

ESTRESORES PSICOSOCIALES Y DEPRESIÓN MAYOR RECURRENTE¹

PSYCHOSOCIAL STRESSORS AND MAJOR RECURRENT DEPRESSION

² Pedro Vargas-Navarro.

³ Diana Latorre-López.

⁴ Samariz Parra-Cárdenas.

Resumen

En este trabajo se examinan los estresores psicosociales y la depresión recurrente a través de la revisión de la literatura básica en la materia. Se define el estrés y se clasifica desde diferentes perspectivas. El estrés es una causa de tensión y exigencia o mecanismo de adaptación. El estrés y la presentación del primer episodio depresivo están directamente relacionados, sin embargo cuando se presentan recurrencias el estrés significativo pierde fuerza dentro de los factores que lo desencadenan. Los estresores, especialmente los psicosociales, están relacionados con la presentación de recurrencias. Entre estos se destacan estresores internos y externos, por sucesos vitales, estrés de rol y las contrariedades cotidianas, la alta exigencia y el perfeccionismo. El no cumplimiento de metas es otro factor provocador de crisis en la transición del ciclo vital. El neuroticismo y el perfeccionismo, como actitudes disfuncionales provocan aislamiento y falta de soporte social. Los esquemas cognitivos disfuncionales conducen a un procesamiento erróneo de la información. La depresión es una pauta de relación que no permite encontrar formas adaptativas de enfrentar la vida y conducir las relaciones interpersonales. Aunque hay nuevas visiones que la consideran como un esfuerzo adaptativo. La comorbilidad puede hacer recurrir la depresión. Se ha sugerido que patrones maladaptativos cognitivos, en particular en interacción con estresores, podrían llevar a pobres resultados en el tratamiento de

Abstract

This paper examines psychosocial stressors and recurrent depression through a review of the basic literature on the subject. Stress is defined and classified from different perspectives. Stress is a cause of tension and demand or an adaptive mechanism. Stress and the presentation of the first episode of depression are directly related, however when recurrences are present significant stress loses strength among the factors that trigger it. Stressors, especially the psychosocial, are related to recurrences. Chief among these are internal and external stressors, and life events, role stress and annoyances of daily living, high demands and perfectionism. Failure to accomplish goals is another factor provoking crisis in the life cycle transition. Neuroticism and perfectionism, and dysfunctional attitudes lead to isolation and lack of social support. Dysfunctional cognitive schemes lead to erroneous information processing. Depression is a pattern of relationship failing to find adaptive ways of coping with life and conduct relationships, although there are new visions that consider it as an adaptive effort. Comorbidity can lead the recurrence of depression. It has been suggested that maladaptive cognitive patterns, in particular in interaction with stressors, could lead to poor results in the treatment of patients with major depressive disorder comorbidity with personality disorder. These, regardless of the state of depression have been associated with high dysfunctional attitudes.

Entregado el 31/05/2011

Aprobado el 04/09/2011

1. Artículo de revisión realizado en el Área Psicosocial de la Facultad de Medicina, Universidad El Bosque

2. Médico Psiquiatra, Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Área Psicosocial, Universidad El Bosque. vargaspedro@unbosque.edu.co

3. Médica Cirujana, Universidad El Bosque, diana.latorrel@gmail.com.

4. Médica Cirujana, Universidad El Bosque, samarizparra@hotmail.com.

sujetos con trastorno depresivo mayor en comorbilidad con trastornos de personalidad. Estos, independientemente del estado de la depresión, han sido asociados con elevadas actitudes disfuncionales.

Palabras clave: depresión, depresión mayor recurrente, depresión unipolar, trastorno de adaptación, estrés psicológico, estrés emocional, estrés vital.

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios han demostrado que las enfermedades de mayor impacto en la vida del ser humano, incluyendo las patologías mentales están relacionadas con el estrés ambiental y las situaciones adversas a las que se tiene que enfrentar un individuo (1).

Existe una relación directa entre estrés, neurobiología y trastornos mentales. El estrés se define como una causa de tensión o exigencia de adaptación, es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica (1).

Tres tipos básicos de estrés son delineados: sistémico o fisiológico, psicológico y social. El estrés sistémico se refiere a los disturbios en los sistemas tisulares, el estrés psicológico a los factores cognitivos que dirigen la evaluación o amenaza y el estrés social a la disrupción de una unidad social o sistema (2).

En este trabajo se estiman como estresores psicosociales el conjunto comprendido por los aspectos psicológicos y sociales como es considerado por autores como Gil Monte y Peiró (3). Algunos autores consideran que existen estresores psicosociales internos y externos. Los internos están relacionados con aspectos específicos del individuo y los externos con condiciones medioambientales (4).

El comportamiento humano resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. En la organización de la personalidad influyen factores biológicos e interaccionales tempranos y tardíos, cercanos, como los del entorno inmediato y distantes, como los del medio social en que se vive. Se han identificado características del temperamento y carácter como factores asociados al estrés determinando la vulnerabilidad del individuo en un momento dado. Hay que

Keywords: depression, major depressive disorder, unipolar depression, adjustment disorder, psychological stress, emotional stress, vital stress.

disminuir esta vulnerabilidad en lo biológico, psicológico y social para enfrentar el estrés (5).

Las fuentes externas de estrés son diversas, el hacinamiento, el ruido, la inseguridad, el tráfico desordenado, la inflación, todo lo que restringe nuestra capacidad de movimiento, el medio social representado por la familia, la vida comunitaria, la moda, la cultura, los cambios y varían de acuerdo con las diferentes etapas de la vida. En la pareja hay cuatro áreas de conflicto: las disputas sobre el dinero, la distribución del tiempo, los roles en la pareja y la discordia acerca de la educación de los hijos. No todos los estresores aparecen en el DSM-IV. (5).

La viudez es el evento vital más difícil de sobrellevar, porque rompe la homeostasis a nivel individual, a nivel de pareja y a nivel social (5).

Las personas solas, como los viudos, separados y solteros presentan con mayor frecuencia crisis de depresión, ansiedad, intentos de suicidio, enfermedad coronaria y falla cardíaca (5).

El estrés crónico agota y enferma, produce cambios biológicos y psicológicos disminuyendo las defensas en estos dos ámbitos, aumenta la vulnerabilidad a un nuevo estresor y predispone al infarto de miocardio, cuya frecuencia aumenta en forma importante en los dos primeros años que siguen a la jubilación (5).

En general, los términos estrés psicológico, emocional, sociopsicológico o psicosocial se usan indistintamente para referirse al estrés generado, por ejemplo, cuando ocurren relaciones interpersonales conflictivas, su consecuencia es un cambio afectivo denominado estrés emocional que puede desencadenar diversas patologías en función de la predisposición genética, la experiencia del individuo y su ambiente cultural (6).

Sandín B, (7) hace una descripción de tres formas principales de estresores sociales:

1. Los sucesos vitales, son cambios agudos que requieren ajustes drásticos durante un corto

período de tiempo, también se llama “estrés reciente” y puede ser por ejemplo el matrimonio, la pérdida de un hijo, la separación matrimonial, el divorcio, la compra de casa, el despido laboral, el cambio de residencia, el encarcelamiento, el embarazo, etc. Los sucesos vitales son factores predisponentes o precipitantes. No es tanto el cambio por sí mismo sino la cualidad del cambio, lo que es potencialmente dañino (cambios indeseables, rápidos, inesperados, no normativos e incontrolados). En la calificación de la magnitud de este tipo de estrés son relevantes los aportes de Thomas H. Holmes y su construcción de cuestionarios para evaluarlo.

2. El estrés de rol, son demandas persistentes que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongados; es el denominado “estrés crónico”. Se relaciona con los principales roles sociales, por ejemplo dificultades en el trabajo, problemas de pareja o problemas en las relaciones entre padres e hijos. Se clasifica así:

Por sobrecarga de roles. Cuando las demandas exceden las capacidades del individuo.

Conflictos interpersonales en conjuntos de roles, se origina en personas que interactúan entre sí.

Conflictos entre roles, demandas incompatibles entre diversos roles, como por ejemplo entre las demandas laborales y las familiares.

Por cautividad de rol, personas que no están dispuestas a llevar a cabo un rol que les incumbe, las amas de casa o los jubilados que prefieren un trabajo fuera de casa.

Por reestructuración de rol, producido por los cambios asociados a la evolución del propio rol. El adolescente que se queja de ser tratado como si fuera un niño.

Estresores relacionados con el ambiente personal, ser pobre, vivir en una zona peligrosa o padecer una enfermedad crónica grave.

Falta de ocupación de un rol, como no tener un hijo.

Estresores que definen un nuevo rol, como una enfermedad crónica de larga duración (3).

Las contrariedades cotidianas son mini-eventos que requieren pequeños reajustes diarios; por ejemplo, los sucesos menores o “estrés diario”. Los estresores no se deben ver de forma aislada y pueden interactuar sinérgicamente (7).

Para entender el estrés a nivel individual, hay que detenerse a mirar en quién ocurre, cuál es su experiencia y que historia lo acompaña (7).

No todo es trastorno en el estrés social. Los diferentes grupos humanos se exponen de forma diferente a los estresores. Dos aspectos relevantes son la exclusión de la participación y la participación insatisfactoria (7) muy común en la sociedad latinoamericana.

En forma inversa no todo estrés es social, aunque existan estresores de naturaleza social, el entorno social puede funcionar adecuadamente y los factores generadores pueden estar, como se ha visto, en el individuo. Por lo tanto en cada caso es necesario mirar qué circunstancias sociales o personales lo ocasionan.

En la depresión, comprender el entorno y al individuo nos permitirá establecer los factores que pueden desequilibrar el estado de ánimo. Por lo tanto, interesa describir los *estresores psicosociales relacionados con la recurrencia del trastorno depresivo mayor*.

La relación del estrés y la presentación del primer episodio depresivo están directamente relacionados, sin embargo cuando se presentan recurrencias el estrés significativo pierde fuerza dentro de los factores que lo desencadenan (1).

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad que conlleva altos costos económicos, sociales, personales y familiares, ya que resulta ser un acontecimiento vital adverso porque implica la pérdida de una importante relación o función humana para el individuo que lo padece.

Los estresores, especialmente los psicosociales están relacionados con la presentación de recurrencias, en algunos casos, pese a estar en tratamiento, el individuo conoce cuál estresor puede generar la recurrencia y no impedir que se manifieste o permitir que éste lo afecte, haciendo que el proceso de prevención sea más difícil de manejar (1).

Las clasificaciones diagnósticas consideran la depresión como un trastorno (8). Pero es novedoso e importante considerar la depresión como una forma de adaptación lo cual demanda mayor investigación. Esta consideración no pretende desconocer las alteraciones implicadas y conocidas que ocurren en la depresión (9,10). Se compara la depresión con la fiebre como mecanismos adaptativos que desde este punto de vista no podrían ser considerados por sí mismos como trastornos sino como un mecanismo de respuesta al estrés (11).

Neil Jacobson ha planteado que los pacientes deprimidos desarrollan conductas evitativas para disminuir el malestar cotidiano pero aumentan la depresión porque no producen cambios positivos en las situaciones de la vida. Desarrollan un modelo de modificación de estas conductas evitativas (12).

Andrews PW y Thomson JA están de acuerdo con que la depresión facilita la resolución de problemas al atraer la atención y promover el análisis de estos, pero se puede tornar improductiva si la persona desarrolla estrategias evitativas (11).

Los problemas complejos que afectan la consecución de metas importantes relacionadas con el bienestar pueden causar afectos depresivos, (11), (13).

La depresión al promover la rumiación y con ello el análisis de las causas de los problemas termina interfiriendo con la solución de estos, aunque con el tiempo podría ayudar al individuo a solucionar la causa de sus problemas. Esta visión va en contravía de la consideración de autores que plantean que los problemas cognitivos de la depresión son maladaptativos y deterioran la solución de problemas (11, 14, 15, 16).

En el eje IV del DSM-IV-TR se consideran los problemas psicosociales y ambientales relacionados con la problemática considerada en los otros ejes. Los problemas y estresores que con mayor frecuencia se encuentran son (8):

- › Problemas relativos al grupo primario de apoyo
- › Problemas relativos del ambiente social
- › Problemas relativos a la enseñanza
- › Problemas laborales
- › Problemas de vivienda
- › Problemas económicos
- › Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- › Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
- › Otros problemas psicosociales y ambientales

Los eventos amenazantes contextuales están fuertemente relacionados con el riesgo de depresión y la combinación de humillación y pérdida son más depresogénicos que los eventos puros de pérdida incluyendo la muerte (17). Las personas que tienen problemas con personas cercanas son menos felices. No todos los aspectos de las relaciones cercanas son positivos. Las mujeres tienen

más vínculos sociales que los hombres. Para las mujeres las relaciones sociales cercanas no siempre tienen efecto positivo pueden tener un efecto negativo sobre su bienestar y felicidad. La calidad de la relación social cercana tiene más impacto sobre la mujer que sobre el hombre. Para mujeres y hombres características negativas de su red tiene efectos perjudiciales sobre su felicidad (18).

En parejas casadas, el riesgo de depresión mayor es cerca de 250 veces más grande si la pareja está infelizmente casada (19). Además el conflicto con compañeros sociales cercanos está asociado con más depresión si en la relación existe un gran apoyo (20), (21). El estrés social representado en el hostigamiento, la inseguridad, las frustraciones, el comportamiento competitivo elevado, la falta de relaciones de afiliación causan estados depresivos en roedores, monos y en los seres humanos. Los estados depresivos tendrían la función de mostrar al individuo deprimido socialmente incompetente y disminuido lo cual podría ser tomado como un incentivo dominante y señal de que el individuo deprimido no es una amenaza. La pérdida de control sobre el ambiente social es depresogénica. La pérdida de control sobre los eventos aversivos y/o recursos importantes / recompensas, disminuyen los afectos positivos (22). La frustración social es depresogénica y ecológica y evolutivamente un estresor relevante. No existe una convicción de que la depresión tiene una función de apaciguamiento (11).

La familia puede influenciar el riesgo del adolescente para desarrollar depresión a través del soporte o estrés que proporcionen, de las interacciones que induzcan conductas depresivas a través de reforzamientos positivos o negativos o el desarrollo de estilos cognitivos y regulación del afecto no adecuados; sin embargo hacen falta estudios para probar esta influencia (23).

Considerando la demostrada eficacia de los tratamientos actuales para la depresión, resulta paradójico que muchos pacientes permanezcan subdiagnosticados y subtratados, pese al profundo nivel de discapacidad y el gran uso de los recursos de salud general que puede acompañar a esta enfermedad (24). De esta forma los servicios de salud son otro factor determinante de esta y otras problemáticas con un nivel de importancia igual al estilo de vida y el ambiente (25).

DEPRESIÓN RECURRENTE

Se considera recaída cuando aún durante el tratamiento, o inmediatamente después de su suspensión, se observa un recrudescimiento sintomático. Cuando los síntomas reaparecen después de una remisión total o parcial de al menos 2 meses de duración

se habla de recurrencia (26). El DSM-IV-TR, considera que existe depresión mayor recidivante ante la presencia de dos o más episodios depresivos mayores (8) y el CIE-10 si ha habido al menos un episodio depresivo leve, moderado o grave (27).

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad con una gran recurrencia. El riesgo de recurrencia aumenta progresivamente con cada episodio sucesivo y si el tiempo de recuperación se incrementa la probabilidad de recurrencia disminuye. La tasa más alta es observada durante el primer mes después de la recuperación de un primer episodio (29).

La exposición a un factor de estrés evitable plantea el problema de entender por qué el estresor ha ocurrido, de esta manera hechos similares se pueden evitar en el futuro (11).

Los individuos deprimidos en un papel de alta potencia producen reacciones negativas en otras personas y en este mismo rol desarrollan con sus compañeros normales un patrón de interacción relativamente no cooperativo y de explotación en los procedimientos de negociación y como grupo comunican niveles altos de auto devaluación, tristeza e impotencia. Este complejo de conductas interpersonales produce respuestas comprensibles de impotencia en otras personas. Estos hallazgos corresponden a un estudio del comportamiento interpersonal de individuos depresivos en el laboratorio en una situación de juego (30).

Ciento treinta estudiantes de pregrado se expusieron a una inducción de buen o mal humor y posteriormente participaron en un juego. A partir de esa situación se concluyó que las dimensiones morales de la conducta pueden ser influenciadas por aspectos emocionales externos a la decisión final. Individuos con buen humor son más generosos y menos recíprocos. Dan menos en función de lo que recibieron. Reaccionan a los demás con sólo el 60% de la intensidad mostrada por los individuos de mal humor (31). Estos hallazgos se encontraron en una situación de juego (31).

LOS ANTIDEPRESIVOS

Se describen numerosas moléculas antidepressivas y estrategias de aumento o niveles estratégicos estructurados para el abordaje de la falta de respuesta terapéutica (32).

Se reconoce, por ejemplo que, aunque efectivos en buen número de casos, los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y la nueva generación de antidepressivos no mejoran al 10-30 % de los pacientes. Así mismo, en un 12 a 25% de pacientes

que responden no se consigue la remisión completa de los síntomas sino una respuesta parcial (32).

Un 40 a 50% de pacientes que permanecen en farmacoterapia por 4 a 6 semanas, responden al tratamiento. Un 10 a 30% no responden a nuevos antidepressivos y en un 10 a 25% la respuesta es parcial, sin remisión completa de los síntomas (32).

Por otra parte, otros autores mencionan que en relación a placebo, la respuesta a los antidepressivos a menudo falla para alcanzar significancia clínica con excepción de los pacientes severamente deprimidos e incluso en estos la respuesta positiva está más relacionada con la disminución de la respuesta a placebo (33). Además, experimentos controlados no muestran evidencia que ellos prevengan las recaídas una vez el tratamiento se ha detenido (34), la cual es precisamente una de las expectativas de si la medicación no es sino un tratamiento sintomático (11).

OTRAS CAUSAS DE LA FALTA DE RESPUESTA TERAPÉUTICA

“Existen dos posibilidades ante la falta de respuesta terapéutica: una, el error diagnóstico, y otra, el que haya pasado desapercibido un trastorno adicional (en cualquiera de los tres primeros ejes del DSM-IV-TR) cuya acción podría impactar negativamente la respuesta terapéutica. Hay que considerar el papel que juegan el abuso y dependencia a sustancias, alcohol y tabaquismo (influyendo en las respuestas farmacocinética y farmacodinámica)” (32).

La presencia de otra enfermedad asociada puede contribuir significativamente a la falta de respuesta terapéutica, mala respuesta o insuficiente respuesta a antidepressivos (32).

En relación con el aspecto enunciado en el párrafo anterior y en el caso de las alteraciones tiroideas, Joffe, R, Marriot, M, en un estudio de 75 pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor unipolar encontraron que el tiempo de recurrencia de depresión mayor estuvo inversamente relacionado con los niveles de T3 pero no de T4. Este dato es de interés porque ha sido más común usar la T3 como estrategia de aumento de la respuesta antidepressiva (35).

Es importante en este tema tener en cuenta la psicoeducación, la cual minimiza el incumplimiento o no-adherencia, al lado de la discusión abierta sobre los efectos colaterales.

También es necesario evaluar si el incumplimiento del paciente se debe a la desorganización cognitiva de la propia enfermedad depresiva (36).

ADAPTACIÓN AL ESTRÉS

La adaptación al estrés depende entre otros de los siguientes factores (7):

La percepción del estresor

La capacidad del individuo para controlar la situación

La preparación del individuo por la sociedad para afrontar los problemas.

La influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad.

Teniendo en cuenta estos factores, a continuación dedicaremos un espacio especial a los factores individuales y familiares que podrían estar implicados y que también son estresores psicosociales como se mencionó al comienzo.

APORTES DE LOS MODELOS PSICOLÓGICOS A LA COMPRENSIÓN DE LA DEPRESIÓN Y AL ESTRÉS PSICOSOCIAL

La teoría psicoanalítica se fundamenta en los siguientes aspectos básicos para la comprensión de la depresión: pérdida de la autoestima en el contexto de relaciones tempranas inadecuadas que se reactivan ante estresores vividos en otras etapas de la vida, el enojo vuelto contra sí mismo por identificación con el objeto perdido, el superyo severo por la culpa y la agresión, la falta de objetos internos buenos porque están destruidos por la voracidad y la destructividad, la tensión entre ideales y realidad, la creencia de ser el objeto de amor perdido y la existencia del otro dominante. Todos estos aspectos van a constituir dos tipos de depresión: la anaclítica y la introyectiva. En la primera hay un problema de aceptación, en la segunda de logros. En la depresión anaclítica hay un sentimiento de indefensión, soledad y debilidad. Existe una vulnerabilidad a la ruptura de las relaciones interpersonales. Se da en individuos sociotrópicos para quienes las relaciones interpersonales son vitales. En la depresión introyectiva se presenta un sentimiento de falta de méritos, fracaso, inferioridad y culpa. Las personas ostentan marcada autocrítica, temor a la crítica y desaprobación de los otros. Se da en individuos perfeccionistas y competitivos. La propia autonomía y control se han perdido. Se da en individuos autónomos para quienes hay un alto sentido del logro. De esta manera aproximada se describen los aportes de

diversos autores desde Freud y Klein, hasta Bibring, Jacobson y Arieti (37, 38, 39, 40), gráfico 1.

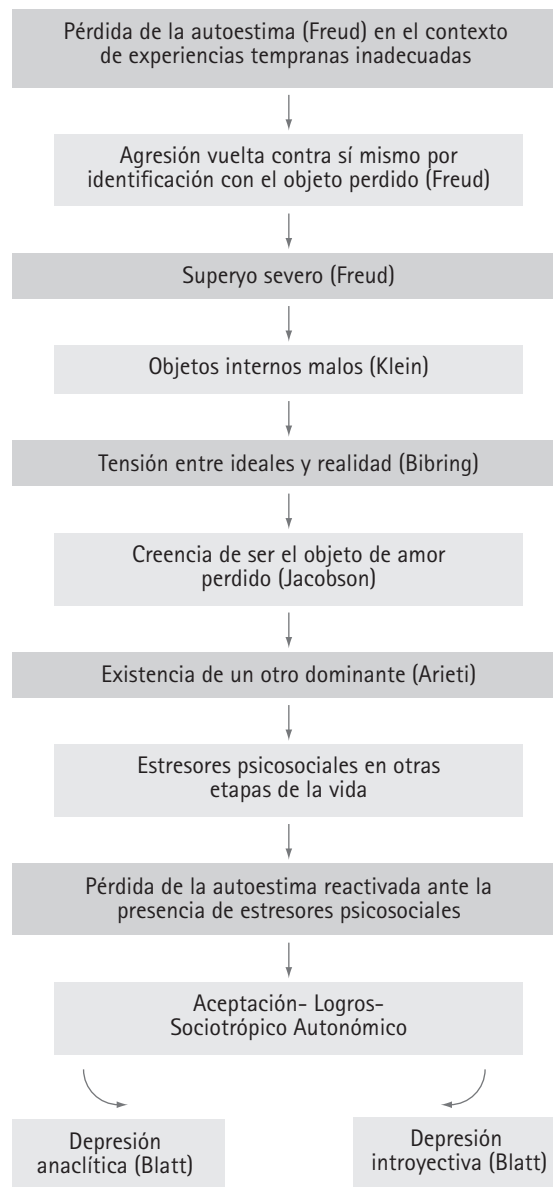


Gráfico 1. Aspectos psicoanalíticos en la depresión. (Elaborado por los autores)

El sentido de las flechas no indica que los eventos ocurran en ese orden, son aportes de diversos autores, pero hay una pérdida de la autoestima temprana que se reactiva en otras etapas de la vida ante la presencia de estresores psicosociales.

Los estresores psicosociales pueden ser la muerte de un ser querido, asaltos, problemas de pareja serios, divorcio o separación con separación materna o paterna en la niñez o la adolescencia. Experien-

cias tempranas de abuso o separación pueden crear una sensibilidad neurobiológica con aumento en la corticotrofina (CRF) y ACTH que predisponen a los individuos a responder a los estresores en la adultez con depresión mayor como ha sido demostrado por el trabajo investigativo. Se puede dar el fenómeno de tipo Kindling, que implica el hecho de no necesitarse el estímulo para la respuesta sino que esta se produce espontáneamente ante la sensibilización del individuo que de acuerdo a su naturaleza y la importancia que le dé a las relaciones interpersonales o a los logros, va a constituir el significado. El tipo de personalidad, con neuroticismo, que lleve a aislamiento social o indiferencia del apoyo social, va a mantener la depresión una vez ha ocurrido (37), gráfico 2.

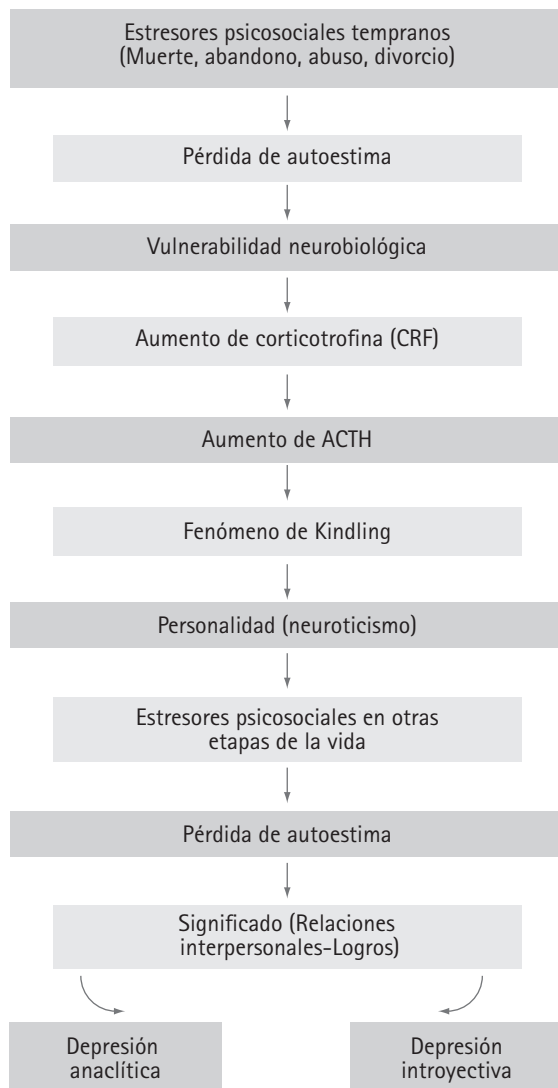


Gráfico 2. Algunos aspectos neurobiológicos y psicosociales en la depresión. (Elaborado por los autores)

Se ha demostrado una asociación importante entre abuso sexual en la niñez, pobre cuidado parental (descuido o cuidado institucional) y riesgo de depresión mayor en mujeres adultas. El abuso sexual en la niñez y el pobre cuidado parental, cada uno independientemente se ha asociado con patrones duraderos de pobres relaciones amorosas en la edad adulta y con depresión mayor entre los 21 y 30 años. La presencia de buenas relaciones amorosas no reduce el riesgo de depresión asociada con abuso sexual en la niñez y ninguna de las dos, pobre o buenas relaciones reduce el riesgo. Hay diferentes caminos vinculados entre el abuso sexual en la niñez y los cuidados pobres dados por los padres y la depresión en la edad adulta (41).

La terapia cognitiva plantea que las experiencias personales y factores biológicos llevan al individuo depresivo al desarrollo de esquemas cognitivos que a su vez producen significados o supuestos personales como, “para ser feliz necesito el afecto de un hombre”, lo cual conduce a una vulnerabilidad a determinados acontecimientos como las pérdidas (42), gráfico 3. Los esquemas cognitivos son estructuras que integran y adscriben significado a los hechos (43).

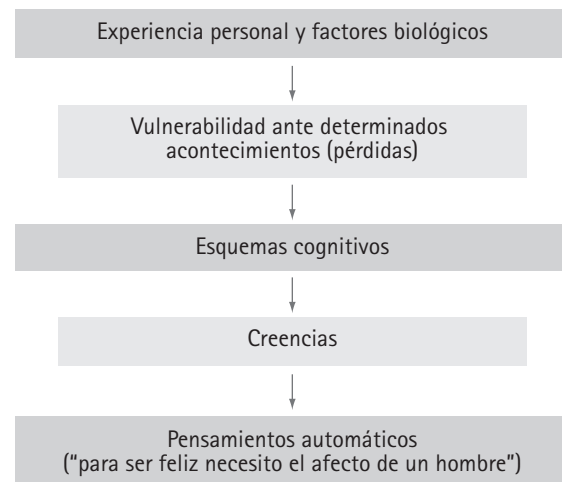


Gráfico 3. Modelo cognitivo de la depresión (Elaborado por los autores)

Por otra parte, en la teoría cognitiva se han descrito los llamados supuestos personales que se caracterizan por ser inflexibles y estar relacionados con la consecución de metas vitales como el amor, la aprobación o la competencia personal, entre otros. Resultan activados en determinadas circunstancias asociadas con la no confirmación del logro de las metas vitales, lo cual a su vez conduce a un proceso erróneo del procesamiento de la información o distorsiones cognitivas (42). Así ante una ruptura en la relación de pareja, el

individuo puede reaccionar pensando, “sin él, yo no valgo nada” (sobregeneralización), “mi vida no merece la pena” (abstracción selectiva), “soy una fracasada” (polarización), “no soy lo suficientemente mujer para tener un hombre” (personalización) (44). Este proceso se muestra en el gráfico 4.

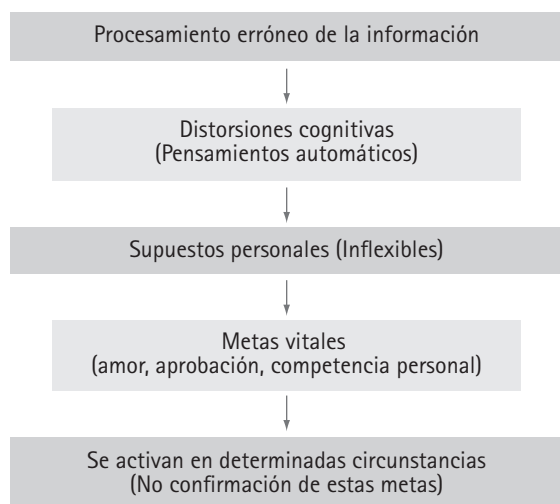


Gráfico 4. Características del procesamiento erróneo de la información. (Elaborado por los autores)

Se han descrito las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión (44):

Inferencia arbitraria, cuando se obtienen conclusiones precipitadas sobre una situación sin evidencia suficiente.

Abstracción selectiva, se realiza una intensificación de la atención en un aspecto negativo de una situación sacando conclusiones a partir de esta observación.

Generalización excesiva, donde se extiende la comprensión de una situación a otras estén o no estén relacionadas.

Maximización o minimización, en estos casos se le da mayor valor a lo negativo y menor valor a lo positivo.

Personalización, al relacionar con la persona una circunstancia no conectada.

Pensamiento absolutista o dicotómico, posición en la que el individuo tiende a ubicarse en los extremos sin considerar la existencia de puntos intermedios.

Dentro de esta perspectiva cognitiva hay que considerar los aportes de Ellis, A. quien resalta la importancia del significado que el individuo le da a los acontecimientos,

tomando como base la frase del filósofo griego Epícteto: “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos” (42).

Por otra parte, desde el punto de vista sistémico no importan el síntoma o el diagnóstico pues son sólo guías en el camino. Los síntomas y la enfermedad son una versión del problema. Interesa determinar cuál es el problema y qué ocurre en el sistema de interacción que lo origina. Hay una dificultad del sistema para pasar de un modo de organización vital que da un síntoma, a un nuevo modo de interacción que no lo requiera, gráfico 5 (45).

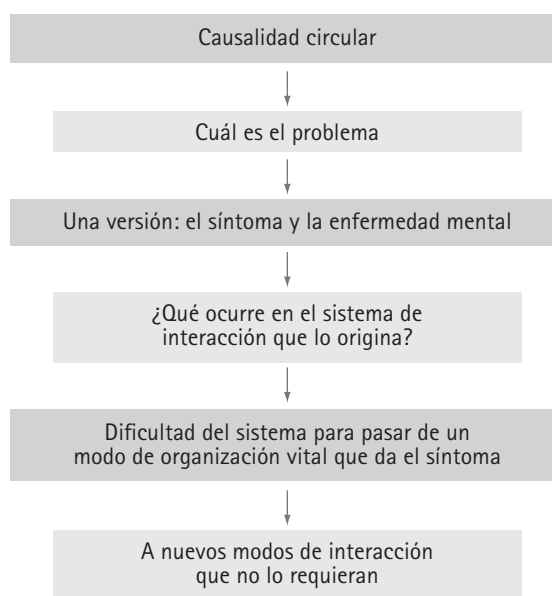


Gráfico 5. Causalidad circular (Elaborado por los autores)

A nivel experimental se ha demostrado que el niño responde a las tensiones que afectan a la familia. El ácido graso libre (*free fatty acid*, FFA) constituye un indicador bioquímico del despertar emocional ya que la concentración aumenta dentro de los cinco a quince minutos posteriores a la tensión emocional. La comparación de los niveles de los FFA en diferentes momentos de la entrevista estructural permite documentar fisiológicamente la respuesta del individuo al estrés familiar (46).

En el transcurso de la entrevista tendiente a medir la respuesta de las niñas al estrés los padres fueron sometidos a dos situaciones de estrés diferentes, mientras las niñas los observaban a través de un espejo de visión unidireccional. Aunque las niñas no podían participar en la situación conflictiva, sus niveles de FFA aumentaron cuando presenciaron la situación. El impacto acumula-

tivo del estrés fisiológico en curso fue lo suficientemente importante como para producir cambios fisiológicos notables aún en niños no implicados directamente (46).

En conclusión, entre los estresores psicosociales asociados a la depresión recurrente se destacan la alta exigencia y el perfeccionismo. El no cumplimiento de metas es un factor provocador de crisis en la transición del ciclo vital. El neuroticismo y el perfeccionismo, como actitudes disfuncionales provocan aislamiento y falta de soporte social. Los esquemas cognitivos disfuncionales conducen a un procesamiento erróneo de la información. La depresión es una pauta de relación que no permite encontrar formas adaptativas de enfrentar la vida y conducir las relaciones interpersonales. Los diversos enfoques se complementan, pero hay que buscar la forma de coordinarlos para evitar el conflicto.

Otros aportes de la investigación en el trastorno depresivo mayor recurrente y el estrés psicosocial

Un total de 318 sujetos con trastorno depresivo unipolar fueron seguidos prospectivamente por 10 años en un estudio multicéntrico, encontrando que el trastorno depresivo mayor es una enfermedad muy recurrente. El riesgo de la recurrencia del trastorno depresivo mayor se incrementa progresivamente en cada episodio sucesivo y disminuye tanto cuanto la duración de la recuperación se incrementa (28). Después de la recuperación del primer episodio de depresión mayor unipolar, los sujetos sufrieron un promedio de 2 recurrencias durante 10 años de seguimiento. El riesgo de recurrencia se incrementa 16% con cada sucesiva recurrencia. Muchos sujetos recibieron muy poco tratamiento de mantenimiento o no lo recibieron (28).

Una historia de al menos tres episodios previos de depresión fue asociada con un corto tiempo para la recaída después de la recuperación del episodio depresivo. Tienen un 20% de riesgo de permanecer crónicamente deprimidos. Con cada posterior recaída el riesgo de que vuelva a ocurrir aumenta (47).

En otro trabajo (48) se examinaron 290 sujetos con trastorno depresivo mayor unipolar realizando seguimiento prospectivamente durante 15 años encontrando que el deterioro psicosocial estaba asociado significativamente con la posterior recurrencia de depresión mayor. Este hallazgo indica que en los pacientes que se recuperan de un episodio depresivo mayor la presencia de deterioro psicosocial puede ayudar a identificar a quienes están en riesgo incrementado de recurrencia en los 6-12 meses siguientes. Se evaluaron

como factores psicosociales el trabajo, las relaciones interpersonales, la recreación y la satisfacción.

Es conocido que la transición en los ciclos de vida puede conducir a crisis porque el individuo evalúa el cumplimiento de las expectativas de vida que ha tenido (49).

Por otra parte, la baja condición socioeconómica de los padres, los trastornos en la familia y los niveles altos de inestabilidad residencial, definida como tres o más mudanzas, fueron relacionadas con un riesgo elevado de depresión; los efectos del trastorno familiar y la inestabilidad residencial fueron más pronunciados al comienzo de la depresión cerca de los 14 años. La adversidad en la niñez también se relacionó con un aumento en el riesgo de recurrencia y menor probabilidad de remisión (50).

En un estudio de 384 pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor que recibieron 8 semanas de tratamiento con fluoxetina se encontró que la presencia de comorbilidad con trastorno de personalidad fue asociada con incremento en los patrones cognitivos maladaptativos (actitudes disfuncionales y cogniciones depresógenas) dirigidas a aumentar la evaluación del estrés después del tratamiento, lo cual a su vez fue asociado con aumento en la severidad de la depresión (51)

En este estudio, la presencia del algún trastorno de personalidad basado en los cluster del DSM fue asociado con incremento de la vulnerabilidad cognitiva solamente en sujetos con trastorno depresivo mayor con comorbilidad en Cluster A (personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica), sin embargo, la existencia de actitudes disfuncionales marcadas y cognición depresógena por encima de la línea de base predice un incremento de la percepción del estrés después del tratamiento.

La asociación entre vulnerabilidad cognitiva pretratamiento y estrés percibido postratamiento fue significativa solamente para Cluster A (51).

El efecto de la vulnerabilidad cognitiva sobre los resultados del tratamiento fue mediado por un incremento en la percepción del estrés después del tratamiento. En los sujetos con trastorno depresivo mayor con patología del eje II se encuentran creencias rígidas y extremas acerca del self y el mundo antes del tratamiento mostrando niveles altos de estrés, lo cual ha sido asociado con marcados síntomas depresivos después del tratamiento (51).

Ingram RE, Miranda J, Segal ZV (52); Miranda J, Persons JB (53), han afirmado que los modelos de vulnerabi-

lidad cognitiva sugieren que esquemas maladaptativos cognitivos pueden permanecer latentes hasta que son activados por un dolor o evento negativo de la vida y la activación de la vulnerabilidad cognitiva durante períodos de seguimiento ha sido planteada como hipótesis que contribuye a la recaída y recurrencia de depresión. Con relación a la vivencia de situaciones del pasado está directamente relacionada con la presentación de episodios depresivos, bien sea por primera vez o con las recurrencias que tanto se temen, ya que el sistema neurológico sumado a los eventos de estrés colabora para que se trate un factor gatillo en la enfermedad (54). Yen S, McDevitt-Murphy ME, Shea MT(55), reportaron que el 20% a 50% de los pacientes hospitalizados y 50% a 85% de los pacientes ambulatorios con un trastorno depresivo mayor ponía criterios para uno o más trastorno de personalidad.

Aunque con inconsistencias entre los estudios, la presencia de comorbilidad con trastorno de personalidad es generalmente supuesta para provocar efectos adversos en el curso del tratamiento del trastorno depresivo mayor (51).

Un meta análisis realizado por Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T con 1663 sujetos con trastorno depresivo mayor y comorbilidad con trastorno de personalidad y 1860 sujetos con trastorno depresivo mayor sin comorbilidad, mostró que la comorbilidad con trastorno de personalidad fue asociada con un doble riesgo de obtener pobres resultados sin importar la modalidad del tratamiento (drogas, psicoterapia o tratamiento combinado) (56)

Varias líneas de evidencia sugieren la posibilidad que patrones maladaptativos cognitivos, en particular en interacción con estresores, podrían llevar a pobres resultados en el tratamiento en sujetos con trastorno depresivo mayor con comorbilidad con trastorno de personalidad (51).

Gotlib I, Hammen C (57), nos recuerdan que la teoría de diátesis de estrés postula que factores específicos predisponen al individuo para desarrollar depresión cuando se confrontan con estresores negativos en la vida.

El modelo de diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky integra factores ambientales, genéticos y constitucionales, eventos adversos tempranos y actuales y las repercusiones a nivel del sistema nervioso central, que promueven un sistema CRF (Factor Liberador de Corticotrofina) y Noradrenérgico hiperactivo que responde en forma exagerada al estrés y torna vulnerables a los sujetos a los trastornos de ansiedad y

depresión. Una limitación de este modelo es que no todo paciente con depresión tiene antecedentes familiares ni padeció maltrato infantil (58).

Los individuos crónicamente deprimidos tienen más elevadas las variables de medidas cognitivas que aquellos con trastorno depresivo mayor. Se enfatiza la importancia de la visión negativa de sí mismo y de otras creencias básicas en la depresión crónica. En estas personas se evidencian rígidas expectativas internalizadas y la creencia de que está afectada su capacidad para establecer metas y auto-regularse. El esquema de sobrevigilancia y deterioro de la autonomía distingue los sujetos con depresión crónica de los que tienen trastorno depresivo mayor. Se describen desconectados de los otros (59).

Los hallazgos del trabajo que se ha mencionado (51) indican la presencia de altas actitudes disfuncionales y cogniciones depresógenas antes del tratamiento prediciendo fuertes síntomas depresivos después de un tratamiento de 8 semanas con fluoxetina en sujetos con trastorno depresivo mayor reportando comorbilidad con trastorno de personalidad.

Dunkley DM, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH(60), en forma similar relatan que en una muestra clínica caracterizada por sustanciales trastornos de personalidad y altos puntajes en la escala de actitudes disfuncionales (perfeccionismo), producen síntomas depresivos 3 años después.

Blatt, S.J. y otros autores 1974, 2004 (61) (62), refieren que se han identificado dos estilos de personalidad vulnerables a la depresión: los individuos dependientes que sufren inseguridades en el vínculo y necesidades interpersonales de soporte para evitar estar sin energía y la soledad y los individuos con una crítica a sí mismos que sufren de una frágil autoestima y están focalizados en ser mecedores y protegerse de no serlo y se sienten incompetentes.

Blatt, S.J., Zohar, A.H., Quinlan, D.M., Zuroff, D.C., & Mongrain, M. (63), han afirmado que se ha distinguido entre niveles de competencia madura e inmadura. La inmadura está conectada fuertemente con la psicopatología.

En 158 estudiantes se encontró que la crítica a sí mismo y la dependencia inmadura estaba asociada con episodios previos y futuros de depresión mayor. La asociación de crítica a sí mismo con depresión recurrente aumenta con el incremento en los niveles de dependencia inmadura. Los individuos con alto predominio de los dos estilos de personalidad están

propensos a caer en conflictos por sus necesidades de reaseguramiento y control de sí mismos. Los individuos con crítica a sí mismo denigran de ellos mismos porque necesitan de los otros y pueden aislarse más que buscar el soporte en los demás. Los análisis controlados para patología del eje II indican que la vulnerabilidad dada por la dependencia inmadura y la crítica a sí mismo no acontecen por la presencia de trastorno de personalidad (64).

Se han descrito los siguientes predictores de recurrencia (58):

Evolución

Elevado número de episodios previos

Edad temprana/tardía de comienzo

Recuperación incompleta o elevado nivel de síntomas residuales

Período prolongado sin tratamiento adecuado, riesgo o intentos de suicidio previos

Severidad

Comorbilidad

Trastornos de ansiedad

Abuso de drogas

Personalidad *borderline*

Hipotiroidismo subclínico no detectado

Enfermedades degenerativas

Accidente cerebrovascular

Antecedentes psicopatológicos de base

Familiares

Antecedentes familiares de recurrencia y de trastorno bipolar

Mala relación conyugal

Presencia de familiar discapacitado

Ausencia de soporte social por parte de los familiares

Sociales

Menor adaptación social

Episodios estresantes recientes

Farmacológicos/neuroendocrinos

Persistencia de una alteración neuroendocrina o funcional luego de la recuperación

Tratamiento inadecuado

Antecedentes de fracaso terapéutico o de abandono de tratamiento

CONCLUSIONES

Los estresores psicosociales implican aspectos internos y externos del individuo que interactúan produciendo depresión y la persistencia de estos factores contribuiría a su recurrencia, cobrando de esta forma fuerza la prevención dirigida a combatir estos aspectos disparadores. Hay eventos predisponentes y precipitantes.

Parecerían ser más relevantes los estresores internos relacionados con patrones cognitivos, actitudes disfuncionales como el perfeccionismo o la necesidad de ser amado, con trastornos de personalidad y patrones interaccionales disfuncionales. Hay una vulnerabilidad biológica, psicológica (especialmente cognitiva) y social. En los estresores externos es importante la sumatoria de eventos. La estabilidad familiar es necesaria y debe ser psicológica, geográfica, económica, laboral y recreacional entre otros aspectos.

Sigue siendo necesario considerar que en la depresión recurrente hay problemas en la adaptación pero es novedoso e interesante tener en cuenta que la depresión podría ayudar a la adaptación al centrar la atención biológica, psicológica y social en una circunstancia adversa interna o externa.

La depresión es un resultado, un síntoma, una voz de alarma. Su combate biológico a través de psicofármacos es necesario pues hay una alteración biológica que está en íntima interacción con patrones maladaptativos del individuo y su entorno.

Existen innumerables trabajos sobre el tema los cuales van generando la necesidad de nuevos estudios dirigidos a los eventos internos y externos desarrollados en el laboratorio y en la realidad.

Resulta perjudicial para el individuo, la familia y la sociedad, a la luz de la presente revisión, continuar con la práctica de recetar sólo medicamentos para la depresión recurrente, pues son claros los indicios basados en la evidencia que en este trastorno existe algo más que una alteración biológica y para su óptimo tratamiento se requiere un trabajo en equipo entre los servicios de salud,

el paciente, otros pacientes, la familia y la sociedad que generen acciones y políticas que permitan una atención integral a esta problemática social.

REFERENCIAS

1. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev Chil neuro-psiquiat* 2002; 40 (suplemento 2): 8-19.
2. Monant A, Lazarus RS. Stress and coping. An Anthology. Columbia University Press: New York; 1991.
3. Gil-Monte P, Peiró JM. 1997. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis. En: Juárez A. Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Cienc. Trab.* 2004; 6(14): 189-196.
4. Sauter SI, Hurrell JJ, Murphy LR, Levi L. Factores psicosociales y de organización. Enciclopedia de salud y de seguridad en el trabajo. Disponible en: http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/enciclo/general/contenido/tomo2/34.pdf
5. Téllez J. Estrés psicológico y enfermedad. *Avances. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.* 2002;(3):30-53.
6. Jiménez TM, Gutiérrez-García AG, Hernández-Domínguez L, Contreras CM. Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología.* 2008;(24): 353-360.
7. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2003; 3(1): 141-157.
8. López-Ibor A. JJ, Valdés MM. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Masson;2004.
9. Kennair LEO. Evolutionary psychology and psychopathology. *Current Opinion in Psychiatry* 2003; 16 (6):691-699.
10. Nesse RM. Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry* 2000 57(1):14-20.
11. Andrews PW, Thomsom JA. The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychol Rev.* 2009.116(3):620-654.
12. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology-Science and Practice* 2001;8(3):255-270.
13. Vargas P, Parra S, Latorre D. Estresores psicosociales en depresión mayor recurrente (Tesis de grado). Bogotá. Universidad El Bosque. En prensa, 2009.
14. Coyne JC. Depression and response of others. *Journal of Abnormal Psychology* 1976a;85(2):186-193.[PubMed: 1254779].
15. Nettle D. Evolutionary origins of depression: A review and reformulation. *Journal of Affective Disorders* 2004;81(2):91-102. [PubMed: 15306134].
16. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes.*Journal of Abnormal Psychology* 1991;100:569-582. [PubMed: 1757671].
17. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(8):789-796. [PubMed: 12912762].
18. Antonucci TC, Akiyama H, Lansford JE. Negative effects of close social relations. *Family Relations* 1998;47(4):379-384.
19. Weissman MM. Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health* 1987;77(4):445-451. [PubMed: 3826462].
20. Major B, Zubek JM, Cooper ML, Cozzarelli C, Richards C. Mixed messages: Implications or conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life. *Journal of Personality and Social Psychology* 1997;72(6):1349-1363. [PubMed: 9177021].
21. Pagel MD, Erdly WW, Becker J. Social networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53 (4):793-804. [PubMed: 3681652].
22. Gilbert P. Evolution and depression: Issues and implications. *Psychological Medicine* 2006;36(3):287-297. [PubMed: 16236231].
23. Sheeber L, Hops H, Davis B. Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001;4(1):19-35. [PubMed: 11388562].

24. Sadock B, Sadock V. *Synopsis of psychiatry*. 9 ed. Ed. Lippincot williams & Wilkins: Philadelphia; 2003.
25. Alarcón LF. *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*. Manual Moderno: Bogotá, D.C.; 2007.
26. Wikinski S. Tratamiento Farmacológico del trastorno depresivo mayor. En: Wikinsky S, Jufe G. *El tratamiento farmacológico en psiquiatría*. 1 reimpresión. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires; 2005.
27. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
28. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller T.I, Lavori P.W., Shea T. et al. Multiple recurrence of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 229-233.
29. Maj, M, Veltro, F, Pirozzi, R, Lobracc, S, Magliano, L. Pattern of recurrence of illness after recovery from and episode of major depression: A prospective study. *Am J Psychiatry*. 1992; 149: 795-800.
30. Hokanson JE, Sacco WP, Blumberg SR, Landrum GC. Interpersonal-behavior of depressive individuals in a mixed-motive game. *Journal of Abnormal Psychology* 1980;89(3):320-332. [PubMed:7410699].
31. Kirchsteiger G, Rigotti L, Rustichini A. Your morals might be your moods. *Journal of Economic Behavior & Organization* 2006;59(2):155-172.
32. Vengoechea JR. Depresión refractaria: actualización conceptual y clínica. *Revista APAL*;1-56.
33. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *Plos Medicine* 2008;5(2):260-268.
34. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 2002;3(2):39-77.
35. Joffe, R, Marriot, M. Thyroid hormone levels and recurrence of major depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1689-1691.
36. Angst J, Alex Gamma A, Sellaro R, Lavori PW, Zhang H. Recurrence of bipolar disorders major depression. *Eur Arch Psychiatri Clin Neurosci* 2003; 253: 236-240.
37. Glen GO. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires; 2002.
38. Ariety, S. The psychotherapy of severe depression. En *Treatment of the seriously ill psychiatric patient*. New York: The Gralnick Foundation; 1983.
39. Jacobson, E. *Depresión*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1971.
40. Segal, H. *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Editorial Paidós; 1982.
41. Hill J, Pickles A, Burnside E, Byatt M, Rollinson L, Davis R d et al. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms. *BJP* 2001; 179:104-109.
42. OBST J. *Introducción a la terapia cognitiva*. Julio Adolfo Obst: Buenos Aires; 2005.
43. Beck, A.T. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* Barcelona: Ediciones Paidós; 1995.
44. Beck AT. *Terapia cognitiva de la depresión*. 2 ed. Editorial Desclee de Brouwer, S.A: España; 1983.
45. Hernández CA. *Psicoterapia sistémica breve*. Editorial El Búho Ltda.; 2004.
46. Rodríguez-Delgado JM. *Physical Control of the Mind. Toward Psychocivilized Society*. Nueva York, Harper & Row, 1969. En: Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Tercera edición. Editorial Gedisa S.A. Buenos Aires; 1982.
47. Keller MB, Lavori PW, Lewis CE, Klerman GL: Predictors of relapse in major depressive disorder. *JAMA* 1983; 250:3299-3304.
48. Solomon DA, Leon AC, Endicott J, Mueller TI, Coryell W, Shea, MT. et al. Psychosocial impairment and recurrence of major depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2004; 45(6):423-430.
49. Slaikeu KA. *Intervención en crisis*. Editorial El Manual Moderno: México D.F.; 1996.
50. Gilman, SE, Kawachi, I, Fitzmauric, M and Buka, SL. Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological Medicine*. 2003;33:1341-1345.
51. Candrian M, Farabaugh A, Pizzagalli DA, Baer L, Fava M. Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorders comorbidity on treatment outcome in

- major depressive disorder. 2007; *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195: 729-737.
52. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV (1998) *Cognitive Vulnerability to Depression*. New York: Guilford Press. En: Candrian M, Farabaugh A, Pizzagalli DA, Baer L, Fava M. Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorders comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder. 2007; *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195: 729-737.
53. Miranda J, Persons JB (1988) Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *J Abnorm Psychol.* 97:76 –79. En: Candrian M, Farabaugh A, Pizzagalli DA, Baer L, Fava M. Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorders comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder. 2007; *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195: 729-737.
54. Páez, D, Fernández, I, Beristaín, CM. Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. Departamento de Psicología Social y Metodología. Universidad del País Vasco: 1-3.
55. Yen S, McDevitt-Murphy ME, Shea MT (2006) Depression and personality. In DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (Eds), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders* (pp 673–686). Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc. En: Candrian M, Farabaugh A, Pizzagalli DA, Baer L, Fava M. Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorders comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder. 2007; *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195: 729-737.
56. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T (2006) Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry.* 188:13–20. En: Candrian M, Farabaugh A, Pizzagalli DA, Baer L, Fava M. Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorders comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder. 2007; *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195: 729-737.
57. Gotlib I, Hammen C (2002) *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press. En: Candrian M, Farabaugh A, Pizzagalli DA, Baer L, Fava M. Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorders comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder. 2007; *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195: 729-737.
58. Rojtenberg, S. *Depresiones: Una introducción a su estudio*. En: Rojtenberg, S (Compilador). *Depresiones*. Editorial Polemos, S.A.;2006.
59. Riso LP, du Toit PL, Blandino JA, Penna S, Dacey S, Duin JS, Pacoe EM, Grant MM, Ulmer CS (2003) Cognitive aspects of chronic depression. *J Abnorm Psychol.* 112:72– 80.
60. Dunkley DM, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH (2006) Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping and perceived social support as mediators. *Compr Psychiatry.* 47:106 –115. En: Candrian M, Farabaugh A, Pizzagalli DA, Baer L, Fava M. Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorders comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder. 2007; *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195: 729-737.
61. Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107–157. En: Mongrain M, Leather F. Inmature dependence and self- criticism predict the recurrence of major depression. *J Clin Psychol.* 2006; 62(6): 705-713.
62. Blatt, S.J. (2004). Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives. Washington DC: American Psychological Association. En: Mongrain M, Leather F. Inmature dependence and self- criticism predict the recurrence of major depression. *J Clin Psychol.* 2006; 62(6): 705-713.
63. Blatt, S.J., Zohar, A.H., Quinlan, D.M., Zuroff, D.C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 319–339. En: Mongrain M, Leather F. Inmature dependence and self- criticism predict the recurrence of major depression. *J Clin Psychol.* 2006; 62(6): 705-713.
64. Mongrain M, Leather F. Inmature dependence and self- criticism predict the recurrence of major depression. *J Clin Psychol.* 2006; 62(6): 705-713.
65. Daley SHE, Hammen C, Uma R. Predictors of first onset and recurrence of major depression in young women during the 5 years following high

school graduation. *Journal of Abnormal Psychology* 2000; 109(3):525-533.

CONFLICTO DE INTERÉS: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés con respecto al presente estudio.

MAESTRÍA

EPIDEMIOLOGÍA

Título Obtenido: Magister en Epidemiología

Duración: Cuatro semestres

Modalidad: Presencial

Requisitos

- Profesionales competentes para liderar la investigación, la gestión del conocimiento, el estudio metódico y ordenado del proceso de Salud – Enfermedad.
- Identificación de alternativas de prevención e intervenciones eficaces, costo efectivas y pertinentes, con calidad, ética, responsabilidad social y sentido humano, como respuesta a las necesidades de la población en general, de las comunidades y de las organizaciones que hacen parte de ella.

Dirigido a

Profesionales del Área de la Salud interesados en completar su formación académica con estándares de alta calidad y profundización en el conocimiento de la Epidemiología.

Metodología

La Maestría en Epidemiología está organizada de manera modular, por lo tanto cada módulo debe ser evaluado y certificado. El plan de estudios del Programa se ha diseñado con base en 6 áreas, de las cuales 3 son de profundización en el componente disciplinario.



www.uelbosque.edu.co

Oficina de Epidemiología. Carrera 7B Bis # 132 -11

Edificio Fundadores 5to Piso. PBX: (57-1) 6489000 Ext. 1285 - 1317

 UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido