

Teorías etiopatogénicas y modelos en la depresión [Jiménez, Botto y Fonagy, 2021]. Parte 1: Epistemología, epidemiología, psicopatología e historia de la depresión

Etiopathogenic theories and models in depression [Jiménez, Botto, & Fonagy, 2021]. Part 1: Epistemology, epidemiology, psychopathology and history of depression

Daniel Pallás Serrano

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña de los capítulos 1 a 4 del libro de Juan Pablo Jiménez, Alberto Botto y Peter Fonagy (Eds.) (2021). *Etiopathogenic theories and models in depression*. Springer. 348 pp.

Esta obra se enmarca dentro de una serie de libros fruto de la colaboración entre el Centro ANID, el Instituto Milenio MIDAP y la editorial científica Springer, que buscan aportar conocimientos de vanguardia sobre la depresión, en este caso. Es una obra extensamente documentada y abarca desde el microcosmos de la depresión, lo molecular, hasta el macrocosmos, lo societal. Es un compendio de teorías, enfoques y modelos. Cada capítulo es un artículo de investigación y en esta reseña se ha procurado exponer las ideas de cada uno de los autores y autoras resumidas.

La reseña está dividida, como el libro, en cuatro partes; de las cuales las dos primeras se incluyen en este número y las dos últimas se publicarán en el número 74 de *Aperturas Psicoanalíticas*. La primera parte es un recorrido histórico y conceptual del concepto de depresión. La segunda sintetiza los modelos y las teorías etiológicas más relevantes. La parte tercera estudia la interrelación de la depresión con el desarrollo y lo evolutivo, con la personalidad y con el género desde una perspectiva integrativa. Acaba con una cuarta parte en el que los autores recogen recomendaciones para adecuar el diagnóstico a la problemática individual

Los autores aúnan varias ideas en este trabajo. Por ejemplo, algunos estudios hablan de que la depresión es un trastorno producido por una disfunción genética y a nivel de neurotransmisores (capítulos 7, 8, 9 y 10), mientras que otros la consideran un constructo sociocultural (capítulos 4, 11 y 12). A caballo entre los dos se encuentran las teorías psicoanalíticas y cognitivo-conductuales (capítulos 5 y 6). Y por otro lado se presentan ideas muy interesantes desde perspectivas evolutivas y del desarrollo, así como

desde la perspectiva de género (capítulos 13, 14, 15 y 16). El capítulo 1 es una conceptualización de la depresión desde los nuevos paradigmas psiquiátricos. El capítulo 2 considera que a depresión es parte de un espectro más amplio. Y el capítulo 3 aporta reflexiones en base a datos epidemiológicos.

Capítulo 1. El estudio de la depresión en el marco del nuevo paradigma integrativo de investigación en psiquiatría, por Juan Pablo Jimenez, Alberto Botto y Peter Fonagy

Introducción. Hacia un paradigma de investigación integrador en psiquiatría

Jiménez, Botto y Fonagy encabezan la obra con un breve repaso de la historia de la psiquiatría en el siglo XX y las limitaciones técnicas que impedían entender la enfermedad mental fuera del paradigma anatómico-funcional, dejando de lado cualquier elemento biográfico o relacionado con una parte inconsciente de la mente. Los autores afirman que en nuestro siglo es posible entender los postulados psicoanalíticos desde la neurociencia. Burns (2006) y Dunbay y Shultz (2007) hipotetizaron que la parte social del cerebro es la más relevante en la enfermedad mental. La parte social tan solo se desarrolla en el contexto de las relaciones interpersonales, por lo que (como Freud pensaba) afirman que mente y cerebro son dos caras de la misma moneda.

La psiquiatría imperante del siglo pasado, desde un estricto modelo biomédico, hacía imposible un diálogo constructivo entre los diferentes enfoques. Desde un enfoque contemporáneo es posible abordar la depresión desde un enfoque interdisciplinar, con estudios de base empírica que versan desde modelos genéticos a culturales. Los autores son de la firme idea de que dicha integración repercutirá en favor de la promoción de un tratamiento personalizado y apropiado a cada paciente. El futuro no está exento de retos: lograr que converjan modelos con diferentes niveles de organización, además de relacionarlos con la arquitectura, funcionalidad y conectividad del cerebro. Para evitar el reduccionismo, entender los trastornos depresivos requiere un enfoque multidisciplinar que examine el fenómeno dentro del contexto de un complejo sistema mente/cerebro (Kendler, 2008).

La depresión es una afección altamente prevalente y heterogénea

Hardeveld et al. (2013) afirman que la depresión es una enfermedad recurrente, en muchas ocasiones crónica y además requiere un manejo a largo plazo. Respecto a la prevalencia, en la población general varía del 10% hasta un 25%, es mayor en mujeres que hombres y además (W.H.O., 2008) se estima que alcance el primer puesto del ranking de enfermedades incapacitantes para 2030.

Respecto al diagnóstico (Cepoiu et al., 2008) se ha observado que la depresión no solo está mal diagnosticada, sino también con frecuente sobrediagnosticada pero también infradiagnosticada, dependiendo de la población y de los profesionales a cargo del diagnóstico.

Consideraciones históricas y clínicas sobre la depresión

Los estados afectivos presentan la cualidad obvia de que son experiencias que, en mayor o menor medida, son ya conocidas por el que las sufre. Son en cierta manera experiencias cotidianas. Los autores los comparan con estados psicóticos que están fuera

de nuestro sentir cotidiano. En el caso de los estados afectivos, pese a ser experiencias que todos hemos tenido hasta cierto punto, no es fácil describirlas con claridad.

En este apartado los autores describen diferentes concepciones de la depresión y los estados de ánimo anormales. Recorren desde las concepciones clásicas de Hipócrates y su teoría de los humores hasta Kraepelin, con el que se acuñó el término enfermedad maniaco-depresiva, cuya concepción, si nos basamos en criterios actuales, era muy diferente del actual trastorno bipolar. Dicho trastorno apareció en el DSM-III por vez primera en 1980, y desde entonces ha proliferado la investigación de lo que se denominó espectro afectivo y espectro bipolar. Se ha sugerido que no debería haber una distinción categórica entre ambos trastornos, bipolares y unipolares. De hecho, se piensa que habría cierta fluctuación (en diferente grado) en ambas entidades. Esta perspectiva facilita la comprensión de trastornos como la depresión breve recurrente, el espectro bipolar blando (o soft, cuya existencia crea un puente entre la bipolaridad tipo II y la depresión unipolar, incluye bipolaridades subumbrales que no cumplen criterios) y la ciclotimia. En el caso de la depresión unipolar (Ghaemi et al., 2012) se propone que el trastorno depresivo mayor es en realidad un amplio espectro de trastorno depresivos (de los más crónicos a los más leves). Respecto a la melancolía (la antigua depresión endógena) parece existir suficiente evidencia para considerarla una categoría clínica independiente, pues presenta especificidades psicopatológicas (reactividad al ambiente, anhedonia, alta recurrencia...) y biológicas (hipercortisolemia, bajo apetito, deseo sexual disminuido...). Para más énfasis en esta idea, pacientes melancólicos responden mejor a tratamientos biológicos que al placebo o la psicoterapia.

Los autores aquí tratan de transmitir la idea de que se puede apreciar la heterogeneidad clínica de estos estados cuya manifestación esencial es una alteración recurrente del ánimo.

Temperamentos afectivos

En este apartado nos explican cómo se conceptualiza la relación entre personalidad y depresión. Se ha hecho (Berrios y Porter, 1995) de al menos cuatro formas:

- La personalidad como una predisposición o vulnerabilidad ante la depresión,
- Los cambios de personalidad como consecuencia de cambios de humor debidos a la depresión,
- La personalidad como una manifestación subclínica de la depresión (temperamentos afectivos),
- El modelo patoplástico: cómo influyen las características de personalidad en el modo en que la depresión se manifiesta clínicamente.

La conclusión de los autores es que los manuales diagnósticos no logran captar la complejidad sintomatológica de las experiencias depresivas.

La depresión como una enfermedad común: depresión y salud general

Muchas descripciones parecen llevar a la idea de que la depresión es siempre una enfermedad grave o incluso psicótica. La depresión abarca todo el espectro patológico y de la salud, y puede presentarse en formas leves en ciertos momentos de estrés incluso en

personas presumiblemente sanas. Los días de baja laboral son más recurrentes en personas con depresión menor (que no cumplen criterios del DSM) que aquellas con depresión mayor. Además, los médicos del sistema de salud mental público ven más pacientes con síntomas depresivos que con trastornos depresivos claramente definidos.

Se sabe que casi un tercio de los pacientes con enfermedades físicas crónicas presentan alta comorbilidad con depresión y trastornos de ansiedad. Esto incrementa en casi un 45% el coste en salud de un amplio abanico de enfermedades, incluyendo la enfermedad cardiovascular, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva en todos sus niveles de severidad. Muchos pacientes de atención primaria presentan síntomas inexplicables, como dolor de espalda, dolor de pecho y de cabeza (Nimmuan et al., 2001).

Hay otro factor a tener en cuenta, el gradiente social de la enfermedad mental, pues los índices de depresión, ansiedad y psicosis combinados son mucho mayores en las poblaciones con las rentas más bajas. Varios estudios han mostrado un impacto causal del ambiente y los factores psicosociales en la aparición de la depresión, especialmente en los casos moderados y subclínicos.

El DSM bajo los focos

Entre varias críticas, una de las más contundentes hacia el DSM (y/o a la CIE) es que la investigación psiquiátrica ha basado sus estudios en los criterios que describen. El núcleo central de esta crítica es que estos criterios basados en presentaciones de signos y síntomas, tienen elevada fiabilidad, pero escasa validez. Sin ir más lejos, los criterios DSM-IV (prácticamente similares a los del 5) no cumplen ninguno de los requisitos que requieren los estándares de validez (Maj, 2012). Además, es altamente probable que síndromes heterogéneos agrupados en un solo trastorno escondan diferentes mecanismos patofisiológicos. Tampoco tiene en cuenta los cambios sintomáticos que puedan sufrir los propios pacientes a lo largo del tiempo, ni las diferentes manifestaciones entre distintos pacientes.

Bajo la opinión de los autores, la realidad práctica es que es fácil confundir los criterios con la realidad, convirtiéndose los diagnósticos en entidades ontológicas que existen más allá de su definición.

La heterogeneidad de la depresión

Los sociólogos han puesto de manifiesto que la palabra depresión se ha convertido en una forma de expresar el malestar. Desde el punto de vista clínico, los autores nos recuerdan que la misma palabra puede referirse a varias cosas, con diferentes causas y orígenes, incluso en casos en los que se presenten síntomas parecidos. Puede ser un diagnóstico psiquiátrico en base a criterios DSM/CIE; puede ser una reacción de duelo ante una pérdida; una consecuencia de una forma pesimista de ver la vida (personalidad depresiva) o un estado subyacente que se manifiesta a modo de debilidad, falta de energía, insomnio, dolor de espalda o de cabeza. También podría ser la respuesta o la expresión de una enfermedad médica.

Los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) entran en escena

Los RDoC nacen en el National Institute of Mental Health con la intención de ser un sistema de clasificación para investigación de los trastornos mentales basados en

dimensiones observables del comportamiento y medidas neurobiológicas (Cuthbert e Insel, 2013, p.4). Es un modelo eminentemente biologicista: sus premisas son que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro, que además pueden ser identificadas mediante técnicas neurocientíficas como la neuroimagen, y que además los conocimientos sobre genética y neurociencia aportarán biomarcadores y estos serán importantes signos y síntomas para la gestión clínica.

Los autores consideran que a primera vista es excesivamente reduccionista ya que minimiza la importancia de estructuras subjetivas y los sistemas de representación intrapsíquica como moderadores entre el ambiente y el cerebro. La complejidad del trastorno mental es reducida a un único principio primario.

Tras esta primera impresión de reduccionismo los autores afirman que el RDoC podría ser más sofisticado de lo que aparenta. Es una herramienta con una aproximación transdiagnóstica y multinivel que reconoce causación tanto abajo-arriba, como arriba abajo. Si consideramos los procesos de representación intrapsíquicos como fenotipos intermedios, se ofrece una oportunidad de colaboración entre la neurociencia y las diferentes psiquiatrías, incluyendo al psicoanálisis de mentalidad investigadora. Un abrazo entre las ciencias naturales y la hermenéutica.

La depresión como parte de un sistema complejo

Al nombrar la complejidad, los autores hablan de factores asociados estadísticamente al pronóstico de la depresión: factores biológicos, socioeconómicos, culturales, ambientales y comportamentales. Algunos individuos pueden tener factores de protección o riesgo pertenecientes a los nombrados previamente. Factores de riesgo clínicos, socioeconómicos y culturales harán más complicado el cuidado del paciente pues alteran la carga de trabajo (número y dificultad de las demandas de la vida cotidiana incluyendo el autocuidado) y la capacidad del paciente (recursos y limitaciones que afectan a su capacidad de cumplir las demandas). El concepto complejidad acumulativa intenta explicar cómo se acumulan e interactúan los factores de riesgo y cómo estos influyen las conductas de salud (Shippee et al., 2012).

Jimenez, Botto y Fonagy se preguntan cómo podemos rastrear las causas que llevan a un individuo con vulnerabilidad genética hasta el trastorno depresivo. La fenomenología de la depresión sugiere que el trastorno depresivo mayor (TDM) se asocia a menudo con sentimientos de desorganización del yo de la propia experiencia. La mentalización se haya alterada y reemplazada por el pensamiento concreto (equivalencia psíquica), la actuación (enactment) (pensamiento teleológico), y un pensamiento abstracto no anclado a la realidad (hipermentalización o simulación). Todo esto genera rumiaciones y modos de pensar desadaptativos (los que describió Aaron Beck) que quedan arraigados en el funcionamiento cognitivo. Los autores teorizan que una mentalización distorsionada asociada a psicopatología podría ser la otra cara de la moneda de la complejidad social humana, en concreto se refieren a la habilidad de la imaginación social. Afirman que la imaginación es clave para el entendimiento social, pues tenemos que imaginar lo que el otro podría hacer al colaborar con él. Tener esta capacidad medrada podría generar resultados problemáticos en el proceso de imaginación social y además sería más probable desarrollar un trastorno mental severo, persistente y con más comorbilidad (Fonagy et al., 2019a). Las relaciones reguladas entre la mente de un individuo y la de los demás componentes del grupo dependen en gran medida de un ambiente social que provea el desarrollo de una mentalización suficiente. De esto se

deriva la importancia de poner el énfasis necesario en el rol de la comunidad, las estructuras sociales y los sistemas de mentalización en aras de un tratamiento efectivo.

Desafíos en el estudio de la depresión

El modelo transdiagnóstico dinámico interactivo

Tratando de solventar los problemas en el diagnóstico de la depresión que los autores han ido nombrando, Luyten et al. (2005) han desarrollado el modelo transdiagnóstico dinámico interactivo. Es útil para describir sintomatología clínica variada (transdiagnóstico), considera el modelo de diátesis/estrés como fuente de la patología (dinámico) y considera que la enfermedad mental se desarrolla en el contexto de una interrelación permanente entre los genes, eventos adversos tempranos, estresores vitales actuales y dimensiones de personalidad o esquemas cognitivo-afectivos estables en el tiempo (interactivo).

Los creadores de este modelo proponen evaluar la depresión considerando:

- Un detallado análisis de los síntomas y su severidad.
- Un entendimiento de la depresión en un contexto dimensional desde una perspectiva del ciclo vital.
- Factores dinámicos e interactivos (los descritos arriba).
- Tratamientos diferenciados.

De vulnerabilidad a sensibilidad diferencial

El modelo diátesis-estrés ha sido uno de los más considerados en la etiopatogenia del trastorno mental, y afirma que la patología se origina en la interacción con el estrés ambiental de una vulnerabilidad constitucional (diátesis). Belsky y Blues (2009) defienden que más que diátesis (o predisposición orgánica) habría que hablar de una sensibilidad biológica al contexto. Los individuos con este rasgo no solo serían más vulnerables a los efectos negativos del ambiente, sino que también se beneficiarían más de los efectos positivos de un ambiente nutricional o de la falta de adversidades. El modelo afirma que los mismos alelos que se relacionan con predisposición al trastorno mental cuando se dan circunstancias adversas podrían llevar, bajo condiciones ambientales favorables, a una respuesta mejor que la media en el ámbito de la salud mental, reaccionando mejor a los estímulos positivos. En base a esto, Wurzman y Giordano (2012) han expuesto que, desde una perspectiva evolucionista, las variaciones de alelos que hacen a los individuos susceptibles a la plasticidad presentan una ventaja selectiva si las contingencias externas han sido favorables.

El modelo estrés-recompensa-mentalización de la depresión

De acuerdo a este modelo (Luyten y Fonagy, 2018), la depresión, especialmente la infantil y adolescente, sería el resultado de una interacción triple disfuncional de los tres sistemas biocomportamentales básicos. Los autores piensan que este sistema evolucionó de la continua necesidad de adaptarse a un ambiente en perpetuo cambio y la creciente complejidad de las relaciones interpersonales humanas. Estos sistemas son:

- Un sistema que maneja el estrés que sigue a la amenaza (sistema de estrés/amenaza).

- Un sistema con funciones de recompensa asociadas a factores ambientales, incluyendo la formación de relaciones interpersonales madre-hijo, hijo-madre, relaciones con iguales y otras relaciones de apego, así como las experiencias de agencia y autonomía (sistema de recompensa).

- Un sistema de mentalización o cognición social que otorga la capacidad de entenderse a uno mismo y a los otros en lo que se refiere a estados mentales (sentimientos, deseos, ambiciones, actitudes, valores).

Estos sistemas podrían ser desregulados por amenazas tanto internas como externas, pudiendo incluso llegar a impedir alcanzar logros del desarrollo que dependen de la capacidad de los mismos. Esto podría aumentar el riesgo de depresión y trastornos asociados durante transiciones evolutivas. En especial, de la adolescencia a la adultez temprana, las nuevas y cada vez más complejas relaciones y un sentido de agencia y autonomía cada vez más preponderante dependen estrechamente de estos sistemas. Los autores proponen que esta podría ser una de las explicaciones del porqué de la alta prevalencia de la depresión en estas transiciones evolutivas.

Estrés excesivo o inapropiado para la edad en combinación a sensibilidad al estrés podría poner en movimiento un efecto cascada, que se podría originar en cualquiera de los tres sistemas y que podría culminar en un síndrome de recompensa deficitaria en momentos de estrés, capacidades mentalizantes disminuidas, depresión clínica o subclínica que a su vez interferirá con la gestión de tareas normativas del desarrollo y sus desafíos.

Conclusión

Todo lo expuesto deja claro que la depresión es un fenómeno clínico muy heterogéneo y de complejo abordaje. Al hablar de modelos etiopatogénicos, los autores no solo buscan comprender las causas y mecanismos que permiten explicar el origen de los síntomas, sino también las razones, comprender los motivos psíquicos detrás del síntoma. Nombran varios puntos sobre los que reflexionar para el estudio futuro de la depresión.

El primero es la validez del diagnóstico clínico. Los manuales como el DSM no aportan datos sobre la relevancia de la fenomenología clínica, ni tienen en cuenta que los síntomas cambian con el tiempo.

Las diferencias culturales respecto a cómo se entiende, interpreta, comunica y trata la depresión son muy variables.

Criticando el concepto de episodio depresivo por ser demasiado simple. La depresión más que como algo aislado debería entenderse como un trastorno del desarrollo que ocurre en un contexto cultural e interpersonal y que puede ser transmitido intergeneracionalmente.

En contra de la hegemonía de un paradigma de la simplicidad en el estudio científico, Morin (2011) propone el modelo de pensamiento complejo. Este modelo

acepta la incertidumbre y ambigüedad de los fenómenos que ocurren, dándole al fenómeno observado espacio para manifestar su propia complejidad.

Acaban los autores con las tres metas que Kendler (2014) propone para el SXXI. Primero continuar con la investigación en factores de riesgo. Segundo, dejar atrás un modo de investigar meramente descriptivo y llegar a uno que investigue más de un factor de riesgo simultáneamente en más de un nivel de organización. Y tercero, conseguir no una explicación sino un entendimiento global. Los pacientes no solo buscan una explicación de su sufrimiento ajena a sus experiencias, sino una comprensión empática por parte del terapeuta.

Capítulo 2. Psicopatología de la depresión dentro del espectro de los trastornos del estado de ánimo, por Paul A. Vöhringer, Pablo Martínez y José Manuel Arancibia

A lo largo de este capítulo, los autores van a repasar conceptos relevantes sobre el enfoque clínico del espectro depresivo, describiendo conceptos relacionados con el espectro de los trastornos del estado de ánimo como la bipolaridad y el trastorno depresivo mayor.

Problemas nosológicos

Antecedentes

Este apartado consiste en un repaso histórico, en el que los autores exploran cómo se han ido conceptualizando las diferencias entre manía y depresión. Ya en el DSM-III y todavía en el DSM-5 se sigue manteniendo la distinción entre ambos. Teniendo en cuenta el curso, la historia familiar y las diferentes respuestas al tratamiento, actualmente (Ghaemi, 2013a, b) se piensa que existen estas diferencias fundamentales:

1. En cuanto a los síntomas, la depresión aparece en ambos, pero la manía está presente solo en el trastorno bipolar.
2. Teniendo en cuenta la historia familiar, estudios genéticos muestran que si un paciente muestra manía, también aparece en miembros familiares; si el paciente presentara sólo depresión, la manía no aparecería en la familia.
3. El curso de la depresión recurrente de tipo unipolar registra menos episodios, pero más largos, mientras que en la depresión bipolar son más cortos y más frecuentes.
4. La depresión recurrente responde bien a antidepresivos tricíclicos, mientras que la manía recurrente más depresión lo hace al litio.
5. En busca de biomarcadores, se han encontrado alteraciones funcionales de la norepinefrina y posiblemente serotonina en la depresión recurrente. En la manía se encuentran anomalías dopamínicas.

El espectro bipolar/maníaco depresivo

Los autores explican la vuelta al concepto de psicosis maniaco-depresiva de Kraepelin (PMD, o MDI por sus siglas en inglés), derivada de los hallazgos experimentales que apuntan a un espectro del estado de ánimo (en contraste con la postura

del DSM que hemos explicado en el punto anterior). El concepto PMD pone el énfasis en la recurrencia de los episodios, y considera que el hecho clínico es esa misma recurrencia, sin tener en cuenta que el curso sea sólo de episodios depresivos o aparezca con manía. Un curso recurrente de depresiones unipolares o un curso recurrente de depresiones bipolares (parte de un trastorno bipolar) correspondería al mismo trastorno. La razón de este pensamiento kraepeliano es que se observó que rara vez los estados eran puros, sino que aparecían mezclados. Krapelin llegó a identificar seis tipos de combinaciones (Salvatore et al., 2002). Por eso, dicen los autores, un acercamiento a este problema desde la polaridad (una cosa u otra) es insuficiente. Los conceptos de espectro bipolar o espectro maniaco-depresivo integran la visión original de la PMD y la definición actual de las variantes unipolares y bipolares (Ghaemi, 2019). Se intenta dar una visión de que los trastornos del estado de ánimo no funcionan como entidades categoriales, sino como presentaciones clínicas en un concepto dimensional.

Estado de ánimo y actividad psicomotriz

Desde una perspectiva clásica, el estado de ánimo es resultado de tres factores independientes: los sentimientos, pensamientos y la volición. De acuerdo a las ideas de Krapelin, combinaciones de estos tres dominios pueden dar como resultado estados que constituirían la patología anímica. Los autores afirman que esto constituye un conflicto nosológico: los sentimientos no son centrales para el diagnóstico del trastorno del estado de ánimo. Argumentan que hay pacientes deprimidos sin sentimientos de tristeza, con una aguda anhedonia instalada. Asimismo, un paciente maníaco puede estar irritable en vez de eufórico. La conclusión de los autores es que los sentimientos carecen de la suficiente consistencia para el diagnóstico. Ghaemi (2019) propone el concepto de actividad psicomotriz, que engloba los factores de Kraepelin y que presenta más consistencia y es esencial en la psicopatología de estos trastornos. Análogamente a este término encontramos el concepto de activación (Barroilhet y Ghaemi, 2020). Se define como un constructo multinivel que emerge de un cambio fisiológico subyacente, medible en el comportamiento observado objetivo (actividad motora) y la experiencia subjetiva relacionada con dicho comportamiento (energía). La activación aparece íntimamente ligada a la producción del flujo de ideas, al estado del impulso o volición y a la evolución de sentimientos o emociones. Barroilhet y Ghaemi (2020) comparan este concepto con el voltaje: la activación psicomotora dará carga a las muestras subyacentes de afectos, pensamientos y voliciones. Para cada uno de estos factores, la activación psicomotora presenta un continuo que va desde la sobreactivación/excitación a la desactivación/inhibición. La coincidencia en el estado de activación de estos dominios determinará estados puros depresivos y maníacos (un 40% de los episodios), mientras que la activación en alguno de los dominios y la desactivación en otros llevará a estados mixtos (60% de ellos).

Espectro del trastorno depresivo mayor

Depresión neurótica

De manera simplificada, para ayudar al diagnóstico diferencial, se trata de una alteración afectiva a un nivel superficial. Se combinan una mezcla de sintomatología depresiva y ansiosa que no afectan de manera grave a los sentimientos vitales. Este concepto tomado de la filosofía (Scheler et al., 1973) se refiere a los valores y sentimientos que de manera jerárquica guían la vida de los seres humanos.

Hablando en términos del apartado anterior, este tipo de depresión supone un nivel bajo de afectación psicomotriz. Frente a una depresión endógena o melancólica, este tipo de depresión exógena o reactiva implica la alteración de sentimientos psíquicos o mentales y no de los sentimientos vitales.

En la práctica clínica encontramos su génesis en estresores biográficos con alta carga afectiva, complicaciones afectivas de una experiencia traumática, o experiencias crónicas de depresión.

Se ha encontrado una tendencia a la cronificación, y una gravedad clínica baja (Ghaemi et al., 2012), hechos que son clave para el diagnóstico diferencial. Desde un punto de vista conceptual, este autor ha postulado que la depresión neurótica no es un trastorno del espectro maniaco-depresivo, incluso que un subgrupo de este tipo de depresiones neuróticas esté fuera de los trastornos del estado de ánimo.

Suele presentar síntomas ansiosos, muchas veces con mayor prominencia que los depresivos (Ghaemi et al., 2019), así como elevada sensibilidad a los estresores psicosociales. Esto en conjunción con una línea base de personalidad ansioso-depresiva, podría facilitar un empeoramiento de los síntomas que podrían llegar a cumplir criterios de EDM, cuyos síntomas remitirían en tanto el estresor psicosocial desapareciese. De esto se deriva que los pacientes podrían presentar breves pero intensos episodios depresivos mayores atendiendo a criterios DSM. Ghaemi et al., (2012) explican que el problema acuciante a tratar de este tipo de depresión es la línea base depresiva crónica inherente al paciente, no tanto los episodios depresivos.

Nomenclativamente, el término depresión neurótica no se encuentra en el DSM actual. Los autores dicen que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la distimia son las entidades nosológicas del DSM que podrían referirse a los síntomas de este tipo de depresión. Según los autores estos dos diagnósticos son engañosos porque muchas veces en su definición se entrelazan y confunden. Ghaemi (2008) propuso unos criterios diagnósticos de la depresión neurótica crónica basándose en el trabajo de Martin Roth, que no exponemos aquí por falta de espacio.

Respecto a su tratamiento, los antidepresivos parecen ser menos efectivos en comparación al placebo (Ghaemi et al., 2012). El ensayo STAR*D mostró también menor respuesta a los antidepresivos en trastornos depresivos mayores con ansiedad que en los que no cursaban con ansiedad. En conclusión, el uso de antidepresivos a largo plazo no tiene apoyo en este tipo de depresión.

Depresión melancólica

Se trata de una forma severa de depresión en la que predomina la inhibición psicomotora, intensa anhedonia, normalmente sin ansiedad. Aparece una marcada desesperanza, impotencia, frustración, culpa y desolación. Un aspecto que se torna fundamental en este tipo de depresión es la carencia de reactividad emocional, por lo que eventos negativos no supondrán la aparición de más ansiedad, tristeza o irritabilidad. Tampoco los eventos positivos brindarán bienestar subjetivo, ni ningún otro tipo de mejora. Barroilhet y Ghaemi (2020) encontraron mediante análisis factorial dos grupos de depresión en la literatura disponible: una caracterizada por la hiperreactividad y otra por la hiporreactividad. En esta última se encuentra la depresión melancólica: marcado retardo psicomotor, inhibición del pensamiento, de la actividad motora, de la motivación

y los intereses. En términos afectivos, se estrecha el rango emocional (se sienten menos tipos de emociones) y desaparece la reactividad emocional.

Esta depresión suele ser de carácter episódico. Más frecuente en el trastorno bipolar. Es un estado clínico grave con alto riesgo de suicidio y los episodios son de evolución lenta, pudiendo durar hasta doce meses. El tratamiento debería procurarse cuanto antes: antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la MAO. Los ISRS suelen ser menos efectivos. Se puede considerar el tratamiento electroconvulsivo. El curso tiende a ser recurrente (Ghaemi et al., 2012).

Depresión mixta

Las características principales son agitación psicomotora, irritabilidad, y estado de ánimo lábil (Pae et al., 2012). Se puede presentar ansiedad, pero de forma episódica y severa, no como en la depresión neurótica. Presenta el mayor riesgo suicida de todos.

Los autores creen que la escueta definición de manía e hipomanía es un problema a la hora de describir episodios mixtos. En el DSM-5 se añade el especificador con síntomas mixtos para el TDM (tres criterios de episodio maníaco en conjunción con todos los criterios para un episodio depresivo mayor -EDM-). A lo que los autores se refieren como depresión mixta es lo que la evidencia empírica describe como un grupo grande de depresión que se caracteriza por una elevada activación psicomotora (aceleración del pensamiento, notorias muestras de ira o irritabilidad e impulsividad) junto a los síntomas depresivos. Angst (2011) y Ghaemi (2019) muestran evidencia de que el 50% de pacientes diagnosticados con EDM presentan entre uno y tres síntomas maníacos.

Koukopoulos et al. (2007) creen que el problema fundamental en los estados mixtos es la naturaleza excitatoria del proceso causal del sufrimiento psíquico, la ansiedad, la ideación suicida, la anhedonia, el impedimento funcional y otros síntomas asociados al proceso depresivo. Piensa este autor que una proporción significativa de la depresión es resultado de un estado maníaco (Ghaemi y Vohringer, 2017). La idea que quieren transmitir los autores es que la naturaleza de los síntomas distintivos es excitatoria, no depresiva, y se observa la ausencia de inhibición. Con la finalidad de distinguir entre depresión ansiosa y mixta ante la ausencia de excitación motora, Koukopoulos propone como criterios para la depresión mixta, en combinación de un EDM, al menos tres de los siguientes: A. Exceso y aceleración de las ideas y el pensamiento, B. Irritabilidad o sentimientos de rabia sin provocación, C. Ausencia de retardo psicomotor, D. Exceso de habla, E. Descripciones dramáticas de sufrimiento o frecuentes intervalos de llanto, F. Labilidad emocional y notoria reactividad emocional y G. Insomnio temprano.

Esta depresión es episódica y más común dentro del trastorno bipolar (pero sigue siendo frecuente en casos de TDM).

Es importante detectar la naturaleza mixta de una depresión pues tiene importantes implicaciones para el tratamiento. El uso de antidepresivos podría ser ineficaz (Angst, 2011) o incluso empeorar el cuadro clínico como hacen en la manía (Goldbert et al., 2007). Sani et al. (2018) han observado que el 50% de estos pacientes tomaban antidepresivos, y los intentos de suicidios eran 2.5 veces más frecuentes si se usaba este tipo de medicamento. El tratamiento con estabilizadores del ánimo, neurolepticos o terapia electroconvulsiva conducía a una mejor respuesta clínica (Suppes et al., 2014).

Depresión pura o simple

Su característica definitoria es la ausencia de elementos psicopatológicos que podrían suponer uno de los otros tipos de depresión que se han definido. Los pacientes tienden a mantener cierta reactividad emocional e intereses, frente a la melancólica. En contraste con pacientes más debilitados e inhibidos, mantienen también capacidad funcional, pudiendo trabajar o realizar tareas académicas.

Tiende a ser episódica sin la recurrencia o severidad de otras formas de depresión (Ghaemi et al., 2012). Tiende a aparecer en la tercera o cuarta década de la vida, y no tiene mucha influencia genética. A nivel conceptual, estaría en el límite del espectro maniaco-depresivo. Algunos autores piensan que es la verdadera depresión unipolar, en la que los ISRS tendrían un mayor valor terapéutico.

Conclusión final

La conclusión final de los autores es que, aunque la etiqueta de trastorno depresivo mayor puede ser una definición operacional útil, no fomenta una guía de estrategia terapéutica eficaz, como se muestra en estudios de toma de antidepresivos de larga duración como el ensayo STAR*D. Es más (Ghaemi et al., 2012), ninguna clase de medicamento puede presentar alta eficacia en un grupo clínico tan heterogéneo como el del trastorno depresivo. La mayoría de los antidepresivos no son efectivos, especialmente a largo plazo y en un porcentaje significativo de pacientes puede ser incluso perjudicial.

Capítulo 3. Epidemiología de la depresión: carga de la enfermedad, tendencias y contribuciones desde la epidemiología social y el estudio de sus causas, por Rubén Alvarado y María Soledad Burrone

Carga de la enfermedad debida a la depresión

En este capítulo los autores pretenden esquematizar los aspectos sociales (cómo afecta la depresión, cómo interacciona con los roles sociales, determinantes sociales de la depresión...) que requieren atención en relación a la depresión y que pretende ser una llamada de atención para implementar políticas e iniciativas a nivel nacional. Se aportan múltiples datos demográficos y de prevalencia, que aquí se tratará de resumir. Por motivos de espacio, los menesteres metodológicos y apuntes específicos no se incluyen aquí, pero están detallados en el texto original.

Prevalencia de los trastornos depresivos en la población general

La siguiente información está basada en datos provenientes de entrevistas estandarizadas en diez países diferentes.

Los datos muestran diferencias significativas del ratio de prevalencia a doce meses del TDM: los valores más elevados fueron de Nueva Zelanda (5.8%), Canadá (5.2%) y Alemania occidental (5.0%), datos que contrastan a simple vista con Taiwán (0.8%) y Corea (2.3%). Respecto a los datos de prevalencia vital, se encontraron datos parecidos: países como Líbano, Francia, Italia, Nueva Zelanda, Canadá, y la Alemania occidental presentaban valores más altos frente a Taiwán y Corea.

En cuanto a sí estas diferencias son errores metodológicos o instrumentales, o por otra parte se deben a la esfera de lo macrosocial, económico o cultural, se sigue investigando.

En relación a la edad del primer EDM, varía de 24.8 años (Canadá) a 34.8 (Italia), con una mediana de 29.3 años.

Sintomáticamente, el 60% de los casos presentó, en todos los países, insomnio y energía disminuida. Seguido por ideas de muerte y suicidio (siete de diez países), problemas de concentración (en seis), y sentimientos de culpa e inutilidad (en cinco de ellos). Esto podría indicar que estos síntomas no difieren con la cultura, mientras que otros sí.

Personas que han sufrido un TDM tienen más riesgo de comorbilidad con: abuso/dependencia del alcohol, abuso/dependencia de drogas, trastorno de pánico, y trastorno obsesivo-compulsivo.

Recientemente la OMS desarrolló el World Mental Health Survey Initiative, con la intención de generar datos válidos y certeros del TDM, perfeccionando su instrumento de medida (EDIC 3.0). Los datos de Kessler y Bromet (2013, p.22) muestran los siguientes datos.

La prevalencia vital del trastorno alcanza sus máximos valores en Francia (21.0%), Estados Unidos (19.2%), y Brasil (18.4%) y los más bajos en la República Popular China (6.5%), Japón (6.6%) y México (8.0%).

La prevalencia a doce meses presenta diferencias menos llamativas: los valores más altos se hallan en Brasil (10.4%), Ucrania (8.4%) y Estados Unidos (8.3%) mientras que los más bajos en Japón (2.2%), Italia (3.0%) y Alemania (3.0%).

Estos datos muestran una mayor prevalencia vital del TDM en países con altos ingresos (14.6%) si lo comparamos con los de medios y bajos ingresos (11.1%), sin diferencias significativas observadas en la prevalencia a doce meses. Sin menospreciar posibles fallos metodológicos, los autores sugieren que estos hallazgos permiten enfocar la búsqueda de explicaciones relacionadas con los estilos de vida y la estructura socioeconómica de los países con mayores ingresos.

Correlatos sociodemográficos de los trastornos depresivos

Las siguientes características sociodemográficas se han vinculado al TDM en estudios epidemiológicos comunitarios, aunque hay que tomar la precaución de interpretar esto teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios han sido realizados en países occidentales.

Sexo. En casi todos los países analizados, las mujeres tenían casi el doble de probabilidades que los hombres de haber sufrido TDM. No se hallaron diferencias en países de altos ingresos con los de bajos y medianos.

Edad. La edad a la que se observa mayor probabilidad de sufrir TDM varía dependiendo del país: en Francia, Alemania, Japón y Estados Unidos es la gente joven (18 a 34 años); en Brasil de 35 a 49; en España de 50 a 64 años. En casi todos ellos por

encima de los 64 años bajaba la prevalencia del EDM. Es fundamental dirigir la atención hacia qué rol juega y qué tipo de estrés experimentan cada grupo de edad en cada país.

Estatus matrimonial. En la mayoría de países, estar separado o divorciado supone un mayor ratio de prevalencia de EDM que los que están casados.

Ingresos. Las personas con rentas altas tienen menos riesgo. En países con altos ingresos se observó un gradiente del riesgo: a menores ingresos, mayor riesgo. Esto no se observó en países con bajos y medianos ingresos.

Nivel educativo. Es el que menos está relacionado como factor de riesgo. Niveles educativos bajos estaban asociados a la presencia de EDM en algunos países de rentas altas y medias-bajas. En China, la asociación encontrada fue inversa: a más nivel educativo, mayor riesgo de presentar EDM.

Incidencia de episodios depresivos en la población general

Ferrari et al., (2013b) realizaron una revisión sistemática y hallaron una incidencia acumulada de 3.4% para mujeres y 2.7% en hombres. La incidencia anual acumulada estaba estimada en 3%.

Estudios de cohortes muestran que personas con EDM han referido quejas de síntomas depresivos subclínicos antes del diagnóstico. Cujpers y Smit (2004) revelaron en un estudio sistemático inicial que los sujetos que presentaban depresión subclínica tenían una incidencia de EDM mayor que aquellos sin síntomas.

La prevalencia de depresión subclínica (Bertha y Balázs, 2013) en muestras comunitarias de adolescentes es muy alta, afectando al 22%. Su riesgo de desarrollar TDM es alto y tendría un impacto negativo en su calidad de vida.

Lo crucial de estos datos es que hacen patente la importancia de identificar grupos de personas con depresión subclínica y desplegar intervenciones destinadas a reducir el riesgo o a prevenir el TDM, siendo imprescindible la prevención y detección a tiempo.

Carga de la enfermedad debida a trastornos depresivos

La carga de enfermedad se mide con un indicador de mortalidad acumulada y morbilidad conocido como AVAD (años de vida ajustados por discapacidad), calculado midiendo los años de vida perdidos debido a una muerte prematura (diferencia entre la esperanza de vida y la muerte) y los periodos por discapacidad (periodo en el que la persona no puede realizar sus actividades normales). Los trastornos depresivos han alcanzado la cima de las listas de causas específicas de AVADs. El TDM es responsable del 12% de todos los años perdidos a causa de discapacidad en el mundo.

Lo que los autores tratan de transmitir aquí es que los trastornos depresivos deberían ser una prioridad acuciante a nivel de salud global pública.

Efectos negativos de la depresión en la vida de las gentes y sus comunidades.

El sufrimiento que la depresión causa en las personas puede tener consecuencias negativas secundarias a las personas que la sufren, a sus familias y a la comunidad.

Enfermedades físicas y mortalidad excesiva

A lo largo del apartado los autores describen cómo interactúa la depresión con diferentes trastornos físicos como la alta presión arterial, la enfermedad coronaria, el accidente cerebrovascular, el cáncer, la demencia o la diabetes mellitus.

Los autores tratan de mostrar la relevancia de esta interacción entre el trastorno mental y el cuerpo, mostrando evidencia basándose en revisiones sistemáticas de estudios de cohorte que muestran contundentemente que los trastornos depresivos podrían ser un factor causal de varias enfermedades crónicas y de accidentes (Shi et al., 2019). De igual modo, la aparición de un trastorno depresivo en el curso de una enfermedad física puede reducir el efecto del tratamiento, deteriorar la evolución clínica del paciente e incrementar el riesgo de muerte. Cuijpers y Smit (2002) descubrieron que pacientes con depresión subclínica también mostraron un exceso de mortalidad.

Dificultades en desempeñar los roles sociales

Kessler y Bromet (2013) realizaron una revisión sobre este tema, en ella se basan los autores. Los síntomas depresivos muchas veces vienen acompañados del deterioro de roles familiares y laborales, también un empobrecimiento de la capacidad de alcanzar logros financieros.

En el ámbito de la pareja, aparece más estrés y conflicto (tanto en hombre como en mujeres). La asociación es bidireccional (la depresión afecta a la pareja, y los problemas de pareja pueden hacer aparecer síntomas depresivos), aunque la insatisfacción en la pareja es un potente predictor de sintomatología depresiva. Conflictos en la pareja son un poderoso predictor de la aparición de un trastorno depresivo en un periodo postparto. También hay asociación entre estos síntomas y la violencia de pareja.

Funcionamiento del rol parental

El malestar depresivo en uno de los cuidadores tiene un impacto negativo en el desarrollo del niño, con afectación a nivel físico, emocional y social.

Entre los problemas puede aparecer infrapeso y problemas del desarrollo. Además podría asociarse a una parentalidad negativa, escasez de cuidados y desapego afectivo, con consecuencias en el crecimiento, aprendizaje y adaptación a la escuela de los niños. Se observa en todos los grupos de edad, pero es más significativa en los más jóvenes. El efecto se ve incrementado cuando la madre es la afectada. Todo esto se puede ver incrementado por la edad de los padres y un contexto de pobreza, con falta de cuidados y apoyo a los padres por parte de los servicios sociales y la comunidad (Wilson y Durbin, 2010).

Funcionamiento del rol profesional y productividad

El TDM reduce la eficacia en el trabajo, aumenta la abstinencia y reduce la productividad. La OMS concluye que la depresión se asocia con el 5.1% de los días en los que se falta al trabajo, siendo la cuarta causa si contamos a las enfermedades físicas y la primera de los trastornos mentales.

Costes de la depresión

El interés que tiene los autores en este punto es hacer notar la relevancia económica que un problema de salud mental puede tener, sobre todo cuando estos gastos varían dependiendo del país, las instituciones y parámetros que maneje el estudio que lo calcula. Stewart et al. (2003) estimaron que personas con TDM perdieron 5.6h semanales comparados con 1.5h de otros trabajadores. Extrapolando a la población, en Estados Unidos se perdieron 44 mil millones de dólares debido a la depresión de los trabajadores.

¿Se ha incrementado el número de casos de depresión a lo largo del tiempo?

Los autores creen que es una pregunta difícil de responder debido a que con el tiempo han cambiado los criterios, las clasificaciones y los instrumentos usados para medir la depresión. Aportan en este apartado datos sobre la evolución de los datos a este respecto y terminan el apartado con las teorías que Frances (2013) y Hidaka (2012) han recopilado explicando el fenómeno. La primera teoría es que el incremento ocurre en el contexto de una sociedad cada vez más estresada y frenética, sujeta a gran presión, y con cada vez menos capital social y mayor soledad. Otra teoría se centra en factores de riesgo como el incremento de la obesidad y sobrepeso, la vida sedentaria y la menor exposición al sol. Otra refiere como posibles factores la contaminación y la polución debido a cambios ambientales. Una cuarta expone que ahora se detecta más la depresión por una mejora del diagnóstico y que por eso hay más casos. La última afirma que la industria farmacéutica usa su influencia para transformar problemas normales en patologías.

Determinantes sociales de la depresión

Historia del concepto. Los determinantes sociales de la salud

Dicen los autores que tradicionalmente el estudio de este tipo de determinantes se ha centrado en la pobreza, pero que cada vez más (Wilkinson, 2002) se han ido añadiendo el impacto de vivir en condiciones desiguales y sin equidad, o si nacer en un estrato social o en otro tiene impacto diferencial en la salud.

El tratamiento de los determinantes sociales en salud mental pasa por una mejora en las políticas y en asuntos sociales más que en medicamentos o psicoterapia. Por eso es importante alzar la voz respecto a estos asuntos, para que los encargados de hacer este tipo de políticas cada vez lo tengan más en cuenta.

¿Qué sabemos sobre los determinantes sociales de la depresión?

La evidencia más reciente y sólida sugiere que efectivamente los determinantes sociales de la salud tienen un impacto rotundo en el riesgo de sufrir trastornos depresivos. Los autores exploran distintos determinantes.

- La pobreza. Compton y Shim (2015) explican que nacer, crecer y vivir en pobreza acarrea mecanismos que aumentan el riesgo de aparición de trastornos depresivos, como la baja calidad del hogar, criminalidad, escasez de comida, peor acceso a la sanidad y educación...

- Desigualdad social. Vivir en una sociedad desigual afecta al total de los miembros de dicha sociedad, pero especialmente se incrementa en personas con bajos ingresos, en mujeres con bajo estatus socioeconómico, adolescentes y adultos mayores. El estigma que implica un trastorno de salud mental también afecta a la depresión (aunque ha sido más estudiado en pacientes esquizofrénicos). La exclusión social se ha encontrado

como mecanismo explicativo que refuerza el ciclo de la pobreza y la depresión (Compton y Shim, 2015).

- **Apoyo social.** Es un poderoso factor protector de la salud general y un factor protector específico de la salud mental (Turner y Brown, 2010). Lo más importante es la percepción subjetiva de sentirse apoyado. Este varía enormemente dependiendo de la posición social y cultural. En países occidentales el apoyo social percibido está determinado por el género y el estatus matrimonial y socioeconómico.

- **Vecindario, hogar y alrededores.** La mayoría de los estudios (Rautio et al., 2018) confirman que las características físicas de donde se vive tienen relación con la salud mental. El factor que determina esto con más fuerza fue las características del hogar (baja calidad, poco aislamiento de la temperatura, fallos en el funcionamiento de recursos básicos), seguido del vecindario, la falta de espacios verdes, el ruido excesivo y la contaminación. Factores de menos peso serían la densidad poblacional, la apariencia estética y la disponibilidad de recursos sociales. Recientemente se ha incluido la habilidad de los vecinos de regular el comportamiento de los otros residentes mediante control social informal ejercido por la red comunitaria.

- **Características del trabajo.** Se ha encontrado relación entre desequilibrios de esfuerzo-recompensa y depresión. Este hallazgo es importante pues apoya la idea de que hay que desarrollar políticas para tratar de solventar las condiciones psicosociales que aumentan el riesgo de los trabajadores.

- **Experiencias tempranas adversas.** La epidemiología social identifica experiencias adversas durante el embarazo y los primeros años de vida como la etapa crucial en la cual experiencias adversas se convierten en potentes predictores de enfermedades físicas y mentales, pudiendo desarrollarse una vulnerabilidad psicosocial.

- **Género y depresión.** Los datos sostienen que las mujeres se deprimen más que los hombres. Tradicionalmente se había abordado esto desde una postura meramente biológica, pero ahora se van añadiendo marcos de trabajo desde cómo se construye la feminidad y la masculinidad, o cualquier otra forma de género específica de una cultura. De este tema se habla in extensis en el capítulo 15, pero los autores de este capítulo concluyen que ser mujer es un factor estructural que afecta a todo el ciclo vital de la persona y que afecta a una multitud de dominios (desigualdad, discriminación, subordinación...).

Capítulo 4. Modismos de la depresión en sociedades individualistas contemporáneas: Estados Unidos y Chile, por Claudio Maino Orrego

Cada país tiene sus costumbres, controversias locales y normas sociales que entran en juego a la hora de vivir la depresión. El deseo del autor es despertar la sensibilidad del lector frente a estos temas, pues bajo su punto de vista las costumbres definen de manera silente cómo se habla y cómo se actúa la depresión

Depresión e individualismo: más allá de las perspectivas científica y política

A la hora de abordar el tema, Maino comienza definiendo los conceptos de causalidad científica y causalidad política. Los que promulgan el reduccionismo científico entienden la depresión como un desequilibrio bioquímico, por lo que la

psiquiatría, en palabras del autor, acaba objetivizando lo psicológico. Por otro lado, los defensores del reduccionismo político, creen que el aumento de la depresión se debe al efecto en la acción individual y los vínculos sociales de una búsqueda del bienestar neoliberal que es destructiva. Kitanaka (2012) opina que muchas veces la psiquiatría oprime en lugar de normalizar, poniendo las causas de los síntomas en el individuo sin tener en cuenta posibles contradicciones sociales que pudiera haber. Tanto en el caso del reduccionismo científico como en el del reduccionismo político (Ehrenberg, 2012) se concibe al individuo como un sujeto enfrentado a su enfermedad, por lo que se devalúa la descripción del individuo con respecto al otro. Es decir, se rechaza la interdependencia social del ser humano.

Analizamos la depresión como sufrimiento individual en virtud de nuestros ideales, valores y normas de autonomía inherentes a las sociedades individualistas (Ehrenberg, 2015). La depresión encarna la obstaculización de la motivación personal, la iniciativa y la capacidad de progresar en la vida individual. La perspectiva social posibilita una descripción de cómo nuestra forma de actuar y sufrir en sociedad como conjunto cambia de manera interdependiente y se impregna de representaciones colectivas de autonomía (como la competitividad, expectativas consumistas y cooperación en el trabajo). Hoy en día la experiencia de la depresión, aunque íntima, extrae su forma de expresión (su lenguaje) de estos valores. Además esto varía entre sociedades, así como su tratamiento. La naturaleza de los afectos (patológicos o no), su expresión, ocurre dentro de una norma social y nos afecta de un modo global, lo que Mauss (1924/1971) explica como un efecto fisiológico que se identifica como una expectativa social. Existe una relación muy cercana entre las categorías, los conceptos, las palabras y la vida emocional de quienes las utilizamos (Wittgenstein, 1953/2004). Esto abre la posibilidad de comparar dentro del lenguaje del que disponemos para hablar de la depresión en cada contexto y en acciones particulares que se llevan a cabo conforme la sociedad cita. En palabras del autor, este análisis desplaza el acento en la causalidad de la depresión con el fin de describir la inquietud que moviliza esta enfermedad en cada sociedad.

La pérdida de la autoconfianza: la *American Way* de la depresión

El autor abre este apartado con la reflexión de que el progreso, si bien nos ha brindado gran confort a las masas, el coste ha sido alto: el incremento de la enfermedad neuropsiquiátrica y la destrucción de la vida en comunidad. Explica el autor cómo la Segunda Guerra Mundial supuso, pese a la tragedia, un gran avance científico. La posibilidad de incrementar la productividad en el trabajo (y el combate) despertó el interés a la hora de estudiar enfermedades emocionales (Berríos y Callahan, 2004). A partir de los 50, los antidepresivos y tranquilizantes se presentaron al pueblo americano como medicamentos de estilo de vida: más allá del valor terapéutico, se esperaba que facilitaran la autorrealización y ayudaran a cumplir las expectativas de rendimiento de una nación moderna (Tone, 2009). Poco tardarían los medios y la OMS en llamar la atención hacia los perjuicios sobre la población y la salud de este estilo de vida de producción de masas sin identidad e individuos sobreadaptados, esclavos de un medicamento o de otro en función de si debían producir o relajarse.

Hasta los 60, los trastornos ansiosos estuvieron en el punto de mira, mas desde los 70 se ha empezado a hablar de patologías de los ideales (de las cuales la depresión se ha convertido en el referente). Estas patologías se asocian a sociedades que han perdido autoridad frente al individualismo.

Con la llegada de la liberación moral y las expectativas de bienestar de la década de los 60, pese a que supuso una liberación de la represión, generó una gramática de la enfermedad diferente: la del individuo que no está preparado para la autonomía (Ehrenberg, 2010a, 2010b). A nivel clínico, afirma Maino, el sentimiento de sentirse insuficiente de la depresión relega el conflicto intrapsíquico y la culpa neurótica al fondo. Es decir, se pasa de una subjetividad reprimida de neurosis de transferencia a una clínica de subjetividad liberada propia de la patología narcisista. En la clínica, no habría que liberar al individuo de sus restricciones y demandas, sino tratar de alejarlo de unos ideales que lo fuerzan a ser él mismo y su versión mejorada. Ya por aquel entonces afirmó Philip Rieff que la psicoterapia ya no era un modo de sanar entre los americanos, sino que se había convertido en una visión del mundo para el hombre psicológico que había sustituido al hombre religioso que rehuía la culpa y buscaba la salvación. Para este autor, esto muestra que el individuo moderno puede usar a la comunidad para optimizarse, sin pagar el precio (de culpa y transgresión) de antaño, individuo moderno que encarna una actitud adaptativa promovida por el incontrolable mercado de tranquilizantes. Lo que el autor trata de decir es que la terapia pasó de ser un modo de aliviar el malestar, a un modo de, como se hizo con los medicamentos, continuar produciendo y mejorar continuamente.

En la década de los 70, Sennet (1974/1979) ya advirtió el peligro que supondría el aumento de la depresión. El hombre narcisista habría llegado, liberado de las cadenas de la autoridad, había convertido su propio self en su más pesada carga. Afirma este autor que conforme se privatiza la psique, va muriendo, haciendo cada vez más difícil para el individuo expresar su sentir. La nueva moralidad individualista no da la posibilidad de disfrutar de la individualidad, solo contribuye a la inseguridad personal que se intenta controlar tratando de que el otro te mire. Aumentaron los síntomas de estrés, una insatisfacción vaga e informe respecto a la propia vida centrada en la autoimagen, se convierte en el síntoma que predomina. En este escenario la sociedad adoptó una cultura de terapia como describía Rieff, que considera al individuo un paciente incapaz de llevar su vida y lo pone en manos de un especialista (Lasch, 1979/1981: 310). Esto supone que el individuo conciba a la comunidad en términos de identidad y pertenencia, en detrimento de efectuar acciones colectivas.

La gran cantidad de patología narcisista de esta década reveló la crisis de la autoconfianza que coincidía, acorde al mito local, con la pérdida de confianza en América. El autor dice, citando a Ehrenberg, que el self del americano es más que un estado mental, es una representación colectiva que une lo individual y lo comunal. La crisis del self es una constante en la historia de América del norte, siempre oscilando entre lo individual y lo comunitario, con tensión entre la realización personal y la igualdad (Ehrenberg, 2010b: 35).

La historia de la depresión en Estados Unidos es parte de la celebración de las crisis del self, inherente a los dilemas y expectativas de responsabilidad moral.

Cuando se alzó el reduccionismo biológico de las enfermedades mentales, se incrementó el uso de antidepresivos. El Prozac, llevado al mercado en una época de bullente economía, creó expectativas de vivir felices sin dolor, descubrirse a uno mismo e incluso convertirse en un superhombre siempre feliz (Rose, 2007). Illich (1975) observó dos problemas: la sensación errónea de tener que controlarlo todo uno mismo y la escasa atención prestada a las causas sociales del malestar personal.

Al final del siglo XX, la persona depresiva personificaba la inadecuación individual. El auge y las sucesivas controversias en relación a los antidepresivos, si bien evocaban libertad y autorrealización, dieron paso a la tragedia de un individuo con poca autoestima, e incapaz de ser autónomo, dirigido hacia una sociedad frívola.

La depresión chilena: el malestar del desorden público

La vuelta a la democracia en la década de los 90 supuso una sorpresa epidemiológica en los datos recogidos por la OMS y una paradoja del progreso en la sociedad chilena: Chile se había alzado como la capital mundial de la depresión (OMS, 2001a, 2001b). A nivel psiquiátrico, a diferencia de Estados Unidos, la depresión no se tomó en gran consideración y se consideró bien como una enfermedad rara o simplemente levantó poco interés. Por el contrario, si en la sociedad americana el narcisista era el antihéroe, aquí el alcohólico fue el paria de la modernidad en declive, una fuente permanente de preocupación pública.

Una forma de explicar la escasa prevalencia de la depresión durante el siglo XX y la alta tasa de alcoholismo fue la desigualdad norte-sur. Los individuos de origen mixto se veían como destinados al alcoholismo, se consideraba que tenían poco autocontrol. Para los de ascendencia europea su sino era deprimirse debido a su excesivo autocontrol. Para el hombre chileno, el consumo grupal de alcohol es una forma legítima de reconocimiento, el absentismo laboral y la falta de responsabilidad personal no desacreditan al sujeto, pues cosas tales como la individualidad personal no prevalecen en los que viven día a día.

Hasta bien adentrado el siglo XX, el alcoholismo se narraba desde el mito fundacional del orden nacional que aunaba el débil autocontrol del hombre llano con la necesidad de una élite virtuosa y con poderío autoritario como condiciones necesarias para el orden y el progreso. Esta narrativa se encontraba más claramente en la hacienda, en el campo. En esta época, durante lo que se llamó la cuestión Mapuche, estos pretextos se utilizaban por parte de los terratenientes para no aumentar el salario pues se pensaba que los indígenas buscaban cultivar su vicio (el alcohol).

Este discurso social empezó a cambiar cuando se dio el cambio nacionalista hacia un capitalismo interno. Ahora el alcohólico era, en opinión de los expertos, alguien que usaba el alcohol para mejorar su ánimo deprimido, para sentirse fuertes y armarse de coraje (Muñoz, 1957). Con el auge del psicoanálisis en Chile, este complejo de inferioridad de los hombres de clase baja y su carácter oral se explicó como que en su educación o trabajo no hallaron reconocimiento ni la noción de un futuro que mereciera la pena. Beber era una forma de afirmar su masculinidad y afirmar su imagen ante otros.

El debate del consumo de alcohol es inseparable de los dilemas y aflicciones de la clase trabajadora del siglo XX. Se pensaba que hacía falta una autoridad fuerte, civilizadora, para manejar a la clase trabajadora falta de control, y por otra parte en los revolucionarios 60 estaba la idea de liberar al hombre trabajador de las clases autoritarias. La represión que más tarde vino con Pinochet se justificó en la representación colectiva de la maldad del hombre chileno común. La meritocracia y competición fueron los valores que se alzaron, propuestos como medida contra la mediocridad y bajo autocontrol congénito del hombre.

En los 90 la expansión de la depresión llevó a repensar el sufrimiento a la luz del valor que el individualismo toma en Chile. Con el retorno de la democracia, hay un boom económico, se redujo la pobreza pero se aumentó mucho las horas trabajadas. Hubo un cambio de hábitos y la autoimagen del pueblo cambió hacia la meritocracia y el consumismo. En el discurso social de la época, consumir aliviaba la desconfianza de otros y la incertidumbre de un futuro acuciado por las deudas, y del mismo modo que en USA la toma de antidepresivos contendría la depresión.

El antihéroe pasó a ser el hombre de a pie hedonista, y se retrató una forma local de depresión. Anteriormente una enfermedad reservada a las élites, se extendió conforme lo hizo la presión y el estrés consumista, la cultura de la automedicación, la indefensión aprendida de vivir endeudado, la amargura que trae la baja autoestima... Desde una perspectiva cultural se ha propuesto que la baja autoestima asociada a la depresión podría estar asociada a una personalidad corta de miras y una disposición a afrontar la adversidad trabajando mal, en vez de trabajar más, y no saber cómo equilibrar consumir y pedir créditos (Roa, 1997; Araujo y Martucelli, 2012).

La depresión llega a representar tanto a sectores conservadores como progresistas. Para Roa (1994) esto es debido al hedonismo del individuo, que busca el placer fácil del consumo y la demanda de sus derechos que mina el sentido de esfuerzo y deber, del sufrimiento y la concepción del sacrificio en post de conseguir grandes metas individuales o colectivas. Sin sus placeres hedonistas, el individuo se encuentra solo e indefenso, incapaz de llevar a cabo proyectos a largo plazo.

Volviendo a las narrativas de la depresión, todo lo anterior se plasma en las relaciones familiares. La familia se convierte en trampolín para concebir y soñar sobre un proyecto personal (PNUD, 2002). De este modo, el vínculo afectivo sincero queda ligado al vínculo instrumental, convirtiéndose en un instrumento de autoafirmación.

La depresión entonces se hizo hueco a la hora de establecer protocolos y tratamientos. Especialmente vulnerables eran las clases más desfavorecidas. La relación entre la depresión y los bajos salarios y las largas horas de trabajo se hizo patente.

También se alzó la voz respecto al bienestar de las mujeres deprimidas. Si la depresión femenina es ahora más notoria, es, socialmente hablando, porque en parte se ha asimilado la narrativa de que la familia es el núcleo de la autoafirmación. La familia unida sería un instrumento afectivo que apoya al individuo a seguir adelante, pero también un obstáculo para el mérito personal. También funcionaría como el refugio mientras absorbe las nuevas tensiones del liberalismo y la inequidad que conllevan el exceso de trabajo y el excesivo endeudamiento.

La depresión chilena, concluye el autor, se inscribe en el desbalance argumental entre la responsabilidad y la capacidad, que no está distribuida de manera igual. Poco se ha conseguido al señalar la relación entre depresión y neoliberalismo, sin describir la sutil red de expectativas, representaciones y normas que revelan el valor concreto que la autonomía y sus alteraciones adquieren en el tejido social. En la sociedad chilena, ni la depresión ni las acciones para paliarla pueden separarse del mito nacional del orden. Este mito antiguo que habla de individuos con débil autocontrol, confronta en este nuevo silgo a las expectativas crecientes de horizontalidad social y reconocimiento personal.

Conclusión: la depresión tiene una coherencia social

Los casos que se han examinado aquí muestran la desazón que la depresión ha alcanzado como indicador del declive social en la sociedad individualista. Queda en evidencia que algo ocurre respecto a un sentir colectivo que enfatiza tantísimo la autonomía. Al examinar el lenguaje con el que se habla del trastorno depresivo a la luz de los ideales de autonomía, vemos que lo que se argumenta es variado y las acciones tomadas son específicas y diferentes en cada país. El autor se pregunta si acaso estamos hablando de la misma cosa en Chile y en los Estados Unidos al hablar de depresión.

Referencias

- Bateman, A. y Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice (2nd ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Angst, J. (2011). Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 791. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.87>
- Araujo, K. y Martucelli, D. (2012). *Desafíos comunes. Retrato de la sociedad chilena y sus individuos (Vol. I-II)*. LOM.
- Barroilhet, S. A. y Ghaemi, S. N. (2020). Psychopathology of mixed states. *Psychiatric Clinics of North America*, 43(1), 27–46. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.10.003>
- Belsky, J. y Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(6), 885–908. <https://doi.org/10.1037/a0017376>
- Berrios, G. E. y Callahan, C. M. (2004). *Reinventing depression: A history of the treatment of depression in primary care, 1940–2004*. Oxford University Press.
- Berrios, G., y Porter, R. (1995). *A history of clinical psychiatry*. The Athlone Press.
- Bertha, E. A. y Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 589–603. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0411-0>
- Burns, J. (2006). The social brain hypothesis of schizophrenia. *World Psychiatry*, 5(2), 77–81. Artículo <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946939>
- Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M., Belzile, E. y Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 25–36. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0428-5>
- Compton, M. T., y Shim, R. S. (Eds.). (2015). *The Social Determinants of Mental Health*. American Psychiatric Publishing.
- Cuijpers, P. y Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227–236.
- Cuthbert, B. N. e Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Dunbar, R. I. y Shultz, S. (2007). Evolution in the social brain. *Science*, 317(5843), 1344–1347. <https://doi.org/10.1126/science.1145463>
- Ehrenberg, A. (2010a). *The weariness of the self. Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. McGill University Press.
- Ehrenberg, A. (2010b). *La société du malaise*. Ed. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2012). La santé mentale ou l'union du mal individuel et du mal commun. En: *Grands résumés, L'Ombre portée: l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Sociologies. Artículo <http://sociologies.revues.org/4505>

- Ehrenberg, A. (2015). El individualismo y sus malestares: el self norteamericano versus la institución francesa. En E. Radiszcz (Ed.), *Malestar y destinos de malestar: Políticas de la desdicha (Vol. 1)*. Social- Ediciones.
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T. y Whiterford, H. A. (2013b). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43, 471–481.
- Fonagy, P., Allison, E. y Campbell, C. (2019a). Mentalizing, resilience, and epistemic trust. En A. Bateman y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in mental health practice* (2ª ed.). American Psychiatric Publishing..
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's look at what caused the epidemic of mental illness and how to cure it*. William Morrow.
- Ghaemi, N. (2013b). *On depression: Drugs, diagnosis, and despair in the modern world*. Johns Hopkins University Press.
- Ghaemi, N. (2019). *Clinical psychopharmacology: Principles and practice*. Oxford University Press.
- Ghaemi, S. N. (2008). Why antidepressants are not antidepressants: STEP-BD, STAR*D, and the return of neurotic depression. *Bipolar Disorders*, 10(8), 957–968. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00639.x>
- Ghaemi, S. N. (2013a). Bipolar Spectrum: A review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investigation*, 10(3), 218. <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.3.218>
- Ghaemi, S. N., Vohringer, P. A. y Vergne, D. E. (2012). The varieties of depressive experience: Diagnosing mood disorders. *The Psychiatric Clinic of North America*, 35(1), 73-86. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.008>
- Ghaemi, S. N. y Vohringer, P. (2017). Athanasios Kokopoulos' psychiatry: The primacy of mania and the limits of antidepressants. *Current Neuropharmacology*, 15(3), 402-408. <https://doi.org/10.2174/1570159x14666160621113432>
- Goldberg, J. F., Perlis, R. H., Ghaemi, S. N., Calabrese, J. R., Bowden, C. L., Wisniewski, S. y Thase, M. E. (2007). Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: Findings from the STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1348–1355. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.05122032>
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. A. y Beekman, A. T. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 43(1), 39-48. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002395>
- Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140, 205-214.
- Illich, I. (1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics*, 1. En J. Parnas (Eds.), *Philosophical issues in psychiatry. Explanation, phenomenology, and nosology* (pp. 1–16). Johns Hopkins University Press.
- Kendler, K. (2008). Introduction: Why does psychiatry need philosophy? En K. Kendler y J. Parnas (eds.), *Philosophical issues in psychiatry. Explanation, phenomenology, and nosology* (pp. 1-16). John Hopkins University Press.
- Kendler, K. S. (2014). The structure of psychiatric science. *The American Journal of Psychiatry*, 171, 931–938.
- Kessler, R. C. y Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annu. Rev. Public Health*, 34, 119–138.
- Kitanaka, J. (2012) *Depression in Japan. Psychiatric cures for a society in distress*. Princeton University Press.

- Kokopoulos, A., Sani, G., Kokopoulos, A. E., Manfredi, G., Pacchiarotti, I. y Girardi, P. (2007). Melancholia agitata and mixed depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(s433), 50-57. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.00963.x>
- Lasch, C. (1981). *Le Complexe de Narcisse. La nouvelle sensibilité américaine*. Lafont.
- Luyten, P., Blatt, S., y Corveleyn, J. (2005). Introduction. En J. Corveleyn, P. Luyten, y S. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model* (pp. 5–15). Leuven University Press.
- Luyten, P. y Fonagy, P. (2018). The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review*, 64, 87-99. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.2.85>
- Maj, M. (2012). Development and validation of the current concept of major depression. *Psychopathology*, 45(3), 135–146. <https://doi.org/10.1159/000329100>
- Mauss, M. (1971). *Sociología y antropología*. Editorial TECNOS.
- Morin, E. (2011). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Muñoz, L. C. (1957). Antecedentes para un programa sobre los problemas del alcohol. *Revista del Servicio Nacional de Salud*, 3.
- Nimnuan, C., Hotopf, M. y Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 361–367.
- OMS. (2001a). *Salud mental en el mundo: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2001b). Comunicado prensa: Los trastornos mentales afectan a una de cada cuatro personas. *Revista de Psiquiatría*, 18(3).
- Pae, C. U., Vöhringer, P. A., Holtzman, N. S., Thommi, S. B., Patkar, A., Gilmer, W. y Ghaemi, S. N. (2012). Mixed depression: A study of its phenomenology and relation to treatment response. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1059-1061. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.024>
- PNUD. (2002). *Informe de Desarrollo Humano en Chile. Nosotros los chilenos: Un desafío cultural*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Rautio, N., Filatova, S., Lehtiniemi, H. y Miettunen, J. (2018). Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 92–103.
- Roa, A. (1997). *Chile y Estados Unidos: sentido histórico de dos pueblos*. Dolmen Ediciones.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Salvatore, P., Baldessarini, R. J., Centorrino, F., Egli, S., Albert, M., Gerhard, A. y Maggini, C. (2002). Weygandt's on the mixed states of manic-depressive insanity: A translation and commentary on its significance in the evolution of the concept of bipolar disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(5), 255–275. <https://doi.org/10.1080/10673220216283>
- Sani, G., Vöhringer, P. A., Barroilhet, S. A., Koukopoulos, A. E. y Ghaemi, S. N. (2018). The Koukopoulos mixed depression rating scale (KMDRS): An international mood network (IMN) validation study of a new mixed mood rating scale. *Journal of Affective Disorders*, 232, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.025>
- Scheler, M., Frings, M. S. y Funk, R. L. (1973). *Formalism in ethics and non-formal ethics of values*. Amsterdam University Press.
- Sennett, R. (1979). *Les tyrannies de l'intimité*. Seuil.

- Shi, T. T., Min, M., Zhang, Y., Sun, C. Y., Liang, M. M. y Sun, Y. H. (2019). Depression and risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Osteoporosis International*. <https://doi.org/10.1007/s00198-019-04951-6>
- Shippee, N. D., Shah, N. D., May, C. R., Mair, F. S. y Montori, V. M. (2012). Cumulative complexity: A functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, *65*, 1041–1051. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.05.005>
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R. y Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA*, *289*, 3135–3144.
- Suppes, T., Datto, C., Minkwitz, M., Nordenhem, A., Walker, C. y Darko, D. (2014). Corrigendum to “effectiveness of the extended-release formulation of quetiapine as monotherapy for the treatment of acute bipolar depression”. *Journal of Affective Disorders*, *168*, 485–493. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.007>
- Tone, A. (2009). *The age of anxiety: A history of America's turbulent affair with tranquilizers*. Basic Books.
- Turner, R. J. y Brown, R. L. (2010). Social Support and Mental Health. En T. L. Scheid y R. L. Brown (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems* (pp. 200-212). Cambridge University Press.
- W.H.O. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 (update)*.
- Wilkinson, R. G. (2002). *Unhealthy Societies: The affliction of Inequality*. Roudledge.
- Wilson, S. y Durbin, C. E. (2010). Effect of parental depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 167-180.
- Wittgenstein, L. (2004). *Recherches philosophiques*. Gallimard.
- Wurzman, R. y Giordano, J. (2012). Differential susceptibility to plasticity: A ‘missing link’ between gene-culture co-evolution and neuropsychiatric spectrum disorders? *BMC Medicine*, *10*, 37. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-37>