71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 1

Psiquiatría social

*Psiquiatría y Salud Integral.* 2003;3(3):71-82

**Palabras clave:** depresión postparto, farmacología, factores de riesgo, factores psicosociales

# Diferencias de sexo y de género en la depresión: reporte de la cumbre sobre la mujer y la depresión

Dra. Carolyn M. Mazure, Dra. Gwendolyn P. Keita y Dra. Mary C. Blehar

**RESUMEN**

La depresión es la principal causa de incapacidad en las mujeres a nivel mundial. Las mujeres tienen un mayor riesgo de padecerla que los hombres. Las diferencias de género en los índices de depresión surgen durante la pubertad. Investigaciones contemporáneas indican que los factores genéticos, la regulación de hormonas sexuales, así como factores psicosociales contribuyen a estas diferencias que persisten a lo largo de la vida. Los factores de riesgo psicosociales en la mujer incluyen elementos de estrés traumático, ciertos rasgos cognoscitivos y el contexto interpersonal en el que la depresión se desarrolla.

Investigaciones realizadas al respecto han demostrado la eficacia tanto de las psicoterapias como de las farmacoterapias antidepresivas en el tratamiento de la depresión en las mujeres, y ahora se comienzan a estudiar tratamientos hormonales y alternativos. El conocimiento de la efectividad de los tratamientos contra la depresión para poblaciones étnicas minoritarias es más limitada. El número de mujeres en tratamiento por depresión representa sólo una fracción de las que realmente la padecen. Algunos factores, como mejorar el reconocimiento de la depresión y su posterior tratamiento por parte de los médicos, educar al público y mejorar su acceso a los servicios, resultan de capital importancia para reducir la incidencia de depresión. Finalmente, al concluir el presente artículo se ofrecen varias recomendaciones para establecer una agenda para la investigación, el fondeo, la educación pública, la prevención, el tratamiento y la prestación de servicios.

**ABSTRACT**

Depression is the leading cause of disability among women in the world and women have a higher risk of depression than men. Gender differences in rates of depression emerge at the time of puberty, and contemporary research suggests that genetic factors, regulation of sex hormones, as well as psychosocial factors contribute to these differences which persist over the life span. Psychosocial risk factors for women include traumatic stressors, certain cognitive styles, and the interpersonal context in which depression occurs.

Research has demonstrated the efficacy of both psychotherapies and antidepressant pharmacotherapies in the treatment of depression in women and is beginning to investigate hormonal and alternative treatments. Knowledge of the effectiveness of depression treatments for ethnic minority populations is more limited. The number of women treated for depression represents only a fraction of those suffering from depression. Improving recognition and treatment by practitioners, educating the public, and improving access are vital steps to reducing depression. Finally, a number of recommendations at the end of this paper provide an agenda for research, funding, public education, prevention, treatment, and service delivery.

La Dra. Mazure es profesora de psiquiatría, decana asociada para asuntos de la facultad y directora del Instituto de Investigación sobre Salud de la Mujer en la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale en New Haven, CT.

La Dra. Keita es directora ejecutiva asociada y directora de la American Psychological Association, en Washington, DC.

La Dra. Blehar es jefa del Programa de Salud de la Mujer del Instituto Nacional de Salud Mental en Bethesda, MD.

Lo que se declara en este documento se basa en las discusiones mantenidas por los participantes de la cumbre y no necesariamente reflejan las políticas o la postura del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 2



## Introducción

Actualmente, la depresión es la principal causa mundial de incapacidad en las mujeres.[1] Las mujeres corren mayor riesgo de presentar un episodio inicial de depresión[2,3] y, a pesar de que el riesgo de recaída es igual para las mujeres que para los hombres,[4,5] hay más mujeres en el muestreo, el cual reúne a aquellos pacientes que sufren recaídas.

Los individuos que padecen el trastorno de depresión mayor (TDM) reportan mayor deterioro en el desempeño físico y social, que los individuos con varias condiciones médicas crónicas, incluyendo la hipertensión, la diabetes y los problemas de espalda.[6] A pesar de su alta prevalencia y grave impacto, la depresión no se diagnostica ni se trata adecuadamente, ya sea por medio de la atención primaria ni por médicos no-psiquiatras que son quienes tienen mayor accesso al tratamiento inicial de pacientes con depresión.[7] Se ha descubierto que varias intervenciones han resultado positivas para mejorar los resultados en unidades de atención primaria, incluyendo el uso de profesionales de salud mental y otros profesionales médicos trabajando conjuntamente.[8]

Para estudiar estas y otras cuestiones sobre de la depresión en las mujeres, del 5 al 7 de octubre de 2000, la American Psychological Association (APA) reunió a más de 35 expertos reconocidos internacionalmente, en varias disciplinas. El objetivo fue realizar una revisión de vanguardia sobre los hallazgos producidos por investigaciones en las mujeres y la depresión, hacer recomendaciones sobre cómo dichos hallazgos pueden reflejarse en las políticas de salud y llevarse a la práctica, y generar una agenda de investigación centrada en la mujer y la depresión. Este artículo se basa en las deliberaciones realizadas en la Cumbre sobre la Mujer y la Depresión.

## La etiología de las diferencias de sexo en la depresión

La cumbre examinó una serie de factores que influencian la etiología de la depresión en las mujeres incluyendo genes y hormonas sexuales, estrés cotidiano y condiciones traumáticas (incluyendo pobreza y violencia interpersonal), relaciones interpersonales y rasgos cognoscitivos, así como centrada en la depresión en niñas y mujeres jóvenes y explorando modelos animales de la depresión. Las diferencias de género en índices de depresión surgen durante la pubertad[9]—planteando cuestiones sobre el papel que desempeñan los factores biológicos, especialmente las hormonas sexuales, así como las influencias socioculturales en la etiología de la depresión.

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 3



No se han identificado genes específicos como responsables de la depresión, ni se han encontrado resultados familiares o de estudios gemelares que resulten definitivos al mostrar con precisión la contribución genética de la depresión. Sin embargo, cada vez hay más información[10,11] que implica al riesgo genético como un factor importante en la depresión y algunos datos sugieren que existe la posibilidad de que los genes jueguen un papel diferente en el desarrollo de la depresión en la mujer comparado a los hombres.[12]

La diferencia obvia en las hormonas sexuales entre las mujeres y los hombres, el vínculo entre altos índices de depresión en las mujeres después de la pubertad y la relación entre el estado de ánimo y el ciclo menstrual o la reproducción, sugieren que las hormonas sintetizadas en gónadas podrían contribuir a las diferencias en el inicio de la depresión. En especial, una alteración en la interacción entre el eje de la gónada hipotálamo-pituitaria (GHP) y los neuromoduladores, como la serotonina, podría ser un elemento clave contribuyente a la depresión en la mujer.

### Estrés y elementos traumáticos cotidianos

El control de casos y los estudios basados en la comunidad han demostrado una relación entre la depresión mayor y eventos adversos graves. Trabajos recientes utilizando modelos multivariados, que representan otros factores de riesgo, han confirmado el papel de eventos graves en precipitar el inicio de la depresión.[13,14] A pesar de que pocos estudios han examinado las diferencias de sexo con respecto al estrés y la depresión, existen investigaciones iniciales que indican que las mujeres son tres veces más propensas que los hombres a padecer depresión como respuesta a eventos estresantes.[15]

Elementos de estrés traumático, tales como abuso sexual en la infancia, asaltos sexuales en la adultez, y violencia conyugal por parte de la pareja masculina,[17] se han vinculado a mayores índices de depresión en la mujer, así como a otras condiciones psiquiátricas como el trastorno de estrés postraumático. Otras formas crónicas de estrés grave se han vinculado también a mayores índices de depresión en las mujeres, incluyendo pobreza, desigualdad y discriminación. Existe una mayor posibilidad de que las mujeres reciban ingresos inferiores al nivel de pobreza que los hombres, y los síntomas de la depresión son comunes entre personas de bajos ingresos, especialmente entre madres con hijos pequeños.[18] Además, los adultos en condición de pobreza tienen el doble de posibilidades de experimentar nuevos episodios de depresión mayor que adultos que no son pobres. Otras investigaciones contemporáneas muestran que la desigualdad económica,

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 4



no sólo la pobreza extrema, contribuye a resultados de salud negativos[20,21] y se asocia con la depresión en la mujer.[22]

### Relaciones interpersonales y estilos cognoscitivos

Los modelos diatésicos del estrés se han dirigido hacia la comprensión de los factores de vulnerabilidad que predisponen a algunos individuos a la depresión, frente un elemento cotidiano que produce estrés. Los principales modelos diatésicos del estrés que han surgido de un enfoque cognoscitivo de la depresión se han enfocado en creencias disfuncionales, impotencia,[23,24] y más recientemente en la desesperanza, como las diatésis provocadas por el elemento que produce estrés. Estos modelos han permitido conocer a fondo los estilos cognoscitivos o relacionales, asociados con la depresión, y una mayor comprensión de la interacción entre el estrés y la depresión en lo que se refiere a mediadores cognoscitivos. Un estilo cognoscitivo que se ha demostrado confiere un riesgo elevado de que la depresión sea más común en las mujeres es el pensamiento meditativo, un foco mental repetitivo y pasivo en los síntomas de la angustia, sus posibles causas y consecuencias.[25]

También existe un creciente interés por comprender el contexto interpersonal en el que la depresión tiene lugar. Al estudiar la transmisión de la depresión no genética, se ha demostrado que muchas madres deprimidas crecieron en el seno de familias disfuncionales con psicopatología parental.[26] La paternidad disfuncional secundaria a síntomas depresivos activos como la desesperanza, la irritabilidad, la fatiga, etc. se asocia con la depresión en niños y este patrón podría replicarse a lo largo de generaciones.[27]

Las relaciones problemáticas tanto conyugales, familiares y de amistad que se inician durante la depresión podrían persistir aún cuando la depresión en la mujer haya desaparecido. Además, el hecho de soportar una adaptación inadecuada, creencias y expectativas sobre ella y otros, así como estrategias concomitantes para interacciones interpresonales constituyen "vulnerabilidad interpersonal" y podrían ponerla a riesgo de padecer una depresión en respuesta a eventos negativos de la vida interpersonal.[28,29] Las investigaciones actuales muestran que las mujeres deprimidas, aún en remisión, reportan una cantidad significativamente mayor de eventos estresantes a los cuales ellas han contribuido, en parte, por sus propias acciones o actitudes.[30] Por lo tanto, los eventos interpersonales negativos podrían precipitar reacciones depresivas[31] contribuyendo a un ciclo de dificultades continuas.

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 5



Los diferentes índices de depresión en las mujeres y en los hombres surgen, casi con certeza, de interacciones complejas y recíprocas de factores biológicos, psicológicos y sociales. Con esto en mente, los investigadores se dirigen al punto de desarrollar modelos que integren estos factores para explicar los datos epidemiológicos sobre diferencias de sexo en la depresión y el surgimiento de diferencias de sexo y género en la adolescencia temprana.

## Tratamiento y prevención

Entre los objetivos generales de la cumbre estaban la identificación de modalidades de tratamiento de la depresión, validadas empíricamente, que debían considerarse en las mujeres. Esto incluye la psicoterapia y la farmacoterapia, así como terapias hormonales y alternativas. Además, se examinaron otros factores que afectan el tratamiento y la prevención de la depresión en las mujeres incluyendo la personalidad y el abuso de sustancias.

A continuación se presentan los temas tratados en la cumbre.

### Psicoterapias

La investigación ha demostrado la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión. Los estudios clínicos controlados ofrecen pruebas sobre la eficacia de intervenciones conductuales, tanto interpersonales como cognoscitivas, y las pruebas sugieren que algunas terapias conductuales, maritales y familiares estructuradas son efectivas en el tratamiento de la depresión.[32]

También existen pruebas de que la psicoterapia resulta útil en la prevención de recaídas o recurrencia de la depresión. Hay muy pocos indicadores de las diferencias de género como moderadores de los resultados de la psicoterapia. Sin embargo, existen pocos estudios que hayan buscado dichas diferencias específicamente.

### Tratamientos farmacológicos

Se ha demostrado claramente la eficacia de las farmacoterapias antidepresivas en el tratamiento de la depresión. Las pruebas emergentes indican que el género podría moderar la respuesta a los antidepresivos.[33] Las diferencias en la respuesta a agentes antidepresivos podría deberse a diferencias de sexo en los niveles de serotonina del sistema nervioso central endógeno (SNC).[34] Esta hipótesis es consistente con los hallazgos de que algunas mujeres con depresión crónica responden principalmente a inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRSSs) y los hombres, a antidepresivos tricíclicos.[35] Esta diferencia está representada por la superioridad de los IRSSs en

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 6



las mujeres premenopáusicas y no en las postmenopáusicas. Existe también evidencia de que la terapia de reemplazo de hormonas en mujeres postmenopáusicas podría restablecer esta respuesta preferente a los IRSSs.[36]

### Tratamientos hormonales y alternativos

Además de tratamientos más tradicionales, las investigaciones han comenzado a explorar la efectividad de los tratamientos hormonales y alternativos. A pesar de que pocos estudios han examinado la utilidad de los estrógenos como una monoterapia o como complemento a otros tratamientos, ha surgido la posibilidad de que sean útiles en el tratamiento de depresión perimenopáusica y post-parto.[37] Existe poca literatura que desarrolle hallazgos con respecto a efectos modulatorios del estado de ánimo de la progesterona o sus metabolitos y la dehidroepiandrosterona (DEA).[38]

Los tratamientos alternativos que se utilizan para la depresión incluyen el manejo del estrés, es decir la meditación, la relajación y el masaje, el ejercicio, acupuntura y agentes herbales.[39] Las investigaciones realizadas sobre la eficacia de estos tratamientos han producido resultados mixtos. Existen pocos ensayos aleatorios que pongan a prueba la eficacia de los métodos para el manejo del estrés.

El masaje terapéutico ha demostrado efectos a corto plazo sobre los síntomas depresivos,[40] pero no hay pruebas de que tenga beneficios a largo plazo o que ayude a aquellos pacientes con depresión mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales, cuarta edición (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, fourth edition [*DSM-IV*]). De igual modo son limitadas las pruebas que existen sobre la eficacia de la meditación y la relajación en el tratamiento de la depresión. A pesar de que las investigaciones indican que el ejercicio mejora el estado de ánimo y reduce otros síntomas depresivos, existe poca evidencia sobre el beneficio del ejercicio en la depresión clínica mayor. Algunas pruebas sustentan la eficacia de la acupuntura en la depresión. Sin embargo, las pruebas empíricas con respecto a su utilidad dentro del manejo clínico de la depresión mayor son limitadas. Las evidencias que existen sobre la eficacia de St. John's Wort no son definitivas y están a la espera de evidencia empírica adicional.

### Intervenciones preventivas para la depresión

Es posible que las intervenciones del tratamiento por sí solas no sean suficientes para reducir la alta prevalencia de la depresión mayor en las mujeres. La prevención es pues de capital importancia

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 7



pero se le presta muy poca atención. Muñoz y colaboradores[41] sugieren establecer prioridades en tres grupos de mujeres en quienes la prevención tendría un mayor impacto en el rubro de la salud pública: (a) mujeres adolescentes; (b) mujeres a punto de ser madres; y (c) mujeres en riesgo a causa de abuso de sustancias, especialmente fumadoras. Las pruebas sugieren que la depresión y los síntomas depresivos afectan el éxito del abandono del hábito de fumar más en mujeres que en hombres.[42] Las intervenciones centradas en la interrupción del hábito de fumar han producido hasta el doble de intervenciones del índice de abandono del hábito sin este componente.[43,44]

## Poblaciones especiales de mujeres con depresión

La cumbre se centró en las necesidades particulares de tratamiento de ciertas poblaciones específicas de mujeres, incluyendo mujeres con depresión crónica, trastornos de abuso de sustancias, trastornos de la personalidad y trastorno disfórico premenstrual (TDPM), así como mujeres homosexuales, mujeres encinta y recién paridas, mujeres perimenopáusicas, mujeres mayores y mujeres deprimidas con hijos. A continuación se presentan los detalles de las categorías mencionadas anteriormente.

## Mujeres con depresión crónica

Las depresiones crónicas, más comunes en mujeres que en hombres, se encuentran entre los tipos de alteraciones del estado de ánimo peor identificadas, peor tratadas, más resistentes al tratamiento y que representan un mayor deterioro a nivel funcional.[45] Tanto los medicamentos antidepresivos como la psicoterapia han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión crónica con tratamiento combinado que muestra índices de respuesta significativamente mayores que cualquier modalidad por sí sola.[46]

## Mujeres deprimidas encinta o en etapa postparto

La depresión durante el embarazo se asocia con una mala regulación biológica que puede ir en detrimento del desarrollo fetal,[47] y la depresión en el periodo después del alumbramiento puede alterar el vínculo entre la madre y el niño, así como afectar otras interacciones familiares. Los efectos del tratamiento con fármacos antidepresivos durante el embarazo han recibido poca atención y la información acerca de la efectividad de las diferentes farmacoterapias aún es limitada. Las investigaciones emergentes indican que la terapia interpersonal (TIP) podría ser una opción importante durante el

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 8



embarazo y el periodo postparto debido a que se enfoca en la transición de roles y la función interpersonal.

## Servicios para las mujeres con depresión

La cumbre analizó un amplio espectro de problemas alrededor de la integración efectiva de servicios para la mujer con depresión, incluyendo el acceso a servicios de atención, economía, depresión e incapacidad, madres deprimidas con hijos, depresión en el lugar de trabajo, tratamiento de mujeres con diversidad étnica, atención primaria y mujeres deprimidas en tratamiento por abuso de sustancias. Esta sección ofrece información respecto a dichas áreas.

### Acceso a los servicios de atención

A pesar de que las mujeres utilizan servicios de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, el número de mujeres buscando atención representa sólo una porción de las que están deprimidas.[4] La carga financiera del tratamiento es un factor importante que afecta el acceso de la mujer al mismo y a la utilización de servicios de salud mental.[48]

La cobertura de los seguros de los gastos médicos, se muestra consistentemente como un fuerte factor para predecir la utilización de servicios de salud mental, con mejores beneficios asociados a altos niveles de utilización de los servicios.[49] Sin embargo, la cobertura de los seguros de los gastos médicos, no garantiza la inclusión de beneficios de salud mental o de cobertura amplia. Históricamente, estos beneficios han sido más limitados que los beneficios médicos o quirúrgicos, tienen índices de póliza más altos y límites más estrictos con respecto al número de consultas y a los días de hospitalización.[50,51] Se espera que la aprobación del congreso de la Ley de Paridad de Salud Mental resolverá este problema. (La Ley de Paridad de Salud Mental de 1999 fue derogada en 2001). Algunos aspectos de los cuidados suministrados, como es el uso de elementos iniciales de clasificación para la atención primaria podrían hacer más difícil que aquellas mujeres con síntomas depresivos tengan acceso a cuidados adecuados.

### Costo económico

Además de los costos que incurre el individuo, la familia y la comunidad, la depresión tiene un impacto económico tremendo en la sociedad en lo que se refiere a costos de personal para la atención médica y la productividad de los empleados. Los individuos deprimidos utilizan más el sistema de atención médica que sus contrapartes

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 9



sin problemas de depresión. Un importante estudio dio cuenta de que los servicios que los hombres y las mujeres utilizan son diferentes: las mujeres deprimidas utilizan más servicios ambulatorios que los hombres deprimidos, quienes utilizan servicios de internamientos.[52] Los costos generales por empleadas femeninas con depresión tendían a ser más altos que aquéllos por empleados masculinos con depresión, aparentemente debidos a un mayor costo por ausencia laboral.

### Mujeres pertenecientes a una minoría étnica

Las mujeres que pertenecen a una minoría étnica tienen un mayor riesgo de padecer una depresión jamás diagnosticada[53] y tratada de manera inadecuada[54,55] que las mujeres de raza blanca. Aparentemente, los patrones de síntomas y la expresión de ansiedad psicológica están influenciados por la cultura, pero los médicos y en especial los médicos que proporcionan atención primaria, a menudo no diagnostican depresión en mujeres pertenecientes a minorías étnicas, ya que estas mujeres tienen una mayor tendencia a expresar su ansiedad psicológica a través de síntomas somáticos.[56] Resulta particularmente preocupante el índice de falta de cumplimiento de tratamientos con medicamentos psicotrópicos por parte de mujeres pertenecientes a minorías étnicas, posiblemente relacionado a los efectos adversos de los medicamentos.[57] Existen pruebas de que las minorías étnicas podrían requerir menores dosis de fármacos psicoactivos ya que ellas metabolizan estos fármacos más lentamente que las mujeres blancas.[58]

## Recomendaciones

A continuación se presenta una versión abreviada de las recomendaciones hechas por participantes en la cumbre:

### Investigación y financiamiento

o Con el objeto de profundizar en el conocimiento del área y mejorar la vida de millones de mujeres y sus familias, los investigadores y agencias financieras deben enfocarse en la comprensión de los efectos del sexo y el género sobre la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la depresión en las mujeres.

o Las mujeres son un grupo heterogéneo. Su heterogeneidad y el contexto de su vida son elementos que deben tomarse en consideración durante el diseño de las investigaciones y la interpretación de los hallazgos.

o Un enfoque en la expectativa de vida resulta de capital importancia para entender la depresión en las mujeres.

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 10



## Prevención, tratamiento e investigación de servicios

o Tanto la investigación sobre la prevención como sobre la intervención es muy importante. Será necesario un mayor conocimiento de los factores que afectan el acceso al tratamiento, las recaídas y la prevención de las recaídas en aras de contar con esfuerzos de prevención y tratamiento exitosos.

o Los decisores políticos, las organizaciones profesionales, las instituciones educativas y de capacitación, así como proveedores de servicios deben desarrollar políticas e implantar prácticas que aseguren se reconozca a aquellos individuos que padecen depresión y otros problemas de salud mental y de abuso de sustancias y que tengan acceso a tratamientos efectivos de buen costo validados empíricamente.

## Educación pública

o Es necesario contar con educación para el público, para mejorar el reconocimiento y el entendimiento de la depresión en las mujeres, así como aumentar el número de mujeres que recibe tratamiento. Las organizaciones profesionales, los medios de comunicación, las agencias federales, las fundaciones, la industria privada, los sindicatos, las organizaciones de salud y otros factores deben forzosamente comprometerse a educar al público con respecto a la depresión. PSI

*Definición de términos: Reconocemos opiniones que difieren sobre el uso y el significado de los términos sexo y género. Con el fin de explicar la discusión que tuvo lugar durante la cumbre, utilizamos el término sexo para connotar los atributos biológicos del individuo y género para abarcar una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y situacionales que varían entre culturas así como dentro de una cultura en particular a lo largo del tiempo. Género es un término multinivel que se ha definido como el paquete cultural de factores designados a las categorías sociales de masculino y femenino. Estos factores se designan por sexo en la mayoría de las culturas.*

## Bibliografía


1 Murray CJ, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020.* Boston: Harvard University Press;1996:325-395.

2. Eaton W, Muntaner C. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories and Systems.* New York: Cambridge University Press; 1997:259-283.

3. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affective Dis.* 1993;29:85-96.

4. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz MS, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey II: Cohort effects. *J Affective Dis.* 1994;30:15-26.

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 11




5. Simpson HB, Nee JC, Endicott J. First-episode major depression: Few sex differences in course. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:633-639.
6. Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with chronic depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:897-904.
7. Depression Guidelines Panel. Depression in primary care: Treatment of major depression. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy Research (AHCPR). 1993.
8. Katon W. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on Women and Depression: Proceedings and Recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
9. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*. 1994;155:424-443.
10. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. A population-based twin study of major depression in women: The impact of varying definitions of illness. *Arch Gen Psych*. 1992;49:257-266.
11. Lyons M, Eisen S, Goldberg J, et al. A registry-based twin study of depression in men. *Arch Gen Psych*. 1998;55:468-472.
12. Bierut L, Heath A, Bucholz K, et al. Major depressive disorder in a community-based twin sample: Are there different genetic and environmental contributions for men and women? *Arch Gen Psych*. 1999;56:557-563.
13. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The lifetime history of major depression in women: Reliability of diagnosis and heritability. *Arch Gen Psych*. 1998;50:863-870.
14. Mazure CM, Bruce ML, Maciejewski PK, Jacobs SC. Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *Am J Psychiatry*. 2000;157:896-903
15. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological Medicine*. 2001;31:593-604.
16. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 1999;156:816-828.
17. Koss MP. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
18. Belle D. Social ties and social support. In D. Belle, ed. *Lives in Stress: Women and Depression*. Beverly Hills, CA: Sage.
19. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:470-474.
20. Adler N, Boyce T, Chesney M, et al. Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*.1994;49:15-24.
21. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, UK: Routledge; 1996.
22. Kahn RS, Wise PH., Kennedy BP, Kawachi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: Cross-sectional national survey. *British Medical Journal*. 2002. In press.
23. Abramson LY, Alloy LB, Metalsky GI. Hopelessness and depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 1989;96:358-372.
24. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. *Cognitive Vulnerability to Depression*. New York, NY: Guilford Press; 1998.
25. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:504-511.
26. Hammen C. *Depression Runs in Families: The Social Context of Risk and Resilience in Cchildren of Depressed Mothers*. New York, NY: Springer-Verlag; 1991.
27. Weissman MM, Jensen PJ. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
28. Hammen C, Brennan PA. Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: Tests of an interpersonal impairment hypothesis. *J Consult Clin Psychol*. 2000;69(2):284-294.
29. Weissman MM, Paykel ES. *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1974.
30. Hammen C. The generation of stress in the course of unipolar depression. *J Abnorm Psychol*. 1991;100:555-561.
31. Davila J, Hammen C, Burge D, Daley SE, Paley B. Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *J Abnorm Psychol*. 1995;104:592-600.
32. Hollon S. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*.Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
33. Yonkers K. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*.Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
34. Nishizawa S, Benkelfat C, Young S, et al. Differences between males and females in rates of serotonin

71-82 V3 N3 PSI Mazure.qxd 2/13/16 10:06 AM Page 12



synthesis in human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1997;94:5308-5313.

35. Kornstein S. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
36. Thase M. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *Br J Psychiatry*. 2001;178:234-241.
37. Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*. 1997;347:930-933.
38. Fabian TJ, Kroboth PD. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
39. Manber R. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
40. North TC, McCullagh P, Tran ZV. Effect of exercise on depression. *Exercise Sport Science Review*. 1990;18:379-415.
41. Muñoz R. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
42. Wetter DW, Fiore MC, Gritz ER, et al. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline: findings and implications for psychologists. *American Psychologist*. 1998;53:657-669.
43. Muñoz RF, Marin BV, Posner SF, Perez-Stable EJ. Mood management mail intervention increases abstinence rates for Spanish-speaking Latino smokers. *Am J Community Psychol*. 1997;25(3):325-343.
44. Prochaska AV. New developments in smoking cessation. *Chest*. 1997;117(4 Suppl 1):169S-175S.
45. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons B, et al. The National Depressive and Manic Depressive Association Consensus Statement on the undertreatment of depression. *JAMA*. 1997;277:333-340.
46. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New Eng J Med*. 2000;342:1462-1470.
47. Wisner K. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002
48. Collins KS, Rowland D, Salganicoff A, Chiat E. *Assessing and improving women's health*. Washington, DC: Women's Research and Education Institute. 1994.
49. Greenly JR, Mullen J. In: Greenly JR, ed. Research in community and mental health: Help-seeking and the use of mental health services. Greenwich, CT: JAI Press, 1990.
50. Sharfstein, SS, Stoline A M. Reform issues of insuring mental health care. *Health Affairs*. 1992;11(3):84-97.
51. Frank RG, Goldman HH, McGuire TG. A model mental health benefit for private insurance. *Health Affairs*. 1992;11(3)98-117.
52. Birnbaum H, Leong S, Greenberg P. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
53. Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, Camp P, Jackson-Triche M, Wells KB. (2000). Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *J Gen Intern Med*. 2000;15:381-388.
54. Green-Hennessy S, Hennessy KD. Demographic differences in medication use among individuals with self-reported major depression. *Psychiatric Services*. 1999;50(2),257-259.
55. Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care of common mental disorders in the United States. *J Gen Intern Med*. 2000;15,284-292.
56. Brown C, Abe-Kim J. In: Mazure CM, Keita GP, Blehar MC, eds. *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
57. Brown C, Schulberg H, Sacco D, Perel J, Houck P. Effectiveness of treatments for major depression in primary medical care practice: A post hoc analysis of outcomes for African American and white patients. *J Affect Disord*. 1999;53:185-192.
58. Lin KM, Poland RE, Nakasaki G, eds. *Psychopharmacology and Psychobiology of Ethnicity*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.