



ORIGINAL

# Perfiles del Afecto en la Predicción de la Depresión en Dos Grupos de Población Mexicana<sup>1</sup>

## *Affect Profiles in the Prediction of Depression in Two Groups of Mexican Population*

Cecilia Meza-Peña<sup>2 a</sup>, María Rocío Hernández-Pozo<sup>b</sup>, María Araceli Álvarez-Gasca<sup>b</sup>, Carlos Antonio Rodríguez Aguirre<sup>a</sup>, Tania Romo-González<sup>c</sup>, Jeanette Magnolia López-Walle<sup>a</sup>, Julia Gallegos-Guajardo<sup>d</sup>, Cecilia Castor-Praga<sup>a</sup>, Elías Alfonso Góngora Coronado<sup>e</sup>, & Raquel González-Ochoa<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Universidad Autónoma de Nuevo León, México

<sup>b</sup>Universidad Nacional Autónoma de México, México

<sup>c</sup>Universidad Veracruzana, México

<sup>d</sup>Universidad de Monterrey, México

<sup>e</sup>Universidad Autónoma de Yucatán, México

Recibido 29 de junio de 2021; aceptado 18 de noviembre de 2021

### Resumen

Se contrastan las diferencias en sintomatología depresiva entre mexicanos de dos polos urbanos importantes, analizando la predicción de la depresión a partir de los perfiles afectivos y variables sociodemográficas. Método. Participaron 1036 estudiantes, 431 del centro de México y 605 del noreste. Se evaluó la sintomatología depresiva mediante el CES-D-20 y perfil afectivo con el PANAS-20. Resultados. Hay una alta prevalencia de sintomatología depresiva en los participantes, con diferencia significativa entre los grupos. En el grupo del centro la depresión es predicha por el perfil de afecto autodestructivo, afecto alto, así como hábitos no saludables, mientras que en el noreste coincide en los primeros dos predictores diferenciándose porque se incorpora en el modelo el menor sentido de autorrealización. Conclusión. Nuestro estudio sugiere diferencias en la manifestación de la depresión por zona geográfica, con un perfil afectivo autodestructivo y de afecto alto. Es de interés resaltar que el perfil afectivo alto puede enmascarar la forma de manifestar la depresión, ya que se les puede considerar como personas extrovertidas y, por tanto, subestimar el malestar emocional que puedan estar presentando. Este aspecto es fundamental en la mejor comprensión de la depresión en el campo clínico.

**Palabras Clave:** Afecto; Depresión; Mexicanos; Predicción

1 Se agradece al proyecto DGAPA-UNAM IG300415, bajo la responsabilidad de María del Rocío Hernández Pozo y de María Araceli Álvarez Gasca, por financiamiento parcial del estudio.

2 Dra. Cecilia Meza Peña; Dirección: Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Calle Dr. Carlos Canseco #110, Col. Mitras Centro, Ciudad Monterrey, Nuevo León, México. C.P. 64460. E-mail: cecilia.mezapn@uanl.edu.mx

## Abstract

Differences in depressive symptomatology among Mexicans from two important urban centers were contrasted, analyzing the prediction of depression from affective profiles sociodemographic variables. Method. 1036 students participated, 431 from the Center of Mexico and 605 from the Northeast. Depressive symptomatology was evaluated by the CES-D-20 and the affect profiles by the PANAS-20. Results. There is a high prevalence of depressive symptomatology in participants, with significant difference between groups. In the center of Mexico, depression is predicted by the self-destructive affect profile, high affect, as well as unhealthy habits, while in the northeast coincides in the first two predictors, differing because the lesser sense of self-realization is incorporated into the model. Conclusion. Our study suggests differences in the manifestation of depression by geographical area, with a self-destructive affective profile and high affect. It is of interest to highlight that the high affective profile can mask the way of manifesting depression, since they can be considered as extroverts and therefore, underestimate the emotional discomfort that they may be presenting. This aspect is fundamental in the better comprehension of depression in the clinical field.

**Keywords:** Affect; Depression; Mexicans; Prediction

La depresión es la principal causa de incapacidad alrededor del mundo y se estima que 322 millones de personas padecen depresión actualmente, lo cual equivale a 4.4% de la población mundial (Friedrich, 2017). Se estima que cerca del 9.2% de la población mundial ha padecido un episodio de depresión por lo menos en una ocasión en su vida, mientras que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años, siendo los jóvenes la población con mayor riesgo de padecer un cuadro depresivo (Secretaría de Salud, 2017).

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la existencia de un sentimiento de tristeza, pérdida de placer, baja autoestima, sentimientos de culpa y auto denigración, acompañados de dificultades para conciliar el sueño, pérdida de apetito, falta de concentración y sentimientos de cansancio (Coryell, 2020; Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012). Estas alteraciones provocadas por la depresión se pueden volver crónicas y recurrentes, haciendo que la persona se vea afectada en sus actividades habituales como en sus relaciones interpersonales, logros educativos, seguridad financiera, entre otras (LeMoult & Gotlib, 2019).

El ambiente juega un papel importante en la vida diaria de cada persona desde su nacimiento hasta su muerte, por ello existen una gran variedad

de factores ambientales que junto a diversos factores sociodemográficos precipitan y/o afectan a la depresión (Machado, 2016). Entre los factores que precipitan un cuadro depresivo se encuentran los culturales, políticos, socioeconómicos, escolaridad, sexo, edad, estado civil, ingresos económicos, historial de trastornos mentales previos, experimentar maltrato, ausencia y negligencia de los padres durante la niñez, la pérdida de un ser querido, etc. (Córdova-Palomera et al., 2016; Kwong et al., 2019; van den Bosch & Meyer-Lindenberg, 2019).

Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcu, Leyva-López y Castro (2015) mencionan que existen diferencias en cuanto a las estimaciones de prevalencia en la depresión. La razón puede radicar en las diferentes formas de definirla, los distintos instrumentos de medición utilizados y en la heterogeneidad de las muestras utilizadas. Smits y Huijts (2015) contrastan las diferencias entre población europea y africana, encontrando una mayor presencia de sintomatología depresiva en la primera. Atribuyen esta diferencia a características culturales, ya que la población europea tiene una mayor tendencia a buscar tratamiento al presentar los síntomas depresivos. Además, la urbanización es un factor identificado dado que hay mayor acceso a servicios médicos y psicológicos; del mismo modo el nivel educativo y

económico son variables importantes al momento de buscar un tratamiento para la depresión.

Secundino-Guadarrama, Veytia-López, Guadarrama-Guadarrama y Míguez (2021) señalan que el 3.3% de la población de México padece depresión y que afecta principalmente a los adolescentes. La presencia de síntomas depresivos que encontraron fue de 13.4% en su población total y la proporción de casos con síntomas depresivos elevados fue mayor entre las mujeres, representando un 81.8%. Además, advierten que la depresión ocurre con mayor frecuencia en mujeres (34%) que en hombres (18%); sin embargo, después del primer episodio depresivo, no hay diferencias por sexo en cuanto a las tasas de recurrencia (Machado, 2013; Rivera-Rivera et al., 2015).

Tijerina et al. (2018) analizaron la depresión en estudiantes universitarios de la ciudad de Monterrey. Los resultados obtenidos indicaron que por lo menos un 19.3% de la muestra tenía algún grado de depresión, encontrándose además diferencias por sexo. Por otra parte, un estudio realizado en estudiantes universitarios de la Ciudad de México reveló que la prevalencia de depresión era de 18.9%. Respecto a las diferencias por sexo, el 69% de las mujeres cumplía criterios de trastorno depresivo mayor frente al 31% de los hombres (Romo-Nava et al., 2019).

Cerecero-García, Macías-González, Arámburo-Muro y Bautista-Arredondo (2020) analizaron los datos generados en encuestas nacionales desde el 2006 al 2018, encontrando relación con la prevalencia de síntomas depresivos por zona geográfica, que la ciudad de México mostró una tasa del 15% y la zona norte del 14.3%. También, se observó mayor diagnóstico de la depresión entre participantes viviendo en el centro de México (18.3%) en comparación con aquellos del norte (10.5%), mientras que, en el caso del tratamiento de la depresión, las tasas fueron de 13.9% y 7.8% respectivamente. Además, las personas que viven en zonas socio-urbanas más conflictivas son las que manifiestan tasas más elevadas de depresión (González-Forteza, de la Torre, Vacio-Muro, Peralta & Wagner, 2015).

La depresión impacta en el estado de ánimo y el afecto de las personas, lo cual genera cambios en otras conductas como el apetito, fatiga, sueño, inclu-

so causando dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras (González-Forteza et al., 2015). Estudios como el de Nelis, Holmes y Raes (2015) señalan que la forma en cómo las personas regulan el afecto negativo se asocia a la depresión, así mismo Yildiz y Kızıldağ (2018) han evidenciado en estudios recientes la relación entre afecto positivo bajo y depresión.

Los estudios sobre la estructura del afecto identifican dos dimensiones del mismo denominadas afecto positivo (AP) y afecto negativo (AN) (Watson, Clark & Tellegen, 1988), mismos que conllevan estados afectivos transitorios, o bien como una disposición personal de la emocionalidad más o menos estable (Decker, Morie, Malin-Mayo, Nich & Carroll, 2018).

El AP es la dimensión de emocionalidad positiva, marcada de energía, afiliación y dominio de un individuo, mientras que el AN es la dimensión de emocionalidad displacentera y de malestar, la cual se manifiesta por ira, desprecio, miedo, culpa, y nerviosismo. De este modo, las personas con alto AP experimentan sentimientos de satisfacción, entusiasmo, amistad, unión y confianza, mientras que las personas con alto AN experimentan emociones aversivas como el miedo, ansiedad, tristeza, depresión, irritabilidad, hostilidad, insatisfacción, así como apercepción negativa de uno mismo y los demás (Brieant et al., 2018; Cardoso, Oliveira & Ferreira, 2020). Las personas con bajo AP suelen manifestar desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza y letargo, mientras que personas con bajo AN muestran estados de calma y tranquilidad (Laguna, 2019; Vaughan et al., 2018).

Watson y Tellegen (1985) establecen que tanto el afecto positivo como el negativo constituyen dimensiones independientes del afecto, aunque poseen una alta correlación negativa entre sí. Como señala Gómez-Maquet (2007), estas dimensiones si bien han sido caracterizadas como descriptivamente bipolares, afectivamente se les considera unipolares, en donde el polo alto de una dimensión representa un estado afectivo alto (ya sea positivo o negativo), mientras que el polo bajo advierte de la ausencia relativa de implicación afectiva.

Recientemente han surgido propuestas de diversos instrumentos psicométricos para medir el AP y el AN tales como la Escala de Experiencia Positiva y Negativa (SPANE) (Diener et al., 2010). Sin embargo, al consultar la literatura de psicología positiva la escala más utilizada es la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson et al., 1988).

Archer, Adrianson, Plancak y Karlsson (2007) han propuesto un modelo de perfiles del afecto, producto de las posibles combinaciones de resultados del PANAS, que derivan en los siguientes: auto-realizado (alto AP y bajo AN), autodestructivo (bajo AP y alto AN), afectos bajos (bajo AP y bajo AN) y afectos altos (alto AP y alto AN). En este modelo, los individuos autorrealizados se muestran más enérgicos y optimistas, tienen mejor manejo del estrés y mayor salud mental psicológica que los otros tres. Bajo este modelo Schütz y colaboradores (2013) sintetizan las características de los perfiles de afecto de la siguiente forma: los individuos autorrealizados reportan niveles más altos de felicidad y más bajos de depresión, mayor satisfacción con la vida, mayor afiliación social, tendencia alta a seguir sus metas, alta religiosidad, alto ocio activo y menor control mental; mientras que los autodestructivos son quienes reportan niveles más altos de depresión, niveles más bajos de felicidad, de satisfacción con la vida, de afiliación social, religiosidad, ocio activo, así como menor tendencia a la consecución de metas. Por su parte, la alta afectividad, muestra las características del autorrealizado, diferenciándose por el alto control mental y agregando una alta tendencia a salir a fiestas y discotecas, quizás entendido como una mayor extraversión, mientras que los individuos de baja afectividad se muestran con altos niveles de felicidad, y niveles bajos de depresión, satisfacción con la vida, de afiliación social, control mental, baja consecución de metas y bajo ocio activo.

Los modelos del afecto permiten comprender la depresión desde la teoría de la indefensión aprendida, en la cual se asocia la ausencia de respuesta ante eventos o situaciones aversivos que atentan en contra del sujeto, en donde éste no tiene control sobre ellos. Bajo este modelo, se establece que los humanos rumian sobre las experiencias negativas que han vivido,

lo cual es un factor crítico en la etiología y duración de la depresión (Forgeard et al., 2011). Por su parte, los estudios de Williams, Peeters y Zautra (2004), han señalado déficits de afecto positivo en personas deprimidas, quienes a su vez presentan altos niveles de afecto negativo.

La psicología positiva busca resaltar el bienestar y el desarrollo de fortalezas individuales (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) y considera que los indicadores positivos y negativos son igualmente importantes predictores del bienestar de las personas, en donde se incluye el afecto (Yakushko, 2018). El enfoque de Seligman y colaboradores se basa en el trabajo de las emociones positivas, que promuevan el bienestar, en donde se incluyen los conceptos de felicidad y optimismo, mismos que pueden encontrarse a través de emociones positivas.

Nuestro estudio fue diseñado tratando de integrar la literatura en torno a los perfiles del afecto en relación con la depresión. En particular, al tener una población de 1036 participantes provenientes de dos regiones con características particulares de México, nos interesamos en caracterizar los niveles de depresión y perfiles del afecto en cada uno de estos grupos, estimando la prevalencia de sintomatología depresiva en la población del noreste y del centro del país. Una vez caracterizado esto, nos propusimos analizar la relación de los perfiles del afecto con la depresión para finalmente estimar un modelo de predicción de la depresión en función de las variables sociodemográficas, y de los perfiles del afecto, esto por zona geográfica, con el fin de tener un perfil mucho más claro, sensible a las diferencias de los grupos poblacionales más afectados del país por la depresión, aspecto fundamental para adecuadas intervenciones en la psicología clínica y de la salud, así como para poder realizar protocolos de intervención y prevención que se ajusten a las características de cada sector poblacional. De acuerdo con la literatura previa, nuestra hipótesis fue que en los sujetos con mayores indicadores de sintomatología depresiva se presentase un perfil de afecto autodestructivo, con menor afecto alto y bajo, así como con un menor perfil de afecto autorrealizado. Así mismo, se espera relación con la conducta alimentaria problemática, alteracio-



nes en hábitos como el sueño, actividad física, fumar y beber, habiendo diferencias en la manifestación de la depresión no solo por región sino por sexo. Finalmente, hipotetizamos que, en el modelo predictivo, se verán reflejadas las variables de afecto autodestructivo, la edad y el sexo.

## Método

### Diseño

El diseño del presente estudio fue transversal, no experimental con alcance predictivo. La muestra fue incidental, obtenida por un procedimiento no probabilístico, en donde los investigadores de diferentes centros educativos y de investigación invitaron a los participantes a través de sus círculos de actividad profesional.

### Participantes

El presente estudio tuvo una muestra de 1036 estudiantes desde preparatoria ( $n=267$ , 25.8%) hasta licenciatura ( $n=769$ , 74.2%), cuyas edades oscilaron entre los 15 y 68 años ( $M=19.85$ ,  $DE=4.58$ ). Solo el 10.9% trabajaba siendo el resto estudiantes de tiempo completo, el 41.6% ( $n=431$ ) pertenece a la zona metropolitana de la Ciudad de México (en adelante denominada zona centro) y el 58.4% ( $n=605$ ) restante a la zona metropolitana de la Ciudad de Monterrey (en adelante zona noreste). El 37.2% son hombres y 62.8% mujeres, el 95.2% se encuentran solteros, no obstante, de ese porcentaje en soltería el 43% cuenta con pareja.

*Zona Centro.* La muestra fue de 431 estudiantes (29% hombres, 71% mujeres), con una media de edad de 20.02 años ( $DE=6.38$ ); el 93% se encontraban solteros, un 39.2% estudia preparatoria o bachillerato y el 60.8% restante cursa la licenciatura. Un 18.3% reporta fumar y un 29.7% bebe alcohol. El 35.7% no reporta conducta alimentaria problemática mientras que el 51.7% reporta diversos trastornos del sueño.

*Zona Noreste.* La muestra fue de 605 estudiantes (43% hombres, 57% mujeres), con una media de edad de 19.73 años ( $DE=2.64$ ); el 96.5% se encontraban solteros, un 16.2% estudia preparatoria o bachillerato y el 83.8% restante cursa la licenciatura. Un 14.1% reporta fumar y un 42.1% bebe alcohol. El 28.9% no reporta conducta alimentaria problemática mientras que el 49.3% reporta diversos trastornos del sueño.

### Instrumentos

*Información demográfica.* Se les pidió a los participantes llenar una ficha de datos que incluían sexo, edad, escolaridad, así como aspectos de alimentación, sueño, actividad física, carga familiar, presión ocupacional, etc.

*Escala del Centro Epidemiológico de Estudios para la Depresión* (CES-D-20; Radloff, 1977) consta de 20 reactivos que describen manifestaciones sintomáticas depresivas. Las respuestas son en un rango de cero a tres, mismas que indican la frecuencia de la sintomatología. La mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (rango teórico de la puntuación de 0 a 60). La puntuación total puede utilizarse como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos tomando el punto de corte de 16 (Weissman, Sholonskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977). Los autores han estimado la consistencia interna de la escala con un alfa de Cronbach de 0.87, además de la existencia de evidencia que da soporte a la validez de constructo (Iwata & Buka, 2002), la cual ha sido confirmada en población mexicana femenina del medio rural (Bojorquez & Salgado, 2009). Franco-Díaz, Fernández-Niño y Astudillo-García (2018) han proporcionado evidencia de la invarianza factorial de la versión abreviada de la escala en población mexicana indígena, mientras que estudios sobre la invarianza en poblaciones de dos países, sugieren que la CESD-20 mide el mismo constructo en población china y holandesa (Zhang et al., 2001). Debido a que Bojorquez y Salgado (2009) recomiendan mantener el mismo punto de corte en

población mexicana, en el presente estudio se dicotomizó la variable con base en las recomendaciones de Radloff (1977), en donde 0= puntuaciones menores o iguales a 16 (ausencia de depresión) y 1= puntuaciones mayores a 16 (presencia de depresión). Para el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88.

*Escala de Afecto Positivo y Negativo* (Positive and Negative Affect Schedule -PANAS-20) (Watson et al., 1988). Es un cuestionario de autoinforme de 20 ítems. que permite obtener una puntuación de afectividad positiva (AP) y de afectividad negativa (AN). Los datos psicométricos presentados por Watson et al. (1988) sugieren que ambas subescalas del PANAS poseen niveles adecuados de fiabilidad y validez (factorial, convergente y discriminante), mientras que Sandín et al. (1999) han proporcionado evidencia de la validación transcultural y la naturaleza bidimensional del afecto, demostrado la utilidad del PANAS en el campo de la psicopatología. Los coeficientes de consistencia interna de la prueba se hallan entre 0.84 y 0.90 y se han encontrado índices de fiabilidad test-retest entre 0.39 y 0.71, correspondiendo los valores más altos a los intervalos más amplios entre aplicaciones. En población mexicana, Robles y Páez (2003) reportaron valores de consistencia interna de  $\alpha = 0.84$  para la escala de afecto positivo y  $\alpha = 0.87$  para afecto negativo, con adecuados índices de confiabilidad test - re-test, así como han podido establecer la validez estructural y de constructo de la escala, mismo que Moral (2011) ha confirmado en un estudio con parejas casadas del noreste de México. Moreta-Herrera, Perdomo-Pérez, Reyes-Valenzuela, Torres-Salazar y Ramírez-Iglesias (2021) han proporcionado evidencia sobre la invarianza factorial por nacionalidad del cuestionario en muestras latinoamericanas, mientras que López-Gómez, Hervás y Vázquez (2015) han proporcionado previa evidencia de la invarianza configural, escalar, métrica y estricta por grupos de edad y entre hombres y mujeres dentro de una muestra de universitarios españoles. En el presente estudio, la dimensión de afecto positivo obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.800, mientras que el afecto negativo obtuvo un Alpha de 0.858.

### Procedimiento

El presente estudio forma parte de un proyecto más amplio del Grupo COEDUCA, en el cual se realizaron mediciones de variables psicológicas, demográficas y de salud, a través de aplicaciones presenciales y en línea en los diversos estados de la República Mexicana. El presente estudio contempla una parte de la muestra de mexicanos del proyecto de Grupo COEDUCA, utilizando las variables de afecto, depresión y variables sociodemográficas.

### Aspectos éticos

El proyecto organizado para el desarrollo de este estudio fue aprobado por el comité científico y el comité de ética de la investigación científica de la Universidad Nacional Autónoma de México. A través de un grupo de colaboradores en diferentes estados del país, se invitó a estudiantes a participar en el estudio. Acorde a las recomendaciones sobre la ética en investigación (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), los participantes recibieron información sobre el propósito del estudio, estableciendo su derecho a negarse a participar y una vez iniciado el llenado de los cuestionarios no estaban obligados a concluirlos, pudiendo abandonar el estudio sin repercusiones. Se les explicó el uso científico de la información, así como el manejo de la misma bajo estrictas reglas de confidencialidad. Una vez que confirmaron entender los objetivos y el alcance del estudio se les solicitó completar los cuestionarios, incluyendo su firma electrónica de consentimiento de participación.

### Análisis de datos

Al analizar la proporción de participantes de cada una de las diferentes entidades y observar el tener tamaños de muestra muy pequeños de algunas zonas del país, se decidió realizar solo el contraste entre los participantes de las zonas Centro y Noreste de México, en donde se observan tamaños de muestra cercanos.

Con los 1036 casos seleccionados se realizaron análisis de frecuencia y distribución, de correlación con el coeficiente de Pearson, prueba de diferencia entre grupos mediante la prueba t de Student, así como se utilizó el análisis de regresión logística multivariada para examinar todos los predictores de depresión. Se incluyen en el modelo sólo aquellas variables cuyo valor de p es  $<0.01$  en el modelo univariado para posteriormente incluirlas en el modelo multivariado de síntomas depresivos.

Las variables del estudio incluyen : edad, sexo (categorizado como hombres y mujeres), actividad física (categorizado como 1=ninguna o irregular, 2=moderada o intensa ), fuma (categorizado como 1= Si o 0=No), bebe alcohol (categorizado como 1= Si o 0=No), calidad del sueño (categorizado como 1= buena, 2= regular, 3= mala), consumo alimentario problemático (categorizado como 0=nada, 1=algo, 2=mucho ), región de la república (categorizada como Zona Centro 1 y Zona Noreste 2), depresión (categorizada como Presencia de depresión = 1, Ausencia de depresión= 0).

Para las estimaciones del perfil del afecto se utilizó el modelo de Archer et al. (2007), categorizando de la siguiente forma: 1) Autorrealizado cuando se encontraron afecto positivo alto y afecto negativo bajo; 2) Autodestructivo cuando el afecto positivo era bajo y

el afecto negativo alto; 3) Afectos bajos cuando tanto afecto positivo como negativo eran clasificados como bajos, y finalmente como 4) Afectos altos cuando ambos afectos positivos y negativos aparecían altos. Los puntos de corte para la clasificación de afectos altos y bajos se establecieron a partir de la media obtenida para el estudio del afecto, siendo una media de 3.29 para el afecto positivo, y una media de 1.99 para el afecto negativo. La interpretación del afecto toma como base el análisis presentado de las variables por Schütz et al. (2013).

## Resultados

Los análisis descriptivos muestran que el 36.2% (n=375) de los participantes manifestaba sintomatología depresiva. Además, en la tabla 1 se muestran las frecuencias y porcentajes de depresión y perfiles de afecto en los participantes de zona noreste y centro.

Por grupos de participantes, se puede observar en los pertenecientes a la zona centro se observó la presencia de sintomatología depresiva en un 48.3% (n=208), siendo mayor el porcentaje de las mujeres que de hombres que manifiestan dicha sintomatología. En cuanto a los perfiles del afecto, en el centro el 34.6% de los participantes muestran un perfil autodestructivo, seguido del 26.9% con afecto bajo, 22.3% afecto

**Tabla 1**  
*Frecuencias y porcentajes de depresión y los perfiles de afecto en las zonas centro y noreste de México*

	Variable	Total		Hombres (Centro n=125, Noreste n=260)		Mujeres (Centro n=306, Noreste n=345)	
		f	%	f	%	f	%
Centro n=431	Depresión	208	48.3	54	43.2	154	50.3
	Autorrealizado	70	16.2	23	18.4	47	15.4
	Autodestructivo	149	34.6	39	31.2	110	35.9
	Afectos bajos	116	26.9	32	25.6	84	27.5
	Afectos altos	96	22.3	31	24.8	65	21.2
Noreste n=605	Depresión	167	27.6	75	28.8	92	26.7
	Autorrealizado	181	29.9	76	29.2	105	30.4
	Autodestructivo	95	15.7	37	14.2	58	16.8
	Afectos bajos	255	42.1	114	43.8	141	40.9
	Afectos altos	74	12.2	33	12.7	41	11.9

alto y en menor porcentaje se observan a los participantes con afecto autorrealizado con un 16.2%.

En los participantes de la zona noreste se observó presencia de sintomatología depresiva en un 27.6% ( $n=167$ ) de la población total, observando que el porcentaje de mujeres que presentaban dicha sintomatología era menor al porcentaje de hombres. En cuanto al perfil afectivo de los participantes del noreste, el 42.1% se ubicó en afecto bajo, seguido de autorrealizado el 29.9%, autodestructivo el 15.7% y finalmente el 12.2% en afecto alto. Además, en la Tabla 1 se pueden observar los porcentajes de distribución de depresión y perfiles del afecto por sexo en cada una de las zonas del país estudiadas.

La prueba de no normalidad de las variables reveló que la mayoría poseían una distribución normal. Debido a que las pruebas de normalidad son cada vez más exigentes en muestras grandes como la utilizada en el presente estudio, y las desviaciones de la normalidad en los casos de curtosis positiva cuales pueden ser identificados erróneamente en muestras menores a 100 participantes (Tabachnick y Fidell, 2007), se determinó que no era necesario hacer las transformaciones de los datos para corregir los pocos casos de curtosis positiva en el presente estudio.

Posteriormente, con el fin de conocer si la depresión tenía relación con las diferentes variables del estudio, se llevó a cabo una correlación de Pearson;

los coeficientes de correlación, significancia estadística (Sig.), tamaño del efecto y potencia estadística ( $1-\beta$ ) pueden verse en la Tabla 2. En los participantes de la zona centro del país, se puede ver que, ante la presencia de sintomatología depresiva, hay mayor afecto autodestructivo, así como una mayor tendencia a fumar, beber, presentar mala calidad de sueño y mostrar conductas alimentarias problemáticas, aunado a un menor sentido de autorrealización, con menores afectos bajos y disminución de la actividad física. No se encontraron relaciones entre la depresión y edad, escolaridad, estado civil y la carga familiar ( $p>0.05$ ) en este grupo.

En los participantes de la zona noreste, se observa que, a mayor presencia de sintomatología depresiva, predominio de afecto autodestructivo, afectos altos, mayor consumo de tabaco y peor calidad del sueño, aunado a menor sentido de autorrealización y menor afecto bajo.

Con el objetivo de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en la depresión y los cuatro perfiles del afecto en los grupos del centro y norte, se llevó a cabo una *t* de Student, tomando como variable independiente el grupo de acuerdo con la zona geográfica de correspondencia de los participantes, y como variables dependientes a la depresión y los perfiles del afecto (ver Tabla 3).

**Tabla 2**  
*Correlaciones de depresión con variables psicológicas, sociodemográficas y hábitos*

Variables	Zona Centro $n=431$				Zona Noreste $n=605$			
	<i>r</i>	<i>Sig.</i>	<i>p</i>	$1-\beta$	<i>r</i>	<i>Sig.</i>	<i>p</i>	$1-\beta$
Autorrealizado	-0.308	0.001**	0.554	1.00	-0.378	0.001**	0.614	1.00
Autodestructivo	0.443	0.001**	0.665	1.00	0.424	0.001**	0.651	1.00
Afectos bajos	-0.202	0.001**	0.449	1.00	-0.111	0.006**	0.333	1.00
Afectos altos	-0.018	0.713	0.134	0.99	0.225	0.001**	0.474	1.00
Escolaridad	-0.099	0.040*	0.314	0.99	-0.039	0.343	0.197	0.99
Actividad Física	-0.132	0.021*	0.363	1.00	-0.012	0.386	0.109	0.99
Fuma	0.143	0.002**	0.378	1.00	0.066	0.053	0.256	0.99
Bebe alcohol	0.130	0.004**	0.360	0.99	0.049	0.117	0.221	0.99
Calidad del sueño	0.258	0.001**	0.507	1.00	0.204	0.001**	0.451	1.00
CAP	0.243	0.001**	0.492	1.00	0.039	0.170	0.197	0.99

*Nota:* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ ,  $p = .10$  bajo, .30 medio, .50 grande, CAP=Conducta alimentaria problemática



**Tabla 3**

*Diferencias de grupos entre las zonas del Centro y Noreste de México en la depresión y perfiles del afecto*

Variable	Región	M	DE	t	gl	Sig.	d	β-1
Depresión	Centro	18.52	11.226	8.591	765.704	0.001*	0.55	1.00
	Noreste	13.00	8.549					
Autorrealizado	Centro	0.16	0.369	-5.309	1018.426	0.001*	0.34	0.99
	Noreste	0.30	0.458					
Autodestructivo	Centro	0.35	0.476	6.912	768.021	0.001*	0.45	0.99
	Noreste	0.16	0.364					
Afectos Bajos	Centro	0.27	0.444	-5.191	980.307	0.001*	0.32	0.99
	Noreste	0.42	0.494					
Afectos Altos	Centro	0.22	0.417	4.169	784.595	0.001*	0.27	0.97
	Noreste	0.12	0.328					

Nota:\* Probabilidades significativas, d= .20 bajo, .50 medio, .80 grande

Se observan diferencias significativas en la depresión y el perfil del afecto de ambos grupos, siendo mayor el afecto autorrealizado y los afectos bajos en los del noreste, mientras que en el centro es mayor el afecto autodestructivo y afecto bajo. Así mismo, los tamaños del efecto obtenidos son mediano en la variable depresión y muy próximo a mediano en el perfil de afecto autodestructivo, mientras que la potencia estadística supera en todas las variables el estándar mínimo de 0.80. Los resultados permiten observar una mayor presencia de sintomatología depresiva en los participantes de la zona centro de México, con un perfil de afecto autodestructivo y afecto alto, mientras que los participantes del noreste se muestran más autorrealizados, aunque con mayor afecto bajo.

En la Tabla 4 mostramos los resultados del análisis de regresión lineal por el método de pasos sucesivos, en el que se utilizó como criterio la puntuación en la escala de depresión. En el análisis de regresión se incluyeron las cuatro dimensiones del afecto, el autorrealizado, autodestructivo, afectos bajos y afectos altos, el sexo, la actividad física, la calidad del sueño, el consumo alimentario problemático y los hábitos de fumar y beber. El análisis se realizó diferenciando los predictores para la población de la zona centro y zona noreste de México.

En el grupo de la zona centro son 6 los predictores, mismos que explican un total del 55.8% de la variabilidad en síntomas depresivos de los participan-

tes, mientras que en la zona noreste son 4 predictores que explican el 56.6% de variabilidad. Ambos grupos coinciden en afecto autodestructivo, calidad del sueño y afecto alto como predictores, diferenciándose en que en la zona centro entran como predictores de la depresión, el fumar, las conductas alimentarias problemáticas y el sexo, mientras que en los participantes de la zona noreste la cuarta variable del modelo es el afecto autorrealizado.

Como se puede observar, el primer modelo de los participantes de la zona centro del país obtuvo una  $F= 105.5$ , altamente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.20, lo que supone una quinta parte de la varianza. La variable que entra en el modelo es el afecto autodestructivo. Un segundo modelo de este grupo obtiene una  $F= 67.37$ , igualmente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.25, lo que supone una cuarta parte de la varianza. Las variables que entran en el modelo son el afecto autodestructivo y la calidad de sueño. Un tercer modelo obtiene una  $F= 51.99$ , igualmente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.28, lo que supone un poco más de la cuarta parte de la varianza. Las variables que entran en el modelo son el afecto autodestructivo, calidad de sueño y afecto alto. Un cuarto modelo obtiene una  $F= 41.59$ , igualmente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.29, lo que supone poco más de una

**Tabla 4**  
*Modelos de regresión para la predicción de la depresión en dos zonas de México*

Modelos por pasos			Coeficientes estadísticos				Modelos estadísticos				
Grupo			B	ES	β	t	p	R	R 2	F	p
ZC	1	(Constante)	14.682	0.615		23.87	0.001	0.453	0.205	105.5	0.001
		Autodestructivo	10.696	1.041	0.453	10.27	0.001				
	2	(Constante)	8.409	1.431		5.87	0.001	0.498	0.248	67.37	0.001
		Autodestructivo	10.135	1.021	0.429	9.93	0.001				
		Calidad-Sueño	3.453	0.716	0.209	4.82	0.001				
	3	(Constante)	7.106	1.442		4.93	0.001	0.527	0.278	51.99	0.001
		Autodestructivo	11.918	1.095	0.505	10.89	0.001				
		Calidad-sueño	3.21	0.705	0.194	4.55	0.001				
		Afecto Alto	5.008	1.238	0.186	4.04	0.001				
	4	(Constante)	6.5	1.446		4.49	0.001	0.540	0.291	41.59	0.001
		Autodestructivo	11.723	1.088	0.497	10.77	0.001				
		Calidad-sueño	3.248	0.699	0.196	4.64	0.001				
		Afecto Alto	4.857	1.229	0.181	3.95	0.001				
		Fumar	3.35	1.202	0.117	2.79	0.006				
	5	(Constante)	5.877	1.46		4.03	0.001	0.549	0.301	34.88	0.001
		Autodestructivo	11.205	1.102	0.475	10.17	0.001				
		Calidad-sueño	3.015	0.702	0.182	4.30	0.001				
		Afecto Alto	4.689	1.224	0.175	3.83	0.001				
		Fumar	2.971	1.204	0.104	2.47	0.014				
	CAP	1.797	0.734	0.106	2.45	0.015					
6	(Constante)	4.081	1.639		2.49	0.013	.558	0.311	30.32	0.001	
	Autodestructivo	11.16	1.096	0.473	10.18	0.001					
	Calidad-sueño	2.95	0.698	0.178	4.22	0.001					
	Afecto Alto	4.797	1.218	0.179	3.94	0.001					
	Fumar	3.088	1.198	0.108	2.58	0.010					
	CAP	1.914	0.732	0.113	2.61	0.009					
	Sexo	2.477	1.049	0.098	2.36	0.019					
ZN	1	(Constante)	11.442	0.342		33.50	0.001	0.415	0.172	124.69	0.001
		Autodestructivo	9.643	0.864	0.415	11.167	0.001				
	2	(Constante)	10.296	0.349		29.51	0.001	0.513	0.263	106.9	0.001
		Autodestructivo	10.789	0.826	0.464	13.06	0.001				
		Afecto Alto	7.853	0.913	0.306	8.60	0.001				
	3	(Constante)	11.905	0.445		26.73	0.001	0.548	0.300	85.37	0.001
		Autodestructivo	9.18	0.856	0.395	10.73	0.001				
		Afecto Alto	6.244	0.936	0.243	6.67	0.001				
		Autorrealizado	-3.872	0.691	-0.21	-5.61	0.001				
	4	(Constante)	8.779	0.866		10.14	0.001	0.566	0.320	70.19	0.001
		Autodestructivo	8.783	0.849	0.378	10.34	0.001				
		Calidad-sueño	1.948	0.465	0.143	4.19	0.001				
		Afecto Alto	6.053	0.924	0.236	6.55	0.001				
		Autorrealizado	-3.863	0.681	-0.21	-5.67	0.001				

Nota: La variable dependiente: Suma total de depresión. ZC= Zona Centro. ZN= Zona Noreste

cuarta parte de la varianza. Las variables que entran en el modelo son el afecto autodestructivo, calidad de sueño, afecto alto y fumar. Un quinto modelo de este grupo obtiene una  $F= 34.88$ , igualmente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.30, lo que supone cerca de una tercera parte de la varianza. Las variables que entran en el modelo son el afecto autodestructivo, calidad de sueño, afecto alto, fumar y conducta alimentaria problemática. Finalmente, el sexto modelo de este grupo obtuvo una  $F= 30.32$ , altamente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.31, lo que supone cerca de un tercio de la varianza. De este modo, como variables predictoras de la depresión entre los mexicanos de la zona centro, se incluyen el afecto autodestructivo, el afecto alto, el fumar, la calidad de sueño, el sexo, así como la conducta alimentaria problemática.

El primer modelo de los participantes de la zona noreste del país obtuvo una  $F= 124.69$ , altamente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.17, lo que representa un 17% de la varianza, es equivalente al primer modelo de la zona centro en donde la variable que predice la depresión es el afecto autodestructivo. Un segundo modelo de este grupo obtiene una  $F= 106.9$ , igualmente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.26, lo que supone una quinta parte de la varianza. En este segundo modelo entran las variables de afecto autodestructivo y afecto alto. Un tercer modelo obtiene una  $F= 85.37$ , igualmente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.30, lo que representa 30% de la varianza. En este tercer modelo entran las variables de afecto autodestructivo, afecto alto y autorrealizado. Finalmente, el cuarto modelo de este grupo obtuvo una  $F= 70.19$ , altamente significativa ( $p<.000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.32, lo que supone una tercera parte de la varianza. En este modelo para los participantes de la zona noreste, entran como variables predictoras de la depresión el de afecto autodestructivo, el afecto alto, autorrealizado y la calidad de sueño, diferenciándose del modelo final de la zona centro del país por no incluir en el modelo

el fumar, la conducta alimentaria problemática ni el sexo, mientras que sí incluye el afecto autorrealizado.

## Discusión

Los resultados del presente estudio advierten de una alta prevalencia de depresión, por encima de lo reportado por Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013), siendo alarmante que cerca del 50% de los participantes del centro de México presentan sintomatología depresiva en contraposición a una cuarta parte de los participantes del noreste del país. Los hallazgos confirman las observaciones de la literatura en torno a una mayor incidencia de sintomatología depresiva en mujeres que en hombres en la zona centro del país (Jiménez, Wagner, Rivera & González, 2015), no obstante, en la zona noreste el porcentaje de hombres con sintomatología es mayor.

En nuestro estudio, se pudo observar que en ambos grupos la depresión se relaciona con mayor manifestación de afecto autodestructivo, mayor hábito de fumar, peor calidad del sueño, menor afecto autorrealizado, así como menor afecto bajo. Además, en el centro del país, la depresión se relaciona con la menor escolaridad, disminución de la actividad física, mayor consumo de alcohol y la conducta alimentaria problemática, mientras que en el noreste no se observa la relación de estas últimas variables con la depresión. Esto concuerda con lo señalado por González-Forteza et al. (2015) en torno a la relación de la depresión con el estado de ánimo y los cambios en hábitos, así como también coincide con lo resaltado por Nelis et al. (2015) y Yildiz y Kızıldağ (2018) en torno a la relación entre la depresión y el afecto negativo y el bajo afecto positivo respectivamente. Por otra parte, Shen, van Schie, Ditchburn, Brook y Bei (2018) habían observado la relación entre el afecto negativo y la pobre calidad de sueño, variables que en nuestro estudio están en relación con la depresión.

Además, se puede observar cómo las dos muestras son diferentes entre sí, ya que hay mayor depresión en el centro, con un perfil afectivo autodestructivo, así como mayor afecto alto. En el noreste se observa un mayor perfil afectivo autorrealizado y mayor

afecto bajo. Esto coincide con lo señalado por Cerecero-García et al. (2020), quienes ya observaban una mayor incidencia de depresión en la población del centro de México contrastada con la del norte del país. Así mismo, Jiménez et al. (2015), previamente habían señalado de una mayor incidencia de casos de sintomatología depresiva clínicamente significativa en población de estudiantes del Distrito Federal y de Michoacán. No obstante, en cuanto a los perfiles del afecto nuestro estudio parece aportar datos de interés para la clínica, ya que no encontramos literatura que previamente aborde estos perfiles del afecto en los grupos poblacionales abordados en el estudio.

De acuerdo a los modelos predictivos obtenidos de la depresión, pareciera que en el centro del país, la depresión se asocia con la extraversión, con un perfil autodestructivo conllevando incluso hábitos no saludables como el fumar o malos hábitos alimentarios confirmando lo señalado por González-Forteza et al. (2015) en cuanto a la afectación de los hábitos debido a la depresión; mientras que en el noreste un menor sentido de autorrealización cobra relevancia en la depresión, además del perfil autodestructivo y extrovertido. Así mismo, estos hallazgos coinciden con lo señalado por Archer, Adolfsson y Karlsson (2008) quienes encontraron que la depresión podría ser predicha por afectos negativos, problemas del sueño y otros problemas psicofisiológicos.

Llama la atención que en ambos grupos aparezca como predictor el perfil de afectos altos, aunque esto puede hablar de una conducta mucho más extrovertida, también puede advertir de un perfil en donde se encubre la depresión, aspecto por el cual es clínicamente muy difícil hacer lectura de sintomatología suicida en estos pacientes. Esto nos lleva a reflexionar sobre las personas que pueden mirarse perfectamente bien en el exterior, es decir, actúan con normalidad y no se ven deprimidos, más bien se les ve fuertes, entusiastas, alertas, determinados, activos, inspirados, lo que implica un manejo socialmente aceptable de su depresión. No obstante, esto no significa que no vivan emociones negativas, ya que internamente experimentan los angustiosos síntomas de la depresión, lo que complica la evaluación y el tratamiento

(Bhattacharya, Hoedebecke, Sharma, Gokdemir & Singh, 2019).

Como lo señalan Spinhoven, Elzinga, van Hemert, de Rooij y Penninx (2014), la depresión se asocia enormemente con una baja afectividad positiva. Es por ello que McAllister (2008) propone el cultivo de la alegría como un posible remedio para subsanar algunos problemas de depresión, ya que el afecto positivo, como señalan Spinhoven et al. (2014), juega un papel importante en la resiliencia ante la depresión. Entender el antagonismo de emociones positivas y negativas como tristeza y alegría desde modelos cognitivos, así como analizar las asociaciones de las emociones negativas asociadas en la literatura con la depresión, nos permite comprender que más que una postura filosófica ante la vida, el cultivo de actitudes positivas puede ser un modelo de intervención terapéutica que ayude no solo en los casos de depresión, sino también de otros problemas emocionales.

Nuestros participantes pertenecen a dos estratos del país en donde hay fuertes cargas de estrés debido a factores laborales y todos aquellos característicos de las grandes ciudades. La promoción de formas de vida placenteras centradas en la felicidad puede ser un área de oportunidad para la psicología clínica, la cual se ha centrado en el pasado en las manifestaciones psicopatológicas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

En México hay un retraso importante en la manifestación de trastornos del ánimo y la búsqueda de atención para los mismos, habiendo una media de 15 años (Wang et al., 2007), aunado a esto, tenemos que solo se destina un 2% del presupuesto del Sector Salud a atender los problemas de salud mental (Berenzon et al., 2013; Llanos, 2021). Es por ello que se precisa de nuevos modelos de intervención para el abordaje de estos problemas.

Es claro que hacen falta un mayor número de estudios en donde se pueda analizar si el predominio del perfil afectivo autodestructivo y afecto alto en personas con depresión es lo que lleva al acto suicida, y cómo otras variables predicen la depresión. Además, sería interesante en futuras indagaciones contar con el reporte de si están recibiendo algún tipo de servicio



de salud mental o si lo han buscado en algún momento y ante qué problemática.

Nuestro estudio presenta limitaciones propias del diseño transversal con un muestreo no probabilístico en ambos sectores poblacionales (noreste y centro). También, el método de recolección de datos fue un formato de auto reporte que induce un cierto grado de imprecisión en las respuestas, y al tener una muestra no clínica, sólo podemos hablar de presencia de sintomatología depresiva. Igualmente, la naturaleza de los instrumentos utilizados puede generar diferencias con los hallazgos reportados en otros estudios. Se recomienda en futuras investigaciones analizar el perfil afectivo en función del sexo, pues como han señalado López y Legé (2009), hombres y mujeres difieren en reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva, tanto en su manifestación como a la hora de solicitar ayuda mental. Por ello es importante caracterizar las diferencias de la manifestación de depresión en hombres y mujeres, ya que la falta de atención oportuna conlleva actos suicidas efectivos principalmente en hombres (Londoño, Peñate & González, 2017). Un estudio de Posner, Stewart, Marín y Pérez-Stable (2001) había advertido sobre la falla de la CESD-20 en el análisis de la invarianza en población latina viviendo en California, en particular en el contraste de hombres y mujeres. Es por ello, que se recomienda en futuras investigaciones analizar el carácter invariante de los instrumentos, ya que se desconoce si las diferentes muestras analizadas interpretan de la misma forma los reactivos incluidos en ellos.

Se concluye que el perfil afectivo autodestructivo y de afecto alto se encuentran presentes en la manifestación de sintomatología depresiva, acompañándose de mala calidad de sueño y hábitos malsanos en los participantes del centro mientras que en los del noreste se acompaña de bajo perfil autorrealizado. Además, los hallazgos sugieren que la presencia de afecto alto puede enmascarar la forma de manifestar la depresión dado que las personas con un perfil afectivo alto se les pueden considerar como extrovertidos. Esto puede ser un aspecto clave para la comprensión de la depresión y sus manifestaciones clínicas, aunque

hacen falta estudios para analizar esta diferencia con los estudios reportados previamente.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

- Archer, T., Adolfsson, B., & Karlsson, E. (2008). Affective personality as cognitive-emotional presymptom profiles regulatory for self-reported health predispositions. *Neurotoxicity Research*, 14(1), 21–44. doi: 10.1007/BF03033573
- Archer, T., Adrianson, L., Plancak, A., & Karlsson, R. (2007). Influence of affective personality on cognition-mediated emotional processing: Need for empowerment. *European Journal of Psychiatry*, 21(4), 248–262. doi: 10.4321/S0213-61632007000400002
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica de México*, 55(1), 74–80. doi: 10.1590/S0036-36342013000100011
- Bhattacharya, S., Hoedebecke, K., Sharma, N., Gokdemir, O., & Singh, A. (2019). “Smiling depression” (An emerging threat): Let’s Talk. *Indian Journal of Community Health*, 31(4), 433–436.
- Bojorquez, I., y Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, 32(4), 299–307.
- Briant, A., Holmes, C. J., Maciejewski, D., Lee, J., Deater-Deckard, K., King-Casas, B., & Kim-Spoon, J. (2018). Positive and Negative Affect and Adolescent Adjustment: Moderation Effects of Prefrontal Functioning. *Journal of Research on Adolescence*, 28(1), 40–55. doi: 10.1111/jora.12339
- Cardoso, A., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2020). Negative and positive affect and disordered eating: The adaptive role of intuitive eating and body image flexibility. *Clinical Psychologist*, 24(2), 176–185. doi: 10.1111/cp.12224
- Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., y Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica de México*, 62(6), 840–850. doi: 10.21149/11558

- Córdova-Palomera, A., Tornador, C., Falcón, C., Bargalló, N., Brambilla, P., Crespo-Facorro, B., ... Fañanás, L. (2016). Environmental factors linked to depression vulnerability are associated with altered cerebellar resting-state synchronization. *Scientific Reports*, 6(1), 1–11. doi: 10.1038/srep37384
- Coryell, W. (2020). *Depresión*. MSD Manuals. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/home/mental-health-disorders/mood-disorders/depression>
- Decker, S. E., Morie, K. P., Malin-Mayo, B., Nich, C., & Carroll, K. M. (2018). Positive and negative affect in cocaine use disorder treatment: Change across time and relevance to treatment outcome. *American Journal on Addictions*, 27(5), 375–382. doi: 10.1111/ajad.12716
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. won, Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y
- Forgeard, M. J. C., Haigh, E. A., Beck, A. T., Davidson, R. J., Henn, F. A., Maier, S. F., ... Seligman, M. E. (2011). Beyond depression: Toward a process-based approach to research, diagnosis, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 275–299. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01259.x
- Franco-Díaz, K. L., Fernández-Niño, J. A., y Astudillo-García, C. I. (2018). Prevalence of depressive symptoms and factorial invariance of the Center for Epidemiologic Studies (CES-D) Depression Scale in a group of Mexican indigenous population. *Biomedica: Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 38, 127–140. doi: 10.7705/biomedica.v38i0.3681
- Friedrich, M. J. (2017). Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA*, 317(15), 1517. doi: 10.1001/jama.2017.3826
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435–447.
- González-Forteza, C., de la Torre, A. E. H., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R., y Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149–155. doi: 10.1016/j.bmhmx.2015.05.006
- Iwata, N., & Buka, S. (2002). Race/ethnicity and depressive symptoms: a cross-cultural/ethnic comparison among university students in East Asia, North and South America. *Social Science & Medicine*, 55(12), 2243–2252. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00003-5
- Jiménez, A., Wagner, F., Rivera, M. E., y González, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2). doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.014
- Kwong, A. S., López-López, J. A., Hammerton, G., Manley, D., Timpson, N. J., Leckie, G., & Pearson, R. M. (2019). Genetic and Environmental Risk Factors Associated with Trajectories of Depression Symptoms from Adolescence to Young Adulthood. *JAMA Network Open*, 2(6), e196587. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6587
- Laguna, M. (2019). Towards explaining the “how” of positive orientation: The beliefs-affect-engagement model. *Asian Journal of Social Psychology*, 22(2), 133–139. doi: 10.1111/ajsp.12336
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51–66. doi: 10.1016/j.cpr.2018.06.008
- Llanos, A. (2021). *Presupuesto para salud mental: Relevancia ante la Covid19*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C. Recuperado de: <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-relevancia-ante-la-covid19/>
- Londoño, C., Peñate, W., & González, M. (2017). Síntomas de Depresión en Hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1–19. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh
- López, A. F., y Legé, L. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(1), 32–46.
- López-Gómez, I., Hervás, G., y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las “escalas de afecto positivo y negativo” (panas) en una muestra general Española. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(3), 529–548.
- Machado, A. V. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 20(3), 586–602. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul163j.pdf>
- Machado, A. V. (2013). Depresión: diferencias de género. *Multimed*, 17(3). Recuperado de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression, a global public health concern*. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf).
- McAllister, D. (2018). Depression and the Emotions: An Argument for Cultivating Cheerfulness. *Philosophia*, 46(3), 771–784. doi: 10.1007/s11406-018-9970-0
- Moral de la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 18(2), 117–125.[fecha de

- Consulta 12 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1405-0269. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10418753002>
- Moreta-Herrera, R., Perdomo-Pérez, M., Reyes-Valenzuela, C., Torres-Salazar, C., y Ramírez-Iglesias, G. (2021). Invarianza factorial según nacionalidad y fiabilidad de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) en universitarios de Colombia y Ecuador. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 51(2), 76–85. doi: 10.1344/anpsic2021.51.9
- Nelis, S., Holmes, E. A., & Raes, F. (2015). Response Styles to Positive Affect and Depression: Concurrent and Prospective Associations in a Community Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 39(4), 480–491. doi: 10.1007/s10608-015-9671-y
- Posner, S. F., Stewart, A. L., Marín, G., & Pérez-Stable, E. J. (2001). Factor Variability of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Among Urban Latinos. *Ethnicity & Health*, 6(2), 137–144. doi: 10.1080/13557850120068469
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., y Castro, F. de. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219–226. doi: 10.21149/spm.v57i3.7559
- Robles, R., y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al Español y las propiedades psicométricas de las escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69–75.
- Romo-Nava, F., Bobadilla-Espinosa, R. I., Tafoya, S. A., Guízar-Sánchez, D. P., Gutiérrez, J. R., Carriedo, P., & Heinze, G. (2019). Major depressive disorder in Mexican medical students and associated factors: A focus on current and past abuse experiences. *Journal of Affective Disorders*, 245, 834–840. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.083
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37–51.
- Schütz, E., Sailer, U., al Nima, A., Rosenberg, P., Andersson Arnén, A.-C., Archer, T., & Garcia, D. (2013). The affective profiles in the USA: happiness, depression, life satisfaction, and happiness-increasing strategies. *Peers Journal*, 1, e156. doi: 10.7717/peerj.156
- Secretaría de Salud. (2017). Descifremos. *Género y Salud En Cifras*, 15(2), 38–40. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280103/Revisita15-2VF.pdf>
- Secundino-Guadarrama, G., Veytia-López, M., Guadarrama-Guadarrama, R., & Míguez, M. C. (2021). Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. *Salud Mental*, 44(1), 3–10. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2021.002
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Shen, L., van Schie, J., Ditchburn, G., Brook, L., & Bei, B. (2018). Positive and Negative Emotions: Differential Associations with Sleep Duration and Quality in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(12). doi: 10.1007/s10964-018-0899-1
- Smits, F., & Huijts, T. (2015). Treatment for depression in 63 countries worldwide: Describing and explaining cross-national differences. *Health & Place*, 31, 1–9. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.10.002
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del Psicólogo* (5ta edición). México: Trillas.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of facets of extraversion in depression and social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 71, 39–44. doi: 10.1016/j.paid.2014.07.014
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th edition). Boston: Harper Collins.
- Tijerina, L., González, E., Gómez, M., Cisneros, M. A., Rodríguez, K. Y., y Ramos, E. G. (2018). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41–47. doi: 10.29105/respyn17.4-5
- van den Bosch, M., & Meyer-Lindenberg, A. (2019). Environmental Exposures and Depression: Biological Mechanisms and Epidemiological Evidence. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 239–259. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044106
- Vaughan, M. W., LaValley, M. P., Felson, D. T., Orsmond, G. I., Niu, J., Lewis, C. E., ... Keysor, J. J. (2018). Affect and Incident Participation Restriction in Adults with Knee Osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, 70(4), 542–549. doi: 10.1002/acr.23308
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841–850. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61414-7
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and

- negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219–235. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.219
- Weissman, M. M., Sholonskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A., & Locke, B. Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106(3), 203–214. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a112455
- Williams, J., Peeters, F., & Zautra, A. (2004). Differential affect structure in depressive and anxiety disorders. *Anxiety, Stress & Coping*, 17(4), 321–330. doi: 10.1080/10615800412331318634
- Yakushko, O. (2018). Don't worry, be happy: Erasing racism, sexism, and poverty in positive psychology. *Psychotherapy and Politics International*, 16(1), e1433. doi: 10.1002/ppi.1433
- Yildiz, M. A., & Kızıldağ, S. (2018). Pathways from Positive and Negative Affect to Depressive Symptoms: Multiple Mediation of Emotion Regulation Strategies. *Annals of Psychology*, 34(2), 241–250. doi: 10.6018/analesps.34.2.295331
- Zhang, B., Fokkema, M., Cuijpers, P., Li, J., Smits, N., & Beekman, A. (2011). Measurement invariance of the center for epidemiological studies depression scale (CES-D) among Chinese and dutch elderly. *BMC Medical Research Methodology*, 11(74), 1–10. doi: 10.1186/1471-2288-11-74