



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

Treball de Fi de Grau

La depressió, factors de risc i factors protectors

Sofía Mas Castillo

Grau de Psicologia

Any acadèmic 2015 - 2020

DNI de l'alumne: 43483980 L

Treball tutelat per Dr. Mauro García Toro
Departament de Psiquiatria

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No

Paraules clau del treball: depressió, factors de risc, factors protectors

ÍNDICE:

RESUMEN	Página 1
INTRODUCCIÓN	Página 1
CUERPO DE TRABAJO	Páginas 2 - 9
CONCLUSIONES	Página 10
ANEXOS.....	Páginas 10 - 13
BIBLIOGRAFÍA.....	Páginas 13 - 15

La depresión, factores de riesgo y factores protectores

Resumen:

Este estudio pretende definir la depresión, su impacto en la vida diaria de las personas y la variabilidad de los factores psicológicos que pueden ser un factor de riesgo o un factor protector para desarrollar depresión.

Palabras clave:

depresión, factor de riesgo, factor protector

Introducción:

Una pregunta que se ha estado repitiendo y debatiendo innumerables veces a lo largo de la historia es ¿qué es lo que hace que dos personas, en las mismas circunstancias y ante un mismo suceso, reaccionen de manera diferente? ¿Por qué unas personas desarrollan depresión después de un evento traumático y otras no? ¿Qué es lo que hace que una persona supere su depresión y otra no? Estas preguntas me han fascinado desde antes de empezar a estudiar el grado de psicología y esa curiosidad se ha acentuado gracias a relatos de personas que se han recuperado de eventos traumáticos y cuentan sus historias. Relatos que inspiran y motivan no sólo a las personas que han pasado por un suceso parecido, sino a cualquier persona. Un término relacionado que se explicará a continuación que me ha llamado especialmente la atención es “resiliencia”. En este presente estudio se definirá conceptualmente la depresión y sus características, se detallarán tres factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno psicológico: el ejercicio, la influencia de tres neurotransmisores y los eventos traumáticos, especialmente las amputaciones de algún miembro del cuerpo. Se explicarán tres factores protectores: el apoyo social, la autoeficacia y la resiliencia. Finalmente se nombrarán dos casos inspiradores de personas que sobrellevaron la depresión ante un evento que les cambió la vida.

Cuerpo de trabajo:

Etimológicamente, el término depresión proviene del latín *depressio* que significa “opresión, encogimiento, abatimiento”. Aunque son conceptos diferentes, el primero en acuñar un término para referirse al estado de ánimo asociado a la misma como melancolía (del griego antiguo μέλαν “ traducido literalmente como melancolía, es decir, “negro” y χολή “chole, es decir, bilis”) fue Hipócrates en el siglo V a. C., pero no sería hasta 1725 cuando Richard Blackmore le otorga el nombre con el que conocemos en la actualidad a esta enfermedad (Blackmore, 1725). En la actualidad, la depresión puede definirse como *“un síndrome caracterizado por un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado”* (CIE-10). Una persona diagnosticada con depresión presenta por lo menos uno de estos dos síntomas: incapacidad generalizada para experimentar placer o de disfrutar de actividades que hasta entonces resultaban placenteras, en otras palabras, anhedonia y/o presentar un estado de ánimo bajo la mayor parte del día.

Otras características que podrían estar presentes y que se pueden agrupar en cuatro categorías son las siguientes: síntomas conductuales, como por ejemplo, la reducción de la conducta proactiva, es decir, de empezar y llevar a cabo actividades por los déficits motivacionales. Esto conlleva a un aumento en conductas de abandono o retirada, es decir, conductas que permitan a la persona que padece depresión evitar el tener que hacer cualquier actividad, como por ejemplo, quedarse en su casa para no ir a hacer deporte, no ver a familiares o amistades, etc. Los síntomas físicos pueden ser la falta de energía, pueden tener problemas relacionados con el sueño, como insomnio y/o problemas alimentarios, como el incremento o la pérdida del apetito. Los síntomas cognitivos están relacionados con pensamientos negativistas de la misma persona, del mundo y del futuro que le espera, una baja autoestima, además de sentimientos de desesperanza, falta de atención y concentración, y sentimientos de pérdida y fracaso. Finalmente, los síntomas afectivos son los mencionados anteriormente, es decir, estado de ánimo bajo, tristeza y desánimo. De esta manera, una persona deprimida puede presentar síntomas distintos de depresión con respecto a otras personas, lo que afectará a su diagnóstico clínico y a su tratamiento (Pérez & García, 2001). La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. Se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más breves pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (CIE-10).

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, y según la Organización Mundial de la Salud afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad. De hecho, algunos autores hablan de la época de la depresión, como fue la época de la histeria en los tiempos de Freud. La prevalencia de este trastorno psicológico

en la población general puede estimarse entre el 8 y el 20% y sólo la mitad o menos recibe atención especializada (Bernardo, 2000). Cabe añadir, que la incidencia es mayor en mujeres que en hombres 2:1, además, la edad en la que se empiezan a manifestar síntomas depresivos es cada vez más temprana, comenzando a darse la mayor incidencia en jóvenes de entre 15 y 19 años, la cual se mantiene igualmente elevada, hasta los 40 años en los hombres y los 50 en las mujeres (dentro de su proporción), si bien se ha observado un despunte para la mujer en edades posteriores (Wu & Anthony, 2000). En cuanto a la depresión infantojuvenil, hasta finales del siglo XX, concretamente en la publicación del DSM-III (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición) en 1983, no había ninguna asociación psiquiátrica que definiera claramente la depresión infantil, ya que muchos autores negaban su existencia hasta entonces. La depresión muy poco frecuentemente se presenta de manera aislada, sino que más bien está relacionada con otros trastornos, como la ansiedad, la ingesta de sustancias, enfermedades orgánicas, entre otras (Ruiz, 1994).

Otros trastornos mentales que presentan una gran comorbilidad con la depresión son los trastornos de ansiedad, y más específicamente el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia y bulimia nerviosa, el abuso de sustancias y el trastorno límite de la personalidad, entre otros. En cuanto a cómo evoluciona este trastorno, hay una tendencia a la cronicidad, especialmente si hay otro trastorno comórbido, una enfermedad o bajo apoyo social. La evolución de los trastornos depresivos presenta una gran variabilidad, con variación considerable en la remisión y la crónica. Una mayor gravedad de los síntomas, comorbilidad psiquiátrica y un historial de trauma infantil predicen un curso menos favorable. En muestras poblacionales, la duración media del episodio varía entre 13 y 30 semanas y aproximadamente 70-90% de los pacientes se recuperan en aproximadamente 1 año. Sin embargo, en los centros de atención ambulatoria, el curso es menos favorable: sólo el 25% remiten dentro de los 6 meses y menos del 50% de los pacientes todavía tienen un trastorno depresivo después de 2 años. Después de la remisión del trastorno, los síntomas residuales y el deterioro funcional a menudo permanecen. Además, la probabilidad de recurrencia es alta, ya que alrededor del 80% de los pacientes en remisión experimentan al menos una recurrencia en su vida. Las recurrencias son más comunes en las personas en las que el episodio precedente fue más severo, en la población más joven y en los individuos que ya han padecido múltiples episodios depresivos mayores (Otte et al., 2016). Además, las tasas de recuperación más pobres, es decir, con peor pronóstico se asocian a la presencia de varios episodios depresivos, que el episodio depresivo actual tenga una mayor duración, mayor gravedad de la sintomatología, que dicha sintomatología sea ansiosa, que las manifestaciones de este episodio incluyan características psicóticas, que hubiera una exposición a situaciones traumáticas durante las primeras etapas de la vida y/o que haya comorbilidad con trastornos de la personalidad.

Los trastornos depresivos son una de las causas de las pérdidas significativas en la calidad de la vida, tanto para las personas que los padecen como para

sus familiares y amistades. Además se relacionan con un aumento de la mortalidad (1,5 más de probabilidad de morir antes de hora, sin tener en cuenta el suicidio), en relación a la población general. De todas las consecuencias potencialmente negativas de padecer un trastorno depresivo la más grave y mejor documentada es el suicidio. El riesgo de suicidio en las personas con depresión es hasta 20 veces mayor que el de la población general. Más del 90% de las víctimas y de las personas que han intentado suicidarse tienen por lo menos un diagnóstico psiquiátrico y los más frecuente es presentar un episodio depresivo mayor (Rihmer, 2007).

En definitiva, la depresión es un concepto muy complejo y abarca una gran cantidad de factores, de entre los cuales se detallarán algunos de los factores de riesgo que pueden acabar provocando depresión y algunos de los factores protectores que pueden impedir que se desarrolle dicho trastorno. Con los avances científicos y los innumerables estudios que se realizan cada año se ha avanzado mucho en el campo de la investigación psicológica. No obstante, aún queda mucho por descubrir. De los factores que pueden intervenir en el desarrollo de un trastorno depresivo se explicará a continuación la importancia del ejercicio, los factores fisiopatológicos, la exposición a eventos traumáticos, el apoyo social, la autoeficacia y finalmente la resiliencia. No obstante, existen muchos otros factores y cada vez hay más estudios que evidencian su importancia en la prevención y en el desarrollo de determinados trastornos psicológicos como son el nivel económico y más específicamente la falta de recursos económicos en la infancia, en alguna etapa de la vida o en la actualidad y/o la falta de interacciones sociales sanas, es decir, tener relaciones saludables con iguales, figuras paternas, etc. Otros factores son el nivel de educación, el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol y las drogas y el abuso de tecnologías como el teléfono móvil o el ordenador, plataformas sociales como el Facebook, Instagram, etc. o la adicción al juego, tanto con apuestas como el abuso a algún juego competitivo, de rol, estratégico, etc.

El primero hace referencia a la actividad motora, concretamente el ejercicio. Ya en el siglo cuarto antes de Cristo, Platón escribió sobre la importancia de hacer ejercicio físico *“la falta de actividad destruye la buena condición de cualquier ser humano, mientras que el movimiento y el ejercicio físico metódico la guardan y la preservan”*. Varios estudios apuntan que la falta de ejercicio es un factor crucial en la aparición de sintomatología depresiva (Weyerer, 1992). El tener un hábito de hacer ejercicio ya desde la infancia resulta importante. Durante la adolescencia se va perfilando un estilo de vida más activo o más sedentario a consecuencia de la influencia ejercida fundamentalmente por los agentes educativos, padres, profesores e iguales (Biddle, 1991). Además, hay un descenso notable en la práctica de actividades físico-deportivas que tiene lugar desde la etapa escolar, especialmente significativa entre los 12 y los 15 años y más acusada en las chicas (Cantera-Garde & Devís, 2000). Estudios transversales han demostrado que niveles altos de ejercicio que se llevan a cabo de manera habitual con una mejor salud mental y una correlación con realizar ejercicio de manera habitual con niveles bajos de depresión en

adolescentes (Morris et al. 1992). Otros estudios han demostrado que los efectos de la actividad física pueden estimular un sistema complejo y desencadenar una serie de acontecimientos, lo cual, por ejemplo, resulta en una mayor resiliencia contra trastornos psicológicos relacionados con el estrés (Cotman & Berchtold 2002). Se puede concluir, pues, que la falta de ejercicio puede actuar como un factor de riesgo para desarrollar trastornos depresivos, especialmente para aquellas personas que tienen un alto riesgo de padecer ciertos trastornos y enfermedades por cuestiones genéticas, por complicaciones prenatales o que han experimentado eventos traumáticos o han padecido alguna enfermedad anteriormente (Ströhle & Holsboer, 2003).

El segundo factor de riesgo es el genético. La influencia genética es más marcada en personas con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena, es decir, es la que se genera dentro del cerebro, sin necesidad de que exista un factor externo y que suele depender, en la mayor parte de los casos, de cambios fisiológicos en el cerebro. El riesgo de morbilidad en parientes de primer grado, es decir, entre padres, hermanos o hijos está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Una de las teorías que más se acepta en la actualidad y que cada vez existen más estudios que la respaldan es la "Hipótesis inflamatoria". Según esta teoría, durante un episodio inflamatorio el cuerpo libera citocinas, que son pequeñas moléculas proteicas de señales celulares. Estos marcadores inflamatorios lanzan cascadas de señalización que provocan la entrada en acción del sistema inmunitario. Las citocinas tipo 1 (interferón- γ , factor- α de necrosis tumoral [TNF- α], interleucina [IL]-1) intensifican las respuestas inmunitarias celulares. Las citocinas tipo 2 (IL-6, IL-10, IL-13) participan en las respuestas de anticuerpos. Estas citocinas también inducen las proteínas de fase aguda, como la proteína C-reactiva (PCR), que puede activar el sistema inmunitario. El aumento significativo de las cifras de marcadores inflamatorios se asocia con una gama de síntomas depresivos, que indican la gravedad de la enfermedad y la respuesta terapéutica. Los marcadores inflamatorios, tales como IL-6, IL-1 β , PCR y TNF- α están aumentados en las enfermedades inflamatorias y en personas por lo demás sanas con trastornos depresivos. En un metanálisis de 24 estudios que medían las citocinas en pacientes deprimidos se halló que los pacientes con trastorno depresivo mayor tenían concentraciones significativamente mayores de TNF- α e IL-6 en relación con los controles. Asimismo, se encontraron marcadores inflamatorios aumentados con mayor frecuencia entre los que no respondían al tratamiento antidepressivo que en los que respondían. En estudios en animales, administrar fármacos inmunomoduladores aumenta el riesgo de sufrir depresión. En los seres humanos, surge un modelo natural con el empleo de la citocina interferón- α (INF- α) para tratar la hepatitis C, la esclerosis múltiple, el melanoma maligno y algunas enfermedades malignas de la sangre. Los pacientes que reciben INF- α tienen mayores tasas de depresión en relación con los que no lo reciben. Los pacientes que reciben tratamiento de inmunoterapia prolongado tienen cambios a largo plazo en las monoaminas neurotransmisoras a lo largo del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal. Estos cambios son iguales a los de las

personas deprimidas. Agentes inmunoterapéuticos, como la vacuna antitifoidea, produjeron síntomas depresivos con cambios cerebrales similares a los de la TDM. Las cifras bajas de IL-6 y PCR pronosticaron independientemente la aparición de la depresión (Almond, 2013).

El último factor de riesgo para desarrollar depresión que se mencionará es la vivencia de eventos traumáticos. Numerosos estudios evidencian que existe un mayor riesgo de padecer depresión y otros trastornos psicológicos si se ha experimentado uno o varios eventos traumáticos, especialmente durante la infancia y adolescencia. Un evento traumático puede ser desde presenciar un accidente automovilístico hasta el abuso repetido, físico, psicológico y/o sexual de uno o ambos progenitores o tutores legales, por ejemplo. Como hay una gran diversidad de causas que pueden provocar un trauma me centraré en uno en concreto, las amputaciones. Éstas pueden ser debidas a un accidente automovilístico o laboral, por una infección o muy frecuentemente debido a la diabetes. La sintomatología ansiosa y depresiva son frecuentes después de una amputación. La prevalencia de los trastornos depresivos oscila entre el 20 y el 35%. Muchas de estas amputaciones conllevan una minusvalía y se estima que uno de cada 6 minusválidos presenta por lo menos una depresión durante toda su vida, y el índice de suicidio se incrementa globalmente hasta 8 veces en comparación con el de la población general (Rojo, 2011). Una minusvalía puede deberse a una enfermedad degenerativa pero también puede deberse como consecuencia de un evento particular, que ocurre en un instante, sin previo aviso, y lo cambia todo. Un ejemplo de este último caso sería un accidente, ya sea laboral como automovilístico o debido a la realización de alguna actividad deportiva. En estos casos la vida de la persona a la que le sucede dicho evento cambia totalmente y debe adaptarse a su nueva vida. Según los estudios realizados globalmente, la mayoría de las personas que han sufrido una amputación superan su trastorno psicológico (normalmente depresión pero también estrés postraumático o ansiedad) en alrededor de un año desde el evento traumático.

En cuanto a los factores protectores, cabe destacar el apoyo social, la autoeficacia y la resiliencia como estilo de afrontamiento. Empezando por el apoyo social, numerosos estudios han demostrado lo esencial que es no sólo para prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos, sino también para superarlos. Este apoyo social se puede definir como el sentimiento de ser apreciado por otras personas y de pertenecer a una red social, lo cual puede tener un efecto positivo en el bienestar y la salud, ya sea directamente o a través de otros procesos psicológicos. El apoyo social puede ser especialmente importante en momentos de estrés, influyendo de modo benéfico tanto en la valoración como en el afrontamiento de las situaciones estresantes (Barra, 2004). Los estudios de Walker y Grenee en 1987 demostraron que el apoyo social de los compañeros disminuye los síntomas psicofisiológicos en adolescentes que han experimentado eventos difíciles de la vida. Por ejemplo, un mayor apoyo social podría asociarse con mayores sentimientos de

autoeficacia y un locus de control más interno (es decir, que el agente causal de los acontecimientos eres tú y no otros), que a su vez podría asociarse con un mejor ajuste psicológico (Kamisky et al., 2006). El apoyo social ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre ellos se puede destacar la forma de afrontar el estrés y la depresión, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones (Barra, 2004). El apoyo social tiene varias funciones, de entre las cuales se destacarán tres: una función emocional, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; una función informativa, que involucra recibir consejo y orientación, y una función instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (Martín, et al., 2003).

La autoeficacia se refiere a las creencias y a la percepción del individuo sobre sus capacidades, con base en lo cual organiza y ejecuta sus actos. La teoría de autoeficacia de Bandura afirma que aquellos individuos con mayor autoeficacia tendrán más probabilidad de iniciar y persistir en una actividad. Las valoraciones adecuadas de la autoeficacia permiten a la persona no solo ejecutar sus actos, sino también establecer relaciones sociales saludables (Bandura, 1997). Varios estudios sugieren que la autoeficacia ejerce una influencia importante en las personas y la han identificado como un predictor y reductor significativo de síntomas depresivos. Cuando las personas con escasa autoeficacia se enfrentan a situaciones difíciles, sus tendencias pesimistas intervienen generando temor, sensaciones de estrés, ansiedad y síntomas depresivos, mientras que las personas que creen poder manejar situaciones difíciles, no se mantienen pensando en estas situaciones de forma pesimista y sienten menos temor. Los patrones de pensamiento negativo, factor relacionado con la depresión, trabajan en sentido contrario al reducir la autoeficacia. Como consecuencia, las personas construyen o interpretan sus circunstancias de forma negativa aun cuando existen interpretaciones positivas, lo cual puede, a su vez, conducir a síntomas depresivos (Serra & Irizarry, 2015). Aunque a veces nos sobrevaloramos y fallamos al realizar algún objetivo o meta que nos proponemos, una tendencia a infravalorar algún aspecto de nosotros mismos, ya sea el aspecto físico o nuestras capacidades, conlleva a una menor autoeficacia y una baja autoestima, entre otras cosas. Se hace la distinción de autoeficacia, que es la creencia y la percepción de las capacidades de uno mismo y resiliencia, un concepto ligado pero distinto.

El término resiliencia de acuerdo con la Real Academia Española de la lengua, deriva del latín *resiliens*, y se define como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos. Diversos autores han redactado sus propias definiciones de este concepto, como la de Grotberg en el 2006, quien la define como *“la capacidad que tiene cada ser humano para hacer frente a la adversidad, superarla y lograr salir fortalecido o transformado”*. Otros autores, como Walsh, en el 2004 la definió como *“la capacidad de una persona para recuperarse de la adversidad, ser fortalecida y poseer mayores recursos”*. Y Luthar la definió en el 2001 como *“un*

proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad". La resiliencia se puede considerar, pues, como una estrategia de afrontamiento. Los problemas o dificultades que surgen en el día a día o en un momento dado de nuestras vidas son enfrentados y superados gracias a que las personas son resilientes, es decir, tienen esa capacidad para superar dichas adversidades y seguir hacia delante con su vida. La educación, las relaciones sociales y el contexto social son determinantes en una persona resiliente. Existen muchas otras definiciones propuestas por otros autores pero parece que todas tienen una serie de cuestiones en común: se reconoce que la resiliencia es una capacidad humana, más o menos universal. En todas las definiciones está presente la idea de estrés, adversidad o contexto negativo, que es enfrentado por el sujeto, resultando en una adaptación positiva. En un estudio en particular se demostró una relación inversa entre la depresión y la resiliencia. Dicho de otra manera, las personas depresivas tenderán a presentar una menor capacidad para generar respuestas resilientes, y las personas más resilientes tenderán a mostrar menor sintomatología depresiva (Saavedra, et al., 2012). Este concepto no es muy conocido globalmente pero aparece con mucha frecuencia en nuestras vidas y se ha popularizado gracias a la literatura y las artes escénicas. Por ejemplo, ya en las películas de Disney que nos ponen de pequeños o que vemos de mayores aparecen personajes resilientes que se enfrentan al antagonista de la película, superan adversidades y triunfan. Además, cada vez son más populares las películas de superación personal basadas en hechos reales, como Soul Surfer, película que hizo que descubriera este fascinante concepto. Y lo mismo ocurre con muchos libros ya que la mayoría de los protagonistas suelen atravesar dificultades diversas y triunfan. Pero no hace falta ser un héroe o heroína que derrota a la bruja malvada para considerarse resiliente, son los obstáculos que superamos a diario y cómo los enfrentamos lo que lo define.

Finalmente, me gustaría mencionar dos casos que me he encontrado al buscar información sobre la sintomatología depresiva en personas con amputaciones. Estos casos son reales y me he encontrado buscando más como fuente de inspiración: Bethany Meilani Hamilton es una surfista, especialmente conocida como superviviente a un ataque de tiburón, en el que perdió el brazo izquierdo a los 13 años y por superar con éxito esa grave lesión, hasta el punto de regresar a la práctica del surf y ganar diversas competiciones. La película mencionada anteriormente, Soul Surfer, está basada en su historia. Otro caso es el de Sophi Herriman, una niña de 11 años que nació sin ambos brazos. Nació en China y fue adoptada por una pareja de estadounidenses, quienes también han adoptado a otros seis niños, también de China, todos con alguna discapacidad. Sus historias son fascinantes pero de entre todos ellos destaca Sophi, quien es capaz de hacer todo lo que es capaz de hacer una persona sin ninguna discapacidad e incluso mejor, como por ejemplo dibujar, coser, cocinar, montar a caballo, bailar, escribir, etc. Y todo con sus pies. A pesar de que no entra en la categoría de superación personal por amputación, su manera de pensar positiva y su determinación por no ser definida por su discapacidad, Sophi es todo un ejemplo que merece ser reconocido.

En definitiva, la depresión es un trastorno psicológico que si bien existe desde hace siglos aún no se comprende en su totalidad. En las últimas décadas se ha avanzado mucho en la investigación genética que puede causar los trastornos depresivos pero aún falta mucho por descubrir. Dicho esto, se sabe que existen una serie de factores que están relacionados con este trastorno y a partir de éstos se pueden generar medidas preventivas que, aunque no aseguren que la depresión no se vaya a desarrollar, sí pueden disminuir tanto su incidencia como su gravedad. A continuación enumeraré una serie de medidas preventivas que en mi opinión podrían resultar beneficiosas. Empezando por la actividad física, ésta es obligatoria hasta la Educación Secundaria Obligatoria en España, tras la cual no se facilita que se realice deporte en instituciones, como la universidad. Si bien hacen campañas publicitarias fomentando una buena alimentación y hacer deporte, se podrían llevar a cabo otras medidas, como el hacer deporte en la universidad, en clases con un profesor o por lo menos garantizar el uso gratuito de las instalaciones deportivas en la universidad. Esto ayudaría a que los estudiantes no interrumpieran los hábitos deportivos generados en las escuelas e institutos. Por otra parte, no todos continúan sus estudios por lo que también se podría garantizar el acceso a determinados gimnasios e instalaciones deportivas a toda la población. Si bien no se puede anticipar un evento traumático, sí se pueden tomar precauciones en los deportes y en la seguridad vial, además de ofrecer apoyo psicológico y social, mediante profesionales sanitarios y grupos de apoyo de personas que hayan pasado o estén pasando por las mismas circunstancias desde el minuto cero. Además, y aunque esto esté cambiando en los últimos años, aún existe el estigma de “ir al loquero”. Es decir, aún existe la creencia de que las personas que van al psicólogo o necesitan ir son “dementes o están enfermos”. Una buena propuesta sería la de ofrecer una sesión con un/a psicólogo/a para poder modificar esos estereotipos, y quizás encontrar la ayuda que no sabías que necesitabas. Tal vez tengas un trauma del pasado que te afecta en tu vida diaria y no eres consciente de hasta qué punto, o tal vez no lo necesites pero te ayude a ver las cosas desde otra perspectiva. Fomentar la resiliencia también sería beneficioso o sin ir tan lejos, enseñar desde la infancia los distintos tipos de afrontamiento ante situaciones adversas que hay y ayudar a desarrollar habilidades sociales para llevarlas a cabo. A menudo nos enseñan a darle vueltas a un mismo problema hasta que encontremos la solución, cuando cambiar tu perspectiva a otra puede ser mucho más beneficioso. Por otra parte, si bien existen grupos de apoyo social, a menudo la persona en cuestión debe buscarlos y la vergüenza al “qué pensarán” los demás juega en su contra o puede que no tenga toda la información necesaria. Promover los grupos de ayuda social, visitando escuelas, hospitales e incluso puestos de trabajo haría que mucha más gente los conociera y que hubiera mucha más participación. Estas son algunas de las propuestas que en mi opinión podrían tener un efecto positivo para concienciar a la población de que los trastornos psicológicos conviven con nosotros, en algunos casos en una etapa de nuestra vida y en otros a lo largo de ésta. De esta manera, se podrían evitar o por lo menos aligerar la severidad de algunos trastornos psicológicos.

Conclusión:

La depresión es un trastorno psicológico complejo y que abarca factores muy diversos, más de los que uno podría pensar. De todo lo que se ha mencionado a lo largo de esta revisión bibliográfica me gustaría resaltar una serie de puntos que me han llamado la atención en especial.

Primero de todo, se ha resuelto parcialmente las preguntas de ¿qué es lo que hace que dos personas, en las mismas circunstancias y ante un mismo suceso, reaccionen de manera diferente? ¿Por qué unas personas desarrollan depresión después de un evento traumático y otras no? ¿Qué es lo que hace que una persona supere su depresión y otra no? Una de las respuestas o por lo menos uno de los factores que afectan es cómo afrontas la situación, si lo ves como un reto que eres capaz de superar o como un evento que te cambiará la vida y del que no te podrás recuperar, haciendo referencia a los conceptos de resiliencia y autoeficacia.

Por otra parte, fascina la idea de que existen factores vitales para tu bienestar, como es el hacer ejercicio. No sólo es sano para tener más energía, estamina y un mejor funcionamiento de tu cuerpo a nivel cardiovascular, sino que además se ha demostrado que es un gran protector ante trastornos psicológicos, como es el caso de la depresión.

Finalmente, existen múltiples limitaciones que se plantean ante el estudio de la depresión, como es el ético. Por ejemplo, no se puede crear un entorno sin estimulación social o carente de actividades físicas para demostrar su implicación en el desarrollo de trastornos psicológicos, ni se pueden modificar los niveles ciertos neurotransmisores, como la serotonina, para intentar “crear” depresión”.

Annexos:

A continuación se mostrarán tres gráficos extraídos de un estudio sobre la depresión reciente que ayudarán a visualizar más claramente la prevalencia de los trastornos depresivos, los porcentajes aproximados de recuperación y factores que pueden estar interviniendo en la no recuperación de este trastorno (Bobes, et al. 2019).

Figura 1. Prevalencia medida en porcentaje de los resultados del test de Beck (depresión).

En esta gráfica aparece reflejado en gris y con un porcentaje del 49% la existencia de altibajos normales, es decir, que durante la vida de las personas es normal experimentar etapas de mayor felicidad y bienestar tanto psicológico como social y laboral, junto con etapas de menor bienestar. Como se ha comentado anteriormente, se pueden tener episodios de estrés y depresión sin que la sintomatología sea suficiente para diagnosticar el trastorno psicológico. A color se muestran los porcentajes que presentan un trastorno depresivo: el 35,4% de la muestra presentaron una depresión leve, el 10,4% una depresión moderada y un 5,2% una depresión severa.

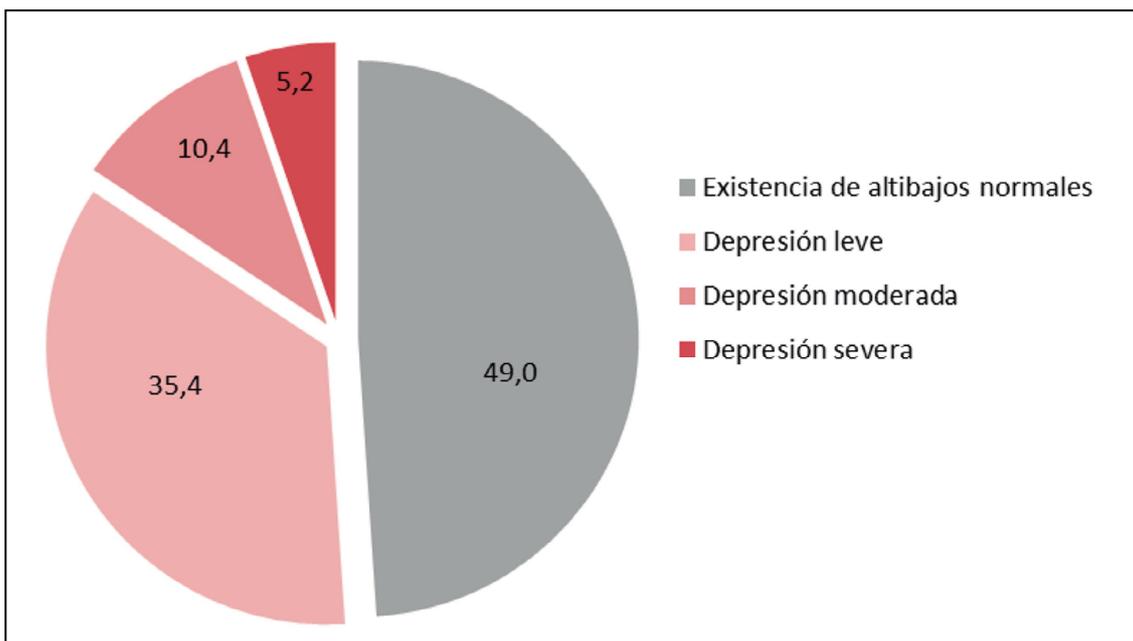


Figura 2. Opinión de los psiquiatras respecto a los porcentajes aproximados de pacientes que alcanzan la recuperación completa tras finalizar el tratamiento antidepresivo.

Los participantes que se utilizaron en este estudio fueron especialistas en psiquiatría que atendían a pacientes diagnosticados de depresión mayor y que trabajaban en las consultas de los servicios de salud mental públicos y privados en toda España. Los resultados mostraron que el 50% de los participantes opinaba que la depresión estaba presente en el 26-50% de los pacientes atendidos en la última semana. Además, el 62% de los participantes consideró que los síntomas residuales estaban presentes en el 26-50% de los casos. Los síntomas residuales mencionados con mayor frecuencia fueron dificultades de concentración, astenia/fatiga y anhedonia. Solamente un 7,8% de los participantes señalaba el ánimo triste como síntoma residual. Según un 60% de los encuestados, entre el 21% y el 40% de sus pacientes con

depresión evoluciona hacia la cronicidad. Asimismo, un 45% de los participantes consideraba que menos del 50% de los pacientes logran la recuperación completa.

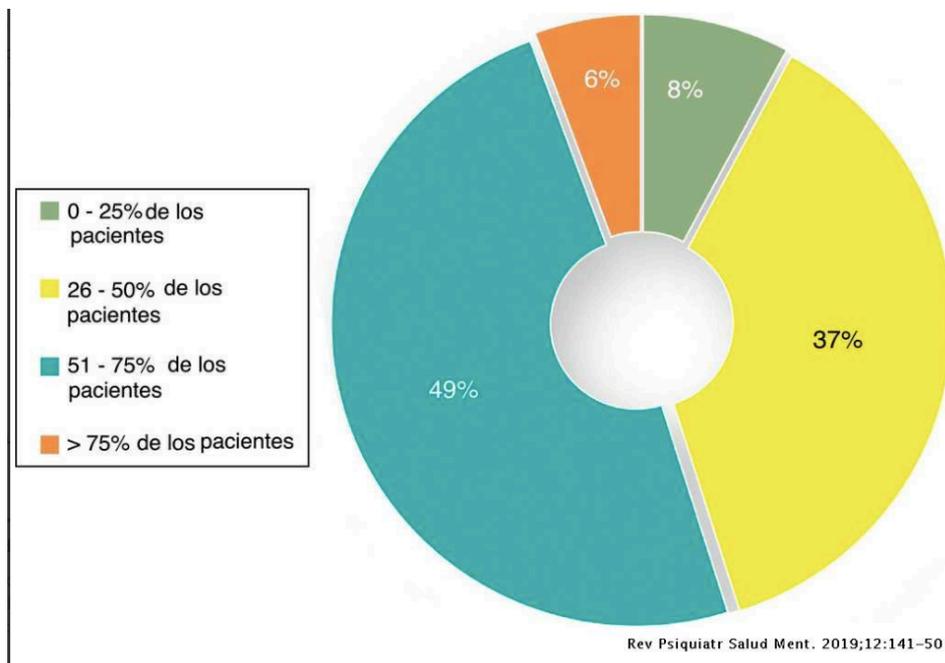
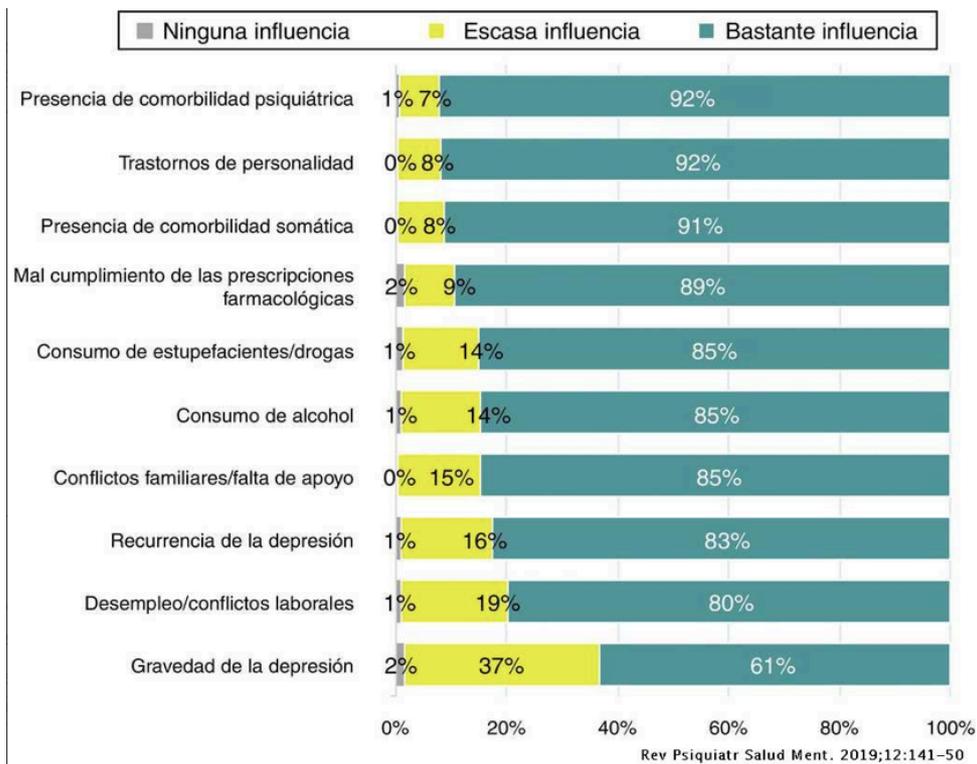


Figura 3. Contribución de los diferentes factores a que los pacientes no alcancen la recuperación completa. Porcentaje de participantes según la influencia que otorgaban a los distintos factores en la no recuperación completa del paciente.

La mayoría de los participantes consideró que todos los factores mencionados en el cuestionario tenían bastante influencia en no lograr la recuperación completa, en particular la comorbilidad psiquiátrica y somática y los trastornos de la personalidad. Los factores asociados más frecuentemente con un peor pronóstico y las comorbilidades somáticas relacionadas con una peor respuesta se detallan en la tabla que se muestra a continuación. El 91% de los participantes estaba totalmente o bastante de acuerdo en que los síntomas de ansiedad y el insomnio son más frecuentes en los pacientes que presentan síntomas residuales. Según el 72% de los psiquiatras, la mayoría de los pacientes que alcanzan la recuperación completa solían estar tratados con tratamiento farmacológico antidepresivo y psicoterapia reglada o con dos antidepresivos, con diferentes mecanismos de acción.



Bibliografía:

Almond, M., (2013). LA relación entre depresión e inflamación. El rol de las citoquinas. *Current Psychiatry*, 12, 25-32.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (5th ed). DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.

Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.

Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En J. Vallejo & C. Gastó, eds., *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 217-226). Barcelona: Masson.

Biddle, S. (1991). Promoting health-related physical activity in schools. En N. Armstrong y A. Sparkes (Eds.), *Issues in physical education* (pp. 155-169). Londres: Cassell.

Blackmore, R. (1725) *A Treatise of the Spleen and Vapours, Or Hypochondriacal and Hysterical Affections*. 428.

Bobes, J., Saiz, J., & Pérez, V. (2019). Barreras para la recuperación completa en la depresión mayor: estudio transversal multicéntrico en la práctica clínica. Estudio RECORD. *Revista de Psiquiatría y salud mental*, 12 (3), 141-150.

Cantera-Garde, M. A. & Devís, J. (2000). Physical activity levels of secondary school Spanish adolescents. *European Journal of Physical Education*, 5 (1), 28-44.

González, M., & Jiménez, Y. (2019, febrero 25). Resiliencia en estudiantes como herramienta para asegurar la calidad educativa. *Revista Electrónica sobre Educación Media y Superior*, 6(11).

Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.

Kaminsky, L., Robertson, M., & Dewey, D. (2006) Psychological Correlates of Depression in Children with Recurrent Abdominal Pain, *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (9), 956–966.

Lin, S., Liu, J., & Jang, Y. (2014). The role of psychosocial and cultural factors as correlates of depressive symptoms in Chinese-American older adults. *Clinical Gerontologist*, 37(2), 108-119. doi: 10.1080/07317115.2013.868847

Luthar, S. (2001) The construct of resilience: implications for interventions and social policy. *Development and psychopathology*, 7, 697-713.

Martín, J., Sánchez, J., & Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 2, 29-37.

Morris, M., Steinberg, H., Sykes, E. A., & Salmon, P. (1990). Effects of temporary withdrawal from regular running. *Journal of psychosomatic research*, 34(5), 493–500. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(90\)90023-w](https://doi.org/10.1016/0022-3999(90)90023-w)

O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Otte, C., et al. (2016). Mayor depressive disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 2: 1-16.

Pérez, M., & García, J.M. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.

Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinions in Psychiatry*, 20, 17-22.

Rojo, E. (2011) Prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución. *Nuberos Científica*, 1(3), 14-20.

Ruiz, A. (1994) *Qué nos pasa cuando estamos deprimidos*. Santiago de Chile: Inteco.

- Saavedra, E., Castro, A., & Inostroza, A.. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequeño*, 2, 161-184.
- Serra, J., & Irizarry, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: eutoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134.
- Ströhle, A., & Holsboer, F. (2003). Stress responsive neurohormones in depression and anxiety. *Pharmacopsychiatry*, 36 (3), 207–214. <https://doi.org/10.1055/s-2003-45132>
- Weyerer, S. (1992). Physical inactivity and depression in the community. Evidence from the Upper Bavarian Field Study. *International Journal of Sports Medicine*, 13(6), 492-496.
- Walker, L. S., & Greene, J. W. (1987). Negative life events, psychosocial resources, and psychophysiological symptoms in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 29–36.
- Walsh F. (2004) *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Wu, L.T., & Anthony, J. C. (2000). The estimated rate of depressed mood in US adults: recent evidence for a peak in later life. *Journal of Affective Disorders*, 60: 159-171.