

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"

Factores psicosociales de la depresión

Dra. Lídice Josué Díaz,¹ Dr. Vladimir Torres Lio-Coo,² Dr. Eugenio Urrutia Zerquera,³ Dr. Reynol Moreno Puebla,⁴ Dra. Ileana Font Darías⁵ y Dra. María Cardona Monteagudo³

RESUMEN

Se analizaron la depresión y la influencia de factores internos y externos que influyen en la aparición de trastornos afectivos. Se valoraron algunos factores históricos, filosóficos y médicos que se tienen en cuenta al estudiar la depresión. Se analizó el enfoque del sistema socialista en relación con la salud en Cuba, que tiende a lograr el completo bienestar físico, mental, social del individuo y su soporte económico en la facilitación de la reinserción social del paciente, sobre una relación basada en la ética médica. Se considera la relación médico-paciente como factor de gran importancia para el tratamiento de la depresión, donde la psicoterapia juega un papel significativo.

Palabras clave: Depresión, bienestar, sociedad, salud, factores psicosociales, drogas.

La depresión es un síntoma cuando aparece la tristeza y una enfermedad cuando al síntoma se le añaden otros para dar un síndrome; ella es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, con un valor real de prevalencia.¹

La depresión es una enfermedad donde no solo se incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos, sino que también influyen factores externos,² que serán expuestos más adelante.

La clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), plantea criterios primarios y secundarios de la depresión,³ criterios que son utilizados para diagnosticar este estado afectivo en el paciente.

BREVE RECuento HISTÓRICO

La depresión es tan vieja como la humanidad y durante muchos siglos fue manejada por amigos, brujos, sacerdotes, etc. y tratada con todo tipo de pócimas, brebajes, baños, cambios de ambiente etcétera¹.

La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto, comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. Este término hipocrático sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría de *Hipócrates*, para emerger posteriormente en los escritos de *Celso* en latín como la "Atrabilis", específicamente en su obra "De Medicina" (año 30 dc).

El autor griego *Galeno*, en sus trabajos llevados a cabo en Roma entre los años 131 al 201 dc, definió finalmente un concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral.⁴

Samuel Jonhson durante toda su vida sostuvo una gran lucha por hacer cambiar el término desorden melancólico por el de depresión, y a él se le debe la popularidad de este término. A partir de este momento se comenzaron a ver desplazados los términos de: "El bazo", "La enfermedad inglesa", "Los vapores" y "La locura melancólica".

Hacia el final del siglo XIX el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas.⁵

La historia de los desórdenes afectivos revela un calidoscopio de opiniones médicas pero con ciertas constantes unificadoras. "La fórmula de la gran tristeza sin aparente ocasión" y "La mente fija sobre un solo pensamiento" ha sido repetida a menudo desde el siglo V ac hasta el presente en la literatura médica occidental.⁵

En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el enfoque de salud al completo estado del bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad o incapacidad.⁶

En la sociedad socialista se conoce que la salud del pueblo representa una alta prioridad para el partido y el Estado, así está plasmado en el Informe Central del 1er Congreso del Partido Comunista de Cuba, en la Plataforma Programática del PCC y en la Constitución de la República de Cuba. En estos magnos documentos se analiza la situación de la salud de nuestro país, antes y después del triunfo revolucionario, se define el carácter socialista de la medicina y se trazan perspectivas de desarrollo de nuestro sistema nacional de salud.⁵ Siendo en definitiva el trabajador de la salud,⁷ quien lleve a vía de hecho todo lo teorizado en los documentos de referencia. En el elemento biológico, psicológico y social, que es el individuo, como se conoce, las alteraciones de cualquier componente ejerce influencia en todo⁸ y por ende trae como resultado la aparición de la enfermedad.

El elemento social para su estudio en este caso puede ser separado, pero sin dejar de resaltar su interacción con lo biológico y con lo psicológico.

Según datos de la OPS, hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo. Con una alta prevalencia en el adulto, con 15 % de hombres y 24 % de mujeres. El porcentaje mayor comprendido entre las edades de 18 y 45 años (2,3-6,9), que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo.

DEPRESIÓN Y SOCIEDAD

La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social.

Los pacientes deprimidos tienen múltiples factores de riesgo que pueden dar lugar al proceso morboso, entiéndase por riesgo a la probabilidad que tiene un individuo a desarrollar una enfermedad dada a lo largo de un periodo preestablecido.⁹

Se coincide con la literatura revisada, que las personas con trastornos del humor, independientemente de que pueda existir el factor humoral como precipitante, tienen asociados problemas sociales como desencadenantes.

Se conoce que la separación matrimonial, el *status* de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno. ¿Y estas, no están ligadas a la sociedad? Por un lado algunos autores opinan que la pertenencia al sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la depresión; otros plantean que la clase social, el nivel cultural y la raza no se han vinculado claramente con la depresión.¹⁰

El hombre vive y actúa movido por el interés de satisfacer sus necesidades, desde los más simples o elementales hasta los más complejos de carácter espiritual, pero a la vez el hombre plantea problemas en la medida en que interactúa con el resto de la sociedad y así surgen interrogantes de cómo vivir, cuál es el sentido de la vida e incluso si vale la pena vivir o no.¹¹

Aquí entraría a jugar el papel de Estado, la voluntad política y la posibilidad de contribuir al bienestar no solo psicológico, biológico, sino también social.

En Cuba, el hombre es el tesoro máspreciado donde la salud se prioriza como derecho del pueblo y responsabilidad fundamental del Estado, con un alto valor, tratándose siempre de satisfacer las necesidades humanas.

Rodríguez Gavalda en su artículo "Visión crítica acerca de la formación médica actual", cuando se refiere a problemas filosóficos de la medicina, realiza un análisis de cómo debe ser concebida la curación de los pacientes.

...La curación se concibe no como un producto de un cambio de condición social del paciente o del proceso biológico natural de recuperación de sus fuerzas vitales, sino como resultado exclusivo de algún tratamiento específico, una estancia en el hospital o el consumo de determinado medicamento...¹²

Así los pacientes son tratados y devueltos a las mismas condiciones socio-ambientales que probablemente influyeron en la génesis de la enfermedad.

Esto ocurre con incidencia mayor en países con regímenes capitalistas y donde la pobreza está presente azotando a la población, con un enfoque metafísico del mundo, donde no se ven los problemas del individuo de forma integral, coherente y global. ¿Cómo se explica que exista depresión por causas del alcoholismo?, si lejos de crear programas preventivos y rehabilitatorios, se estimula a la ingestión del tóxico, incluso con propagandas y filmes, que independientemente que hospitalice al individuo, le incida en el seguro de vida e imponga el tratamiento de última generación, no logra una mejoría óptima ya que no actúa sobre el factor de riesgo que es el consumo.

Esto explica que las tasas de suicidios por depresión en los alcohólicos sea 9,22 veces más alta que en el resto de la población general¹³ y como consecuencia de la ingestión de este tóxico el hombre llega a una degradación total de sus valores sociales afectando sus capacidades, intereses, relaciones interpersonales, criterios éticos y morales,

produciendo además ausencias laborales, pérdidas económicas, reducción de la expectativa de vida entre 10 y 15 años, así como disfunciones familiares.^{13,14} Y si esto ocurre así, obviamente se afectan las diferentes funciones de la familia como institución social, descrita por *Ricardo González*.¹³

Se reflexionará sobre otro aspecto social que influye en la aparición de la depresión: la drogadicción, flagelo aún no controlado por la sociedad en especial la capitalista, por ejemplo los Estados Unidos de América, país más desarrollado, es el mayor consumidor de drogas a escala mundial con indicadores de producción, consumo y adicción a las sustancias ilegales muy elevados.

DEPRESION Y ECONOMÍA

El profesor *Manuel Calviño*, de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, expresa que: "El trabajo de nuestros profesionales de la salud de nuestro país lo realizamos por identidad y por convicción. La realidad es que aunque vivimos como pobres, morimos como ricos (nuestras primeras causas de muerte son similares a la de los países desarrollados)."¹⁰

Aún está lejos de ser "perfecto", pero se han logrado bajo serias dificultades con el abastecimiento de medicamentos, incluso de primera necesidad, consecuencia de un bloqueo económico que no es un argumento de la política, sino sobre todo de la más elemental consideración humana. No obstante luchamos y batallamos para lograr mejores condiciones de las que tiene el mundo subdesarrollado, para la cual contamos con el apoyo del gobierno.

Desde este punto de vista, se hace factible ratificar la existencia del socialismo porque partiendo del cumplimiento de los aspectos fundamentales trazados por la política científica nacional, los pacientes psiquiátricos de este país y en especial los deprimidos, pueden recibir una atención y tratamiento adecuados sin tener que pagar; los pacientes con trastornos crónicos vinculados laboralmente reciben su salario, no son enclaustrados como se hacía antes del triunfo de la revolución y se enfoca actualmente la rehabilitación en su propio medio (la comunidad).¹¹

En el campo de las ciencias psicológicas, la depresión ocupa uno de los principales objetivos en las investigaciones psiquiátricas y psicológicas, para lo cual han contribuido diferentes factores y uno de ellos es la magnitud del problema, donde es conocido que la depresión ocupa una parte importante de la demanda de atención en la población, además de poseer una amplia repercusión psicosocial por su estado de vinculación con el suicidio y la calidad de vida.⁹

Por otra parte hay que reconocer la elevada responsabilidad que en especial nuestra sociedad exige a quienes practican la Medicina, de ejercer con creciente calidad científica y humana,⁷ no solo en nuestra tierra sino en otros países, con una amplia representación médica en el tercer mundo, especialmente en África y América Latina.

En el periódico Granma del 15 de abril del año 2001, en la columna Noticien, se publicó un artículo que entre otras cosas enfatizaba la importancia de la atención a los pacientes deprimidos ya que los últimos estudios sobre la temática han planteado que en el 2020 la depresión será la primera causa de retiro laboral prematuro en los países desarrollados

y la segunda enfermedad más frecuente en el planeta. Según estimados recientes de la OPS, las razones de ese pronóstico aumentado estarán determinadas por los cambios acelerados en la forma de vida, la desmembración de la familia y la progresiva ruptura de las tradiciones y estructuras sociales.⁶

La depresión cuesta actualmente 50 billones de dólares, solo superada por el cáncer y el SIDA (110 Y 70 billones de dólares respectivamente) y con iguales indicadores que la diabetes y las enfermedades coronarias.^{6,13}

Los trastornos psiquiátricos ocupan el segundo lugar por especialidad en cuanto a días/hombres perdidos y jubilaciones por certificados médicos y peritajes, respectivamente y la depresión está entre las cinco primeras causas.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, nos preguntamos: ¿Cuánto cuesta esto al Estado? ¿Cuánto deja de ingresar un paciente deprimido a su seno familiar? Esto ayuda a plantear y a la vez dejar el mensaje que la depresión es una enfermedad tratable y curable, cuyo diagnóstico oportuno, seguimiento adecuado, rehabilitación y reinserción social del paciente deprimido, iniciado todo esto precozmente disminuye ostensiblemente las posibilidades de recaídas, internamientos y tendencias a la cronicidad y por ende a mantener el equilibrio biopsicosocial.

Este colectivo comparte la referencia que realizó la colega *Mirtha Infante* en su trabajo de final de curso: "Problemas sociales de la Ciencia y la Tecnología", basándose en lo expresado por el profesor *Roger Montenegro* en el evento Psico-Habana 98: "...enfrenta la humanidad, creciente mercantilización de la Medicina, siguiendo el modelo neoliberal, lo que se torna grave en países en desarrollo y subdesarrollados"....¹⁰

¿Qué sería de la población desprovista de salud mental, si el Estado no los toma en cuenta?

Es verdad que el país carece de tecnología moderna para detectar específicamente el neurotransmisor por el cual el paciente se deprime, es verdad que no poseen los medicamentos de última generación, pero también es verdad que nuestros pacientes no tiene que disponer de 4.57 dólares para que se realice un conteo de eosinófilos como prevención de la depresión, pero también es verdad que se dispone del sistema social más justo del mundo y el Estado garantiza la atención médica gratuita, nuestro sistema realiza una labor profiláctica para la orientación y fomento de la salud mental.^{11,12}

Un ejemplo de esto es el trabajo que realiza el equipo de salud mental dentro de la atención primaria de salud que dentro de sus objetivos, tiene la satisfacción de las demandas asistenciales de pacientes con enfermedades de origen psíquico.

El paciente en la comunidad no solo he visto desde la vertiente psíquica, sino de forma integral ya que está bien establecido que son múltiples los factores causales que influyen en el individuo para la aparición de la depresión, y se busca la relación de este trastorno afectivo con otros trastornos psiquiátricos.

El enfermo con trastornos afectivos debe ser visto con la interacción mente - cuerpo, teniendo siempre presente que no se puede solo tratar el eje nuclear afectivo, ya que la tristeza que envuelve al sujeto puede llegar a afectar todas las esferas de su relación

intrapersonal e interpersonal, y emerger otros estados emocionales como la irritabilidad y la ansiedad, que se destacan en las depresiones neuróticas y tardías.

ÉTICA MÉDICA Y DEPRESIÓN

En todas las formaciones sociales que han habido en el desarrollo histórico de la sociedad, existió alguien que se ocupó de atender las contingencias que afectaban la salud del hombre, ya fueran heridas, ya fueran enfermedades. A cada una de estas sociedades correspondió necesariamente una conducta que normara de alguna manera el proceder individual y colectivo del grupo. Esta ética general desde luego, influía en la particularidad de la práctica de la hechicería, curandería, medicina, etc. Desarrollada en la época dada. Y quien de eso se ocupaba, observaba una ética y una moral consecuente con los principios generales de la sociedad.⁷

Robert E Hales dedicó gran parte de sus estudios a demostrar la importancia que se le debe conceder a las relaciones interpersonales, especialmente a las que deben existir entre el médico y el paciente. En su libro "Tratado de Psiquiatría" expone una serie de ideas muy interesantes acerca de esta relación.⁴

Se coincide con el estudio realizado por *Gerardo Herrero* al plantear que la terapeuta debe ayudar a disminuir el sufrimiento del paciente mediante la sustitución de las estructuras cognitivas irracionales y las disfunciones por otras cogniciones más racionales y funcionales, utilizando no solo los aspectos biofarmacológicos sino también incluyendo las psicoterapias y entre ellas la cognitiva, para contribuir al logro de resultados favorables en la mejoría del paciente.

Se puede plantear que la relación entre el médico y el paciente deprimido puede ser el factor clave para la curación o mejoría de este último, pues en un gran porcentaje los pacientes deprimidos lo que necesitan más allá de una terapia farmacológica, es ser escuchado, atendidos, comprendidos, tomados en cuenta y para esto el médico debe despojarse de ideologías, tabúes y otras limitaciones que le impidan un eficaz desempeño de su labor.

SUMMARY

Psychosocial factors of depression

Depression and the influence of external and internal factors affecting the occurrence of affective disorders were analyzed. Some historical, philosophical and medical factors taken into account when studying depression were assessed. The socialist system approach in relation to health care in Cuba, which aims to achieve full physical, mental and social wellbeing of the individual and his economic support in facilitating social reinsertion of the patient to the society, on the basis of medical ethics-relied relation, was analyzed. Physician-patient relationship is considered a key factor for depression treatment where psychological therapy plays a significant role.

Key words: Depression, wellbeing, society, health, psychosocial factors, drugs.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feighner JP, Boyer WF. Diagnóstico de la depresión. Perspectivas en Psiquiatría. Vol 2. Madrid: Salvat; 1991. p. 130-41.
2. Lista Varela A. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el escenario del internista y médico general. Archivo Medicina Interna (Montevideo). 1996 sept;18 (3):117-221.
3. Psicoactiva [base de datos en Internet]. Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS. Citado 7 de noviembre de 2004. Disponible en: <http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>
4. Hales RE, Yudofsky SL, Talbott JA. DSM IV Tratado de Psiquiatría. 3ra ed. Madrid: Masson; 2000. p. 443-75.
5. Pozos R. Consideraciones para una historia natural de los cuadros depresivos. Rev Hosp Psiq Habana. 1988;21(1):47-60.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Innovaciones en la atención de las afecciones crónicas. Rev Panam Salud Publ. 2002;12(1):71-74.
7. La ética médica. Normas, códigos y declaraciones Sindicato Médico del Uruguay [Pagina principal de un sitio Web]. Montevideo-Uruguay: Sindicato Médico del Uruguay, inc.; 2000-03 [actualizado 9 de noviembre de 2004]. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/nor-principios.htm>
8. Frils RH, Ulrich-Wittchen H, Fister HP, Lieb R. Acontecimientos vitales y cambios en el curso de la depresión en adultos jóvenes. Sur Psychiatry. 2003;3:152-76.
9. Hernández CC. Conocimiento, aptitudes y prácticas ante el diagnóstico de la depresión en dos áreas de salud del municipio Marianao. Tesis de maestría en Psiquiatría Social. Facultad "Comandante Fajardo". Rev. Med General Integr. 2000:8-15.
10. Infante VM, González PC, Ramos C, Marino MC. Consideraciones acerca de un enfoque preventivo en la salud pública. Acta Psiq Psicol Am Lat. 2000;38. (En prensa).
11. Calviño M. La acción comunitaria en la salud mental. Psicología online Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba. [Serie en Internet]. [citado 9 de noviembre de 2004]. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/colaboradores/mcalvino/accion_social2.shtml
12. Rodríguez GR, Serani A. La enseñanza de la bioética en las facultades de Medicina. Visión crítica acerca de la formación médica actual. Educación Médica UC. Bol Esc Med Pont Univ Cat Chile. 1998;27:24-26.
13. González MR. Contra las adicciones. Clínica y terapéutica. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2002. p. 29-78.
14. Astoviza BM. La prevención del alcoholismo en los adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(4):405-9.

Recibido: 12 de abril de 2006. Aprobado: 15 de mayo de 2006.

Dra. *Lídice Josué Díaz*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 114 y 31, Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹Especialista de I Grado en Psiquiatría. Instructora.

²Especialista de I Grado en Psiquiatría.

³Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesor Asistente.

⁴Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Asistente.

⁵Master en Psiquiatría Social. Instructora