

DEPRESIÓN Y POLÍTICA DE SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES CRÍTICAS SOBRE LA GUÍA CLÍNICA DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

DEPRESSION AND MENTAL HEALTH POLICY: CRITICAL CONSIDERATIONS ON TREATMENT GUIDE CLINICAL DEPRESSION

FRANCISCO IBACETA WATSON
Instituto Humaniza Santiago
ibaceta@yahoo.com

RESUMEN

Se presenta una revisión crítica de la política de salud sobre depresión en Chile. La hipótesis que subyace a este trabajo es que la política sobre depresión implica un discurso psicopatológico que, basada en una visión de enfermedad – tratamiento, intenta explicar e intervenir la depresión validando ciertas prácticas terapéuticas y descartando otras. Se sostiene que esta visión deja fuera el malestar, la subjetividad y el sentido que la persona que consulta da a su sintomatología. En una primera parte, se describe brevemente la historia y el estado actual de la acción en salud en relación con el tema de la depresión en Chile, focalizando en la guía clínica publicada por el Ministerio de Salud la cual representa la mirada que organiza los lineamientos que intentan homogeneizar los criterios de atención sobre la depresión. Se intenta dar cuenta de los aspectos que subyacen a dicho discurso sobre la depresión para, desde ahí, dar cuenta de sus implicancias para el sistema de atención en salud mental. Finalmente, se intenta desde una perspectiva sistémica y crítica de lo expuesto, ampliar la mirada y con esto idealmente las posibilidades de acción de la psicología clínica en torno al tema de la depresión en Chile.

Palabras claves: Depresión, Política, Guía, Crítica, Psicoterapia

ABSTRACT

A critical review of health policy on depression in Chile is presented. The assumption underlying this paper is that the policy on depression involves a psychopathological discourse, based on a vision of disease - treatment, tries to explain depression and intervene validating certain therapeutic practices and rejecting others. It is argued that this view leaves out the discomfort, subjectivity and the sense that the person consulting gives your symptoms. In the first part, the history and current state of health action in relation to the issue of depression in Chile are briefly described, focusing on the clinical guidelines issued by the Ministry of Health which represents the look that organizes guidelines that try to unify the attention depression. It tries to account for the aspects underlying the speech on depression for, from there, to account for their implications for the system of mental health care. Finally, we try from a systems perspective and critical of the above, a broader perspective and with this action ideally possibilities of clinical psychology on the subject of depression in Chile.

Key words: Depression, Politics, Guide, Critique, Psychotherapy

Introducción

EL OBJETIVO DEL PRESENTE TRABAJO es realizar una revisión crítica del tema de la depresión en el contexto de atención psicológica y de la política de salud mental en Chile. Se

intenta conjugar aspectos teóricos relacionados con la salud mental, el diagnóstico psiquiátrico y las posibilidades de una perspectiva sistémica en el contexto de atención de salud mental en Chile. En tal sentido, se intenta poder ofrecer un ensanchamiento de las posibilidades de acción de la psicología clínica desde una orientación sistémica en el ámbito de la atención y de la política sobre depresión en nuestro país.

La hipótesis que subyace a este trabajo es que la política nacional sobre depresión implica un discurso psicopatológico que, basado en la científicidad moderna, intenta explicar e intervenir la depresión como problema de salud mental, para lo cual valida ciertas prácticas clínicas y descarta otras. Se sostiene que lo que se pierde con esta mirada es el malestar, la subjetividad y el sentido que la persona que consulta da a su sintomatología, a la vez que se estrecha la complejidad de los problemas humanos en torno a una sola denominación: depresión.

Para estos efectos, en una primera parte se describe brevemente algo de la historia y el estado actual de la acción en salud en relación con el tema de la depresión en Chile. Se focaliza la atención en la última guía clínica publicada por el Ministerio de Salud (en adelante, MINSAL) que, a juicio del autor, representa la mirada que organiza los lineamientos que intentan homogeneizar los criterios de atención sobre la depresión. Finalmente, en esta parte, se intenta dar cuenta de los aspectos que subyacen a dicho discurso sobre la depresión para, desde ahí, dar cuenta de sus implicancias para el sistema de atención en salud mental.

En una segunda parte, se intenta desde una perspectiva sistémica y crítica de lo expuesto, ampliar la mirada y con esto idealmente las posibilidades de acción de la psicología clínica en torno al tema de la depresión en Chile.

Depresión en Chile: política de salud mental, contexto de atención en salud y guía clínica

La depresión es considerada una patología psiquiátrica frecuente con elevados índices de discapacidad y que genera significativos costos económicos¹. Un estudio chileno sobre prevalencia de patología psiquiátrica (Vicente, 2002) estimó en 9% la prevalencia vida para el trastorno depresivo mayor, siendo en la actualidad, los trastornos depresivos, uno de los principales problemas de salud (Alvarado y Rojas, 2011).

Para enfrentar este problema de salud pública el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Ministerio de Salud, 2000) consideró dentro de sus prioridades programáticas a las “personas afectadas por depresión”. Dicho documento definió los ámbitos de complejidad de atención (primaria y especializada) y para cada uno de estos ámbitos los siguientes aspectos:

1. El grupo de población hacia la que está dirigida la atención.
2. El tipo de establecimiento que debe otorgarla.
3. La normativa técnica que regula la intervención, concretizada en una guía metodológica.

¹ La Organización Mundial de la Salud (2001 y 2002, citados en Ministerio de Salud, 2009) ha estimado que la depresión ocupa el tercer lugar a nivel mundial en la carga global de enfermedades, a la vez que le asignó un 12, 15% del total de años de vida ajustados por discapacidad.

4. La forma de acceder a la atención.
5. La demanda estimada al año, y
6. Las actividades y prestaciones que debieran llevarse a cabo.

Posteriormente, durante el año 2001, el MINSAL comenzó a ejecutar el Programa Nacional de Detección Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria.

Luego, y en el marco de la reforma de salud, la depresión en personas mayores de 15 años pasó a ser considerada una patología cuya atención tiene garantía explícita de atención en salud. El año 2009 el MINSAL publicó una guía clínica relacionada con la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos depresivos, tanto en el sistema público como privado de salud. Ambos desarrollos constituyen la ejecución concreta de cada uno de los ámbitos de atención planteados en el plan original de salud mental mencionado. A pesar de este avance, aun existen escasos estudios que midan el impacto de esta política de salud mental, así como también su efecto en la prevalencia de los trastornos depresivos (Valdés y Errázuriz, 2012).

De acuerdo con la guía publicada el 2009, cualquier profesional de la salud durante el ejercicio habitual de su atención clínica, puede realizar la detección de casos probables de depresión². Estos casos deben ser derivados a un médico para que decida si concurre el diagnóstico, de tal forma que las personas que están cursando una depresión ingresen a un programa estructurado de atención, ya sea a través de su sistema privado de salud o bien a través del sistema público.

El diagnóstico clínico se realiza conforme a los criterios explicitados en la décima versión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE – 10) de la Organización Mundial de la Salud. Además de realizar el diagnóstico, se clasifica la gravedad del cuadro, de acuerdo a la severidad de los síntomas, y se exploran una serie de condiciones psicosociales que, de acuerdo a la investigación disponible, pudieran estar determinando la aparición, curso y gravedad del cuadro.

De acuerdo con las características y gravedad, es que la guía clínica propone diversas alternativas estructuradas de tratamiento, las cuales desarrolla a partir de la construcción de diversos flujogramas de manejo clínico. Para efectos prácticos, se consideran los siguientes diagnósticos: episodio depresivo leve, episodio depresivo moderado, episodio depresivo grave, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, episodio depresivo dentro de un trastorno bipolar, episodio depresivo con alto riesgo suicida y depresión refractaria.

Destaca que en los casos de diagnóstico de depresión leve y de depresión moderada, se deja fuera la posibilidad de la indicación de psicoterapia³ y, con esto desde mi punto de vista, la pregunta

² La guía clínica sugiere la detección activa de personas en grupos de riesgo a través de un tamizaje (screening) en personas consultantes del sistema de salud, facilitado a través de la utilización del Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ – 12). Para la guía clínica la concurrencia de ciertos factores de riesgo también puede contribuir a la sospecha diagnóstica y por tanto a la detección activa.

³ En particular, la psicoterapia queda solo indicada como parte del tratamiento para los episodios depresivos graves. Además, se enfatiza que debe ser llevada adelante desde un modelo cognitivo – conductual, o bien desde un modelo interpersonal, justificando esta elección en la evidencia empírica que dichos modelos han acumulado en diseños de investigación que buscan evaluar la efectividad de la psicoterapia en depresión.

acerca de la subjetividad, el malestar y aquello que la persona puede decir acerca de lo que hace sufrir y que potencialmente la lleva a deprimirse⁴.

En particular, entonces, en el caso de los episodios depresivos leves la guía clínica propone como tratamiento una conjunción de:

1. Conserjería, la que se entiende como una forma de intervención psicosocial destinada a dar atención clínica de apoyo (por ejemplo, estímulo y dar consejo directo si es necesario) y control (revisión del estado clínico), en donde en torno a determinado objetivo se intenta fomentar la adherencia de los pacientes al tratamiento.
2. Intervención psicosocial grupal, la que se entiende como un contexto de contención en donde, en conjunto con otras personas con el mismo diagnóstico, se comparten las emociones y cogniciones ligadas a lo que se considera el trastorno depresivo. Parte del supuesto que el reconocerse con otros en el mismo problema facilitaría el alivio sintomático.
3. Programa de actividad física, el cual se intenciona en tanto se tendría evidencia que el ejercicio físico tendría efectos positivos en la salud mental.
4. Psicoeducación, en donde las personas, sus familias y la comunidad se informan y educan acerca de la depresión como problema de salud mental, lo cual implicaría que éstas puedan comprometerse protagónicamente en su proceso de recuperación de salud. Una de sus acciones fundamentales sería la promoción de información a través de literatura de autoayuda (por ejemplos, folletos sobre qué es y cómo se trata una depresión).

Por otra parte, al tratarse de episodios depresivos moderados, la guía clínica suma a las intervenciones reseñadas, la utilización de fármacos como parte del tratamiento. Tanto las depresiones consideradas como leves o moderadas pueden recibir el tratamiento consensuado por equipos interdisciplinarios no especializados y dentro de su red territorial habitual de atención (centros de salud familiar en el caso del sistema público de salud). Las demás situaciones diagnósticas previstas por la guía deben ser derivadas a equipos especializados (servicio de psiquiatría) para su manejo específico.

⁴ Ya en la evaluación hecha al Programa Nacional de Detección Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria el año 2001, se dejaba constancia que la presencia de cualquier tipo de violencia al interior de la familia era un importante factor de riesgo para depresión, a la vez que se relacionaba con el grado de severidad de la misma. Alvarado (2005) constata una prevalencia cercana al 50 % de violencia en la pareja en mujeres que consultan en el Programa Nacional de Tratamiento de Depresión en la Atención Primaria, vinculando la presencia de ésta a mayor intensidad del cuadro depresivo. En otro estudio llevado a cabo en atención primaria (Ibaceta, 2008) se constató que el antecedente de agresiones sexuales en la infancia se encuentra presente en el 27% de las mujeres consultantes del programa de depresión. Violencia y agresiones sexuales constituyen, sin duda, experiencias frente a las cuales las personas pueden construir relatos dolorosos que impregnan la construcción de la identidad, a veces acompañados de sintomatología, y que no pueden ser dejados de lado en un proceso de atención por depresión. En tal sentido, existe abundante evidencia (Vitriol, 2005; Trucco, 2002) de factores de riesgo psicosocial que, como condiciones pasadas o presentes, pueden determinar el inicio, la evolución y el pronóstico del cuadro depresivo. La evaluación y consideración de dichos factores es fundamental para un abordaje integral de los cuadros del ánimo, y si bien son considerados en cuanto a su consignación, no puede decirse que son prioritarios al momento de construir y estructurar los procesos de atención.

Subyace a lo expuesto hasta aquí, una perspectiva moderna de la concepción de enfermedad y, en coherencia con esto, la predominancia de un modelo de atención eminentemente biomédico. Lo central en esta propuesta, entonces, es la pregunta acerca de qué síntomas constituyen cierta enfermedad y qué tratamiento validado (de bajo costo y eficiente) permite curarla. En términos simples, se puede decir que es el diagnóstico médico y la consecuente terapéutica el modelo de enfrentamiento de la depresión⁵.

La implicancia central de este discurso tras la guía clínica es que se intenta proveer de lo que se considera un tratamiento eficiente y eficaz de la depresión. Para esto se plantea que las recomendaciones que se realizan emanan de la evidencia científica disponible, de forma que esto pueda asegurar el uso racional de los recursos con la mejor relación costo – efectividad respecto del tratamiento. Al respecto, Minoletti y Zaccaria (2005) son explícitos en señalar que el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental “se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos y toma en cuenta criterios económicos, tales como la eficacia en función del costo”.

El principio que está a la base de esta consideración puede ser encontrado en lo que se ha denominado medicina basada en la evidencia. Dentro de esta perspectiva, la evidencia científica debe ser la base de la práctica clínica y ésta como tal debe someterse al análisis científico⁶ (Bedregal y Cornejo, 2005). La lógica implícita de la medicina basada en la evidencia, entonces, es la de una ciencia empírica. Como tal se define a la enfermedad como objeto de observación y análisis y a los tratamientos como aquella variable cuyo efecto sobre el curso de la enfermedad debe medirse. Para que algo cuente como evidencia debe tratarse generalmente de ensayos clínicos aleatorizados de doble ciego en muestras ampliamente representativas. Los resultados de estas investigaciones se han ido acumulando de tal manera que posteriormente se ideó la metodología de metanálisis, en el cual se obtiene una medida del tamaño de efecto de los tratamientos agrupando para esto la totalidad de investigaciones con las que se cuenta, con el fin de revisar el estado actual de la evidencia de determinado tratamiento. La metodología del metanálisis ha dado paso a la construcción de guías clínicas que, a través del consenso de expertos, intentan otorgar recomendaciones de tratamiento basados en la evidencia disponible.

Se revela con esto la relación existente entre una manualización (guía clínica) y las decisiones políticas, económicas y clínicas de tratamiento de determinada enfermedad. En esta lógica, lo que se financia es aquello de lo que supone se tiene evidencia que cura cierta enfermedad. Y, tal como se ha enunciado precedentemente, esta evidencia está relacionada con una concepción ontológica de enfermedad en donde predomina la mirada sobre los signos y síntomas por sobre la escucha y la singularidad del sufrimiento de las personas.

⁵ Se podría estar aquí frente a una excesiva “psiquiatrización” del sufrimiento humano, lo cual ha llevado a una predominancia de la tecnificación de la industria farmacéutica como alternativa de solución, lo que empobrece las posibilidades de intervención. Urgiría desde ahí la necesidad de ir más allá de este discurso psicopatológico para ampliar las posibilidades de trabajo con el sufrimiento humano.

⁶ El alcance de este movimiento va incluso más allá considerándose sus presupuestos esenciales para la toma de decisiones de política pública, tal como podría ser el alcance de la propuesta de atención en salud de la depresión que se está exponiendo.

El vacío fundamental que deja este entendimiento, especificado concretamente en la no indicación de psicoterapia para las depresiones leves y moderadas⁷, es la ausencia de una mirada sobre el sufrimiento humano. Esto alcanza su mayor grado de tensión cuando se constata la fuerte relación entre condiciones psicosociales previas (por ejemplo, trauma sexual en la infancia) o actuales (por ejemplo, violencia en la pareja) y el desarrollo de depresión, situaciones en las cuales la psicoterapia parece ser fundamental para la comprensión y abordaje de dicha relación compleja.

Ahora bien, en el contexto de atención de salud descrito ¿qué lugar ha ocupado y ocupa la psicología clínica en general y la psicoterapia en particular dentro de este proceso histórico? ¿Cómo puede irse más allá del modelo biomédico de enfermedad y atención en salud propuesto para relevar el contexto y el mundo interno de los consultantes como aspectos centrales de la construcción de los lineamientos de atención de los cuadros depresivos? Y, finalmente ¿cómo pueden los beneficiarios y los mismos profesionales de la salud empoderarse para ampliar las posibilidades de atención más allá de la relación salud – enfermedad?

Intentaré esbozar algunas ideas a este respecto.

Depresión y perspectiva sistémica: una mirada crítica con ampliación de posibilidades

Mi impresión es que es posible ampliar las posibilidades que entrega el modelo biomédico de enfrentamiento de la depresión, al menos en dos direcciones: el cuestionamiento de la idea del diagnóstico y por tanto del dualismo salud – enfermedad; como también a través del empoderamiento de beneficiarios y profesionales de la salud mental para ir más allá de las restricciones impuestas por los lineamientos expuestos.

Depresión y diagnóstico: ¿qué puede decir y entregar la evolución de la perspectiva sistémica?

Como ya se ha enunciado indirectamente, la perspectiva que subyace al Plan Nacional sobre Depresión y su guía clínica consecuente, implica la constatación de una enfermedad médica a través de la identificación de ciertos signos y síntomas que la caracterizan y le dan su estatus. En palabras de Moreno (1997):

“El diagnóstico cristaliza una serie de hechos de una determinada forma siempre en el presente, pero se extiende al pasado por los caminos de la etiopatogenia, y también hacia el futuro en la evolución pronostica (ambas, hacia un lado u otro del tiempo, son la versión médica de la causalidad lineal). Dentro de estos ejes, el observador se inserta en la consideración de los signos y en el tratamiento. El diagnóstico siempre determina una conducta terapéutica”.

⁷ Alvarado y Rojas (2011) en una segunda evaluación al Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en la atención primaria, constatan que el diagnóstico de la gravedad del cuadro clínico no se está realizando de forma correcta, existiendo una tendencia a subestimar la gravedad de los cuadros. Junto con esto, encuentran que los diferentes tratamientos (farmacoterapia, psicoterapia y grupo de apoyo psicosocial) no se están aplicando de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico y en base a las recomendaciones de la guía clínica.

Este autor enfatiza que a través del diagnóstico el observador introduce distinciones que son capaces de generar realidades que operan recursivamente, no solo en la definición de lo que ocurre, sino que también en la definición de lo que ha ocurrido (lo que es importante del pasado) y en el pronóstico y el tratamiento (lo que es importante de hacer en el futuro)⁸.

¿Qué queda fuera aquí? Ciertamente la formalización de un método diagnóstico y terapéutico fijo congela la posibilidad de preguntarse no sólo por lo que los consultantes tienen que decir, si no además por los significados socioculturales que se aplican a determinadas enfermedades (¿qué significa estar deprimido en este contexto en que convivo?). En palabras de Cecchin, Lane y Ray (1992) "al tener demasiada fe en una sola posición, en una sola historia, se corre el riesgo de crear una realidad terapéutica empobrecida e inflexible".

La ampliación de posibilidades puede venir de la mano de la evolución epistemológica que ha tenido, por ejemplo, la tradición sistémica. En particular, con énfasis diferentes, el constructivismo y el construccionismo social ha formulado una crítica acerca del fenómeno del conocer, en tanto cuestiona la epistemología positivista que supone que existe una realidad independiente (afuera) del observador, el cual puede aprehenderla de modo objetivo, por ejemplo, a través del método científico. Desde una postura constructivista y construccionista, en cambio, se propondrá la imposibilidad del acceso objetivo a la realidad, donde no somos receptores pasivos que aprehenden la realidad sino que constructores activos de la misma.

Esta revolución epistemológica y el rechazo a la universalidad y veracidad de las proposiciones teóricas que se dan desde el posmodernismo, también han alcanzado el mundo de las explicaciones acerca del sufrimiento humano, con lo cual la forma de entender y hacer psicología clínica y psicoterapia comienza a ser cuestionada más ampliamente. Del abandono de absolutos científicos se obtiene una mayor libertad de elección y de creatividad para abordar situaciones clínicas relacionadas con el sufrimiento humano.

Recogiendo esta evolución y en relación con el tema del diagnóstico Moreno (1997) señala que:

“En el diagnóstico ya no basta con la rigurosidad metódica en la observación del objeto; ahora el observador participa en la descripción. El diagnóstico es una co - construcción que ocurre en un espacio interaccional. Tanto la etiopatogenia como el pronóstico dependerán en alguna medida de las variables recursivas de esa interacción en un ámbito de significados”

Campusano (2011) sostiene que si el psicólogo clínico se mantiene epistemológicamente coherente puede perfectamente trabajar en el sistema de salud desde esta nueva perspectiva. Ahora bien, ¿qué implicancia clínica tendría esto? Desde mi punto de vista, se tendría que

⁸ El ejemplo clásico es cuando se recibe el diagnóstico de depresión. Puede ser que desde la definición de esa realidad se recorte el pasado de cierta forma (por ejemplo, a través de una explicación etiopatogénica, es decir, la “razón” de la depresión), a la vez que se traiga a la mano un futuro posible con la depresión como parte de la definición de éste.

cuestionar y ampliar la noción de psicopatología y por tanto de cómo se realiza el diagnóstico de depresión.

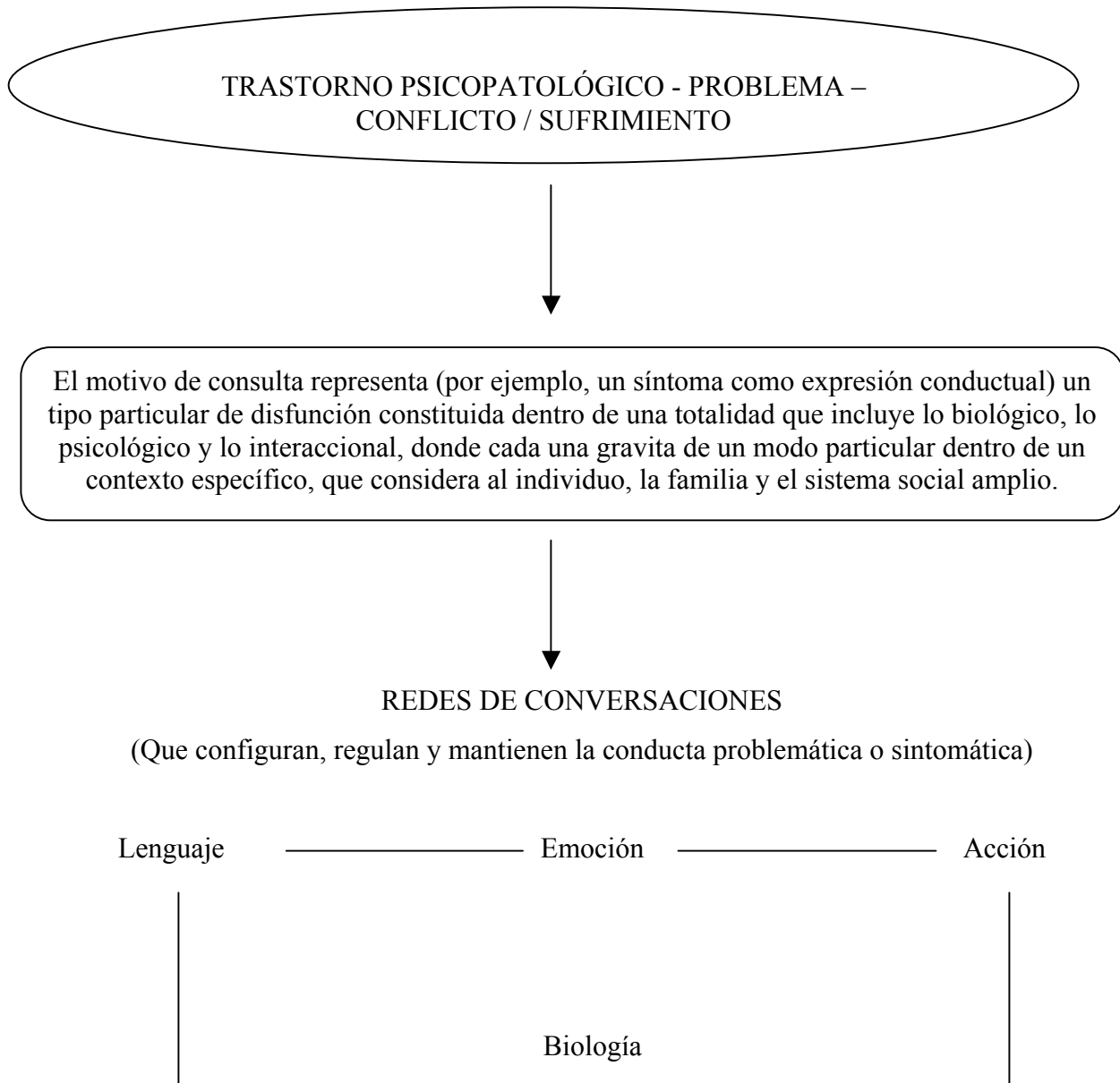
En este punto, puede rescatarse lo planteado por Méndez (1992), en tanto propone agrupar bajo la noción de dolor o sufrimiento (entendiendo por ello síntomas, problemas o conflictos) lo que induce a la o las personas a consultar. Se trataría de un dolor que la o las personas no han podido resolver por si mismas. La autora propone que son los pacientes quienes deben decidir lo que quieren cambiar porque les produce sufrimiento, como a la vez deben definir lo que quieren mantener, aunque esto último no cuente con la aceptación de quien realiza el proceso de atención. Así, la autora plantea que no son los clínicos los que tienen que apropiarse del derecho de indicar que es lo sano (lo que hay que mantener) y que es lo enfermo (lo que habría que cambiar) de la o las personas que le consultan. De esta forma, el poder para actuar como terapeutas es concedido por el cliente por una razón específica, el cual es ayudarlo en la disolución de aquello que le genera dolor o sufrimiento⁹.

En un trabajo posterior, la misma autora (Méndez, 2000) enfatiza la particularidad de la constitución de redes de conversaciones que son propias a la mantención del síntoma o problema específico por el cual se consulta. Dichas redes de conversaciones las desarrolla el paciente consigo mismo y a su vez éstas forman parte constitutiva de redes de conversaciones de un sistema mayor, el cual principalmente es el sistema familiar. Éste último a su vez, es un elemento más de las redes de conversaciones de un sistema más amplio, el cual es el sistema social.

La autora propone que esta manera de entender aquello que incide en que diversos sistemas humanos consulten podría graficarse de la siguiente manera:

⁹ La autora puntualiza, finalmente, que apropiarse del poder de definir que es lo anormal y por tanto que es lo que hay que cambiar en el sistema que consulta puede, frecuentemente, generar dolor donde no lo hay.

FIGURA 1



De esta forma, propone mirar las características de la persona que consulta de acuerdo a un sufrimiento en relación a sus acciones, emociones e ideas, las cuales se insertan y entrecruzan con esos mismos aspectos del sistema familiar particular al cual se pertenece. A su vez, todo esto es amplificado por aspectos del sistema social. Todo aquello sin perder de vista la biología particular de la persona que consulta, por cuanto todo aquello que nos sucede “pasa por la biología” (Kunstmann, 2001). De esta manera, no sólo interesa abordar la remisión sintomática, sino que también fundamentalmente trabajar sobre el contexto y las redes de conversación que mantienen, configuran y regulan el mismo, promoviendo un proceso de reflexión.

Lo expuesto implicaría al menos dos cambios en la mecánica del proceso de atención en salud para la depresión que hemos expuesto:

1. Una construcción diferente del diagnóstico de depresión trascendiendo el ámbito exclusivamente médico y farmacológico. Es decir, una invitación a la complejidad del mismo relevando como esencial lo que las personas tienen para decir acerca de lo que les ocurre.
2. La ampliación de la posibilidad de psicoterapia para las así llamadas depresiones leves y moderadas, en el entendido que quizás precisamente en éstas sea todavía más necesaria la construcción de un proceso reflexivo para los consultantes, lo cual podría evitar el excesivo diagnóstico de patología psiquiátrica del sufrimiento humano.

De la receptividad a la participación: el empoderamiento de los profesionales de la salud mental y los beneficiarios del sistema de atención en salud

Desde mi punto de vista, si bien un Plan Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Sistema de Salud Mental Chileno ha posibilitado un ordenamiento de diferentes esfuerzos en torno al tema, también ha implicado ciertas restricciones al momento de las posibilidades, por ejemplo, de intervención profesional.

Por razones de espacio solo me referiré, desde la perspectiva de los profesionales, a una en particular. Desde el comienzo de la aplicación del Plan se señaló como una de las actividades esenciales la intervención psicosocial grupal, la cual desde una perspectiva cognitiva conductual y un fuerte componente psicoeducativo, fue el ámbito preferente de acción de los profesionales psicólogos en el ámbito de la atención primaria respecto de la depresión leve y moderada. Una evaluación sobre el funcionamiento del Plan Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria (Alvarado y cols., 2005) mostró que la intervención psicosocial grupal mostró la más alta tasa de abandono de tratamiento. Al respecto, estos autores señalan:

“En todo caso, sería posible reducir la cifra de abandono si se mejorara la flexibilidad con que los equipos manejan las indicaciones y organizan sus servicios. Es una medida importante, porque al elaborar normativas nacionales se corre el riesgo de afectar a la necesaria adaptación que deben hacer los equipos locales a cada realidad,

un esfuerzo en que consideran sus propias condiciones, capacidades y recursos, además de aspectos socioculturales de su comunidad. La imprevisión en este sentido conlleva el riesgo de reducir la flexibilidad de la atención, la creatividad de los equipos para promover la adherencia al tratamiento, la adecuación a cada caso en particular y la satisfacción que el paciente obtiene de los servicios”.

Si bien se desconoce si con la evaluación la intervención psicosocial grupal fue modificada (al menos la normativa técnica que la guía sigue siendo la misma), la creatividad y empoderamiento de los equipos de salud mental no ha sido menor. Se puede dar cuenta de una serie de trabajos (por ejemplo ver: Gutiérrez y Varela, 2009) que intentan, más allá de las restricciones impuestas por el modelo y el programa, adecuar y ampliar las posibilidades de intervención desde la psicología clínica. Se muestra con esto, desde mi punto de vista, una actitud crítica hacia la visión moderna de la idea de enfermedad depresiva, tratando de promover acercamientos que intentan rescatar la subjetividad de quien ha recibido el diagnóstico. En la misma línea, Miranda (2015) encuentra que la instancia de intervención psicosocial grupal, a pesar de ser la más recomendada por su mayor costo – efectividad, tiene una baja aplicación pues los profesionales de la salud mental señalan “que los grupos no les resultan”¹⁰.

Finalmente, los ámbitos de promoción y prevención de la depresión han sido mínimamente abordados. Si bien el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental fue definido desde un enfoque comunitario¹¹ (Minoletti y Zaccaria, 2005), la participación e inclusión de la comunidad en los ámbitos mencionados ha sido, desde mi punto de vista, deficitaria. Dado el actual enfoque territorial de la salud familiar parece conveniente fortalecer la relación institución de salud – beneficiarios más allá de la dimensión de lo curativo, pudiendo proveerse de espacios, iniciativas y recursos tendientes a fortalecer la promoción de salud mental y de prevención a través de consultas precoces y en espacios reflexivos.

Comentarios finales

Se ha intentado describir y analizar de forma crítica el programa de atención en salud sobre depresión en Chile. Para esto he puesto la mirada principalmente en la última guía clínica para el tratamiento de la depresión tanto para el sistema público y privado. Focalizando en ciertos vacíos que aprecio en la guía, he profundizado de qué manera sería posible ampliar las posibilidades de trabajo principalmente desde la psicología clínica, para lo cual he puse énfasis principalmente en lo a la noción de diagnóstico se refiere.

¹⁰ En dicha investigación el autor también constata que los psicólogos ligados a la atención de la depresión en el contexto de atención primaria señalan que “no se involucran con la guía técnica”, mostrando así un punto de vista crítico respecto de la utilización de la misma.

¹¹ Por ejemplo, desde la psiquiatría comunitaria se sostiene que los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, R., Sanhueza, G., Muñoz, M. y Vega, J. (2005) Necesidades clínicas y psicosociales en mujeres que ingresan el programa para el tratamiento integral de la depresión en atención primaria en Chile. *Revista Psiquiatría y Salud Mental* XXII, N° 1 – 2, 83 – 92.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G. y Muñoz, M. (2005) Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Rev Panam Salud Publica* 18(4/5), 278 – 286.
- Alvarado, R. y Rojas, G. (2011) El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Rev Med Chile* 139, 592 – 599.
- Andrade, G. (2015) “Hacer Trampita” para sobrevivir: Significaciones sobre el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. *Psicoperspectivas* Vol 14, N° 3, 117 – 127.
- Bedregal, P. y Cornejo, C. (2005) El movimiento de la medicina basada en la evidencia: alcances conceptuales y teóricos. *Revista Médica de Chile* 133, 977 – 982.
- Gutiérrez, S. y Varela, V. (2009) Propuesta de un Modelo de Psicoterapia Grupal Estratégica en Depresión Severa: Cómo Pasar de Víctima de la Depresión a Protagonista de la Recuperación. *Revista Terapia Psicológica* Vol. 27, N° 1, 41 - 49.
- Ibaceta, F., Guadalupe, C., González, K., Zambrano, A. y Becar, C. (2008) Características de las agresiones sexuales en beneficiarias del programa de tratamiento de depresión de un consultorio de atención primaria. *Revista Chilena de Salud Pública* 12 (3), 148 – 153.
- Kunstmann, G. (2001) Modelo sistémico en realidades consensuales. Documento de trabajo del Instituto de Terapia Familiar de Santiago.
- Méndez, C. (1992) Avances en el enfoque sistémico. En: Opazo, R. (Ed.) *Integración en psicoterapia*. Santiago de Chile: Ediciones CECIDEP.
- Méndez, C. (2000) Entendimiento Sistémico en Realidades Consensuales de los Trastornos Alimentarios. Documento de uso interno del Instituto de Terapia Familiar de Santiago.
- Ministerio de Salud de Chile (2009) *Guía clínica: tratamiento de personas con depresión*. Santiago de Chile: Series Guías Clínicas MINSAL.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica* 18(4/5), 346 – 358.
- Moreno, J. (1997) ¿Podríamos no hablar de salud mental?: una reconsideración del concepto de diagnóstico. *Revista Sistemas Familiares*

Trucco, M. (2002) Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* N° 40 Suplemento 2: 8 – 19.

Valdés, C. y Errázuriz, P. (2012). Salud mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud. *En Clave de Políticas Públicas*, 11, 1-10.

Vicente, B., Rioseco, P, Valdivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002) Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM – III – R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile* 130, 527 – 536.

Vitriol, V. (2005) Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* Vol 43 (2), 88 – 96.

World Health Organization (2006) Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO – AISM).