



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## DEPRESIÓN: AFRONTAMIENTO, SÍNTOMAS Y ENFERMEDADES.

### T E S I S

Para obtener el grado de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P r e s e n t a:

FABIÁN ISRAEL BALDERAS MOLINA

Director: Dr. Javier Nieto Gutiérrez.

Revisor: Dr. Samuel Jurado Cárdenas.

Sinodales: Dra. Livia Sánchez Carrasco.

Mtra. Irma Zaldívar Martínez.

Mtra. Verónica Alcalá Herrera

Esta tesis fue financiada por el proyecto PAPIIT IN305508.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice.

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	2
1. <b>DEPRESIÓN</b> .....	5
I. Epidemiología.....	6
II. Depresión y salud.....	7
2. <b>ESTRÉS</b> .....	9
I. Estrés psicosocial.....	10
II. Vulnerabilidad cognitiva .....	12
3. <b>AFRONTAMIENTO</b> .....	14
I. Afrontamiento y salud mental .....	17
<b>Método</b> .....	20
Participantes .....	20
Diseño .....	21
Variables .....	21
Instrumentos de medición .....	24
Procedimiento .....	25
<b>Resultados</b> .....	28
<b>Discusión y Conclusión</b> .....	36
Apéndice A .....	45
Apéndice B .....	55
Referencias .....	57

## Índice de Figuras y Tablas.

Figura 1. Perfil sintomatológico de los pacientes .....	31
Figura 2. Diagrama de dispersión para colinealidad .....	34
Tabla 1. Características demográficas de la muestra.....	28
Tabla 2. Frecuencia por intervalos y medias de eventos psicosociales reportados en los últimos 12 meses .....	29
Tabla 3. Frecuencia de eventos elegidos como importantes en los últimos 12 meses .....	30
Tabla 4. Frecuencia del uso de afrontamiento para tratar los eventos referidos como “importantes” .....	30
Tabla 5. Reporte de frecuencia de enfermedades diagnosticadas y no diagnosticadas .....	32
Tabla 6. Intercorrelación de estrategias de afrontamiento, síntomas de depresión, síntomas somáticos y enfermedades diagnosticadas .....	33
Tabla 7. Análisis de regresión lineal jerárquica de afrontamiento enfocado al problema, controlada por género, para predecir síntomas de depresión. ( $N=110$ )...	35
Tabla 8. Regresión múltiple simultánea de síntomas de depresión y descarga emocional para predecir la presencia de síntomas somáticos .....	35

## Resumen

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes y en comorbilidad con enfermedades médicas, sin embargo, las estrategias de afrontamiento utilizadas para manejar las demandas cotidianas también son un factor de riesgo que predisponen a la depresión. Para investigar el efecto de las estrategias de afrontamiento sobre la presencia de síntomas somáticos y enfermedades médicas en una muestra de 110 pacientes con sintomatología depresiva se utilizó una regresión jerárquica y múltiple. Los resultados confirman que las *estrategias enfocadas en el problema* (conductual-activa y cognitiva-activa) predicen un 10% de la presencia de síntomas depresivos. La descarga emocional y síntomas de depresión predicen un 15% de síntomas somáticos ante situaciones “incontrolables” (i.e. pérdida emocional, separaciones). Los síntomas somáticos recurrentes fueron del tracto digestivo y dolor en varias zonas; en tanto, las enfermedades médicas diagnosticadas no se asociaron estadísticamente a alguna estrategia o sintomatología depresiva, no obstante, los pacientes reportaron mayormente enfermedades de tipo inflamatorias (gastritis, colitis y dermatitis).

Palabras clave: Afrontamiento, síntomas depresivos, enfermedad.

La definición de salud es “el bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946/2007); sin embargo, en algunas ocasiones el mantenimiento de la salud, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad no incluye la modificación de factores psicosociales (e.g. *estilo de vida*) que representan restricciones al momento de mantener la salud; con la finalidad de superar algunas limitaciones, el modelo biopsicosocial asume que factores biológicos, conductuales, psicológicos y socioculturales se relacionan al proceso patológico (Engel, 1981), al estado de salud y a la vulnerabilidad a enfermar (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Sánchez-Sosa, 2002), y a partir de esta visión, en 1978 la *Asociación Americana de Psicología* (APA, por sus siglas en inglés) crea la división número 38 llamada *psicología de la salud* (Bellar y Deardorff, 1996; Ballester, 1998 citado en Amigo, et al., 1998); posteriormente aparece la primera publicación oficial nombrada *Health Psychology* donde Joseph Matarazzo (1980) describe la atribución de esta disciplina:

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada (Matarazzo, 1980, p. 815).

Posteriormente, Brannon y Feist (1997) incluyeron en la definición: “...además del mejoramiento del sistema sanitario y la formación de una política de la salud” (Brannon y Feist 1997, p. 14).

La psicología de la salud considera que los estados de salud y enfermedad son una función de causas y efectos múltiples entre los sistemas que integran un organismo (Phares, 1999; Sánchez-Sosa, 2002; Vingerhoets, 2004); adicionalmente, la *teoría de sistemas* abiertos (véase Von Bertalanffy, 1976) explica que hay una jerarquía en la que cada sistema está compuesto por subsistemas interconectados, y algún daño en cualquier nivel afectará a otro (De la Fuente, 1998; Straub, 2007), y en suma, varios son los factores protectores y de riesgo, a continuación se mencionan algunos importantes para la investigación multidisciplinaria.

Dentro de los factores biológicos se consideran las características genotípicas, anatómicas y fisiológicas que predisponen a enfermedades específicas; incluyendo variables etiológicas de tipo prenatal (e.g. asma, dermatitis atópica, deficiencia ferrotípica, véase Coe y Lubach, 2008), perinatal, posnatal, envejecimiento natural e inmunocompetencia adquirida o innata (Sánchez-Sosa, 2002; Straub, 2007).

En cuanto a factores psicológicos, destacan la conducta, los pensamientos y el estado emocional; respecto a la conducta, Matarazzo (1984) sugiere dos conceptos: *patógeno e inmunopatógeno conductual*, el primero aumenta el riesgo a enfermar (e.g. fumar, prácticas sexuales de riesgo, etc.) y el segundo minimiza el riesgo (e.g. practicar un deporte, ingesta de alimentos con valor nutrimental); asimismo, estas conductas están influidas por procesos cognitivos (e.g. ideas, creencias y valores) y reacciones emocionales a los propios pensamientos o eventos específicos (Buceta y Bueno, 2001; Sánchez-Sosa, 2002). Finalmente, dentro de los procesos de interacción entre el individuo, sociedad y cultura para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento de la salud se encuentran algunos como: el *estrés* y las *estrategias de afrontamiento*, los

cuales se describen brevemente; el estrés es una respuesta fisiológica y psicológica ante eventos no específicos (Bennett y Murphy, 1997), y el afrontamiento son habilidades utilizadas para enfrentarse a las situaciones crónicas o cotidianas (Bruchon-Schweitzer et al., 1996, Cousson et al., 1996, citados en Bruchon-Schweitzer 2001; Cohen y Herbert, 1996).

Por tanto, el modelo biopsicosocial, la psicología de la salud y la teoría de sistemas al estar intrínsecamente relacionados, resultan conceptos básicos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, a través de la relación médico-paciente, ajuste del tratamiento a las características psicológicas y sociales del individuo para mantener la adhesión terapéutica y reducir el tiempo de la enfermedad (Bellar y Deardorff, 1996; Amigo, et al., 1998; Phares, 1999).

En la actualidad se sabe que factores genéticos son de riesgo para la salud; pero también es cierto que los pensamientos, conductas y emociones “no adaptativos” como un estado afectivo negativo recurrente (i.e. enojo, tristeza) ó incapacitante (i.e. ansiedad, depresión), repercuten en la capacidad para solucionar conflictos cotidianos y contribuyen a la aparición de enfermedades, por lo anteriormente expuesto, esta investigación describirá y explicará las estrategias de afrontamiento, las enfermedades médicas y síntomas somáticos en pacientes de consulta externa con sintomatología depresiva.

## 1. DEPRESIÓN.

La *depresión* es considerada como el trastorno psiquiátrico más común debido a su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales; actualmente, el manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM-IV-TR por sus siglas en inglés) plantea que los trastornos del estado de ánimo están clasificados en: trastornos depresivos *unipolares*, trastornos *bipolares* y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica e inducido por sustancias. Los trastornos depresivos unipolares se distinguen de los bipolares por el hecho de no haber previamente algún *episodio maníaco, hipomaniaco* o mixto. A continuación se muestra la clasificación de los trastornos del estado de ánimo unipolares según el DSM-IV-TR (2006):

- A. Trastorno depresivo mayor (TDM), se caracteriza por uno o más episodios y al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, pérdida de interés y placer, acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión (pérdida o aumento importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o aletargamiento, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, baja concentración e ideación suicida) provocando malestar con deterioro social, laboral y otras áreas, los síntomas no son debidos a sustancias y duelo.
- B. Trastorno distímico (TD), se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado por al menos otros dos síntomas de depresión (pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, poca concentración y

desesperanza, que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor). El trastorno distímico utiliza las especificaciones de inicio temprano, antes de los 21 años y, de inicio tardío después de los 21 años, con síntomas atípicos (el estado de ánimo mejora ante situaciones potencialmente positivas, con aumento de peso, hipersomnia, abatimiento y sensación de rechazo).

- C. Trastorno depresivo no especificado, incluye características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo o sobre los que haya una información contradictoria (DSM-IV-TR, 2006).

#### I. Epidemiología.

Estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia de TDM varía entre países y género (Bandelow, 2003), con una razón de 1 hombre por cada 2 mujeres, incluyendo síntomas depresivos sub clínicos, como el desorden disfórico premenstrual y depresión posparto (DSM-IV-TR, 2006; Nolen-Hoeksema 2002; Kessler 2002); en tanto, la aparición del TD tiene una razón de 1.5:2.5 en hombres y mujeres respectivamente; en México, la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) en el periodo del 2002 al 2003, arrojó que un 5.8% de mujeres y un 2.5% de hombres de la población refirieron tener síntomas compatibles con algún trastorno afectivo (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005), y recientemente aumento la prevalencia de algún episodio depresivo a un 9.8% entre mujeres y 3% en hombres de la ciudad de México (Berenzon, Alanís y Saavedra, 2009).

## II. Depresión y salud.

Los trastornos depresivos, son tratados en un principio por los servicios médicos generales o especializados (Berenzon y Juárez, 2005), pero en muchas ocasiones el tratamiento médico de la depresión puede llegar a ser complicado, pues varios síntomas no tienen una causa física observable, se consideran *idiopáticos*, o bien, son el resultado de problemas médicos y edad avanzada (Chandler y Gerndt 1988); por tanto, muchos pacientes llegan a ser diagnosticados con hipocondriasis, trastorno somatomorfo o diagnósticos no psiquiátricos, en lugar de llegar a un diagnóstico integral y diferencial de algún trastorno depresivo con problemas psicosociales, trastornos de ansiedad, problemas del manejo de la ira con trastornos de la personalidad (evitación, dependiente, narcisista, límite y antisocial; véase Teldow, et al., 2000) o reacción inmunológica crónica (e.g. lupus, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, alergia, cáncer, infarto vascular) (Gold y Irwin, 2006; Pace, et al., 2006).

De manera similar existe la “somatización”, entendida cómo la expresión de síntomas físicos en ausencia de enfermedades médicas, por consumo de sustancias o por algún otro trastorno mental que los expliquen; no obstante, en varias ocasiones los síntomas físicos o somáticos no se reconocen como parte del trastorno depresivo a pesar de ser comunes, recurrentes, evidentes y significativos (e.g. fatiga, insomnio, pérdida de peso), ya que en varios estudios (Henningsen, Zimmermann y Sattel, 2003; Ruíz-Flores, Colín-Piana, Corlay, Lara-Muñoz, y Dueñas, 2007) más del 50% de los pacientes refieren síntomas somáticos.

Entre los síntomas somáticos mayormente reportados se encuentra el dolor (Gijsbers Van Wijk, y Kolk, 1997; Graff-Guerrero, 2001; Lépine y Briely, 2004; DSM-IV TR, 2006; Alvarenga, et al., 2009); investigaciones dentro del campo de las neurociencias (Graff-Guerrero, et al., 2008) sugieren que los mecanismos *monoaminérgicos*, incluidos en el sistema límbico, corteza angulada anterior, área somato sensorial, ínsula y corteza frontal relacionados al procesamiento cognitivo, también están interrelacionados con las emociones y con la percepción del dolor. Sin embargo, otros síntomas “inexplicables” han comenzado a ser considerados para el diagnóstico de depresión atípica como: problemas menstruales y desmayos (Greco, Eckert y Kroenke, 2004), síntomas de dolor en articulaciones o de tipo lumbar, sensación de ligereza en alguna parte del cuerpo, disfunción gastrointestinal, acortamiento de la respiración, mareo y cefalea (Tamayo, Rovner y Muñoz, 2007), que hasta hace poco habían sido considerados exclusivamente dentro de los trastornos somatomorfos; igualmente, la prevalencia de síntomas aumenta conforme la edad, pocos años de educación, de género femenino (véase Smith, et al., 2008) y con poca búsqueda de ayuda por parte del individuo (Demyttenaere, et al., 2006)

Por otra parte, varios autores (Ader y Cohen, 1995; Müller y Schwarz 2003; Dunn, Swiergiel, y De Beaurepaire, 2005; Carroll, et al 2007; Pandey y Dwivedi, 2007; Dunn, 2007) han sugerido que la depresión muestra un perfil bioquímico similar al estrés, enfermedades autoinmunes (e.g. artritis, lupus eritematoso, asma, dermatitis atópica no congénita, véase Yirmiya, 2000; cáncer, véase Friedman, 1994; Mello de, Carpenter y Lawrence, 2003; Nan, et al., 2004; Spiegel y Giese-Davis, 2003) y enfermedades isquémicas (véase Kop, y Gottdiener, 2005; Isowa, Ohira y Murashima, 2006), así surge el el término “sickness behavior” (*comportamiento patológico* en

español), cómo una conexión entre el estrés y la depresión, el cual se caracteriza por la presencia de síntomas neurovegetativos (e.g. pérdida de apetito, alteraciones de sueño y fiebre) que se incluyen en el diagnóstico de depresión mayor (Marques-Deak y Stenberg, 2004; Dantzer, 2005; Dantzer y Kelley, 2007; Irwin y Miller, 2007).

La depresión entendida como una respuesta emocional exagerada ante eventos negativos como: relaciones maritales disfuncionales, pérdidas emocionales, duelo, percepción de un inminente peligro, desesperanza o incompetencia, provocan a largo o mediano plazo un estrés crónico e incapacidad para afrontarlo como una pieza importante para la etiología de la depresión.

## 2. ESTRÉS.

El fisiólogo Walter Cannon (1932) introdujo por primera vez el término estrés dentro medicina, al observar en animales experimentales que: la falta de oxígeno, hacinamiento y temperaturas extremas les producían efectos dañinos; Cannon, al haber realizado varios experimentos de este tipo, identificó al estrés como “un estímulo o evento que prepara al organismo para una respuesta de lucha o huida” (De la Fuente, 1998; Martin y Brantley, 2002, Straub, 2007).

Posteriormente, Hans Selye (1974) definió al estrés como “*una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda*” (pág. 27) al que llamó *síndrome de adaptación general* (GAS, por sus siglas en inglés), que Chrousos y Gold (1998) reemplazarían el término “no específico”, por la hipótesis de que cualquier respuesta por encima de una intensidad umbral ante un estresor, podía llamarsele *síndrome de estrés*

(Gold y Chrousos, 2002); paralelamente al modelo fisiológico del estrés, la psicología comenzó a considerar los eventos sociales e individuales como una causante más de enfermedad. A continuación se explica el estrés psicosocial y su relación con el estado de salud mental.

### I. Estrés psicosocial.

En cuanto a factores psicosociales ligados a la depresión, los estudios sugieren que la edad de aparición más frecuente está entre los 25 a 34 años de edad, aumentando el riesgo de padecimiento un 2% por cada año de edad adicional, y en presencia de condiciones socio demográficas como: estado civil divorciado o viudo, bajos ingresos económicos (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999) y nivel educativo (Belló et al., 2005; Berenzon y Juárez 2005); asimismo, la alta prevalencia en las mujeres se “explica” por respuestas de estrés irregulares, estrés psicosocial (e.g. oportunidades de empleo, discriminación, responsabilidades hacia los hijos), ausencia de *apoyo social*, alta frecuencia de *eventos negativos* (Kessler y Mcleod, 1984, citado en Nolen-Hoeksema 2002; Williams, 1992; Matud, Guerrero y Matias, 2006) y vulnerabilidad cognitiva a la rumiación (Shibley-Hyde, Mezulis y Abramson, 2008).

Las primeras investigaciones sobre un modelo psicosocial del estrés fueron realizadas por Holmes y Rahe (1967), quienes consideraron a los eventos diarios o trascendentes (e.g. catástrofes naturales, frustración, pérdida de trabajo, interacciones sociales, entre otros) como un factor de riesgo para la salud. El modelo se basó en una jerarquización de eventos con un valor específico, y la puntuación resultante de la Escala Valorativa de Reajuste Social (Social Readjustment Rating Scale, [SRRS]),

predecía la salud en los próximos meses a partir de su aplicación (Bennett y Murphy, 1997; Phares, 1999); no obstante, el modelo y su forma de evaluar (i.e. SRRS) presentaban deficiencias como: a) ambigüedad en los reactivos de la prueba y omisión de hábitos, b) asignación de valores específicos a eventos sin considerar la evaluación propia del encuestado en ese momento, c) no discriminaba entre eventos positivos y negativos y d) no evaluaba la condición de eventos resueltos o de salida (Straub, 2007).

La conducción del trabajo de Holmes y Rahe (1967) reveló entonces que no es sencilla la clasificación de eventos estresores; actualmente en la literatura se pueden encontrar diferentes categorizaciones; algunos investigadores consideran la importancia del estresor en términos de la duración: a) agudos, que pueden durar minutos u horas (e.g. abuso sexual, exámenes, accidentes), b) crónicos (e.g. cuidar de enfermos constantemente, padecer alguna enfermedad degenerativa) ó c) intermitentemente crónicos (e.g. problemas familiares, de pareja, actividades laborales), así como su acumulación o aplazamiento suficiente para provocar alguna reacción o deterioro (Buceta y Bueno, 2001; Vingerhoets, 2004).

Otros autores clasifican a los estresores dependiendo de las áreas, sistemas y subsistemas, por ejemplo: a) interpersonales (e.g. hipertensión; véase Molerio-Pérez y García-Romagosa, 2004), b) familiares, c) sociales (e.g. diagnóstico de cáncer en algún miembro de la familia, cuidado del familiar con enfermedad crónica-degenerativa, relaciones maritales hostiles; véase Sloper, 2000; Devíl y Ruiz-Almazán, 2002; Kiecolt-Glaser, et al., 2005), d) laborales (e.g. estrés en enfermeras, médicos; véase Hernández-Mendoza, et al., 2007; Escribà-Agiür y Bernabé-Muñoz, 2002) y e) naturales (e.g. terremotos, huracanes; véase Cano, et al., 2004).

A pesar de que los estresores pueden impactar sobre el estado de salud mental, no todas las personas desarrollan patologías, pues la evaluación de un mismo evento estresante está en función de los moderadores y experiencia previa que el individuo considera para tomar alguna acción, esto incluye, la vulnerabilidad cognitiva al estrés como un factor etiológico más para desarrollar depresión (Buceta y Bueno, 2001; Vingerhoets, 2004)

## II. Vulnerabilidad cognitiva.

Gran parte de los malestares psicológicos, principalmente síntomas de depresión son explicados y asociados a los esquemas “disfuncionales”. La *teoría de la vulnerabilidad cognitiva al estrés* con dos vertientes: la *triada cognitiva* (Beck, 1967) y la *indefensión aprendida* (Seligman, 1975), y desde una perspectiva conductual: la *teoría de activación cognitiva al estrés* (CAT, por sus siglas en inglés) de Ursin y Eriksen (2004) explican tal vulnerabilidad, a continuación se explican los modelos.

De acuerdo a la teoría de Beck (1967), existen *esquemas mentales* no adaptativos que contienen pesimismo sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro (la triada cognitiva) que constituyen un factor de riesgo para desarrollar tristeza y síntomas depresivos cuando se presentan eventos negativos. Beck (1987) aplica este modelo solamente a formas de depresión no endógena y unipolar, incluso en ausencia de eventos negativos el esquema mental es propenso a activarse (Williams, 1992; Haaga Dyck y Ernst, 1991).

En tanto, Seligman (1975) y Abramson, Metalsky y Alloy (1989), sugieren que las expectativas de que algo no ocurrirá como se desea y resultados aversivos inmodificables, provocará una situación de *desesperanza* suficiente para causar “*depresión desesperanzada*” (HD, por sus siglas en inglés) que incluye síntomas de tristeza, poca energía, apatía, movimiento retardado, alteración de los hábitos de sueño, pobre concentración, cogniciones negativas exacerbadas y suicidio; de acuerdo con esta teoría son tres tipos de interferencias que propician la HD durante alguna situación: a) se le atribuye estabilidad (persistentes en el tiempo) y que es global (que afectan varias áreas de la vida), b) que es interno (e.g. que es causado por uno mismo) y c) las consecuencias que se sufren implican incompetencia o algún otro tipo de calificativo negativo hacia sí mismos (Abramson, et al., 1989; Williams, 1992; Abramson, et al. 2002).

Por otra parte, la perspectiva conductual Levine y Ursin (1991), Ursin y Eriksen (2004) sugieren la *teoría de activación cognitiva al estrés* (CAT, por sus siglas en inglés) y los autores contemplan los siguientes puntos: a) el principio de las relaciones entre estímulos-estímulos y respuestas-estímulos y b) que estos estímulos son evaluados o filtrados antes de llegar a algún sistema de respuesta adaptativa o no adaptativa.

Los autores de la CAT refieren en el punto a), que cuando se ha aprendido una contingencia de eventos se representan los “dos procesos” de la teoría del aprendizaje: el condicionamiento clásico (la expectativa del estímulo-estímulo) e instrumental (la expectativa de la respuesta aprendida). El punto b), se refiere a la evaluación y relación entre “las expectativas del estímulo presentado” y “las expectativas del reforzamiento a partir de la primera respuesta emitida”; la primera se relaciona a la “defensa” y la

segunda al afrontamiento (*indefensión y desesperanza*); a su vez, estas “expectativas” se categorizan según su *fuerza de adquisición* (i.e. cuan fuerte ha sido el condicionamiento o se ha habituado), *probabilidad percibida* (i.e. la probabilidad subjetiva u objetiva de que ocurra el estímulo primario o secundario) y *valor afectivo* (i.e. las consecuencias emocionales aversivas, agradables o neutras que refuerzan las propiedades del estímulo).

Así, la depresión dentro de la CAT se puede considerar como una expectativa negativa generalizada ya que se ha aprendido una indefensión, definida como: la expectativa adquirida del organismo de que no hay relación entre la respuesta-reforzamiento y, a la desesperanza como: la expectativa adquirida de que muchas o todas las respuestas que se emitan dejarán consecuencias negativas (Williams, 1992; Abramson, et al., 2002; Ursin y Eriksen, 2004), de tal manera que la pérdida de la expectativa y el establecimiento de la desesperanza es un indicador de un afrontamiento “disfuncional” a los eventos que se presentan (véase Kassela, Bornovalovab y Mehtac, 2006).

### 3. AFRONTAMIENTO.

Durante las primeas investigaciones de psicoterapia Kroeber (1963) y Haan (1977) realizaron la distinción sistemática entre “defensa” y afrontamiento, sugiriendo que la primera involucra distorsión en la realidad por mecanismos rígidos y la segunda se asocia con la aceptación de la naturaleza de la situación con flexibilidad (Myers, Newman y Enomoto, 2004; Ursin y Eriksen, 2004). Posteriormente, Lazarus y Folkman (1984) basados en la teoría del estrés psicosocial de Holmes y Rahe (1967) formularon la teoría transaccional del estrés que contiene dos elementos: a) la evaluación

psicológica del evento estresor y b) el proceso de afrontamiento interactivo entre el individuo y su ambiente. A continuación se explican los dos elementos:

La evaluación psicológica tiene dos componentes: la *evaluación primaria* y la *secundaria*, la *primaria* valora el evento en términos de su daño o desafío psicológico potencial (positivo, negativo ó neutro), es decir, sí el evento no implica una demanda significativa y se le considera capaz de afrontarlo este proceso de evaluación finaliza; en contraste, en una *evaluación secundaria* se considera al evento potencialmente dañino e implica una experiencia afectiva desagradable (Grau, Hernández y Vera, 2005; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).

El segundo elemento de la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984) es el proceso de afrontamiento, definido como: “los esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman 1986, pág. 141; Folkman, et al., 1986; Bruchon-Schweitzer, 2001); recientemente la definición se ha reducido a “los pensamientos y conductas usados para manejar las demandas de las situaciones internas y externas evaluadas como estresoras” (Folkman y Moskowitz, 2004).

Dentro de este proceso de afrontamiento existen dos estrategias principales; la primera es el *afrontamiento enfocado al problema*, que tiene como objetivo la modificación del problema (e.g. esfuerzos interpersonales, asistir a un grupo de ayuda), y la segunda llamada *afrontamiento enfocado a la emoción* (e.g. *distanciamiento, autocontrol, evitación, reevaluación positiva*) tiene como fin regular la respuesta

emocional (Folkman, et al., 1986; Bruchon-Schweitzer 2001); asimismo, se considera a la estrategia de *búsqueda de apoyo social* un ajuste, pero varios investigadores afirman que esta búsqueda es el resultado de una reevaluación (Bruchon-Schweitzer et al., 1996, Cousson et al., 1996, citados en Bruchon-Schweitzer 2001), igualmente se consideran otras estrategias como: la *planificación* (análisis del problema), *aceptación de responsabilidad* y *confrontación* (Lazarus y Folkman, 1986; Grau, et al., 2005).

Los esfuerzos cognoscitivos y conductuales del individuo dependen del tipo de estresor percibido (e.g. agudo, crónico; familiar, social, etc.), las condiciones (e.g. género del individuo, condición socioeconómica, educación y apoyo social) y características de personalidad (e.g. *resistencia*, *resiliencia*, *estilo explicativo* de las situaciones y *locus de control*); en este sentido, se han llevado a cabo investigaciones que han tratado de describir y comprender las interacciones entre las condiciones de los individuos y las estrategias de afrontamiento para manejar los estresores de manera adaptativa. A partir de la comprensión de las diferencias individuales, Thoits (1991), Thoits (1995), Endler y Parker (1990), Matud (2004), Wilson, Pritchard y Revalee (2005) sugieren que el uso de algunas estrategias de afrontamiento están influidas por el género del individuo; es decir, los hombres usan mayormente soluciones enfocadas al problema, mientras que las mujeres utilizan mayormente estrategias enfocadas a la emoción, búsqueda de ayuda o de tipo evitativo (Taylor, et al., 2000; Martin y Brantley, 2002; Matud, 2004; Straub, 2007), siendo consistente en estudios con pacientes bajo procedimientos de hemodiálisis (Yeh, Huang, Chou y Wan, 2008) y percepción del dolor (Keogh y Denford, 2008).

## I. Afrontamiento y salud mental.

De la misma forma, la evidencia reportada en la literatura sugiere que el tipo de afrontamiento, su efectividad y el efecto sobre la salud física y mental depende de la naturaleza del estresor, es decir que cuando la situación se percibe “controlable” el uso de estrategias enfocadas al problema predice resultados benéficos para la salud, al igual que el uso de estrategias enfocadas a la emoción ante una situación “incontrolable”. En contraparte, el uso de *estrategias evitativas ó distanciamiento*, categorizadas en: *conductas pasivas* (e.g. no pensar en el problema, *represión*), *conductas antisociales*, confrontativas (uso de drogas, agresión), *tipo de pensamiento desiderativo o fantástico* (i.e. intervenciones milagrosas) tienen una influencia negativa sobre la salud y adherencia al tratamiento (Nowack, 1988; Martin y Brantley, 2002; Penley, Tomaka y Wiebe, 2002; Straub, 2007); de la misma forma, las estrategias de evitación y distanciamiento generan síntomas relacionados a trastornos de ansiedad y trastornos depresivos como: pensamientos recurrentes, reminiscencias sobre la situación vivida, emociones desagradables implicadas (Holahan, Moos, Holahan, Brennan y Schutte, 1985; Suls y Fletcher, 1985; Penley, et al., 2002) y riesgo de conducta suicida por rumiación (O’Connor y Noyce, 2008).

Por el contrario, las estrategias de auto control y la aceptación de la responsabilidad, se asocian con menos sintomatología psicológica en algunos casos (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Martin y Brantley, 2002; Penley, et al., 2002). Seguidamente se mencionan algunas estrategias y sus resultados posibles:

La confrontación aumenta el estado afectivo negativo (e.g. hostilidad) y deteriora las redes sociales (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986; Folkman, Lazarus, Gruen et al., 1986; López-Valverde, Fernández-Sedano, Páez, Ortiz y Alvarado, 2001; Penley, et al, 2002). El pensamiento desiderativo se asocia a una percepción anticipada de castigo, daño o catástrofe que está ligado al *neuroticismo* (véase Lega, Caballo y Ellis, 2002), es decir, que los individuos tienen expectativas desfavorables al tener que enfrentarse a alguna situación, envolviendo la poca auto eficacia de sí mismos (Penley, et al., 2002).

Las estrategias de auto control han sido asociadas positivamente y negativamente con el estado de salud mental, pues el autocontrol es un factor protector para conductas de riesgo (e.g. control de hábitos alimenticios) e incrementa la búsqueda de ayuda; sin embargo, el auto control exacerbado se relaciona a las conductas evitativas o represoras (e.g. no comunicar las emociones, estoicismo), y la percepción de ausencia de auto control se relaciona síntomas psicológicos como: incompetencia, auto reproche (Golin, Terrell, Weitz, y Drost, 1979) y culpa por no tener una solución correcta.

Igualmente, la aceptación de la responsabilidad ante situaciones “controlables”, puede llegar a haber una aceptación de la realidad objetiva; pero en situaciones “incontrolables” llega a ser disfuncional, produciendo sensación de culpa e interferencia con la regulación afectiva (Penley et al., 2002; Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004). En este sentido, la autocrítica ligada al “perfeccionismo de sí mismo” (Lega, et al., 2002; Blatt, 1990, Blatt, 1995, citado en O’Connor y Noyce, 2008) y la auto devaluación son los dos posibles síntomas cognitivos en individuos con depresión.

Concisamente, la OMS (2007) considera que los trastornos afectivos serán la segunda causa de incapacidad para el 2020 por ser crónicos y recurrentes, y a pesar que pueden ser tratados con fármacos antidepresivos seguros y eficaces, su acción se ve reducida en presencia de comorbilidad con otras enfermedades (e.g. antidepresivos prescritos a hipertensos, provocan episodios de manía), incompetencia inmunológica (e.g. alergias, artritis, esclerosis múltiple), deficiencias renales y hepáticas, o de riesgo al prescribirlos (e.g. tratamientos hormonales con el  $\text{INF-}\alpha$ , produce depresión en pacientes con cáncer, véase Loftis y Hauser, 2004, pacientes con *polifarmacia*), provocando un costo elevado para el paciente y para los servicios de salud pública y privada.

Asimismo variables psicológicas como: las estrategias de afrontamiento están asociadas a la aparición y mantenimiento de enfermedades mentales y síntomas somáticos, ya que un afrontamiento “no adaptativo” y vulnerabilidad al estrés llegan a complicar los esfuerzos en la solución de eventos cotidianos estresantes, particularmente en un estado de sintomatología depresiva. Por tanto, el propósito del estudio es describir la relación del uso de las estrategias de afrontamiento, enfermedades médicas y síntomas somáticos en pacientes de consulta externa, con sintomatología depresiva.

## **Método.**

### *Objetivo*

Describir la relación de las estrategias de afrontamiento, síntomas somáticos y enfermedades médicas en pacientes de consulta externa con sintomatología depresiva.

### *Preguntas de investigación*

1. ¿Cuál es el grado de relación entre los síntomas depresivos, las estrategias de afrontamiento, prevalencia de síntomas somáticos y enfermedades médicas?
2. ¿Cuál es el efecto de las estrategias de afrontamiento sobre la sintomatología depresiva?
3. ¿Cuáles es el efecto de la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento sobre los síntomas somáticos y enfermedades médicas?

### *Participantes*

Se invitaron a un total de 181 solicitantes de servicio del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Universidad Nacional Autónoma de México a participar en la investigación de forma voluntaria, bajo consentimiento informado (adaptado de Comisión de Investigación y Ética, 2007, véase Apéndice A) y en base a los siguientes criterios:

**Criterios de Inclusión:** Solicitantes de servicios, adultos (de 18 a 60 años de edad) que incluyan dentro de su motivo de consulta las palabras: *estrés, depresión, falta de interés, tristeza*. Pacientes psiquiátricos diagnosticados con trastornos del

estado de ánimo unipolar, trastorno depresivo mayor o distimia (DSM-IV-TR, 2006).

Criterios de exclusión: Solicitantes con síntomas de delirio y psicóticos, demencia, trastornos amnésicos, trastornos mentales debidos a enfermedad médica, trastornos relacionados con abuso sustancias, esquizofrenia, trastornos del ánimo (inducido por sustancias) trastornos somatomorfos, trastorno de conversión, trastornos por dolor, trastornos facticios, trastornos disociativos, trastornos sexuales y de la identidad sexual, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del sueño y trastornos del control de los impulsos (DSM-IV-TR, 2006). Pacientes que consumieran alcohol en más de una vez por semana durante los últimos 6 meses y uso de tabaco de más de 10 cigarrillos por día.

La muestra final se conformó por 110 pacientes (39 hombres y 71 mujeres), con una media de edad de 31.4 años  $\pm$  11.2; las edades estuvieron comprendidas en un rango de 18 a 59 años, con un consumo de alcohol menor o igual a una vez por semana y consumo de 1.4 $\pm$  3.4 cigarrillos por día.

### *Diseño*

Pre Experimental, correlacional y explicativo.

### *Variables*

#### *Sintomatología depresiva:*

Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o

deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo (DMS-IV TR, 2006).

*Indicadores de eventos psicosocialmente estresantes:*

Número de los eventos cotidianos (negativos, de salida y positivos).

- a) Eventos negativos: eventos potencialmente estresantes de cambios de vida, pérdidas y problemas con otras personas o consigo mismo.
- b) Eventos de salida: eventos estresantes que están en proceso de resolución, enfriamiento ó inmodificables.
- c) Eventos positivos: eventos que propician cambios que frecuentemente son benéficos para el desarrollo del individuo en distintas áreas, familiar, laboral.

*Estrategias de afrontamiento:*

“los esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman 1986, pág. 141).

- a) Afrontamiento cognitivo-activo, esta estrategia implica intentos por parte del individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento estresor.
- b) Afrontamiento conductual-activo, esta estrategia implica conductas previamente utilizadas para tratar directamente el evento estresor.

- c) Descarga emocional, una serie de respuestas que incluyen expresar enojo y protesta en situaciones como la muerte de un ser amado, para ayudar a aliviar el esfuerzo constante y reducir temporalmente la tensión
- d) Regulación afectiva, es el uso de las habilidades cubren los esfuerzos para mantener la esperanza y el control de las emociones.
- e) Afrontamiento evitativo, se refiere a evitar el afrontamiento del evento o a reducir su tensión a través de otras conductas como: fumar, comer, beber o correr entre otras.
- f) Búsqueda de información y apoyo, es el uso de habilidades que consisten en obtener información a cerca de la crisis o el problema y los cursos alternativos de las acciones que se tomen y sus probables consecuencias (Moss, 1984; Moss, 1986; Lazarus y Folkman, 1984).

*Índices de sintomatología somática y enfermedades referidas como diagnosticadas en los últimos 12 meses*

Síntoma somático: expresión de síntoma físico en ausencia de enfermedades médicas, por consumo de sustancias o por algún otro trastorno mental que los expliquen. (DSM-IV-TR, 2006).

Enfermedad médica: “Pérdida de la salud por alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.” (Ruano, et al., 2002)

*Instrumentos de medición (véase Apéndice A)*

Inventario de Depresión de Beck (BDI), evalúa la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años con diagnóstico psiquiátrico, e indica la presencia y el grado de los síntomas depresivos que coinciden con los del DSM-IV. La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue  $\alpha = 0.87$ ,  $p < .000$ . La validez concurrente se evaluó entre el BDI y la escala de Zung en dos muestras, una  $r = 0.65$   $p < .000$  y  $r = 0.70$ ,  $p < .000$  respectivamente (véase Jurado, et al, 1998). La calificación se incluye en el Apéndice B, Tabla B2.

Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL, The Health and Daily Living Form, Forma A, R, Moss, Cronkite, y Finney, 1984, adaptado por Aduna, 1998). El HDL evalúa los procesos de afrontamiento que utilizan las personas en su adaptación y evitar procesos estresantes. El instrumento puede administrarse en forma de entrevista y auto aplicado, las normas originales están basadas en 424 pacientes deprimidos y 424 adultos de una comunidad, la confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach de las escalas son las siguientes: Afrontamiento cognitivo-activo, 0.83; Afrontamiento conductual-activo, 0.82; Descarga emocional, 0.44; Regulación afectiva, 0.70; Afrontamiento evitativo, 0.49 y Búsqueda de información, 0.69. La calificación del instrumento se incluye en el Apéndice B, Tabla B1.

Cuestionario de antecedentes médico familiares (CAMF, adaptado del HDL, Balderas, Nieto y Sánchez-Carrasco, 2008); evalúa la aparición de síntomas somáticos y enfermedades médicas de forma individual y en otros miembros de la familia nuclear; conforme a la estructura del HDL.

Cuestionario socio-económico (CSE, adaptado de ficha de identificación de “Centro Acasulco”, Facultad de Psicología, por Balderas, et al., 2008), contiene una ficha de identificación, residentes y servicios con los que cuenta la vivienda.

### *Procedimiento*

#### *Etapas. Selección de los pacientes.*

La selección de los pacientes se realizó en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” durante el horario de servicio establecido. Con el fin de tener un procedimiento estandarizado, se establecieron procedimientos adicionales (pasos 2 al 5) y se realizó un informe de sesión única a los terapeutas asignados para entrevista de pre-consulta sobre la investigación. La sesión única fue de 20 minutos e incluyó una presentación en diapositivas del marco teórico, criterios de inclusión y procedimiento, con el objetivo de que los terapeutas asignados logaran resolver dudas a los pacientes durante la entrevista.

Los pasos específicos para la recolección de datos de la muestra fueron:

1. Recepción de solicitudes de pre-consulta por parte del personal administrativo del CPS.
2. Selección de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; referencia como motivo de consulta: *estrés, depresión, falta de interés, tristeza* y pacientes con diagnóstico psiquiátrico de trastornos del estado de ánimo unipolar: trastorno depresivo mayor o distimia (DSM-IV-TR, 2006).

3. Entrega del consentimiento informado y batería de pruebas a los terapeutas asignados a entrevista para los pacientes seleccionados.
4. Al término de la entrevista (aproximadamente treinta minutos) al paciente, el entrevistador leyó el consentimiento informado e invitó al paciente a participar de modo voluntario; en caso de haber aceptado se le trasladó a la estancia de aplicación; en caso contrario, se le acompañó a la salida.
5. En la estancia de aplicación se firmó el consentimiento informado y se aplicó la batería de instrumentos, Escala de salud y vida cotidiana (Moss, 1984, Adaptado por Aduna, 1998; requiere de quince min. para responderla). El inventario de depresión de Beck (BDI, estandarizado por Jurado et al., 1998); requiere de diez min. para contestarla), Cuestionario médico familiar (CAMF) y Cuestionario socioeconómico (CSE) (Balderas, et al., 2008); requieren veinte min. para contestar); en caso de dudas con respecto a la investigación o a las preguntas de los instrumentos se resolvieron en la estancia de aplicación por el responsable de la investigación.

#### *Etapa 2: Segundo filtro de la muestra*

Los pacientes que cumplieron con criterios diagnósticos de: trastornos de ánimo debido a consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad, trastorno somatomorfo (véase DSM-IV-TR, 2006), dependencia al tabaco e ingesta de bebidas alcohólicas en más de una vez por semana no fueron invitados a participar.

#### *Etapa 3. Conteo de la frecuencia de enfermedades y síntomas*

No se contabilizó la enfermedad médica sí: a) apareció en más de cuatro miembros de la familia nuclear del solicitante (debido a que se asume un grado de

vulnerabilidad genética del paciente a padecer dicha enfermedad) y b) el paciente no refirió un diagnóstico médico de la enfermedad.

Para determinar el tamaño de la muestra necesaria para realizar pruebas de asociación, se utilizó el programa GPower versión 3.0.5, con los siguientes parámetros: error,  $\alpha=0.05$ ; poder  $(1-\beta)=0.95$  y un efecto de la muestra  $=0.15$  (medio, Cohen, 1988); el resultado sugirió una  $n=89$ . Se utilizó el análisis exploratorio de datos (Salvador-Figueras y Gargallo, 2003; Leech, Barret y Morgan, 2008) con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 15 para elegir la pruebas paramétricas de asociación y se sugirieron:  $r^2$  Pearson, regresión múltiple lineal y jerárquica para probar las preguntas de investigación.

## Resultados

Para investigar el grado de relación entre la constante: sintomatología depresiva y las variables: afrontamiento, síntomas somáticos y enfermedades médicas se utilizó una  $r^2$  de Pearson. Se empleó una regresión lineal jerárquica (con género femenino cómo control) para determinar el efecto conjunto de las estrategias de afrontamiento que predicen la sintomatología depresiva, y finalmente se empleó una regresión múltiple simultánea para investigar el efecto de las estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva que predicen síntomas somáticos y enfermedades médicas.

De 181 pacientes elegidos, 110 cumplieron con criterios de sintomatología depresiva, no debida a uso de sustancias o enfermedad médica que la expliquen; dependencia al tabaco y consumo de alcohol mayor a 2 veces por semana, la Tabla 1. resume las características demográficas de la muestra.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra.

	<i>f (%)</i>
<b>Estado Civil.</b>	
Soltero	74 (67.3)
Casado	24 (21.8)
Unión Libre	5 (4.5)
Separado	5 (4.5)
<b>Escolaridad.</b>	
Secundaria	10 (9.1)
Preparatoria	38 (34.5)
Universitaria	56 (50.9)
<b>Ingresos Económicos.</b>	
1000-2500	11 (10.4)
2500-4000	35 (33)
4000-6000	15 (14.2)
6000-10000	31 (29.2)
Mas de10000	13 (12.3)
<b>Ocupación</b>	
Estudiante	45 (42.1)
Empleado	44 (41.1)
Hogar	13 (12.1)
Desempleado	5 (4.7)

*Nota.* Se omitieron categorías donde la frecuencia de la misma fue menor a 4.

Los puntajes de sintomatología depresiva expresados en el BDI fueron de tipo moderado, con una media (con la desviación estándar entre paréntesis) de 26.19 (9.58); 35.5% fueron hombres y el 65.5% fueron mujeres. La media de edad fue de 31.4 años  $\pm$  11.2, en un rango de 18 a 59 años.

Los eventos psicosociales “negativos” fueron reportados por 104 pacientes; en tanto, los eventos “de salida” y “positivos” fueron referidos por 48 y 72 pacientes respectivamente (véase Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia por intervalos y medias de eventos psicosociales reportados en los últimos 12 meses.

<b>Eventos</b>	<b><i>i</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b>Media<sup>a</sup></b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b><i>n</i></b>
<b>Negativos</b>	1-3	59	<b>.27</b>	3.27	1.88	104
	4-6	41				
	7-9	3				
	10-12	1				
<b>De salida</b>	1	40	<b>.10</b>	.54	.71	48
	2	5				
	3	3				
<b>Positivos</b>	1-2	66	<b>.13</b>	.90	1	72
	3-4	5				
	7-8	1				

*Nota.* No se presenta la frecuencia de “cero eventos” referidos

<sup>a</sup> media ajustada por la diferencia de ítems reactivos en cada categoría: 15 eventos “negativos”, 5 “de salida” y 7 “positivos”.

El evento mayormente referido como “importante” o escrito por los pacientes fue: “pérdida sentimental”, “separación” y “problemas interpersonales”, (véase Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de eventos elegidos como importantes en los últimos 12 meses.

<b>Evento</b>	<b>f (%)</b>
Pérdida sentimental	20 (19.8)
Separación	19 (18.8)
Problemas interpersonales <sup>a</sup>	14 (13.9)
Desempleado	10 (9.9)
Problemas con familiares	9 (8.9)
Enfermedades serias	8 (7.9)
Muerte de alguien	6 (5.9)
Problemas en el trabajo	6 (5.9)
Deudas	4 (4)
Problemas por el uso de drogas por terceras personas	4 (4)

*Nota.* Si los pacientes mencionaron más de dos eventos, se contabilizó la primera opción. 9 pacientes no refirieron algún evento en particular. (n= 101)

<sup>a</sup> Dentro de los problemas interpersonales las mujeres refirieron: *sentimientos de tristeza o estado de ánimo depresivo, conclusión de estudios, inseguridad y compromiso sentimental*, mientras que los hombres sólo refirieron *compromiso sentimental*.

En cuanto al uso y frecuencia de las estrategias de afrontamiento para tratar los eventos “importantes” destacaron: la búsqueda de información, estrategias cognitivo-activo y regulación afectiva, véase Tabla 4.

Tabla 4. Frecuencia del uso de afrontamiento para tratar los eventos referidos como “importantes”.

<b>Tipo de afrontamiento</b>	<b>Media <sup>a</sup></b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Búsqueda de información</b>	.48	8.64	3.81
<b>Conductual-activo</b>	.45	14.81	6.13
<b>Regulación afectiva</b>	.42	7.59	3.72
<b>Cognitivo-activo</b>	.41	15.59	6.55
<b>Evitativo</b>	.31	7.37	3.84
<b>Descarga Emocional</b>	.21	3.32	2.77

*Nota:* El tipo cognitivo-activo y conductual activo se consideran estrategias “enfocadas al problema”.

<sup>a</sup> Medias ajustadas por la diferencia de ítems contenidos en cada subes cala.

Los síntomas somáticos reportados en el CAMF se muestran de manera porcentual en la Figura 1, y destacan el “dolor de cabeza” “insomnio”; síntomas del tracto digestivo: “acidez” y “estreñimiento” y “dolor” en varias zonas del cuerpo; asimismo, el 61.8% de los pacientes no asociaba sus síntomas a alguna situación particular, 38.2% los asociaba a alguna situación y el 12% refirió que sus síntomas son inexplicables. Se eliminaron de la lista aquellos síntomas que fueron reportados menos de tres veces por la muestra total.

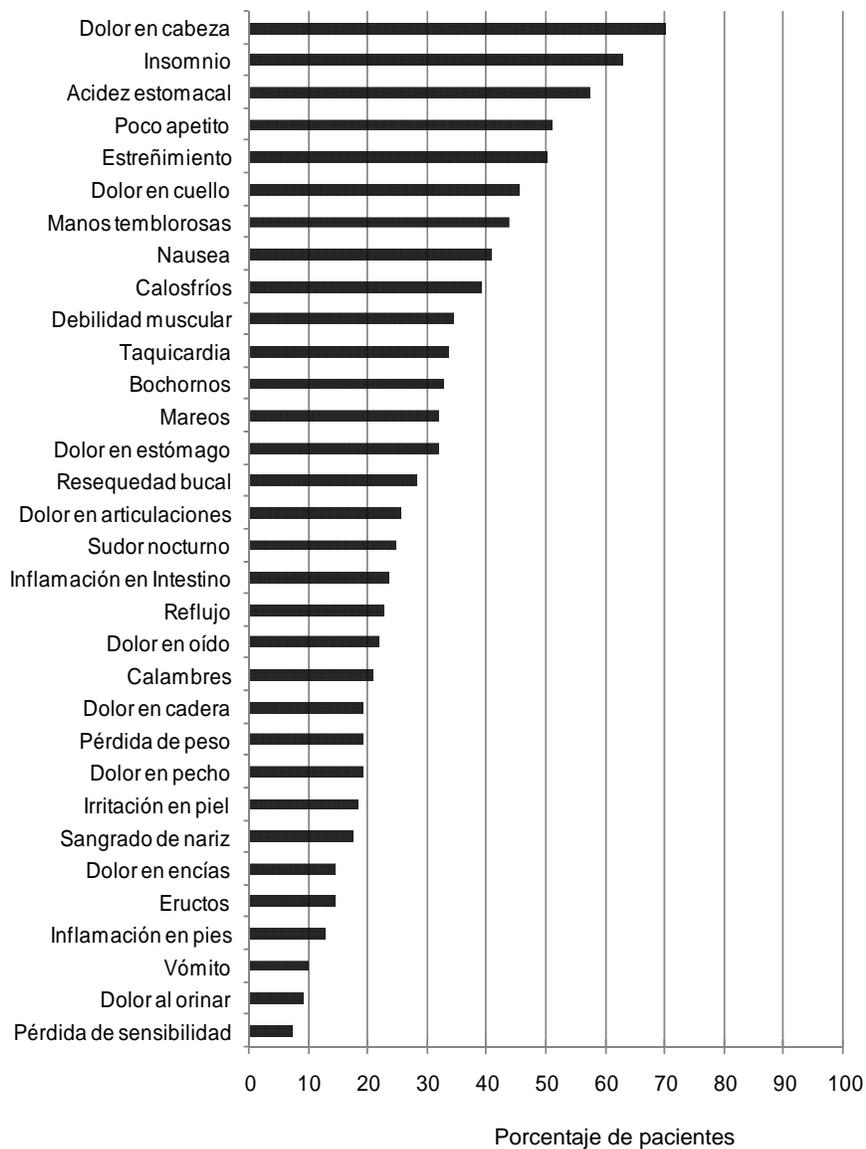


Figura 1. Perfil sintomatológico de los pacientes.

En cuanto a la presencia de enfermedades “referidas y diagnosticadas” por un servicio médico, destacaron: gastritis y colitis; de manera similar, en las enfermedades “referidas y no diagnosticadas” se sumaron: problemas de espalda y várices. Cabe recordar que las enfermedades no fueron contabilizadas si tuvo una presencia en más de cuatro miembros de la familia nuclear.

Tabla 5. Reporte de frecuencia de enfermedades diagnosticadas y no diagnosticadas.

<b>Enfermedad</b>	<b>Referida diagnosticada</b>	<b>Referida y No diagnosticada</b>
	<i>f (%)</i>	
Gastritis	18 (16.4)	30 (27.3)
Colitis	15 (13.6)	29 (26.4)
Dermatitis	10 (9.1)	19 (17.3)
Anemia	8 (7.3)	6 (5.5)
Problema de espala	8 (7.3)	24 (21.8)
Problema de riñón	8 (7.3)	8 (7.3)
Sinusitis	6 (5.5)	14 (12.7)
Diabetes	5 (4.5)	1 (1)
Varices	5 (4.5)	15 (13.6)
Hipertensión	5 (4.5)	11 (10)
Úlcera gástrica	4 (3.6)	5 (4.5)
Herpes	4 (3.6)	7 (6.4)
Cáncer	3 (2.7)	
Asma	3 (2.7)	3 (2.7)
Bronquitis	2 (1.8)	4 (3.6)
Problema del corazón	2 (1.8)	6 (5.5)

*Nota:* Una frecuencia menor a 2 por enfermedad para hombres y mujeres por igual, no fueron incluidas en la tabla.

Asimismo, 74 de los pacientes ya habían acudido a algún servicio médico para tratamiento, pero únicamente 34 tenía adherencia a su medicamento, y los pacientes tenían alguna preocupación por padecer alguna enfermedad en el futuro, el 25% respondió cáncer, 12% VIH, 4% enfermedades mentales, 2% infecciones y diabetes, en contraparte, el 54% no tenía preocupación.

La relación de las variables de síntomas de depresión, afrontamiento, enfermedades diagnosticadas y síntomas somáticos totales se realizó con una correlación de producto momento  $r$  de Pearson; se encontró una asociación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre afrontamiento cognitivo-activo, ( $r_p = -0.325$ ,  $p < .01$ ), conductual activo ( $r_p = -0.356$ ,  $p < .01$ ) y regulación afectiva ( $r_p = -0.255$ ,  $p < .01$ ), con respecto a los síntomas de depresión. Adicionalmente, se encontró una asociación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre los síntomas de depresión, descarga emocional ( $r_p = 0.264$ ,  $p < .01$ ), y síntomas somáticos ( $r_p = 0.344$ ,  $p < .01$ ). No hubo asociación entre las enfermedades diagnosticadas y el resto de las variables (véase Tabla. 6).

Tabla 6. Intercorrelación de estrategias de afrontamiento, síntomas de depresión, síntomas somáticos y enfermedades diagnosticadas.

	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>1</b> Búsqueda de información	-.172	-.102	-.062
<b>2</b> Afrontamiento conductual-activo	-.356*	-.031	.027
<b>3</b> Regulación afectiva	-.255*	-.047	-.051
<b>4</b> Afrontamiento cognitivo-activo	-.325*	-.133	-.063
<b>5</b> Afrontamiento evitativo	.093	-.014	.103
<b>6</b> Descarga emocional	.163	.058	.264*
<b>7</b> Síntomas de depresión	-	.107	.344*
<b>8</b> Enfermedades diagnosticadas		-	.172
<b>9</b> Síntomas somáticos totales			-

*Nota:* No se incluyeron las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento.

\* $p < 0.01$

Para investigar el efecto predictivo de las estrategias de afrontamiento conductual y cognitivo activo sobre la presencia de sintomatología depresiva, se realizó una regresión lineal jerárquica (controlada por la variable: género femenino, por la

diferencia de la  $n$  comparada con hombres). Debido a la colinealidad ( $r=.75$ ) entre las estrategias conductual y cognitivo activo (véase Figura 2), se redujeron a una sola variable, llamada estrategias “enfocadas al problema” (Véase Leech, Barret y Morgan, 2008), asimismo, se eliminó la variables regulación afectiva por su alta colinealidad de  $r=.70$  con afrontamiento conductual.

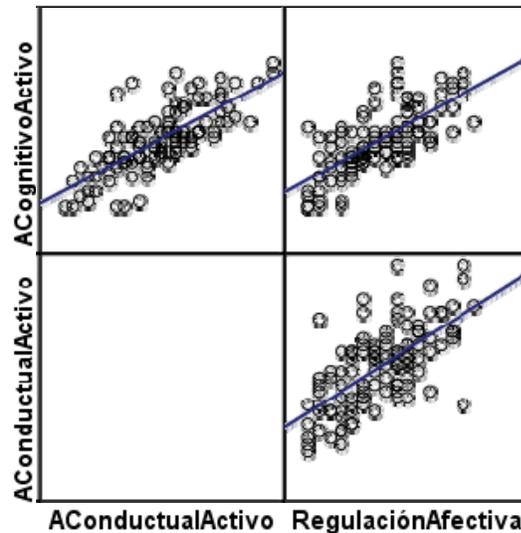


Fig. 2. Diagrama de dispersión para colinealidad.

La variable género femenino, tuvo un efecto predictivo de la sintomatología depresiva estadísticamente significativa,  $F(1, 108) = 6.25$   $p < .05$ , la  $R^2 = .05$ , pero, únicamente el 5% de los síntomas puede predecirse sabiendo el género del paciente; cuando la siguiente variable afrontamiento “enfocado al problema” fue agregada tuvo también un carga mínima  $R^2 = .10$ ,  $F(1, 107) = 13.85$ ,  $p < .000$ ; en tanto, el modelo con ambas variables: género femenino y “enfocado al problema” predicen un 15% de los síntomas depresivos,  $F(2,107) = 10.42$ ,  $p < .000$ ,  $R^2 = .15$ , pero de acuerdo con Cohen (1988), este tiene poco efecto. Los pesos beta se presentan en la Tabla. 7.

Tabla 7. Análisis de regresión lineal jerárquica de afrontamiento enfocado al problema, controlada por género, para predecir síntomas de depresión. ( $N=110$ ).

Variable	B	Error	B	$R^2$	$\Delta R^2$
Paso 1				.05	.05
Género femenino	23.18	1.50	.23*		
(Constante)	4.67	1.87			
Paso 2				.16	.15
Género femenino	4.80	1.77	.24*		
Afrontamiento “enfocado al problema”	-.24	.07	-.33*		
(Constante)	30.60	2.50			

\* $p < .001$

En tanto, la presencia de síntomas somáticos únicamente fue explicado en un 15% por las variables: descarga emocional y síntomas depresivos. Los pesos beta ( $\beta$ ) se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8. Regresión múltiple simultánea de síntomas de depresión y descarga emocional para predecir la presencia de síntomas somáticos.

Variable	B	Error	$\beta$
Síntomas de depresión	.18	0.5	.30*
Descarga emocional	.44	.18	.21**

$R^2 = .15$ ;  $F(2, 107) = 10.40$ ,  $p < .000$ . \*\* $p < .05$ .

## Discusión

El diseño del estudio se realizó con el propósito de describir las características de una muestra de pacientes con sintomatología depresiva, el uso de las estrategias utilizadas para resolver situaciones estresantes durante el último año, y cómo eso ha repercutido en su estado de salud física.

Al seleccionar pacientes con sintomatología depresiva existió un porcentaje superior de mujeres comparadas con los hombres, 65.5% y 35.5% respectivamente, y el 67.3% en estado civil soltero, así, dichos resultados son consistentes con investigaciones que contemplan la condición de género femenino y en estado civil soltero cómo características socio demográficas en pacientes con depresión (Matud, et al., 2006). Por otra parte, Belló, et al., (2005) y Caraveo (1999) han encontrado que el ingreso económico (bajo y alto) y educativo también son factores asociados a síntomas depresivos, no obstante, no hubo tendencia en cuando al ingreso económico, pero si la hubo para nivel educativo, pues el 56% de la muestra total tenía un grado universitario, condición que puede deberse a que el centro de servicios fuese más conocido por la comunidad estudiantil que por el público en general, ya que el 45% de los pacientes fueron estudiantes, 44%, empleados y el 13% dedicados al hogar.

Así, las condiciones socio económicas antes mencionadas (e.g. pocos años de educación, y pobreza) pueden ser una factor de riesgo, pero no todas las personas bajo esas condiciones desarrollan sintomatología depresiva; considerando lo anterior, algunos modelos (Beck, 1987; Abramson, et al., 1989; Nolen-Hoeksema 2002; Ursin y Eriksen, 2004) e investigaciones (Holahan, et al., 1985) sugieren que los eventos cotidianos estresantes están relacionados a la aparición de sintomatología de desordenes

mentales, tales como la ansiedad o depresión, en este sentido, los pacientes ( $n=107$ ) reportaron una frecuencia de 1 a 6 eventos negativos, en comparación con los eventos “positivos” ( $n=72$ ) y “de salida” ( $n=48$ ), pero cabe resaltar que no se describe la diferencia entre pacientes bajo situaciones sociales aversivas o protectoras (e.g. apoyo familiar, sin seguridad médica), que “toleran” una gran cantidad de eventos estresantes o que demoran la resolución de las situaciones.

Las condiciones sociales desfavorables, la frecuencia de eventos estresantes y la vulnerabilidad al estrés son factores de riesgo, pero principalmente es la “importancia” otorgada al estresor; considerando que los eventos mayormente reportados fueron “pérdida sentimental” (19.8%), “separación” (18.8%) y “problemas interpersonales” relacionados a las emociones (i.e. sentimientos de tristeza, estado de ánimo depresivo, inseguridad y compromiso sentimental, 13.9%), es necesario comprender que no son por si mismos los problemas, sino la significancia otorgada por los pacientes; es decir, *¿qué significa tener una pérdida sentimental?*. Las investigaciones de Vázquez, Jiménez, Saura y Avia (2001) sugieren que la idea de simplemente probar la interacción de la diátesis-estrés, no representa una verdadera prueba para un modelo adecuado si no se consideran componentes motivacionales explícitos, esquemas mentales no adaptativos (Beck, 1967, Beck, 1987), percepción de estabilidad (Seligman, 1975), fuerza de adquisición y percepción de la probabilidad de ocurrencia (Ursin y Eriksen, 2004) de los eventos estresantes, incluso antes de que se presenten.

Con base a lo anterior, es recomendable que en futuras investigaciones, la significancia otorgada a las situaciones sociales sea considerada, con la finalidad de

encontrar esquemas disfuncionales particulares en pacientes mexicanos con sintomatología depresiva y desarrollar intervenciones de mayor alcance.

Por otro lado, los datos de la intercorrelación moderadamente significativa e inversamente proporcional entre síntomas depresivos y las estrategias: cognitivo-activo ( $r_p = -0.325$ ,  $p < .01$ ), conductual activo ( $r_p = -0.356$ ,  $p < .01$ ) y regulación afectiva ( $r_p = -0.255$ ,  $p < .01$ ), muestra que los pacientes al utilizar mayormente las estrategias “centradas en la solución del problema”, los puntajes de sintomatología depresiva tienden a disminuir en el BDI; no obstante, las situaciones de “pérdida sentimental”, “separaciones”, “problemas interpersonales” y “desempleo” (representados por 62.4%) dentro de la literatura, son clasificadas como poco controlables, y la pérdida de un trabajo como “incontrolable”; por tanto, el uso de las estrategias centradas en el problema (cognitivo y conductual) utilizadas, resulta benéfico para la “pérdida de empleo” y “problemas interpersonales”, pero repercuten en la salud mental al ser utilizadas para “pérdida sentimental” y “separaciones”. Sin embargo, los datos estadísticos únicamente sugieren una asociación y no dirección, en tanto, las investigaciones reportadas en la literatura apuntan consistentemente que cuando un estresor es “controlable”, el uso de estrategias centradas en el problema es benéfico para la salud física, y en caso de un estresor “incontrolable” el uso de estrategias centradas en la emoción también será benéfico (Campos, et al., 2004; Penley, et al., 2002).

Para probar la dirección y el efecto del uso de estrategias sobre la sintomatología depresiva se utilizó una regresión lineal jerárquica. El resultado mostró que el afrontamiento enfocado al problema, controlado por género femenino explica únicamente un 15%,  $F(2,107) = 10.42$ ,  $p < .000$ ,  $R^2 = .15$  para la predicción de presencia

de síntomas depresivos, no obstante, estos resultados pueden ser explicados por el concepto de *complejidad del afrontamiento tripartita*; Markus y Kitayama (1991) y Triandis (1989) proponen que dicho concepto incluye la individualidad, *relacional* y colectividad que definen respectivamente la cualidad personal única, las relaciones diádicas y entre miembros de un grupo que coexisten en un sistema integrado de *representaciones*; así, la congruencia entre el afrontamiento relacional, individual o colectivo conducen a un bienestar, mientras que la percepción disfuncional de la fuente de estrés es asociada con mayor malestar; es decir, que un afrontamiento individual, relacional o colectivo son aspectos asociados a las preferencias de ajuste del individuo, bajo esta idea, los pacientes con “pérdida sentimental” y “separación” podrían tener la combinación de un afrontamiento relacional o individual percibido como controlable, y en consecuencia la preferencia del uso de las estrategias enfocadas al problema que incluyan a quienes consideran como parte del estresores (i.e. pareja, familia), y por tanto serían disfuncionales (Hardie, Critchley y Morris, 2006), además de suponer las diferencias entre hombres, mujeres y cultura (Sigmon, Stanton y Snyder, 1995).

Algunos estudios (Hardie Critchley y Swann, 2007) han encontrado que el afrontamiento relacional es más frecuente en mujeres que hombres, mientras que no hay diferencias en individual y colectivo; por ejemplo, hay mayores niveles de afrontamiento individual en muestras poblacionales de E.U.A., Inglaterra y Australia, el cual producía efectos benéficos sobre la salud, además que tales resultados son consistentes con la teoría de Hofstade (1980) sobre las culturas "individualistas", las cuales tendrían un mayor empleo del afrontamiento individual, pero aún no es concluyente esta asociación.

A pesar de que la literatura reportada (Penley, et al., 2002) sugiere que existen beneficios para la salud mental al usar las estrategias centradas en la emoción ante “pérdidas”, los pacientes estudiados aplican “centradas en el problema”; en este sentido, Campos et al., (2004) menciona que el uso de estrategias enfocadas al problema en eventos “incontrolables” está asociado con un pensamiento mágico (i.e. forma “evitativa” o negación) y rumiativo de generar planes para solucionar eventos poco susceptibles de cambio (i.e. pérdida sentimental y separación), y a largo plazo, estos pensamientos llevan a sentimientos de *culpa* (i.e. sensación que implica una falla o haber hecho “algo mal”), castigo, desilusión, desesperanza e irritabilidad (Yankura y Dryden, 2000; Penley, et al., 2002), los cuales son congruentes con algunos criterios diagnósticos de depresión; mientras que individuos no depresivos ante los mismos estresores podrían únicamente reconocer alguna responsabilidad individual o compartida y posteriormente realizar un cambio a corto o largo plazo.

Asimismo, Beck (1967) propone que algunas ideas disfuncionales como: “*mi felicidad depende que otras personas me aprueben*” y “*no soy nadie si otra persona no me ama, como yo a ella*”, son asociadas a síntomas depresivos; en contraste, aquellas personas con *autonomía* y *valor independiente* podrían manejar más fácilmente un rechazo o pérdida; adicionalmente, la *sensación de control* (Rude, 1989) es otro elemento presente en pacientes con síntomas depresivos, porque al no tener autocontrol, puede aparecer la sensación de incompetencia y auto reproche por no tener una solución correcta (Golin, et al., 1979).

Por otra parte, Olson y Kwon (2008) encontraron que el *perfeccionismo* también se ha asociado a la depresión; similarmente, Hewitt y Flett (1991) indican

que en este perfeccionismo está implicado el miedo a la *evaluación social negativa* y necesidad de aprobación de otros, y cuando no se cumplen con dichos estándares puede haber culpa; por lo anterior, es importante evaluar en los pacientes la percepción de control, perfeccionismo, evaluación social y culpa que pudieran sentir los pacientes y la significancia individual ante la “pérdida sentimental” y “separación” como variables mediadoras de las estrategias de afrontamiento y explicativas de la depresión.

Al encontrarse una asociación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre los síntomas somáticos, descarga emocional ( $r_p = 0.264$ ,  $p < .01$ ), y síntomas de depresión ( $r_p = 0.344$ ,  $p < .01$ ), significa que a mayor número de síntomas depresivos y descarga emocional aumentan los síntomas somáticos, entre ellos destacan el dolor de cabeza (70%), síntomas del tracto digestivo: acidez (57.3%), estreñimiento (50%), náusea (40.9%) e inflamación intestinal (23.6%); “dolor” en varias zonas del cuerpo: cuello (45.5%), articulaciones (25.5%), oído (21.8), cadera y pecho (ambos 19.1%), tales resultados son consistentes con otras investigaciones que consideran incluir síntomas como dolor en varias zonas del cuerpo, particularmente de cabeza como síntomas somáticos en comorbilidad con depresión (Von Korff y Simon, 1996; Gijsbers Van Wijk, y Kolk, 1997; Graff-Guerrero, 2001; Lépine y Briely, 2004; DSM-IV TR, 2006; Vaccarino, Sills, Evans y Kalali, 2008; Alvarenga, et al., 2009) además de problemas gastrointestinales (Ruhland, et al., 2008); de la misma manera se presentan aquellos síntomas neurovegetativos comunes en los criterios diagnósticos de depresión: insomnio, poco apetito, debilidad muscular ó fatiga y pérdida de peso (DSM-IV-TR, 2006).

Debido a que un número pequeño de pacientes (12%) refirió que sus síntomas son inexplicables o sin asociación a alguna situación particular (38.2%), los resultados se deben tomar con reservas, ya que estos no fueron revisados de acuerdo a algún procedimiento médico, y a consideración de la teoría de la percepción de los síntomas que contempla: a) la información que seleccionan los pacientes para referir sus síntomas, b) la ubicación del síntoma y c) la atribución a los síntomas (Gijsbers Van Wijk, y Kolk, 1997); sin embargo, el valor clínico de los síntomas reportados por los pacientes es de suma importancia, que a su vez son contrastarlos con algunas investigaciones que proponen que la somatización también depende de la cultura (Di Silvestre, 1998), al estado de ánimo asociado a patrones de sueño-vigilia cortos que aumentan síntomas somáticos, y patrones sueño-vigilia largos que aumentan síntomas cognitivos (Buela-Casal, Miró, Iañez y Catena, 2007), además de considerar los efectos de la poca presencia de sueño de ondas lentas como función restauradora de la corteza pre frontal, involucrada en la regulación de las emociones (Richert, Carrion, Karchemskiy, y Reiss, 2006).

A pesar que no hubo relación estadística entre las estrategias de afrontamiento y síntomas de depresión con respecto a enfermedades diagnosticadas, la presencia de síntomas del tracto digestivo son consistentes con el diagnóstico de gastritis y colitis, y aunque dichas enfermedades son asociadas mayormente al estrés crónico o trastornos de ansiedad, algunos autores como Tamayo, et al. (2007) y Alvarenga, et al. (2009) sugieren que existe una relación estrecha con los trastornos afectivos; asimismo, cabe resaltar que las enfermedades como: gastritis (16.4%), colitis (13.6%), dermatitis (9.1%), asma (2.7%), cáncer (2.7%) y bronquitis (1.8%) están relacionados con procesos *inflamatorios* (Yirmiya, 2000),

es decir, que son producto o se mantienen por una elevada secreción de hormonas adrenocorticoesteroides e interleucinas, las cuales se han encontrado en pacientes con depresión y alteraciones en el sistema inmunológico (Müller y Ackenheil, 1998; Müller y Schwarz 2003; Nan, et al., 2004; Dunn, Swiergiel, y De Beaurepaire, 2005; Sirera, Sánchez y Campos, 2006; Carroll, et al 2007; Kronfol, 2007; Dunn, 2007; Pandey y Dwivedi, 2007; Gabbay, et al., 2009).

Aunque la presencia de cáncer en la muestra fue sumamente pequeña (2.7%), el cáncer también está relacionado a trastornos depresivos mayores, pues algunas investigaciones (véase Friedman, 1994; Oksbjerg, Mellemkjær, Olsen, Mortensen, y Johansen, 2002; Spiegel y Giese-Davis, 2003) apuntan que después de haber padecido depresión durante varios años, el cáncer es alguno de los efectos secundarios por la alteración del sistema inmunológico; de manera similar, el tratamiento hormonal de enfermedades autoinmunes con Interferon-alfa (INF- $\alpha$ ), provoca síntomas de depresión (Loftis y Hauser ,2004) aumentando el riesgo de mortandad (Lloyd-Williams, Shiels, Taylor, y Dennis, 2009) e interesantemente, el 25% de los pacientes refirió tener miedo de padecer cáncer y VIH en el futuro, pero también debe ser considerados la calidad del medio ambiente, hábitos alimenticios y conductas patógenas asociadas a la aparición de enfermedades inflamatorias en dichos pacientes.

En cuanto a enfermedades “no diagnosticadas”, hubo un cambio de magnitud, pues gastritis, colitis y dermatitis doblaron su porcentaje y continuaron con mayor frecuencia, pero únicamente 74 pacientes habían acudido a algún

servicio médico, de los cuales 34 tenían adherencia a su tratamiento, por tanto, los resultados presentan limitaciones.

En conclusión, el estado de salud mental está estrechamente relacionado a múltiples variables, y a pesar que existe una gran evidencia del efecto de las estrategias de afrontamiento, estas podrían estar en función de las *creencias* o esquemas no adaptativos (culpa o perfeccionismo, necesidad de ser querido, etc.) que los pacientes tienen sobre situaciones percibidas como “controlables” o “incontrolables”, asimismo, es importante considerar si el afrontamiento es individual, relacional o en colectividad, si la frecuencia de los eventos “negativos” provocan en los pacientes una generalización, desesperanza de cambio, esperanza de cambio sobrevalorada y poca discriminación de eventos “positivos” nuevos; tales combinaciones podrían probarse con modelos no lineales para predecir más eficazmente síntomas de depresión y sus efectos sobre la salud física, para el tratamiento multidisciplinario que atienda con precisión la dinámica de la enfermedad, apoyados por la tecnología, tales como: marcadores autonómicos que regulan la emoción y marcadores inmunológicos que ayuden a combatir y prevenir trastornos afectivos que repercuten en varias áreas del individuo y su entorno, particularmente en la salud física.

Finalmente, es importante considerar que las pérdidas y dificultades son parte de la cotidianidad, y por tanto es imposible no tenerlas, pero es posible solucionar la mayoría de ellas de una forma adaptativa, teniendo en cuenta el papel que se tiene en cada situación particular y dando a conocer aquello que se desea, incluso sin la certeza de que así deba de ser.

## Apéndice A

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA<sup>a</sup>

He sido invitado a participar en un estudio en el que me serán aplicados diversos instrumentos de evaluación con la finalidad de establecer un diagnóstico psicológico integral. Las áreas exploradas serán: síntomas de depresión, síntomas físicos, enfermedades médicas en solicitantes de servicios psicológicos, así como la manera en que ha enfrentado los problemas cotidianamente.

Tengo conocimiento de que con la información obtenida me podrán brindar un tratamiento adecuado. O bien, me canalizarán al servicio médico o psicológico que se requiera.

Estoy enterado de que este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse de la información obtenida, al desarrollar tratamientos eficaces contra la depresión y malestares asociados.

Me han informado que el estudio no implica riesgos para mi salud física o mental, tampoco influye en el acceso a algún tratamiento dentro de este centro, o canalización a alguna otra institución.

Estoy de acuerdo en que mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. Que no habrá ninguna consecuencia desfavorable para mi persona, en caso de no aceptar la invitación. Que puedo retirarme en el momento que lo desee, cuyas razones, serán respetadas en su integridad. Que no tendré que hacer gasto adicional a las cuotas del tratamiento. Que no recibiré remuneración monetaria o de otro tipo por mi participación en el estudio. Que el transcurso del estudio podré solicitar la información que requiera.

Los responsables del estudio se comprometen a mantener de manera confidencial la información obtenida en este estudio y que será utilizada con fines de investigación científica. Sin embargo, se comprometen a mantenerme en el anonimato.

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ con el N° de folio \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido aclaradas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Terapeuta Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta parte debe ser completada por el aplicador del estudio (o su representante): He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus inquietudes y le he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar el estudio. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del aplicador responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

<sup>a</sup> Adaptado del 'Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación médica' (2007). *Comisión de Investigación y ética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.*

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK. BDI\*.**

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ N° DE FOLIO \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una.

**Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

- |  |   |
|--|---|
| <p>1 0. Yo no me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste.</p> <p>2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.</p> <p>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.</p>   | <p>6 0. Yo no me siento que este siendo castigado.</p> <p>1. Siento que podría ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que he sido castigado.</p>   |
| <p>2 0. En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p>1. Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.</p> | <p>7 0. Yo no me siento desilusionado de mi mismo.</p> <p>1. Estoy desilusionado de mi mismo.</p> <p>2. Estoy disgustado conmigo mismo.</p> <p>3. Me odio.</p>  |
| <p>3 0. Yo no me siento como un fracasado.</p> <p>1. Siento que he fracasado más que las personas en general.</p> <p>2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.</p> <p>3. Siento que soy un completo fracaso como persona.</p>       | <p>8 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas.</p> <p>1. Me critico a mi mismo por mis debilidades y errores.</p> <p>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> |
| <p>4 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.</p> <p>2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.</p> <p>3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.</p>       | <p>9 0. Yo no tengo pensamientos suicidas.</p> <p>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2. Me gustaría suicidarme.</p> <p>3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</p>                        |
| <p>5 0. En realidad yo no me siento culpable.</p> <p>1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.</p> <p>2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>   | <p>10 0. Yo no lloro más de lo usual.</p> <p>1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Actualmente lloro todo el tiempo.</p> <p>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.</p>  |
| <p>11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.</p> <p>1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes</p> <p>2. Me siento irritado todo el tiempo.</p> <p>3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.</p>                              |   |

\*BDI. Estandarizado por Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena V. & Varela R. Facultad de Psicología. UNAM

Puntuación, Hoja 1 \_\_\_\_\_

- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente.
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
  2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
  3. He perdido todo el interés en la gente.
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
  2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
  3. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14 0. Yo no siento que me veo peor de cómo me veía.
1. Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a).
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a).
  3. Creo que me veo feo(a).
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
  2. Tengo que obligarme para hacer algo.
  3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
  2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
  3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
  2. Con cualquier cosa que haga me canso.
  3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual.
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
  2. Mi apetito está muy mal ahora.
  3. No tengo apetito de nada.
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
1. He perdido más de dos kilogramos.
  2. He perdido más de cinco kilogramos.
  3. He perdido más de ocho kilogramos.
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos Si ( ) No ( ).
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
  2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
  3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
  2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
  3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Puntuación, Hoja 1 \_\_\_\_\_

Puntuación, Hoja 2 \_\_\_\_\_

Puntuación Total \_\_\_\_\_

### ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA FORMA A, R., (1984) REDUCIDA (ADUNA, 1998)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de Folio \_\_\_\_\_

Esta escala evalúa la influencia de factores ajenos al tratamiento en consulta externa, identifica los procesos de adaptación psicosocial, así como para describir los recursos sociales y los procesos de solución de problemas que utilizan las personas en su adaptación o al evitar situaciones estresantes de la vida diaria

Es indispensable que conteste este cuestionario con veracidad con el fin de brindarle una asistencia de calidad, recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Los resultados no influyen en su acceso a tratamiento dentro de este centro de servicios psicológicos o derivación a otra institución competente.

**Instrucciones:** Coloque un 1=SI ó 2=NO en la casilla, en algún momento de la vida para los Padres y en los últimos 12 meses para usted y sus hermanos.

*En caso de no estar completamente seguro deje en blanco el espacio. Si tiene alguna duda, pregunte a su aplicador.*

**Ejemplo:**

	En algún momento de la vida.		En los últimos 12 meses.	
	Padre	Madre	YO	¿Algún hermano?
¿Ha padecido largos periodos de resfriados (más de 4 semanas)?	1	2	1	2

A continuación se presentan algunas formas de como uno se siente a veces.

	En algún momento de la vida.		En los últimos 12 meses.	
	Padre	Madre	YO	¿Algún hermano?
27 ¿Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad?				
28 ¿Ha sentido que se preocupa demasiado?				
29 ¿Ha sentido que su memoria no está del todo bien?				
30 ¿Ha tenido preocupaciones que le hacen sentirse enfermo?				
31 ¿Ha sentido que nada le sale bien?				
32 ¿Se ha preguntado si existe algo que aún valga la pena?				

33 ¿Fuma cigarros?	41 ¿Toma alguna bebida alcohólica?	
34 Actualmente cuanto fuma. SFU 1) Más que el año pasado. 2) Lo mismo que el año pasado 3) Menos que el año pasado.	1 Nunca. 2 Menos de una vez por semana. 3 Una vez por semana. 4 Dos o tres veces por semana. 5 Tres o cuatro veces por semana. 6 Diariamente.	CB
35 Por lo general cuantos cigarrillos fuma diariamente		

Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera ¿Ha experimentado personalmente alguno de ellos durante los últimos 12 meses? SI=1 NO=2

83 Cambio de casa	98 Suspendido o despedido del trabajo
84 Perdió algo con valor sentimental	99 Desempleado un mes o más
85 Muerte de algún amigo cercano	100 Aumento considerable de trabajo
86 Problemas con amigos o vecinos	101 Fue promovido en el trabajo
87 Se comprometió sentimentalmente	102 Consiguió mejor trabajo
88 Se casó	103 Aumento de sueldo (más del 20%)
89 Se separó	104 Decremento de sueldo (más del 20%)

90 Reconciliación marital	105 Se endeudo fuertemente		
91 Se divorció	106 Su hijo entró a una nueva escuela		
92 Nacimiento de un niño en su familia inmediata	107 Su hijo se fue de casa		
93 Dificultades con suegros o parientes políticos	108 Su hijo regreso a casa		
94 Enfermedades serias o accidentes de un miembro de la familia	109 Un pariente se cambió a su casa		
95 Muerte del cónyuge	110 Tuvo problemas legales		
96 Muerte de un miembro cercano de la familia (excepto cónyuge)	111 Tuvo problemas de alcohol o drogas		
97 Problemas con los superiores en el trabajo	112 Fue robado		
	EN	ES	EP

Elija un problema importante de los que señalo anteriormente ¿Cual es? \_\_\_\_\_ Si no aparece en la lista mencionalo \_\_\_\_\_, Ahora indique por favor ¿cuáles de las siguientes formas de actuar que a continuación le mencionamos empleo para tratar de resolver el problema?

NO = 0	SI, 1 a 2 VECES = 1	SI, ALGUNAS VECES = 2	SI, FRECUENTEMENTE = 3			
113 Trato de saber mas de la situación		130 Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor				
114 Habló con su conyugue o con otros parientes acerca del problema		131 Intentó no precipitarse actuando impulsivamente				
115 Habló con un amigo		132 Se olvidó del problema por un tiempo				
116 Habló con un profesionista, abogado o cura		133 Supo que había que hacer y se esforzó más para que funcionaran las cosas				
117 Rezó por una guía para darse valor		134 Evitó estar con la gente en general				
118 Se preparó para el peor de los casos		135 Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes				
119 No se preocupó y pensó que todo saldría bien		136 Se negó a creer lo que había sucedido				
120 Se desquitó con otras personas cuando se sentía enojado o deprimido		137 Lo aceptó no podía hacer nada				
121 Trato de ver el lado bueno de la situación		138 Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares				
122 Se ocupó con otras cosas para no pensar en lo sucedido		139 Negoció para rescatar algo positivo de la situación				
123 Formuló un plan de acción y lo llevó acabo		¿Intentó reducir la tensión con alguna de las siguientes actividades? :				
124 Consideró varias alternativas para manejar el problema		140 Tomando más (alcohol)				
125 Se guió por experiencias pasadas		141 Comiendo más				
126 No expresó sus sentimientos		142 Fumando más				
127 Tomó las cosas como venían, paso a paso		143 Haciendo ejercicio				
128 Trato de ver las cosas objetivamente		144 Tomando tranquilizantes				
129 Pensó sobre la situación para tratar de comprenderla mejor	ACO	ACD	AE	Bi	RA	DE

## CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICO FAMILIARES\* (CAMF)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de Folio \_\_\_\_\_

Algunas enfermedades se presentan frecuentemente (ejemplo, Diabetes) dentro de la familia inmediata (Padres y hermanos) que llegan a afectar nuestra calidad de vida individual y familiar, sin embargo otras enfermedades aparecen sin antecedentes en la familia; con el fin de brindarle una asistencia de calidad es indispensable que conteste este cuestionario con veracidad, recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Los resultados no influyen en su acceso a tratamiento dentro de este centro de servicios psicológicos o derivación a otra institución competente.

Los datos serán utilizados para fines terapéuticos y de investigación, manteniendo en todo momento la confidencialidad.

**Instrucciones:** Marque con una "X" en la casilla del miembro de su familia que haya presentado enfermedades o síntomas de la siguiente lista, en algún momento de la vida para los Padres y en los últimos 12 meses para usted y sus hermanos.

En caso de que más de dos hermanos presenten enfermedades o síntomas iguales, marque en la casilla de "Numero #", cuantos hermanos se encuentran con síntomas o enfermedades en los últimos 12 meses.

*En caso de no estar completamente seguro deje en blanco el espacio. Si tiene alguna duda, pregunte a su aplicador.*

*Ejemplo:*

	En algún momento de la vida			En los últimos 12 meses.			
	Padre	Madre	YO	Hermanos	Número #	Hermanas	Número #
¿Ha padecido largos periodos de resfriados (más de 2 semanas)?	X		X	X	2		

ENFERMEDADES	En algún momento de la vida			En os últimos 12 meses				
	Padre	Madre	YO	¿Me ha sido diagnosticada?	Hermanos	Número	Hermanas	Número
1. ¿Ha padecido de ANEMIA?								
2. ¿Ha padecido de ASMA?								
3. ¿Ha padecido de ARTRITIS?								
4. ¿Ha padecido de BRONQUITIS?								
5. ¿Ha padecido de CÁNCER?								
6. ¿Ha padecido de DIABETES?								
7. ¿Ha tenido problemas de ESPALDA?								
8. ¿Ha padecido del CORAZÓN?								
9. ¿Ha padecido de PRESION ALTA ó HIPERTENSIÓN?								
10. ¿Ha tenido problemas del RIÑÓN?								
11. ¿Ha padecido de TUBERCULOSIS?								

	En algún momento de la vida		En los últimos 12 meses					
	Padre	Madre	YO	¿Me ha sido diagnosticada?	Hermanos	Número	Hermanas	Número
12. ¿Ha padecido de ÚLCERAS?								
13. ¿Ha padecido una EMBOLIA?								
14. ¿Ha padecido de COLITIS Ó COLITIS NERVIOSA?								
15. ¿Ha padecido de SINUSITIS?								
16. ¿Ha padecido de NEUMONÍA?								
17. ¿Ha padecido LEUCEMIA?								
18. ¿Ha padecido de CIRROSIS?								
19. ¿Ha padecido EPILEPSIA?								
20. ¿Ha padecido GASTRITIS?								
21. ¿Ha padecido ENF. VARICOSAS (varices)?								
22. ¿Ha padecido ENF. DERMATOLÓGICAS (piel)?								
23. ¿Ha padecido de OSTEOPOROSIS?								
24. ¿Ha padecido de HEPATITIS?								
25. ¿Ha padecido de ESCLEROSIS MÚLTIPLE?								
26. ¿Tiene Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?								

¿Tiene alguna enfermedad que no se menciona en la lista anterior?  
Menciónela \_\_\_\_\_

	En algún momento de la vida		En los últimos 12 meses					
	Padre	Madre	YO	Hermanos	Número	Hermanas	Número	
<b>SÍNTOMAS</b>								
27. ¿Ha sentido DEBILIDAD MUSCULAR?								
28. ¿Ha sentido CALOR EN EL CUERPO repentinamente (bochornos)?								
29. ¿Ha sentido que el CORAZÓN le LATE FUERTEMENTE, Sin razón aparente (Taquicardia)?								
30. ¿Ha tenido POCO APETITO?								
31. ¿Ha sentido CALOFRIOS?								
32. ¿Ha tenido MANOS TEMBLOROSAS?								
33. ¿Ha tenido DOLOR DE CABEZA?								
34. ¿Ha tenido ESTREÑIMIENTO?								
35. ¿Ha tenido INSOMNIO?								
36. ¿Ha tenido INFLAMACIÓN INTESTINAL frecuente?								
37. ¿Ha tenido SANGRADO DE NARIZ frecuente?								
38. ¿Ha tenido ERUCTOS frecuentemente?								
39. ¿Ha tenido DOLOR DE OIDO?								
40. ¿Ha tenido DOLOR DE PECHO?								
41. ¿Ha tenido DOLOR DE ESTÓMAGO frecuente?								
42. ¿Ha sentido NAUSEA (no en embarazo)?								
43. ¿Ha tenido VOMITO frecuente?								

	En algún momento de la vida		En los últimos 12 meses				
	Padre	Madre	YO	Hermanos	Número	Hermanas	Número
44. ¿Ha tenido PERDIDA DE PESO, sin razón aparente?							
45. ¿Ha tenido REFLUJO?							
46. ¿Ha tenido DOLOR DE ARTICULACIONES?							
47. ¿Ha tenido IRRITACIÓN DE PIEL?							
48. ¿Ha sentido MAREOS frecuentemente?							
49. ¿Ha tenido DESMAYOS?							
50. ¿Ha tenido DOLOR AL ORINAR?							
51. ¿Ha tenido SUDOR NOCTURNO?							
52. ¿Ha tenido DOLOR DE CUELLO?							
53. ¿Ha tenido DOLOR EN LA CADERA?							
54. ¿Ha tenido INFLAMACION DE PIES?							
55. ¿Ha sentido SEQUEDAD EN LA BOCA frecuente?							
56. ¿Ha tenido DOLOR O SANGRADO DE ENCÍAS?							
57. ¿Ha sentido CALAMBRES frecuentes?							
58. ¿Ha tenido PERDIDA DE SENSIBILIDAD?							

SOLO MUJERES	SI	NO
59. ¿Ha tenido PERIODOS IRREGULARES?		
60. ¿Ha tenido CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE FLUJO?		
61. ¿Ha tenido INFECCIONES VAGINALES frecuentes?		
62. ¿Ha tenido FLUJO CON DOLOR?		
63. ¿Se encuentra en MENOPAUSIA?		

¿Tiene algún síntoma que no se incluye en la lista anterior? Menciónelo \_\_\_\_\_

- ¿Presenta algún tipo de discapacidad? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Si tiene, especifique: Visual ( ) Auditiva ( ) Motora ( ) Otra \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido usted que ser hospitalizado? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- ¿Ha tenido que ser intervenido quirúrgicamente? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- ¿Se ha realizado algún chequeo médico en el último año? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Con un Medico General SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Con un Especialista SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- ¿Está bajo tratamiento médico? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- ¿Ha logrado tomar sus medicamentos la mayoría de los días? SI \_\_\_ NO \_\_\_

7. De las siguientes vacunas cuales tiene

	SI	NO	No se
Tétanos.			
Sarampión.			
Viruela.			
Rubeola.			
Polio.			
Difteria.			
Hepatitis.			
Influenza.			

8. ¿Ha tenido diversos síntomas que los Médicos no logran explicar? SI\_\_\_ NO\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

9. Su estado de salud ¿ha repercutido con sus actividades de manera importante? SI\_\_\_ NO\_\_\_

10. Sus síntomas los asocia a situaciones particulares SI\_\_\_ NO\_\_\_

¿Cuales? \_\_\_\_\_

11. ¿Ha tenido preocupación o miedo a tener una enfermedad grave? SI\_\_\_ NO\_\_\_

¿Cuál enfermedad? \_\_\_\_\_

12. ¿Ha tenido preocupación excesiva por algún defecto o aspecto físico de usted? SI\_\_\_ NO\_\_\_

¿Cuales? \_\_\_\_\_

GRACIAS por su participación.

Comentarios \_\_\_\_\_

---



---



---

\*Modificado del HDL, The Health and Daily Living Form, Forma A, R, Moss, Cronkite, y Finney, 1984, por Balderas, Nieto y Sánchez-Carrasco, 2008)

### CUESTIONARIO SOCIO-ECONÓMICO\*(CSE).

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de Folio \_\_\_\_\_

Es indispensable que conteste este cuestionario con veracidad con el fin de brindarle una asistencia adecuada, recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Los resultados no influyen en su acceso a tratamiento dentro de este centro de servicios psicológicos o derivación a otra institución competente.

Si tiene alguna duda, pregunte a su aplicador.

**ÁREA FAMILIAR.**

1. Estado civil:  
Casado ( ) Soltero ( ) Viudo ( ) En unión libre ( ) Separado ( ) Otro: \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su escolaridad?  
Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Universitaria ( ) Posgrado ( )
3. ¿Es usted derechohabiente de alguna institución de salud pública?  
ISSSTE ( ) IMSS ( ) SSA ( ) PEMEX ( ) SEDENA ( )
4. ¿Cuántas familias viven en la misma casa? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuántas personas viven en la misma casa? \_\_\_\_\_
6. ¿Con cuántas habitaciones cuenta su casa (incluyendo baño, estancia, cocina)? \_\_\_\_\_  
La casa que habita es: Propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( ) Otra: \_\_\_\_\_

(Por favor ordena de la persona de mayor edad a la más joven)

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	¿Cuánto gasto semanal destina a esta persona?

De las personas que mencionó alguien:

- ¿Consume alguien alcohol? 

sí	No
----	----

 QUIEN: \_\_\_\_\_
- ¿Consume alguien drogas? 

sí	no
----	----

 QUIEN: \_\_\_\_\_

7. Señale la suma **TOTAL del ingreso mensual** promedio de su familia (marque con una cruz su respuesta)

menos de \$1,000 M.N.	de \$1,000 a \$2,500 M.N.	de \$2,500 a \$4,000 M.N.
de \$4,000 a \$6,000 M.N.	de \$6,000 a \$10,000 M.N.	más de \$10,000 M.N.

8. ¿Cuántas personas dependen de ese ingreso? \_\_\_\_\_

9. Señale la suma **TOTAL del gasto mensual** promedio de su familia (marque con una cruz su respuesta)

menos de \$1,000 M.N.	de \$1,000 a \$2,500 M.N.	de \$2,500 a \$4,000 M.N.
de \$4,000 a \$6,000 M.N.	de \$6,000 a \$10,000 M.N.	más de \$10,000 M.N.

10. ¿Qué medio de transporte utiliza para trasladarse?  
Automóvil propio ( ) Automóvil de la familia ( ) Transporte público ( )

\*Adaptado de la ficha de identificación del "Centro Acasulco", Facultad de Psicología, UNAM

## Apéndice B

Tabla B1. **Forma de calificación del la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Reducida).**

<b>Humor y uso de sustancias.</b>	<b>Reactivos.</b>
Humor depresivo en los últimos doce meses (HD).	Se suman las respuestas afirmativas 27-32 para la columna de “YO”, y afirmativas para cada columna, en algún momento de la vida para los padres y hermanos.
Síntomas por fumar (SFU)*	Se suman las respuestas afirmativas a 35 36, también 0 puede resultar.
Consumo de bebidas alcohólicas (CB)*	Sólo se toma en cuenta una respuesta de las 6.
<b>Eventos en los últimos 12 meses.</b>	<b>Reactivos.</b>
Eventos negativos de cambio de vida (EN).	Se suman las respuestas afirmativas: 84, 85, 86, 89, 91, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 104, 105, 110,112.
Eventos de salida (ES).	Se suman las respuestas afirmativas: 85, 89, 91, 95 y 96.
Eventos positivos de cambio en la vida (EP).	Se suman las respuestas: 87, 88, 90, 92, 101,102 y 103.
<b>Índices del Método de Afrontamiento.</b>	<b>Reactivos.</b>
Afrontamiento Cognitivo-activo (ACO).	Se suman los puntajes: 117, 118, 119, 121,124, 125, 127,128, 129, 130, 135 y 137.
Afrontamiento Conductual-activo (ACD).	Se suman los puntajes: 113, 114,115, 116, 122, 123, 131, 132, 133,138, 139 y 143.
Afrontamiento de Evitación (AE).	Se suman los puntajes: 119, 126, 134, 136, 140, 141, 142 y 144.
Búsqueda de Información (Bi).	Se suman los puntajes dados a 7 reactivos; 113, 114, 115, 116, 117, 138 y 126 (invertido: 0- 3, 1-2, 2-1, 3-0).
Regulación Afectiva (RA).	Se suman los puntajes: 121, 122, 130, 132,135 y 143.
Descarga Emocional (DE).	Se suman los puntajes: 120, 140, 141,142 y 144.

\*Escala con valor cualitativo

*Nota:* La forma de calificación y el instrumento completo provienen de “Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios, estudio experimental” por A. Aduna (1998) Tesis de Maestría. UNAM. México, P 68-69.

**Tabla B2. Normas de calificación del BDI para México.**

Nivel	Puntaje	Rango percentiles	
		Población General	Población Estudiantil
Mínima	0-9	4-61	5-59
Leve	10-16	66-81	64-86
Moderada	17-29	83-96	88-97
Severa	30-63	97-99	98-99

*Nota:* Las normas provienen de “La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México”, por S. Jurado, M. E. Villegas, L. Méndez, F. Rodríguez, V. Loperena y R. Varela (1998), *Revista de Salud Mental*, 21(3), p. 30.

## Referencias

- Abramson, L. Y., Alloy, B. L., Hankin, B. L., Haeffel, D. G., MacCoon, D. G. y Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self regulatory and psychobiological context. In I. H. Golbit y C. L. Hammen (Eds.) *Handbook of depression* (pp. 268 -294). New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype old depression. *Psychological review*, *96*, 358-372.
- Ader, R. y Cohen, N. (1995). Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*, *345*, 99-103.
- Aduna, A. (1998). Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios, estudio experimental. Tesis de Maestría. UNAM. México.
- Alvarenga, M. E., Caniato, R. N., Mauritz, A., Braun, A., Aljeesh, Y. y Baune, B. T. (2009). Health service utilization in patients with major depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*, 101–106.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> Ed.) Washington, D.C. (Trad. Cast.: DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, Texto revisado. Barcelona: Masson. 2006).
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez. M. (1998). Capítulo I: Introducción. *Manual de Psicología de la Salud*. (pp. 21 – 31). Madrid: Pirámide.
- Balderas, F. I., Nieto, J. y Sánchez-Carrasco, L. (2008, Octubre). Afrontamiento, depresión, síntomas y enfermedades físicas en solicitantes de servicios psicoterapéuticos. Sesión de cartel presentada en el II Congreso Internacional de Psicología: La investigación entre lo real y lo posible, Morelia Michoacán, México.
- Bandelow, B. (2003). Epidemiology of depression and anxiety. In S. Kaspes, J. Boer den, y J. M. Sitsen (Eds.). *Handbook of Depression and Anxiety* (pp. 49-68). New York: Marcel Dekker.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York, Hoeber Harper.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of cognitive psychotherapy: An international quarterly*, *1*, 5-37.
- Bellar, C. y Deardorff, W. (1996). Introduction to clinical health psychology. *Clinical Health Psychology in medical settings* (pp. 1-11) EUA: APA.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E. y Lozano R. (2005). Prevalence and diagnosis of depression in México. *Salud Pública Mex*, *47*, suppl. 1:S4-S11.

- Bennett, P. y Murphy, S. (1997). Psychology and health promotion [Mediadores psicosociales de la salud]. Rojas, M. (Trad.). *Psicología y promoción de la salud* (pp. 369-387). México D.F. El Manual Moderno.
- Berenzon S. y Juárez F. (2005). Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Revista de salud pública*, 39 (4), 619- 626.
- Berenzon, S., Alanís, S. y Saavedra N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México, *Salud Mental*, 31, 107-115.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implication for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health* (pp. 299–335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003–1020.
- Brannon, L. y Feist, J. (1997). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* (3er Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmière*, 67, 69-83.
- Buceta, J, y Bueno, A. (2001). Estrés, rendimiento y salud. In J. Buceta, A. Bueno y B. Mas. (Eds.), *Intervención psicológica y salud: control de estrés y conductas de estrés* (pp. 19-55). Madrid: Dykinson.
- Buela-Casal, G., Miró, E., Iañez M. Á. y Catena, A. (2007). Relation between habitual sleep duration and depressed mood state: Somatic versus cognitive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 615-631.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Cannon, W. (1932). *The wisdom of the body*. New York, Norton.
- Cano, J., Gala, F.J., Lupiani, M., Guillén, C., Roa, J. M. y Lupiani N. (2004). Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome de estrés postraumático. *Psiquis*, 25(1), 4-11.
- Caraveo, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999). Estudio clínico epidemiológico de trastornos depresivos. *Revista de salud mental*, 22 (2), 1-17.
- Carroll, B. J., Cassidy, F., Naftolowitz, D., Tatham, N. E., Wilson, W. H., Iranmanesh, A., et al. (2007). Pathophysiology of hypercortisolism in depression [Resúmen]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (s433), 90–103.

- Chandler, J. D. y Gerndt, J. (1988). Somatization, depression and medical illness in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(1), 67–73.
- Chrousos, G. P. y Gold, P.W. (1998). Editorial: A healthy body in a healthy mind—and *ViceVersa*—The damaging power of “uncontrollable” stress. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 83(6), 1842- 1845.
- Coe, C. L. y Lubach, G. R. (2008). Fetal programming, prenatal origins of health and illness. *Current directions in psychological science*, 17(1), 37-41.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power and analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., y Herbert, T. B. (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Comisión de investigación y ética. (2007). Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación médica. Facultad de Medicina (Recuperado el día 13 de Marzo del 2008 del sitio web de la *Comisión de investigación y ética, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*: [http://www.facmed.unam.mx/ci/pdfs/etica\\_consentimiento.pdf](http://www.facmed.unam.mx/ci/pdfs/etica_consentimiento.pdf)).
- Dantzer, R. (2005). Somatization: A psychoneuroimmune perspective, *Psychoneuroendocrinology* 30, 947-952.
- Dantzer, R. y Kelley, K. W. (2007). Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 153-160.
- De la Fuente, J. R. (1998). Fundamentos de la Psicología Médica. *Psicología Médica* (pp. 11-30). México: Fondo de cultura económica.
- Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha T., Graaf De, R. y Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: Prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 92, 185–193.
- Devil, J. y Ruiz-Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Review Mult Gerontology*, 12(1), 31-37.
- Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta de Moebio*, 4. Facultad de ciencias sociales. Universidad de Chile.
- Dunn, A. J. (2007). Cytokines, stress and depression. In N. P. Plotnikoff, R. E. Faith, A. J. Murgu y R. A. Good. (Eds.), *Cytokines, stress and immunity* (pp.1-16). Boca Raton, Florida: Taylor and Francis.
- Dunn, A. J., Swiergiel, A. H. y De Beaurepaire, R. (2005). Cytokines as mediators of depression: what can we learn from animal studies?. *Neurosci Biobehav Rev*, 29 (4–5), 891–909.

- Endler, N. S. y Parker, J. D. A. (1990). State and trait anxiety, depression and coping style. *Australian journal of psychology*, 42(2), 207-22.
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal med. Philos*, 6, 101-123.
- Escribà-Agüir, V. y Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semi-estructuradas. *Revista española de Salud Pública*, 76 (5), 595-604.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, S., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50, 571-579.
- Friedman, G. D. (1994). Psychiatrically-diagnosed depression and subsequent cancer. *Cancer Epidemiology, biomarkers and prevention*, 3, 11-13.
- Gabbay, V., Klein G. R., Alonso, C. M., Babb, J. S., Nishawala, M., De Jesus G., et al. (2009). Immune system dysregulation in adolescent major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 115 177-182.
- Gijsbers Van Wijk, C. M. T. y Kolk, A. M. (1997) Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Sciences Medicine*, 45(2), 231-146.
- Gold, P.W. y Chrousos, G.P. (2002). Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs. low CRH/NE states. *Mol. Psychiatry* 7, 254-275.
- Gold, S.F. y Irwin, M. R. (2006). Depression and immunity: Inflammation and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Neurologic Clinics*, 24, 507-519.
- Golin, S., Terrell, F., Weitz, J. y Drost, P. (1979). The illusion of control among depressed patients. *Journal of abnormal psychology*, 88, 454-457.
- Graff-Guerrero, A. (2001). El dolor en la psiquiatría: causa frecuente de atención. *Revista de Salud Mental*. 24, 1-3.
- Graff-Guerrero, A., Pellicier, F., Mendoza-Espinoza, Y., Martínez-Medina, P., Romero-Romo, J. y De la Fuente-Sandoval, C. (2008). Cerebral blood flow changes associated with experimental pain stimulation in patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 107, 161-168.

- Grau J., Hernández, E. y Vera P. (2005). Estrés salutogénesis y vulnerabilidad. In E. Hernández, y J. Grau (Eds.). *Psicología de la Salud, Fundamentos y Aplicaciones* (pp. 113 – 177). Universidad de Guadalajara.
- Greco, T., Eckert, G. y Kroenke, K. (2004). The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *Journal of general internal medicine*, 19, 813-818.
- Haaga, D. A. F., Dyck, M. J. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. New York, Academic Press.
- Hardie, E. A., Critchley, C. y Swann, K. (2007). Self-coping complexity. Individual and collective self-aspects and corresponding coping styles in Stress and Health, *Current Research in Social Psychology*, 12(10) 134-150.
- Hardie, E.A., Critchley, C. y Morris, Z. (2006). Self-coping complexity: Role of self-construal in relational, individual and collective styles and health outcomes. *Asian Journal of Social Psychology*, 9 (3), 224-235.
- Henningsen, P., Zimmermann, T. y Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528–533.
- Hernández, E., Cerezo, S. y López M. G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 15(3), 161-166.
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98–101.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L. y Schutte, K. (1985). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(4), 658-666.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Irwin M. R. y Miller, A. H. (2007). Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery. *Brain Behavior and Immunity*, 21, 374-383.
- Isowa, T., Ohira H. y Murashima, S. (2006). Immune, endocrine and cardiovascular responses to controllable and uncontrollable acute stress. *Biological Psychology*, 71, 202–213.

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena V. y Varela R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Revista de Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kassela, J. D., Bornovalovab, M. y Mehtac, N. (2006). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 939–950.
- Keogh, E. y Denford, S. (2008). Sex differences in perceptions of pain coping strategy usage. *European Journal Pain*. (Recuperado el 22 de Noviembre del 2008 de doi:10.1016/j.ejpain.2008.07.002).
- Kessler, R. (2002). Epidemiology of depression. In I. H. Golbit, y C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 23 -42). New York: Guilford Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L., et al. (2005). Hostile marital interactions, Proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 1377-1384.
- Kop, W.J. y Gottdiener, J. S. (2005). The role of immune system parameters in the relationship between depression and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, (Suppl.1), S37–S41.
- Kroeber, T. C. (1963). The coping functions of the ego mechanisms. In R. White (Ed.), *The Study of Lives* (pp. 178–198). Atherton, New York.
- Kronfol, Z. (2007). Behavioral effects of cytokines: A psychiatrics’s perspective. In N. P. Plotnikoff, R. E. Faith, A. J. Murgu, y R. A. Good. (Eds.). *Cytokines, stress and immunity* (pp.1-16). Boca Raton, Florida: Taylor and Francis.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Lazarus, R., S. y Folkman, S. (1986). *Stress appraisal and coping*. New York. Springer.
- Leech, N. L., Barret, K. C. y Morgan, G. A. (2008). Data coding and exploratory analysis (EDA). (pp.23 - 45). *SPSS For intermediate statistics: Use and interpretation*. (3a ed.) New York, EE.UU. Taylor and Francis Group.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). La TREC en la ansiedad y la depresión. *Teoría y práctica de la terapia racional-emotivo-conductual* (2da Ed.) (pp. 121-130). Madrid, España, Siglo Veintiuno.
- Lépine, J. -P. y Briely, M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Human Psychopharmacology*, 19, 3-7.
- Levine, S. y Ursin, H. (1991). What is stress? In: Brown, M.R., Koob, G.F., Rivier, C. (Eds.), *Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology*. (pp. 3–21). Marcel Dekker, Inc, New York.

- Lloyd-Williams, M., Shiels, C., Taylor, F. y Dennis, M. (2009). Depression: An independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 113 127–132.
- Loftis, J. M. y Hauser P. (2004). The phenomenology and treatment of interferon induced depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 175-190.
- López-Valverde, M., Fernández-Sedano, I., Páez, D., Ortiz, A. y Alvarado, R. (2001). Ansiedad ante el embarazo y afrontamiento de confrontación y evitación en mujeres sometidas a prueba de amniocentesis. *Boletín de Psicología*, 70, 65-78.
- Markus, H. y Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marques-Deak, A. y Stenberg, E. (2004). Psychoneuroimmunology the relation between central nervous system and the immune system. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 (3), 143-144.
- Martin, P. y Brantley, P. J. (2002). Stress coping and social support in health and behavior. *Handbook of clinical health psychology, Disorders of behavior in health* (Vol. 1). In J. M. Raczynsky, y L. C. Leviton (Eds.de la serie), y T.J. Boll (Ed. del volumen). (pp. 233-267). Washington: APA.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1984). *Behavioral health: 1990 challenge for the health sciences professions*. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.F. Miller & S.M. Weiss (Eds.). New York: Wiley.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401–1415.
- Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables socio demográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Mello de, A. A. F., Carpenter, L, L. y Lawrence, H. P. (2003). Update on stress and depression: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25(4), 231-238.
- Molerio-Pérez, O. y García-Romagosa, G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana Med*, 43 (2-3) (Recuperado el día 10 de Febrero del 2005 de file:///D:/Documentos%20de%20trabajo/Importantes/EBSCO%203/Medicina/med%202-304%20html/med072-304.htm [3 of 8] 10:34:26).
- Moss, R. (1984). *Coping with Physical Illness*. Nueva York. New: York and London Plenum Medical Book Company.

- Moss, R. (1986). *Coping with Life Crises*. Nueva York: New York and London Plenum Press.
- Müller, N, y Ackenheil, M. (1998). Psychoneuroimmunology and the cytokine action in the CNS: Implications for psychiatry disorders. *Prog. Neuro-psychopharmacol. & Biol. Psychiat*, 22, 1-33.
- Müller. N. y Schwarz, M. (2003). Immunology in anxiety and depression. In S. Kaspes, J. Boer den, y J. M. Sitsen (Eds.). *Handbook of depression and anxiety* (pp. 267 -288). New York: Marcel Dekker.
- Myers, L. B., Newman, S. P., y Enomoto K. (2004). Coping. In A. Kaptein, y J. Weinman (Eds.). *Health Psychology* (pp. 141 - 157). British Psychological Society: Black well Publishing.
- Nan, K. J., Wei, Y. C., Zhou, F.L., Li, C. L., Sui C.G., Hui, L.Y., et al. (2004). Effects of depression on parameters of cell-mediated immunity in patients with digestive tract cancers. *World Journal Gastroenterology*, 10(2), 268-272.
- Nolen-Hoeksema, S. (2002). Gender differences in depression. In I. H. Golbit, y C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 492 -509). New York: Guilford Press.
- Nowack, K. M. (1988). Coping style, cognitive hardiness, and health status [Resumen]. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 145-158.
- O' Connor, R. C. y Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes, self criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideations. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 392-401.
- Oksbjerg, S., Mellekjær, L., Olsen, J. H., Mortensen, P. B. y Johansen, C. (2002). Depression and Cancer Risk: A Register-based Study of Patients Hospitalized with Affective Disorders, Denmark, 1969–1993. *American Journal of Epidemiology*, 55,1088–1095.
- Olson M. L. y Kwon P. (2008). Brooding Perfectionism: Refining the Roles of Rumination and Perfectionism in the Etiology of Depression. *Cognitive Therapy Research*, 32, 788–802.
- Organización Mundial de la Salud (1946/2007). Informe sobre la salud en el mundo protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro (pp.100). Ginebra. OMS.
- Pace, T.W.W., Mletzko, T. C., Alagbe, O., Musselman, D. L., Nemeroff, C. B., Miller A.H., et al. (2006). Increased stress-induced inflammatory responses in male patients with major depression and increased early life stress. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1630-163.
- Pandey, N. y Dwivedi Y. (2007). Role of cytokines in depression. In N. P. Plotnikoff, R. E. Faith, A. J. Murgu, y R. A. Good. (Eds.). *Cytokines, stress and immunity* (pp. 51-66). Boca Raton, Florida: Taylor and Francis.

- Penley, J. A., Tomaka, J. y Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.
- Phares, E. (1999). Psicología de la salud y medicina conductual. *Psicología Clínica* (pp. 278 -303). México D.F. El Manual Moderno.
- Richert, K. A., Carrion, V. G., Karchemskiy, M. S. y Reiss, A. L. (2006). Regional differences of the prefrontal cortex in pediatric PTSD: An MRI study. *Depression and Anxiety*, 23, 17-25.
- Ruano D., Berástegui, C., Tallada, N., Salas, A., Oliva, H., Pacheco, M. (2002). Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13 ed. Barcelona, Masson.
- Rude, S. S. (1989). Dimensions of self-control in a sample of depressed women. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 363–375.
- Ruhland C., Koschke, M., Greiner, W., Peupelmann, J., Pietsch, U., Hocke, M., et al. (2008). Gastric dysmotility in patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 110 185–190.
- Ruíz-Flores, L. G., Colín-Piana, R. F., Corlay, I. S., Lara-Muñoz, M. C. y Dueñas, H. J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida, *Salud Mental*, 30(2), 25-32.
- Salvador-Figueras, M. y Gargallo, P. (2003). Análisis Exploratorio de Datos. (Recuperado el día 12 de Enero del 2008, de: <http://www.5campus.com/leccion/aed>)
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: Prevention of disease and illness. Maintenance of health. In Encyclopaedia of Life Support Systems (EOLSS).UK: Psychology Oxford.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. New York, Freeman.
- Seyle, H. (1974). *Stress without distress*, Toronto: McClelland and Stewart Ltd.
- Shibley, J., Mezulis, A. H. y Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological review*, 115(2), 291-313.
- Sigmon, S.T., Stanton, A.L. y Snyder, C. R. (1995). Gender differences in coping: A further test of socialization and role constraint theories. *Sex Roles*, 33, (9-10), 565-587.
- Sirera, R., Sánchez, P. T. y Campos, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.

- Sloper, D. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer: A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology, 25*(2) 79-91.
- Smith, D. J., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., et al. (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders, 108*, 279–284.
- Spiegel, D. y Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry, 54*, 269-282.
- Straub, R. (2007). Foundations of health psychology. *Health psychology a biopsicosocial approach* (pp. 1-26). (2da. Ed.) New York. Worth publisher.
- Suls, J. y Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non- avoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology, 4*, 249-288.
- Tamayo, J. M., Rovner, J. y Muñoz, R. (2007). La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. *Rev Bras Psiquiatr, 29* (2), 182-7.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. y Updegraff, J. A. (2000). Behavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight or flight. *Psychological Review, 107* (3), 411-429. IN Behavior Matters
- Teldow, J., Leslie, V., Keefe, B. R., Keefe, R., Alpert, J., Nierenberg, A. A., et al. (2000) Comorbilidad de trastornos del eje I y II en la depresión unipolar con ataques de cólera. *Revista de Toxicomanías, 22*, 23-29.
- Thoits, P. A. (1991). Gender differences in coping whit emotional distress. In J. Eckenrode (Ed.). *The social context of coping* (pp.107-138). New York, Plentum Press.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, (Extra Issue)*, 53–79.
- Triandis, H.C. (1989). The self and social behaviour in differing cultural contexts. *Psychological Review, 96*, 506-520.
- Ursin, H. y Eriksen, H. R. (2004). Review: The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology, 29*, 567–592
- Vaccarino A. L., Sills T. L., Evans, K. R. y Kalali, A. H. (2008). Prevalence and association of somatic symptoms in patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders, 110*, 270–276.
- Vázquez C., Jiménez, F., Saura, F. y Avia, M. D. (2001). The importance of "importance": a longitudinal confirmation of the attributional-stress model of depression measuring the importance of the attributions and the impact of the stressor. *Personality and individual differences, 31*, 205-214.

- Vingerhoets, A. (2004). Stress. In A. Kaptein, y J. Weinman (Eds.). *Health Psychology* (pp. 114 - 139). Malden, Massachusetts, British Psychological Society: Black well Publishing.
- Von Bertalanffy, F. (1976) *Teoría general de sistemas*. Fondo de Cultura Económico, México, 1976.
- Von Korff M, y Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, 30, 101-108.
- Webster-Marketon, J. I. y Glaser, R. (2008). Stress, hormones and the immune function. *Cellular immunology*, 252, 16-26
- Williams, J. M. (1992). Psychological models of depression I. The behavioural background. *The psychological treatment of depression. A guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 10- 25). London: Routledge.
- Wilson, G. S., Pritchard, M. E. y Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: the effects of gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28, 369–379.
- Yankura, J. y Dryden, W. (2000). Aplicación de la REBT al tratamiento de depresión. *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT). Casos ilustrativos* (pp. 45-66). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Yeh, S. J., Huang, C., Chou, H. y Wan, T. (2008). Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles*, 60, 44-56.
- Yirmiya, R. (2000). Depression in medical illness: The role of the immune system. *West Journal of Medicine*, 173 (5), 333-336.