

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A CUADROS DEPRESIVOS EN MUJERES ADULTAS DE LA ISLA DE CHILOÉ

PSYCHOSOCIAL FACTORS RELATED TO DEPRESSIVE DISORDERS IN ADULT WOMEN OF THE CHILOÉ ISLAND

Rubén Alvarado

Médico – Psiquiatra,
Magíster en Salud Pública,
PhD en Psiquiatría.
Esc. de Salud Pública, Fac.
de Medicina, Univ. de Chile.
e-mail:

ralvarado@med.uchile.cl

Jacobo Numhauser
Médico - Psiquiatra
Jefe de la Unidad de Salud
Mental del Hospital de
Ancud

Aldo Vera
Psicólogo. MBA.
Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue evaluar la posible asociación entre eventos vitales y apoyo social con los trastornos depresivos, además de valorar el posible efecto mediador de estas variables microsociales respecto de la asociación entre depresión y experiencias traumáticas en la infancia y nivel educacional.

Se trata de un estudio transversal, con una muestra poblacional de tipo probabilística compuesta por 153 mujeres adultas, de 18 a 64 años, que viven en la Isla Grande de Chiloé, X Región de Chile. La encuesta fue realizada en el domicilio de estas mujeres.

Se encontró una asociación directa entre el número de eventos vitales ocurridos en los últimos 12 meses y depresión. El apoyo social se asocia con depresión a través de una interacción con el número de eventos vitales. El nivel educacional se asocia con ambas variables microsociales en forma independiente. Las experiencias traumáticas en la infancia se asocian con un mayor número de eventos vitales en la adultez, pero no con el apoyo social.

Los resultados son concordantes con lo predicho por la teoría del estrés y la teoría del efecto "buffer" del apoyo social. Es posible conjeturar que el nivel educacional – una variable macrosocial – actúa sobre la salud de las personas a través de variables microsociales.

Palabras claves: depresión - factores psicosociales –

Trabajo recibido:
diciembre 2007
Aprobado: Abril 2008

Abstract

This study aims at assessing the possible relationship of life events, social support and depressive disorders, and the possible mediating effect of this microsocial variables on the association of depression to childhood traumatic experiences and educational level.

Ours is a transversal study on a probabilistic population sample consisting of 153 adult women aged 18 to 64 years, who reside at the *Isla Grande de Chiloé*, X Region of Chile, based on a survey conducted at home.

A direct relationship was detected between the number of life events of the last 12 months and the depressive disorders. Social support is related to depression through an interaction with the number of life events. Educational level is related to both microsocial variables in an independent way. Traumatic childhood experiences are related to a higher number of life events in adulthood, but not to social support.

Results agree with predictions based on stress theory and on the buffer theory of social support. A reasonable hypothesis is that educational level – a macrosocial variable– influences people's health through microsocial variables.

Key words: depression, psychosocial factors

Introducción

Los trastornos depresivos determinan una cantidad importante de pérdida de AVAD en el mundo (1). Para todas las edades y en ambos sexos, se estima que un 4,4% de los AVAD perdidos se debe a los trastornos depresivos, ocupando el cuarto lugar después de las infecciones de las vías respiratorias inferiores, las afecciones perinatales y el VIH/SIDA (1). En el grupo de adultos más jóvenes (15 a 44 años), los trastornos depresivos determinan una pérdida del 8,6% de AVAD, ocupando el segundo lugar, y se estima que para el año 2020 los trastornos de este tipo pasarán a ocupar el segundo lugar en la proporción de AVAD perdidos que ellos causarán, para todas las edades y en ambos sexos (2).

Su relevancia para la salud pública no sólo está determinada por su frecuencia, sino también porque estos trastornos depresivos se encuentran asociados a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas (3), y en personas de mayor edad habría un riesgo más elevado de morir por estas (4). En estudios poblacionales se ha encontrado que las personas que padecen una depresión tienen una calidad de vida deteriorada, tanto o más que aquellas que sufren otras enfermedades crónicas (5).

En un reporte previo basado en una muestra poblacional de mujeres de diferentes zonas de la Isla de Chiloé, señalamos que la prevalencia puntual de trastornos depresivos fue de 5,9% [IC95% 2,2% - 9,6%] (6), cifra similar a la reportada en otro estudio epidemiológico en el país (7).

Por otra parte, desde hace dos décadas se vienen haciendo importantes esfuerzos por dilucidar las causas de los trastornos depresivos, con investigaciones que abordan factores hereditarios, biológicos, psicológicos y sociales (8,9,10,11,12,13,14).

La tendencia actual en la investigación en este campo está orientada a la búsqueda de modelos comprensivos, integradores de los diferentes tipos de factores y que buscan identificar la forma en que se produce una mayor vulnerabilidad a lo largo de la vida. Un ejemplo de este esfuerzo se puede leer en K. Kendler et al. (15). No se han reportado trabajos similares en países pobres o en vías de desarrollo.

Actualmente se piensa que una parte del riesgo es explicada por la herencia (8) y otra por experiencias tempranas que generan altos niveles de estrés (9,10). Esto condiciona ciertas

características en el funcionamiento neurobiológico y en la personalidad (11,12,13), que más adelante predisponen al desarrollo de una respuesta depresiva frente a condiciones microsociales tales como eventos vitales negativos y pérdida del apoyo social (14,16). También se ha descrito que ciertas condiciones sociales de mayor adversidad están asociadas con depresión; desde el estudio pionero de A. Roy (9) - que mostraba que el desempleo, un matrimonio insatisfactorio y tener tres o más niños menores de 14 años viviendo en la casa, eran condiciones de riesgo para depresión – hasta los actuales meta-análisis que permiten sostener que la prevalencia de depresión es más frecuente en quienes tienen una posición social inferior (17), constituyéndose en una expresión de la inequidad social.

El propósito de este trabajo es estudiar la posible asociación entre variables microsociales (eventos vitales y apoyo social) y cuadros depresivos en mujeres de la Isla de Chiloé. Dado que en estudios previos describimos la asociación de estos trastornos depresivos con experiencias traumáticas infantiles (18) y con un menor nivel de escolaridad (6), se buscará explorar la asociación entre estas últimas y las variables microsociales, con lo que esperamos contribuir al desarrollo de modelos explicativos más integradores para esta enfermedad, así como a la comprensión multidimensional del proceso de construcción social de la vulnerabilidad en salud y en particular para depresión.

Material y método

Se trata de un estudio transversal, basado en una muestra poblacional de mujeres adultas, de 18 a 64 años, beneficiarias de FONASA, que viven en la Isla Grande de Chiloé. La muestra es de tipo aleatoria estratificada y mantiene la proporción urbano / rural de la isla. Los casos fueron extraídos desde las siguientes zonas: Ancud, Castro, Achao, Quemchi, Dalcahue, Curaco de Vélez, Chonchi, Chacao, Caulin, Linao, Puntra, Manao, Quetalco y Calen. La selección al azar se hizo utilizando la fichas familiares en las zonas rurales y el listado de inscritos para el per cápita en las áreas urbanas.

El tamaño de muestra se calculó considerando una prevalencia cercana al 7% ($p=0.07$), con un nivel de confianza del 95% y un tamaño máximo de error de 4%, lo que da una cifra de 156 casos.

La encuesta fue aplicada en el domicilio de las mujeres, por entrevistadores que fueron especialmente entrenados para esta tarea. Se encontró al 98% de las mujeres seleccionadas y no se registraron rechazos.

La muestra final estuvo constituida por 153 mujeres. Su promedio de edad fue de 40,9 años, con un rango que fluctuaba entre los 21 y 64 años. 77,8% tenían pareja estable (68,6% estaban casadas y 9,2% tenían conviviente), 14,4% eran solteras, 3,3% separadas y 4,6% viudas. Un 64,5% de ellas vivía en una zona urbana y 35,5% lo hacía en un área rural. El 59,5% de ellas no tenía trabajo remunerado al momento de ser encuestada y sólo el 20,9% tenía un trabajo estable (las restantes trabajaban en su casa o tenían un trabajo inestable). Respecto del nivel de escolarización, el 45,1% de ellas llegó hasta enseñanza primaria y 43,8% hasta enseñanza secundaria. Sólo un 2,6% nunca fueron a la escuela. El grupo tuvo una mediana de 8 años de estudio.

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron los siguientes:

a. Una encuesta de datos personales, que explora la información sobre edad, estado civil y situación de pareja, personas con las que vive, número de hijos, nivel de escolaridad, situación laboral, lugar donde vive y participación en organizaciones sociales. Las preguntas están

precodificadas y fueron sometidas a un proceso de validación semántica previa.

b. Una escala para medir trastornos depresivos, ansiosos y somatoformes (19), que está compuesta por 35 preguntas precodificadas que permiten diferenciar los tres tipos de cuadros (Subescala para Trastornos Depresivos, Subescala para Trastornos Ansiosos y Subescala para Trastornos Somatoformes), y que fue construida, validada y estandarizada en nuestro país usando como referencia los criterios diagnósticos DSM III-R para dichos trastornos. La puntuación obtenida en la escala puede usarse en forma dimensional (señalando intensidad del cuadro clínico) o en forma categorial (con tres categorías para cada tipo de trastorno: sin trastorno, con un cuadro subclínico y con un trastorno clínico (16). Estudios previos han permitido conocer su comportamiento con dimensiones psicosociales (20).

c. Lista de 20 eventos traumáticos en la infancia, que fue confeccionada por el equipo investigador basado en la experiencia previa del equipo clínico local (18).

d. Una lista de eventos vitales que incluye 27 situaciones que son capaces de generar estrés y exigen de la persona desplegar sus capacidades de ajuste y adaptación. Fue originalmente desarrollada en USA y posteriormente adaptada en España (21), y ha sido utilizada en diversos estudios de salud mental en Chile.

e. Una escala de apoyo social constituida por 6 ítems, que exploran la cantidad de personas con las que el sujeto cuenta frente a diversas situaciones (poder contar sus problemas, recibir ayuda para estos, compartir socialmente, etc.). Cada ítem tiene cuatro alternativas y la puntuación puede fluctuar entre 0 y 40 puntos, indicando los valores más altos un mayor apoyo social. También fue desarrollada en USA y adaptada en España (21) y al igual que la anterior ha sido usada en diversos estudios en Chile.

Resultado

Asociación de variables microsociales con cuadros depresivos

Eventos vitales. El grupo en su conjunto señaló haber sufrido una mediana de 3 eventos vitales en los 12 meses previos a la encuesta, con un RI25-75¹ entre 2 y 5. Esta variable muestra una distribución que no es normal (prueba de Shapiro – Wilk con $p < 0,001$), con una tendencia a aglutinar los casos en los números inferiores.

En la correlación entre el número de eventos vitales y el puntaje obtenido en la Subescala de Trastornos Depresivos se obtuvo un coeficiente de 0,492 (Rho de Spearman) con un $p < 0,001$.

En la tabla 1 se muestra la comparación del número de eventos vitales para los distintos grupos según la presencia de un cuadro clínico, subclínico o la ausencia de este. La comparación de promedios con la prueba de ANOVA arroja un $p < 0,001$ y la prueba de correlaciones múltiples de Bonferroni señala que estas diferencias son estadísticamente significativas entre el grupo que no tiene un cuadro clínico respecto de los otros dos (con cuadro subclínico y clínico), no encontrándose diferencias significativas entre estos últimos.

Tabla 1

Comparación del número de eventos vitales en los 12 meses previos según clasificación del cuadro depresivo, en una muestra poblacional de mujeres de la Isla de Chiloé, X Región de Chile (n = 153)

Cuadros depresivos	Nº de eventos vitales			
	n	mediana	promedio	d.e.
Sin cuadro depresivo	113	3	3,1	2,3
Con cuadro depresivo subclínico	31	4	5,0	2,0
Con trastorno depresivo	9	5	5,7	2,9

¹ RI 25-75 es el Recorrido Intercuartílico 25 a 75.

Apoyo social. El grupo estudiado obtuvo un promedio de 17,6 puntos en la escala de apoyo social con una desviación estándar de 7,4 puntos, una mediana en 18 puntos con un RI25-75 que iba entre 11 y 23 puntos. En este caso, la puntuación en la escala una distribución de tipo normal (prueba de Shapiro – Wilk con $p = 0,167$).

La correlación entre el puntaje en la escala de apoyo social y en la Subescala de Trastornos Depresivos tuvo un rho de Spearman de $-0,105$ con un $p = 0,195$.

En la tabla 2 se presenta la comparación del puntaje en la escala de apoyo social para los distintos grupos clínicos, observándose que no hay diferencias significativas entre ellos, tanto en la prueba de ANOVA como en las correlaciones múltiples.

Tabla 2

Comparación del puntaje en la escala de apoyo social según clasificación del cuadro depresivo, en una muestra poblacional de mujeres de la Isla de Chiloé, X Región de Chile ($n = 153$)

Cuadros depresivos	Nº de eventos vitales			
	n	mediana	promedio	d.e.
Sin cuadro depresivo	113	18	17,8	7,9
Con cuadro depresivo subclínico	31	19	17,9	5,8
Con trastorno depresivo	9	12	14,9	6,6

Interacción entre eventos vitales y apoyo social. Para valorar la posible interacción entre estas dos variables y su asociación con el puntaje en la Subescala de Trastornos Depresivos se construyeron cuatro categorías dividiendo al grupo en base a la mediana para cada una de estas dos variables. De esta forma, se definió como "apoyo social bajo" a quienes tenían entre 0 y 17 puntos en esta escala y "apoyo social alto" a los que presentaban un puntaje de 18 o más puntos. Por otra parte, se estableció como "eventos vitales bajo" a los que señalaron haber sufrido entre 0 y 3 eventos vitales de la lista en los 12 meses previos a la encuesta y "eventos vitales alto" a los que describieron haber vivido 4 o más eventos de este tipo durante ese período.

En la tabla 3 se muestra el puntaje en la Subescala de Trastornos Depresivos para cada uno de los cuatro grupos que fueron establecidos en base a la categorización sobre eventos vitales y apoyo social. Se puede apreciar que sólo el grupo con eventos vitales alto y apoyo social bajo muestra una puntuación que fue significativamente más elevada que la observada en los otros tres (ANOVA con $p < 0,001$ y pruebas de comparaciones múltiples de Bonferroni).

Tabla 3

Comparación del puntaje en la Subescala de Trastorno Depresivos según apoyo social y eventos vitales, en una muestra poblacional de mujeres de la Isla de Chiloé, X Región de Chile ($n = 153$)

Subgrupos según apoyo social y eventos vitales	Puntaje en Subescala de Trastornos Depresivos		
	n	promedio	d.e.
Eventos vitales bajo y apoyo social bajo	36	6,4	6,2
Eventos vitales bajo y apoyo social alto	45	6,8	4,2
Eventos vitales alto y apoyo social bajo	38	12,2	5,4
Eventos vitales alto y apoyo social alto	34	9,3	6,3

Asociación del nivel educacional con las variables microsociales

En un estudio anterior (6) se reportó que el grupo sin cuadro clínico tenía un promedio del número de años de estudio que era significativamente superior respecto de los grupos subclínico

y clínico. Además, sabemos que el número de años de estudio se asocia en forma inversa con el puntaje en la Subescala de Trastornos Depresivos ($\rho = -0,223$ con $p = 0,006$). Ahora nos interesa explorar si existe asociación entre los años de estudio y las variables microsociales,

En la prueba de correlación de Spearman entre el número de años de estudio y el número de eventos vitales en los 12 meses previos a la entrevista, se encuentra un $r = -0,179$ con un $p = 0,027$. Y para la correlación con el puntaje en la escala de apoyo social, el r fue de $0,214$ con un $p = 0,008$.

Los resultados anteriores nos demuestran que los años de estudio se asocian significativamente con ambas variables microsociales y eventualmente podría ejercer su efecto como determinante social sobre el riesgo de depresión a través de estas variables microsociales.

Asociación de la presencia de experiencias traumáticas en la infancia con el nivel educacional y con las variables microsociales

En un artículo previo (18) señalamos que haber vivido alguna experiencia traumática en la infancia (que implicaba la ausencia de la madre, la separación de los padres y/o la presencia de violencia intrafamiliar) se asociaba significativamente al puntaje obtenido en la Subescala de Trastornos Depresivos y a la presencia de un cuadro depresivo subclínico o clínico. De igual forma, esta asociación se hacía más fuerte cuando aumentaba el número de estas experiencias traumáticas en la infancia (18).

Las 72 mujeres que habían tenido alguna experiencia traumática en la infancia tuvieron $7,7 \pm 3,7$ años de estudio en promedio, comparado con los $8,3 \pm 3,6$ años de estudio entre las 81 mujeres que señalaron no haber tenido este tipo de evento durante su niñez; diferencia que no fue estadísticamente significativa ($p = 0,256$). Tampoco se encontró que un mayor número de experiencias traumáticas infantiles se asocie con un menor número de años de estudio ($p = 0,824$).

Respecto de la posible asociación de experiencias traumáticas en la infancia con eventos vitales en los 12 meses previos a la encuesta, se encontró que las mujeres que referían haber sufrido al menos una experiencia traumática en la infancia señalaban un promedio de $4,4 \pm 2,7$ eventos vitales recientes, en contraste con el otro grupo de mujeres donde esta cifra fue de $2,9 \pm 2,1$ ($p < 0,001$). De igual forma, se aprecia una tendencia a que las mujeres que vivieron un mayor número de experiencias traumáticas en la infancia también refieran un mayor número de eventos vitales recientes ($p < 0,001$).

No se encontró asociación entre la presencia de experiencias traumáticas en la infancia y el nivel de apoyo social. Las mujeres que habían sufrido alguna de estas experiencias tuvieron un puntaje promedio de $16,6 \pm 8,1$ en la escala de apoyo social y las que señalaron que no tuvieron un puntaje promedio de $18,5 \pm 6,7$ ($p = 0,120$).

Discusión

El estudio realizado permitió cumplir con los objetivos propuestos, aunque es importante tener presente algunas debilidades de este trabajo para una mejor interpretación de sus resultados. La muestra es pequeña si se compara con otros estudios poblacionales, lo que se traduce en un error potencial un poco más elevado (4% en nuestro caso). De igual forma, la muestra corresponde a una zona de Chile que tiene características sociales y culturales específicas, lo que no permite extender los resultados a todo el país. Sin embargo, nuestros resultados son consistentes con muchos otros que provienen de investigaciones realizadas en el campo de la

psicología social y de la epidemiología social, lo que nos lleva a pensar que las limitaciones señaladas no son relevantes.

También es importante notar las limitaciones que provienen del hecho de que se trata de un estudio transversal, donde la información que corresponde a diferentes etapas de la vida se recoge en forma retrospectiva en el momento de la encuesta. En particular, podría haber algún efecto del sesgo de memoria en la asociación de eventos traumáticos ocurridos en la infancia con los más recientes, de forma tal que la asociación detectada en el estudio es producida por una mayor proclividad de algunas personas al recuerdo de situaciones negativas. Sin embargo, este sesgo puede encerrar es sí mismo el mecanismo a través del cual las experiencias acaecidas en la infancia predisponen a un mayor efecto negativo de eventos estresantes que ocurren posteriormente en la vida, lo cual ha sido señalado por diversos autores (22,23,24).

Nuestros resultados respecto de la asociación entre eventos vitales y apoyo social con los cuadros depresivos son concordantes con lo reportado por otros autores en otras partes del mundo: la mayor frecuencia de eventos vitales recientes se asocia con una mayor intensidad de síntomas depresivos y con una mayor probabilidad de tener un trastorno depresivo (14,16, 25,26).

La ausencia de asociación directa el apoyo social y los cuadros depresivos, y el hecho de que esta asociación sea a través de una interacción con el número de eventos vitales tienden a confirmar la hipótesis de que el apoyo social actúa como "buffer" frente al efecto de situaciones que desencadenan estrés (27). Esto quiere decir que el riesgo de depresión cuando se está sometido a un mayor número de eventos vitales recientes aumenta cuando la persona cuenta con un menor apoyo social. Un hecho que se vincula a esto es que más de la mitad de las mujeres que inician su tratamiento por trastornos depresivos en la atención primaria en Chile, refieren tener un bajo apoyo social y esto se transforma en uno de los objetivos terapéuticos a conseguir por los equipos tratantes (28).

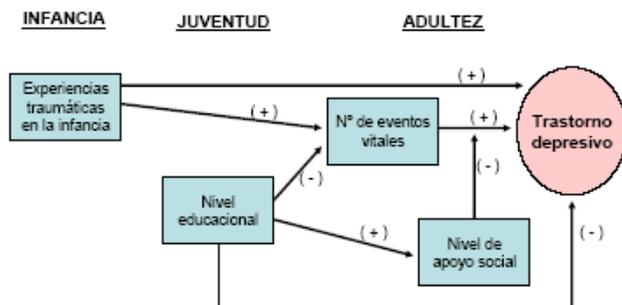
Es ampliamente conocido que un mayor nivel educacional reduce los riesgos de enfermar y que se trata de una acción generalizada e inespecífica sobre la salud de las personas. Sin embargo, existe poca teoría y evidencia acerca del mecanismo a través del cual se consigue este efecto protector. En este trabajo hemos observado que las personas con más años de estudio señalan tener un mejor apoyo social y haber sufrido menos eventos vitales, lo que permite conjeturar que una de las vías posible es actuando sobre estas variables microsociales, ya sea aumentando la cantidad y/o calidad de la red social de apoyo, o bien reduciendo el efecto estresante de los eventos vitales a través de mejorar las habilidades cognitivas, afectivas o conductuales para su enfrentamiento. Tal como lo señala Lázarus (29), el efecto estresante de los eventos vitales está mediado por un proceso de valoración de este y de las competencias de la persona, así como por la planificación de acciones para su mejor enfrentamiento, todo lo cual se facilita y se perfecciona en el transcurso del ciclo educacional.

Por otra parte, resultan interesantes nuestros hallazgos respecto de la asociación entre la presencia y número de experiencias traumáticas en la infancia y el número de eventos vitales recientes. Pero quizás mas son importantes los resultados que muestran que estas experiencias infantiles no se vinculan a una menor escolarización ni a un menor apoyo social, ya que esto indica que ambas condiciones pueden ser objeto de políticas públicas independientes y tener un efecto sobre el riesgo en salud, en este caso en particular sobre los trastornos depresivos.

En la figura 1 se muestra una síntesis gráfica de los resultados de este estudio, que busca conectar el impacto de situaciones a lo largo de la vida sobre el riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo. Creemos que esta vinculación entre diferentes eventos a lo largo de la vida

es uno de los aportes principales de este trabajo al conocimiento y teorías en el campo de la epidemiología social, poniendo especial énfasis en las variables microsociales como posibles mediadoras del efecto de experiencias tempranas o de dimensiones sociales como el nivel educacional.

Figura 1
Síntesis de los resultados obtenidos en el estudio.



Bibliografía

1. World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001. WHO.
2. Üstün TB. The Global Burden of Mental Disorders. Am J Public Health 1999; 89: 1315 – 1318.
3. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. J Clin Psychiatry 1990; 51 (suppl.): 3 – 11.
4. Penninx B, Geerlings S, Deeg D, van Eijk J, van Tilburg W, Beekman A. Minor and mayor depression and the risk of death in older persons. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 889 – 895.
5. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam A, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield Sh, Ware J. The functioning and well – being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA 1989; 269: 914 – 919.
6. Alvarado R, Numhauser J. Prevalencia de cuadros depresivos en mujeres adultas de la Isla de Chiloé y factores asociados. Rev Chil Salud Pública 2004; 8 (1): 7 - 17.
7. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C & Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. Br J Psychiatry 2004; 184: 299 – 305.
8. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of mayor depression: review and meta – analysis. Am J Psychiatry 2000; 157 (10): 1552 – 1562.
9. Roy A. Five risk factors for depression. Br J Psychiatry 1987; 150: 536 – 541.
10. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MY, Beardslee WR. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. Am J Psychiatry. 2001; 158: 1878 – 1883.

11. Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl. 40): 69 – 71.
12. van Os J, Park SB, Jones PB. Neuroticism, life events and mental health: evidence for person – environment correlation. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl. 40): 72 – 77.
13. Strickland PL, Williams Deakin JF, Percival C, Dixon J, Gater RA, Goldberg DP. Bio – social origins of depression in the community. Interactions between social adversity, cortisol and serotonin neurotransmission. *Br J psychiatry* 2002; 180: 168 – 173.
14. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (6): 837 – 841.
15. Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. The prediction of Major Depression in Women: Toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (8): 1139 – 1148.
16. Dalgard OS, Bjørk S, Tambs K. Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 29 – 34.
17. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P & Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta – analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 98 – 112.
18. Numhauser J, Alvarado R, Soto P, Hermosilla J, Vera A. Eventos traumáticos en la infancia y depresión en la vida adulta, en una muestra comunitaria de mujeres de la Isla de Chiloé. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2004; 21 (2-3): 90 - 98.
19. Alvarado R, Vera A, Toledo MI, Serrano F, Gatica CG, Núñez C, Godoy S, Soto O, Alfaro J, Asún D. Validación de Escalas para medir Trastornos Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes. Cuadernos de Psicología N° 2, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile. 1992.
20. Alvarado R, Asún D, Alfaro A, Vera A y cols. Comparación de variables psicosociales entre un grupo con trastornos emocionales y uno control. *Rev Psiquiatría* 1992; 9: 1141 – 1152.
21. Páez D. Suceso vital, soporte social, recursos e identidades sociales como factores explicativos de la depresión y ansiedad. En: Páez D, eds. *Salud Mental y Factores Psicosociales*. España: Editorial Fundamentos, 1986. Pp. 83 – 127.
22. Cohen P et al. Prospective associations between somatic illness and mental illness from childhood to adulthood. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 232 – 239.
23. Gilman SE et al. Family disruption in childhood and risk of adult depression. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 939 – 946.
24. Thompson E. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull* 2002; 128: 539 – 579.
25. Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (suppl 418): 61 – 66.
26. Rojo Moreno L et al. The role of stress in the onset of depressive disorders. A controlled study in a Spanish clinical sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 592 – 598.
27. Cohen S & Ashby T. Stress, social support and the buffering hipótesis. *Psicol Bull* 1985; 98: 310 – 357.
28. Alvarado R, Sanhueza G, Muñoz MG, Vega J. Necesidades clínicas y psicosociales en mujeres que ingresan al Programa para el Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria, en Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2004; 21 (2-3): 90 – 98.
29. Lazarus R. *Estres y emoción: manejo e implicancias en nuestra salud*. Ed. Desclée de Brouwer, 2000. Bilbao, España.