

REVISION DE LA ETIOLOGIA DE LA DEPRESIÒN.

REVIEW OF THE ETIOLOGY OF THE DEPRESSION.

Dra. Bertha Ofelia Trejo Mares \*/ Dr. Jorge Trejo Mares. \*\*

HGZ/UMF No. 76, IMSS Delegación Ecatepec, Estado de México.

\*Esp. Salud en el Trabajo. Psicóloga.

\*\*Esp. Ginecología y Obstetricia.

#### INTRODUCCIÒN:

Actualmente la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más incapacitantes, se estima que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad. En la Ciudad de México existe una prevalencia de 8 episodios por cada 100 habitantes entre los 18 y los 65 años de edad. Debido a la magnitud de este padecimiento es importante conocer su etiología para un efectivo abordaje terapéutico, se considera que en su presentación intervienen diferentes factores, por lo que se han elaborado diferentes teorías para determinar la etiología.

#### ABSTRAC:

Nowadays the depression occupies the fourth place between the diseases more incapacitantes, it thinks that for the year 2020 it will be the second reason of morbidity. In the Mexico City there exists a prevalencia of 8 episodes for every 100 inhabitants between the 18 and 65 years of age. Due to the magnitude of this suffering it is important to know his etiology for an effective therapeutic boarding, it thinks that in his presentation different factors intervene, by what different theories have been elaborated to determine the etiology.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, etiología, teorías conductuales, cognitivas, psicodinamicas, psicosociales.

**KEY WORDS:** Depression, etiology, behavioral, cognitive, psicodinamicas and psicosociales theories.

#### DEPRESIÒN.

Se considera que la depresión tiene un origen multicausal y en su presentación se han detectado diferentes factores y se han emitido algunas teorías en un intento por explicar su etiología. Actualmente se sabe que las tensiones del medio ambiente como el fallecimiento de un familiar, el divorcio, la pérdida del empleo, entre otras situaciones pueden precipitar la depresión. Solo con fines didácticos se realiza una clasificación de factores que están estrechamente ligados con este padecimiento:

**Factores biológicos:** Se considera que en la depresión hay una disminución en la sensibilidad de los receptores postsinapticos, adrenérgicos beta y 5-hidroxitripyamina tipo 2 (5-HTA). La disminución de serotonina y sus catabolitos están relacionados directamente con los síntomas

depresivos. La tendencia suicida en la depresión se ha relacionado con una disminución de 5-HTA en el líquido cefalorraquídeo. (Carlson, 1999)

Aparentemente el aumento en los niveles de dopamina se asocia al síndrome maníaco y la disminución en los niveles del mismo neurotransmisor a la depresión. (Guevara, 1996)

**Regulación neuroendocrina.-** La regulación de los ejes adrenal, tiroideo y de hormona de crecimiento es noradrenérgica, su alteración propicia una regulación defectuosa de la función endocrina en estos tres niveles en algunos pacientes deprimidos. En el caso del eje adrenal se ha observado un aumento en la secreción de cortisol en aproximadamente el 50% de los pacientes deprimidos. La regulación tiroidea, de un tercio de los deprimidos se encuentra alterada, aunque actualmente se ha propuesto una hipótesis que refiere que en algunos pacientes con depresión existen anticuerpos contra la glándula tiroidea.

Las alteraciones en la regulación circadiana de algunos pacientes con depresión se relaciona en ocasiones, con disminución en la liberación de melatonina por la glándula pineal. La serotonina es un precursor de la melatonina. (Rosenzweig y Leiman 1992)

**Factores genéticos.-** Se ha comprobado que en los parientes enfermos de bipolares presentan una alta incidencia de cuadros bipolares (9.3% vs 1% de la población general), de ciclotimia (3%) y de depresión mayor (14.3% vs 5.9 de la población genera). De la misma manera, los familiares de pacientes con depresión mayor tienen más alto riesgo de padecer esta patología (17%). Aún cuando no están aumentadas las probabilidades de sufrir un trastorno bipolar. (Weissman y Cols. 1984. Cit. Por Santos, J. en Fuentenegro, 1990)

Los estudios gemelares comparan la concordancia de una determinada enfermedad en gemelos monocigóticos (genéticamente idénticos) y dicigóticos; de manera que la presencia de un factor genético implicaría la existencia de un mayor índice de concordancia en los monocigóticos que en los dicigóticos. Estos estudios reportan que el grado de concordancia en los trastornos afectivos es más elevado en los monocigóticos que en los dicigóticos (67 % vs 20 % en los dicigóticos), Existen modelos multifactoriales que afirman que la existencia de una determinada carga genética no sería suficiente por si misma para condicionar necesariamente la aparición de un trastorno del estado de ánimo. De tal manera que es posible que factores ambientales modulen la expresión fenotípica de un determinado genotipo. Probablemente los trastornos del estado de ánimo se relacionen con un patrón monogenico, presentando anomalías en, por lo menos 2 genes diferentes. Egeland, (1987 Cit. Por Fuentenegro y Cols, 1990)

Reportó datos que sugieren una estrecha relación entre una predisposición al trastorno bipolar y dos secuencias del Acido desoxirribonucleico (ADN) localizadas en el cromosoma 11, que corresponden al oncogén celular Has-ras-1 del locus insulínico. Supuestamente este gen sería compartido por los trastornos bipolares I y II, la depresión mayor y el trastorno esquizoafectivo. Señalando que eme ñ cromosoma 11 esta localizada una secuencia de ADN que parece contener el código de las enzimas tirosina hidroxilasa y triptófano hidroxilasa que desempeñan un importante papel en el proceso de síntesis de las monoaminas.

En fechas recientes; la Ciudad de España, algunos investigadores reportaron la participación de un gen relacionado con la depresión postparto.

**Factores psicosociales.-** La depresión se presenta en todas las culturas, aunque en las más primitivas adquiere una presentación característica, hay más somatización, hipocondría y vivencias paranoides, además de menores sentimientos de culpa. En la clase alta predominan los trastornos bipolares. Aunque la religión no se considera un factor de riesgo específico, se ha observado que el índice de suicidio es más bajo entre los católicos y los judíos. En cuanto a

la actividad laboral, se ha presentado mayor depresión en los puestos más altos y más bajos de la escala. Hay diferentes enfoques para explicar el mayor índice de depresión en las mujeres, una opinión sugiere que la depresión se presenta en las mujeres por la discriminación social que les impide obtener poder, según este enfoque la desigualdad social entre hombres y mujeres conduce a estas a la dependencia, baja autoestima y depresión. Otro enfoque hace alusión a la indefensión aprendida, que considera que las imágenes estereotipadas de hombres y mujeres producen a las mujeres un conjunto de valores clásicos que se refuerzan por las expectativas sociales. (Rosenzweig y Leiman 1992)

El periodo premenstrual y el postparto son épocas de mayor riesgo para la depresión, la menopausia no parece aumentarlo. En cuanto al estado civil, algunos estudios refieren que es alto el riesgo en mujeres casadas y aumenta si en el hogar hay 3 o más hijos menores de 14 años. Una relación interpersonal pobre con la pareja constituye un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico para la depresión. La separación y el divorcio están relacionados con la depresión. (Vallejo, 1996)

A medida que vayan avanzando las investigaciones en la neuroquímica y neurofisiología cerebral, se ira realizando una mejor definición de la etiología de la depresión. Durante muchos años, los factores biológicos, específicamente a hipótesis de las catecolaminas, otorgo un gran impulso a las investigaciones relacionadas con la bioquímica de los trastornos depresivos. Actualmente contamos con información de los factores genéticos y psicosociales que se considera participan en la génesis de la depresión.

Desde el punto de vista de la psicología se acepta que la depresión es de origen multifactorial y se espera que en un futuro se logre una integración entre la investigación bioquímica y la práctica psiquiátrica y psicológica y que se desarrollen nuevos instrumentos clínicos especializados para la psiquiatría y psicología. (Kaplan, 1992)

### **Teorías de la depresión:**

**Teorías conductuales.-** El primer intento de analizar la depresión desde un punto de vista conductual lo realizó Skinner en su libro de Ciencia y conducta humana (Skinner, 1953. Citado por Salinas, 1998) él define a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Posteriormente se hacen aportaciones a lo analizado por Skinner, sugiriendo que diversos factores como los cambios súbitos en el ambiente, el control aversivo y el castigo, así como las tasas de reforzamiento, hacen que aparezca la depresión, que físicamente se caracteriza por una reducción en la conducta. Al aplicar el termino reforzamiento a la depresión, se elaboraron varias hipótesis, una de ellas establece que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento se define por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente. Las interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto la conducta de las personas. Según esta hipótesis, la conducta de las personas deprimidas no produce un reforzamiento positivo en un nivel suficiente como para mantener su conducta y así, las personas deprimidas tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta, volviéndose cada vez más pasivas. Además se supone que la baja tasa de reforzamiento es la causante del cambio en el ánimo.

Una hipótesis similar señala que una alta tasa de experiencias castigantes tales como experiencias aversivas, estresantes o desagradables (problemas maritales, trabajo excesivo, reacciones negativas de otras personas, etc.) pueden causar depresión de forma directa o indirecta al interferir con la participación y el disfrute de las actividades potencialmente reforzantes. (Salinas, 1998)

**Teorías cognitivas.-** Beck (1996), desde una posición cognitiva, concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Para el los signos y síntomas de esta enfermedad son una

consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. El propone estructuras cognitivas específicas que son la triada cognitiva, los esquemas y patrones cognitivos. La triada cognitiva contiene tres patrones cognitivos que controlan la ideación.

**Una visión negativa de uno mismo:** Consiste en considerarse una persona inadecuada, inútil o indeseable.

**Una visión negativa del mundo:** Es experimentar el mundo como un lugar negativo, frustrante y esperar o merecer el fracaso o el castigo.

**Una visión negativa de del futuro:** Es la expectativa de dificultades ininterrumpidas de sufrimientos y fracasos.

Los esquemas cognitivos son pautas estables, por medio de ellos uno interpreta la experiencia y conduce a los individuos a una selección sistemática de una distorsión de la percepción y de la memoria. Estas distorsiones son los errores cognitivos, son ideas equivocadas y sistemáticas del pensamiento que condicionan la persistencia de esquemas negativos a pesar de las evidencias contrarias. Estas distorsiones incluyen la inferencia arbitraria, la magnificación y la minimización.

En el mismo campo cognitivo Rehm (1977, citado por Salinas 1998), propone la teoría del "autocontrol de la depresión" sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos y les dan tal importancia que los toman como criterios para realizar su autoevaluación, logrando que se utilicen altas tasas de autocastigo en comparación con una disminución en las tasas de autorrecompensa.

Para Seligman (1977), en una teoría de la depresión humana, es central el efecto de la independencia de la conducta y sus consecuencias. En el desamparo, indefensión o desesperanza aprendida (learned helplessness)\* lo principal es la pasividad, el retardo en el aprendizaje, la carencia de agresividad y competitividad, la pérdida de peso y el poco consumo de alimento. En esta investigación el elemento crítico, no es el trauma en sí mismo, sino la falta de control sobre el efecto traumático. Así, este autor considera que los individuos deprimidos se encuentran en situaciones en las que sus respuestas y el refuerzo son independientes. El recuperar la creencia en que la respuesta produce reforzamiento, es el cambio de actitud que se supone sería la solución para tratar la depresión.

Posteriormente Seligman, reformula su teoría agregando elementos de la Atribución elaborada, de Weiner y cols. (1971)

Esta nueva teoría señala que las atribuciones que realiza el sujeto acerca de la no-contingencia entre sus actos y sus consecuencias, son el origen de expectativas subsecuentes de contingencias futuras. Lo central en la depresión incluye las dimensiones de internalidad/externalidad, generalidad/especificidad y estabilidad/inestabilidad. De esta manera una persona estará, probablemente más deprimida si las atribuciones por sus fallas y faltas de control, las internaliza. (ES MI CULPA), las globaliza (EN TODO SOY UN FRACASO), y las hace estables (NUNCA VOY A CAMBIAR), en cambio si sus atribuciones son por el éxito, son externas (SOY AFORTUNADO), específicas (EN ESTE CASO EN PARTICULAR) e inestables (SOLO EN ESTA OCASION). La teoría cognitiva de la depresión afirma que las disfunciones cognitivas son el núcleo de la depresión y sus consecuencias son los cambios afectivos y físicos, por ejemplo la baja energía y la apatía son el resultado de la expectativa de fracaso que el individuo tiene en todas sus áreas.

Teorías psicodinámicas.- A principios del siglo XX, Freud en su artículo "Duelo y melancolía". (1917, Describe la depresión desde un punto de vista psicoanalítico. Compara estos dos estados entre sí, ya que el consideraba que existían múltiples analogías en el cuadro clínico de

\*Learned helplessness, esta investigación se realiza en dos fases, en la primera el perro sufre una repetida estimulación aversiva (choques eléctricos) pero se le impide cualquier respuesta que pueda aliviar o evitar esta estimulación, Durante la segunda fase se le permite moverse y huir del estímulo punitivo. Curiosamente el perro

acepta la experiencia traumática, parece haber perdido las reacciones adaptativas que le permitirían escapar de las experiencias aversivas.

Caracterizaba a la melancolía como un estado de ánimo intensamente doloroso, acompañada de una cesación del interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y una importante disminución del amor propio. En el duelo se presentan todas estas características, excepto la última mencionada. El duelo es generalmente una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, tal como un ideal o la libertad, por ejemplo. El duelo no se considera un estado patológico y aun cuando la persona presenta desviaciones en su conducta normal, no es común que se ofrezca algún tipo de tratamiento, confiando en que al paso del tiempo, el individuo mejorara por sí solo. En la melancolía el paciente percibe su YO como indigno de toda estimación, moralmente condenable e incapaz de algún remordimiento. Espera y justifica el rechazo de los demás, esta "manía de empequeñecimiento" se asocia con insomnio e inapetencia. El insomnio refleja, probablemente la imposibilidad del YO, para liberar la libido, proceso necesario para que se establezca un estado de reposo. La melancolía atrae hacia sí, grandes cargas de energía y se produce un importante empobrecimiento del YO que ofrece resistencia a los deseos de conciliar el sueño. En la elección de un objeto, la identificación es la fase preliminar y es la primera forma que utiliza el YO para distinguirlo, correlativamente a la fase oral del desarrollo de la libido, desearía incorporarlo, ya sea ingiriéndolo o devorándolo y como la identificación del objeto se encuentra modificada en la melancolía, surgen alteraciones en el apetito del paciente, puede mostrar inapetencia o por el contrario, ingerir una mayor cantidad de alimentos cuando se encuentra melancólico. Podría agregarse entonces, como característica de la melancolía, la regresión de la carga del objeto a la fase oral del desarrollo de la libido, que corresponde al narcisismo. En el cuadro clínico de la melancolía predomina el descontento con el propio YO, sobre cualquier otra crítica. La debilidad, la fealdad, la deformidad o la inferioridad social no son causas frecuentes de la autovaloración del paciente, solo la pobreza llega a ocupar un lugar importante. Este temor al empobrecimiento o la ruina parece derivado del erotismo anal. En la melancolía al igual que en el duelo, el individuo ha sufrido la pérdida de un objeto con efecto en su propio YO. Así, una parte del YO se enfrenta a la otra y la valora críticamente, como si fuera un objeto. A esta parte crítica del YO se le conoce como Conciencia Moral y pertenece junto con la censura a la conciencia y el examen de la realidad a las grandes instituciones del YO. El sufrimiento que presenta el melancólico y que al parecer disfruta, significa las satisfacciones de las tendencias sádicas y de odio, orientadas hacia un objeto, pero retraídas al yo. Así, el paciente consigue por un medio indirecto la venganza hacia los objetivos primitivos y atormentar a los que ama por medio de su enfermedad, superándose en ella para no mostrar su hostilidad de manera directa. La carga erótica del melancólico, tiene un doble destino: Una parte retrocede hasta la identificación y la otra hasta una fase sádica, presentando una ambivalencia. Esta fase sádica explicaría la tendencia al suicidio, la angustia generada por una amenaza de muerte libera una gran carga de libido narcisista. Ningún neurótico presenta impulsos suicidas que no hayan sido inicialmente impulsos homicidas orientados hacia otras personas y vueltos posteriormente contra el YO.

**Teoría psicosocial.**- Existen estudios en primates que han permitido desarrollar un modelo de depresión basado en el aislamiento, al parecer la pérdida de lazos sociales, en periodos críticos del desarrollo, aumenta el riesgo de presentar episodios de depresión mayor. Se ha intentado valorar el efecto de los sucesos estresantes sobre la salud mental de niños y adultos, no se ha podido llegar a alguna conclusión pues un determinado suceso puede ser estresante para una persona mientras que para otra no (Heinze, 2000). Brown y Harris en 1978 (Citado por Vallejo, 1996) realizaron un trabajo en Londres, que permite desarrollar una teoría psicosocial de la depresión. En este modelo se le dio una gran importancia a ciertos factores que consideraron precipitantes, como una pobre relación interpersonal de pareja, presencia en el hogar de tres hijos o más menores de 14 años, las pérdidas parenterales antes de que los hijos cumplan once

años. Si bien todos estos factores han sido cuestionados, a pesar de ello con frecuencia, se ha demostrado su presencia en el año previo al inicio de un cuadro depresivo. (Paykel; citado por Vallejo y Cols. 1996). Brage y Meredith. (1993) Señalan que del 10 al 20% de las personas adultas; en algún momento de su vida, presentan síntomas depresivos y que estos síntomas frecuentemente están relacionados con trastornos de tipo afectivo que condicionan una alteración en la capacidad del individuo que se manifiesta no solo con tristeza, sino que repercute además en la incapacidad para dar y recibir afecto de las personas que los rodean. Estos autores interpretaban a la depresión como una alteración en la capacidad para captar, sentir y manifestar el afecto. Coleman (1990) refiere que en los casos mas grave de depresión puede haber una transformación total de la realidad en relación a las percepciones visuales y auditivas del individuo que van desde el deterioro corporal a sentimientos vinculados con ideas de pecado, culpa y enfermedad que obviamente alterarían las relaciones del paciente en su entorno social.

Si bien algunas de las teorías son muy antiguas, ya se empezaba a perfilar el concepto del individuo como una Unidad Biológica, Psicológica y Social, en la que en cualquier alteración en alguna de sus áreas, influiría necesariamente en las otras dos. Considero que la aparición de nuevas teorías no invalida las anteriores, sino que por el contrario las enriquece y favorece una mejor comprensión de esta enfermedad.

#### BIBLIOGRAFIA

Beck, A. T. Rush, A. J, Shaw, B. F y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. N. Y. Guilford, Press.

Carlson, N. (1999) Fisiología de la Conducta. España. Editorial Ariel. S. A.

Freud. Sigmund. (1917) Duelo y Melancolía. Obras completas. Tomo II, Ensayo XCIII Buenos Aires, Argentina: Editorial Orbis, S. A

Guevara, Andrés. (1996) Depresión, en Manual de terapéutica medica y procedimientos de urgencia. Cap. 82. 615 – 616. Edit. Mac Graw Hill, Interamericana, M.

Heinze. Gerardo Dr. (2000) La depresión: Un fenómeno universal. Medicina Interna de México. Vol. 16 (6). 308 – 326

Rehm, L. P. A. (1977) Self control model of depression. Behavior therapy. V 8 787 – 804.

Rosenzweig. Mark. R, Leiman A, (1992) Psicología Fisiológica. España: Editorial Mc Graw Hill 665 -669

Salinas. Rodríguez, Jorge. Luis, (Agosto, 1998) La aplicación de técnicas conductuales para el tratamiento de la depresión. Un caso. Revista electrónica de Psicología Clínica Iztacala. Vol. I UNAM Campus Iztacala. 1 – 12

Seligman. M. E, (1975) Helplessness on depression, development and death, San Fco.

Skinner. B. F. (1953) Science and human behavior. New York. Free Press.

Vallejo, Ruiloba. J, (1996) Trastornos depresivos en: Introduccion a la psicopatología y a la psiquiatría. Cap. 31. Edit. Masson 2ª Edición. 441 – 481

Weiner, B. (1971) Perceiving the causes of success and failure. New Jersey General Learning, Press, Morristown.