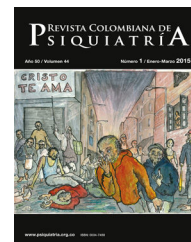




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor[☆]

Yvonne Gómez Maquet^{a,*}, José David Ángel^b, Catalina Cañizares^c,
María Claudia Lattig^d, Diana María Agudelo^e, Álvaro Arenas^f y Eugenio Ferro^g

^a Departamento de Psicología, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

^b Psicólogo clínico, Bogotá, Colombia

^c Facultad de Educación, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

^d Departamento de Ciencias Biológicas, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

^e Departamento de Psicología, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

^f Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Clínica La Inmaculada, Bogotá, Colombia

^g Clínica Montserrat, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de marzo de 2018

Aceptado el 29 de julio de 2018

On-line el 25 de octubre de 2018

Palabras clave:

Depresión

Estrés percibido

Factores de riesgo

Susceptibilidad

Estilo atribucional

R E S U M E N

Introducción: El Trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad multifactorial en la que, por interacción con diversas variables, se incrementa la vulnerabilidad a padecerla. Diversos modelos han explicado las interacciones, como el de diátesis-estrés. Vivir eventos estresantes no siempre lleva a la aparición del TDM, y se ha planteado que la atribución y la valoración de los eventos estresantes podrían ser un mejor predictor de la aparición de los síntomas.

Objetivo: Determinar la asociación y el poder predictivo de la frecuencia y la valoración de eventos vitales estresantes en la presencia de sintomatología del TDM.

Métodos: Estudio de casos y controles con 120 pacientes psiquiátricos y 120 personas de la población general. Se utilizó una entrevista clínica estructurada y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín y Chorot. Los datos se analizaron con pruebas no paramétricas y regresión logística binaria.

Resultados: El grupo de casos obtuvo significativamente más altos en afecto negativo, frecuencia de eventos estresantes, nivel de estrés percibido, valoración negativa de la situación y percepción de no control. El modelo de regresión logística binaria indicó que la baja percepción de control frente al evento estresante es el factor más determinante, seguido por la evaluación negativa del evento.

[☆] Presentado como Ponencia Libre en el VIII Congreso Nacional de Psicología, entre los días 27, 28 y 29 de julio de 2017.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yvgomez@uniandes.edu.co (Y. Gómez Maquet).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.004>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Las atribuciones realizadas sobre los eventos estresantes son determinantes en la presentación del TDM, en especial la valoración del control percibido frente a los sucesos vitales, en concordancia con los modelos etiológicos del TDM de diátesis cognitiva al estrés.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The role of stressful life events appraisal in major depressive disorder

A B S T R A C T

Keywords:

Depression

Perceived stress

Risk factors

Susceptibility

Attributional style

Introduction: Major depressive disorder (MDD) is a multifactorial disease in which, due to the interaction of several variables, the vulnerability of suffering from it increases. Several models, such as the diathesis-stress model, have explained these interactions. However, experiencing stressful events does not always lead to the development of MDD, and the attribution and appraisal of stressful events contributing to further development of depression symptoms has been considered as a possible explanation.

Objective: To determinate the association and the predictive power of the frequency and appraisal of stressful life events to predict MDD symptomatology.

Methods: Case-control study with 120 psychiatric patients and 120 people from the general population. A structured clinical interview and the life events questionnaire (Sandín and Chorcot) were used to evaluate the sample. The data were analysed with non-parametric tests and binary logistic regression.

Results: The psychiatric patients reported significantly higher levels of negative affect, frequency of stressful life events, perceived stress, negative appraisal of the situation and lack of perceived control. The binary logistic regression model indicated that poor perception of control of the stressful event is the most determining factor, followed by negative evaluation of the situation.

Conclusions: The attributions that are made regarding a stressful event are variables that predict MDD, specifically the assessment of the perceived control over the situation. These results concur with the aetiological models of MDD, such as the cognitive diathesis-stress model.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la depresión es una de las principales causas de discapacidad y una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en el mundo. Se calcula que la depresión afecta a cerca de 350 millones de personas. En Colombia, el más reciente estudio de salud mental realizado por el Ministerio de Salud² estableció que la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) en la población adulta es del 4,3%, mientras que la depresión menor se presenta en un 1% y la distimia en un 0.5%. Estas cifras resultan importantes, en la medida en que demuestran que existe una mayor prevalencia de esta enfermedad en la población colombiana en comparación con otros trastornos mentales.

Dado que los síntomas son tan incapacitantes³, se ha evidenciado en los pacientes el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, menores logros académicos y ocupacionales, dificultades en las relaciones interpersonales y laborales y, en general, la afectación de las metas propias del ciclo vital⁴. Además de los síntomas, el TDM se ha descrito

como una enfermedad multifactorial que integra variables ambientales, contextuales, individuales, genéticas y biológicas que incrementan la vulnerabilidad a la posterior aparición del trastorno⁵⁻⁷.

Uno de los modelos más comunes en la etiología de la depresión es el modelo de diátesis-estrés, que establece que el desarrollo del TDM es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales⁶⁻¹⁰. La literatura ha mostrado que la depresión alcanza porcentajes de heredabilidad que varían entre el 31 y el 42%⁵. Incluso, en estudios de tipo multigeneracional se ha encontrado que puede incrementarse hasta un 67%¹¹. A pesar de que demuestran las altas tasas de heredabilidad, la mayoría de los estudios indican que la expresión de los genes relacionados con el TDM están muy influidos por factores ambientales como la exposición a eventos estresantes y traumáticos^{12,13}, que se constituyen en vulnerabilidades ambientales en la etiología del trastorno.

No obstante, haber vivido eventos adversos o estresantes no siempre culmina en depresión. Por esta razón el modelo transaccional del estrés¹⁴ propone que las situaciones estresantes son el resultado de las interacciones entre el sujeto

y su entorno, donde el impacto de determinado estresor está mediado por cómo la persona interpreta el suceso y los recursos psicológicos, sociales y culturales que percibe para afrontar dicha situación^{15,16}. De ahí que Dobson y Dozois⁷ propongan que el TDM es el resultado de la exposición a eventos estresantes frente a los cuales las personas presentan cogniciones desadaptativas. En relación con esto, se plantea el modelo de diátesis cognitiva al estrés, que establece que los pensamientos y las interpretaciones negativas de estos eventos se pueden considerar causas cognitivas del desarrollo de depresión^{17,18}.

Recientemente, Beck y Bredemeier¹⁹ han afirmado que las percepciones y las evaluaciones negativas precipitan las creencias negativas que refuerzan el establecimiento de esquemas que sesgan el procesamiento de la información. Lo anterior y las reacciones biológicas al estrés, mediadas por variantes genéticas, predisponen al individuo a sufrir cuadros clínicos de depresión.

En este orden de ideas, el procesamiento desadaptativo de la información y las apreciaciones negativas de los eventos vitales en la vida de las personas son determinantes para el desarrollo de depresión^{20,21}.

Teniendo en cuenta lo anterior, se entiende que un evento estresante es aquel que se caracteriza por ser un cambio repentino y abrupto producido en el contexto al cual se ve expuesta una persona y que trae consigo alteraciones que requieren procesos de ajuste. Estos cambios reciben el nombre de sucesos vitales, los cuales pueden incluir disminución o inestabilidad de los ingresos, muerte de familiares cercanos o amigos, cambio de pareja, separaciones, distanciamiento de seres queridos, pérdida de trabajo o dificultades académicas^{22,23}. En otras palabras, los sucesos vitales se pueden entender como experiencias objetivas que causan un reajuste sustancial o un grado de cambio que afecta al bienestar físico y psicológico y requiere que la persona lleve a cabo acciones o cambios en su conducta para restablecer el equilibrio perdido¹⁵.

Existen también estresores menores, considerados acontecimientos de menor impacto, aunque presentes con mayor frecuencia en la vida cotidiana. Suelen tener relación con dificultades en el ejercicio de los distintos roles que puede tener una persona, como empleado, padre, pareja o hijo, entre otros. Algunos autores apuntan que este tipo de estrés diario es un mejor predictor de la perturbación de la salud de las personas^{22,23}, lo cual constituiría un componente importante en el desarrollo de enfermedades mentales. De esta manera, factores como la frecuencia, la intensidad, la valoración y la complejidad del evento estresante generan la acumulación de experiencias negativas de aparente amenaza para los individuos, lo cual constituye una afección de la salud física y mental de la persona^{24,25}.

Por otro lado, el componente cognitivo asociado con la valoración de los sucesos vitales como estresantes suele estar mediado por los procesos de atribución²⁶⁻²⁸, «las causas que las personas aducen para explicar las situaciones que experimentan». Abramson et al.²⁶ propusieron 3 dimensiones atribucionales: a) internalidad-externalidad (en función

de que la causa se encuentre dentro o fuera del propio individuo); b) estabilidad-inestabilidad (en relación con que la causa se mantenga o no en el tiempo), y c) generalidad-especificidad (teniendo en cuenta que la causa afecte a otras áreas de la vida de la persona o, por el contrario, se limite a actuar en la situación concreta que se está evaluando). Estas dimensiones atribucionales pueden clasificarse como estilos positivos (externos, inestables y específicos) o negativos (internos, estables y generales), que son los de interés para la presente investigación, ya que se han asociado tanto con la aparición de síntomas depresivos como con diferentes índices de peor salud física^{29,30}. Así, la importancia de la atribución o valoración realizada de determinado suceso vital puede resultar más significativa que el hecho en sí, lo cual podría demostrar la relevancia de los estilos explicativos en el desarrollo de un cuadro de TDM.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del presente estudio es establecer si la frecuencia de eventos vitales estresantes, el nivel de estrés que generan y la valoración que se hace de ellos (positivo/negativo, controlado/no controlado, esperado/inesperado) predice la aparición de TDM, sobre la base de la hipótesis de que la valoración de los eventos va a tener un peso de predicción mayor que la frecuencia de reporte de eventos. Para dar respuesta se pretende primero, confirmar las diferencias en términos del afecto negativo y síntomas depresivos entre un grupo de pacientes con diagnóstico de TDM de 2 clínicas psiquiátricas de la ciudad de Bogotá y un grupo de control; segundo, establecer si existen diferencias significativas en relación con la frecuencia de eventos estresantes y la valoración de estos (entendida como el grado de estrés percibido, si el evento era esperado o inesperado, controlable o incontrolable y, por último, si era negativo o positivo), así como determinar la varianza explicada por las variables mencionadas, el poder explicativo y el porcentaje de predicción de desarrollo de depresión.

Material y método

Estudio de grupos de casos y controles equiparables estadísticamente por sexo y edad. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y secuencial.

Participantes

Los análisis se basaron en una submuestra de 120 casos y 120 controles mayores de 18 años del proyecto: «Estrés percibido y marcadores genéticos y epigenéticos en el trastorno depresivo mayor» —financiado por Colciencias (Convocatoria 712 Ciencia básica)— divididas en 2 grupos:

- Grupo de 120 pacientes (media de edad, 32 años; el 71% mujeres) hospitalizados por TDM en 2 clínicas psiquiátricas de la ciudad de Bogotá. Se utilizaron los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM-IV-TR. Se excluyó a los pacientes que presentaran algún síndrome mental orgánico que pudiera explicar los síntomas afectivos o tuvieran comorbilidad con

Tabla 1 – Variables demográficas de los grupos de casos y de controles y diferencias entre grupos

Variables	Casos	Controles	χ^2	p
Sexo				
Mujeres	86 (71,7)	94(78,3)	0,356	0,551
Varones	34 (28,3)	26 (21,7)	1,067	0,302
Escolaridad				
Primaria	13 (10,8)	6 (5)	2,579	0,108
Secundaria	45 (37,5)	38 (31,7)	0,59	0,442
Universitario	26 (21,7)	37 (30,8)	2,323	0,128
Técnico	24 (20)	15 (12,5)	2,077	0,15
Posgrado	8 (6,7)	23 (19,2)	7,258	0,007
Estado civil				
Soltero	53 (44,2)	70 (58,3)	2,35	0,125
Casado	25 (20,8)	29 (24,2)	0,296	0,586
Unión Libre	23 (19,2)	13 (10,8)	2,778	0,096
Separado	14 (11,7)	6 (5)	3,2	0,074
Viudo	2 (1,7)	1 (0,8)	0,333	0,564
Edad (años)	32,0 ± 12,65 (18-75)	30,0 ± 11,01 (18-60)	-1,173*	0,242

* Prueba de la t de Student.
Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar (intervalo).

abuso o dependencia de sustancias, demencia, trastorno psicótico o trastorno bipolar.

- Grupo control de 120 personas (media de edad, 30 años; el 78% mujeres) provenientes de una comunidad académica y personal asistencial y administrativo de instituciones de salud mental. Para este grupo se descartó la presencia de cualquier diagnóstico relacionado con trastornos mentales con base en la entrevista estructurada MINI y que no tuvieran relación filial con los pacientes. Vale la pena mencionar que ambos grupos son comparables según variables socio-demográficas (tabla 1).

Instrumentos

*Entrevista Estructurada Mini International Neuropsychiatric Interview MINI. Traducción al español de Ferrando et al.*³¹

La MINI es una prueba diagnóstica estructurada que evalúa los trastornos psiquiátricos del DSM-IV y el CIE-10. La aplicación de la prueba toma aproximadamente 15 min y su diseño permite una entrevista psiquiátrica estructurada para ensayos clínicos y estudios epidemiológicos. Para el estudio, la MINI es el patrón de referencia, pues garantiza los criterios diagnósticos de la totalidad de la muestra, ya que sus propiedades permiten confirmar el estado de salud mental de los participantes.

Cuestionario de sucesos vitales

El cuestionario consta de una lista de sucesos vitales³² para evaluar su frecuencia y el grado de estrés percibido con ellos en el último año. Mide el grado de estrés en una escala de 0 (nada) a 4 (muchísimo). Además, este instrumento permite conocer valoraciones sobre dichos eventos como positivos/negativos, esperados/inesperados y controlables/incontrolables. Se han encontrado niveles de confiabilidad que oscilan entre 0,68 y 0,83^{23,33}.

*Cuestionario de depresión estado-rasgo IDER, adaptación española de Spielberger et al.*³⁴

Este cuestionario está compuesto por 20 ítems con 2 escalas: Rasgo y Estado, cada una con 10 ítems, 5 para distimia y 5 para eutimia con opción de respuesta (1, 2, 3 o 4). Los ítems de eutimia son de puntuación inversa. Los niveles de confiabilidad de la prueba reportados por los autores son altas, entre 0,71 y 0,92 para las diferentes escalas en población general. En población colombiana se reportan alfa de Cronbach entre 0,71 y 0,86 en población general³⁵.

Procedimiento

El proyecto fue aprobado por los comités de ética de las instituciones participantes y un comité independiente de ética en investigación. Una vez firmado el consentimiento informado por los pacientes y los controles, psicólogos clínicos entrenados llevaron a cabo la entrevista diagnóstica MINI con el fin de confirmar los criterios de inclusión y pasar a la aplicación de los cuestionarios. Para garantizar la confidencialidad de los datos, se asignó un código de identificación a cada participante. Los pacientes fueron entrevistados, por un psicólogo clínico entrenado, después de la fase más aguda de hospitalización. Es de anotar, que un 17,7% de los pacientes ingresados con diagnóstico de TDM durante el periodo del estudio, no aceptaron participar o no pudieron ser entrevistados por estar participando en alguna actividad planeada por la institución o haber sido dado de alta.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos de los participantes se ingresaron de manera codificada, garantizando la confidencialidad, en una base de datos de SPSS, y se verificó de manera aleatoria el ingreso de los datos. Se toleró solo la falta de un dato por cuestionario; sin embargo, la cuota de datos faltantes no fue significativa. El cálculo de estadísticos descriptivos y comparación

Tabla 2 – Estadísticos descriptivos de la prueba IDER por grupo de estudio y la diferencia entre grupos

Pruebas	Casos			Controles			U de Mann-Whitney
	Media ± DE	Mediana	Intervalo	Media ± DE	Mediana	Intervalo	
IDER Rasgo	27,77 ± 6,84	29	10-39	15,66 ± 3,65	15	11-28	128,89*
IDER Estado	28,12 ± 7,18	29	12-40	16 ± 4,35	15	10-30	105,83*

* p<0,05.

no paramétrica mediante prueba de la χ^2 para las variables categóricas y prueba de la U de Mann-Whitney para las variables continuas se realizó con el paquete estadístico SPSS. Con el fin de demostrar la diferenciación del grupo de casos frente al de controles, además de la entrevista MINI, se analizó el componente de afecto negativo con las escalas IDER a través de la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney de comparación de medianas. Para determinar el nivel predictivo de TDM de las variables de estrés, se realizó un análisis de regresión logística binaria. Las variables de estrés se categorizaron como variables *dummy* y se utilizó el método progresivo paso a paso. Este análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico R.

Resultados

En relación con las puntuaciones obtenidas en las pruebas de afectividad negativa de depresión (IDER), se encontró que las del grupo de casos son más altas que las del grupo de control (tabla 2), con diferencias estadísticamente significativas.

Se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria, utilizando como variable dependiente el diagnóstico de TDM y como variables predictoras la frecuencia de eventos estresantes, el nivel de estrés percibido y la valoración positiva-negativa, controlable-incontrolable y esperado-inesperado. Estas variables se incluyeron una a una en un método de regresión paso a paso.

Para el primer paso se planteó el modelo 1, en el cual solo se incluyó la frecuencia de estresores como variable predictora, y se encontró que explica en un 0,7% la varianza

del desarrollo de depresión ($p < 0,05$). En el siguiente paso se adicionó la variable nivel de estrés, lo que aumentó la explicación de la varianza a un 10%. Es de anotar que la frecuencia de eventos perdió significancia estadística y solo la variable nivel de estrés mostró peso predictivo (modelo 2). Para el tercer paso, se incluyó la variable de la valoración positiva-negativa, lo que incrementó la explicación de la varianza en un 15%, y se evidenció que solo las 2 variables relacionadas con grado y valoración de estrés incluidas en el modelo son estadísticamente significativas (modelo 3). Luego se introdujo la variable de valoración esperado-inesperado (modelo 4), y se encontró que la varianza no cambió con respecto al inmediatamente anterior (15%) y además esta variable no mostró significancia estadística. Al introducir la variable de valoración controlable-incontrolable, la varianza se incrementó en un 21% y fue estadísticamente significativo (modelo 5). Es de resaltar que las variables frecuencia de eventos y percepción del evento como esperado-inesperado no aportan al modelo de manera significativa. Dado este resultado, se decidió evaluar un último modelo tomando las variables con las odds más altas (nivel de estrés, valoración positiva-negativa y controlable-incontrolable), estableciendo también un porcentaje de varianza explicada del 21% (modelo 6). Este modelo mostró un índice de Akaike más bajo que los modelos previamente analizados, siendo este el modelo que presenta más parsimonia.

En la tabla 3 se pueden observar los resultados de la regresión. A medida que se introducen las variables, se aumenta el porcentaje de varianza explicada y disminuyen la varianza residual y el índice de Akaike.

Tabla 3 – Resultados de la regresión logística binaria para depresión

		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5		Modelo 6	
Frecuencia de estresores	OR	1,077*		0,948		0,976		0,973		1,044			
	IC95%	1,044	1,11	0,872	1,029	0,895	1,065	0,892	1,063	0,95	1,153		
Nivel de estrés	OR			1,049*		1,032*		1,033*		1,011		1,025***	
	IC95%			1,019	1,081	1,001	1,065	1,002	1,067	0,977	1,046	1,013	1,039
Positivo-negativo	OR					3,255***		3,4***		2,87***		2,506***	
	IC95%					1,811	5,922	1,836	6,405	1,494	5,585	1,352	4,664
Esperado-inesperado	OR							0,87		0,714			
	IC95%							0,496	1,589	0,367	1,357		
Control-Sin control	OR									6,982***		5,648***	
	IC95%									2,876	18,776	2,489	14,209
Intercepto		0,308***		0,314***		0,193***		0,202***		0,141***		0,149***	
Pseudo-R ² (McFadden)		0,07		0,107		1,155		0,155		0,216		0,21	
AIC		311,547		302,793		289,13		290,929		272,766		270,794	

* p<0,05

** p<0,001

*** p<=,000

Discusión

El objetivo principal es establecer si la frecuencia de eventos vitales estresantes y la valoración que se les da está asociado con la presencia de TDM. Los resultados mostraron que la valoración que los pacientes dan a los eventos estresantes tiene más peso que el número de eventos vividos. En relación con la valoración que hacen del evento, tiene mayor poder predictivo la atribución de no controlar del evento, seguido de su valoración como negativo. Además, se evidenció que la valoración de un acontecimiento como inesperado no se asocia con el trastorno.

Los resultados obtenidos son acordes con la hipótesis planteada con respecto a los eventos vitales estresantes en tanto demuestran que la población clínica reporta una percepción de estrés significativamente mayor. Esto se ha confirmado en estudios previos como el de Mazurka et al.³⁶, quienes reportaron que los pacientes deprimidos presentan un mayor número de sucesos y de grado de estrés. Asimismo, Veytia et al.³³ demostraron en una población mexicana que los sucesos vitales estresantes se relacionan con la presencia de síntomas de depresión.

No obstante, la literatura también ha establecido que existe una relación entre la valoración que reciben dichos eventos estresantes y la presencia de síntomas de TDM^{16,18,27,29}, lo cual se confirma con los resultados de este estudio, que están en consonancia con lo expuesto por Abramson et al.²⁶ en su teoría atribucional y la relación que plantean entre este estilo atribucional y la presencia de síntomas depresivos. Autores como Noriega et al.²⁴, Sanjuán y Magallares²⁸ y Rietschel et al.³⁷ plantean que la atribución o clasificación que una persona hace de un evento estresante es más significativa en la predicción de mayores niveles de depresión que el reporte del evento. Los hallazgos de los estudios de Soria et al.³⁰ y de San Juan y Magallares²⁹ resaltan que la atribución de incontrolabilidad a los sucesos vitales estresantes influye en que se presenten estados asociados con el TDM. Así, los eventos estresantes reportados con baja percepción de control y negativos brindan una mayor explicación del modelo. Como exponen Soria et al.³⁰ en su estudio, la atribución o explicación de los acontecimientos vitales negativos como incontrolables influye en que se generen expectativas de desesperanza que podrían facilitar un TDM. Estos hallazgos también concuerdan con los resultados de nuestro estudio.

Además, autores como Neupert et al.³⁸ plantean que, a mayor percepción de control, menor malestar físico y emocional frente a eventos vitales estresantes. De esta forma, la percepción de control que pueda tener una persona frente a una serie de sucesos vitales es un importante factor protector del cual parecen carecer los pacientes estudiados en esta investigación. Esto corrobora los resultados obtenidos, ya que permite evidenciar la diferencia que existe entre tener una percepción de control baja o alta.

Ahora bien, con respecto al hallazgo de que la valoración de un acontecimiento estresante como inesperado no contribuye, se puede mencionar que, en la literatura, esta variable se ha asociado con cuadros de ansiedad^{39,40}. Según Havranek et al.⁴¹, la falta de controlabilidad y la imprevisibilidad de los eventos no solo tienen efectos separados, sino también de

interacción, en medidas de ansiedad en individuos susceptibles y podrían proporcionar información sobre la comorbilidad entre ansiedad y depresión.

Entre las limitaciones de este estudio, es necesario mencionar que la evaluación de eventos vitales estresantes se hizo por medio de cuestionarios sobre situaciones retrospectivos, lo cual podría favorecer un sesgo de memoria. Por otra parte, cabe resaltar como una fortaleza de este estudio el hecho de que se haya tomado población clínica con TDM hospitalizada. Sin embargo, este aspecto trae consigo una consideración para la interpretación de los resultados, por una posible sobrestimación de los sucesos vitales dado su estado clínico, con presencia de afectividad negativa aumentada. Para mitigar este sesgo, los cuestionarios se aplicaron después del período inicial de hospitalización, una vez se encontraban fuera de la unidad de cuidado agudo en la zona hospitalaria general. Para futuros estudios, se podría ejercer un mayor control de esta limitación incluyendo una fase de seguimiento con una segunda aplicación del cuestionario en una cita de control tras el alta y comparando las valoraciones dadas. Esto podría alimentar de nuevo el debate de si los sucesos vitales deben conceptualizarse como una característica de la persona, más que del ambiente, como propuso Kasl⁴². Igualmente podría mencionarse un sesgo de selección de los controles si las razones individuales de participar en el estudio tuvieran relación con la búsqueda de ayuda. Este sesgo se disminuyó con la aplicación de la entrevista estructurada MINI, para descartar síntomas clínicos. Y finalmente es importante mencionar que todos los psicólogos que realizaron la entrevista y la aplicación de los cuestionarios conocían de qué grupo era cada participante.

Conclusiones

El presente estudio tiene como propósito la explicación del TDM teniendo en cuenta la teoría atribucional y el modelo de diátesis cognitiva al estrés. Las diferencias significativas en el reporte de frecuencia e intensidad de los sucesos vitales estresantes están en consonancia con estos modelos. Los resultados obtenidos con respecto al valor predictivo de las variables estudiadas relacionadas con confirman la importancia de la valoración de los sucesos vitales como predictores de TDM. Se evidenció que, más allá de la frecuencia de eventos estresantes reportados, los pacientes diagnosticados con TDM presentan una mayor valoración de ausencia de control sobre la situación en comparación con la población general sin TDM. Estos resultados deberían ser tenidos en cuenta en la construcción de planes de intervención enfatizando en la revaloración de los eventos vitales estresantes. Asimismo, es un aspecto importante para el diseño de programas de prevención de los trastornos depresivos y la promoción de la salud mental.

Financiación

Los datos para este artículo se tomaron de una submuestra del proyecto «Estrés percibido y marcadores genéticos y epigenéticos en el trastorno depresivo mayor», financiado

por Colciencias (Convocatoria 712 Ciencia básica: código 120471250970/contrato 908-2015).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Manifestamos nuestra gratitud a las instituciones que respaldaron este proyecto, a los asistentes de investigación y a los participantes, que amablemente compartieron su información.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. La depresión. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- Estudio Nacional de salud mental. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. Disponible en: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final.tomo1_color.pdf.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 1st ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Kessler RC, Wang PS. Epidemiology of depression. En: Gotlib IH, Hammen CL, editores. *Handbook of depression*. 2th edition. New York: Guilford Press; 2009. p. 5-22.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1552-62.
- Kendler KS. A gene for...: The nature of gene action in psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1243-52.
- Dobson K, Dozois D. Introduction: Assessing risk and resilience factors in models of depression. En: Dobson K, Dozois D, editores. *Risk factors in depression*. 1st ed. Amsterdam: Elsevier Academic; 2008. p. 1-16.
- Burns R, Machin M. Psychological wellbeing and the diathesis-stress hypothesis model: The role of psychological functioning and quality of relations in promoting subjective well-being in a life events study. *Personality and Individual Differences*. 2013;54:321-6.
- Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, et al. Do stressful life-events or sociodemographic variables associate with depression and alexithymia among a general population? A 3-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45:254-60.
- Horesh N, Klomek A, Apter A. Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Res*. 2008;160:192-9.
- Guffanti G, Gameroff M, Warner V, et al. Heritability of major depressive and comorbid anxiety disorders in multi-generational families at high risk for depression. *Am J Med Genet*. 2016;171:1072-9.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt T, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301:386-9.
- Carr C, Martins C, Stingel A, Lemgruber V, Jurueña M. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Mental Dis*. 2013;201:1007-20.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. 1st ed. New York: Springer; 1984.
- Wenzel L, Glanz K, Lerman C. Stress, coping and health behavior. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editores. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 210-39.
- Graham L. Integration of the interaction model of client health behavior and transactional model of stress and coping as a tool for understanding retention in HIV care across the lifespan. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26:100-9.
- Abramson L, Alloy L, Hankin B, Haefel G, MacCoun D, Gibb B. Cognitive vulnerability stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. En: Gotlib I, Hammen C, editores. *Handbook of depression*. 1st ed. New York: Guilford; 2016. p. 268-94.
- Beck A. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. 1st ed. New York: Basic Books; 1979.
- Beck A, Bredemeier KA. Unified model of depression. *Clin Psychol Sci*. 2016;4:596-619.
- Ingram RE. Toward an information-processing analysis of depression. *Cogn Ther Res*. 1984;8:443-7.
- Riskind JH, Alloy LB. Cognitive vulnerability to emotional disorders: Theory, design and methods. En: Alloy LB, Riskind JH, editores. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. New Jersey: Mahwah; 2006. p. 1-29.
- Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2003;3:141-57.
- Sandín B. El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik; 2008.
- Noriega J, Castellanos J, Orejuela D, Cepeda D, Barajas S, Uribe A. Sucesos vitales en jóvenes universitarios de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Apuntes de Investigación*. 2014:9.
- Zimmer-Gembeck M. Peer rejection, victimization, and relational self-system processes in adolescence: toward a transactional model of stress, coping, and developing sensitivities. *Child Development Perspective*. 2016;10:122-7.
- Abramson L, Seligman M, Teasdale J. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J. Abnormal Psychology*. 1978;87:49-74.
- Dobson K, Dozois D. Cognitive schemas beliefs and assumptions. En: Dobson K, Dozois D, editores. *Risk factors in depression*. 1st ed. Amsterdam: Elsevier Academic; 2008. p. 121-43.
- Sanjuán P, Magallares A. Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*. 2006;11:91-8.
- Sanjuán P, Magallares A. Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud*. 2007;18:83-98.
- Soria M, Otamendi A, Berrocal C, Caño C, Rodríguez C. Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema*. 2004;16:476-80.
- Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O. MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV. Traducida por Franco-Alfonso L. 2000.
- Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); 1987.
- Veytia M, González N, López A, Andrade P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*. 2012;35:37-43.
- Spielberger CD, Buena-Casal G, Agudelo D. *Inventario de depresión estado-rasgo: Manual*. Madrid: TEA ediciones; 2008.
- Agudelo D, Gómez Y, López PL. *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y Universitarios de la Ciudad de Bucaramanga*. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2009;5:79-202.

36. Mazurka R, Wynne-Edwards K, Harkness K. Stressful life events prior to depression onset and the cortisol response to stress in youth with first onset versus recurrent depression. *Abnormal Child Psychol.* 2016;44:1173-84.
37. Rietschel L, Zhu G, Kirschbaum C, et al. Perceived stress has genetic influences distinct from neuroticism and depression. *Behav Genet.* 2014;44:639-45.
38. Neupert S, Almeida D, Charles S. Age differences in reactivity to daily stressors: The role of personal control. *J Gerontol Psychol Sci.* 2007;62:216-25.
39. Thomson L, Hood C, Short S. Unpredictability and symptoms of depression and anxiety. *J Soc Clin Psychol.* 2016;35: 371-85.
40. Barlow D. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic.* 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2008.
41. Havranek M, Bolliger B, Roos S, Pryce C, Quednow B, Seifritz E. Uncontrollable and unpredictable stress interacts with subclinical depression and anxiety scores in determining anxiety response. *Stress.* 2016;19:53-62.
42. Kasl SV. Pursuing the link between stressful life experiences and disease: A time for reappraisal. En: Cooper CL, editor. *Stress research: issues for the eighties.* New York: Willey; 1983. p. 79-102.