

Multimed 2016; 20(3)

MAYO-JUNIO

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
POLICLÍNICO DOCENTE JIMMY HIRZEL. BAYAMO**Los factores psicosociales y la depresión****Psychosocial factors and depression****Ms.C. Andrés Vázquez Machado**

Policlínico Docente Jimmy Hirzel. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN**Introducción:** La depresión constituye un serio problema de salud pública y una causa importante de discapacidad en el mundo.**Objetivo:** Identificar la relación entre la depresión y algunos factores psicosociales.**Método:** Investigación descriptiva, transversal con 114 pacientes deprimidos y 64 sujetos sanos mentalmente, que acudieron al hospital Madre Obrera, en Llallagua, Bolivia, entre junio de 2006 y febrero de 2008. Se identificaron algunas variables demográficas y eventos adversos tempranos y actuales que los afectaron. Se utilizó el chi cuadrado y odds ratio para el análisis estadístico.**Resultados:** La depresión fue más frecuente en mujeres, la media de edad fue de 45,9 años; los factores de riesgo para deprimirse fueron ser analfabeto, estar desempleado, ser ama de casa, estar divorciado o viudo y tener 5 ó más hijos. Los eventos adversos tempranos son más frecuentes en pacientes deprimidos (74,6%) que en los sanos (53,1%). Casi la totalidad de los deprimidos (99,1%) refirió eventos negativos actuales; el promedio de eventos en ellos fue de 4,2 y en los sanos de 1,4.**Conclusiones:** Las experiencias traumáticas que acontecen en edades tempranas

de la vida predisponen a la depresión en la adultez. Las personas deprimidas presentan más eventos vitales negativos actuales y parecen más susceptibles al efecto depresogénico de estos.

Descriptores DeCS: DEPRESIÓN/epidemiología; DEPRESIÓN/psicología.

ABSTRACT

Introduction: depression is a serious public health problem and a major cause of disability worldwide.

Objective: to identify the relationship between depression and some psychosocial factors.

Method: descriptive, transversal research of 114 depressed patients and 64 mentally sound who came to the hospital Madre Obrera, in Llallagua, Bolivia, between June 2006 and February 2008. Some demographic variables and early and current adverse events were identified. Chi square and odds ratio for statistical analysis were used.

Results: depression was more common in women, the mean age was 45.9 years; the risk factors for depression were the illiteracy, unemployment, being a housewife, being divorced or widowed and have 5 or more children. Early adverse events were more common in depressed patients (74.6%) than in healthy ones (53.1%). Almost all depressed persons (99.1%) referred current negative events; the average of events in them was 4.2 and 1.4 in the healthy.

Conclusions: traumatic experiences that occur at early ages of life predispose to depression in adulthood. Depressed people have more current vital negative events and seem to be more susceptible to the depressant effect of them.

Subject heading: DEPRESSION/epidemiology; DEPRESSION/psychology.

INTRODUCCIÓN

La depresión constituye un serio problema de salud pública y una causa importante de discapacidad en el mundo.^{1, 2} La prevalencia de la enfermedad varía según diversos estudios, pero existe consenso en que es elevada; en Europa se considera que 2,8 % de la población está deprimida,³ en Estados Unidos 6,6 % padecen un trastorno depresivo mayor (TDM),⁴ mientras en Colombia según una encuesta nacional de 2003 la prevalencia es de 15 %.⁵

La depresión afecta de manera importante la capacidad del individuo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, deteriora el funcionamiento habitual y la calidad de vida, se considera una de las principales causas de carga de enfermedad

en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y los gastos directos e indirectos relacionados con ella afecta de manera importante la economía de los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tras las enfermedades cardiovasculares.⁵⁻⁷

A pesar de ser una enfermedad común y ampliamente estudiada, no están claras las causas que la originan. Se han invocado diversos factores como son alteraciones estructurales, así como del metabolismo y en sistemas de neurotransmisores en áreas específicas del cerebro, también diversas disregulaciones hormonales principalmente a nivel de la hipófisis, tiroides y glándulas adrenales.^{8, 9}

Entre los factores psicológicos se señala la incapacidad del individuo para encontrar un sentido a la vida, así como la existencia de esquemas cognitivos que conducen a una interpretación distorsionada de la realidad, a partir de una serie de creencias erróneas, siempre de carácter negativo.

Especial importancia se ha brindado al papel que juegan la exposición a diversos factores estresantes, los cuales tienen un impacto negativo en el bienestar psicológico de las personas y predisponen a padecer cuadros depresivos o son la causa directa de los mismos. Estos factores pueden acontecer en etapas tempranas de la vida, predisponiendo a la persona a padecer cuadros depresivos en la edad adulta o presentarse en los 12 meses previos a la aparición de la enfermedad.⁹⁻¹²

Esta investigación tiene como objetivo identificar la relación entre la depresión y algunos factores psicosociales en una muestra de pacientes deprimidos.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal (estudio de corte) con 178 pacientes que acudieron a una consulta de medicina general en el Hospital Madre Obrera, de Llallagua, Potosí, Bolivia en el periodo comprendido entre el 1ro de junio de 2006 y el 15 de febrero de 2008. De ellos 114 con depresión y 64 sin antecedentes de enfermedad mental ni síntomas psiquiátricos actuales.

La entrevista clínica permitió seleccionar las personas que reunían los criterios para participar en el estudio; a las cuales se les pidió su consentimiento, previa información de los propósitos de la investigación. Para identificar si tenían una depresión se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM – IV. A todos los

individuos de la muestra se les aplicó una encuesta que recogió variables demográficas y eventos vitales tempranos y actuales. Se utilizaron porcentajes en el análisis de los datos y como medidas de asociación el test chi cuadrado con corrección de Yates, considerando significativa la probabilidad menor o igual que 0,05.

Para conocer si las variables estudiadas se convierten en factores de riesgo de la depresión se calculó la razón de disparidad (odds ratio) con un intervalo de confianza de 95 %.

RESULTADOS

Se estudiaron 114 pacientes deprimidos, de ellos 86 mujeres y 28 hombres. Predominaron las personas que tenían entre 45 y 59 años, con estudios primarios, con empleo, pareja estable y 5 ó más hijos. La razón mujer/hombre es de 3:1 con una media de edad de 45,9 años y un rango de 18 a 73 años. Las variables demográficas que se asociaron significativamente ($p < 0,05$) con la depresión fueron ser ama de casa y tener 5 ó más hijos (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Variables demográficas en pacientes deprimidos y sin depresión.

Variables demográficas	Deprimidos	No deprimidos	X ²	p
	(n=114) %	(n=64) %		
Grupos de edades				
15 - 29 años	8,8	10,9	0,02	NS
30 - 44 años	33,3	43,7	1,90	NS
45 - 59 años	48,2	45,3	0,14	NS
60 y más años	9,6	1,6	NA	-
Sexo				
Femenino	75,4	73,4	0,09	NS
Masculino	24,6	26,6		
Escolaridad				
Analfabeto	14,9	4,7	3,33	NS
Primaria sin terminar	25,4	28,1	0,15	NS
Primaria terminada	20,2	15,6	0,56	NS
Secundaria	14,9	9,4	1,11	NS
Bachiller	14,9	17,2	0,16	NS
Universitario	9,6	25,0	7,46	SE*

NS: no significativo NA: no aplicable SE: significación estadística

*p=0,006

Tabla 2. Variables demográficas en pacientes deprimidos y sin depresión.

Variables demográficas	Deprimidos	No deprimidos	X ²	p
	(n=114) %	(n=64) %		
Ocupación				
Con empleo	53,5	76,6	9,18	SE*
Ama de casa	30,7	12,5	7,37	SE**
Sin empleo	7,9	1,6	2,02	NS
Estudiantes	5,3	7,8	0,12	NS
Jubilados	2,6	1,6	0,21	NS
Estado conyugal				
Con pareja	66,7	68,7	0,08	NS
Viudo	14,0	6,2	1,77	NS
Divorciado	13,1	7,8	1,17	NS
Soltero	6,1	17,2	5,47	SE [§]
# de hijos				
0 - 2	28,1	35,9	1,18	NS
3 - 4	30,7	43,7	3,03	NS
5 ó más	39,5	20,3	6,81	SE [¶]

NS: no significativo SE: significación estadística

*p=0,002

**p=0,006

§p=0,019

¶p=0,009

Al aplicar la razón de disparidad se comportan como factores de riesgo para deprimirse: ser analfabeto [OR=3,56; (0,93<OR<16,00)]; no tener empleo [OR=5,40; (0,67<OR<116,46)]; ser ama de casa [OR=3,10; (1,26<OR<7,88)]; estar divorciado [OR=1,79; (0,57<OR<5,97)] o viudo [OR=2,45; (0,72<OR<9,13)] y tener 5 ó más hijos [OR=2,56; (1,19<OR<5,58)].

Los eventos tempranos son más frecuentes en pacientes deprimidos (74,6%) que en controles sanos (53,1%). Según la tabla 3 se asocian significativamente con la depresión (p<0,05) la violencia intrafamiliar y el maltrato físico (tabla 3).

Tabla 3. Eventos tempranos en pacientes deprimidos y sin depresión.

Eventos tempranos	Deprimidos	No deprimidos	X ²	p
	(n=114) %	(n=64) %		
Violencia intrafamiliar	41,2	23,4	5,68	SE*
Muerte de uno de los padres	33,3	28,1	0,51	NS
Maltrato físico	32,4	7,8	12,47	SE**
Abuso sexual	12,3	7,8	0,45	NS

*p=0,017

**p=0,000

Al aplicar la razón de disparidad los pacientes deprimidos tienen 5 veces más probabilidad de ser víctimas de maltrato físico que los que no padecen depresión [OR=5,67;(1,97<OR<17,55)]. También tienen mayor probabilidad de experimentar violencia intrafamiliar [OR=2,29;(1,09<OR<4,84)], abuso sexual [OR=1,67;(0,52<OR<5,56)] y muerte de uno de los progenitores [OR=1,28;(0,62<OR<2,64)].

Casi la totalidad de los deprimidos (99,1%) refirió eventos vitales en el año previo a la entrevista; entre los controles 67,2% manifestó eventos en este periodo. El promedio en los deprimidos fue de 4,2 y en los controles de 1,4.

Los eventos vitales más frecuentes se reflejan en la tabla 4, excepto la muerte de un familiar querido todos los demás tienen una asociación significativa con la depresión (p<0,05).

Tabla 4. Eventos actuales en pacientes deprimidos y sin depresión.

Eventos actuales	Deprimidos	No deprimidos	X ²	p
	(n=114) %	(n=64) %		
Dificultades económicas	70,2	28,1	52,57	SE*
Maltrato psicológico	55,3	20,3	20,35	SE*
Conflictos con la pareja	54,4	17,2	23,31	SE*
Conflictos con la familia	43,0	12,5	17,40	SE*
Enfermedad física	35,1	14,1	9,03	SE**
Dificultades con la vivienda	23,7	10,9	4,29	SE***
Maltrato físico	21,9	3,1	9,85	SE [§]
Separación o divorcio	19,3	6,2	4,60	SE [¶]
Muerte de familiar querido	15,8	15,6	0,03	NS

*p=0,000

**p=0,002

***p=0,038

§p=0,001

¶p=0,032

DISCUSIÓN

El predominio de la depresión en mujeres y la edad productiva de la vida está descrito en la literatura.^{1, 4, 8}

Aunque no existe asociación significativa entre la escolaridad y depresión, se muestra que ser analfabeto incrementa en 3 veces la probabilidad de padecer la enfermedad; esto se corresponde con lo informado por otros investigadores que afirman que el nivel escolar bajo es un factor de riesgo para deprimirse,^{10,13} tener estudios universitarios se comporta como un factor protector lo cual coincide con

otro estudio realizado en Bucaramanga, Colombia.⁴ Parece que el nivel escolar elevado hace que las personas estén en mejores condiciones para aprender los recursos que le permitan controlar su estado emocional y utilizar formas de afrontamiento adecuadas.

Según el World Mental Health (WMH) survey (estudio poblacional realizado en 18 países) el nivel bajo de educación se asoció significativamente con el TDM en Israel, Estados Unidos, México y Ucrania. En la India las personas con poca educación tienen 14 veces mayor probabilidad de presentar un TDM que los que tienen un nivel de estudios elevado.¹⁴

La ocupación está relacionada con la depresión, las amas de casa tienen 3 veces más probabilidad de deprimirse y estar desempleado incrementa el riesgo hasta 5 veces.

El trabajo no sólo es fuente de ingresos económicos, sino de salud física y sobre todo de salud mental, no tener un empleo incrementa el estrés con su efecto deletéreo sobre los sistemas encargados de mantener la homeostasis (autónoma, endocrina e inmunológica). El hecho que el estado de ser ama de casa incremente la posibilidad de deprimirse brinda elementos para cuestionar la teoría que plantea solamente el papel de los factores biológicos en la depresión femenina. Las amas de casa están expuestas a mayor cantidad de eventos psicosociales negativos, como la dependencia económica, pobres expectativas y menor accesibilidad a los servicios de salud.

El desempleo está asociado a un elevado riesgo de depresión en la población canadiense.¹⁵

La relación entre el estado conyugal y la depresión se ha analizado por varios investigadores y los resultados son contradictorios. Cuando se pierde la pareja por muerte o separación la persona se ve privada de esta fuente de apoyo social con las secuelas emocionales que implican.

En el estudio de Cadena y colaboradores no tener una pareja estable se asoció significativamente con la depresión.⁴ Clavarino y colaboradores señalan que el divorcio incrementa la depresión en mujeres y contribuye a disminuir los niveles de

bienestar psicológico; el efecto negativo del divorcio parece disminuir a los 2 ó 3 años, aunque se sugiere que ocurre sólo en las que se vuelven a casar.¹⁶

Un estudio en Lituania informó que los individuos de ambos sexos viudos y divorciados eran más propensos a presentar sintomatología depresiva que los solteros y casados.¹⁷

Según el WMH estar separado incrementó el riesgo de depresión en 12 países con mayor evidencias en India, Japón y Líbano. Estar divorciado se asoció significativamente con la presencia de depresión en siete de los 10 países desarrollados donde se realizó la investigación y en cuatro de los ocho países en vías de desarrollo. Se encontró una relación más débil entre el estado de viudez y la depresión en todos los países estudiados, excepto en Ucrania donde las personas viudas presentan 8 veces más probabilidad de deprimirse que los que están casados.¹⁴

El número de hijos está relacionado con la depresión por el nivel de estrés que ocasiona cuando se trata de más de 2, ya que agrava los problemas económicos, limita el desenvolvimiento social y representa mayor sobrecarga, sobre todo para la mujer. En la población kuwaití tener 3 o más hijos se asoció significativamente con la presencia de cuadros depresivos.¹⁸

Los eventos psicotraumatizantes que causan estrés en etapas tempranas de la vida afectan más frecuentemente a los pacientes deprimidos que a los que no padecen depresión; estas experiencias hacen más vulnerables a las personas a la enfermedad en la edad adulta; según diversos autores estos eventos vitales tempranos afectan el sistema hipotálamo – hipófisis – adrenal provocando una reactividad especial al estrés.^{1, 9}

Diversos estresores como el maltrato en la niñez se han asociado con reducción del volumen del hipocampo en la adultez; ⁸ también se han encontrado alteraciones en otras regiones cerebrales como el cuerpo calloso y la corteza frontal, las que están en dependencia del evento y del tiempo en que estuvo afectando al niño. Se intuye que el efecto depende además de la etapa de la vida donde acontecen, ej. las alteraciones en el hipocampo se asocian al maltrato que aconteció en las edades de 3 a 5 años, el cuerpo calloso con el maltrato reportado entre los 9 y 10 años y el cortex frontal con el acontecido entre los 14 y 16 años.^{19,20}

Un metaanálisis de 16 estudios epidemiológicos reportó que el maltrato en la niñez está asociado a un riesgo elevado de desarrollar depresión recurrente, lo que sugiere que este evento temprano no sólo está asociado a mayor probabilidad de desarrollar depresión, sino que es un predictor de un curso desfavorable de la enfermedad y de los resultados del tratamiento antidepressivo.²¹

Varios estudios han reportado que los polimorfismos específicos ejercen control genético de sensibilidad para las experiencias traumáticas tempranas. Se ha relacionado el maltrato en la infancia con alteraciones de genes específicos en receptores de zonas del cerebro, parece que estas experiencias provocan alteraciones en estos genes y estos a su vez provocan la reactividad del eje HPA a los eventos estresantes, que a su vez son los responsables de la aparición de los episodios depresivos.²²

La relación del maltrato en la niñez y la depresión adulta se ha interpretado de dos formas: una hace referencia a que la experiencia traumática aumenta el riesgo de depresión a largo plazo, la otra se refiere a la interpretación de la experiencia, concluyen que cuando la persona sufre depresión severa o recurrente aumenta la probabilidad de que las experiencias traumáticas de la infancia sean recordadas.²¹

La mayoría de los deprimidos experimentan eventos vitales en los 12 meses previos a la entrevista, lo que la diferencia significativamente de los que no tienen depresión; también el número de eventos adversos es significativamente mayor en los deprimidos. La evaluación del efecto negativo de estos estresores sobre el estado de ánimo se debe realizar no sólo desde el punto de vista de su presentación sino de la significación que tiene para el individuo y los recursos de afrontamiento que utiliza, así como la efectividad percibida de dichos recursos.

El efecto depresogénico de las experiencias negativas es señalado en diversas investigaciones. Un metaanálisis de Risch y colaboradores que incluyó 14 estudios demostró que los eventos estresantes de la vida tienen una fuerte asociación con el riesgo de deprimirse.²³

El estudio realizado en Chile informó una asociación significativa entre la depresión y el número de eventos vitales reportados en el año previo a la entrevista; las personas con cuadro depresivo subclínico reportaron un promedio de 5 eventos vitales y los que tenían un trastorno depresivo un promedio de 5,7.¹⁰

Presentar dificultades económicas es reconocido como un factor de riesgo para deprimirse por múltiples investigadores.^{14, 24}

Las mujeres que son víctimas de maltrato físico, psicológico o ambos tienen 6 veces más probabilidades de presentar una depresión clínica que aquellas que no son sometidas a maltrato, según un estudio realizado sólo con mujeres.²⁵

Se ha reportado la relación entre síntomas depresivos y conflictos familiares, sobre todo en adolescentes.²⁶

En la población colombiana padecer enfermedades médicas y las dificultades en las relaciones interpersonales se asoció con la presencia de depresión.²⁷

Keller y colaboradores encontraron que la pérdida de seres queridos y los conflictos con la pareja, sobre todo si existe separación se acompaña con frecuencia de sintomatología depresiva.²⁸

La ciencia social enfatiza en la importancia de evaluar la interpretación subjetiva que hacen las personas de sus experiencias, para determinar en qué magnitud las afectan, teniendo en cuenta también la efectividad de las redes sociales de apoyo.

En este sentido la depresión se trata de un problema psicológico porque es la persona quien la sufre, pero también un problema social porque aparece en el contexto social donde se desenvuelve el individuo.¹¹

La teoría cognitiva de la depresión, que es una de las más aceptadas para explicar este trastorno también apoya la interpretación de la enfermedad desde el punto de vista social, ya que en este caso la depresión es el resultado de las creencias resultantes de la forma negativa en que el individuo se percibe a sí mismo, al mundo y al futuro, pero que tienen su origen en las experiencias negativas tempranas de la persona que son las que originan errores sistemáticos del pensamiento y una percepción distorsionada de la realidad.

Esta investigación contribuirá a alertar a las autoridades médicas y los actores sociales de Bolivia sobre la existencia de la depresión como problema de salud, la comprensión de los factores relacionados con ella y como abordarla desde el punto de vista psicosocial. Su limitación es que el tamaño de la muestra, el diseño del

estudio y que al estar circunscrito sólo a una población específica no permite extender sus resultados a todo el país.

CONCLUSIONES

La depresión es un trastorno que predomina en las mujeres; y está relacionada con algunos factores de riesgo como: ser analfabeto, no tener empleo, ser ama de casa, estar divorciado o viudo y tener 5 ó más hijos. Las experiencias traumáticas que acontecen en edades tempranas de la vida predisponen a la depresión en la adultez. Las personas deprimidas presentan más eventos vitales negativos actuales y parecen más susceptibles al efecto de presogénico de estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez Machado A. La depresión. Rev Ciencias Méd Hab [Internet]. 2011 [Citado 2014-03-12]; 17 (2). Disponible en:
http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol17_2_11/hab14211.html
2. Mori N, Caballero J. Historia natural de la depresión. Rev Perú Epidemiol [Internet]. 2010 [Citada 2014-03-12]; 14(2):86-90. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n2/pdf/a02v14n2.pdf
3. Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ [Internet]. 2006 [Citado 2014-03-12]; 9(2):87-98. Disponible en:
<http://europepmc.org/abstract/MED/17007486/reload=0;jsessionid=9JDRDg184Gy9gDulIvkn.12>
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR. et al. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). JAMA [Internet]. 2003 [Citado 2014-03-12]; 289(23):3095-3105. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12813115>
5. Pinto Masís D, Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M, Miranda C, Pérez A, Espriella M. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos

- del manejo intrahospitalario. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2010 [Citado 2014-03-12]; 39(3):465-80. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619187002>
6. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2009 [Citado 2014-03-12]; 37(1):49-53. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=616d8bd0-8ea1-4563-ac2f-e90fc65349ac%40sessionmgr114&vid=1&hid=123&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=lth&AN=37033593>
7. Cadena LP, Díaz LA, Rueda GE, Hernández NL, Campo A. Prevalencia actual del trastorno depresivo mayor en la población de Bucaramanga, Colombia. Rev Fac Nac Salud Púb. [Internet]. 2010 [Citado 2014-03-12]; 28(1):36-41. Disponible en:
<http://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&q=Prevalencia+actual+del+trastorno+depresivo+mayor+en+la+poblaci%C3%B3n+de+Bucaramanga%2C+Colombia+and+%287.%09Cadena+LP%2C+D%C3%ADaz+LA%2C+Rueda+GE%2C+Hern%C3%A1ndez+NL%2C+Campo+A%29&btnG=&lr=>
8. Chen MC, Hamilton JP, Gotlib IH. Decreased hippocampal volume in healthy girls at risk of depression. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2010 [Citado 2014-03-12]; 67(3):270-6. Disponible en:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210637>
9. Bradley RG, Binder EB, Epstein MP, Tang Y, Nair HP, Liu W; et al. Influence of child abuse on adult depression. Moderation by the corticotrophin-releasing hormone receptor gene. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2008 [Citado 2014-03-12]; 65(2):190-200. Disponible en:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482603>
10. Alvarado R, Numhauser J, Vera A. Factores psicosociales asociados a cuadros depresivos en mujeres adultas de la isla de Chiloé. Rev Salud Publ [Internet]. 2008 [Citado 2014-03-12]; 2(1):8-16. Disponible en:
<http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/10633>

-
11. Álvaro Estramiana JL, Garrido Luque A, Schweiger Gallo I. Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. Rev Internac Sociol [Internet]. 2010 [Citado 2014-03-12]; 68(2):333-48. Disponible en:
<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/Article/328>
 12. Danese A, Moffitt TE, Pariante CM, Ambler A, Poulton R, Caspi A. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2008 [Citado 2014-03-12]; 65(4):409-16. Disponible en:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482680>
 13. Berenzon Gorn S, Tiburcio Sainz M, Medina-Mora Icaza ME. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. Salud Mental [Internet] 2005 [Citado 2014-03-12];28(6):33-40. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam056e.pdf>
 14. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G; et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Medicine [Internet] 2011 [Citado 2014-03-12]; 9:7015-41. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90/>
 15. Romans S, Cohen M, Forte T. Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2011 [Citado 2014-03-12]; 46(7):567-75. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20376426>
 16. Clavarino A, Hayatbakhsh MR, Williams GM, Bor W, O'Callaghan M, Najman JM. Depression following marital problems: different impacts on mothers and their children? A 21-year prospective study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2011 [Citado 2014-03-14]; 46:833-41. Disponible en:
<http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-010-0253-8#page-1>
 17. Sidlauskaitė-Stripeikiene I, Zemaitiene N, Klumbiene J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population.

- Medicine (Kaunas) [Internet]. 2010 [Citado 2014-03-14]; 46(10):693-99.
Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21393988>
18. Al-Otaibi B, Al-Wegayyan A, Taher H, Sarkhou E, Gloom A, Aseeri F.
Depressive symptoms among kuwaití population attending primary
healthcare setting: prevalence and influence of sociodemographic factors.
Med Princ Practice [Internet]. 2007 [Citado 2014-03-14]; 16(5):384-88.
Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17709928>
19. McCrory E, Brito SA. de, Viding E. Research review: The neurobiology and
genetics of maltreatment and adversity. J Child Psychol Psychiatry [Internet].
2010 [Citado 2014-03-14]; 51(10):1079-95. Disponibile en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20546078>
20. Andersen SL, Tomada A, Vinchow ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH.
Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual
abuse on regional brain development. J Neuropsych Clin Neurosc [Internet].
2008 [Citado 2014-03-14]; 20:292-301. Disponibile en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18806232>
21. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable
course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. Am
J Psychiatry [Internet]. 2012 [Citado 2014-03-14]; 169:141-51. Disponibile
en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22420036>
22. Polanczyk G, Caspi A, Williams B, Price TS, Danese A, Sugden K; et al.
Protective effect of CRHR1 gene variants on the development of adult
depression following childhood maltreatment. Arch Gen Psychiatry [Internet].
2009 [Citado 2014-03-14]; 66(9):978-85.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19736354>
23. Risch N, Herrell R, Lehner T, Liang KY, Eaves L, Hoh J. Interaction between
the serotonin transporter gene (*5-HTTLPR*), stressful life events, and risk of
depression: A meta-analysis. JAMA [Internet] 2009 Jun [Citado 2014-03-
14]; 301(23):2462-71. Disponibile en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19531786>

-
24. Muscatell KA, Slavich GM, Monroe SM, Gotlib IH. Stressful life events, chronic difficulties, and the symptoms of clinical depression. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2009 Mar [Citado 2014-03-14]; 197(3):154-60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19282680>
25. Vázquez Machado A. Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2007 [Citado 2014-03-14]; 70(1-4):88-95. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/viewFile/658/695>
26. Álvarez Zúñiga M, Ramírez Jacobo B, Silva Rodríguez A, Coffin Cabrera N, Jiménez Rentería ML. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Int J Psychol & Psycholog Ther* [Internet]. 2009 [Citado 2014-03-14]; 9(2):205-16. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-ES.pdf>
27. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2004 [Citado 2014-03-14]; 16(6):378-86. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23682.pdf>
28. Keller MC, Neale MC, Kendler KS. Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 [Citado 2014-03-14]; 164:1521-29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17898343>

Recibido: 20 de marzo del 2016.

Aprobado: 6 de abril del 2016.

Ms.C. Andrés Vázquez Machado. Policlínico Jimmy Hirtzel. Bayamo. Granma, Cuba.
E-mail: anvaz@grannet.grm.sld.cu