento, lo cual tiene efectos colaterales, como disminuir el uso de los servicios de salud o grupos de ayuda que estén sujetas a mejorar la calidad de vida de la persona.

Dada que la depresión ha afectado reiteradas veces más a mujeres que a hombres, sus criterios de diagnóstico se han comprendido como características con una connotación negativa asociadas directamente a la mujer. Es así como se puede visualizar el estigma internalizado. Este fenómeno ocurriría al asociar los criterios de la depresión como propias del estereotipo de género femenino. De esta forma, serían mujeres quienes internalizarían más este fenómeno, a diferencia de hombres, quienes segregaría culturalmente estas características al no ser rasgos típicos de un rol masculino, más bien vivirían y

experimentarían la depresión de distinto modo, fenotípicamente diferente o como una depresión “enmascarada”.

Un ejemplo se puede mostrar con la connotación que se le da a la depresión con el estereotipo de género femenino, asociado a la sensibilidad y facilidad para llorar. Por tanto si un sujeto en su discurso plantea que se encuentra más “llorón” o más “sensible”, este se vincula directamente con andar “depresivo”. En las mujeres serian mejor aceptado que en hombres que sería catalogado o etiquetado como un hombre con características más bien femeninas.

Explicación psicosocial desde el profesional de la salud

Otra explicación psicosocial en las brechas de género, se vincula a las decisiones diagnósticas. Un estudio, identificó que clínicos no lograron diagnosticar casi dos tercios de los hombres deprimidos, es decir, los médicos fueron menos propensos a identificar la presencia de depresión en hombres que en mujeres, lo que indicaría que las tasas de diagnóstico realizadas, terminan siendo una medida inexacta para la depresión (Courtenay, 2000). Se sugiere que las diferencias en las tasas presentadas, pueden deberse a un uso generalizado de criterios diagnósticos que no son sensibles a la depresión en los hombres. Los estereotipos de género, inhiben a los hombres a expresar sus preocupaciones sobre su salud mental, relacionando a depresión con rasgos de vulnerabilidad que contradice la fuerza y poder de la masculinidad socialmente aceptada. Es así cómo además, se vincula depresión con suicidio. Muchos hombres deprimidos, no buscan ni reciben la atención y tratamiento en el momento oportuno (Olliffe y Phillips, 2008).

Explicación psicosocial desde el paciente

Otras diferencias encontradas guardan relación con la búsqueda de ayuda profesional. Por un lado la mujer tiende a expresar sus síntomas emocionales y por lo mismo buscan ayuda médica especializada. Sin embargo, los hombres tienden a la somatización, lo que trae como consecuencia, que consulten médicos generales que muchas veces no tienen la experticia para detectar y derivar un caso por depresión, más aun, cuando la sintomatología depresiva en hombres suele estar enmascarada (Vásquez, 2013).

El hombre deprimido es más resistente que una mujer en el proceso de buscar ayuda (Courtenay, 2000). Estudios demuestran que en promedio, los hombres son menos propensos que las mujeres a utilizar los servicios de salud mental para trastornos psiquiátricos (Addis, 2008). Existe un doble vínculo en los hombres deprimidos, es decir, los hombres más necesitados de buscar ayuda parecen ser los más resistentes, evitando las opciones de búsqueda de ayuda disponibles (Rochlen, Paterniti, Epstein, Duberstein, Willeford y Kravitz, 2010). El estoicismo emocional impide que algunos hombres reconozcan tristeza, dolor o afecto, cuando se encuentran deprimidos. La competitividad masculina, puede afectar la comunicación y búsqueda de ayuda para la depresión y por otro lado permanecer activo y distraerse de los problemas, puede servir como función amortiguadora a corto plazo para lidiar con el trastorno (Addis, 2008). Los hombres, en lugar de admitir tener depresión y/o buscar ayuda, estos sufren en silencio o simplemente ignoran los síntomas, con una predominada tendencia a auto-monitorearse y exhibir una variedad de comportamientos típicamente masculinos (“ser bien hombre”). Las dificultades surgen cuando la depresión se hace insostenible para el estoicismo masculino y cuando estos comportamientos socializados inhiben a que el hombre busque ayuda, situaciones que

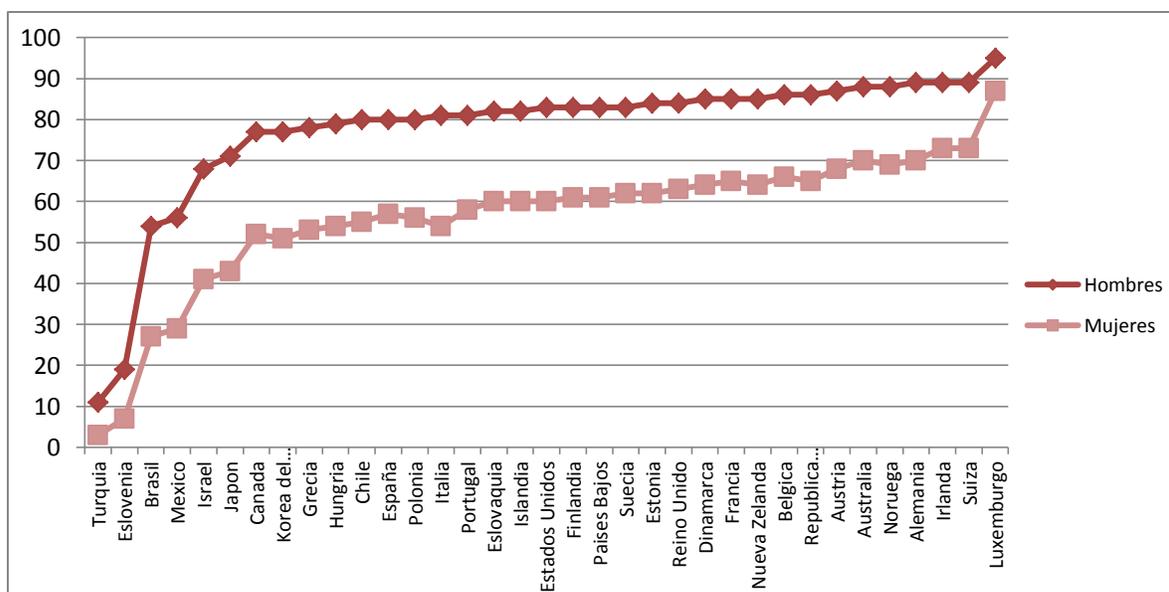
podrían convertirse en el motor de comportamientos dañinos y riesgos suicidas (Emslie et al, 2006). En salud mental, Addis (2008) sugiere que el trastorno de depresión mayor puede ser enmascarado por los hombres, subestimando las tasas que se presentan actualmente para el trastorno. Muchos de ellos expresan la depresión de maneras que no son capturadas por las entrevistas existentes y/o medidas de autoinforme. Es posible que muchos hombres estén experimentando un episodio no reconocido de depresión y lidiando con él con comportamientos típicamente masculinos. Lo que puede posteriormente desencadenar un episodio de depresión con mayor duración y gravedad.

Existe validación cultural y social para las conductas violentas provenientes del género masculino. Courtney (2003) enfatiza en que un comportamiento típicamente masculino se asocia a acciones de riesgo, violencia física, respuesta activa al estrés y dificultad para pedir ayuda. De acuerdo a esto, la masculinidad hegemónica (aprendida e incorporada desde la infancia), lleva a la subordinación y rechazo del “rol femenino”, entregando una connotación negativa a todas las características asociadas a identidades de género femeninas. Sin embargo, más que entregar poder y estoicidad al hombre, este es puesto en desventaja al no poder conectarse, aceptar y reconocer emociones que son naturalmente humanas. Ghail y Haywood (2012) consideran que la percepción de la masculinidad está más asociada como generadora de violencia y agresividad, que la percepción de esta como generadora de vulnerabilidad y riesgo. Esta confrontación interna, entre lo que el hombre siente realmente y las expectativas sociales asociadas a su rol, con las que el hombre debe estar constantemente lidiando, podría explicar la brecha constante que se da entre hombres y mujeres en la prevalencia de trastornos del ánimo. Síntomas vinculados con la depresión, son vistas por el hombre como características asociadas a un

rol femenino, por lo que la manifestación de este trastorno en el hombre, sería completamente distinto que el de la mujer y difícil de detectar, lo que explicaría la baja prevalencia en los trastornos revisados. Diversos autores señalan, que el hombre deprimido, estaría más “cómodo” y en concordancia con su rol de género, presentando otro tipo de síntomas como: abuso de sustancias, saturación de trabajo, conductas violentas y/o riesgosas, y suicidios consumados (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006; Rabinowitz y Cochran, 2008; Vázquez, 2013; Addis 2008; Sieverding, 2002).

La literatura presenta que el abuso de sustancias muchas veces se encuentra dentro de la sintomatología de un cuadro depresivo en el género masculino, sin embargo al no estar dentro de los criterios del trastorno, muchas veces, este no se diagnostica como tal. De acuerdo a esto, se recurre a una base de datos obtenida a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se evaluó una muestra representativa de consumidores de alcohol, mayores de 15 años, diferenciados por género, los últimos 12 meses del año 2016, los cuales respondieron encuestas internacionales (WHS, STEPS, GENACIS y ECAS) y nacionales sobre el consumo. El número de consumidores de alcohol en los últimos 12 meses proporciona dicha información al separar los consumidores de alcohol de la población que no bebe. De acuerdo a esto, se determina lo siguiente:

Gráfico 9. Porcentaje de consumidores de alcohol mayores de 15 años, diferenciados por género, los últimos 12 meses del año 2016.



Turquía y Eslovenia presentan un menor porcentaje de consumidores de alcohol. Por el contrario, países como Luxemburgo, Suiza e Irlanda, son países que presentan un porcentaje más alto de consumo de alcohol. Sin embargo, a lo largo de los 35 países pertenecientes a la OCDE, todos presentan el mismo patrón de diferencia de género asociados al consumo de alcohol, donde predomina el consumo de hombres sobre el de las mujeres. Con la observación de estos datos, no se pretende proponer que todos los casos de hombres que abusan de alguna sustancia, ya sea alcohol o drogas, tengan residualmente depresión, pero se enmarca la incógnita, si esta puede ser una variable que este asociada indirectamente con la depresión, enmascarando algunos sujetos dentro de este trastorno.

Otro de los síntomas que se destacan en la depresión enmascarada, se relaciona con la saturación de ocupaciones o trabajos en los hombres. Uno de los países que muestra menos diferencias de género en trastornos de ánimo es Polonia. Sin embargo de acuerdo a

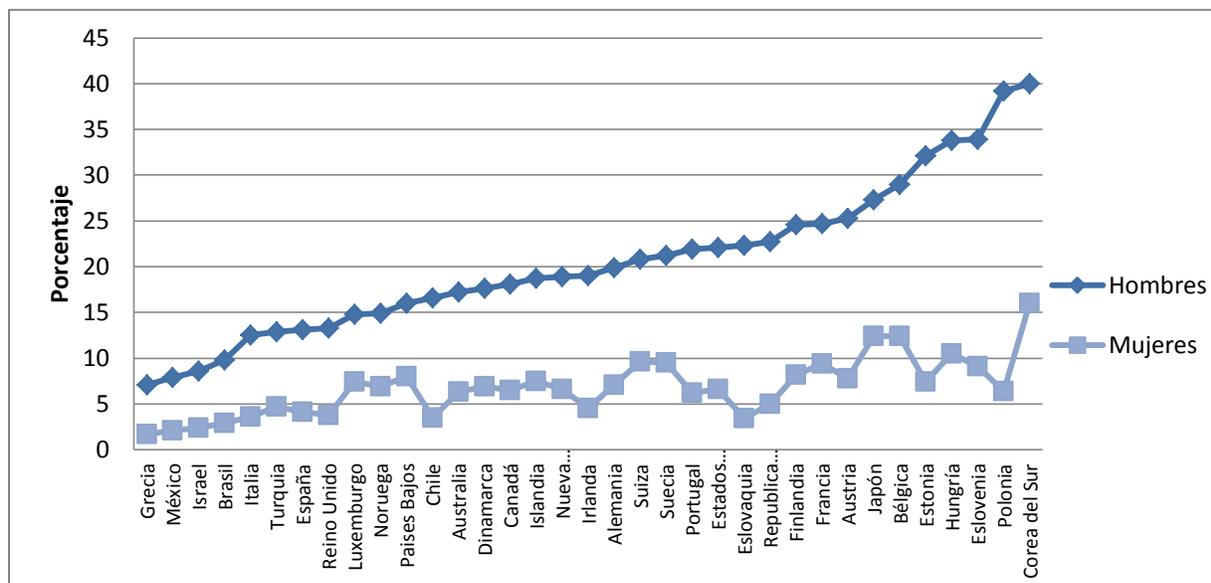
un estudio encontrado, para el año 2000, el cual tuvo como objetivo observar el curso de la depresión mayor tanto en hombres como mujeres durante tres años, se encontraron diferencias de género en sujetos que padecían el trastorno. En este estudio, se realizaron evaluaciones estandarizadas tanto al inicio y al final de la hospitalización y posteriormente, al primer, segundo y tercer años después del alta. Durante el curso de la enfermedad, 62% de las mujeres tendieron a estar crónicamente deprimidas, de acuerdo a criterios presentados en aquel tiempo por el DSM III, manifestando un empeoramiento periódico de los síntomas y mostrando un marcado deterioro funcional, requiriendo intervención farmacológica a diferencias de la mayoría de hombres (68%), que se mantuvieron en remisión total. Otra de las diferencias se dio en la evaluación del funcionamiento ocupacional de ambos grupos a los tres años del alta. Si bien todos los individuos estaban empleados en el momento del reclutamiento, la evaluación ocupacional, reveló que muchas más mujeres se quedaban en casa y no volvían a trabajar, recibiendo una pensión de invalidez (el 62% de las mujeres en comparación con el 5,3% de los hombres), a diferencia de los pacientes masculinos, los cuales regresaban con mayor frecuencia a sus empleos de jornada normal (el 52,6% en comparación con el 14,2% de las mujeres). Además, muchos de los pacientes masculinos que recibían la pensión de invalidez tomaron un trabajo adicional (el 42,1% en comparación con el 23,8% de las mujeres). Dentro del marco de afrontamiento de cada grupo del estudio, se encuentra, que los hombres volvían a trabajar a pesar de la persistencia de los síntomas depresivos (el 94,7% tomó un empleo de jornada normal o parcial aun en vista de la incidencia de 17% de una depresión crónica), en cambio las mujeres mostraban tendencia por retirarse de la actividad laboral aun cuando el trastorno estaba en remisión completa. (Dudek, Dominika, Zieba, Andrzej, Jawor, Mirosława, y Elverson, 2000). Este estudio deja en evidencia que muchos hombres,

presentan otro sistema de afrontamiento, cuando de depresión se trata. Esto sugiere que pueden existir síntomas sensibles al género masculino que aún no se consideran como criterios dentro de un cuadro depresivo, criterios que no se encuentran en los manuales de diagnóstico.

Otro de los síntomas que merece revisión dentro de la depresión masculina, se relaciona con la alta tasa de prevalencia de suicidios que existen hoy en día. Entre los años 2000 y 2009, las tasas de suicidio aumentaron considerablemente. “En 2000 hubo 9,6 fallecimientos por suicidios por cada 100.000 habitantes (16,6 en hombres y 2,7 en mujeres), subiendo a 12,7 en 2009 (20,8 en hombres y 5,0 en mujeres)” (Errazuriz et al. 2015, p. 1182).

Dentro del diagnóstico de depresión según el manual DSM-V, el criterio 9 del apartado “A” señala que el sujeto debe tener pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Es por eso, que a continuación, se presentan los datos secundarios sobre prevalencia de suicidios diferenciados por género, obtenidos a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), año 2015:

Gráfico 10. Prevalencia de suicidios diferenciados por sexo, según la Organización Mundial de la Salud en 35 países para el año 2015.



Los países que presentan mayor prevalencia de suicidios en los hombres, según la OMS para el año 2015, son: Corea del sur (40%), Polonia (39.2%) y Eslovenia (33.9%). El país que presenta menor tasa de prevalencia de suicidios en hombres es Grecia (7.1%). Los países que presentan mayor tasa de prevalencia de suicidio en mujeres, según la OMS para el año 2015, son: Corea del sur (16%), Bélgica (12.4%) y Japón (12.4%) y El país que presenta menor tasa de prevalencia de suicidio en mujeres es Grecia (1.7%). Si observamos ahora las tasas de suicidio, son significativamente más altas en los hombres que en las mujeres, lo que se contradice con las tasas presentadas para trastornos del ánimo, donde predominan las mujeres frente a los hombres y donde el criterio de ideación suicida, guarda directa relación con un cuadro depresivo.

Sher (2014), afirma que el rol de género, puede afectar la conducta suicida en el caso de los varones, la cual puede ser gatillada por factores socioeconómicos tales como los

ingresos, riqueza, estatus social y laboral. El carácter de proveedor de recursos, se encuentra asociado al rol masculino, este influye en la personalidad del hombre, lo que hace que la pérdida de un trabajo o disminución de los ingresos a su hogar, afecte el estado de ánimo del sujeto con mayor ímpetu que si estos factores aquejaran a una mujer.

Un estudio que examina el suicidio en Chile desde una perspectiva psicosocial y económica, propone que “el crecimiento económico registrado en Chile tiene características de inequidad tales, que impide que aquel se refleje positivamente en una mejor condición de salud mental de la población si consideramos al suicidio como indicador de ésta.” (Moyano y Barría, 2006, p. 355). La inequidad económica, sanitaria y social, serían factores que podrían estar afectando la salud mental de las personas, manifestándose a través de un alto índice de ansiedad y trastornos emocionales (Moyano y Barría, 2006). Si se pone atención a la desigualdad de género y como esta se relaciona con las otras desigualdades que se señalan en el estudio, podría comprenderse el fenómeno de que Chile, a pesar de ser uno de los países latinoamericanos que presente mayor Producto Interno Bruto (PIB), sea el país que presenta una de las tasas de prevalencia más altas respecto a trastornos del ánimo y diferencias de género.

Dentro del espectro suicida, otro fenómeno que debemos considerar, se relaciona con la diferencia en la efectividad del método utilizado para llevar a cabo el suicidio, donde mujeres utilizarían métodos menos mortales (Sobredosis de fármacos, flagelación) que los hombres (ahorcamiento, disparo). Sin embargo, a pesar de las distintas argumentaciones, es preciso señalar y destacar las diferencias de género que se presentan, ya que el suicidio se considera un criterio sumamente importante dentro del diagnóstico de depresión y el cual presenta discrepancias entre las tasas del trastorno y las tasas de prevalencia de suicidios

consumados (Rosado, García, Alfeo & Rodríguez, 2014). La creencia de que los hombres son demasiado fuertes y duros para ser víctimas, ampara la desigualdad de género a costa de los hombres. Esta situación de desprotección va ligada al silencio de los hombres cuando se sienten vulnerables por el incumplimiento de rol de género, como estar cesante, no poder suministrar recursos económicos a la familia, falta de autoestima por un sentimiento de inferioridad ante otros hombres, o alguna causa que les haga sentirse débiles (Addis, 2008). Williams, Stephenson, y Keating (2014), señalan que al hombre se le otorga una posición de privilegio dentro de la sociedad, por lo que no es considerado merecedor de grupos u organizaciones que se enfoquen en ellos en distintos tipos de materias. Debido a esto existe una ausencia en la red asistencial de salud que ayude al colectivo masculino. En consecuencia, es de suma importancia prestar atención y tratar con mayor agudeza y sensibilidad el espectro depresivo, debido a la gran dificultad que presentan los hombres a la hora de pedir ayuda cuando lo necesitan y considerando además, que el personal de salud mental, no ha sido asistido o capacitado frente a estas diferencias, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento de quienes padecen este trastorno.

Brechas en trastornos del ánimo y política de salud mental

El financiamiento para salud mental es insuficiente, ya que no ha podido alcanzar los objetivos trazados en materia de promoción, prevención y tratamiento de trastornos mentales. Para el año 2012 el sector público destino para salud mental un presupuesto de 2,16%, el cual no concuerda con el 5% propuesto en el plan nacional de salud mental y psiquiatría para el año 2010. Si se compara este presupuesto con el de otros países que muestran PIB similares al de Chile, quedamos muy por debajo en el financiamiento de salud mental: Estados Unidos de Norteamérica (6,0%), Australia (9,6%), Reino Unido

(10,0%), Suecia y Nueva Zelanda (11,0%), y al promedio mundial (2,8%). (Errázuriz, et al., 2015)

Las consecuencias de un precario financiamiento en salud mental, lo registra Errázuriz, et al. (2015) en un estudio realizado al financiamiento de salud mental en Chile. A través de este documento, se pone en evidencia el alto costo que significa padecer una enfermedad mental. Los autores enfatizan en como la depresión puede desencadenar otro tipo de enfermedades, como la probabilidad de sufrir diabetes tipo 2, Alzheimer y riesgo de morir de una enfermedad cardiaca. Además se suman diversos padecimientos como dolor de cuello y espalda, lo que duplicaría los costos médicos en comparación a personas que padecen de forma puntual estos diagnósticos. Además, las enfermedades de salud mental tienen costos indirectos dentro de su tratamiento, asociados a gastos gubernamentales en vivienda, bienestar, educación y justicia. La sintomatología depresiva se expresa precisamente en la población en edad laboral. Una persona con estos problemas de salud, baja su productividad y presenta el doble de ausentismo laboral. En Chile los trastornos mentales ocupan el primer lugar en el gasto por licencias curativas concentrando 19,3%, del gasto total por subsidio de cargo de las Isapres. De éstas, 53,8% son por episodios depresivos. El costo de una enfermedad mental para un país es significativo. Es por eso que el tratamiento adecuado de patologías psiquiátricas, además de mejorar la salud física y mental de la persona, reduce las hospitalizaciones, atención de emergencia y otras enfermedades asociadas. Un programa de salud pública que tengan como objetivo la promoción, prevención y detección para el tratamiento temprano de enfermedades mentales, se convierte en rentable y eficaz, ya que mejora el entorno social y económico de un país.

Las políticas públicas en salud mental proponen que las prevalencias se pueden reducir con un financiamiento en la estructura del sistema, en recursos materiales y humanos, sin embargo, no se hacen referencias a la reducción en las brechas de género que existen para el trastorno depresivo en salud mental y como estas además pueden estar mostrando un fenómeno en el aspecto social y cultural del país. Aun cuando nosotros sabemos que existen estas brechas en el trastorno depresivo y que pueden analizarse fácilmente de datos secundarios, el panorama no está muy claro de cómo reducirlas. La política de salud mental asume un supuesto sin tener un análisis real de lo que está pasando.

Bien puede mejorar el financiamiento en salud mental, pero es importante garantizar la calidad de la atención y respaldar con investigación las bases en las que se construirán las estrategias de prevención y promoción en salud mental, así se podrán reducir las brechas entre el conocimiento y la aplicación de dichas estrategias.

Síntesis

Limitaciones y Sugerencias

La prevalencia de depresión, presenta datos que son alarmante dado los altos costos y consecuencias que trae consigo esta enfermedad. Por otra parte es evidente la brecha de género que existe para los trastornos del ánimo, sin embargo, el análisis de los datos recogidos en este trabajo no permiten determinar con claridad, si las causales de tales diferencias, son aspectos relacionados con el desarrollo económico de un país u otros similares. Dicho de otro modo no se observa un patrón de relación entre dichas variables que permita inferir que su presencia simultánea es uno de los motivos por los que ocurren las diferencias, ya que no muestran relación aparente con los indicadores socioeconómicos revisados en el estudio:

1. Producto interno bruto (PIB)
2. Índice de Desarrollo Humano (IDH)
3. Calidad de vida

Dado lo anterior, se recomienda la realización de un mayor número de investigaciones que profundicen en las brechas de género que existe actualmente en los trastornos del ánimo. En el presente trabajo solo se realizó un análisis descriptivo de la información recogida, pero cabría no solo realizar otro tipo de análisis con ella, sino también, utilizar otros potenciales indicadores. Como acciones futuras, se propone incluir el coeficiente Gini como indicador socioeconómico (es una medida de la desigualdad, que oscila entre 0 y 1 y se utiliza para medir cualquier forma de distribución desigual, comúnmente para calcular desigualdad de ingresos en los países); calcular tasas y no porcentajes bruto para homologar las comparaciones, y de esta forma realizar un análisis de datos con pruebas de hipótesis de asociación que permitan comprender y llenar los vacíos

que se generaron dentro de la investigación. Se sugiere además incorporar variables de percepción de diferencias de género incluidas en otras medidas que se realizan a nivel nacional como por ejemplo ENCAVI, así como indicadores biológicos generales (Perfil bioquímico), lo que permitiría determinar con mayor precisión las causales o factores asociados a las diferencias de género en el espectro depresivo; sensibilizar en materias de diferencias de género asociadas al trastorno depresivo, ya que la población no solo tiene una percepción acerca de la poca efectividad en los tratamientos, sino que además pone barreras desde como subvencionar el tratamiento, hasta falta de conocimiento respecto a enfermedades mentales y estigmas asociados a estos, por lo que personas que pueden estar padeciendo un trastorno depresivo, no buscan tratamiento (Vicente, Saldivia y Pihán, 2016). Las enfermedades mentales no solo empeoran la calidad de vida de un sujeto y su entorno, sino que además aumentan el riesgo de enfermedades físicas y tienen un costo económico muy alto para el país. Algo está ocurriendo con las brechas de género en el trastorno depresivo, sin embargo no sabemos con certeza de qué se trata este fenómeno y, requiere que conversemos sobre esto.

Por último, las diferencias de sexo en el trastorno depresivo, pueden entenderse desde un punto de vista psicosocial, específicamente desde las diferencias de género. Generar instancias de conversación y discusión acerca de los resultados observados permitirán desarrollar políticas públicas atingentes.

Referencias

- Addis, M. & Cohane, G. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 1–15.
- Addis, M. (2008). Men and Depression. *Clinical psychology: Science and practice, 15*(3), 153-168.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas, 6*(11), 1-6.
- Alldatanow, S.L. (2018). *OCDE - Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos*. Recuperado de <https://datosmacro.expansion.com/paises/grupos/ocde>
- Alvis, N. & Valenzuela, M. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Rev Med Chile, 138*(2), 83-87.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9*(2), 205-216.

- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 252(5), 201-209.
- Aragonés, E., Piñol, J. L. & Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23, 363-368.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5^a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de psiquiatría.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. I. M. Benlloch (Ed.). Barcelona: Ariel.
- Bem, S. (1981). The BSRI and gender schema theory: a reply to Spence and Helmreich. *Psychological Review*, 88, 369 - 371.
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Fleiz, C., & Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública de México*, 46(5), 417-424.
- Campo-Arias, A., & Cassiani Miranda, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4), 598-613.

Castañeda, I. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista cubana de salud pública*, 33(2), 0-0.

Claramunt, M.C. (1997). *Casitas Quebradas: El Problema de la Violencia Doméstica en Costa Rica*. San José de Costa Rica: EUNED.

Colás, P. (2007). La construcción de la identidad de género: enfoques teóricos para fundamentar la investigación e intervención educativa. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), 151-166.

Cole, M. & Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 160, 1147–1156.

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.

Courtenay, W. H. (2003). Key Determinants of the Health and the Well - Being of Men and Boys. *International Journal of Men's Health*, 2(1), 1-00.

Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.

Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 49-57.

Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. & Melipillan, R. (2008). Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino. *Revista chilena de pediatría*, 79(6), 607-613.

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269.

Dudek, D., Zieba, A., Jawor, M., & Elverson, D. J. (2000). Estilo específico de pensamiento genérico y el curso de la depresión mayor en hombres y mujeres: un estudio de tres años en Polonia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(1), 15-22.

Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., de la Paz Maino, M., Fischman, R., Peñaloza, F. & Moya, C. (2015). Why Wouldn't I Kill Myself? Comparison

Between Psychiatric Inpatients With Different Suicidal Behavior. *Psyke*, 24(1), 1-11.

Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S. & Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity?. *Social Science & Medicine*, 62, 2246–2257.

Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente, *Rev Med Chile*, 143, 1179-1186.

García, C., Arnal, R., Llario, M., Calvo, J., & Rodríguez, I. (2016). Roles de género y agresividad en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 373-382.

García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología*, 7, 71-81.

García, T., Macedo, C. & Souza, J. (2017). Análisis de la deseabilidad social de los roles de género. *Asparkía*, 29, 75-89.

Genuchi, M. & Mitsunaga, L. (2015). Sex Differences in Masculine Depression: Externalizing Symptoms as a Primary Feature of Depression in Men. *Journal of Men's Studies*, 23(3), 243–251.

- Ghaill, M. M., & Haywood, C. (2012). Understanding boys: Thinking through boys, masculinity and suicide. *Social Science and Medicine*, 74, 482-489.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., & Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*, 16(6), 378-86.
- Gómez, A. (2005). La conducta suicida en la práctica psiquiátrica. *Santiago, Chile: Universidad de Chile*.
- Gorostegui, M. E., & Dörr, A. (2005). Género y autoconcepto: Un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de educación general básica (EGB)(1992-2003). *Psyche (Santiago)*, 14(1), 151-163.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S. & Torres, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.
- Kohlberg, L. (1966): A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes, en E. E. Maccoby (Eds.), *The development of sex differences*. Stanford, Stanford University Press.

- Krumm, S., Checchia, C., Koesters, M., Kilian, R., & Becker, T. (2017). Men's views on depression: a systematic review and metasynthesis of qualitative research. *Psychopathology*, *50*(2), 107-124.
- Londoño Pérez, C., & González Rodríguez, M. (2016). Prevalence of depression and associated factors in men. *Acta Colombiana de Psicología*, *19*(2), 330-344.
- López, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V., & López, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, *21*(3), 353-358.
- Martín, G., Lucas, B., & Pulido, R. (2011). Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia. *BROCAR*, *35*, 157-166.
- Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Auge. Depresión en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL; 2013.
- Moyano Díaz, E., & Barría, R. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista latinoamericana de psicología*, *38*(2), 343-359.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current directions in psychological science*, *10*(5), 173-176.

- O'Connor, R. & Nock, M. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Oliffe, J. & Phillips, M. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *JMH*, 5(3), 194–202.
- Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción integral sobre Salud Mental 2013-2020. 66ª Asamblea Mundial de la Salud; 2013.
- Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile. Santiago: OMS, MINSAL; 2006.
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de saúde pública*, 23, 1255-1272.
- Pérez-Franco, J. (2007). Trastornos del ánimo. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. *Universidad de Chile*.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression : Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). *Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update*. Recuperado de http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf

Rosado, M., García, F., Alfeo, J. & Rodríguez, J. (2014). El suicidio masculino: Una cuestión de género. *Prisma Social*, 13, 433-491.

Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Revista médica de Chile*, 142(9), 1157-1164.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mcgraw-hill.

Sieverding, M. (2002). Gender and healthrelated attitudes: The role of a “macho” selfconcept. *Heart Disease: Environment, Stress and Gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences*, 327, 237-250.

Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S. & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev Med Chile*, 141, 1275-1282.

Sher, L. (2014). Men's Mental Health and suicide. *Psychiatria Danubina*, 26(3298), 298.

Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Análisis de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral Año 2011. Santiago: Departamento de Estudios y Desarrollo, 2013.

The Economist. (2005). *The Economist Intelligence Unit's Quality-of-Life Index*. Recuperado de https://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf

Unit, E. I. (2005). The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index. *Retrieved July, 2005*(17), 245-77.

Urbina, A. (1993). Aspectos neuroquímicos de la depresión y la esquizofrenia. *Elementos, 18*(3), 40-43.

Vásquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed, 17*(3), 1-21.

Vicente, B., Saldivia, S. & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica, 22*(1), 51-61.

Williams, J., Stephenson, D., & Keating, F. (2014). A tapestry of oppression. The British Psychological Society, 406-409.

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.

Anexos

Anexo 1. Prevalencia de todas las causas otorgado por el Instituto de métricas y evaluación de la salud (IHME), año 2016:

Prevalencia Todas las causas 2016						
Países OCDE	Total de casos	%	Hombres	%	Mujeres	%
Alemania	77,912,979	100	37,513,393	100	40,399,586	100
Australia	22,103,186	100	10,731,462	100	11,371,723	100
Austria	8,247,863	100	3,967,475	100	4,280,388	100
Bélgica	10,586,887	100	5,093,506	100	5,493,381	100
Brasil	203,637,256	100	99,143,105	100	104,494,150	100
Canadá	33,718,132	100	16,316,088	100	17,402,044	100
Chile	17,127,701	100	8,322,756	100	8,804,944	100
Corea del Sur	24,334,586	100	22,952,599	100	47,287,186	100
Dinamarca	5,422,334	100	2,651,473	100	2,770,861	100
Eslovaquia	5,193,412	100	2,492,445	100	2,700,967	100
Eslovenia	1,964,923	100	960,039	100	1,004,883	100
España	43,882,304	100	21,150,911	100	22,731,393	100
Estados Unidos	296,760,033	100	141,719,510	100	155,040,522	100
Estonia	1,251,314	100	573,595	100	677,718	100
Finlandia	5,187,856	100	2,505,133	100	2,682,723	100
Francia	60,765,103	100	28,898,932	100	31,866,171	100
Grecia	10,340,732	100	4,953,563	100	5,387,168	100
Hungría	9,466,745	100	4,440,194	100	5,026,550	100
Irlanda	4,317,108	100	2,085,130	100	2,231,977	100
Islandia	312,091	100	153,586	100	158,505	100
Israel	7,518,088	100	3,643,439	100	3,874,649	100
Italia	57,570,427	100	27,336,021	100	30,234,406	100
Japón	118,564,282	100	56,273,602	100	62,290,679	100
Luxemburgo	548,196	100	270,265	100	277,931	100
México	122,152,609	100	59,952,972	100	62,199,637	100
Noruega	4,863,762	100	2,395,471	100	2,468,291	100
Nueva Zelanda	4,153,434	100	1,975,431	100	2,178,002	100
Países Bajos	16,060,838	100	7,787,704	100	8,273,134	100
Polonia	36,913,817	100	17,591,435	100	19,322,382	100
Portugal	9,947,671	100	4,623,161	100	5,324,509	100
Reino Unido	61,428,032	100	29,728,077	100	31,699,955	100
Republica Checa	10,128,099	100	4,899,747	100	5,228,35	100
Suecia	9,262,633	100	4,545,139	100	4,717,493	100
Suiza	7,954,501	100	3,853,145	100	4,101,355	100
Turquía	75,654,389	100	36,539,557	100	39,114,831	100
Global	7,120,832,217	100	3,550,469,228	100	3,570,362,988	100

Anexo 2. Prevalencia de trastorno depresivo, otorgado por el Instituto de métricas y evaluación de la salud (IHME), año 2016:

Prevalencia Trastorno Depresivo 2016						
Países OCDE	Total de Casos	%	Hombres	%TCH	Mujeres	%TCM
Alemania	3,747,371	4.81	1,313,647	3.50	2,433,723	6.02
Australia	1,151,054	5.21	459,588	4.28	691,465	6.08
Austria	329,439	3.99	108,291	2.73	221,148	5.17
Bélgica	519,607	4.91	186,719	3.67	332,888	6.06
Brasil	7,772,505	3.82	2,662,868	2.69	5,109,637	4.89
Canadá	1,431,925	4.25	535,777	3.28	896,148	5.15
Chile	763,733	4.46	282,68	3.40	481,053	5.46
Corea del Sur	2,145,206	4.54	804,025	3.50	1,341,181	5.51
Dinamarca	208,332	3.84	76,903	2.90	131,429	4.74
Eslovaquia	162,03	3.12	59,358	2.38	102,672	3.80
Eslovenia	77,731	3.96	29,533	3.08	48,197	4.80
España	1,886,199	4.30	624,675	2.95	1,261,523	5.55
Estados Unidos	15,874,443	5.35	5,605,899	3.96	10,268,544	6.62
Estonia	65,943	5.27	21,754	3.79	44,188	6.52
Finlandia	292,324	5.63	106,03	4.23	186,293	6.94
Francia	3,006,308	4.95	1,029,136	3.56	1,977,171	6.20
Grecia	519,842	5.03	177,42	3.58	342,421	6.36
Hungría	359,495	3.80	128,11	2.89	231,385	4.60
Irlanda	200,966	4.66	75,972	3.64	124,994	5.60
Islandia	12,006	3.85	4,309	2.81	7,697	4.86
Israel	308,104	4.10	113,696	3.12	194,407	5.02
Italia	2,542,229	4.42	880,887	3.22	1,661,342	5.49
Japón	4,766,296	4.02	1,853,681	3.29	2,912,614	4.68
Luxemburgo	23,454	4.28	8,534	3.16	14,92	5.37
México	3,560,841	2.92	1,434,688	2.39	2,126,153	3.42
Noruega	213,856	4.40	83,565	3.49	130,291	5.28
Nueva Zelanda	204,024	4.91	81,237	4.11	122,786	5.64
Países Bajos	763,703	4.76	269,103	3.46	494,599	5.98
Polonia	1,084,784	2.94	454,348	2.58	630,436	3.26
Portugal	574,779	5.78	190,898	4.13	383,881	7.21
Reino Unido	2,918,863	4.75	1,141,192	3.84	1,777,671	5.61
Republica Checa	361,801	3.57	143,218	2.92	218,582	4.18
Suecia	501,256	5.41	171,109	3.76	330,147	7.00
Suiza	350,871	4.41	120,17	3.12	230,701	5.63
Turquía	2,974,688	3.93	1,060,314	2.90	1,914,373	4.89
Global	268,122,819	3.77	105,772,120	2.98	162,350,698	4.55

Anexo 3. Prevalencia de trastorno depresivo, otorgado por el Instituto de métricas y evaluación de la salud (IHME), año 2016:

Prevalencia Depresión Mayor 2016						
Países OCDE	Total de Casos	%	Hombres	% TCH	Mujeres	% TCM
Alemania	2,138,267	2.74	770,849	2.05	1,367,417	3.38
Australia	800,045	3.62	319,205	2.97	480,839	4.23
Austria	175,659	2.13	52,941	1.33	122,718	2.87
Bélgica	344,981	3.26	122,842	2.41	222,138	4.04
Brasil	5,380,251	2.64	1,648,331	1.66	3,731,919	3.57
Canadá	812,84	2.41	303,697	1.86	509,142	2.93
Chile	500,255	2.92	180,001	2.16	320,253	3.64
Corea del Sur	1,583,924	3.35	556,677	2.43	1,027,246	4.22
Dinamarca	110,561	2.04	41,138	1.55	69,423	2.51
Eslovaquia	100,863	1.94	36,11	1.45	64,752	2.40
Eslovenia	54,292	2.76	20,28	2.11	34,011	3.38
España	1,203,389	2.74	375,668	1.78	827,72	3.64
Estados Unidos	10,762,474	3.63	3,678,223	2.60	7,084,251	4.57
Estonia	42,466	3.39	13,76	2.40	28,706	4.24
Finlandia	178,585	3.44	64,627	2.58	113,958	4.25
Francia	2,095,914	3.45	703,847	2.44	1,392,066	4.37
Grecia	329,884	3.19	108,862	2.20	221,022	4.10
Hungría	246,309	2.60	86,299	1.94	160,01	3.18
Irlanda	127,21	2.95	49,094	2.35	78,116	3.50
Islandia	6,678	2.14	2,343	1.53	4,335	2.74
Israel	191,44	2.55	71,875	1.97	119,565	3.09
Italia	1,538,900	2.67	532,497	1.95	1,006,403	3.33
Japón	3,251,251	2.74	1,256,725	2.23	1,994,525	3.20
Luxemburgo	13,682	2.50	4,905	1.82	8,777	3.16
México	2,352,591	1.93	887,455	1.48	1,465,136	2.36
Noruega	130,257	2.68	50,464	2.11	79,792	3.23
Nueva Zelanda	128,992	3.11	49,269	2.49	79,722	3.66
Países Bajos	436,097	2.72	153,994	1.98	282,102	3.41
Polonia	642,781	1.74	289,78	1.65	353	1.83
Portugal	365,248	3.67	117,824	2.55	247,423	4.65
Reino Unido	1,848,244	3.01	744,07	2.50	1,104,173	3.48
Republica Checa	240,931	2.38	96,663	1.97	144,268	2.76
Suecia	344,116	3.72	111,249	2.45	232,866	4.94
Suiza	205,743	2.59	66,901	1.74	138,841	3.39
Turquía	2,097,298	2.77	715,332	1.96	1,381,965	3.53
Global	167,836,328	2.36	65,771,374	1.85	102,064,954	2.86

Anexo 4. Prevalencia de trastorno depresivo persistente, otorgado por el Instituto de métricas y evaluación de la salud (IHME), año 2016:

Prevalencia de trastorno depresivo persistente 2016						
Países OCDE	Total de Casos	%	Hombres	% TCH	Mujeres	% TCM
Alemania	1,688,964	2.17	560,975	1.50	1,127,988	2.79
Australia	375,395	1.70	147,84	1.38	227,554	2.00
Austria	159,818	1.94	56,555	1.43	103,263	2.41
Bélgica	185,929	1.76	66,523	1.31	119,406	2.17
Brasil	2,509,889	1.23	1,040,261	1.05	1,469,628	1.41
Canadá	645,259	1.91	239,312	1.47	405,947	2.33
Chile	277,854	1.62	106,582	1.28	171,272	1.95
Corea del Sur	599,466	1.27	258,024	1.12	341,442	1.40
Dinamarca	101,424	1.87	36,687	1.38	64,736	2.34
Eslovaquia	63,623	1.23	23,872	0.96	39,75	1.47
Eslovenia	24,874	1.27	9,627	1.00	15,246	1.52
España	719,041	1.64	256,21	1.21	462,831	2.04
Estados Unidos	5,485,291	1.85	2,018,764	1.42	3,466,526	2.24
Estonia	25,254	2.02	8,367	1.46	16,887	2.49
Finlandia	121,115	2.33	43,179	1.72	77,936	2.91
Francia	975,978	1.61	339,931	1.18	636,047	2.00
Grecia	201,35	1.95	70,923	1.43	130,427	2.42
Hungría	119,821	1.27	43,427	0.98	76,394	1.52
Irlanda	77,929	1.81	27,994	1.34	49,934	2.24
Islandia	5,538	1.77	2,015	1.31	3,522	2.22
Israel	122,367	1.63	43,222	1.19	79,145	2.04
Italia	1,051,742	1.83	358,951	1.31	692,791	2.29
Japón	1,593,281	1.34	620,79	1.10	972,49	1.56
Luxemburgo	10,223	1.86	3,737	1.38	6,485	2.33
México	1,259,117	1.03	565,021	0.94	694,095	1.12
Noruega	87,66	1.80	34,232	1.43	53,427	2.16
Nueva Zelanda	79,248	1.91	33,313	1.69	45,934	2.11
Países Bajos	344,013	2.14	118,811	1.53	225,202	2.72
Polonia	456,604	1.24	169,618	0.96	286,986	1.49
Portugal	224,394	2.26	76,385	1.65	148,008	2.78
Reino Unido	1,129,519	1.84	413,698	1.39	715,821	2.26
Republica Checa	126,765	1.25	48,284	0.99	78,481	1.50
Suecia	169,433	1.83	62,423	1.37	107,009	2.27
Suiza	152,247	1.91	54,791	1.42	97,456	2.38
Turquía	930,94	1.23	357,305	0.98	573,635	1.47
Global	105,580,332	1.48	41,527,039	1.17	64,053,292	1.79

Anexo 5. Prevalencia de trastorno depresivo persistente, otorgado por el Instituto de métricas y evaluación de la salud (IHME), año 2016:

Prevalencia de trastorno Bipolar 2016						
Países OCDE	Total de Casos	%	Hombres	% TCH	Mujeres	% TCM
Alemania	666,337	0.86	258,398	0.69	407,939	1.01
Australia	328,643	1.49	151,349	1.41	177,293	1.56
Austria	101,758	1.23	37,53	0.95	64,227	1.50
Bélgica	127,018	1.20	47,89	0.94	79,127	1.44
Brasil	2,375,421	1.17	1,031,677	1.04	1,343,743	1.29
Canadá	304,894	0.90	137,654	0.84	167,239	0.96
Chile	165,559	0.97	69,655	0.84	95,904	1.09
Corea del Sur	303,567	0.64	141,726	0.62	161,841	0.67
Dinamarca	54,867	1.01	23,14	0.87	31,727	1.15
Eslovaquia	38,285	0.74	16,549	0.66	21,735	0.80
Eslovenia	14,174	0.72	6,292	0.66	7,881	0.78
España	457,539	1.04	191,142	0.90	266,397	1.17
Estados Unidos	2,427,224	0.82	1,036,068	0.73	1,391,155	0.90
Estonia	8,717	0.70	3,613	0.63	5,103	0.75
Finlandia	55,06	1.06	23,323	0.93	31,736	1.18
Francia	713,364	1.17	260,538	0.90	452,825	1.42
Grecia	126,334	1.22	45,924	0.93	80,409	1.49
Hungría	67,721	0.72	28,911	0.65	38,809	0.77
Irlanda	35,38	0.82	15,14	0.73	20,239	0.91
Islandia	3,047	0.98	1,327	0.86	1,719	1.08
Israel	70,247	0.93	31,422	0.86	38,825	1.00
Italia	569,565	0.99	213,255	0.78	356,31	1.18
Japón	874,418	0.74	384,549	0.68	489,868	0.79
Luxemburgo	6,728	1.23	2,559	0.95	4,168	1.50
México	1,029,478	0.84	443,23	0.74	586,248	0.94
Noruega	45,747	0.94	21,155	0.88	24,592	1.00
Nueva Zelanda	54,258	1.31	22,578	1.14	31,68	1.45
Países Bajos	151,162	0.94	64,98	0.83	86,181	1.04
Polonia	267,342	0.72	114,272	0.65	153,07	0.79
Portugal	120,941	1.22	42,472	0.92	78,469	1.47
Reino Unido	702,182	1.14	286,287	0.96	415,894	1.31
Republica Checa	73,159	0.72	32,126	0.66	41,033	0.78
Suecia	97,236	1.05	40,744	0.90	56,491	1.20
Suiza	98,015	1.23	36,731	0.95	61,283	1.49
Turquía	696,054	0.92	292,032	0.80	404,022	1.03
Global	43,907,758	0.62	19,903,211	0.56	24,004,547	0.67