

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE MEDICINA



"RELACION ENTRE ESTILOS COGNITIVOS NEGATIVOS,  
SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD EN LA DIETA EN  
POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "JOSE ELEUTERIO GONZALEZ"  
Y POBLACION GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON"

POR:

DRA. LAURA LETYCIA ESTEFANIA ZAVALA GOMEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER  
EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

FEBRERO, 2017

"RELACION ENTRE ESTILOS COGNITIVOS NEGATIVOS, SINTOMAS  
DEPRESIVOS Y CALIDAD EN LA DIETA EN POBLACION DEL  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "JOSE  
ELEUTERIO GONZALEZ" Y POBLACION GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO  
LEON"

Aprobación de la tesis:



DR. ALFREDO BERNARDO CUELLAR BARBOZA  
Director de Tesis



DR. FRANCISCO JAVIER RODRIIGUEZ LARA  
Codirector de Tesis



DR. FELIPE SANDOVAL AVILES  
Coordinador de Investigación



DR. STEFAN MAURICIO FERNANDEZ ZAMBRANO  
Jefe del Servicio o Departamento



DR. ALFREDO BERNARDO CUELLAR BARBOZA  
Coordinador de Enseñanza



DR. FELIPE ARTURO MORALES MARTINEZ  
Subdirector de Estudios de Posgrado

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE MEDICINA**



**“RELACION ENTRE ESTILOS COGNITIVOS NEGATIVOS, SINTOMAS  
DEPRESIVOS Y CALIDAD EN LA DIETA EN POBLACION DEL  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “JOSE  
ELEUTERIO GONZALEZ” Y POBLACION GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO  
LEON”**

**POR:**

**DRA. LAURA LETYCIA ESTEFANIA ZAVALA GOMEZ**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL  
GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

“RELACION ENTRE ESTILOS COGNITIVOS NEGATIVOS, SINTOMAS  
DEPRESIVOS Y CALIDAD EN LA DIETA EN POBLACION DEL  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “JOSE  
ELEUTERIO GONZALEZ” Y POBLACION GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO  
LEON”

Aprobación de la tesis:

\_\_\_\_\_  
DR. ALFREDO BERNARDO CUELLAR BARBOZA  
Director de Tesis

\_\_\_\_\_  
DR. FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ LARA  
Codirector de Tesis

\_\_\_\_\_  
DR. FELIPE SANDOVAL AVILES  
Coordinador de Investigación

\_\_\_\_\_  
DR. STEFAN MAURICIO FERNANDEZ ZAMBRANO  
Jefe del Servicio o Departamento

\_\_\_\_\_  
DR. ALFREDO BERNARDO CUELLAR BARBOZA  
Coordinador de Enseñanza

\_\_\_\_\_  
DR. FELIPE ARTURO MORALES MARTINEZ  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **DEDICATORIA**

A mi familia. A mi papá y mamá, cada uno con sus consejos y amor, que sin ellos hubiera sido imposible llegar hasta donde me encuentro ahora. A mis hermanas, por el ejemplo, apoyo y cariño.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis maestros. Dr. Alfredo Cuéllar, por la confianza para ser parte de su equipo, por todo el apoyo y enseñanza. Al Dr. Stefan Fernández por toda la comprensión y empatía en cada momento difícil. Al Dr. Francisco Rodríguez por ser partícipe como co-director en este trabajo. Y al resto de mis maestros dentro del Departamento de Psiquiatría por toda la enseñanza, y aunque no fueron parte de la tesis, si fueron parte en la formación del camino para llegar hasta este punto, gracias por la enseñanza y recuerdos.

Al equipo CNSA por la colaboración y paciencia, Jorge, Merari y Sarai, gracias.

A mis compañeros y amigos residentes del Departamento de Psiquiatría por la confianza para permitirme entrevistar a sus pacientes para la fase de reclutamiento y a los controles que participaron sin pedir nada a cambio, solo la satisfacción de colaborar.

A la Dra. Mariana Ontiveros, igualmente por la confianza para continuar un trabajo iniciado por ella.

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
Capítulo I	
RESUMEN. ....	7
Introducción y objetivos	
Método	
Resultados	
Conclusiones	
Capítulo II	
INTRODUCCION. ....	9
Antecedentes	
Depresión y Calidad en la Dieta	
Estilos Cognitivos Negativos	
Capítulo III	
HIPOTESIS. ....	12
H1	
H0	
Capítulo IV	
OBJETIVOS. ....	13
Objetivo general	
Objetivos particulares	
Capítulo V	
MATERIAL Y METODOS. ....	14
Diseño metodológico	
Población y muestra	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusion	

Criterios de eliminación  
Consideraciones éticas  
Cálculo del tamaño de la muestra  
Análisis estadístico  
Instrumentos  
    M.I.N.I  
    Inventario de Beck  
    PHQ-9  
    DAS-SF  
    CSQ-SF  
    FFQ  
    GAD-7

Procedimiento

Capítulo VI

RESULTADOS. . . . . 19

Capítulo VII

DISCUSION. . . . . 21

Capítulo VIII

CONCLUSIONES. . . . . 23

Capítulo IX

ANEXOS. . . . . 24

Capítulo X

BIBLIOGRAFIA. . . . . 43

# **CAPITULO I**

## **RESUMEN**

### **Introducción y objetivos**

Identificar que ciertas personas pueden ser más vulnerables a la depresión es una pregunta de investigación cada vez más frecuente. La teoría de la desesperanza para la depresión (1) propone que un estilo cognitivo negativo aumenta la probabilidad de desarrollar depresión después de un evento negativo en el transcurso de la vida.

Por otra parte actualmente existe evidencia científica que contempla los estilos de vida de las personas como factores de riesgo para desarrollar depresión (2). Entre los estilos de vida que se contemplan en la mayoría de los estudios se encuentran la actividad física y calidad en la dieta, enfocándose principalmente a las personas con un diagnóstico formal de trastorno afectivo (depresión bipolar/unipolar). Relacionando una mala calidad en la dieta y síntomas depresivos. Sugiriendo que tal vez estos comportamientos tengan particular importancia en la génesis y progresión de los trastornos más comunes en Psiquiatría (2).

Este estudio pretende entender ambos factores de riesgo (estilo cognitivo y dieta) implicados en la génesis y pronóstico de la depresión en nuestra población, con el objetivo de poder hacer intervenciones más dirigidas y específicas que ayuden a mejorar la condición del paciente.

### **Método**

Se trata de un Estudio observacional, transversal, descriptivo que se centró en pacientes con síntomas depresivos del Departamento de psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González” y de la población en general en el estado de Nuevo León. La muestra se seleccionó a partir de junio del 2015. Se aplicaron cuestionarios y escalas para posteriormente vaciar la información en base de datos electrónica y hacer análisis estadístico.

### **Resultados**

Se reclutó una N=73 participantes, de los cuales 59 son mujeres y 14 son hombres. El rango de edad fue entre 18 y 67 años. Dentro de los resultados, destacaron aspectos relevantes, como la actividad física más marcada en el grupo control, así como el estado civil “casado/a”. Se confirmó la presencia de peores estilos cognitivos negativos dentro del grupo de casos, así como mayores síntomas de ansiedad. En cuanto a la dieta, se encontró una mayor cantidad de carbohidratos y lípidos dentro del grupo de casos, así como una

mayor cantidad de proteínas dentro del grupo control. Un dato extra relevante dentro del estudio, fue que un gran porcentaje de la muestra puntuó positivo para síntomas de ansiedad aún perteneciendo al grupo control.

### **Conclusiones**

Hasta el momento, con la N reclutada, los resultados están encaminados hacia una marcada diferencia en el tipo de dieta de las personas con síntomas depresivos y sin ellos. Estos resultados son importantes ya que a la hora de aplicar tratamientos para trastornos depresivos, es importante tomar en cuenta otros factores que aquí se incluyeron, como los estilos cognitivos negativos, la calidad en la dieta y síntomas ansiosos.

## **CAPITULO II**

### **INTRODUCCION**

Esta tesis la presentaré como requisito parcial para el grado de especialista en Psiquiatría General. Se encuentra organizada en 10 capítulos descritos previamente.

Existen estudios realizados a nivel mundial acerca de la influencia que tiene la dieta en algunas enfermedades médicas. Se ha comprobado que la dieta mediterránea funciona como un factor preventivo para éstas enfermedades. Ya que la dieta Mexicana, incluye nutrientes variados y diferentes, es importante crear consciencia en la población sobre la influencia y el impacto que la dieta puede tener sobre la salud del paciente. En el tema de los padecimientos psiquiátricos, también se han realizado estudios al respecto, poniendo foco principal en la asociación de la calidad de la dieta con los trastornos afectivos, principalmente los trastornos depresivos.

Por lo tanto, ante la falta de conocimiento sobre esta asociación de calidad en la dieta y síntomas depresivos en una población con dieta diferente a la mediterránea, este estudio se centró en el objetivo de evaluar diferentes variables como calidad de la dieta en pacientes con síntomas depresivos y compararlo con un grupo control para observar diferencias en la dieta. También se incluyen dentro de la evaluación un reporte acerca de estilos cognitivos negativos, ansiedad, actividad física y peso, ya que dentro de la literatura, se ha comprobado la asociación de éstos con los trastornos afectivos.

A continuación realizo una breve historia del problema que se plantea en este trabajo.

#### **Antecedentes**

Según datos de la OMS del año 2012, menciona que la depresión es el trastorno mental más frecuente, afectando a más de 350 millones de personas en todo el mundo, representando el principal factor de discapacidad, contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad (3).

La obesidad es un factor muy importante en la patogénesis de enfermedades cardiometabólicas. Tomando en cuenta que la depresión ha sido relacionada con el aumento en la adiposidad y el riesgo de padecer obesidad. Existe evidencia substancial que demuestra una clara relación entre la calidad de la dieta y la actividad física en el desarrollo de enfermedades cardiometabólicas. Recientemente algunos estudios han reportado la relación entre la pobre calidad en la dieta y el aumento en el riesgo de padecer depresión (4).

Se han investigado una gran variedad de patrones dietéticos con respecto a la depresión, como dietas saludables tal como la mediterránea y la japonesa y dietas no saludables como la occidental, confirmando que una dieta saludable está asociada con la disminución de la prevalencia a padecer depresión (5).

Una dieta sana como la mediterránea (6,7,8,9); con alto contenido en vegetales, carne, aves y lácteos (10); la dieta japonesa (frutas, verduras, té verde y soya) (11); y una “tradicional” de vegetales, frutas, pescado y carne no procesada (12,13) han mostrado una relación inversa con respecto a padecer depresión.

### **Depresión y Calidad en la Dieta**

Como ya se mencionó anteriormente la depresión es una de las enfermedades mentales más comunes. Se espera para el año 2020 sea la segunda causa de enfermedad. La depresión ha sido asociada a una disminución en la productividad, pobres resultados psicosociales y disminución en la calidad de vida (14).

Hasta la fecha no hay un análisis detallado de la prevalencia del episodio depresivo mayor (MDE por sus sigla en inglés) entre la población mexicana, así como de la discapacidad asociada o de las necesidades para su tratamiento (15). Según el Encuesta Nacional Mexicana de Comorbilidad (2005) las mujeres tienen una prevalencia más alta de episodio depresivo mayor que los hombres. La edad de mayor prevalencia entre las mujeres fue entre los 45 a los 55 años, mientras que para los hombres la prevalencia más alta se encontró en los mayores de 55 años. Entre las personas que reportaron prevalencia a lo largo de su vida, cerca del 10% reportó un episodio depresivo mayor en el último año (15).

Existen evidencias emergentes que prueban el rol de la nutrición dentro de los trastornos mentales (16,17). En estudios pasados se ha hecho énfasis en la asociación de la depresión con tipos específicos de nutrientes o alimentos (16).

Sin embargo, el efecto de la nutrición en la salud es complejo, tomando en cuenta las interacciones entre los diferentes nutrientes y una variedad de componentes alimenticios además de los hábitos saludables. En vista de lo anterior, se ha hecho un cambio de enfoque, de los simples nutrientes a la totalidad de la dieta y los patrones en ésta en los recientes años (18).

En un estudio donde se realizó una revisión sistemática de la relación entre la calidad de la dieta y síntomas depresivos, se encontró que las personas con una dieta más saludable tenían menos posibilidades de padecer depresión (19).

### **Estilos Cognitivos Negativos**

De acuerdo con las dos teorías cognitivas más importantes (Teoría de la desesperanza de Abramson y col. y la teoría de Beck), ciertos estilos cognitivos mal adaptativos incrementan la vulnerabilidad a padecer depresión (20). Existiendo gran evidencia en donde se muestra que los individuos con estilos cognitivos negativos son mucho más vulnerables a deprimirse a diferencia de los individuos con estilos cognitivos positivos (21,22). Monroe y Simons (1991) propusieron que existe una vulnerabilidad subyacente a la depresión, especialmente una predisposición cognitiva, influyendo en la forma en que un

individuo negocia en el curso de su vida y, en consecuencia, el estrés que él o ella podrían experimentar (20).

El estilo cognitivo negativo se describe como la tendencia que tiene un individuo para atribuir causas globales y estables de un evento vital negativo, a considerar que él mismo traerá consecuencias negativas en otras áreas de su vida, y concebirse en tal evento como una persona deficiente y de poco valor (1).

Mientras que los episodios depresivos tienden a ser episódicos, los estilos cognitivos pueden ser mucho más duraderos aunque no inmutables (23). Por lo tanto un aumento al reportar eventos negativos en la vida de un individuo con historia de depresión puede ser mayormente explicada por el subyacente estilo cognitivo negativo, que solamente por la presencia de un episodio depresivo (20).

## **CAPITULO III**

### **HIPOTESIS**

#### **HI**

Existe una alta prevalencia de mala calidad en la dieta con mayor vulnerabilidad a padecer depresión sobre todo en las personas con estilos cognitivos negativos.

#### **H0**

No existe una alta prevalencia de mala calidad en la dieta con mayor vulnerabilidad a padecer depresion sobre todo en las personas con estilos cognitivos negativos.

## **CAPITULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Evaluar en pacientes variables clínicas y sociodemográficas, así como síntomas depresivos, estilos cognitivos negativos y calidad en la dieta comparado con grupo control.

#### **Objetivos particulares**

1. Determinar los puntajes al estado basal de la población a estudiar en los instrumentos clinimétricos: M.I.N.I International Neuropsychiatric Interview apartado para trastornos del estado de ánimo, Inventario para depresión de Beck, PHQ-9, DAS-SF-1 y DAS-SF-2, CSQ-SF versión corta, FFQ y GAD-7.
2. Determinar la asociación entre mala calidad en la dieta y depresión.
3. Determinar la asociación entre mala calidad en la dieta y estilos cognitivos negativos.
4. Determinar la asociación entre estilos cognitivos negativos y depresión.
5. Correlacionar la calidad en la dieta con depresión y estilos cognitivos negativos.

## **CAPITULO V**

### **MATERIAL Y METODOS**

#### **Diseño metodológico**

Estudio observacional, transversal, descriptivo que se centró en pacientes con síntomas depresivos del Departamento de psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González” y de la población en general en el estado de Nuevo León.

#### **Población y muestra**

La muestra del estudio se recabó a partir de junio del 2015, incluyendo hasta la fecha un total de 73 pacientes, de los cuales, 37 fueron casos que contaban con síntomas depresivos y 36 controles sanos pareados por edad y sexo.

#### **Criterios de inclusión**

1. Adultos mayores de 18 años, con síntomas depresivos presentes (evaluados con M.I.N.I, Inventario de Beck y PHQ-9).
2. Con o sin psicofármacos
3. Que no se encuentres bajo ningún regimen de dieta

#### **Criterios de exclusión**

1. Personas con otros diagnósticos en el eje I según el DSM IV-TR
2. Enfermedades crónicas
3. Adicciones
4. Mujeres embarazadas

#### **Criterios de eliminación**

Aquellos participantes que hayan desertado durante el estudio o que no contesten las escalas y cuestionarios de manera adecuada o completa.

#### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se realizó posterior a la aprobación por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (número PS15-005), con la finalidad de buscar beneficio en la población incluía y la población en general con misma patología, de tal manera que se pudiera entender mejor el tema en estudio y proporcionar mejores tratamientos en el futuro.

Se invitó a los sujetos a participar en el estudio, con explicación detallada acerca del mismo. Se entregó y explicó el consentimiento informado, mismo que posterior a la firma, se entregó copia a los participantes.

Durante todo el estudio se respetó la confiencialidad de la información obtenida en los cuestionarios y se omitirá la identidad de los participantes.

### **Cálculo del tamaño de la muestra**

El diseño de muestra fue de tipo probabilístico aleatorio simple estratificado por asignación optima. Se realizó por conglomerados (grupo de casos y grupo de controles).

Con una población total (N) de 150 participantes, 75 casos y 75 controles.

### **Análisis estadístico**

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante programa IBM SPSS Statistics 21. Se obtuvieron de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersion y posición) par alas variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Los valores de estudio fueron contrastados según la presencia o ausencia de depresión, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student) y proporciones (Z), según el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad de 95%; la obtención de asociación y correlación estadística se realizó mediante los test de Chi2 y Pearson o Sperman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

### **Instrumentos**

1. Para evaluar depresión:
  - a. M.I.N.I. (International Neuropsychiatric Interview): es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y la CIE-10. Tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta y puede ser administrada en un tiempo más

breve que otros instrumentos. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Al comienzo de cada módulo, se presentan en un recuadro una o varias preguntas <filtro> correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas permiten al clínico indicar si se cumplen criterios diagnósticos.

- b. Inventario de Beck: es un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Es un instrumento utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con depresión. El rango va de 0-63 puntos donde 0-13 se considera sin depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 moderada y 29-63 severa.
2. Para evaluar síntomas depresivos:
    - a. PHQ-9 (cuestionario de salud del paciente): consta de 9 ítems que constituyen una subescala del Patient Health Questionnaire, a su vez una versión autoaplicable PRIME-MD, que evalúa la presencia de TDM usando criterios del DSM-IV. Los ítems son respondidos mediante valores “nunca”, “varios días”, “más de la mitad de los días” y “casi todos los días”. De 0-4 puntos se considera mínimos síntomas depresivos, 5-9 leves, 10-14 moderados, 15-19 moderadamente severos y 20-27 severos.
  3. Para evaluar estilos cognitivos negativos:
    - a. DAS-SF (Escala de Actitudes Disfuncionales): se evalúan actitudes disfuncionales en base a las teorías cognitivas de la depresión en pacientes deprimidos, se obtiene la versión corta, la cual consta de 9 ítems, desarrollando dos versiones DAS-SF1 y DAS-SF2. Cada ítem plantea una oración en la que el participante deberá contestar si está de acuerdo o no respecto a lo que se plantea la aseveración (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo), asignando un número del 1-4 a cada respuesta, entre mayor la puntuación mayor presencia de actitudes disfuncionales predisponentes para depresión. Se realiza la traducción del instrumento del inglés al español.
    - b. CSQ-SF (Cuestionario de Estilos Cognitivos Negativos versión corta): presenta hipotéticamente 8 situaciones negativas relacionadas a fracasos en las áreas académicas, laborales y de relaciones interpersonales. Se pide al participante que en cada situación imagine vívidamente la escena como si realmente le estuviera pasando, además de que piense la causa que pudo haberla ocasionado. Pudiendo evaluar entre causas internas o externas que pueden haber influido en el evento (es decir, causadas por ellos mismos o por los demás), en factores

específicos o globales (la causa o motivo impactará en todas las áreas de la vida del participante o solo en esta situación), factores estables o inestables (la causa permanecerá y causará los mismos resultados en el futuro), así como evaluar la autoestima de cada participante. La escala es de tipo Likert de aprobación, calificando del 1-5. Se omite un quinto constructo de la versión larga relacionado a las consecuencias negativas del evento. La puntuación total va de 64-320 puntos, con un rango en la subescala de 16-80 puntos. Entre más alto, más estilo cognitivo negativo.

4. Para evaluar calidad en la dieta:
  - a. FFQ (Cuestionario semicuantitativo de frecuencia de alimentos): obtuvo reproducibilidad y validez adecuadas para determinar ingestión diaria promedio en un año. Esto permite analizar posibles asociaciones con enfermedades crónicas y diagnósticos dietéticos poblacionales en mujeres y hombres adultos. Consta de 162 ítems; fue adaptado de la versión utilizada en PREDIMED (prevención con dieta mediterránea). Para cada ítem de un alimento específico se estandarizó una porción siendo establecida por la determinación de la frecuencia de consumo del alimento. El promedio de consumo de cada alimento es evaluado utilizando nueve opciones como propuso Willet: nunca o casi nunca, 1-3 veces por mes, una vez por semana, 2-4 veces por semana, una vez por día, 2-3 veces por día, 4-6 veces por día y más de 6 porciones al día.
5. Para evaluar otros síntomas:
  - a. GAD-7 (ansiedad generalizada): consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente, 0-4 no se aprecia ansiedad, 5-9 síntomas leves, 10-14 moderados y 15-21 severos. Evaluando la presencia de trastorno de ansiedad generalizada.

### **Procedimiento**

El estudio tuvo lugar en la ciudad de Monterrey, N.L. de junio 2015 a la fecha en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario José E. González. Los casos fueron referidos por residentes del mismo departamento para evaluación de criterios de inclusión al estudio. Posteriormente, se buscaban controles pareados por edad y sexo en la población en general, donde, si alguno resultaba positivo, se incluía al grupo control y se recomendaba buscar atención especializada. A ambos grupos, se les explicó detalladamente el estudio y fines del mismo, con posterior firma del consentimiento informado.

La participación requirió de una sola frecuencia, con duración de 1 hora 30 minutos por participante. Posterior a finalizar la evaluación, se calificaron escalas (la calificación del cuestionario de Frecuencia de Alimentos se realiza en línea utilizando el software “Nutricloud”, mismo que agiliza procesos de análisis y diagnóstico de la nutrición) y vaciaron resultados en base de datos electrónica (con una doble captura independiente de los resultados de los instrumentos clinimétricos además de los datos demográficos de los participantes). Al finalizar cada evaluación, se resguardaban todos los instrumentos aplicados a los sujetos dentro del CNSA (Centro de Salud Afectiva, centro de investigación dentro del departamento de Psiquiatría).

Al completar la captura, se procedió al análisis estadístico arrojando resultados, discusión y conclusiones.

## CAPITULO VI

### RESULTADOS

La muestra total es de 73 participantes, de los cuales 59 (80.8%) son mujeres y 14 (19.2%) son hombres. Dentro del total de los participantes el rango de edad fue de entre 18 y 67 años, con una edad media de 31.22 (desviación estándar DE 11.123). Dentro de los casos la edad media fue de 32.03 (DE 12.109) y en los controles fue de 30.37 (DE 10.082).

Dentro de los datos sociodemográficos lo que resaltó fue que los controles estaban más casados 38.2% (p-0.036). La actividad física fue otro dato relevante significativo, donde en los casos, hubo mayor porcentaje de sedentarismo (62.2% p-0.024) y en los controles actividad física (52.9% p-0.047). También dentro del grupo control se encontró el mayor porcentaje de los “muy activos”, aunque este porcentaje no fue estadísticamente significativo. TABLA 1.

Hubo diferencias significativas entre ambos grupos. En la escala de depresión de Beck y PHQ es esperado que el puntaje sea mayor en el grupo de casos, lo que se confirmó en los resultados, sin embargo, dentro del grupo control, la escala PHQ mostró un porcentaje elevado de mínimos síntomas depresivos (88.2%). Dentro de otros hallazgos esperados y que se confirmaron en este estudio, fue el encontrar mayor puntaje en las escalas de ansiedad y de estilos cognitivos negativos. Sin embargo, un dato que llamó la atención, es que dentro de todo el grupo de participantes incluyendo casos y controles, un 90.4% puntuó positivo en la escala de ansiedad (66 participantes), de los cuales la mayoría pertenecían al grupo de casos. En el grupo de casos predominaron los síntomas moderados y severos con un porcentaje de 41.7% y 44.4% respectivamente, mientras que en el grupo control los síntomas leves (88.2%) fueron los predominantes. TABLA 2.

Dentro del grupo de alimentos, a pesar de no ser estadísticamente significativo, se observa una diferencia en las medias, siendo mayor la cantidad de lípidos (40.4507) y carbohidratos (44.1247) dentro del grupo de casos y mayor porcentaje de proteínas (18.0835) dentro del grupo control. TABLA 3.

Dentro del análisis se correlacionaron los casos de pacientes deprimidos con las demás escalas siguiendo los objetivos particulares de este estudio y se encontró lo siguiente: Se encontró una correlación positiva con las escalas PHQ, ansiedad y estilos cognitivos negativos, así como una correlación negativa dentro de la cantidad proteica en la dieta. Lo que quiere decir que en el grupo de casos con depresión, se encuentran peores estilos cognitivos negativos, más síntomas ansiosos y menor cantidad de proteínas dentro de la dieta. TABLA 4.

Dentro de la tabla de casos se encontraron las siguientes correlaciones:

Se encontraron correlaciones positivas con la escala de Beck, los estilos cognitivos negativos (DAS1 Rho 0.377 p0.026 DAS2 Rho 0.370 p0.026). Y una correlación fuerte de la escala de Beck con la escala de ansiedad. (Rho 0.732 p0.000).

La escala PHQ se correlacionó fuertemente con la de ansiedad (Rho 0.767 p0.000) y DAS2 (Rho 0.434 p0.008), así como una correlación positiva con DAS1 (Rho 0.429 p0.010).

La escala de ansiedad se correlacionó fuertemente con DAS2 (Rho 0.471 p0.004) y positivamente con DAS1 (Rho 0.374 p 0.027). También se observó una relación inversa entre ésta misma escala y un episodio depresivo actual (Rho -0.461 p0.005) y un episodio depresivo mayor con rasgos melancólicos (Rho -0.477 p0.004).

DAS1 mostró una relación inversa con la distribución de proteínas (Rho -0.413 p0.015) y DAS2 resultados similares (Rho -0.341 p0.045).

Un episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos mostró una relación inversa con el IMC (Rho -0.354 p0.034)/

La distribución de proteínas en la dieta se correlacionó inversamente con DAS1 (Rho -0.413 p0.015), DAS2 (Rho-0.341 p0.045) y la distribución de carbohidratos (Rho -0.625 p0.000)

Y por ultimo, el índice de la calidad de la dieta Mexicana (ICDMx) se correlacionó positivamente con la distribución de carbohidratos (Rho 0.502 p0.002) e inversamente con la distribución de lípidos (Rho-0.348 p0.038).

TABLA 5.

En cuanto a los controles, en la tabla de correlaciones se encontró lo siguiente:

En la distribución de proteínas una relación inversa con la escala de ansiedad (Rho-0.381 p0.026)

En la distribución de carbohidratos se encontró una correlación positiva con la escala de ansiedad (Rho 0.351 p0.042), con la actividad física (Rho0.406 p0.017) y con el índice de la calidad de la dieta Mexicana (Rho 0.408 p0.016), mientras que con la talla, se encontró una relación inversa (Rho -0.439 p0.009).

TABLA 6.

## CAPITULO VII

### DISCUSION

Hasta el momento ha sido posible acercarnos a los resultados esperados desde un inicio del estudio. A continuación, discutiré cada uno de los objetivos fijados y a su vez, agregar otros puntos relevantes que revelaron los resultados sin tenerlos contemplados previamente.

Dentro del objetivo general se encuentra el valorar las variables clínicas y sociodemográficas, así como síntomas depresivos, estilos cognitivos negativos y calidad en la dieta comparado con grupo control. En los resultados pudimos encontrar datos similares a los ya reportados en la literatura, solo mencionaré los relevantes para la discusión y los que tienen un significado estadístico. Dentro del grupo control se encontró el estar casado/a y la actividad física como características significativas de los controles sanos. Dentro de éstos resultados se hubiera esperado encontrar diferencia en el Índice de Masa Corporal (IMC) entre ambos grupos, lo cuál no fue así.

Como objetivos particulares planteados, el foco principal se puso en encontrar alguna asociación entre síntomas depresivos, estilos cognitivos negativos y la calidad de la dieta. Dentro de los resultados, podemos observar algunos que corresponden a lo ya reportado en la literatura, como lo son el presentar peores estilos cognitivos negativos y síntomas ansiosos en personas con depresión. Esto pudiera interpretarse como un factor de riesgo a tomar en cuenta, a peores estilos cognitivos negativos, mayor vulnerabilidad a padecer depresión. En cuanto a los síntomas ansiosos, según lo reportado previamente en la literatura, se puede interpretar en nuestros resultados como una comorbilidad, aunque también como un empeoramiento de síntomas ansiosos a tomar en cuenta en pacientes con depresión, ya que a pesar de que en el grupo de casos fueron más marcados los síntomas, en un porcentaje elevado de toda la muestra (incluyendo controles), se encontraron síntomas ansiosos.

En cuánto a la dieta, no se han observado resultados estadísticamente significativos, aunque la dirección a la que van encaminados los resultados, son los siguientes: hasta el momento, se pueden observar diferencias en la calidad de la dieta de un grupo con el otro. En pacientes deprimidos se observa un mayor porcentaje de carbohidratos y lípidos dentro de la dieta, mientras que en el grupo control un mayor porcentaje de proteínas. Pudiera ser que una dieta alta en proteínas sirva como factor protector o preventivo dentro de nuestra población para evitar depresión, ansiedad y peores estilos cognitivos negativos. Esto es de importancia ya que lo observado fue que en la calidad de la dieta Mexicana se encontró un alto porcentaje de carbohidratos, lo que quiere decir que habría que hacerse intervenciones dietéticas para hacer cambios en los hábitos de alimentación en esta población.

Otros datos que no se reportaron en los resultados por no pertenecer al foco principal de este estudio, que sin embargo pueden ser relevantes para tomar en cuenta, son: dentro del grupo control, se observó una mayor escolaridad, misma que coincide con tener menos estilos cognitivos negativos, menos consumo de carbohidratos y mayor actividad física. Y por último, en las personas de estrato socioeconómico más alto, se observaron menos síntomas ansiosos.

## **CAPITULO VIII**

### **CONCLUSIONES**

1. Se encontró una asociación entre peores estilos cognitivos negativos y depresión.
2. Los pacientes deprimidos y con peores estilos cognitivos negativos presentan una dieta predominante de carbohidratos y lípidos.
3. Los controles sanos presentaron mayor porcentaje de proteínas dentro de su dieta.
4. La actividad física puede ser un factor protector para padecer depresión.
5. Alto porcentaje de síntomas ansiosos en la población con empeoramiento de los síntomas al presentar depresión
6. La escolaridad en nuestra población es importante, ya que las personas con mayor escolaridad tienen más actividad física, menos consumo de carbohidratos y mejores estilos cognitivos.
7. La dieta Mexicana es alta en carbohidratos, por lo que es importante intervenir en la dieta de ésta población ya que los carbohidratos pueden considerarse como factor de riesgo, mientras que las proteínas como factor protector o preventivo.

## CAPITULO IX

### ANEXOS

Datos	Casos N=37	Controles N=36
Sexo (%)		
• Fem	81.1%	80.6%
• Masc	18.9%	19.4%
Edad (DE)	32.03 ( $\pm$ 12.109)	30.37 ( $\pm$ 10.082)
Estado Civil (%)		
• Soltero	67.6%	58.8%
• Casado	16.2%	<b>38.2% p -0.036</b>
• Divorciado	5.4%	0
• Separado	2.7%	2.9%
• Unión Libre	5.4%	0
• Otro	2.7%	0
Religión (%)		
• Católico	75.7%	70.6%
• Cristiano	5.4%	0
• Testigo de Jehová	0	0
• Otro	2.7%	0
• Sin Religión	16.2%	29.4%
Estrato Socioeconómico (%)		
• Alto	0	8.8%
• Medio Alto	21.6%	35.3%
• Medio	48.6%	35.3%
• Medio Bajo	21.6%	11.8%
• Bajo	8.1%	8.8%
Escolaridad (%)		
• Primaria completa	5.4%	0
• Secundaria trunca	0	0
• Secundaria completa	13.5%	5.9%
• Preparatoria trunca		
• Preparatoria completa	5.4%	0
• Licenciatura trunca	10.8%	14.7%
• Licenciatura completa		
• Posgrado	27%	23.5%
	32.4%	38.2%
	5.4%	17.6%
IMC (DE)	24.3581 ( $\pm$ 4.87844)	24.2536 ( $\pm$ 3.80286)
Actividad Física		
• Sedentario	<b>62.2% p-0.024</b>	35.3%
• Activo	29.7%	<b>52.9% p-0.047</b>
• Muy Activo	8.1%	11.8%

**TABLA 1**

BECK RANGOS	Sin depresión	30.6%	100.0%	
	Dep. Leve	8.3%	0.0%	
	Dep. Moderada	44.4%	0.0%	
	Dep. Severa	16.7%	0.0%	
BECK DEPRESIÓN	PRESENTE	67.6%	0.0%	
	AUSENTE	32.4%	100.0%	
PHQ RANGOS	Mínimos síntomas depresivos	2.9%	<b>88.2%</b>	(<0.0001)
	Leves síntomas depresivos	14.7%	11.8%	
	Moderados síntomas depresivos	35.3%	0.0%	
	Moderadamente severos síntomas depresivos	20.6%	0.0%	
	Severos síntomas depresivos	26.5%	0.0%	
PHQ SIN. DEP.	PRESENTE	<b>89.2%</b>	11.1%	(<0.0001)
	AUSENTE	10.8%	<b>88.9%</b>	(<0.0001)
GAD RANGOS	Leve	13.9%	<b>88.2%</b>	(<0.0001)
	Moderado	<b>41.7%</b>	8.8%	(<0.0001)
	Severa	<b>44.4%</b>	2.9%	(<0.0001)
GAD ANSIEDAD	PRESENTE	94.6%	86.1%	
	AUSENTE	5.4%	13.9%	

**TABLA 2**

	CASO	CONTROL	p
Edad	32	30	
Peso	63.7	66.5	
Talla	1.62	<b>1.65</b>	0.029
IMC	24.36	24.25	
Beck	<b>21</b>	3	<0.0001
PHQ	<b>16</b>	2	<0.0001
GAD	<b>11</b>	3	<0.0001
DAS.1	<b>21</b>	14	<0.0001
DAS.2	<b>22</b>	17	<0.0001
CSQ.Total	<b>204</b>	161	<0.0001
CSQ.Glob	<b>42</b>	31	<0.0001
FFQ.Dist.Prot	15.93	<b>18.08</b>	0.044
FFQ.Dist.Lip	40.11	38.94	
FFQ.Dist.CH	43.82	40.84	
FFQ.ICDMx	53.51	51.32	

**TABLA 3**

### Correlación de Serman

		CASO
Peso	Rho	-0.143
	p	0.233
	N	71
Talla	Rho	-0.227
	p	0.057
	N	71
IMC	Rho	-0.021
	p	0.864
	N	71
PHQ	Rho	0,824**
	p	0.000
	N	70
GAD	Rho	0,706**
	p	0.000
	N	70
DAS.1	Rho	0,508**
	p	0.000
	N	69
DAS.2	Rho	0,458**
	p	0.000
	N	70

CSQ.Total	Rho	0,540**
	p	0.000
	N	72
CSQ.Glob	Rho	0,559**
	p	0.000
	N	72
FFQ.Dist.Prot	Rho	-0,242*
	p	0.044
	N	70
FFQ.Dist.Lip	Rho	0.083
	p	0.492
	N	70
FFQ.Dist.CH	Rho	0.204
	p	0.091
	N	70
FFQ.ICDMx	Rho	0.095
	p	0.435
	N	70
FFQ.Suf.KCal	Rho	-0,308**
	p	0.010
	N	70

**TABLA 4**



TABLA 6

	Edad	Estrato	Escolaridad	Peso	Talla	IMC	Act.Fis	Beck	PHQ	GAD	DAS.1	DAS.2	MINI DEPRESION	CSQ.Total	CSQ.Glob	FFQ.DistProt	FFQ.DistLip	FFQ.DistCH	FFQ.ICDMx
Edad	Rho	1.000	0.089	0.229	-0.179	0.223	-0.290	0.126	-0.136	-0.297	-0.105	-0.023	-0.192	-0.021	0.040	0.308	-0.177	-0.138	-0.003
	P	0.615	0.311	0.192	0.575	0.204	0.096	0.478	0.444	0.088	0.556	0.897	0.270	0.903	0.821	0.077	0.317	0.435	0.987
	N	35	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	35	35	35	34	34	34	34
Estrato	Rho	0.089	1.000	0.099	-0.224	0.287	-0.117	0.026	-0.054	-0.475	-0.156	-0.236	0.078	-0.024	-0.059	0.218	0.247	-0.267	0.045
	P	0.615	0.703	0.578	0.204	0.100	0.509	0.883	0.762	0.005	0.377	0.180	0.661	0.893	0.739	0.216	0.158	0.126	0.801
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Escolaridad	Rho	0.179	0.068	1.000	-0.435	-0.390	0.198	-0.158	-0.045	0.093	-0.253	0.116	-0.358	-0.394	-0.487	-0.125	-0.232	0.229	0.200
	P	0.311	0.703	0.010	0.195	0.023	0.262	0.373	0.799	0.601	0.149	0.515	0.186	0.021	0.003	0.483	0.183	0.183	0.257
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Peso	Rho	0.229	0.099	-0.435	1.000	0.460	-0.072	-0.004	-0.099	-0.452	0.138	0.049	0.187	0.152	0.099	0.287	0.045	-0.201	0.180
	P	0.192	0.578	0.010	0.006	0.000	0.886	0.982	0.579	0.007	0.437	0.783	0.290	0.390	0.577	0.099	0.802	0.255	0.367
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Talla	Rho	-0.100	-0.224	-0.228	0.460	1.000	0.019	-0.021	-0.173	-0.107	-0.216	0.074	0.077	0.184	-0.087	0.170	0.256	-0.439	-0.228
	P	0.575	0.204	0.195	0.006	0.914	0.905	0.528	0.549	0.221	0.678	0.665	0.618	0.296	0.624	0.538	0.145	0.009	0.195
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
IMC	Rho	0.223	0.287	-0.390	0.844	1.000	0.019	1.000	-0.165	-0.406	0.182	0.030	0.121	0.138	0.223	0.149	-0.002	-0.019	0.296
	P	0.204	0.100	0.023	0.000	0.914	0.000	0.351	0.430	0.741	0.302	0.866	0.495	0.435	0.204	0.401	0.990	0.914	0.089
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Acti Fis	Rho	-0.290	-0.117	0.198	-0.072	-0.021	-0.165	1.000	-0.220	-0.252	-0.113	-0.031	0.096	-0.146	-0.127	0.001	-0.237	0.406	0.228
	P	0.096	0.509	0.262	0.686	0.905	0.351	0.212	0.151	0.523	0.860	0.587	0.413	0.409	0.473	0.997	0.178	0.017	0.194
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Beck	Rho	0.126	0.026	-0.158	-0.004	-0.173	0.140	-0.220	1.000	0.714	0.150	0.283	0.316	-0.014	0.083	0.362	-0.250	0.642	-0.337
	P	0.478	0.883	0.373	0.982	0.328	0.430	0.212	0.000	0.398	0.105	0.068	0.937	0.008	0.036	0.123	0.153	0.083	0.051
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
PHQ	Rho	-0.136	-0.054	-0.099	-0.107	0.059	-0.252	0.714	1.000	0.368	0.140	0.095	-0.143	0.354	0.184	0.029	-0.061	0.082	-0.201
	P	0.444	0.762	0.799	0.549	0.741	0.151	0.000	0.038	0.428	0.592	0.592	0.419	0.040	0.299	0.871	0.730	0.646	0.255
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
GAD	Rho	-0.297	-0.475	0.093	-0.462	-0.216	-0.406	-0.113	0.150	0.598	1.000	-0.042	0.052	0.069	0.008	-0.381	-0.014	0.351	-0.060
	P	0.088	0.005	0.601	0.007	0.221	0.017	0.523	0.398	0.038	0.816	0.770	0.831	0.026	0.963	0.026	0.937	0.042	0.736
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
DAS.1	Rho	-0.105	-0.156	-0.253	0.138	0.074	0.182	-0.031	0.283	0.140	-0.042	1.000	0.534	0.415	0.326	-0.008	-0.113	0.036	-0.301
	P	0.556	0.377	0.149	0.437	0.678	0.302	0.860	0.105	0.428	0.816	0.001	0.001	0.015	0.060	0.962	0.525	0.840	0.083
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
DAS.2	Rho	-0.023	-0.236	0.116	0.049	0.077	0.030	0.096	0.316	0.095	0.052	1.000	-0.098	0.147	0.050	0.134	-0.320	0.177	-0.149
	P	0.897	0.180	0.515	0.783	0.665	0.866	0.587	0.068	0.592	0.770	0.001	0.580	0.405	0.777	0.449	0.065	0.316	0.400
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
MINI DEPRESION	Rho	-0.192	0.078	-0.358	0.187	0.089	0.121	0.145	-0.014	-0.143	-0.038	0.360	1.000	0.268	0.187	0.102	0.112	-0.214	-0.214
	P	0.270	0.661	0.037	0.290	0.618	0.495	0.413	0.937	0.419	0.831	0.036	0.580	1.000	0.274	0.565	0.550	0.224	0.224
	N	35	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
CSQ.Total	Rho	-0.021	-0.024	-0.394	0.152	0.184	0.138	-0.146	0.446	0.354	0.069	0.415	0.147	1.000	0.793	0.194	0.040	0.793	-0.109
	P	0.903	0.893	0.021	0.390	0.296	0.435	0.409	0.008	0.040	0.697	0.015	0.405	0.000	0.000	0.273	0.823	0.444	0.538
	N	35	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
CSQ.Glob	Rho	0.040	-0.059	-0.487	0.089	-0.087	0.223	-0.127	0.362	0.184	0.008	0.050	0.187	0.793	1.000	0.168	-0.053	-0.039	0.044
	P	0.821	0.739	0.003	0.577	0.624	0.204	0.473	0.036	0.299	0.963	0.060	0.777	0.274	0.000	0.342	0.765	0.829	0.803
	N	35	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
FFQ.DistProt	Rho	0.308	0.218	-0.125	0.287	0.170	0.149	0.001	0.270	0.029	-0.381	0.134	0.102	1.000	0.168	0.100	-0.195	-0.339	-0.014
	P	0.077	0.216	0.483	0.099	0.338	0.401	0.997	0.123	0.871	0.026	0.962	0.449	0.269	0.342	0.565	0.342	0.050	0.938
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
FFQ.DistLip	Rho	-0.177	0.247	-0.232	0.045	0.296	-0.002	-0.237	-0.250	-0.061	-0.113	-0.320	0.112	0.040	-0.053	-0.195	1.000	-0.565	-0.262
	P	0.317	0.158	0.186	0.802	0.145	0.990	0.178	0.153	0.937	0.525	0.065	0.530	0.269	0.765	0.269	0.000	0.134	0.134
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
FFQ.DistCH	Rho	-0.139	-0.267	0.229	-0.201	-0.439	-0.019	0.406	0.083	0.082	0.351	0.036	0.177	-0.214	-0.039	-0.339	-0.565	1.000	0.408
	P	0.435	0.126	0.193	0.255	0.009	0.914	0.017	0.642	0.646	0.840	0.316	0.224	0.444	0.829	0.050	0.000	0.016	
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
FFQ.ICDMx	Rho	-0.003	0.045	0.200	0.160	-0.228	0.296	0.228	-0.337	-0.201	-0.060	-0.301	-0.149	-0.109	0.044	-0.014	-0.262	0.408	1.000
	P	0.987	0.801	0.257	0.367	0.195	0.089	0.194	0.051	0.255	0.736	0.083	0.400	0.538	0.803	0.938	0.134	0.016	
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34

**A. Episodio depresivo mayor**

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a.	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? <small>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</small>	NO	SÍ	3
b.	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c.	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d.	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e.	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f.	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g.	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINUE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINUE CON EL MÓDULO B:

A4	a. ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b. ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>	

### Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(= SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A5=SI), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SI	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SI	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SI	

A6: Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:

a.	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SI	13
b.	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SI	14
c.	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SI	15
d.	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SI	
e.	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SI	
f.	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SI	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SI
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## B. Trastorno distímico

(⇒ SIEMPRE IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORÉ ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SÍ	18
B3	Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

### C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	5
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
<b>A lo largo de su vida:</b>				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4

CODIFICAR SI EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA

SI SE SUMA EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR CON UN CÍRCULO «SI» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO	SI
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## D. Episodio (hipo)maníaco

(→ SIGNIFICA: PARA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, PODEAN CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODELO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SI	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SI:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SI	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SI	3
<p>SI SI:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
¿CODIFICÓ SI EN D1a O EN D2a?			NO	SI	

D3 SI D1b O D2b = SI: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL.  
SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO.

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SI	5	
b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6	
c	¿Hablaban usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SI	7	
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SI	8	
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SI	9	
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SI	10	
g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignora los riesgos o consecuencias (p. ej., se emborrachó en fiestas descontroladas, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SI	11	
¿CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 1 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO (EPISODIO PASADO) O SI D1b ES NO (EPISODIO ACTUAL))?			NO	SI	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4

¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

NO

SÍ

12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:



CODIFICÓ NO EN D4:

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

CODIFICÓ SÍ EN D4:

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

NO	SÍ
<b>EPISODIO MANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

<b>Puntuación</b>	<b>Nivel de depresión*</b>
1-10 .....	Estos altibajos son considerados normales.
11-16 .....	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20 .....	Estados de depresión intermitentes.
21-30 .....	Depresión moderada.
31-40 .....	Depresión grave.
+ 40 .....	Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "0" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

For office copy: 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

## GAD-7

Durante las últimas dos semanas ¿qué tan seguido le ha molestado...

		Para nada (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto?				
2	No poder parar o controlar la preocupación?				
3	Preocuparse mucho sobre diferentes cosas?				
4	Tener problemas para relajarse?				
5	Sentirse tan agitado que no se puede sentarse quieto(a)?				
6	Enojarse o molestarse muy fácilmente?				
7	Sentirse con miedo, como si algo muy malo fuera a suceder?				

Si dijo si a alguno de estos problemas ¿qué tanto estos problemas le han hecho difícil su trabajo,  
hacerse cargo de su casa o relacionarse con otras personas?

Nada difícil  Algo difícil  Muy difícil  Extremadamente difícil

## CAPITULO X

### BIBLIOGRAFIA

1. Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. 1989. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372.
2. Berk M, Sarris J, Coulson CE, Jacka FN. Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127 (Suppl. 443): 38–54.
3. WHO. October 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (cited 10 December 2012).
4. Yu ZM, Parker L, Dummer T. Depressive symptoms, diet quality, physical activity, and body composition among populations in Nova Scotia, Canada: Report from the Atlantic Partnership for Tomorrow's Health. *Preventive Medicine* 61 (2014) 106–113.
5. Dipnall, Joanna F Pasco, Julie A Meyer et al. The association between dietary patterns, diabetes and depression. *Journal of Affective Disorders* 174 (2015) 215–224.
6. Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB, Sergentanis IN, Kostis R, Scarmeas N. 2013. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: a meta-analysis. *Ann. Neurol.* 74, 580–591.
7. Rienks J, Dobson A, Mishra G, 2012. Mediterranean dietary pattern and prevalence and incidence of depressive symptoms in mid-aged women: results from a large community-based prospective study. *Eur. J. Clin. Nutr.* 67, 75–82.
8. Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Alonso A, Schlatter J, Lahortiga F, Majem LS, Martínez-González MA. 2009. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch. Gen. Psychiatry* 66, 1090–1098.
9. Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Estruch R, Salas-Salvadó J, Corella D, Covas MI, et al. 2013. Mediterranean dietary pattern and depression: the PREDIMED randomized trial. *BMC Med.* 11, 208.
10. Meyer BJ, Kolanu N, Griffiths DA, Grounds B, Howe PR, Kreis IA. 2013. Food groups and fatty acids associated with self-reported depression: an analysis from the Australian National Nutrition and Health Surveys. *Nutrition* 29, 1042–1047.
11. Nanri A, Kimura Y, Matsushita Y, Ohta M, Sato M, Mishima N, et al. 2010. Dietary patterns and depressive symptoms among Japanese men and women. *Eur. J. Clin. Nutr.* 64, 832–839.

12. Jacka FN, Kremer PJ, Berk M, de Silva-Sanigorski AM, Moodie M, Leslie ER, Pasco JA, Swinburn BA. 2011. A prospective study of diet quality and mental health in adolescents. *PLoS One* 6, e24805.
13. Jacka FN, Kremer PJ, Leslie ER, Berk M, Patton GC, Toumbourou JW, Williams JW. 2010. Associations between diet quality and depressed mood in adolescents: results from the Australian Healthy Neighbourhoods Study. *Aust.*
14. Begg S, Vos T, Barker B, Stevenson C, Stanley L, Lopez A. The burden of disease and injury in Australia 2003. Canberra, Australia: AIHW, 2007.
15. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders* 138 (2012) 165–169.
16. Murakami K, Sasaki S. Dietary intake and depressive symptoms: a systematic review of observational studies. *Mol Nutr Food Res* 2010; 54:471–88.
17. Jacka F, Berk M. Food for thought. *Acta Neuropsychiatr* 2007;19:321-3.
18. McNaughton S. Dietary patterns and diet quality: approaches to assessing complex exposures in nutrition. *Australasian Epidemiologist* 2010;17:35–7.
19. Lai JS, Hiles S, Bisquera A, Hure AJ, McEvoy M, Attia J. A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. *Am J Clin Nutr* 2014;99:181–97.
20. Scott M, Safford, Lauren B, Alloy, Lyn Y, Abramson, Alisa G, Crossfield. Negative cognitive style as a predictor of negative life events in depression-prone individuals: A test of the stress generation hypothesis. *Journal of affective disorders*. Volume 99, Issues 1–3, April 2007, Pages 147–154.
21. Alloy LB, Abramson LY, Hogan MF, Whitehouse WG, Rose DT, Robinson MS, Kim RS, Lapkin JB. The Temple–Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J. Abnorm. Psychology*, 109 (2000), pp. 403–418.
22. Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME, Panzarella C, Rose DT. Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J. Abnorm. Psychology*, 115 (2006), pp. 145–156.
23. Just N, Abramson LY, Alloy LB. Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual analysis. *Clin Psychol Rev* 2001;21:63– 83. [PubMed: 11148896].