

## Editorial

### 73. De los modelos de la mente

HUGO R. MANCUSO

## Originales. Trabajos completos

### 76. Importancia del diagnóstico diferencial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

JOSEFINA RUBIALES

### 87. Habilidades sociales y apoyo social percibido en niños con diagnóstico de cáncer

MARISEL GUTIERREZ DE VÁZQUEZ, VIVIANA N. LEMOS

### 94. Evaluación de la calidad de la amistad en niños argentinos

SANTIAGO ALEJANDRO RESETT, LUCAS MARCELO RODRIGUEZ,  
JOSÉ EDUARDO MORENO

### 104. Predictores de las relaciones interculturales con estudiantes universitarios extranjeros migrantes

ALEJANDRO CASTRO-SOLANO

## Revisión

### 114. Problematicar la depresión

GONZALO ANDRADE VERGARA

## Actualización

### 128. Capital psicológico: una puesta al día

SOLANA SALESSI



**PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA**

Volumen 59 - Nº 2

Buenos Aires - Junio 2013

ISSN: 0001 - 6896

## Nota

### **137.   Hermenéutica e interpretación simbólica del suicidio**

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO, EMMA LAURA RUBIO  
BALLESTEROS

## Informaciones

### **144.   V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología**

# Fundación

## Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro  
Personería Jurídica Nº 4863/66  
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y  
Acción Social con el Nº 1.777

### CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

**Mario Vidal:** Presidente

**Rodrigo Vidal:** Vicepresidente 1º

**Edith Serfaty:** Vicepresidente 2º

**Diana Vidal:** Secretaria

**Luis Meyer:** Tesorero

**Fernando Lolas Stepke:** Director Técnico

**Sede Social:** Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Revisión

## Problematizar la depresión

GONZALO ANDRADE VERGARA

GONZALO ANDRADE VERGARA  
Magister en Psicología Clínica.  
Programa de Depresión del  
Centro de Salud Mental San  
Joaquín de la Pontificia  
Universidad Católica de Chile,  
Becario CONICYT,  
Doctorado en Psicología  
Universidad de Chile,  
Santiago, Chile

CORRESPONDENCIA  
Mg. Gonzalo Andrade Vergara.  
Av. Paseo Bulnes, 180, oficina 20,  
Santiago, 8320000, Chile;  
geandrad@uc.cl

Este artículo presenta y problematiza el estado del arte de las investigaciones científicas en el campo de la depresión, considerando su prevalencia, diagnóstico, y tratamiento. Se propone una concepción alternativa que la sitúa como una experiencia emocional en el encuentro hombre-mundo, y se sugiere un diagnóstico que distingue entre depresión y vivencias depresivas. Esta discusión define el lugar del psicólogo en el tratamiento de la depresión, y sus aplicaciones en la atención primaria de salud.

**Palabras claves:** Prevalencia – Diagnóstico – Atención primaria.

### Problematizing Depression

This paper presents and problematizes the state of the art of scientific research in the field of depression, considering its prevalence, diagnosis, and treatment. An alternative conception is proposed, which places depression as an emotional experience in the man-world encounter. A diagnosis is suggested, that distinguishes between depression and depressive experiences. This discussion defines the place of the psychologist in the treatment of depression, and its applications in primary health care.

**Key words:** Prevalence – Diagnosis – Primary health care.

### Planteamiento del problema

La depresión plantea una paradoja: a pesar de ser uno de los temas más difundidos e investigados en salud mental, no existe claridad sobre qué es, cuáles son sus causas, y cuál es la forma adecuada de tratarla. La depresión se convirtió en un concepto de moda, pero en su aparente apogeo, esta palabra parece no remitir a nada.

Por lo anterior, la presentación de un «estado del arte» de la depresión, implica tomar una posición crítica ante el material expuesto, evidenciando el sometimiento de la comunidad científica ante la dudosa estadística de su prevalencia, la silenciada falibilidad de los antidepresivos, la radicalidad de una experimentación que trabaja a cerebro abierto, y la generación de políticas públicas irreflexivas por parte de los Estados.

El presente artículo tiene un triple propósito:

1) Dar cuenta de los resultados de una revisión sistemática de la literatura científica sobre la depresión, considerando su conceptualización, prevalencia, tratamiento, y líneas futuras de investigación.

2) Exponer las preguntas que surgen al revisar la producción científica precedente: ¿desde qué epistemología se ha concebido la depresión?, ¿cuáles son sus criterios diagnósticos?, ¿cómo se explica su masificación?, ¿cuál es el rol de los fármacos en esta proliferación?

3) Proponer un punto de vista alternativo para conceptualizar la depresión, la manera de tratarla, y su lugar en el contexto de la salud pública.

Se trata de un informe polifónico, en el que cada apartado habla desde lógicas distintas. En los «Antecedentes», se exponen desde un punto de vista pretendidamente «acrítico», los resultados de la revisión de la literatura científica actual.

En el «Análisis», se despliega un punto de

vista crítico sobre la forma en que se concibe la depresión, y los efectos pragmáticos de esa manera de conceptualizarla.

En la «Discusión y conclusiones» se propone una conceptualización alternativa que permite delimitar claramente qué es lo que se entiende por depresión, cuáles son las vías de tratamiento en coherencia con esta mirada, y su aplicación en el contexto de la atención primaria de salud.

Esta estrategia polifónica de presentación aparece como la vía más provocativa para invitar al lector a correr el velo de la crisis del concepto de depresión. Problematicar la depresión en todas sus vetas y líneas de implicación es el principal agente de cambio en la manera de concebirla y tratarla, especialmente en los dispositivos de atención pública en los que impera la repetición irreflexiva de este particular modo de enfermar.

### Antecedentes

#### *Estudios de Prevalencia*

Según la Guía clínica para el tratamiento de personas con depresión [27], la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por, a lo menos, 2 semanas.

Los síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y en la actividad. Los cambios anímicos incluyen tristeza y/o irritabilidad, con una pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas. Los cambios cognitivos se centran en un pensar ineficiente, con gran autocritica. Físicamente las personas deprimidas se tornan menos activas, aunque esto puede ser ocultado por la presencia de ansiedad o agitación [27].

Es esta entidad clínica la que se ha convertido en el motivo de consulta más habitual

para los profesionales de la salud mental. En 2002 la OMS [41], sostenía que más de 150.000.000 de personas padecían depresión alrededor del mundo, y pronosticó que en el año 2020, ocuparía el segundo lugar en la carga global de enfermedades [42]. En el último reporte sobre el estado de la depresión alrededor del mundo, se estima que son cerca de 350.000.000 de personas quienes ya la padecen, y que ocupará el primer lugar en la carga global de enfermedades en 2030 [43].

Estudios recientes [6] muestran que el 15% de la población de países de altos ingresos presentaría depresión a lo largo de su vida. Las mayores prevalencias de episodio depresivo mayor se encontraron en Holanda (18%), Nueva Zelanda (18%), Estados Unidos (20%), y Francia (21%). Los países de ingresos medios y bajos presentaron una prevalencia de 11%. México registró un 8%, Colombia un 14%, en tanto que Brasil con un 18%, es el único país de ese grupo que registra prevalencias similares a los países de altos ingresos.

En Chile, se ha observado una prevalencia de vida de 9.0% para la depresión mayor, y de 8.0% para la distimia. Si se considera la prevalencia de 6 meses, la depresión alcanzó valores de 4.6%, y la distimia de un 3.2% [38]. En tanto, la prevalencia de un mes sería de 5.5% para el episodio depresivo [4].

Considerados como grupo, los trastornos afectivos alcanzan a un 15% de la población chilena a lo largo de la vida, y a 7.9% en los últimos 6 meses. Son significativamente más frecuentes en mujeres que en hombres, y si se considera la prevalencia de 6 meses, se observa un riesgo aumentado a contraerlos según el salario de la persona (401 y 800 dólares americanos mensuales), y el estado civil, presentando una mayor tasa de prevalencia quienes están divorciados, seguidos por quienes permanecen solteros [38].

De esta manera, los trastornos depresivos se

han convertido en uno de los principales problemas de salud de nuestra población [1]. Si se considera la prevalencia, los años vividos con discapacidad y la mortalidad, se estima que la depresión mayor representa un 9.9% de los años vividos con discapacidad (AVISA), situándose en el primer lugar de los trastornos mentales presentes en este indicador [37].

Las cifras anteriores se tornan aún más alarmantes cuando se considera a la población infanto-juvenil, ya que un tercio de ella presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses. Específicamente, el grupo diagnóstico de los trastornos afectivos ocupa el tercer lugar en prevalencia con un 6.1 % [39].

La sintomatología y los cuadros depresivos presentan un marcado aumento luego de los 13 años, lo cual indica que la adolescencia constituye un punto de inflexión respecto de la niñez, particularmente en adolescentes de sexo femenino [8].

Es por ello que al acotar el análisis sólo a la población adolescente, se observa que presentan una mayor probabilidad de presentar cuadros afectivos, y que el sexo, la psicopatología familiar y no vivir con ambos padres son tres factores que se asocian significativamente con la presencia de estos trastornos [39].

#### *Tratamiento y resultados*

A pesar de su prevalencia, la depresión es altamente tratable: la farmacoterapia, ciertas formas de psicoterapia y la terapia electroconvulsiva muestran eficacia antidepresiva y pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes [18].

Existe abundante evidencia de la buena respuesta a los tratamientos convencionales con fármacos antidepresivos, psicoterapia o ambos. Esta eficacia aumenta cuando las atenciones se organizan en torno a programas con equipos multi-profesionales y accio-

nes coordinadas, que incluyen educación del paciente y su familia, así como el control y seguimiento de las indicaciones [1].

Abundantes resultan también los estudios controlados aleatorizados que han demostrado la eficacia de las intervenciones psicológicas, tanto en la reducción de los síntomas como en el aumento del bienestar del paciente [11]. Estos tratamientos psicológicos no sólo son eficaces en los adultos, sino también en los adultos mayores [9], en las mujeres con depresión post- parto [22], y en pacientes con depresión asociada a trastornos médicos como el cáncer o la esclerosis múltiple [10].

Además, la psicoterapia ha demostrado ser eficaz tanto en modalidad individual como grupal, aumentando su efecto al ser combinada con tratamiento farmacológico [17, 31, 14].

No obstante estos resultados, son los tratamientos somáticos los utilizados en primera línea.

Dos de ellos se han erigido como las vías privilegiadas de tratamiento:

1) *La modulación de la neurotransmisión monoaminérgica*: estos medicamentos actúan inhibiendo la recaptación de noradrenalina y/o serotonina, inhibiendo la monoaminoxidasa, o actuando sobre los receptores que modulan la transmisión monoaminérgica. Los moduladores monoaminérgicos incluyen a los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos, Inhibidores de la Mono-Aminoxidasa, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, Inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina, y varios antidepresivos atípicos [18].

2) *Terapia electro-convulsiva*: consiste en la producción de una convulsión generalizada, por medio de una corriente eléctrica generada en el cerebro usando electrodos ubicados en el cuero cabelludo. Si bien ha mostrado tasas de respuesta que pueden llegar desde

50% a 90%, presenta riesgos significativos y efectos secundarios, incluyendo confusión postictal, perturbaciones transitorias de memoria, y complicaciones cardiopulmonares, sin contar que su mecanismo de acción sigue siendo desconocido.

El estudio de eficacia más grande que se ha realizado sobre las «Alternativas de tratamiento en secuencia para aliviar la depresión» [34] investigó los beneficios de los antidepresivos en las condiciones habituales en que se llevan a cabo estos tratamientos, considerando etapas sucesivas de intervención, en más de 4.000 pacientes.

Se encontró que las tasas de remisión de la depresión fueron de 36.8 % en el primer tratamiento, 30.6% en el segundo, 13.7% en el tercero, y 13% en el cuarto. De este modo, la tasa de remisión acumulada es de 67 %. Se informó además que las recaídas son la norma, presentándose tras 6 a 12 meses en un 50% de los pacientes que habían remitido.

Según estos datos un 33% de los pacientes no presentan remisión luego de múltiples intentos de tratamiento. Por lo tanto, a mayor cantidad de tratamientos, se esperan menores tasas de remisión y mayores tasas de recaídas.

#### *Avances en el tratamiento de la depresión*

El aumento de casos que no se curan con los tratamientos habituales ha dado paso a la noción de «Depresión Resistente a Tratamiento», lo cual ha focalizado el interés investigativo en la búsqueda de nuevas vías de cura, sustentadas en los avances en el entendimiento de la neuroquímica, neuroanatomía y bases genéticas de la depresión.

Dos de estas estrategias son las más relevantes en la actualidad:

1) *Intervenciones farmacológicas*: se ha experimentado con la acción de nuevas moléculas que intervienen en procesos diversos a los habituales, tales como la modulación del factor liberador de corticotropina y

los glucocorticoides involucrados en la aparición del estrés, así como en la modulación de los antagonistas de los receptores ionotrópicos de glutamato. Además se han probado nuevas estrategias farmacológicas como la aplicación de Inhibidores de triple recaptación (noradrenalina, serotonina y dopamina), así como el trabajo con antipsicóticos atípicos, los que podrían aumentar el efecto anti-depresivo estándar, incluso en ausencia de síntomas psicóticos durante el episodio depresivo.

*2) Estimulación Focal del cerebro:* los modelos neuroanatómicos de la depresión sugieren que la modulación selectiva de regiones específicas del cerebro puede ser beneficiosa para el tratamiento de la depresión [18]. La estimulación magnética transcranial, la estimulación del nervio vago, y la estimulación cerebral profunda, son las técnicas de intervención que más han llamado la atención de los equipos de trabajo experimental.

La Estimulación magnética transcranial consiste en hacer pasar corriente a través de una bobina electromagnética situada en el cuero cabelludo. Se crea un breve y rápido campo magnético, induciendo una pequeña pero focalizada corriente eléctrica dentro de la corteza subyacente, produciendo la despolarización de las neuronas corticales.

La estimulación del nervio vago es un procedimiento quirúrgico que conecta un estimulador eléctrico al nervio vago izquierdo del paciente. Este estimulador es programado para entregar pulsos eléctricos al nervio en distintas frecuencias y corrientes, con el fin de lograr una mejora anímica.

Por su parte, la estimulación cerebral profunda (DBS), implica la colocación bilateral de electrodos en sitios neuro-anatómicos específicos del cerebro, para ofrecer una estimulación continua a partir de un generador de impulsos implantado subcutáneamente [20].

Los primeros estudios en DBS para casos de

depresión resistente al tratamiento se llevaron a cabo en 2003 [26]. Se han probado 5 lugares específicos del cerebro: 1. La sustancia blanca del área subcallosa del cíngulo (SCCwm), que muestra hiperactividad en pacientes deprimidos, y en estados de tristeza inducidos voluntariamente en personas sanas. 2. La cápsula ventral / ventral estriado, relacionada con elevación del ánimo y disminución de síntomas depresivos en pacientes que fueron intervenidos por trastorno obsesivo-compulsivo. 3. Núcleo accumbens, por su rol en la experiencia del placer, su anticipación, y los sistemas de recompensa. 4. Pedúnculo talámico inferior, por los reportes de su hiperactividad en pacientes deprimidos. 5. La habénula lateral, por el hipermetabolismo detectado en ella, en pacientes con depresión [2].

Si bien los ensayos con DBS aún se encuentran en un período experimental, se han obtenido resultados alentadores para los equipos investigadores. En un estudio de caso único, un paciente sometido a DBS en el pedúnculo talámico inferior, mostró una remisión que coincidió con el inicio de la estimulación [2], pero que no fue consistente en el tiempo. En otra investigación con un solo paciente estimulado en la habénula lateral, se observó una remisión total después de 4 meses de estimulación, la cual se mantuvo después de los 12 meses de seguimiento [35]. En un estudio de Bewernick [5] 5 de 10 pacientes reportaron una respuesta favorable tras 12 meses de haber estimulado el núcleo accumbens. En tanto, en una investigación con 15 pacientes que recibieron DBS en la cápsula ventral / ventral estriado [12] se obtuvieron tasas de respuesta de 40% a los 6 meses, y de 53% en el último seguimiento.

Los mejores resultados se han obtenido por medio de la estimulación del área subcallosa del cíngulo, más bien conocida como área 25 de Brodmann, informándose [20] una tasa del 60% de respuesta y de un 30% de remisión de la enfermedad, en una muestra de 20 pacientes tras 12 meses de estimulación en

esta área. En un seguimiento que fue del rango de los 3 a 6 años de estos pacientes, se reportó una tasa de respuesta media de 64. 3%, lo cual sugiere la mantención de su efecto antidepresivo a largo plazo.

### *Tratamiento en Chile*

Si bien en Chile recién comienzan los trabajos con los avances implicados en las intervenciones cerebrales mencionadas, el tratamiento de la depresión se erige en torno a los psicofármacos, eventualmente acompañados de alguna modalidad psicoterapéutica breve, y la utilización de terapia electro-convulsiva para los casos más graves.

Chile cuenta con una política de salud mental y con una legislación que protege, al menos parcialmente, los derechos de los pacientes de salud mental [37]. En el año 2001, en una decisión pionera para un país de ingresos medio-bajo, el Ministerio de salud implementó el «Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria». Desde el año 2003 ese programa se extiende a todo el país, obteniendo resultados de efectividad similar al reportado por países de mayores ingresos [1].

A partir de Junio de 2006, la depresión ingresa a la lista de enfermedades cubiertas por el AUGE (Acceso Universal Garantías Explícitas), lo que implica la instauración de una Guía clínica propia, definiciones de las garantías, tiempos máximos de espera, calificación de los proveedores, y un techo para co-pagos. El programa de depresión se establece formalmente en una red de 520 consultorios de atención primaria en todo el país, quienes entregan atención a más del 84% de todos los pacientes diagnosticados con depresión [3].

El programa ha crecido regularmente desde su introducción, con más de 200.000 pacientes que reciben el tratamiento cada año desde 2006 [3], atendiendo a más de 590.000 personas entre los años 2006 y

2010 [28] estimándose su cobertura total a 2012 en más de 1 millón de personas, tanto en la red de salud pública como privada [34, 30].

### **Análisis**

Una lectura acrítica del apartado anterior, llevaría al lector a concluir que la humanidad se encuentra frente a una pandemia. Las alarmantes cifras de «infectados» a nivel mundial, la posicionan como una enfermedad somática de fácil «transmisión» que constituye una amenaza global.

Diversos factores alimentan esta falsa noción pandémica: las insolubles confusiones diagnósticas, la primacía de una mirada biologicista, el apoyo de una boyante industria farmacéutica, cambios en los procesos de socialización, el rol de los Estados y sus políticas públicas, entre otros.

A mi entender, la mejor manera de deconstruir el significado predominante del término depresión, consiste en abordarlo desde las distintas aristas que están asociadas a su uso. Abordo este análisis en torno a cuatro problemas centrales:

#### *1. El problema diagnóstico*

La palabra *depresión* agrupa perturbaciones tan diversas entre sí que parecieran no tener nada en común, nominando por igual, desde fugaces momentos de ansiedad hasta estados de profundo sufrimiento psicológico [13]. Los estados depresivos así reunidos, aparecen como vagos y desprovistos de toda especificidad, para los cuales no existe aún una falla biológica a la cual podamos considerar como su etiología [16].

La vaguedad de los estados nominados como *depresión*, sumado el desconocimiento respecto de los límites que configuran esta entidad clínica, han colaborado en su crecimiento indiscriminado. La «efectividad» de los fármacos ha dejado de lado la precisión del diagnóstico clínico, y como consecuencia, la depresión se ha vuelto una entidad tan sub-

diagnosticada como sobre-diagnosticada.

No es requisito para los clínicos saber qué es la depresión para diagnosticarla, pues se asume que los antidepressivos apuntan de manera genérica a todo síntoma anímico. Lo que se suele diagnosticar con el término *depresión*, no es la entidad clínica que se supone involucrada, sino el tratamiento prescrito bajo ese nombre.

Este problema se vuelve evidente especialmente en la salud pública. Diversos estudios han evidenciado que hay dificultades en el reconocimiento de la depresión en la atención primaria [7].

Se ha observado que los médicos identifican correctamente la depresión sólo en un 47.3% de los casos. Por cada 20 pacientes efectivamente deprimidos sólo diagnostican a 10, mientras que los otros 10 se transforman en casos de falsos negativos. Junto a esto, se presenta una alta tasa de falsos positivos, ya que por cada 10 pacientes deprimidos correctamente identificados, hay 15 pacientes no deprimidos, que no obstante han sido diagnosticados como tales [29].

En Chile, el 58% de los doctores admite que su formación no los ha capacitado para realizar un adecuado diagnóstico de depresión, mientras que el 77,8% afirma no tener el conocimiento adecuado para tratarla. El poco tiempo con el que cuentan para contener los problemas emocionales del paciente, su desconocimiento sobre el trastorno, y las dificultades para identificar los síntomas somáticos y vegetativos de la depresión, son las principales barreras que enfrentan para realizar un diagnóstico adecuado [36].

## 2. Predominio de una mirada médico-sintomática

Si a mediados del siglo XX la depresión se concebía ligada al devenir de los afectos y las pasiones íntimas de las personas, hace algunas décadas se ha consolidado como una entidad médica, en la cual lo relevante radica

en lo somático. Los afectos se han «convertido» en trastornos médicos, y por ende, en área de prescripción y tratamiento de la medicina. El desarrollo de enfoques teóricos, investigativos y terapéuticos apoyados netamente en los aspectos biológicos, han reducido la comprensión del fenómeno a los mecanismos neurobiológicos involucrados.

El modelo médico de la depresión ha situado una etiología ligada a los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos, y a fallas en localizaciones específicas del cerebro relacionadas con la respuesta anímica. Por ende, el fármaco o las nuevas intervenciones en la «circuitería» cerebral mediante estímulos eléctricos emergen como el remedio necesario para «reparar» el mal funcionamiento cerebral.

La estimulación cerebral profunda (DBS), es un ejemplo paradigmático de esta confusión conceptual, postulando que la depresión es un desorden cerebral, y que la experiencia de la depresión comienza y termina en esa localización. Se trata de métodos terapéuticos acotados a lo sintomático, que reducen a manifestaciones discretas (síntomas), el cambio global en la experiencia del sujeto que padece la depresión.

Es la primacía de estos tratamientos lo que cambió la conceptualización de la depresión. Lo que psicopatológicamente siempre fue descrito como una enfermedad episódica con recuperaciones *ad integrum*, se concibe luego como una enfermedad crónica, que debe ser acompañada de por vida con fármacos antidepressivos. Ahora se da un paso más: si con la aparición de los antidepressivos, la depresión se convirtió en una enfermedad crónica, con la DBS ha comenzado a concebirse como una enfermedad terminal que se juega su última oportunidad en un quirófano.

## 3. La crisis del fármaco

Tanto en Chile, como en la mayoría de los países industrializados, el tratamiento de la depresión se lleva a cabo por medio de psi-

cofármacos. En el mejor de los casos, son complementados con procesos psicoterapéuticos breves, de orientación cognitivo-conductual, terapia interpersonal, o terapia basada en la evidencia, que intentarán aumentar su eficacia.

Desde los años cincuenta, los antidepresivos han tenido un auge explosivo, lo cual ha favorecido la diseminación del diagnóstico de depresión. El mercado mundial de los medicamentos representa una cifra económica de al menos un millón de millones de dólares al año. Una docena de empresas (Bayer, GlaxoSmithKline, Merck, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi-Aventis) se llevan la mitad de este fondo, obteniendo un alto rédito financiero [33].

Tal ha sido su impacto, que en el caso de la depresión se ha invertido la habitual lógica científica. Se ha descubierto primero el remedio, y luego se ha conceptualizado a la enfermedad, como aquellos síntomas que ceden ante el fármaco. Si bien revolucionaron la práctica de la psiquiatría, desmantelaron las categorías clínicas clásicas que apuntaban a la observación del fenómeno psicopatológico subyacente, y no a los meros síntomas [32].

No obstante ser la estrategia de primera línea, han comenzado a mostrar sus limitaciones. Según estimaciones conservadoras, entre un 10% y un 30 % de los pacientes deprimidos no presenta respuesta de alivio, ni logra remitir la depresión tras recibir un adecuado tratamiento farmacológico [19]. Para ellos, la combinación de múltiples medicamentos con terapia electro-convulsiva aparece como el horizonte de tratamiento sugerido.

Para quienes siguen deprimidos a pesar de esta intervención agresiva, se necesitan nuevas estrategias de tratamiento [25]. En este contexto, un 33% de los pacientes que reciben antidepresivos no remitirán sus síntomas de manera definitiva, y presentarán cada vez más recaídas a lo largo del tiempo [34].

Si hasta hace diez años se podía ocultar el desconocimiento respecto de la etiología de la depresión, afirmando que la depresión es lo que curan los antidepresivos [16], hoy se presenta un escenario impensado: las personas que padecen depresión «se resisten» a curarse mediante el método farmacológico habitual.

La aparición de nuevas vías de cura, de las cuales la DBS se encuentra a la vanguardia, obliga a preguntarse si éste es el punto de inicio de una nueva era de intervenciones radicales que apuntan directamente a la neuro-modulación, o si la DBS representa el punto cúlmine de un modo errado de entender la depresión que redunde en estrategias de tratamiento localizadas cerebralmente.

#### *4. Salud pública en Chile*

En 2012, el Día Mundial de la Salud Mental se consagró a la depresión, calificándola como una «Crisis Global» [43]. Este discurso institucional liga la depresión a severos efectos económicos, convirtiéndola en un problema relevante para los países: la depresión genera una fuerte carga económica, produce altas tasas de invalidez, ausentismo laboral, pérdidas de la fuerza de trabajo y producción, gastos invaluable para los sistemas de salud, perpetuación del círculo de la pobreza, y consecuencias económicas perjudiciales tanto para el paciente, su familia y todo su entorno cercano [43].

Chile se erige como un país «modelo» en lo que respecta a políticas públicas en salud mental dentro de los países con ingresos de bajos a medios. La inclusión de la depresión como una de las patologías cubiertas por el GES, ha dado una respuesta concreta a la demanda de atención de la población y ha cumplido con el objetivo básico de cobertura y prestación de servicios. Esto ha llevado a algunos investigadores a postular una verdadera «revolución en salud mental» en Chile [3].

No obstante, el esfuerzo puesto en el logro de la cobertura ha postergado el análisis de sus resultados. No existen estudios que eva-

lúen la calidad de las atenciones prestadas, ni la satisfacción de los usuarios del GES depresión. Más aún, no hay claridad respecto de lo que los diversos equipos tratantes llevan a cabo como intervenciones. Si bien el Ministerio de Salud ha desarrollado una Guía Clínica que sirve de referencia, no se sabe qué tratamiento reciben efectivamente los pacientes y cuáles son sus efectos terapéuticos.

La depresión está definida desde un enfoque biomédico que la concibe según los criterios de una enfermedad somática. Se protocoliza y uniforma el tratamiento de los pacientes, el cual está estructurado en torno al efecto de los psicofármacos. El médico general es quien maneja el tratamiento, no obstante carecer de la formación necesaria en salud mental, en tanto que el equipo conformado por psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, etc. queda relegado a un papel secundario.

Si bien se prescribe un número de prestaciones mínimas, esto no viene acompañado de los recursos necesarios para realizarlas: la carencia de horas psicológicas, ausencia del tratamiento farmacológico prescrito, y de capacitaciones para médicos generales en el manejo de los fármacos, son la tónica.

En este contexto, el sobre-diagnóstico es la principal amenaza para una prestación de calidad. Por un lado, se entrega la responsabilidad del diagnóstico a profesionales médicos que carecen de capacitación en el tema y por otro, se liga el diagnóstico a la exigencia por parte de los Servicios de Salud, del logro de indicadores que garanticen la entrega de recursos para el siguiente año. Es decir, a mayor diagnóstico de depresión, mayores recursos para el equipo de salud.

Ambos fenómenos distorsionan las cifras de prevalencia de depresión a nivel nacional, favoreciendo la destinación de recursos al programa de depresión. Esto quita a otras patologías la posibilidad de un tratamiento específico, y sobrecarga al programa de

depresión de pacientes que nunca debieran haber ingresado a esa unidad.

A pesar de los esfuerzos de cobertura, la política pública en salud mental presenta una enorme brecha de atención. Solamente el 46.9% de quienes presentan un trastorno prevalente reciben algún tipo de atención de salud en los últimos seis meses, mientras que sólo el 38.5% recibe atención de salud mental, ya sea de parte de un especialista o generalista [37]. Por su parte, la mayoría de la población infanto-juvenil con un diagnóstico no recibe atención de ningún tipo, lo cual instala una brecha asistencial de 66.6% para cualquier tipo de trastorno, cifras que llegan al 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal [39].

## Conclusiones

Es momento de plantear una alternativa conceptual que permita la aparición de nuevos abordajes clínicos. Esta propuesta presenta al menos cuatro ejes centrales, en vista a promover un cambio en la manera de comprender la depresión: 1) el requisito de problematizar constantemente la realidad nominada como depresión, 2) la posibilidad de concebirla como una experiencia emocional en el encuentro del sujeto con el mundo, 3) la delimitación clara de sus contornos en tanto entidad clínica, y 4) las aplicaciones concretas de esta perspectiva al manejo de la depresión en la atención primaria de salud.

### 1. Una realidad problematizada

La depresión nombra de manera vaga una amplia diversidad de estados del ánimo, propiciando abordajes terapéuticos inespecíficos. Estos abordajes, por lo general, han sido propuestos desde un modelo médico, que reduce el fenómeno depresivo a sus síntomas evidentes y cuya terapéutica está centrada en la reducción sintomática.

Es esta mirada la que predomina en la formulación e implementación de diversas políticas públicas, las cuales no han sido evaluadas ni problematizadas, corriendo el riesgo de per-

petuar el círculo vicioso que la manera predominante de concebir la depresión conlleva. A menor problematización, mayor expansión de la «peste» depresiva.

Apoyado por instituciones internacionales como la OMS, y por los aparatos públicos de los distintos países, el discurso asistencial adopta una retórica antiterrorista [32], declarando a la depresión como enemigo público de la humanidad, capaz de minar la productividad de una nación, y de ser el principal obstáculo para el logro del bien más amado de la actualidad, la felicidad individual.

A pesar de su vaguedad, se ha insistido en su conservación como entidad nosológica, sin mejorar la exactitud de su definición. La prescripción de fármacos se realiza a pesar de desconocerse aún la falla biológica subyacente, ni el lugar exacto donde se causa la disfunción cerebral basal.

El tratamiento se centra en la reducción sintomática, como si en los síntomas se agotara el fenómeno depresivo. Por lo tanto, la depresión es conceptualizada eminentemente como un desorden bioquímico a nivel cerebral, cuyo correlato directo son los síntomas depresivos. Esto anula la incidencia del ámbito de relaciones del sujeto y su entorno, delimitando la acción terapéutica del especialista a la mera prescripción de una pastilla.

El médico se convierte en un expendedor de moléculas [40], que ya no se prescribe a sí mismo, en la propuesta de una relación con el paciente, sino que aparece como un modulador externo de la dinámica cerebral del consultante.

La posición extrema de este fenómeno la ocupan las nuevas líneas de investigación, que ya no dudan en trabajar a cerebro abierto para regular desde el exterior el funcionamiento cerebral, excluyendo del acto terapéutico, la subjetividad del paciente, su historia, y el mundo de interacciones del cual es protagonista en cada uno de sus movimientos.

## *2. Una propuesta desde la biología del emocionar*

En una dirección opuesta, se propone concebir la depresión como una experiencia emocional que determina modos particulares de acción en el encuentro hombre-mundo. El énfasis en la experiencia permite pensar abordajes clínicos alternativos a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos predominantes, dando relevancia al rol del psicólogo y su acción terapéutica.

La depresión es una experiencia del sujeto en el entorno en el cual se desenvuelve. La experiencia ocurre en el espacio de relaciones que se abre en el encuentro del individuo con el medio, interacciones que surgen en determinadas circunstancias históricas, considerando las anteriores interacciones del sujeto con su medio. A su vez, la estructura del individuo se modifica con cada interacción, lo cual vuelve a modificar su conducta en el medio, de manera que en cada momento, su estructura es el resultado de su historia de cambios [23].

La depresión es una experiencia del presente, en el aquí y ahora de la dinámica estructural del sujeto. Es una coordinación conductual que surge en el movimiento del individuo en el mundo, y en el encuentro entre éste y el mundo. La depresión no es, por lo tanto, algo que sucede en el cerebro ni en el interior del organismo, sino en la dinámica de coordinaciones conductuales del sujeto en su medio.

Para Humberto Maturana, los seres vivos existen en dos dominios que son disjuntos, el de la fisiología y el de la conducta [23] y entre ambos existe una relación generativa, es decir, el operar de la actividad cerebral hace posible la conducta, sin embargo, el ser humano vive en el ámbito relacional del lenguaje, no en el espacio de los circuitos cerebrales.

Desde este punto de vista, cuando se habla de emoción no es válido reducir la experiencia a los mecanismos fisiológicos que la

generan, sino centrarse en la emoción como un modo de estar en la acción. La emoción es una dinámica relacional que implica una dinámica corporal que la hace posible, sin embargo, las emociones ocurren en la relación, son dominios de conductas relacionales [24].

La depresión es una emoción que especifica el dominio de las acciones posibles para el sujeto. Esta emoción no es azarosa en su expresión, sino que aparece en coordinación con el medio en el cual el sujeto de desenvuelve, y adecuado a la historia de relaciones entre el sujeto y los otros, entre el sujeto y su medio. Es decir, la depresión es una emoción que se da en la relación con los otros, desde ella se gesta, desde ahí se perpetúa, y a partir de esa relación puede pensarse su cambio.

### 3. Delimitación del concepto

A pesar de su actual vacuidad, el término depresión tiene una eficacia social y académica que impide deshacerse de él. Resulta más fructífero mantener el término pero circunscribirlo adecuadamente a aquello que pretende aludir, la presencia de un síndrome depresivo.

Otto Dörr [15] sitúa en el centro de sus indagaciones sobre la depresión la pregunta sobre qué es lo depresivo, cómo se agrupan naturalmente sus síntomas, y cómo éstos se relacionan con un supuesto fenómeno basal.

La propuesta de Dörr es circunscribir la depresión desde la fenomenología, de manera de no confundir los síntomas con el fenómeno. Los síntomas anuncian la presencia de una perturbación, pero no son la perturbación misma. En cambio, el fenómeno es lo que se muestra en sí.

La depresión entonces no es una mera agrupación de síntomas, sino una manera particular de estar en el mundo, un modo de relación al mundo, caracterizada por la presencia de tres fenómenos basales [15]:

a) El compromiso del cuerpo vivido o corporalidad: se observa un cambio de la experien-

cia de la corporalidad que comprende síntomas como el decaimiento, la falta de ánimo y de fuerzas, la pesadez corporal, la ansiedad localizada, la cefalea, la sensación de frío y de vacío, etc.

b) El compromiso de las funciones que nos conectan con el mundo externo: se presenta como un fenómeno de inhibición en las diversas funciones que nos vinculan al mundo, y se expresa en dificultad de concentración, la rumiación de pensamientos, la incapacidad de pensar, la dificultad para decidir cualquier gestión, la dificultad de movimientos, la rigidez corporal, llegando a su expresión máxima en el estupor depresivo.

c) El compromiso de la ritmicidad biológica: se observa una alteración o inversión de todos los ritmos fundamentales y de las apetencias caracterizadas por una determinada ritmicidad. Entre ellas se cuentan síntomas típicos de insomnio, oscilaciones del ánimo a lo largo del día en forma inversa a la oscilación normal, anorexia, constipación, bradicardia, pérdida de libido, etc.

Esta fenomenología del síndrome depresivo habilita para hacer una sola y gran distinción dentro de este campo. Dörr designa a aquellos estados en los que se presentan estos tres complejos, como *depresiones melancólicas*, y a aquellos en los cuales este síndrome se presente de manera incompleta, sin simultaneidad de los tres complejos centrales, como *depresiones no melancólicas*.

Propongo mantener la distinción propuesta por Dörr, pero ajustándola al uso cotidiano del lenguaje, tanto por parte de los clínicos, como por sobre todo, de los pacientes. Es así como es preferible nominar estos estados como *depresión* y *vivencias depresivas*, respectivamente.

Entonces, en la clínica de la depresión se trabaja, al menos, con estas dos entidades: una que corresponde a un síndrome claramente delimitado para la cual se reserva el nombre de *depresión*, y otra que agrupa todo lo

demás y que reclama la dignidad de ser tratada como una depresión sin serlo. A esta última se le denomina *vivencia depresiva*.

La mayoría de los consultantes a un programa de depresión, ya sea en salud pública como privada, no tienen depresión, sin embargo consultan en nombre de esta patología, y son tratados tal como si la tuvieran. La adecuada delimitación del concepto es el punto inicial de un cambio en la conceptualización, diagnóstico y abordaje de la depresión. Su aplicación conlleva calibrar la adecuada prevalencia del fenómeno, y abre direcciones de trabajo diversas para depresión y vivencias depresivas.

#### 4. Aplicaciones en Salud Pública

La política pública en depresión a nivel mundial, ha sido un movimiento que con aparentes buenas intenciones, ha terminado por erigir millones de «víctimas» de una «epidemia incontrolable». En Chile, las altas cifras de atención entregadas por el GES, y el enfoque desde el cual se aborda la depresión, ha generado un efecto análogo.

El primer paso para propiciar un cambio en esta política, implica la problematización del concepto de depresión por parte de los equipos de salud encargados de manejarla en atención primaria. Los profesionales deben desarrollar un punto de vista crítico sobre la depresión, y sus alcances culturales, sociales, económicos y éticos.

El desarrollo de una mirada crítica, debe acompañarse de los recursos para capacitaciones en el manejo clínico de la depresión, considerando la mejor interacción entre los elementos farmacológicos, psicoterapéuticos, y psicosociales. El clínico en depresión debiera poder determinar la atingencia del uso del fármaco, discriminando en cuáles casos cabe su uso y en cuáles no.

Es necesario incluir en este dispositivo de abordaje clínico, las preferencias de tratamiento de los propios pacientes. Muchos tie-

nen diferentes preferencias por psicoterapia o medicación lo que puede impactar en el proceso de tratamiento y sus resultados. Se ha observado que la obtención del tratamiento preferido contribuye a mejorar sus resultados y que pacientes que no reciben su tratamiento de preferencia pueden estar menos motivados en realizarlo y beneficiarse de él [21].

La distinción entre depresión y vivencias depresivas resulta clave para delimitar entidades radicalmente distintas, que derivan en vías de tratamiento específicos para cada una. El giro en su conceptualización, desde una disfunción del funcionamiento cerebral, hacia un modo de estar en el mundo en relación a otros, facilita un análogo cambio en la manera de tratarlas.

Mientras la depresión debiera ser manejada con psicoterapia individual, en complemento con una adecuada indicación farmacológica, las vivencias depresivas debieran ser abordadas por medio de terapias grupales, sin un tratamiento farmacológico obligado por protocolo.

Se contará entonces con dos grupos de pacientes claramente diferenciados: un grupo reducido que presentará una depresión vera que requerirá de la atención de personal especializado. Del otro lado, un segundo grupo constituido por un alto número de pacientes que atraviesan una vivencia depresiva, y que pueden ser atendidos por el equipo de salud primario, por medio de estrategias de intervención grupal.

Mientras en las personas del primer grupo el desafío radica en permitir la aparición del conflicto obturado por el rótulo de la depresión, en las personas del segundo, se trata de la facilitación del encuentro con otros, y el trabajo con la emocionalidad que acompaña esa interacción. El acento estará puesto en la dinámica de interacciones entre el sujeto y los otros significativos de su entorno, lo cual sitúa al especialista tratante dentro de una amplia trama de relaciones en la cual se juega el modo de estar, la emocionalidad del sujeto en el mundo.

El fármaco aparece aquí como un catalizador de un cambio a nivel somático que tiene efectos en la dinámica de relaciones, no obstante, será siempre un suplemento momentáneo al trabajo de fondo, a saber, el cambio en los modos de estar junto a otros, y en la modificación de una historia de interacciones previas.

Como clínico, he dedicado mi carrera profesional al abordaje clínico de la depresión. En tanto investigador, mi interés actual radica en construir un abordaje clínico de las vivencias depre-

sivas en el contexto de la atención primaria.

La delimitación clara de la población consultante que atraviesa por una vivencia depresiva; la búsqueda de un encuentro con otros desde una emocionalidad diversa a la predominante en su modo de estar en el mundo; la preferencia por una modalidad de trabajo grupal; y el adecuado aquilatamiento del elemento farmacológico son algunos de los ejes de una propuesta futura de intervenciones costo-efectivas en el contexto de la salud pública en Chile.

## Referencias

1. Alvarado R & Rojas G. El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Rev Med Chil.* 2011; 139 (05):592-99.
2. Anderson RJ, Frye MA, Abulseoud OA, Lee KH, McGillivray JA, Berk M, et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: Efficacy, safety and mechanisms of action. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(8):1920-33.
3. Araya R, Alvarado R, Minoletti A. Chile: an ongoing mental health revolution. *The Lancet.* 2009; 374(9690):597-98.
4. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry.* 2001;178:228-33.
5. Bewernick BH, Hurlmann R, Matusch A, Kayser S, Grubert C, Hadrysiewicz B, et al. Nucleus Accumbens Deep Brain Stimulation Decreases Ratings of Depression and Anxiety in Treatment-Resistant Depression. *Biol Psychiatry.* 2010; 67(2):110-16.
6. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011; 9:16.
7. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians - A systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(1):25-36.
8. Cova F, Melipillan R, Valdivia M, Bravo E, Valenzuela B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Rev Chil Pediatr.* 2007; 78(2):151-59.
9. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006; 21(12):1139-49.
10. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry.* 2008; 8(1):1-6.
11. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L, Smits N. Characteristics of effective psychological treatments of depression: A meta-regression analysis. *Psychother Res.* 2008; 18(2):225-36.
12. Cusin C, Evans KC, Carpenter LL, Greenberg BD, Malone Jr DA, Eskandar E, et al. Deep Brain Stimulation for Treatment Resistant Depression: The Role of the Ventral Capsule/Ventral Striatum. *Psychiatr Ann.* 2010 40(10):477-84.
13. Chemama R. Depresión: la gran neurosis contemporánea. Buenos Aires: Nueva Visión; 2006.
14. De Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, De Jonghe F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2007; 22(1):1-8.
15. Dörr O. *Psiquiatría Antropológica* (2° ed.). Santiago: Editorial Universitaria; 1995.
16. Ehrenberg A. La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2000.
17. Friedman MA, Detweiler-Bedell JB, Leventhal HE, Home R, Keitner GI, Miller IW. Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for the Treatment of Major Depressive Disorder. *Clin Psychol Sci Pract.* 2004; 11:47-68.

18. Holtzheimer P, Nemeroff C. Advances in the treatment of depression. *Neurotherapeutics*. 2006; 3(1):42-56.
19. Holtzheimer PE, Mayberg HS. Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant Depression. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(12):1437-44.
20. Kennedy SH, Giacobbe P, Rizvi SJ, Placenza FM, Nishikawa Y, Mayberg HS, et al. (2011). Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant Depression: Follow-Up After 3 to 6 Years. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(5):502-10.
21. Lin P, Campbell D, Chaney E, Liu C-F, Heagerty P, Felker B, et al. The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Ann Behav Med*. 2005; 30(2):164-73.
22. Lumley J, Austin MP, Mitchell C. Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004; 20(2):128-44.
23. Maturana H. La realidad: ¿objetiva o construida? Vol. II. Fundamentos Biológicos del conocimiento. México: Anthropos; 1996.
24. Maturana H, Bloch S. Biología del emocionar y alba emoting: respiración y emoción bailando juntos. Santiago: Dolmen Ediciones; 1996.
25. Mayberg HS. Targeted electrode-based modulation of neural circuits for depression. *J Clin Invest*. 2009; 119(4):717-25.
26. Mayberg H, Holtzheimer P, Franco A, Kelley M, Gross R. Deep brain stimulation for depression: present and future. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21:S183-S184.
27. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica tratamiento de personas con depresión. Santiago: Minsal; 2009.
28. Ministerio de Salud de Chile (2010). La salud mental en Chile [Internet]. Chile: Minsal; 2010. [citado 2 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://psicologia.udd.cl/files/2010/06/Situacion-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal.pdf>
29. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*. 2009; 374 (9690):609-19.
30. Ochoa J. Más de un millón de chilenos con depresión se han atendido por Auge. *El Mercurio* [Internet]. 2012, Julio 12). (Citado 20 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.edicionesespeciales.elmercurio.com/hoy/detalle/index.asp?idnoticia=201207121045765&idcuerpo=1051>
31. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression - A systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(7):714-19.
32. Pujó M. Furor antidepresivo. En: Pujó M. editor. *Psicoanálisis y el hospital: depresión y psicopatología de masas*. Buenos Aires: Ediciones del Seminario; 2009. pp.13-24.
33. Ramonet I. Un informe inquietante de la Comisión Europea. *Mafias Farmacéuticas*. *Le Monde Diplomatique*. 2009, septiembre, 123, 25.
34. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al.. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR\*D Report. *The American Journal of Psychiatry*. 2006, 163(11):1905-17.
35. Sartorius A, Kiening KL, Kirsch P, von Gall CC, Haberkorn U, Unterberg AW, et al. Remission of Major Depression Under Deep Brain Stimulation of the Lateral Habenula in a Therapy-Refractory Patient. *Biological Psychiatry*. 2010; 67(2): e9-e11.
36. Vicente B, Kohn R, Levav I, Espejo F, Saldivia S, Sartorius N. Training primary care physicians in Chile in the diagnosis and treatment of depression. *J Affect Disord*. 2007; 98:121-27.
37. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P. Burden of phychiatric diseases in Chile. *Rev Med Chil*. 2007; 135(12):1591-99.
38. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Rev Med Chil*. 2002; 130(5):527-36.
39. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chil*. 2012; 140(4):447-57.
40. Vascheto E. *Depresiones y psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones; 2006.
41. World Health Organization. The world health report: shaping the future. (statistical annex). [Internet]. 2003; [citado 2 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/annex/es/index.html>
42. World Health Organization. Investing in mental health. [Internet]. 2003; [citado 2 de mayo de 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)
43. World Federation for Mental Health. Depression: A global crisis. [Internet]. 2012. [citado 2 de mayo de 2013]. Disponible en <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay%202012%20SMALL%20FILE%20FINAL.pdf>