



ESTIGMA ASOCIADO A LA DEPRESIÓN ENTRE MÉDICOS NO PSIQUIATRAS

Estudio comparativo entre la población médica y la población general acerca de las creencias sobre la enfermedad depresiva

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Ciencias Médicas

Autora: Silvana Pujol

Director: Prof. Dr. Manuel Suárez Richards

La Plata, 11 de diciembre de 2014



A mi madre, Eda Beatriz Ranalletta de Pujol,
a mi padre, Marcelo José Pujol (†)
a mi amigo psiquiatra Dr. Ernesto Hugo Schröder (†)

Contenidos

Resumen.....	página 4
Estado de la Cuestión, primera parte.....	página 5
Estado de la Cuestión, segunda parte.....	página 29
Antecedentes de la investigación.....	página 55
Método.....	página 58
Resultados.....	página 61
Análisis de los resultados.....	página 64
Conclusiones.....	página 71
Gráficos.....	página 75
Bibliografía.....	página 101

RESUMEN

En este trabajo el objetivo fue investigar algunas de las creencias que sobre la Enfermedad Depresiva poseen los médicos y cuánto distan de las que sostiene la población general. La hipótesis, planteada como resultado de la experiencia previa de la autora en el estudio del tema, fue que tales creencias no difieren significativamente entre la población de médicos y no médicos. Las creencias investigadas fueron la noción de la Depresión como *enfermedad* y de la Depresión como problema de *debilidad* en la voluntad y en el carácter. La atribución de una connotación negativa como la condición debilidad, respondería a un problema arraigado aún de estigmatización de la Enfermedad Depresiva y de la persona con Depresión.

En el Estado de la Cuestión se analiza el problema del estigma en salud, en salud mental y en Depresión en particular, en la primera parte. Se recorre la bibliografía sobre la problemática mundial del infra diagnóstico de la Depresión y sus consecuencias.

La segunda parte del Estado de la Cuestión está dedicada a analizar el concepto de enfermedad en medicina y en otras áreas del conocimiento diferentes epistemológicamente, los conceptos de normalidad y anormalidad, la enfermedad en psiquiatría, el problema de los diagnósticos y la condición de la Depresión específicamente como enfermedad.

En los Antecedentes de la experiencia de investigación, se describen resultados de la actividad previa de la autora sobre el tema. En Método, Resultados y Análisis de los resultados, se describe el trabajo realizado en dos muestras de médicos y no médicos, homogeneizadas según un nivel similar de instrucción (universitaria), área de residencia, edades y universidad de egreso.

Las Conclusiones plantean los resultados a la luz de la hipótesis formulada y nuevos problemas y alternativas que se derivan de las mismas, en vistas a nuevas acciones y estudios a desarrollar.

El propósito que rigió el trabajo fue contribuir, a través de tales acciones futuras, en la educación formal y en la no formal, tendientes a reducir el impacto sobre la población que resulta de la falta de diagnóstico y tratamiento apropiado de una de las patologías de mayor prevalencia y una de las principales causa de discapacidad en el ser humano actual.

ESTADO DE LA CUESTIÓN.

PRIMERA PARTE

Acerca del concepto *Estigma*

El término *estigma* convencionalmente se refiere a algún atributo, rasgo o desorden que marca a un individuo como diferente de la persona con la que uno normalmente interactúa y erige alguna forma de sanción de la comunidad.¹

Para la Real Academia Española la palabra *estigma* significa (en su origen latino: *stigma: marca o señal*, y en el griego: *picadura, tatuaje*) *una marca o señal en el cuerpo que es causa de desdoro, afrenta o mala fama*²

La palabra *etiqueta* proviene etimológicamente de la misma familia.³

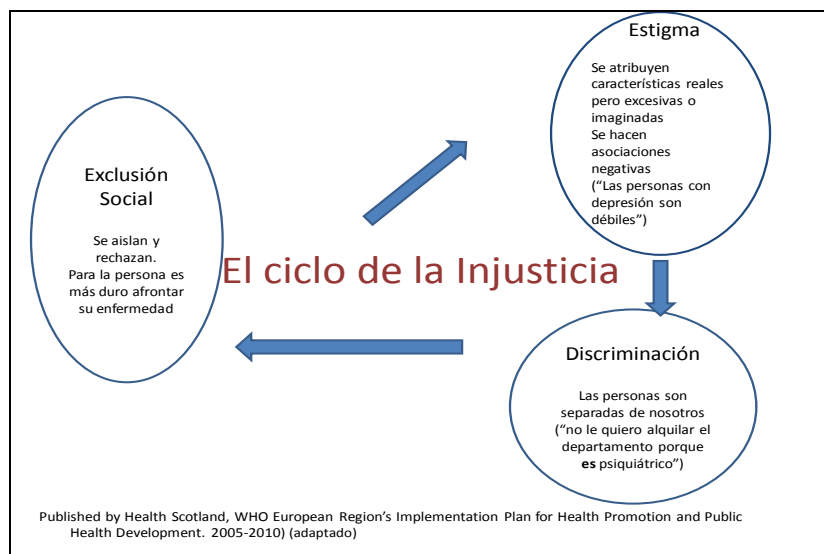
En Grecia Antigua se denominaba “*stig*” a una aguda estaca con la que se marcaba a los esclavos para indicar sus dueños, y a los malhechores.

En la Edad Media, el estigma era una marca provocada con un hierro candente u otros procedimientos menos agresivos, a aquella persona considerada criminal, acusada y difamada públicamente. Se la estigmatizaba para ser reconocida por todo el pueblo. De esta manera, la palabra *estigma* se ha utilizado para hacer referencia a los signos corporales con los que se exhibía algo malo. No obstante, su empleo en la religión no es de degradación, por el contrario, alude a las marcas en el cuerpo provocadas por la flagelación y sacrificio de Cristo e impresa en forma sobrenatural en el cuerpo de algunos santos como prueba indeleble de sello, procedencia y alianza divinas.

En medicina el término *estigma* se ha empleado a lo largo de los siglos para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas que los padecen. Por ejemplo, en la Edad Media un grupo discriminado era el de quienes padecían lepra y epilepsia. En la época contemporánea los ha sido el cáncer y el sida. La discriminación hacia las personas con enfermedad mental ha sido una constante a lo largo de los siglos.

En el campo de la salud, la palabra *estigma* fue aplicada inicialmente por el sociólogo canadiense Erving Goffman (1922-1982) en la década de los sesenta, acuñándola en referencia a un atributo que desacredita profundamente a la persona y la torna de completa a manchada, corrompida y desestimada.⁴

Del vocablo *estigma* deriva el verbo *estigmatizar*. Estigmatizar no es meramente marcar o rotular sino atribuir características reales pero en forma excesiva e inadecuada, cuando no puramente imaginadas, colmadas de asociaciones negativas. Por tales asociaciones, aquello que se estigmatiza es tratado en forma distintiva e injusta, como lo explica el siguiente gráfico.



(tomado y adaptado de "Stigma: an International Briefing Paper" European Commission. WHO European Region's Implementation Plan for Health Promotion and Public Health Development. 2005-2010)

El estigma conduce a la *discriminación*. Cuando se discrimina se hace una distinción en el trato, el cual es desigual y restrictivo. Discriminar implica menoscabar y hasta anular a veces el reconocimiento, disfrute o ejercicio, por todas las personas en una igualdad de condición, de todos los derechos y libertades.

A su vez la discriminación conduce a la *exclusión social*. La exclusión social existe cuando una persona es impedida de tomar parte, en la medida que ella desearía, en las actividades que normalmente llevan otros en la sociedad.

Así el estigma, la discriminación y la exclusión social se ligan y retroalimentan en un ciclo de injusticia.

La falta de conocimiento en sí misma no genera discriminación, o bien, si la genera es rectificable con la educación. De esta manera, se puede realizar una distinción entre *concepto erróneo (misconception)* y *prejuicio (prejudice)*. Ambos son creencias anticipadas. El concepto erróneo es un juicio a priori basado en mala o insuficiente información, el cual puede ser relativamente fácil de modificar con nuevo conocimiento. El prejuicio, en cambio, es una respuesta emocional adversa hacia algo o alguien, que se enraíza en una generalización falsa e inflexible que es en extremo resistente al cambio. Cuando hay des-concepto hay posibilidad de discusión y rectificación a través de la transmisión de conocimientos, pero cuando hay prejuicio no hay posibilidad de confrontación o ésta se torna muy dificultosa por cuanto toda información que lo desacredite es sacada de la consideración del prejuicioso.

Esta diferencia entre des-concepto y prejuicio es muy importante pues explica en parte los fracasos de muchas campañas realizadas para la lucha contra los estigmas, basadas en la educación y en la información dadas por expertos.⁵

Volveremos más adelante sobre este tema de los antiguos y nuevos paradigmas que guiaron y guían las campañas de los países desarrollados para combatir el problema del estigma en salud.

Acerca de Estigma y Salud Mental

En la historia de la medicina son pocas las condiciones que conducen a las personas a ser incluidas en un grupo de identidad determinada, como en la enfermedades psiquiátricas. No se nombra al que contrae una neumonía como neumónico o al portador de una cirrosis como cirrótico. El individuo que padece una afección mental, en cambio, se considera que es un enfermo mental.

Así se exceptúa al enfermo psiquiátrico de otorgarle licencia para conducir porque su status mental lo ubica en un marco de interferencia en todos los aspectos de la vida en el mundo, también frente al volante de un vehículo. Dice Norman Sartorius: “habría que imaginar el alboroto que se produciría si las personas con neumopatía fuesen llamados neumópatas y fuesen excluidos de la posibilidad de conducir automóviles porque podrían tener un acceso de tos que les haga perder el control”.⁶

A pesar de los logros que durante el siglo pasado hubo en reducir el estigma y la discriminación en relación al género, raza, orientación sexual y religión, y a pesar de la apertura creciente en tratar temas antes tabúes como el cáncer y el VIH, el estigma y la discriminación contra las personas con enfermedades mentales aún perduran con prevalencia.⁷

La construcción de la noción de emoción como lo irracional y subjetivo (entre otras características caóticas) juega un papel central en la ideología de las sociedades actuales. Una de las asunciones culturales más importantes es que lo emocional es la antítesis de la razón. La racionalidad se acerca a la inteligencia y la habilidad para resolver problemas. En cambio, las personas tienden a ver lo emocional como lo disruptivo y lo opuesto al pensamiento. Para la socióloga

Amy Lutz (Syracuse University, New York), decir que alguien es emocional es cuestionar la validez de su discurso, y más aún, el sentido de lo que está diciendo.⁸

En psiquiatría como en cualquier especialidad médica, diseñar clasificaciones y dividir en categorías diagnósticas son actividades necesarias para conducir un pensamiento con criterio médico científico, único posible para concluir en un tratamiento apropiado y una evolución satisfactoria.

Los términos que definen a las enfermedades mentales no son despreciativos en sí mismos. Lo que resulta pernicioso es su uso basado en el prejuicio que los manipula para etiquetar a las personas, asociando un diagnóstico con una característica estereotipada y socialmente indeseada. Etiquetar o rotular conduce así a separar al enfermo situándolo en una categoría fundamentalmente distinta al resto de la gente (efecto de “nosotros y ellos”). Ejemplos resultantes de esta conducta son creencias tales como: *“los enfermos mentales son peligrosos”, o “el esquizofrénico es violento”* o *“las personas que se deprimen son débiles de carácter”*. Así la etiqueta es un *estiquer* (tal la procedencia del francés de la palabra etiqueta) que adhiere un estereotipo al individuo que lo porta.

La influencia negativa de los medios de comunicación y el empleo que exhiben de los términos psiquiátricos es un factor insoslayable.

En un análisis de los diarios del Reino Unido (los ocho nacionales más ocho regionales) durante un período de dos meses (marzo y octubre) en el año 2006, se puso en clara evidencia algo que ya era evidente pero no suficientemente analizado: la enorme prevalencia de lenguaje psiquiátrico metafórico (considerado así cuando términos de salud mental son empleados en contextos no relacionados con la salud mental) y peyorativo, usado para describir fenómenos más que individuos, lo cual resulta igualmente perjudicial por cuanto contribuye a sostener discursos discriminatorios y estigmatizadores.⁹ Se evaluaron 2.658 artículos de diarios (de los cuales 2131 reunieron criterios de inclusión en el análisis). Ya con anterioridad, se había detectado que el 27% de los términos psiquiátricos (en todos los medios gráficos y radiales a lo largo de 30

días en marzo de 2005 en el Reino Unido) habían sido empleados en las coberturas de hechos de homicidio y otros crímenes.¹⁰

La referencia a condición psiquiátrica en los reportes de noticias policiales, por ejemplo, suele resultar claramente estigmatizadora. Esta mención, siendo innecesaria e irrelevante para el hecho descrito, encierra la intención de generar adversidad hacia los enfermos. Por ejemplo en el siguiente texto de un artículo transcrito del diario Times de marzo de 2006, el dato sobre antecedentes de depresión e intentos de suicidio es presentado como de importancia central para el status de asesino serial.

“Charles Cullen, 46, a loner with a history of depression and suicide attempts, will escape the death penalty in return for pleading guilty to at least twenty-nine murders and co-operating with investigators looking into other suspicious deaths”

Los diarios más importantes de Canadá estigmatizan desde los titulares, según opina Whitley Rob (Douglas Mental Health University Institute of Canadá)

En la literatura médica también se observan empleos de términos no adecuados en relación al paciente psiquiátrico que resultan discriminatorios¹¹

Ninguna sociedad es ajena al problema de los medios de comunicación, como fuente poderosa de estigma y exclusión social. Por el contrario, en todo el mundo los medios brindan mensajes y crean personajes en que se asocia la patología mental con la violencia, lo impredecible y la falta de responsabilidad.¹²

Los medios de comunicación, al igual que el cine, han aportado a la consolidación de estereotipos que traducen una percepción hacia los seres humanos con enfermedades mentales como individuos extraños. El reconocimiento de extrañeza en individuos mentalmente enfermos es uno de los principales factores que predicen el alejamiento social hacia ellos¹³

Los estereotipos negativos de los enfermos psiquiátricos, sus familias y los profesionales de la salud mental, que presentan los medios, juegan un papel central en el mantenimiento del estigma. Son muy comunes, muy perjudiciales y deben rechazarse.

La World Psychiatric Association estableció un plan de acción para el período 2008 a 2011 destinado a mejorar la imagen de la psiquiatría y los psiquiatras ante los profesionales sanitarios, las autoridades sanitarias, los estudiantes de las carreras relacionadas con la salud y del público general. Creó una comisión a la que encomendó analizar las publicaciones no científicas que abordan esta problemática. Se consideró relevante el contenido de 503 estudios a través de una búsqueda realizada en julio de 2009.

Algunos trabajos enfatizan que en los periódicos, los reportajes publicados sobre los psicofármacos han sido considerablemente más críticos que los reportajes sobre los fármacos cardiológicos. Con mucha frecuencia se resaltan los efectos secundarios negativos y se omite información sobre los efectos favorables.¹⁴

Las actitudes negativas hacia la electroterapia convulsiva pueden atribuirse a los medios de comunicación masivos y a las imágenes representadas en el cine.¹⁵

En los medios de comunicación, los psiquiatras suelen ser representados como inútiles e incapaces de proporcionar tratamiento eficaz.¹⁶

La modificación de la imagen de la psiquiatría en los medios es un requisito preliminar importante para cambiar la opinión del público, sobre todo porque favorecerían las expectativas realistas de las modalidades del tratamiento y su eficacia. Heather Stuart señala que los profesionales relacionados con la salud mental, lo mismo que los pacientes, deberían estar más presentes en los medios, a fin de proporcionar una imagen más exacta de los tratamientos psiquiátricos y sus consumidores.¹⁷

A menudo la información que brindan los medios acerca del ejercicio de la psiquiatría es obsoleta a pesar que el rol de los medios en la formación de actitudes del público general cada vez tiene más importancia.¹⁸

A lo largo de 65 años de existencia, una persona transcurre más de nueve años mirando televisión, sin tener en cuenta los seis millones de videos que son diariamente alquilados. El joven estadounidense promedio consume 1.500 horas cada año mirando televisión, mientras que 900 hs. permanecen en la escuela. Al terminar el curso elemental habrán de presenciar 8.000 asesinatos a través de la pantalla del televisor y a la edad de 18 años habrán observado unos 200.000 hechos de violencia. Los retratos estigmatizadores que vinculan violencia y criminalidad con enfermedad mental son habituales en las transmisiones vistas por los jóvenes¹⁹

Los programas de noticias y de entretenimiento han producido un enorme caudal de imaginación a través de personajes malignos y locos, y a través de una atroz desinformación concierne a los tratamientos psiquiátricos. Desde los comienzos de la televisión el mensaje de que la enfermedad mental engendra violencia ha sido consecuente.

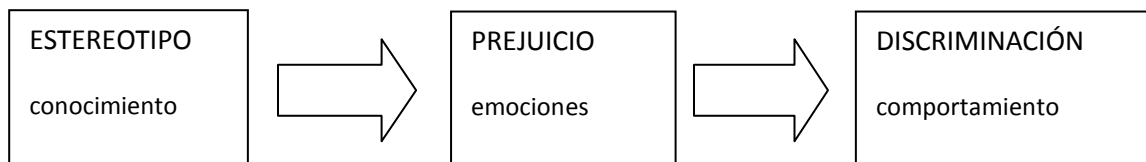
Los personajes de la televisión que tiene una alteración psiquiátrica son típicamente delineados como poco amistosos, sin familia y completamente desadaptados socialmente. Los informativos enfatizan un vínculo entre lo irracional, lo delirante y lo violento con la patología mental.

En los países desarrollados, la mayor parte de la información sobre salud en general y mental en particular, proviene de los medios de comunicación, en los que las personas mentalmente enfermas son pinceladas como agresivas e impredecibles. Así el público ve reforzado el estereotipo negativo que promueve al miedo, a la intolerancia y al alejamiento social.

Las familias de los enfermos mentales identifican como principales fuentes de estigma a las películas sobre asesinos “enfermos mentales”, las noticias sobre tragedias causadas por personas con enfermedad mental, el uso cotidiano de términos como “loco” o “psicópata” y las bromas sobre la enfermedad mental.²⁰

La vertiente cognitiva del estigma la representa el *estereotipo* que constituye un conocimiento vulgar acordado y compartido por la mayoría de los miembros de una sociedad, acerca de las características de un determinado grupo de personas. Son creencias sostenidas que cuando ge-

neran reacciones emocionales negativas, ponen en marcha prejuicios sociales que generan actitudes y comportamientos de discriminación efectiva. La discriminación causa rechazo social y aislamiento, margina o sitúa en desventaja social al discriminado. El estereotipo “pega” o adhiere a un diagnóstico individual una característica “clisada” y socialmente indeseada.



El estereotipo ubica a la persona repetitivamente en una categoría fundamentalmente diferente al resto de las personas.

Los estereotipos en relación a la enfermedad mental en las sociedades occidentales, se construyen en torno a creencias sobre peligrosidad, violencia, responsabilidad por el padecimiento, debilidad del carácter, incompetencia para el auto cuidado, la conducta impredecible y la falta de control.

La tendencia marcada por la realidad, sin embargo, es completamente opuesta a estos estereotipos. Efectivamente, la gran mayoría de la gente que comete actos violentos no tiene desórdenes mentales.²¹

Sin embargo, los relatos cotidianos acerca de incidentes violentos en el tránsito urbano arrastra casi siempre comentarios como: “...qué loca está la gente...”. A propósito, y a modo de ejemplo,

un paciente en el consultorio narra una experiencia estresante que vivió cuando estuvo a punto de ser atropellado por un conductor de transporte público de pasajeros. Una reacción gestual a continuación, cargada de ira amedrentó a la víctima de la agresión: "...no le dije más nada porque a lo mejor era un loco...quizás tenía un arma...parecía un loco...un loco..."

Los prejuicios conllevan reacciones emocionales de miedo y desconfianza principalmente, pero también de pena, culpa y sentimientos de responsabilidad. "...La gente piensa:...algo grave debe haber pasado en tu familia para que tu hermano tenga esquizofrenia". El cambio en la pelea contra el estigma sucede cuando la persona y la familia empiezan a hablar del tema²²

Los signos sobre los que la sociedad construye los estereotipos que estigmatizan al enfermo mental son de cuatro tipos:²³

1. El comportamiento o lenguaje extraño.
2. El déficit en las habilidades sociales como el lenguaje expresivo no verbal (contacto ocular, gestualidad y mímica) y los temas de conversación elegidos.
3. Apariencia física como vestimenta e higiene.
4. El hecho mero de tener un diagnóstico psiquiátrico o un tratamiento ya sea hecho por un profesional de la salud mental, por auto designación o por asociación (por ejemplo: "...lo vieron salir de una clínica psiquiátrica...").

Este último tipo de signos lleva a la gente a estigmatizar aún en ausencia de conductas anómalas. El mismo diagnóstico psiquiátrico se asocia a una reacción social negativa.

Hay personas con enfermedades mentales que se auto estigmatizan y desarrollan una baja autoestima. El proceso de *auto estigmatización* se denomina también *estigma internalizado* y es uno de los efectos más nocivos del estigma, pues la propia persona cree ser menos valiosa como persona. Los niveles de *discriminación percibida* así como la *legitimidad de discriminación percibida* (creer que es justificado que las personas sin desorden mental tengan un mayor sta-

tus que las personas que lo padecen) son determinantes cruciales para la respuesta de una persona al estigma.

Si la persona afectada de un desorden mental tiene percepción elevada de la discriminación sufrida y considera que ésta es justa, está en inferioridad de condiciones para fortalecer su autoestima y tener una actitud vindicativa, de autovalorización, autoeficiencia y control (condiciones que juntas se asocian al concepto de “*powerment*”). Sus estrategias de afrontamiento del problema son el mantenimiento en secreto de la enfermedad, la retracción a nivel social y el aislamiento para evitar el rechazo.

Las personas con baja percepción de discriminación y baja legitimidad de discriminación percibida, suelen caer menos en la autoestigmatización, por el contrario tienen mayor autoestima y mayor “*powerment*”. Las estrategias de carácter positivo de afrontamiento del estigma incluyen la búsqueda de apoyo social y la implicación en organizaciones y en acciones para educar a la sociedad.

Es necesario entender mejor por qué los individuos responden diferente al estigma público.²⁴

Las investigaciones que han estudiado el problema del *estigma percibido* (creencias de la persona acerca de la devaluación-discriminación que experimentaría por el hecho de sufrir un trastorno mental) coinciden al encontrar que elevados porcentajes de participantes anticipan el rechazo, es decir creen que una persona con enfermedad mental probablemente será devaluada y discriminada por el hecho de padecer un desorden mental. El estigma percibido guarda una correlación negativa con la calidad de vida, una correlación negativa con la autoestima, una correlación positiva con los síntomas de depresión y ansiedad. Algunos estudios indican que no guarda relación con los síntomas psicóticos, pero otros han hallado que la gravedad de los síntomas psicóticos y el nivel de discapacidad son mayores entre las personas que perciben estigmatización en comparación con aquellas que no la perciben.

El *estigma experimentado* aparece como menor, en las cifras de diversos estudios, que el estigma percibido. Guarda una correlación negativa con la autoestima. Algunos estudios han hallado una correlación positiva con los síntomas psicóticos y con los síntomas de depresión y de ansiedad, otros estudios no han hallado correlación entre estigma experimentado y sintomatología. Cuando la persona con enfermedad mental expresa una mayor preocupación ante el rechazo (medida como estrategias defensivas), aumenta la probabilidad de experiencias de rechazo ²⁵

Desde ya que el tipo de desorden influye. Por ejemplo, la Depresión por sí misma afecta en forma especial la autoestima y desalienta las expectativas personales de importancia y eficacia.

En un importante estudio internacional, cuanti y cualitativo sobre discriminación y estigma en Depresión, se observó que el 39,2% de los encuestados (personas de más de 18 años con diagnóstico por DSM IV TR para Depresión Mayor en el último año), marcaron el extremo positivo de la escala de puntuación (“a lot”) a la pregunta sobre si ocultaban su problema, el 80% tuvieron experiencias de discriminación en algún dominio de sus vidas y el 25 a 33% se autoexcluyeron para algún aspecto de sus vidas, como buscar trabajo. ²⁶

En un estudio de similares características con personas con esquizofrenia, el 34% de las 736 encuestadas, tuvo respuestas de auto estigma y auto discriminación sin haber experimentado en realidad estigma o discriminación. Estas conductas de auto estigma sucedieron a la hora de pedir un trabajo o buscar un amor. ²⁷

Resultó llamativo que las conductas de discriminación real fueron reportadas en mayor número de áreas de la vida de las personas con enfermedad depresiva que en el grupo de participantes con esquizofrenia. Probablemente resulta menos equívoco el concepto de enfermedad para la esquizofrenia que para la Depresión.

La conducta discriminatoria conduce a situaciones de dificultad para acceder a un trabajo, una vivienda, relaciones sociales y de pareja, sistemas de salud y judicial. El enfermo suele ver su ámbito social limitado al de las otras personas que padecen enfermedad mental. La exclusión

social vuelca a la persona con problemas psiquiátricos a comportamientos de autoexclusión, conductas de auto punición y de riesgo, a mayor deterioro cognitivo por privación de estimulación, demora en la búsqueda de tratamientos y abandono de los mismos.²⁸

El vínculo entre estigma y tendencia al suicidio es muy conocido en determinados grupos de minorías étnicas y sexuales. No obstante, el estigma asociado a la enfermedad mental como factor de riesgo suicida, no ha sido aún suficientemente investigado. De acuerdo al modelo de diátesis del estrés aplicado al suicidio, la concurrencia de unas vulnerabilidades biológica y psicológica, sumadas a estresantes sociales, pueden desencadenar conductas suicidas. En tal sentido, el estigma genera estrés por el sentimiento de desesperanza que conlleva.²⁹

En Canadá se estableció en el año 2007 el grupo de trabajo Estigma-Discriminación con el mandato de investigar y recomendar las prioridades para la detección del estigma, involucrando a psiquiatras, investigadores, líderes políticos, pacientes y familiares. Los participantes respondieron una encuesta a través de cuyos resultados se obtuvo información de primera mano sobre experiencias de discriminación. El 79% ocurrieron hacia los pacientes, el 65% hacia los proveedores de salud mental, y el 53% hacia los médicos psiquiatras. Las experiencias reportadas sobre discriminación hacia un enfermo psiquiátrico por parte de médicos no psiquiatras fueron del 53%. La mayor discriminación y estigma contra la persona con un trastorno psiquiátrico fue reportada dentro de las salas de emergencia (89%) (Canadian Psychiatric Association's Stigma-Discrimination Working Group 2011)

En los distintos servicios de salud del Reino Unido, existe un proceso por el cual los síntomas físicos son mal interpretados como de origen mental, especialmente en las personas con enfermedades psiquiátricas previas. Este "*overshadowing*" representa una barrera considerable, para que las personas con una afección psiquiátrica reciban un tratamiento médico adecuado por una condición médica general³⁰

El estigma no sólo se da entre las personas sino también en las instituciones, generando inequidades sociales. El estigma y la discriminación tienen impactos económicos negativos en el reclutamiento de fondos para la investigación, menor y peor organización de servicios clínicos que otras áreas de la salud, lo cual resulta un desafío para alentar a los profesionales de la salud mental.

Resulta un dato de la realidad que llama la atención el hecho de que los psiquiatras no sólo son blancos de estigma, sino también responsables y hasta se puede afirmar que no están exentos de tener actitudes estigmatizadoras.

Los psiquiatras pueden tener creencias aún más negativas y más pesimistas acerca del pronóstico y recuperación de las personas con desórdenes mentales por estar acostumbrados a atender a pacientes en las instancias más severas y de mayor resistencia a los tratamientos. Así es como tratar de sobreponerse al estigma es un desafío para los psiquiatras a lo largo de toda la vida³¹

Los recursos psiquiátricos suelen ser más pobres en una institución médica a pesar de comprenderse su importancia de tal área para el óptimo cuidado del paciente³²

La enfermedad mental en Canadá recibe ocho veces menos porcentajes en recursos de investigación que el cáncer o las enfermedades cardíacas. Otra forma de describir esta discriminación es la eliminación confusa de los hospitales mentales en Canadá.

Las enfermedades mentales constituyen más del 15% de la carga por enfermedades en Canadá. No obstante, una fracción desproporcionadamente pequeña del total de los recursos son derivados a Salud Mental (por ejemplo, en el año fiscal 2003/4 fue sólo del 5%)³³

La exclusión social de los pacientes con enfermedades mentales se manifiesta en el desempleo, la falta de redes sociales, la disminución de roles sociales y la falta de participación social y económica. Dado que la pobreza, la discapacidad y la falta de redes sociales están interrelacionadas y refuerzan la discriminación y la enfermedad mental, es un imperativo ético y pragmático promover activamente la inclusión social de esta población.³⁴

La injusticia que deriva del estigma en la enfermedad mental puede llegar a límites no sospechados antes por la autora de esta tesis. Tal situación que colma de estupor se conoce a través de estudios, como se verán más adelante, que muestran que las personas con esquizofrenia y coronariopatías, reciben sólo by pass y angioplastía (Stent) en la mitad de los casos que los enfermos cardíacos sin afección psiquiátrica.

En la realidad actual, por ende, los médicos no están ofreciendo el mismo nivel de cuidado a los enfermos mentales que a sus pacientes sin trastornos mentales.

Acerca de Estigma y Depresión

La Depresión es la segunda causa de enfermedad crónica vista en el nivel de Atención Primaria de la Salud^{35 36}

Según la OMS, la Depresión Mayor tiene una prevalencia anual de 10.3% y una prevalencia a lo largo de la vida del 17.1%³⁷

El estigma en relación a la Depresión se asocia con una disminución de la calidad de vida, problemas en el trabajo, menor actividad social y de placer y menor acceso a los cuidados de la salud.

Incluso los mismos médicos que presentan Depresión, aún cuando puede ser devastadora para ellos e interferir negativamente en los pacientes bajo sus cuidados, suelen ser más renuentes a buscar ayuda profesional que la población general por temor al estigma³⁸

En un estudio con 80.737 personas encuestadas, se observó que el mayor nivel de estigma asociado a Depresión ocurre en los países en desarrollo (22.1% Vs. 11.7%) y que en comparación con otras enfermedades crónicas es la Depresión la que más estigmatiza (21.9% Vs. 10.6%)³⁹

No obstante, en un estudio desarrollado sobre muestras con personas afectadas de un primer episodio de Depresión o esquizofrenia en Austria, Polonia, Croacia, Rumania y Suecia, los scores de discriminación experimentada fueron levemente superiores para Depresión. La mayor puntuación se registró en Suecia.⁴⁰

Puede resultar cuestionable que se proceda a comparar resultados de encuestas completadas por personas con patologías distintas, esencialmente por las condiciones del juicio crítico en una y otra. Estas dificultades podrían zanjarse si se complementara este trabajo con otros estudios cualitativos que permitan analizar el lenguaje utilizado por los respondedores.

En un trabajo desarrollado en Australia, en base a la preocupación que genera la Depresión entre la población trabajadora, como una carga pública mayor y como causa principal de deterioro y discapacidad en economías de Mercado, se utilizó una encuesta nacional on line a través de las asociaciones de profesionales. Se obtuvieron respuestas de 379 “leaders” y 364 aprendices en desarrollo de recursos humanos. El 63% de los “leaders” reportaron sentir al menos alguna confianza para apoyar el manejo de un empleado con Depresión. Solamente el 39% de los profesionales en formación en recursos humanos, reportaron confianza en que el equipo director sabría qué hacer en el manejo de un empleado con Depresión.⁴¹

Como ya se ha señalado, los mayores niveles de estigma y discriminación percibidos y experimentados, no se corresponden a aquellas personas con patologías que afecte el juicio, sino a las personas con desórdenes afectivos. Este dato resulta ciertamente llamativo, al menos para la autora de este trabajo.

El mayor estigma percibido se relaciona con la menor adherencia a la medicación antidepresiva.⁴²

Mucha gente cree que resulta dificultoso hablar con personas con Depresión y que son impredecibles y amenazadoras para los demás. En un estudio cualitativo realizado en un grupo de 23 personas con Depresión, se analizaron las seis dimensiones propuestas por Jones (USA 1984) para la estructura del estigma.⁴³

1. “*Concealability*”(término referente a la posibilidad de que algo pueda ser ocultado): una condición es menos estigmatizadora si se puede ocultar con facilidad

2. Curso: es menos estigmatizadora si es de corta duración y buen pronóstico
3. “*Disruptiveness*” (término que alude a la condición de producir ruptura o disrupción): es menos estigmatizadora si no estorba la comunicación ni la interacción
4. *Falta de estética o repelencia*: es menos estigmatizadora si no afecta cualidades estéticas, o sea si no afea.
5. *Origen o responsabilidad*: es menos estigmatizadora si las circunstancias de la causa o responsabilidad no caen en el sufriente
6. *Peligrosidad*: es menos estigmatizadora si no se considera peligrosa para otros.

Analizados los resultados de las discusiones grupales entre los participantes afectados de Depresión, se observó que la dimensión que tiene más fuerte atracción de estigma es el *origen o responsabilidad*. La gran mayoría de las personas con afecciones psiquiátricas siente que los demás los culpan a ellas. La culpa es inevitable, siempre aparece señalada (“...está así porque quiere...no hace lo suficiente para mejorar...no pone voluntad...”), excepto que haya ocurrido una gran razón como una fatalidad.

En segundo lugar, resultó estigmatizadora la condición de repelencia como característica que aleja a la gente, tal como la falta de aseo o de cuidado del aspecto personal.

Las condiciones *concealability*, *curso*, *disruptiveness* y *peligrosidad* no fueron comprendidas como estigmatizadoras por parte de los participantes en el grupo de discusión.

Más preocupante en este estudio resultó ser el estigma leve que refirieron haber percibido los enfermos por parte de los médicos generales y, especialmente, por parte de los profesionales de la salud mental, en particular los psiquiatras (“...me hicieron sentir como si hubiera hecho algo para estar así, o algo hubiera pasado para estar con depresión...”). En relación al estigma entre los propios psiquiatras, la NARSAD (National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression) encuestó a profesionales psiquiatras a nivel nacional para determinar los mitos más comunes sobre la enfermedad mental y se observó que aún existe una tasa pavorosa de

respuestas inadecuadas a las preguntas tales como si los trastornos psiquiátricos son verdaderas enfermedades médicas como la enfermedad cardíaca y diabetes, si la enfermedad mental es el resultado de la mala crianza o si la depresión es el resultado de una debilidad de la personalidad o el defecto de carácter.⁴⁴

En un estudio realizado en Australia, se encuestaron a 1312 adultos en una muestra randomizada y se observó que la mayoría reconoció que sentirían incomodidad buscando ayuda profesional en caso de sufrir Depresión y esperaban una respuesta negativa de los profesionales hacia ellos. Se supone que estas expectativas de mala respuesta condicionan una menor búsqueda de ayuda profesional.⁴⁵

En Canadá las conductas médicas evaluadas en las salas de guardia resultan alarmantes. En un estudio realizado en 96 salas de emergencia de la provincia de Ontario durante un año, se evidenció que los pacientes con infarto de miocardio que tenían antecedentes de Depresión, eran desfavorecidos en el score de prioridad (triage) como así también en la celeridad con que se realizaron ECG y el inicio de intervenciones terapéuticas como perfusión de fibrinolíticos y la angioplastia con balón durante una intervención coronaria percutánea.⁴⁶ Esta discriminación en la conducta médica de urgencia llama particularmente la atención tratándose de Canadá, un país puntero en la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad psiquiátrica.

No obstante la existencia abrumadora de datos de la realidad acerca del problema del infra diagnóstico de la enfermedad depresiva, resta una toma de mayor consideración a la cuestión del estigma hacia la persona con Depresión por parte del médico ya que, a juicio de la autora, este problema jugaría un rol destacado en la causalidad del no reconocimiento de la Depresión en el nivel de atención primaria como así también en las diversas especialidades médicas.

Algunos resultados de estudios utilizando encuestas permiten aseverar que la Depresión no es considerada siquiera una enfermedad o, si lo es, se cree que acontece en personas débiles de carácter y de voluntad.

El problema del sub diagnóstico de la Depresión por los médicos generalistas ha sido observado con preocupación en muchos países.

De 1000 personas con Depresión, 500 a 800 no tienen contacto con los servicios de salud; 100 tienen contacto con los servicios de salud y 100 a 200 tienen contacto con otras formas de ayuda fuera de los servicios de salud. De los 100 que toman contacto con estos servicios, 50 no son reconocidos como depresión y 50 si lo son. De estos 50 que son bien diagnosticados, 15 a 20 no reciben un tratamiento apropiado. (Sartorius N. 5th International Stigma Conference, Ottawa, 2012)

En un voluminoso y exhaustivo meta análisis realizado por Mitchell Alex, se buscaron los estudios publicados durante 43 años (desde 1966 hasta 2009). En el meta análisis se incluyeron los estudios que evaluaron la habilidad para el diagnóstico de Depresión entre los médicos generalistas (General Practitioners)⁴⁷

El meta análisis arrojó una prevalencia de Depresión del 21.9%. El diagnóstico fue correctamente otorgado en el 50,1% (sensibilidad).

El 79.1% de los pacientes atendidos por los médicos generalistas no sufrían Depresión. No obstante se halló diagnósticos formulados de Depresión en ellos en el 18.7%. (81.3% de las personas sin depresión no recibieron el diagnóstico, ésta es la especificidad del diagnóstico clínico).

De acuerdo a estos datos se puede resumir en forma simplificada de la siguiente manera: de cada 100 personas que visitan al médico generalista, 20 tienen Depresión, de los cuales 10 quedan sin diagnosticar: 10 sujetos con **falsos negativos**.

Las 80 personas restantes no tienen Depresión. No obstante, 15 de ellos reciben este diagnóstico: 18 sujetos con **falsos positivos**.

Vale decir que la cantidad neta de personas diagnosticadas con depresión que no tienen depresión, supera a la cantidad de personas con depresión no diagnosticada.

En otro meta análisis, los mismos autores hallaron para la Depresión Leve una tasa de diagnóstico correcto del 33.8% (es decir menos que para formas moderadas o severas), mientras que los Trastornos por Estrés ofrecieron en su presentación clínica, en el nivel primario de atención, una sensibilidad del 48.4% (es decir que casi la mitad son correctamente diagnosticados)⁴⁸

El problema de la elevada incidencia de falsos positivos y falsos negativos en torno al diagnóstico de la Depresión fue observado en los países escandinavos por autores daneses. En un estudio sobre consultas a médicos generalistas realizadas por 4.271 dinamarqueses, 1180 finlandeses, 1283 suecos y 1.720 noruegos, se constató un índice de falsos positivos del 12.4%, 16.4%, 15.3% y 25.2% de los casos. Los falsos negativos fueron: 2.5%, 1.5%, 1.3% y 0.9% respectivamente. Los autores sugieren que el diagnóstico puede mejorarse mediante la aplicación, por parte de los médicos generalistas, de cuestionarios autoadministrados en aquellos pacientes que sospechen algún trastorno del espectro psiquiátrico (como el Depression Screening Questionnaire de 11 ítems)⁴⁹

Un estudio llevado a cabo por U.S Preventive Services Task Force en el año 2002 arrojó datos que obligaron a elevar las siguientes recomendaciones que suenan paradójicas a la luz de los conocimientos que se derivan de los trabajos epidemiológicos: que los médicos generalistas se abstengan de realizar screening de Depresión en el consultorio de Atención Primaria sin una correcta entrevista diagnóstica posterior, pues la mayoría de los instrumentos (Zung, Beck, GHQ...) carecen de una satisfactoria especificidad (70 a 85%) y los riesgos de diagnosticar falsos positivos son serios: cese de trabajo sin necesidad, costos de tratamientos y efectos adversos como hemorragias del tubo digestivo alto en ancianos con IRSS y conductas suicidas en grupos entre 18 y 29 años con IRSS (especialmente paroxetina).⁵⁰

El problema de los falsos positivos en este diagnóstico no es menor y representa el revés de problemática que surge de la falta de una adecuada formación y de dificultades en la atención

médica moderna (escaso tiempo empleado, deficiente comunicación con el paciente, estigma, supra especialización, desarrollo tecnológico, etc.).

En el próximo apartado veremos que hay autores sociólogos y antropólogos que acusan a la medicina moderna de sobre diagnosticar la depresión en función de intereses, explícitos y no explícitos, de mercados y teñidos de ideología capitalista.

Evidentemente el diagnóstico de la Depresión genera conflictos. Son muy numerosos los estudios científicos que muestran el problema del infra diagnóstico. No obstante, desde otras disciplinas se acusa a la psiquiatría de crear y abusar de este diagnóstico. Incluso se suele escuchar desde la opinión vulgar y en los medios de comunicación frases como “hoy no se permite estar triste...enseguida se diagnostica una Depresión”...o “estás de duelo y te dicen que estás deprimido...”

¿Qué coyuntura amplia y compleja atraviesa la Depresión como para generar tanta disparidad de creencias? ¿Por qué desde algunos marcos epistemológicos, más allá del conocimiento vulgar, se desprecia su condición de enfermedad? Este trabajo solo intenta aproximar y comprender algunos análisis sobre el tema, no arrojará conclusiones algunas.

En un estudio alemán se analizó la población atendida a lo largo de un día en los servicios de atención primaria de la salud en Alemania.⁵¹ En total fueron chequeados 14.748 pacientes atendidos por 412 médicos de atención primaria (de un total de 56.000 en todo el país). A los pacientes se les aplicó un instrumento de screening para Depresión y una entrevista a los médicos.

Los resultados de este estudio arrojaron una prevalencia de Depresión de 10.9%. El 45% de los casos no fueron correctamente diagnosticados (un 26% ni siquiera recibió el reconocimiento de afección psiquiátrica y un 19% recibió un diagnóstico psiquiátrico de otro tipo).

Los datos más claros desprendidos del análisis de las múltiples variables dependientes de los médicos y de los pacientes, que subyacen al infra diagnóstico, fueron:

1. La edad del médico: los de mayor edad tuvieron más baja tasa de reconocimiento de la Depresión. Los autores suponen que el arraigo a antiguas nosologías, según las cuales se contraponían los conceptos *endógeno* Vs. *Neurótico*, pudo conducir a diagnosticar en forma correcta solamente los casos de más severos.
2. La mayor deficiencia diagnóstica se observó especialmente en los casos de Depresiones de grado leve
3. Se observó más dificultad cuando la Depresión, especialmente si es de grado leve, se presentaba en personas jóvenes

El coordinador del grupo de Salud Mental de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, José Arbesú, sostiene que “el médico no logra identificar la Depresión porque suelen, la mayoría de los casos, tratarse de una Depresión moderada y probablemente imperceptible. Además, como la mayoría de los afectados que acuden al médico tiene síntomas físicos, éstos captan toda la atención del profesional, quedando en el olvido la parte mental”⁵²

Este concepto encierra una idea amarrada en la mentalidad de muchos médicos: solo se percibe lo físico. Se cree que lo psíquico no se expresa en lo físico y por lo tanto no se percibe.

Lo notorio es que hoy en día, y en forma silenciosa, la Depresión está absorbida por la corporalidad, es más hipocondríaca, es menos dramática, hasta se podría decir que parece ser más racional. Alrededor del 70% de los pacientes llegan a la consulta médica presentando quejas y síntomas físicos, en tanto que solo poco más del 25% de los pacientes comunica algún síntoma psíquico o social. Las personas tampoco tienen claro el reconocimiento de un cuadro depresivo, aunque lo estén cursando.⁵³

En el Reino Unido se analizaron registros diagnósticos efectuados por médicos generalistas entre los años 1996 y 2006. Se observó que la incidencia de diagnóstico de Depresión descendió de 22.5 por mil a 14 por mil personas al año durante esa década. Esto contrasta con los abundantes datos epidemiológicos que muestran el sentido opuesto en cuanto a la incidencia de la enfermedad depresiva.⁵⁴

Al respecto, una exhaustiva y sistemática revisión de todos los estudios desarrollados en el año 2010 sobre epidemiología de las enfermedades en todo el mundo, se halló que las enfermedades mentales y los abusos de sustancias, generan 183.9 millones de años de discapacidad a lo largo de la vida (DALYs) (95% UI 153.5 millones- 216.7 millones), o el 7.4% (6.2–8.6) del total de la carga por enfermedades en el año 2010.

Además los desórdenes mentales y el abuso de sustancias representan la quinta causa del global de enfermedades productoras de DALYs, siendo la principal la Depresión, seguida por los Trastornos de Ansiedad, los Trastornos por Uso de Sustancias y por uso de Alcohol.

Los Desórdenes Depresivos contribuyen más que ningún otro a la carga por enfermedades no mortales, seguido por los Desórdenes de Ansiedad, Uso de Drogas y Esquizofrenia.⁵⁵

La Federación Mundial de la Salud Mental ha dedicado el Día Mundial de la Salud Mental 2012 a “la Depresión: una crisis global” fundamentando esta elección en el dato relevante de que la Depresión afecta a 121 millones de personas en todo el mundo, pudiendo llevar al suicidio en los casos severos, que causa 850.000 muertes al año y que se prevé para el año 2020 será la segunda principal causa de incapacidad y la mayor responsable de carga de enfermedad para el 2030.⁵⁶

A pesar de las dificultades que exhiben los profesionales médicos de todo el mundo para el diagnóstico de la enfermedad depresiva, los mismos médicos constituyen una población con tendencia no despreciable a sufrir depresión y con más elevada tasa de suicidio que otros profesionales.

Acerca de esta incidencia y de los beneficios que se desprenderían de una mayor concientización del problema de los médicos deprimidos, en Noruega se realizó un estudio en todos los alumnos de las facultades de medicina del país graduados entre los años 1994 y 1995 y se los siguió durante los 15 años posteriores a su graduación. Se detectaron síntomas depresivos en el 13.7% del total de los sujetos, con una decreciente incidencia desde el último año de la carrera hasta los 14 años posteriores.⁵⁷

ESTADO DE LA CUESTIÓN.

SEGUNDA PARTE

Acerca del concepto *Enfermedad*.

El preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud reza: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁵⁸

Esta definición abarca las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del concepto de salud.

La principal preocupación de la autora es la creencia que muchos colegas médicos sostienen sobre la depresión y los pacientes que la sufren. Es la creencia de no tratarse de una enfermedad y de que quienes la padecen no son enfermos.

El desarrollo de las neurociencias de las últimas décadas ha permitido dejar atrás viejos paradigmas como la dicotomía mente-cuerpo, endógeno-reactivo, psicológico-biológico.

“This new knowledge gives us a better perspective on the extraordinary complexity of the brain, both structurally and functionally. It explains the infinite variety of reactions the brain may produce: simply, the entire range of neurological and psychological manifestations of life, including emotional, cognitive, and behavioural activities. The brain is a “multitask-multifunction” machine in constant interaction with the environment. In other words, there is no psyche without brain and no functioning brain without a stimulating environment. This

complexity of the brain also explains why hundreds of mental and neurologic disorders and illness may affect its structure and functioning".⁵⁹

Sin embargo, este conocimiento al que se ha arribado actualmente con la evolución de las neurociencias, contrasta con otra realidad: para muchos médicos la depresión no es una enfermedad. ¿Por qué? ¿Qué se entiende por enfermedad? ¿La enfermedad implica anormalidad y la salud normalidad? ¿Por qué los trastornos mentales aún hoy no tienen el estatuto de enfermedad como las afecciones de las que se ocupan las otras áreas de la medicina?

La autora propuso analizar los resultados sobre la creencia de los médicos no psiquiatras acerca de la depresión. Resulta llamativo que tantos médicos no consideren a la depresión como una enfermedad, concepción que no sería extraña si proviniese de profesionales de otras disciplinas y con otros marcos teóricos.

Para ello fue inevitable preguntarse qué significa la enfermedad. Formular esta pregunta y pensar en torno a ella, máxime desde la psiquiatría, ha conducido a la autora a indagar sobre la mirada de filósofos, epistemólogos de diversas líneas, sociólogos, antropólogos y profesionales de las ciencias de la salud y de la salud mental en particular.

El conocimiento adquirido, muy limitado por cierto, sobre el cruce de los discursos y la mirada interdisciplinaria ha sido interesante. Resultó enriquecedor, sobre todo, tomar conocimiento de los cuestionamientos dirigidos, desde algunas áreas de estudio, hacia los conceptos médicos, para seguir profundizando en el tema, sin perder de vista el objetivo central y final de este trabajo que es mejorar la atención de las personas con Depresión que concurren a los centros de atención primaria de la salud. No podrían lograrse progresos en el diagnóstico y tratamiento si antes no se modificasen juicios erróneos sobre la Depresión. No invertir a este desorden del estatuto de enfermedad es, al menos en medicina, una equivocación que perjudicaría a los pacientes. No puede homologarse este problema al quehacer de otras profesiones. A modo de ejemplo, si, como veremos en este estudio, el 50% los graduados en psicología en la UNLP cree que la Depresión no es enfermedad, esto obedece a los marcos epistemológicos que encuadraron su instrucción formativa, sin que esto implique una falta de excelencia en el ejercicio de su

profesión o en la atención de las personas con Depresión. De igual modo, si muchos antropólogos no consideran a la Depresión una enfermedad, no es por error, mala información o prejuicios, sino es una idea sostenida por una trama teórica que toman en consideración según sus propias inclinaciones en derredor del concepto de salud-enfermedad.

Dos visiones sobre el concepto *enfermedad*.

Para algunos intelectuales la enfermedad es una mera construcción social como afirman algunos afines al constructivismo relativismo posmoderno, para los cuales la realidad gnoseológica de la enfermedad no existe.

Para el movimiento posmoderno, creado a partir del final de la segunda guerra mundial, la búsqueda de consideraciones sistemáticas y completas de la realidad y la visión optimista del progreso humano representaban una meta inalcanzable. Sus representantes siguieron la sospecha sobre la noción del conocimiento objetivo o verdad única de Nietzsche, que creía que la idea de la verdad era un disfraz del poder y que la racionalidad era una imposición de las distinciones humanas sobre un mundo irracional. Estas ideas influyeron profundamente en filósofos del siglo XX como Michel Foucault (Francia 1926-1984). Foucault argumentó que la aparición de las ciencias en el siglo XVIII, que sujetan al ser humano a la mirada científica, coincidió con el crecimiento de los sistemas de control disciplinario.⁶⁰

En una línea de pensamiento parecida, el antropólogo Michael Taussig propuso que en toda sociedad, la relación entre médico y paciente es más que una relación técnica. Es, en gran parte, una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente. La persona enferma es una persona dependiente y ansiosa, maleable en las manos del médico y del sistema de salud, y vulnerable a su manipulación y a su moralidad. La persona enferma se precipita en una vorágine de preguntas sobre las cuestiones más fundamentales concernientes a la vida y la muerte..., esto le proporciona al médico una poderosa puerta de ingreso a la psique del paciente, y también supone una desestructuración de la comprensión convencional del paciente y de su personalidad social. La función de la relación entre el médico y el paciente es la de reconstruir ese entendimiento y esa personalidad: recuperarlos para el seno de la sociedad e insertarlos firmemente dentro de los principios epistemológicos y ontológicos

de los cuales surgen las premisas ideológicas básicas de la sociedad...el tema del control y de la manipulación se oculta bajo el aura de la benevolencia...los componentes morales y metafísicos de la enfermedad y la curación se ocultan por medio del uso de la ciencia natural.⁶¹

Foucault opinaba que una de las características de la medicina moderna era la medicalización indefinida insertada en una economía política de la medicina.

En las antípodas de esta línea de pensamiento, el filósofo y doctor en física argentino radicado en Canadá, Mario Bunge, dice acerca de aquellos autores: “son anti realistas” pues no conciben que haya una realidad en las enfermedades al afirmar que ninguna, sea de cualquier aparato o sistema, son trastornos biológicos sino construcciones sociales. El relativismo cultural que suele predicarse en nombre de la tolerancia niega la posibilidad de la verdad objetiva y universal, de modo que sostiene que las diferencias entre el chamanismo y la medicina científica son culturales o ideológicas.⁶²

Sobre lo *normal* y lo *anormal*

Para la medicina, el concepto de enfermedad y de salud no puede ser sólo estadístico. Resultaría de alto riesgo promover una validación consensuada por una sociedad en lo inherente a la salud mental. El hecho de que millones de personas compartan los mismos vicios no convierte a esos vicios en virtudes; el hecho de que compartan muchos errores no convierte a éstos en verdades y el hecho de que millones de personas padezcan las mismas formas de patología mental no hace de esas personas gentes equilibradas.⁶³ Si así fuera, tendríamos que aceptar, resignados, que las consecuencias sobre las futuras inteligencias y conductas derivadas del consumo abusivo de alcohol que hacen los adolescentes (etapa de la vida en que aún no ha finalizado la formación de la mielina en el sistema nervioso) en la actualidad, fueran lógicas y esperables socialmente.

Si entender a qué se puede considerar enfermedad es un problema arduo, más complejo aún es si pretendemos considerar qué es lo *normal*, máxime en la psiquiatría. El término normal y normalidad es confuso pues hay significados diferentes para la palabra *normal*. En las ciencias sociales, en particular el derecho, lo normal es sinónimo de normado o reglado, mientras que para la estadística lo normal es lo que se acerca al promedio, el modo o valor más frecuente. Así el filósofo de la medicina George Canguilhem (1904-1995) concluyó, al confundir esos significados, que las enfermedades son desviaciones de normas o reglas de conducta. Y puesto que estas nacen, se reforman y sustituyen en la vida social, resultaría que la enfermedad no sería un trastorno biológico sino una construcción social.⁶⁴ No obstante, en una comunidad donde abundan las personas obesas, todas ellas están afectadas de tal enfermedad pues las repercusiones perniciosas sobre la salud serían las mismas aunque el sobrepeso sea lo habitual

Entre *lo biológico y lo cultural* en la enfermedad.

Por otra parte, si la vida humana reconoce aspectos “naturales” y “culturales”, es evidente el error de ubicar el complejo de salud y enfermedad como de exclusivo orden biológico. La salud y la enfermedad constituyen conceptos con razones mucho más complejas. Por lo tanto también constituye un error creer que el abordaje “social” por sí solo puede ser suficiente. Lo que se debe entender es que, lo naturalmente dado (salud, enfermedad), se muestra en la cultura (en la atención médica) como la expresión de una síntesis. Y esa síntesis, esa expresión, es lo que el profesional de las ciencias de la salud tiene ante sí.⁶⁵

Vale decir que considerar a la enfermedad desde un punto de vista puramente biológico es tan insuficiente y reducido como hacerlo sólo desde el punto de vista social

Para la religión, la enfermedad puede representar un medio de fortalecimiento en la fe y hasta de salvación. San Pablo dijo: “Pues convenía que Aquel para quien son todas las cosas y por quien todas subsisten, queriendo llevar muchos hijos a la gloria, consumase al autor de la salud de ellos por medio de padecimientos”.⁶⁶

El escritor Clive Staples Lewis (Irlanda, 1898-Oxford, 1963), protestante, dijo: “Cuando pienso en el dolor, en la ansiedad que roe como fuego y en la soledad que se extiende como un desierto, y en la desoladora rutina de la miseria interminable, o en dolores sordos que ennegrecen todo nuestro paisaje, o en los súbitos dolores nauseabundos que de un golpe rompen el corazón de un hombre, en los dolores que ya parecen intolerables y de repente aumentan, en los enfurecedores dolores agudos como la punzada de un escorpión que agitan maníacamente a un hombre que parecía medio muerto con sus anteriores tormentos...mi espíritu se abruma. Si supiera de alguna manera de escapar de esto, me arrastraría por las alcantarillas para encontrar-

la. Pero, ¿de qué sirve que le hable de lo que siento? Usted ya lo sabe: es lo mismo que siente usted. No estoy diciendo que el dolor no sea doloroso. El dolor duele. Eso es lo que significa la palabra. Solo intento mostrar que la vieja doctrina cristiana de hacerse “perfecto por medio del sufrimiento” no es increíble....Pero si el sufrimiento es bueno, ¿no debiéramos buscarlo en vez de evitarlo? Respondo que el sufrimiento no es bueno en sí mismo. Lo que es bueno en cualquier experiencia dolorosa es, para el doliente, su entrega a la voluntad de Dios; y para los espectadores, la compasión que despierta y los actos de misericordia a que conduce...”⁶⁷

Enfermedades y padecimientos.

La medicina no es una ciencia sino una práctica profesional que propone mantener la salud, y su misión no es el plantear problemas, sino buscar y ejecutar acciones para solucionar los problemas de salud.

Conocer en profundidad una enfermedad no necesariamente implica conocer a fondo al paciente que la presenta. No es lo mismo estudiar enfermedades que estudiar enfermos. En tal sentido resulta interesante que la lengua inglesa discrimine entre el término *enfermedad* (“*disease*”) y *padecimiento* (“*illness*”, “*sickness*”). A diferencia de la construcción llamada “*enfermedad*”, el *enfermo* está atravesado por una complejidad histórico-cultural. Por ello el médico siempre tiene que tener una apertura hacia un trabajo interdisciplinario que implica un cruce de discursos. “*Illness*” incluye las respuestas secundarias, personales y sociales, a un mal funcionamiento primario (“*disease*”) en el estado fisiológico, psicológico o ambos. Involucra al proceso de atención, percepción, respuestas afectivas, cognición y valoración dirigidas al proceso de la enfermedad y sus manifestaciones (síntomas, deterioro de roles, etc.). Pero el *padecimiento* (“*illness*”) también incluye comunicación e interacción interpersonal, particularmente dentro del contexto de la familia y de las redes sociales. La *enfermedad* (“*disease*”) tiene un curso y características típicas que son independientes del encuadre. La *enfermedad* es siempre una sola. Pero el *padecimiento* no puede ser entendido en ese modo, sino solo en un contexto de normas y significados dentro de la interacción social.

“*Disease*” e “*illness*” existen como constructos en una configuración particular de una realidad social. Se pueden entender solo dentro de contextos definidos de relaciones sociales y de significados. En los Estados Unidos y en otras sociedades avanzadas tecnológicamente, el paradigma

de la biomedicina influye fuertemente en incorporar a los padecimientos dentro de los modelos de enfermedad.⁶⁸

El diagnóstico médico se aplica a experiencias subjetivas o signos objetivos y conlleva en sí mismo una poderosa influencia, pero el diagnóstico siempre es una categoría cultural.

La vida social y la vida biológica se constituyen mutuamente. En la diferenciación biosocial, la cultura, historia, política y biología se mezclan de forma inextricable y sujeta a interminables transformaciones. Un ejemplo de esta diferenciación biosocial lo constituye la existencia de enfermedades locales, aún de biología local, o la aparición de nuevas patologías como las enfermedades infecciosas generadas a partir de la influencia cultural que condujo a un mal uso de antibióticos. Hay biología local según hallazgos biológicos y etnográficos. El cuerpo nunca es el mismo en todas partes pues está atravesado por contextos históricos, medioambientales, sociales, culturales y políticos que desechan la idea de que el cuerpo es estandarizable. Las fuerzas sociales, incluida la tecnología biomédica, no solo está imbricada en el cuerpo sino que también lo transforma. Para Margaret Lock, antropóloga canadiense especialista en antropología médica, la creencia de que la medicina por ser científica es neutral, es errónea. La medicina es también una empresa profundamente social y política. La biomedicina tiende a medicalizar la vida, a asumir para el cuerpo medidas objetivas y estandarizadas sin que esto conduzca siempre a los resultados esperados y con enormes consecuencias prácticas y morales (por ejemplo, producir medicamentos que serán consumidos en lugares muy lejanos de los sitios de la experiencia científica)⁶⁹

Los estudios desde la antropología del dolor y sufrimiento acuerdan en que si bien los padecimientos son una condición humana universal, adquieren distintas formas y significados de acuerdo a los contextos y situaciones. Las percepciones y experiencias de padecer son inseparables de influencias sociales, biomédicas, simbólicas, entre otras. En este sentido, son significativos los aportes de la antropología médica para dar cuenta de las diferencias entre la perspectiva biomédica respecto de procesos de salud-enfermedad y aquellas perspectivas abordadas

desde las ciencias sociales. El saber biomédico a través de la noción de *disease* se caracteriza por pensar las dolencias a partir de dualismos tales como mente-cuerpo y de considerar a la enfermedad como algo abstracto, una “cosa” que tiene las mismas características independientemente del lugar en el que ocurre dejando de lado las condiciones culturales locales. En cambio, abordar procesos de salud-enfermedad desde la noción de *illness* reconoce e incluye la perspectiva subjetiva de quienes padecen y los significados otorgados a dichos acontecimientos, cómo afecta en su comportamiento y en las relaciones con otros.⁷⁰

Esto no significa que la salud-enfermedad sea un problema social totalmente sesgado por las tendencias históricas culturales, pero sí que hay que enmarcarla en una visión social según una perspectiva histórica.

Solemos decir que hay enfermos y no enfermedades. Los enfermos requieren, para ser comprendidos, evitar caer en una excesiva generalización. Los médicos conocemos las distancias existentes entre una investigación científica y la aplicación de sus resultados en el quehacer asistencial de todos los días o los escollos que encontramos si deseamos extrapolar la información de los papers a la compleja vida del enfermo resumida en el ámbito de un consultorio.

El mundo científico es sólo uno de los muchos mundos o “subuniversos” en los que vivimos. Esos mundos incluyen además aquellos de las experiencias religiosas, de los sueños y fantasías, de la música y arte y del “sentido común” que es la realidad suprema de nuestra vida. Por ello para entender el mundo de la vida se necesita concebirlo como un mundo intersubjetivo, un mundo social y cultural, un mundo que resista a nuestro deseo de moldearlo a nuestros caprichos, un mundo de hechos sociales y realidades que no podemos desear que no existan⁷¹

Volviendo a la definición que hace la OMS sobre la enfermedad y la salud, si esta es un estado de bienestar físico, mental y social y completo, no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad, entonces cabría inferir que enfermedad implica malestar. Pero bienestar y malestar son sensaciones subjetivas, la definición entonces puede ser considerada como imperfecta, pues como veremos hay enfermedades en que el enfermo no siente malestar.

El término *enfermedad* procede del latín: *infirmus*: poco firme o débil o poco resistente.⁷² Los médicos distinguen entre lo que el paciente goza o sufre objetivamente (salud o enfermedad), lo que siente o dice sentir (síntomas) y los diagnósticos médicos (basados en signos o marcadores objetivos). El concepto enfermedad contempla los tres enunciados aunque no siempre coexisten en cada enfermedad.

Puede haber enfermedades sin estados de padecimiento subjetivo, como algunos estados psicóticos, aún con bienestar subjetivo como los estados maníacos. Puede haber síntomas sin signos correspondientes, como en algunos estados depresivos leves. Puede también haber enfermedades manifestadas por signos pero sin síntomas como un cáncer incipiente o la hipertensión arterial en muchas ocasiones.

No obstante, sea como fuere, la enfermedad es un proceso real y el paciente existe en el mundo exterior al médico. Como hemos dicho, en otras disciplinas con un marco teórico y epistemológico diferente, la enfermedad no existe como en medicina. La enfermedad puede ser un concepto puramente subjetivo. Para un constructivista social la enfermedad no existe y paciente y médico son víctimas de la última moda médica, o, incluso, de una oscura conspiración política. Pero el médico asiste a enfermos todos los días, personas que sufren. Sólo el médico y su paciente se enfrentan al problema real. Para la medicina las enfermedades claro que existen.

La *enfermedad* en la psiquiatría

Desde la interpretación del sistema explicativo de la psiquiatría, hay padecimientos (“illness”) que pueden o no ser enfermedades (“disease”), según la explicación derive de una orientación psicoanalítica, biológica, conductual o social. Para algunos sociólogos hay instancias de desviaciones sociales que se etiquetan medicamente como enfermedad/padecimiento solo por razones culturales, sociales, políticas y económicas que no tiene nada que ver con los atributos reales de una enfermedad o padecimiento.

Los *Diagnósticos*

La palabra *Trastorno* es el vocablo preferido por la OMS por aceptar cierto grado de ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento. No tienen el mismo grado de patológico la enfermedad de Alzheimer, la neurastenia o la piromanía. Sin embargo todos ellos son trastornos, con independencia de que algún día se conozcan mejor los fundamentos biológicos, psicológicos o sociales que condicionan su etiopatogenia. Los *Trastornos* en la Clasificación Internacional de las Enfermedades son sólo conjuntos de síntomas y descripciones consensuadas por un gran número de asesores clínicos e investigadores de diferentes países que sirven de base razonable para la definición de diferentes categorías de la clasificación de los trastornos mentales.⁷³

La palabra *trastorno* no es efectivamente muy precisa pero implica la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que causa malestar o interferencia en las actividades del individuo.

Para López-Ibor Aliño “la naturaleza de los fenómenos o conductas patológicas no viene dada por su anormalidad o desvío de la norma, sino porque bajo tal fenómeno existen mecanismos que comportan para el sujeto una restricción de su libertad y una pérdida de las posibilidades de autorrealización.” Según este criterio es por demás esperable que la enfermedad depresiva sea considerada una patología.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) confeccionó desde 1952 nomenclaturas de los trastornos mentales basadas en la observación empírica. La cuarta edición se ha desarrollado en estrecho contacto con los asesores que participaron en la realización de la CIE 10, dando lugar a una recíproca influencia y coordinación de esfuerzos. Los Manuales Diagnósticos y Estadísticos (DSM) de la APA usan también el término trastorno aunque admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto “trastorno mental”. El término “trastorno mental”, al igual que muchos otros términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción (como patología estructural, forma de presentación de los síntomas, desviación de la norma fisiológica y etiología). Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (por ej. malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.⁷⁴

La APA aclara que ni el comportamiento desviado (por ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. Para los manuales de la CIE de la OMS las disfunciones o conflictos sociales no son por si mismos trastornos en ausencia de trastornos individuales.

La *anormalidad* no es fácil de definir pero se reconoce en cualquier parte, en cualquier cultura y por cualquier persona. Se pueden considerar los siguientes elementos de la anormalidad en salud mental

- Sufrimiento: siempre que el contexto determine que tal sufrimiento no sea razonable
- Desadaptación: el funcionamiento adecuado implica una capacidad para relacionarse con los otros, para amar y para trabajar, que no interfiere con el bienestar de la sociedad
- Irracionalidad e incomprendibilidad
- Pérdida de control o comportamiento no predecible
- Excentricidad: la gente considera aceptable lo que ellos mismos harían, lo raro se considera anormal, excepto cuando lo raro es socialmente deseable (el heroísmo, por ejemplo, o una extraordinaria bondad)
- Violación de las normas morales: se juzga el comportamiento en función de si cumple las normas morales (por ejemplo, no sería normal no trabajar)

Por el contrario son elementos de la normalidad:

- Actitudes positivas hacia uno mismo
- Crecimiento y desarrollo
- Autonomía
- Percepción adecuada de la realidad
- Competencia ambiental (eficacia tanto en el trabajo como en las relaciones sociales)

- Relaciones interpersonales positivas.

No obstante, algunos autores como el psiquiatra y antropólogo estadounidense Arthur Kleinman, sostienen que el diagnóstico médico se aplica a experiencias subjetivas o signos objetivos y conlleva en sí mismo una poderosa influencia pero siempre es una categoría cultural. Él mismo observó 30 años atrás, que personas con Depresión no recibían el mismo diagnóstico según se tratase de la población china o estadounidense. Las personas que recibían el diagnóstico de Depresión en China presentaban síntomas esencialmente somáticos, mientras que idénticas manifestaciones en Estados Unidos eran catalogadas como parte de un cuadro de neurastenia y no de Depresión, ya que para esta última era esperable, en Norteamérica, la presencia de síntomas intrapsíquicos o experiencias existenciales.⁷⁵

En aquella época aún predominaba la dicotomía cuerpo-mente. Las depresiones eran endógenas o reactivas, se hablaba de “depresiones neuróticas” o “neurosis neurasténica” Vs “depresiones endógenas”, se hablaba de lo “orgánico” Vs lo “psicológico”.

En la actualidad es impensable que una manifestación mental curse sin síntomas somáticos. Ya no se piensa en términos duales. La depresión no es biológica o psicológica, la depresión es Depresión, es psique y es soma, es lo mismo, es todo. Mente y cuerpo son inseparables, no existen por separado para la medicina actual.

La *antipsiquiatría*, movimiento que tuvo su origen en Gran Bretaña en la década de los 60, entiende a la enfermedad mental como un síntoma familiar, social y político. Niega la existencia de tales enfermedades y afirma que los locos no son sino disconformes sociales, que los asilos de alienados son herramientas de opresión política, y que la tendencia histórica, a partir de comienzos del siglo XIX, ha sido confinar en asilos a un número creciente de personas. Aún hay resabios de estas creencias que estigmatizan a la psiquiatría y al psiquiatra, aún cuando la intención fuera disminuir el estigma. Así leemos en el artículo 12 de la Ley Nacional de Salud Mental de nuestro país frases como: “la prescripción de medicación sólo debe responder a las

necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales”⁷⁶

Por otra parte estas posturas han resultado no sólo falsas sino dañinas al promover el alta de enfermos incapaces de sobrevivir con dignidad sin ayuda.

El sociologismo y constructivismo social exageran el rol de la matriz social alrededor de la enfermedad. El sociologismo descarta la noción de verdad objetiva, independiente de influencias sociales y modas intelectuales. La enfermedad mental no sería así un hecho natural sino puramente cultural.

El constructivismo social cree que la salud y la enfermedad mental son meras construcciones de los psiquiatras. Es en este modo, niega la existencia real de la enfermedad y la posibilidad de conocerla objetivamente y desalienta la exploración científica del mismo. Así, esta postura es enemiga de la ciencia.⁷⁷

Para esta escuela el contenido conceptual de la ciencia está determinado por su contexto social, el investigador construye, no sólo sus ideas y aparatos, sino también los hechos mismos, y acaso, el mundo entero⁷⁸

Según esta línea de orientación epistemológica, el conflicto sobre las interpretaciones, en los términos mencionados, de un padecimiento (¿es orgánico o es psicológico?) conduce muchas veces a la búsqueda de un diagnóstico, de un nombre socialmente aceptado y que provea una imagen validada del sufrimiento. Si un diagnóstico es una interpretación aceptada, la “realidad” del problema más probablemente será aceptada. Es un problema médico, un problema con aceptada objetividad, aceptado no solamente por los especialistas sino por una comunidad. Se construye así una relación con el mundo consensuado. Para Byron Good, profesor de antropología médica en la Harvard Medical School, cuando se pone un nombre, hay un diagnóstico y hay entonces la creencia de que habría un tratamiento y un alivio. El sufrimiento tiene un nombre, se ha objetivado en términos médicos. La enfermedad convertida en un objeto como algo

real y objetivo tranquiliza al paciente. El psiquiatra cosifica el malestar psicológico y esto sólo sirve para mitigar la angustia. Así el diagnóstico, según dicho autor, puede llegar a ocultar y normatizar la problemática real.⁷⁹

Mario Bunge considera que “el constructivismo social” por creer que la salud y la enfermedad mental son meras construcciones de los psiquiatras, niega la existencia real de la enfermedad y la posibilidad de conocerla objetivamente y desalienta la exploración científica del mismo. Así resultaría pernicioso para el desarrollo de las neurociencias, entre las que se encuentra la psiquiatría hoy en día.

No obstante, ningún científico ni investigador en salud mental desconoce las aproximaciones muy valiosas sobre la influencia de la sociedad en la génesis de la enfermedad mental hechas por muchos autores. Claro que a la luz del desarrollo actual de las neurociencias, dichos enfoques impresionan insuficientes o parciales.

De igual manera resulta ingenuamente insuficiente la creencia de que toda afección psiquiátrica es, o será, en el futuro, explicable en términos puramente biológicos. Nos abre la mirada hacia una sensata crítica de la llamada “psiquiatría biológica” el psiquiatra y filósofo peruano Germán Berrios, catedrático de Epistemología de la Psiquiatría de la Universidad de Cambridge, Inglaterra: “La psiquiatría biológica comienza a prometer que en el futuro comenzaremos a identificar correlatos neuronales sin la ayuda de la psicopatología, porque ya ese procedimiento psicopatológico devendrá ocioso, una pérdida de tiempo. Sería mejor tomar lo que dice el enfermo, directamente llevarlo a los marcadores que dirán lo que el enfermo tiene, luego el ordenador, de acuerdo al tipo de cambio en la neuroimagen y la base genómica, le dirá qué medicación recetarle y ahí se acabará el problema. Y esto se considera científico porque es seguro, es protector, es bueno para manejar la ansiedad del psiquiatra...” “El concepto de psicogénesis ha merecido, por parte de algunos, una definición negativa, es decir como antinomio al concepto de somatogénesis, es decir aquello que no es somatogénico es psicogénico. La somatogénesis afirma que una lesión anatómica específica sea tanto necesaria como suficiente para dar cuenta total de un trastorno mental. Pero mientras en la medicina general la somatogénesis

está muy bien afirmada, dentro de la psiquiatría hay problemas porque todos los días nos prometen dar a conocer los mecanismos de las enfermedades a través de las lesiones anatómicas y nos dicen que ya está por encontrarse la causa de la enfermedad.”

“Con la explicación psicogenética, lo que estamos diciendo es que los sucesos mentales pueden ocurrir sin que haya una modificación específica ni primaria del cerebro. Obviamente tiene que haber una modificación secundaria (toda actividad mental está representada cerebralmente) pero esta no es originaria ni específica ni primaria”

Para Berrios excluir la psicogénesis es empobrecer la práctica médica de la psiquiatría: “La forma en que se conceptualiza la queja ha llevado a un proceso de reificación, de cosificación de la relación humana que está destruyendo a la psiquiatría” “... En la actualidad parece que si uno no ha utilizado una escala, un instrumento para medir la intensidad y característica del síntoma, casi no ha hecho ciencia. Se termina convirtiendo la narrativa en una escala de Lickert y en esto de desempaquetar los síntomas en forma especulativa, de intensidad, duración, intermitencia y muchas cosas más hay una pérdida de información en cada etapa...” “Uno de los problemas de la psiquiatría moderna es que la creatividad está siendo totalmente bloqueada porque se piensa que la psicopatología cerró sus puertas y no hay nada más, la psicopatología ya hizo su trabajo. Entonces los síntomas que no están en el glosario, directamente no existen ni existirán, si no tiene existencia en el DSM ¿qué diagnóstico tiene?”

“...El síntoma mental tiene, en primer término una señal biológica. Esta señal biológica está encerrada en la primera envoltura que es cultural, que es el configurador (la mayor parte de las experiencias ya están contaminadas culturalmente) y en segundo lugar, está envuelta en una segunda envoltura que es el resultado de la negociación dialógica que es esencial, en la cual la negociación con el clínico es muy importante.”⁸⁰

Sobre la diada especulación/certeza, conjetura/ evidencia, transportada al quehacer médico asistencial esencial de la historia clínica, vale la pena citar al médico, filósofo e historiador es-

pañol Pedro Lain Entralgo (1908-2001): “Existen varias cuestiones problemáticas en la constitución del relato patográfico. Una de ellas es la tensión entre su ineludible *individualidad* y la esencial *universalidad* del conocimiento científico a que ese relato se halla enderezado... ¿Cómo puede entenderse la universalidad del síntoma, siendo éste primariamente original e individual?... Tipificar lo personal, personalizar lo típico: tal debe ser la norma constante...” “...La patología científico natural creyó posible reducir todo el conocimiento médico a puras evidencias intuitivas y explicables. La *conjetura explicativa* parece susceptible de eliminación gradual, con el seguro progreso de los métodos de diagnóstico. Es cierto que muchos juicios antaño conjeturales se han convertido en seguras evidencias intuitivas, a favor de procedimientos exploratorios inesperados: basta pensar en el examen del fondo de ojo o en la broncoscopía. Pero, cualquiera que sean los progresos futuros en la exploración clínica, hoy sabemos que en la actividad judicativa del verdadero médico –aquel para quien la enfermedad es siempre “vida humana” – tiene parte inextinguible la *conjetura*. En el conocimiento de la alteración morbosa más evidente –por ejemplo: un epiteloma cutáneo– hay, cuando menos, el juicio conjetural relativo a la afección que en la vida personal del enfermo produce el tumor. Mas también es cierta, la proposición recíproca: en toda enfermedad hay algo de evidente. La neurosis menos orgánica ofrece la evidencia “visible” de un trastorno de la conducta o la evidencia “audible” de un síntoma psicopatológico bien determinado. Si la enfermedad careciese de toda manifestación evidente, si todo en ella exigiese la conjetura, nada la distinguiría de la simulación ni del “caso de conciencia”. Viceversa: si todo en el enfermo fuese susceptible de evidencia, si nada en él requiriese la conjetura, no habría diferencia entre el médico y el reparador de relojes o de motores de explosión”⁸¹

Depresión como Enfermedad

“Muchos piensan que los psiquiatras hacemos cosas raras y no curamos a nadie. Hay un conjunto de prejuicios, incluso entre los colegas médicos...” dice el Dr. Germán E. Berrios y añade: “Mi idea es que el mundo siempre ha estado en crisis. Los seres humanos se han estado matando desde el principio de los tiempos, eso sí, con justificaciones distintas. No creo que ahora haya más locura que antes. Lo que sí hay es un énfasis excesivo sobre los aspectos intelectuales y cognoscitivos de la locura y un descuido sobre lo emocional. Creo que la psicopatología de las emociones probablemente sea más importante que la psicopatología del intelecto”⁸²

En relación a la Depresión, una serie de cambios, relacionados entre sí, que afectan al estado de ánimo, la apariencia, las acciones y el funcionamiento corporal de una persona, revela, en conjunto, la existencia de la depresión (o de la melancolía). Esta entidad ha sido objeto de una preocupación constante por parte de la profesión médica a lo largo de toda la historia occidental de la que tenemos noticia. Cada uno de estos cambios puede reducirse a tipos de conducta, y ser analizados en cuanto tales. Lo que cabría preguntarse es ¿por qué este tipo de comportamiento se escoge como significativo desde el punto de vista médico en las culturas occidentales? ¿Es que en nuestras reglas y pautas culturales subyace la premisa de que las personas deberían ser felices o al menos estar satisfechas con su suerte y desempeñar sus obligaciones sociales con una disposición positiva o neutral? El intento de determinar la frecuencia de la Depresión nos lleva al tema básico de cuáles son los comportamientos previsibles o estándar dentro de nuestro sistema cultural en lo que al estado de ánimo, la disposición, la actuación corporal y la conducta social se refiere, puesto que las desviaciones que representan afección se determina en función de esta línea básica.⁸³

El tema de la Depresión también encontró motivos para observaciones filosóficas. La filósofa francesa Simone Weil (1903-1943), con tendencias místicas y revolucionarias, se interrogaba: “¿Por qué este cansancio no aparece siempre como resultado de un esfuerzo realizado sino a veces como un cansancio inicial, inaugural, un cansancio que precede al esfuerzo? La filósofa parece ver en el cansancio del esfuerzo un remedio para esta pereza que remite claramente a la acedia: “el foco de mis dificultades está en el hecho de encontrarme, por agotamiento, por falta de energía vital, por debajo del nivel de actividad normal”, y evoca “una violencia que no logro aplicarme” para actuar. Este sería el origen de los “crímenes para con el prójimo” y de encerrarse en uno mismo. Pero esta dificultad presentada como la primera y última tentación, como el lugar del pecado más grave, es invertida por Simone Weil en favor y en gracia. Habría un buen uso del cansancio y del agotamiento, como hay según Blaise Pascal “un buen uso de las enfermedades”. La gracia podría transfigurar el cansancio. La extrema dificultad que a menudo experimento al realizar la mínima acción es un favor que se me hace. Porque de esa manera, con acciones ordinarias y sin llamar la atención, puedo cortar algunas raíces de un árbol...”. Este buen uso, sobrenatural, del cansancio es también un buen uso del hastío. “Ese hastío es la carga del tiempo. La cruz. El hastío en todas sus formas es una de las miserias más preciosas que le hayan sido dadas al hombre como escala para subir. (Yo he sacado un muy buen provecho de este favor)”.⁸⁴

Para el filósofo y psiquiatra francés Pierre Janet (1859-1947), el problema de la Depresión puede ser explicado en términos de economía de la energética de la vida psíquica. La enfermedad proviene de una mala gestión de nuestras fuerzas, el enfermo está en ruinas porque gastó demasiado. El tratamiento psicológico no tiene otro fin que suprimir este gasto inútil. Para Janet, el hombre enfermo, el hombre cansado, no es solamente aquel que no tiene nada más, o muy poca fuerza, es también el hombre del gasto, el que no sabe guardar o retener, un incontinente de la fuerza: “el deprimido no sabe conservar sus fuerzas sin gastarlas inmediatamente, no sabe juntar reservas...”⁸⁵

En relación a la visión sociogenética de la Depresión, cabe citar al psicoanalista y humanista alemán Erich Fromm (1900- 1980), para quien la enfermedad mental puede ser no sólo un pro-

blema individual sino social. Existe para él una “patología de la normalidad” y especialmente una patología de la sociedad occidental contemporánea. Una prueba de ello es el aumento de la tasa de suicidios en las sociedades modernas, no en las más pobres, sino en las más desarrolladas. Al igual que el problema del alcoholismo, aquello reflejaría una falta de estabilidad mental y emocional de toda una sociedad

Dice Fromm en “Psicoanálisis de la sociedad contemporánea”: “...El mecanismo mediante el cual opera la autoridad anónima es la “conformidad”. Debo hacer lo que todo el mundo hace; en consecuencia, debo adaptarme, no ser diferente, no “sobresalir”; debo estar dispuesto a cambiar de buena voluntad, de acuerdo con los cambios del tipo o modelo; no tengo que preguntar si estoy en lo cierto o no, sino si estoy adaptado, si no soy “distinto”, si no soy diferente. Nadie tiene poder sobre mí, excepto el rebaño de que formo parte y al que estoy sometido.”

“En relación a una visión sociológica de la Depresión el poder del consumo masivo está en íntima relación con la enfermedad mental. El ser humano hoy está fascinado por la posibilidad de comprar más cosas, mejores y, sobre todo, nuevas. Está hambriento de consumo. El acto de comprar y consumir se ha convertido en una finalidad compulsiva e irracional, porque es un fin en sí mismo, con poca relación con el uso o el placer de las cosas compradas y consumidas...”

“El hombre en realidad no es libre de gozar “su” tiempo disponible; su consumo de tiempo está determinado por la industria, lo mismo que las mercancías que compra; su gusto está manipulado, quiere ver y oír lo que se le obliga a ver y oír; la diversión es una industria como cualquier otra, al consumidor se le hace comprar diversión lo mismo que se le hace comprar ropa o calzado...”

Si la edad contemporánea ha sido llamada con razón la época de la ansiedad, se debe primordialmente a esta ansiedad engendrada por la falta de sentimiento del “yo”. En la medida en que “yo soy como Usted me desea”, “yo” no soy: estoy angustiado, dependo de la aprobación de los demás, procuro constantemente agradar. La persona enajenada se siente inferior siempre que se cree en desacuerdo con los demás. El hombre moderno siente seguridad sólo si es similar a los demás y si es aprobado por los demás...”

No obstante, Fromm habla de un síndrome patológico: "...una de las formas peores de sufrimiento mental es el tedio, el no saber qué hacer uno de sí mismo, ni de su vida. Aunque no recibiera remuneración monetaria o de otra clase, el hombre estaría ansioso de emplear su energía en algo que tuviera sentido para él, porque no podría resistir el tedio que produce la inactividad. Disgusto, apatía, tedio, falta de alegría y de felicidad, una sensación de inutilidad y el vago sentimiento de que la vida no tiene sentido, son los resultados inevitables de esa situación. Este síndrome patológico, socialmente modelado, puede no ser advertido por las gentes; se le puede ocultar con una huida frenética hacia actividades evasivas, o con el ansia de tener más dinero, fuerza y prestigio..."

Otro ejemplo digno de mención es el del sociólogo Émile Durkheim, quien en su tratado sobre el suicidio, supone que hay que buscar la causa en un fenómeno que llamó "anomia", palabra con la que designaba la falta de integración social, la ausencia de normas y de valores admitidos por la comunidad⁸⁶. Dice Durkheim: "lo que el hombre tiene de característico es que el freno al que está sometido no es físico, sino moral, es decir social. Recibe su ley, no de un medio material que se le impone brutalmente, sino de una conciencia superior a la suya y de la cual siente superioridad. Puesto que la mayor y mejor parte de su vida supera el cuerpo, escapa al yugo del cuerpo, pero sufre el de la sociedad⁸⁷."

También dice Durkheim: "... La doctrina del progreso, de cualquier modo y lo más rápido posible se ha convertido en artículo de fe. Pero también, paralelamente a estas teorías que celebran los beneficios de la inestabilidad, se ve aparecer otras que, generalizando la situación de la que derivan, declaran la vida mala, la acusan de ser más fértil en dolores que en placeres y de no seducir al hombre sino con atractivos engañosos. Y como es en el mundo económico donde este desarraigo está en su apogeo, es allí también donde produce más víctimas..."

Aún hoy, algunas de las escuelas de la psicología exhiben impedimentos para abordar el estudio de lo mental como un proceso cerebral moldeado por la sociedad. Parece deberse a un apego a la más arcaica de las conjeturas sobre la naturaleza de la mente: que es inmaterial⁸⁸

El Dr. Jerome Kagan, destacado psicólogo del desarrollo de la Universidad de Harvard, opina que todas las sociedades atraviesan ciclos históricos en los que una idea determinada durante un tiempo domina a otra idea complementaria, hasta que excede sus límites de poder legítimo y se ve reemplazada por otra perspectiva. Así, la hiperracionalidad del siglo XVIII se vio reemplazada en el siglo XIX por el romance con las emociones. La proclamación irrestricta del *laissez-faire* en economía, promovida desde 1776 por Adam Smith, se vio restringida cien años después por las medidas gubernamentales que limitaban la explotación de los trabajadores. Del mismo modo hoy en día existen numerosos especialistas en psicología y en psiquiatría que destacan el poder de la biología para equilibrar las afirmaciones irrealistas o ambiciosas de quienes erigían la experiencia como artífice soberana de las variaciones en el temperamento humano. La ciencia tardará un tiempo más en volver a reconocer que los aportes de la experiencia y de la biología en realidad son complementarios, pues los ciclos que atraviesan las ideas dominantes en todas las sociedades se asemejan a los movimientos de un niño que intenta mantener el equilibrio mientras camina sobre una cerca.⁸⁹

Como el cerebro no recibe (ni emite) ninguna señal consciente de su propio funcionamiento, nada nos avisa que cuando pensamos o imaginamos cosas, sea el cerebro el órgano responsable de estas actividades. Por mucho que nos esforcemos, no podemos localizar la actividad pensante en ninguna parte del cuerpo, ni siquiera cuando sabemos, por la ciencia actual, su privilegiada relación con el cerebro. El resultado es, lógicamente, que todas las actividades llamadas anímicas se atribuyan a una entidad no física, como hacía Descartes, y que se asignen a un dominio del mundo diferente al que alberga a la materia percibida por los órganos sensoriales. Para Descartes, mientras el mundo físico, incluido el cuerpo, se puede describir matemáticamente y sigue unas leyes físicas concretas, el mundo de la mente es libre de tener sus propias ideas. La capacidad para usar el lenguaje y responder a las circunstancias de forma impredecible no se puede reducir a principios mecánicos; por eso aunque el mundo material se reduce a cierta matemática, el alma humana requiere una ciencia propia.

Decir, por tanto, que el pensamiento es un producto del cerebro aunque sea verdad, es (y seguirá siendo) para los seres humanos, una afirmación contraintuitiva. Es decir, a un cierto nivel

de funcionamiento mental, los seres humanos seguirán pensando en “dualista”, aunque a otro nivel, más evolucionado, lo hagan en “monista”⁹⁰. La autora de este trabajo cree fervientemente que en este concepto dualista está la base que perpetúa el estigma que existió siempre, y aún hoy, sobre las enfermedades mentales, los enfermos psiquiátricos, los psiquiatras y los psicofármacos.

El conflicto sobre las interpretaciones, en esos términos, de un padecimiento (¿es orgánico o es psicológico?) conduce muchas veces a la búsqueda de un diagnóstico, de un nombre socialmente aceptado y que provea una imagen validada del sufrimiento.

No obstante, cabe mencionar que el mismo Descartes, en su texto "l'Homme", que prefirió no publicar por temor a la inquisición, escribió: "Los hombres estarán compuestos [...] de un Alma y de un Cuerpo; y debo describirles primero el cuerpo separadamente, y después el alma separadamente; y, finalmente, mostrarles cómo *estas dos Naturalezas* deben ser juntadas y unidas para componer hombres que se nos asemejen" (citado por Changeux y Ricoeur (2006) pág 49). Aún más, al finalizar "L'Homme", Descartes precisa "que no debe concebirse [...] en esta Máquina [...] ningún otro principio de movimiento y vida sino su sangre y espíritu agitados por el calor del fuego que arde continuamente, en su corazón, que no es de otra Naturaleza que la de todos los fuegos que están en los Cuerpos Inanimados" (citado por Changeux y Ricoeur, 2006, pág 51).⁹¹

Radica en esta paradoja, precisamente, gran parte de la resistencia a considerar la Depresión como una enfermedad entre los ambientes no médicos, pero también, lo cual más aún nos preocupa, entre los profesionales médicos.

Si bien la dificultad para hallar la correlación entre cuadro clínico y patológica tisular, anatómica o funcional, no es exclusiva de la psiquiatría, es en esta área donde se observan los mayores fracasos en tal sentido. Ésta puede ser otra de las razones de dificultades entre los legos pero también entre los médicos para concebir a la Depresión como una enfermedad.

Antecedentes de la experiencia de investigación

Durante los años 2006 y 2007, la autora participó del desarrollo de un estudio descriptivo transversal con el propósito de averiguar el grado de conocimiento sobre Depresión entre los médicos de atención primaria en nuestro país.⁹²

Con tal objetivo los autores habían diseñado, *ad hoc*, un cuestionario semiestructurado conteniendo doce preguntas. La población encuestada, no representativa de la población médica, fue de 316 médicos, de los cuales se obtuvo 288 encuestas correctamente respondidas. El promedio de edad de la muestra fue de 44 años y el tiempo de graduación de 18,5 años.

Los encuestados eran provenientes de diez provincias argentinas y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El 2,43 % de los encuestados no respondió positivamente a la pregunta 1: “La Depresión, ¿es una enfermedad?” (4 médicos contestaron NO y 3 contestaron s/o) (Figura 1a)

En la pregunta 2: “¿La Depresión es consecuencia de un problema de personalidad dado por rasgo de debilidad del carácter y de la voluntad?” el 39,6% respondió afirmativamente y 5,5% respondió s/o. En total, un 45,1 % de los médicos encuestados no respondió negativamente a la pregunta acerca de si la depresión obedece a un problema de debilidad del carácter y de la voluntad (Figura 1b)

Estos datos mostraron una contradicción, pues mientras el 97,6% de los colegas consideraron que la Depresión es una entidad patológica, el 39,6% creyó que obedece a un problema de debilidad del carácter y pobre voluntad.

Aquel estudio también investigó nociones, opiniones y creencias sobre prevalencia de depresión en la población asistida, hábito en la praxis de indagar sobre síntomas depresivos, uso de antidepresivos, etiología de la depresión, causas de suicidio y sobre los factores responsables

de la insuficiente detección de enfermedad depresiva entre los pacientes atendidos en el nivel primario de atención.

Analizando los datos de aquellos participantes que contestaron afirmativamente a la pregunta 1 y, paradójicamente en forma afirmativa a la pregunta 2, el 75,2% afirmaron que indicaban tratamiento a estos pacientes y un 19%, consistentemente con la creencia que se trataría de personas con debilidad del carácter y falta de voluntad, contestaron que no indicaban tratamiento.

En relación al ítem sobre causas del infradiagnóstico, los profesionales encuestados contestaron en primer lugar que obedecería a falta de entrenamiento profesional (31,6% de las respuestas), falta de tiempo para la atención (27,4% de las respuestas), falta de comunicación con el enfermo (23,6% de las respuestas) y otras causas entre las que se incluye el miedo al estigma (9,7% de las respuestas) Este último factor implicaría no solamente el escamoteo de información por parte del paciente por temor a ser estigmatizado, sino también la inhabilidad del médico para profundizar sus preguntas y superar esa barrera.

El trabajo mencionado fue presentado en las Jornadas sobre Depresión y otros Desórdenes Psiquiátricos en la Atención Primaria, desarrollado en Granada, España, en el año 2008⁹³, y la 5ta conferencia internacional sobre Estigma que tuvo lugar en Ottawa, Canadá, en el año 2012.⁹⁴

Durante los años 2010 y 2011 se repitió la experiencia distribuyendo la misma encuesta en una población de 176 médicos de diferentes especialidades que desarrollan su actividad asistencial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires. Esta muestra, no aleatoria, correspondió al total de participantes de una serie de jornadas presenciales sobre Depresión en Atención Primaria de la Salud Las encuestas fueron distribuidas, contestadas y recolectadas previamente al inicio de cada exposición. El promedio de edad de los participantes fue de 47, 88 años.

Los resultados en relación a las dos primeras preguntas fueron los siguientes:

Pregunta 1 ¿la depresión es una enfermedad?: 22 participantes respondieron NO y 2 sin opinión, por lo tanto un 13.63% de los colegas no consideraron a la depresión una enfermedad (figura 2a)

Pregunta 2 ¿Ud. cree que la Depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter?: 37 participantes contestaron SI y 1 s/o, vale decir que un 21.59% de los médicos negó la debilidad del carácter y de la voluntad como factor asociado a la ocurrencia de depresión (figura 2b). Obsérvese que la pregunta 2 fue reformulada con leve variante en relación a la forma en que había sido formulada en la encuesta del trabajo anterior, con la finalidad de eludir la palabra *personalidad* que podría generar interpretaciones en sentido médico psiquiátrico (como trastorno de la personalidad).

La tasa de respuestas rechazando el status de enfermedad para la Depresión fue 5.6 veces más alta entre los médicos de la CABA y Gran Buenos Aires que en la muestra de diversas regiones del país.

En la pregunta 2, por el contrario, la tasa de médicos que no descartaron que la Depresión fuese un problema de debilidad del carácter y de la voluntad, fue el doble en las diversas regiones del país que en la CABA y el Gran Buenos Aires.

P.1: ¿Es la Depresión una enfermedad?	No respondieron SI	Respondieron SI
Médicos de 10 provincias y CABA	2.43%	97.56%
Médicos de CBA y Gran Buenos Aires	13.63%	86.37%

P.2. ¿Es un problema de debilidad del carácter y voluntad?	No respondieron NO	Respondieron NO
Médicos de 10 provincias y CABA	45.1%	54.9%
Médicos de CBA y Gran Buenos Aires	21.59%	78.41%

Método

El trabajo de esta tesis tiene como objetivo indagar acerca de las nociones y creencias sobre la depresión entre los médicos de la ciudad de La Plata egresados de la UNLP, en la que la autora se graduó y en cuya facultad de Ciencias Médicas desempeña su función docente, y compararlas con las sostenidas por la población no médica, homogeneizada para evitar diversos factores de confusión, en relación a la edad, al nivel de instrucción y a la universidad de formación. Así, una de las preguntas que dirigieron la iniciativa de este estudio es: ¿dista mucho la creencia que tienen los médicos no psiquiatras formados en la UNLP, en relación a la Depresión, de la que tiene la población de otros profesionales formados en la misma universidad? La hipótesis, generada a partir de los datos obtenidos en los estudios observacionales descriptivos previos y en la experiencia de la realidad asistencial, es: *“Las creencias que tienen los médicos no psiquiatras sobre la Depresión no difiere significativamente de la de la población general de profesionales universitarios.”*

La inquietud guía del propósito es la misma. La depresión es un problema de salud sub diagnosticado en la medicina asistencial a pesar de su elevada prevalencia y su relativamente sencillo y poco costoso diagnóstico.

¿Cómo es la conceptualización de esta enfermedad en el marco de la población de médicos que estudiaron en nuestra facultad? ¿Se obtendrían resultados similares a la población estudiada en CABA y en otras regiones del país? ¿Las respuestas distarían mucho de las que brindan profesionales egresados de otras unidades académicas de la misma universidad?

A los fines de conocer las respuestas a estas preguntas, que tan preocupantes resultan por atañer a un problema de salud poblacional con las repercusiones en la calidad de vida y en las esferas sociales, laborales y económicas de nuestra población señaladas en el estado de la cuestión, se diseñó una encuesta para aplicar a los profesionales no médicos, en la cual las preguntas 1 y 2 se mantuvieron sin modificaciones. Ambas fueron respondidas en forma dicotómica (si/no y s/o) para que, contando con un instrumento simple y breve, la participación voluntaria

y espontánea fuese mayor. Para evitar el sesgo que derivaría de la experiencia de haber padecido la condición, se añadió una pregunta para tener en cuenta el antecedente de Depresión propia o en un familiar cercano. Para pesquisar y considerar fuentes formales de instrucción se incluyó una pregunta sobre antecedentes académicos de pre o post grado en relación a temas de medicina o psicología (cuadro 1a y 1b).

La población de médicos fue de 253 respondientes y la de profesionales no médicos fue de 235. Cabe aclarar que en la muestra de médicos no se incluyeron especialistas en psiquiatría ni residentes en salud mental. Otra muestra menor, de 45 encuestados, fue la constituida por médicos especialistas en psiquiatría, para poder realizar comparaciones con opinión de los expertos.

Para calcular el tamaño de la muestra de médicos se utilizaron los resultados (de respuestas a la preguntas 1 y 2) en los estudios anteriores mencionados:

$$n = \frac{z^2 \times (p \times q)}{c^2}$$

n = Tamaño de la muestra

z = Nivel de significación

c = Certeza

p = Conocimientos previos

$q = (1 - p)$

Características de la muestra de médicos.

Se obtuvieron respuestas de profesionales de hospitales públicos de La Plata y alrededores (HIGA San Martín, San Roque de Gonnet, Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero, Horacio Ces-

tino de Ensenada, Pedro Larrain de Berisso, Hospital de Niños Sor María Ludovica y Dr. Rodolfo Rossi), y organizaciones e instituciones médicas de la ciudad de La Plata (Agregación Médica Platense, Sociedad Médica de la Plata y Ministerio de Seguridad de la Pcia. de Buenos Aires). Las encuestas fueron colocadas en lugares visibles para que los profesionales las completaran en forma espontánea y una vez completadas las depositaran en urnas (cuadro 2). Las gestiones realizadas con el Colegio de Médicos y con el portal médico Intramed, para obtener el directorio o base de datos electrónica para aplicar la encuesta por internet, no tuvieron éxito.

La edad promedio fue de 42,49 años

La distribución por sexo fue de 111 hombres, 141 mujeres y 1 s/o

La distribución por especialidades fue la que figura en el cuadro 3 y figura 3:

Características de la muestra de profesionales no médicos.

La distribución por facultad de egreso de los 235 respondedores a la encuesta diseñada para esa población fue la que se detalla en el cuadro 4 y figura 4

El promedio de edad de esta población fue de 38 años. 161 fueron mujeres y 76 hombres

Resultados

Población médica:

Respuestas a la pregunta 1 (“¿La depresión es una enfermedad?”):

23 médicos (9.09%) contestaron que la depresión no es una enfermedad y 1 contestó s/o. Es decir que el 9,48% del total de los médicos no respondieron afirmativamente a la primera pregunta.

La distribución de las respuestas no afirmativas a la pregunta 1 por especialidad se indica en el cuadro 5 y los porcentajes en cada especialidad de respuestas no afirmativas se observan en la figura 5

Respuestas a la pregunta 2 (“¿Ud. creé que la depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter?”)

De la población de médicos encuestados, 43 (16.99%) respondieron afirmativamente a la pregunta 2 mientras que 14 (5.53%) contestaron s/o. Es decir que un total de 57 (22.52%) no respondió en forma negativa a la pregunta sobre si la depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter.

La distribución de respuestas positivas a la pregunta 2 según especialidades se puede ver en el cuadro 6 y los porcentajes de respuestas no negativas dentro de cada especialidad se observan en la figura 6

Población no médica

Respuestas a la pregunta 1 (“¿La depresión es una enfermedad?”):

En la primera pregunta (¿La Depresión es una enfermedad?) 35 participantes (14,89%) contestaron negativamente, mientras que 12 (5,10%) contestaron S/O. Así, el 19,99% de los profesionales no afirmaron que la Depresión es una enfermedad. La distribución por universidad de egreso de los respondientes en forma no positiva a la pregunta 1 se observa en el cuadro 7 y figura 7.

Respuestas a la pregunta 2: (“¿Ud. cree que la depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter?”)

52 (22,12%) egresados no médicos de la UNLP contestaron que la Depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter y 18 (7,65%) contestaron S/O. Así el 29,77% de los profesionales no médicos no negaron que la Depresión sea un problema de debilidad en la voluntad y en el carácter.

La distribución por unidad académica de egreso de las respuestas a la pregunta 2 se muestra en el cuadro 8 y figura 8

En el cuadro 9 se analizan las respuestas a ambas preguntas entre la población de universitarios no médicos.

Influencia del antecedente personal o familiar de Depresión sobre las respuestas a las preguntas 1 y 2.

Del total de la población de médicos estudiada, 79 (31,22%) respondieron haber sufrido ellos mismos o algún familiar cercano depresión (figura 9).

A la pregunta sobre antecedentes personales y/o familiares de depresión, 77 egresados universitarios no médicos (32.76%) respondieron afirmativamente (figura 10).

Con respecto a las respuestas a la primera pregunta, las creencias sobre la depresión entre los médicos que la habían experimentado personalmente o a través de algún miembro directo de la familia fueron: 1 contestó negativamente y 1 contestó s/o, es decir que el 2,53% NO respondió que la Depresión es una enfermedad (figura 11). Entre los que no tenían el antecedente, 22 (12.64 %) respondieron en forma no positiva

Entre los profesionales universitarios no médicos que tenían antecedentes personales y/o familiares de depresión, 13 de 77 (16.88 %) no contestaron afirmativamente a la pregunta 1 y entre los que no tenían el antecedente 34 de 158 (21.51%) no contestaron afirmativamente (figura 12)

En relación a la pregunta 2: de los 79 médicos que marcaron tener antecedentes personales y/o familiares de depresión, 16 no contestaron negativamente, (11 contestaron SI y 5 s/o), es decir que el 20.25% de los médicos que habían atravesado la experiencia de la enfermedad como pacientes o en familiares directos, no contestó negativamente a la idea de que la depresión ocurre en personas con “debilidad” (figura 13). Entre los médicos sin antecedentes, la cantidad de respuestas no negativas fue 40 de 174 (22.98%). Estas cifras podrían apelar a nuestra atención. Se trata de que 1/5 parte de los médicos con depresión entre sus propios antecedentes personales o familiares, no rechazó la asociación con un problema de debilidad.

En relación a la pregunta 2 entre los encuestados universitarios no médicos, de los 77 participantes que señalaron tener antecedentes personales y/o familiares de depresión, 17 (22,07%) consideraron que la misma ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter y 4 contestaron S/O. Esto equivale a decir que el 27,27% de los universitarios no médicos encuestados con antecedentes de depresión, no contestó negativamente a la asociación con problemas de debilidad (figura 14).

Análisis de los resultados

Indagando acerca de las creencias sobre la condición o no de enfermedad otorgada a la Depresión, se observó que los médicos encuestados respondieron NO en un 9.09% mientras que los otros profesionales respondieron NO en un 14.89%.

Sumando las respuestas “sin opinión” a las respuestas negativas, la noción de enfermedad en la Depresión no es afirmada en el 9.47% de los médicos y en el 19.99% de los otros profesionales.

Se utilizó inicialmente el **test de diferencia de porcentajes** (o test de diferencia de proporciones), prueba que permite estudiar a dos grupos de individuos a quienes se mide una variable cualitativa y poder averiguar así si existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de interés. Se obtuvieron los siguientes resultados de análisis:

En comparación, la tasa de respuestas no positivas fué mayor en la muestra de profesionales no médicos (Figura 15), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($Z=3,165$ $P=0,002$ Altamente Significativa).

Analizando las diversas especialidades en la muestra de médicos, se observaron los mayores porcentajes de respuestas no afirmativas, dentro del total de respondientes en cada una de las especialidades, en las siguientes: clínica médica: 17.85%, medicina general: 10%, cirugía, traumatología y ortopedia: 20%, hematología: 25% ginecología 10%. Cabe aclarar que por medicina general se entiende la desarrollada por el médico general cuyo ámbito natural de trabajo corresponde el nivel de Atención Primaria de la Salud.

No hay diferencias significativas en el análisis estadístico de las respuestas por especialidades (no se consideraron en este análisis ni traumatología y ortopedia ni hematología):

Clínica comparada con Medicina General	Z= 0.153	P= 0.878	No significativo
Clínica comparada con Cirugía	Z= 0.153	P= 0.878	No significativo.
Clínica comparada con Ginecología	Z= 0.153	P= 0.878	No significativo.

En la muestra de profesionales no médicos, aquellas disciplinas, según facultad de egreso, en las que más respuestas no afirmativas sobre la consideración de la Depresión como enfermedad fueron: psicología: 50%, arquitectura 23.52%, ciencias económicas: 21.42%, ingeniería: 20%, trabajo social: 18.18%, humanidades 17.24% y ciencias exactas: 16.66%

En relación a la idea de que la Depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter, en la población de médicos fue pensada en el 16.49%, mientras que en la muestra de otros profesionales, en el 22.12%.

Sumando las respuestas “sin opinión” a las afirmativas, el 22.52% de los médicos no descartaron que la depresión ocurra en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter mientras que entre los otros profesionales el 29.77% no negó esta idea. (Figura 16). Esta diferencia no resulta estadísticamente significativa (Z=1.723 P=0,085 No significativa).

Este resultado viene a confirmar la hipótesis planteada en esta tesis (página 40) (*“Las creencias que tienen los médicos no psiquiatras sobre la Depresión no difiere significativamente de la de la población general de profesionales universitarios”*).

Analizando las tasas de respuestas no negativas según especialidad, las mayores se hallaron entre cirujanos: 60%, traumatólogos 50%, ginecólogos 50% y médicos generalistas 30% . En los especialistas en clínica médica fue del 16.07%.

Los análisis de las diferencias de resultados a la pregunta 2 entre especialidades, sin tener en cuenta a los traumatólogos, fueron significativos al comparar las respuestas de los ginecólogos

y de los cirujanos contra las de los médicos clínicos y médicos generales. Estos datos resultan de especial relevancia dado que en el sexo femenino la Depresión tiene una mayor prevalencia, principalmente en etapas del ciclo vital como la menopausia, los períodos premenstruales, los embarazos y los períodos puerperales y lactancia, de allí que los ginecólogos representan un rol clave en la detección del trastorno, por lo que sus creencias podrían ser consideradas motivo de interés y preocupación

Clínica comparada con Medicina General	Z= 0.448	P= 0.654	No significativo.
Clínica comparada con Cirugía	Z= 2.644	P= 0.008	Altamente significativo.
Clínica comparada con Ginecología	Z= 1.998	P= 0.046	Diferencias significativo.
Medicina General con Cirugía	Z= 2.842	P=0.004	Altamente significativo.
Medicina General con Ginecología	Z=2,282	P=0.022	Diferencias significativo.
Cirugía con Ginecología	Z= 0.000	P= 0.999	No significativo.

En la muestra de los otros profesionales, se halló la mayor tasa de respuestas no negativas entre los ingenieros: 60%, graduados en ciencias económicas: 35.71%, en ciencias exactas: 33.33%, odontología: 31.82%, arquitectos: 29.41% y graduados en humanidades: 20.68%. Cabe consignar que el 10% de los psicólogos encuestados no negaron esta idea. Vale decir que si bien el 50% de estos profesionales no creen que la Depresión sea una enfermedad, el 90% tampoco creen que ocurra en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter.

¿Cómo influyó la propia experiencia en las creencias?

Entre los médicos que contaron con el propio antecedente de Depresión en sus vidas o en las de sus familiares cercanos, la tasa de respuestas no afirmativas en la pregunta 1, fue 2 en 79 (2.53%) y entre los que no habían tenido el antecedente fue de 22 en 174 (12.64 %) (fig. 17). Esta diferencia resulta estadísticamente significativa. ($Z= 2,312$ $P=0,021$ Diferencia significativa).

Entre los otros profesionales, la diferencia en las tasas de respuestas no afirmativas en la pregunta 1, entre los que habían señalado antecedentes personales o familiares de Depresión fue de 13 en 77 (16.88%) y entre los que no habían tenido el antecedente fue de 34 en 158 (21.51%). El haber tenido el antecedente condicionó menos respuestas no afirmativas como un efecto esperable, aunque no resultó en una diferencia estadísticamente significativa. (fig. 18).

En la pregunta 2, entre aquellos médicos que habían tenido el antecedente personal o familiar de Depresión, 17 de 79 (21.51%) no respondió negativamente, mientras que entre los que no habían tenido el antecedente fue de 40 en 174 (22.98%). (fig. 19). Esta diferencia no es estadísticamente significativa. ($Z= - 0.007$ $P= 0.994$ No hay diferencias significativas)

En la muestra de los otros profesionales la diferencia de tasas de respuestas no negativas a la pregunta 2, entre los que tenían el antecedente fue de 21 en 77 (27.27%) mientras entre los que no lo habían tenido fue de 47 en 158 (29.74%) (fig. 20). No hay diferencia estadísticamente significativa. ($Z= 0.244$ $P= 0.808$ Diferencia no significativa)

Aplicación del **test chi-cuadrado**:

Se analizaron los mismos datos utilizando el test chi-cuadrado. La variable 1 fue el tipo de respuesta en las preguntas 1 y 2. La variable 2 fue el antecedente de haber egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

La hipótesis nula fue que la variable 1 no es dependiente de la variable 2, vale decir que la forma en que se respondió a ambas preguntas no resultó significativamente diferente entre la población de médicos y la población de no médicos. En este trabajo la autora propone que no hay dependencia entre ambas variables, es decir que el tener el antecedente de terminar la carrera de medicina no condiciona la creencia sobre Depresión

En relación al efecto que tuvo sobre las respuestas (a las preguntas 1 y 2) el antecedente de haber sufrido Depresión (en el respondiente o en familiares cercanos), la variable 1 fue el tipo de respuestas y la variable 2 fue el registro del antecedente. La hipótesis alternativa fue que la variable 1 es dependiente de la variable 2 (influencia del antecedente sobre las creencias en relación a la Depresión).

	PREGUNTA 1	
	positiva	no positiva
MÉDICOS	229	24
NO MÉDICOS	188	47
TOTAL	417	71

$$\lambda^2 = 10,004$$

$$P = 0,002$$

SE RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA, LAS DIFERENCIAS SON ALTAMENTE SIGNIFICATIVAS

	PREGUNTA 2	
	negativa	no negativa
MÉDICOS	196	57
NO MEDICOS	165	70

TOTAL	361	127
-------	-----	-----

$\lambda^2 = 2,967$

$P = 0,085$

NO SE RECHAZA LA HIPOTESIS NULA, LAS DIFERENCIAS NO SON SIGNIFICATIVAS. (Se confirma la hipótesis planteada en este trabajo)

PREGUNTA 1

	positiva	no positiva
MEDICOS CON ANTEC.	77	2
MEDICOS SIN ANTEC.	152	22
TOTAL	229	24

$\lambda^2 = 5,346$

$P = 0,021$

SE RECHAZA LA HIPOTESIS NULA, LAS DIFERENCIAS SON SIGNIFICATIVAS

PREGUNTA 1

	positiva	no positiva
NO MEDICOS CON ANTEC.	64	13
NO MEDICOS SIN ANTEC.	24	34
TOTAL	88	47

$\lambda^2 = 15,146$

$P = 0,000$

NO SE RECHAZA LA HIPOTESIS NULA, LAS DIFERENCIAS NO SON SIGNIFICATIVAS

(fig. 18).

PREGUNTA 2

	negativa	no negativa
MEDICOS CON ANTEC.	62	17
MEDICOS SIN ANTEC.	134	40
TOTAL	196	57

$$\lambda^2 = 0,009$$

$$P = 0,923$$

NO SE RECHAZA LA HIPOTESIS NULA, LAS DIFERENCIAS NO SON SIGNIFICATIVAS

PREGUNTA 2

	negativa	no negativa
NO MEDICOS CON ANTEC.	56	21
NO MEDICOS SIN ANTEC.	111	47
TOTAL	167	68

$$\lambda^2 = 0,057$$

$$P = 0,811$$

NO SE RECHAZA LA HIPOTESIS NULA, LAS DIFERENCIAS NO SON SIGNIFICATIVAS

CONCLUSIONES

Habiendo encuestado a 253 médicos y 235 profesionales no médicos, todos egresados de la Universidad Nacional de La Plata, a través de preguntas sobre el carácter de la Depresión, en función de indagar las creencias acerca de este problema de salud, se observó que si bien los médicos consideraron la noción de *enfermedad* para la Depresión en una proporción significativamente superior que los otros profesionales, no existieron diferencias significativas en la atribución de este desorden a un problema de debilidad en la voluntad y en el carácter de quien lo padece.

Esta investigación viene a confirmar la hipótesis de la autora de que las creencias que los médicos tienen sobre la Depresión no difieren de las que posee la población general, habiendo utilizado, como población a comparar, otra similar en cuanto a edad, nivel de instrucción, área de residencia y universidad de origen.

La noción de debilidad en la voluntad y en el carácter sobresalió en forma significativa entre las especialidades de cirugía y ginecología, por sobre clínica médica y medicina general.

El haber sufrido, a nivel personal o familiar, la condición de Depresión, influyó en la forma de considerar a la misma como una enfermedad en la muestra de médicos y de no médicos. Entre los médicos, quienes habían tenido la experiencia personal del problema, validaron el estatuto de enfermedad con una diferencia significativamente superior en relación a los que no habían marcado el antecedente. Por el contrario, entre los profesionales no médicos, quienes habían señalado el antecedente, no respondieron en forma estadísticamente superior a la noción de enfermedad que entre quienes no habían tenido el antecedente.

Probablemente el miedo al estigma en relación al concepto de enfermedad y las distintas concepciones epistemológicas en relación a este constructo, han jugado un rol importante en este efecto entre los no graduados no médicos.

Por el contrario, a la hora de valorar la Depresión como un problema de debilidad, el antecedente de haber sufrido Depresión a nivel personal o familiar, parece no haber influido significativamente en la forma de respuesta de ambas poblaciones. Esta falta de diferencia puede interpretarse como un efecto penetrante de las creencias estigmatizadoras, pues ni la experiencia personal de la enfermedad permitió desvestir, esta condición médica, del carácter valorativo negativo de **debilidad** de la voluntad del carácter de quien la padece.

El sostenimiento de juicios de valores por parte de los médicos dificulta el establecimiento de alianzas terapéuticas fructíferas con los pacientes. En la práctica médica estos juicios de valores tienen una mayor tendencia a influir cuando los datos científicos no son suficientes para señalar pautas orientativas claras a la hora de tomar decisiones médicas.⁹⁵No obstante, cuando las creencias negativas son sostenidas aún ante la evidencia científica (la evidencia de la enfermedad), por parte de quienes se han formado y graduados como médicos y por tanto trabajan como médicos para sus pacientes, se revela un problema de prejuicio que es más profundo que la ignorancia. Resultaría más esperable que tales nociones, erróneas para la medicina, se exhiban entre quienes han recibido una formación en áreas diferentes a la medicina, con otro contenido y/o con otro marco epistemológico.

Muchas veces los médicos temen que sus pacientes no acepten la derivación a un psiquiatra o a un psicólogo debido al estigma que trae aparejada la enfermedad mental. No obstante, según se desprende de los resultados de este trabajo, el estigma hacia la persona con enfermedad depresiva lo tiene a veces el propio médico, lo lleva incorporado en su sistema de creencias. Así, el desconocimiento sobre la Depresión, y la equiparación con un rasgo humano de debilidad, podría haberse alcanzado más por el problema de estigma que por la falta de instrucción formal recibida durante la carrera.

La fortaleza del trabajo se basa en la originalidad del tema investigado. No hay hasta la actualidad estudios que investiguen las creencias que los médicos tienen sobre la Depresión.

Existe poca investigación sobre actitudes estigmatizantes hacia personas con trastornos del humor...la mayor parte de la literatura sobre estigma se ve entre desórdenes más severos co-

mo esquizofrenia...no hay investigaciones hasta la fecha sobre discriminación en trastornos del humor⁹⁶

La mayor debilidad de este estudio es que no ahonda en las causas de las creencias ni en la variedad de opiniones. Este trabajo solo indaga sobre las creencias de si la Depresión es una enfermedad y en si la Depresión es un problema de debilidad. Queda pendiente un análisis de las causas que conducen a la estigmatización de la enfermedad depresiva

Entre las conclusiones de este trabajo se desprende que la persistencia de prejuicios entre los profesionales de la medicina hacia la Depresión, obliga a replantear la forma en que se enseña esta patología en la formación de pre grado. No se trata solo de impartir contenidos teóricos y prácticos sobre este severo problema de Salud Pública, tan severo que la OMS advirtió sería en el año 2015- 2020 la segunda causa mundial de discapacidad, sino en lograr un cambio de mentalidad que despoje a los futuros médicos de creencias estigmatizadoras que culpan al enfermo por su propio malestar.

Parecería que para algunas personas, según la autora ha inferido también a partir de observaciones y comunicaciones personales con profesionales no médicos, la palabra *enfermedad* posee una carga más peyorativa que la palabra *debilidad*. La noción de tener una enfermedad mental parece fundirse en la ignominia del ser enfermo mental, como si *ser enfermo mental* resultase más estigmatizador y agresivo que *ser débil*. Así la noción de la enfermedad psiquiátrica resulta un insulto porque impregna culturalmente la identidad de la persona de un modo que no lo hacen las enfermedades de otros órganos distintos al cerebro. Y nuevamente vemos que la enfermedad de la mente no es considerada proveniente del cerebro. Esta concepción de mente apartada del soma, esta dualidad, se presenta como un problema propio de la mentalidad misma del hombre porque, como se señaló en la página 52, pensar en una dirección monista no es natural para el ser humano. Se puede enseñar, aprender, estudiar, predicar para una adecuada formación médica, pero no se puede alcanzar. La autora desconfía de la posibilidad de que alguna vez se logre por completo. Más bien podría quedar siempre la *mente*, el psi-

quismo, como el alma, como algo no integrado, algo volátil que es absorbido por especulaciones y teorías no médicas, más o menos fantásticas, más racionales o más mágicas, pero nunca acabadamente introducidas y explicadas dentro de la biología y funcionamiento del cuerpo humano, de su sistema nervioso central.

ANEXO DE GRÁFICOS

Figura 1a. Respuestas médicos de 10 provincias y CABA. Pregunta 1: “¿La Depresión es una enfermedad?”

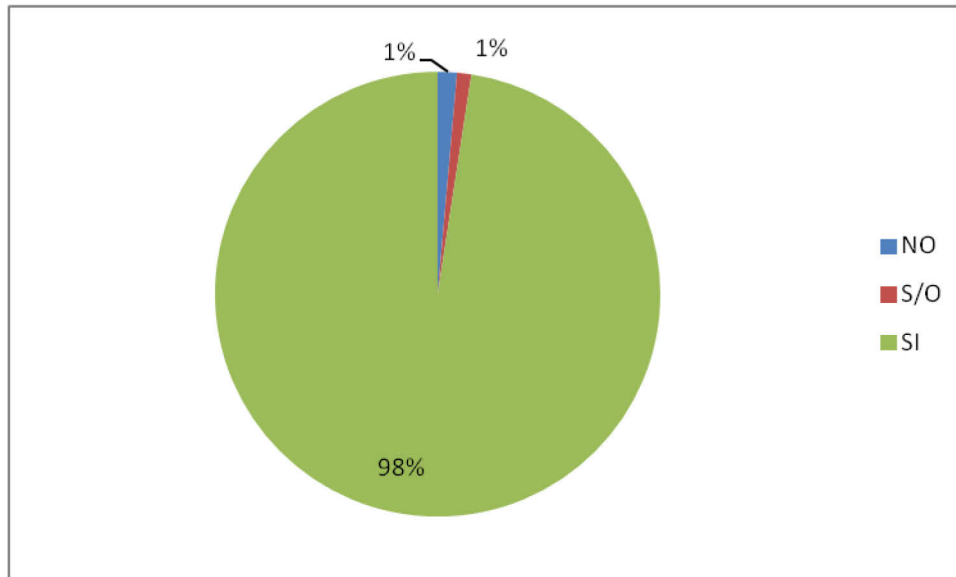


Figura 1b. Respuestas médicos de 10 provincias y CABA. Pregunta 2

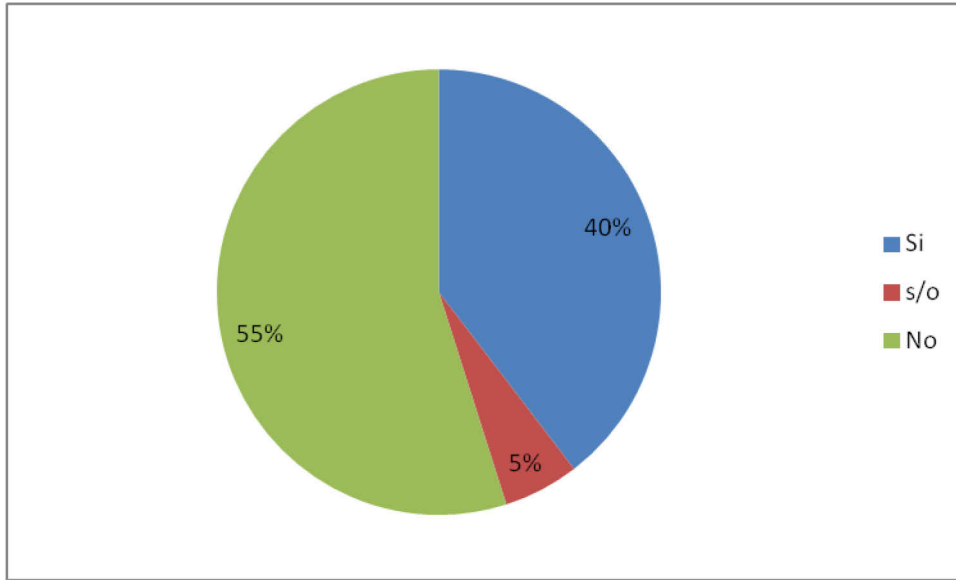


Figura 2 a. Respuestas médicos de CABA. Pregunta 1

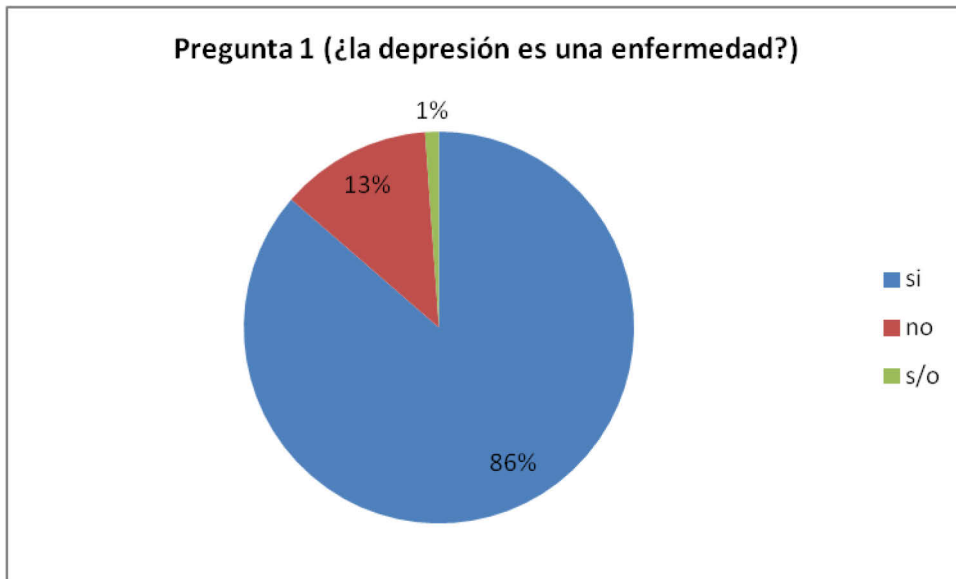
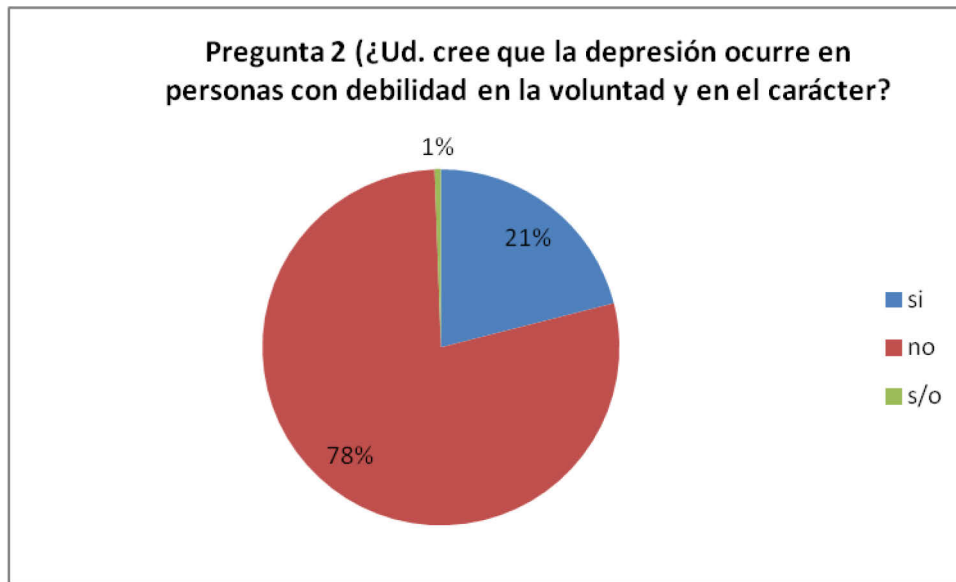


Figura 2b. Respuestas médicos de CABA. Pregunta 2

Figure 1



Cuadro 1a. Encuesta aplicada a la población de médicos

Estimado colega:

La siguiente encuesta forma parte de un proyecto que intenta investigar los conceptos acerca de la depresión entre la población médica y general.

Ud. se halla incluido dentro de la muestra elegida en forma aleatoria.

Esta encuesta es anónima.

Si Ud. está de acuerdo en participar complétela en forma espontánea.

Le llevará no más de 5 minutos.

Los resultados de este trabajo estarán a su disposición.

Le agradezco mucho su participación

Silvana Pujol
MP 110241

-
1. Sexo
 2. Edad
 3. Año de egreso
 4. Universidad de egreso
 5. Especialidad
 6. Lugar de trabajo
 - Unidad Sanitaria
 - Hospital general
 - Hospital especializado
 - Clínica o institución privada
 - Consultorio particular
 - Obra social
 - Otro/s
 7. Marque si ha sufrido Ud. o algún familiar cercano Depresión ()
 1. ¿La depresión es una enfermedad?
Si no s/o (sin opinión)
 2. ¿Ud. creé que la depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter?
Si no s/o
 3. ¿Observa Ud. depresión en su práctica asistencial?
Si no s/o
 4. Si la respuesta es afirmativa, ¿qué porcentaje estimativo observa entre los pacientes que Ud. atiende?
Menos de 1% de 1 a 10% de 10 a 20% más de 20% s/o
 5. ¿Ud. prescribe tratamiento a los pacientes con depresión?
Si no s/o
 6. ¿Ud. utiliza antidepresivos en su trabajo asistencial?
Si no s/o
 7. En su opinión, ¿cuál es/son la/s causa/s de la depresión?
Biológica
Psicológica
Social
Todas
S/O
 8. En su opinión, ¿cuál es la principal causa de falta de detección de la depresión por parte de los médicos?
Falta de formación profesional
Falta de tiempo empleado para cada paciente
Falta de comunicación con el paciente
Temor del médico o del paciente a los prejuicios o discriminación
S/O

Cuadro 2. Lugares de recolección de encuestas dirigidas a médicos

Agremiación Médica Platense	89
Sociedad Médica de La Plata	12
HIGA San Martín	31
Hospital San Roque de (Gonnet)	10
Hospital Dr. Alejandro Korn (Melchor Romero)	14
Hospital Horacio Cestino (Ensenada)	15
Hospital Pedro Larrain (Berisso)	24
Hospital Sor María Ludovica	41
Hospital Dr. Rodolfo Rossi	12
Ministerio de Seguridad de la Pcia. de Buenos Aires	5

Cuadro3. Composición de la muestra según especialidades

Clínica Médica	56
Medicina General	10
Pediatría	42
Cirugía	10
Ginecología	10
Cardiología	25
Dermatología	14
Ortopedia y Traumatología	10
Terapia Intensiva	9
Gastroenterología	5
Oftalmología	4
Hematología	8
Urología	3
Neurología	3
Neurocirugía	3
Patología	7
Otorrinolaringología	2
Endocrinología	2
Anestesiología	2
Reumatología	1
Medicina Legal	2
Radiología	1
Oncología	6
Rehabilitación	2
Enfermedades infecciosas	1
Toxicología	1
Gerontología	1
Alergia	1
Obstetricia	1
Nefrología	1
S/O	10

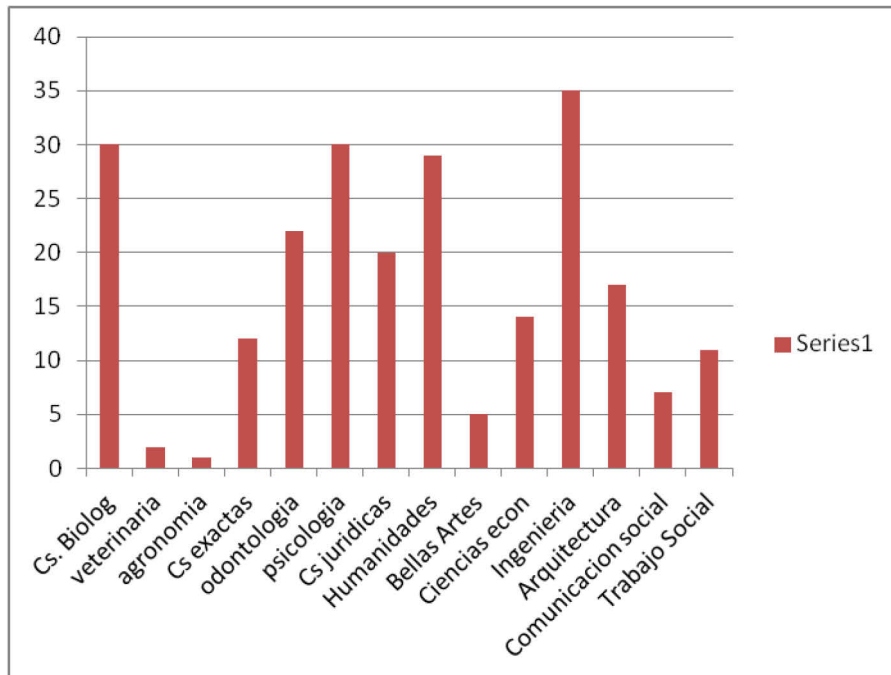
Figura 3. Distribución de la muestra de médicos según especialidades (n253)



Cuadro 4. Composición de la muestra de profesionales no médicos según la facultad de egreso

Ciencias Naturales	30
Ciencias Veterinarias	2
Ciencias Agrarias y Forestales	1
Ciencias Exactas	12
Odontología	22
Psicología	30
Ciencias Jurídicas	20
Humanidades y Ciencias de la Educación	29
Bellas Artes	5
Ingeniería	35
Arquitectura	17
Comunicación Social	7
Trabajo Social	11
Ciencias Económicas	14

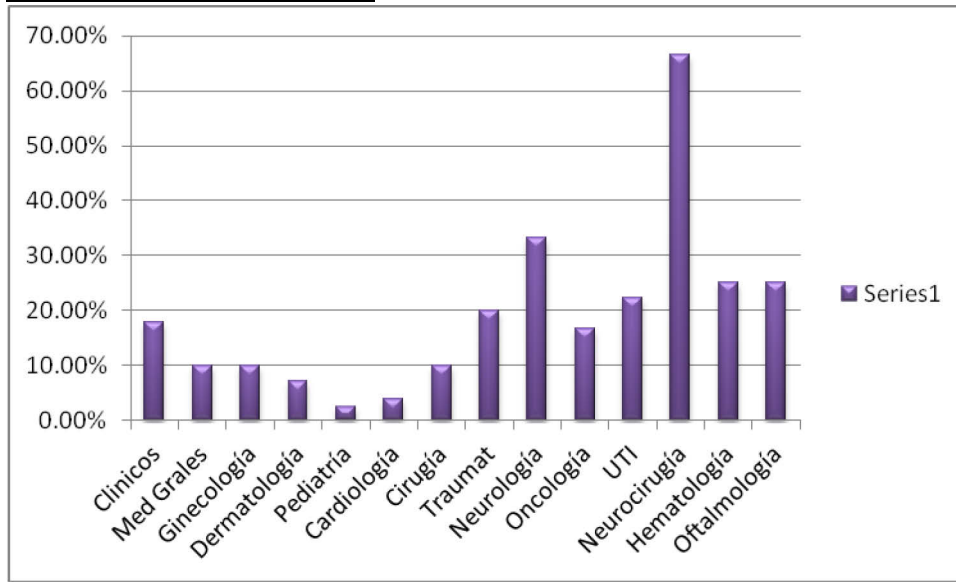
Figura 4 Composición de la muestra de profesionales no médicos según la facultad de egreso



Cuadro 5. Respuestas a la pregunta 1(“¿La depresión es una enfermedad?”) por especialidades:

Especialidad	Total	SI	NO	S/O	% de no positivas
Clínica Médica	56	46	9	1	17.85
Cardiología	25	24	1		4
Ginecología	10	9	1		10
Medicina General	10	9	1		10
Cirugía	10	9	1		10
Obstetricia	1		1		100
Traumatología y Ortopedia	10	8	2		20
Neurología	3	2	1		33.33
Hematología	8	6	2		25
Dermatología	14	13	1		7.14
Oftalmología	4	3	1		25
Endocrinología	2	1	1		50
Pediatría	42	41	1		2.38
Terapia Intensiva	9	9			
Gastroenterología	5	5			
Neurocirugía	3	3			
Urología	3	3			
Patología	7	7			
Otorrinolaringología	2	2			
Anestesiología	2	2			
Reumatología	1	1			
Medicina Legal	2	2			
Radiología	1	1			
Oncología	6	6			
Rehabilitación	2	2			
Infectología	1	1			
Toxicología	1	1			
Gerontología	1	1			
Alergia	1	1			
Nefrología	1	1			
S/O	10	10			

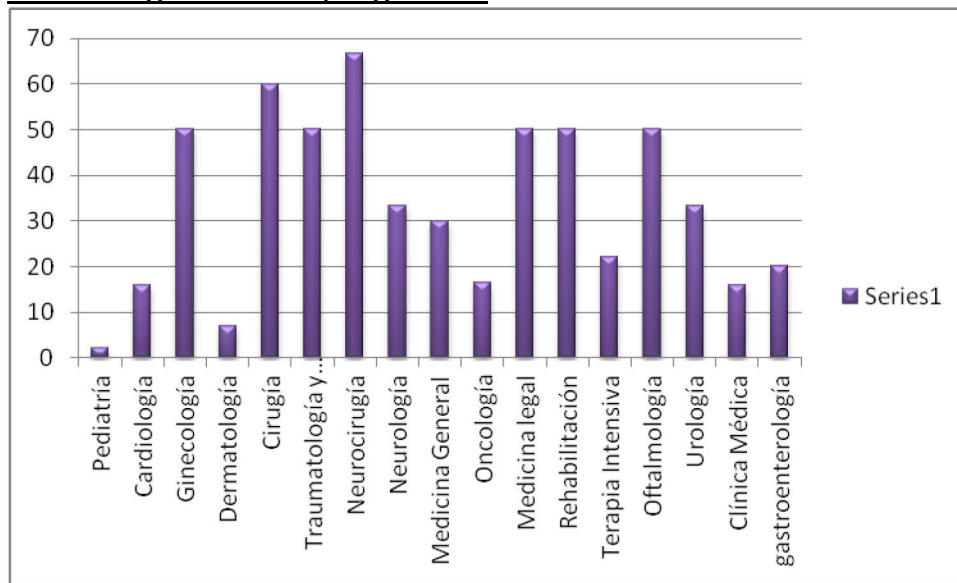
Figura 5. Porcentajes dentro de cada una de las especialidades de respuestas no positivas a la pregunta 1



Cuadro 6. Distribución por especialidades de respuestas a la pregunta 2 (“¿Ud. creé que la depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter?”)

Especialidad	Total	SI	NO	S/O	% resp. no negativas
Pediatría	42	9	32	1	2.3
Cardiología	25	4	21		16
Ginecología	10	4	5	1	50
Dermatología	14	1	13		7.1
Cirugía	10	4	4	2	60
Traumatología y Ortopedia	10	4	5	1	50
Neurocirugía	3	2	1		66.6
Neurología	3	1	2		33.3
Medicina General	10	2	7	1	30
Oncología	6	1	5		16.6
Medicina legal	2	1	1		50
Rehabilitación	1	1	1		50
Terapia Intensiva	9	1	7	1	22.2
Nefrología	1	1			100
Oftalmología	4	1	2	1	50
Urología	3	1	2		33.3
Clínica Médica	56	3	47	6	16.07
gastroenterología	5	1	4		20
Hematología	8		8		0
Patología	7		7		0
Otorrinolaringología	2		2		0
Endocrinología	2		2		0
Anestesiología	2		2		0
Reumatología	1		1		0
Radiología	1		1		0
Infectología	1		1		0
Toxicología	2		1		0
Gerontología	1		1		0
Alergia	1		1		0
Obstetricia	1		1		0
Patología	7		7		0
S/O	10		10		0

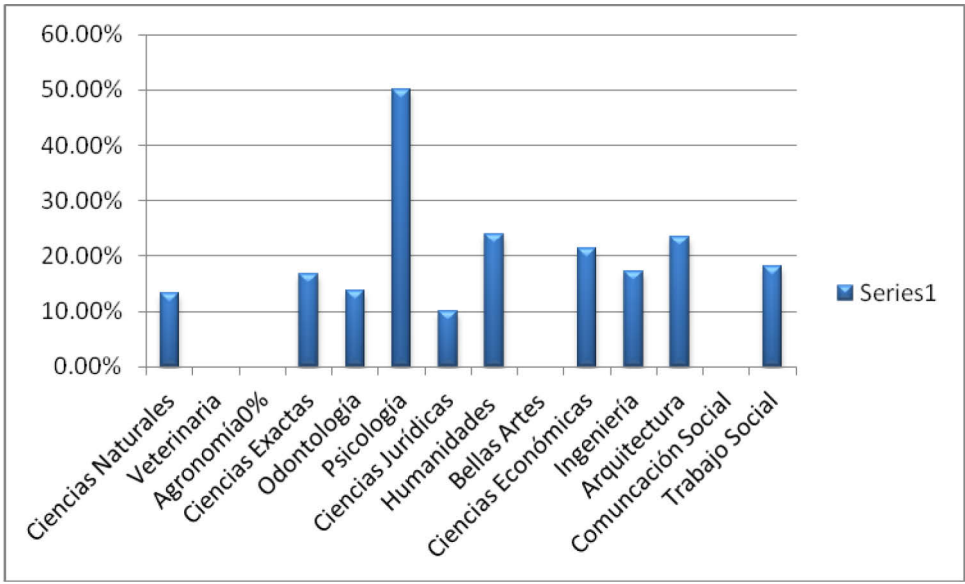
Figura 6. Preg.2: porcentajes dentro de cada una de las especialidades de respuestas no negativas a la pregunta 2



Cuadro 7. Distribución por unidad académica de egreso de las respuestas a la pregunta 1 (“¿La Depresión es una enfermedad?”)

Unidad académica	Total	SI	NO	S/O	% de no posit.
Ciencias Naturales	30	26	3	1	13.33
Ciencias Veterinarias	2	2	0	0	0
Ciencias Agrarias y Forestales	1	1	0	0	0
Ciencias Exactas	12	10	2	0	16.66
Odontología	22	19	2	1	13.66
Psicología	30	15	12	3	50
Ciencias Jurídicas	20	18	1	1	10
Humanidades	29	24	4	1	17.24
Bellas Artes	5	5	0	0	0
Ingeniería	35	28	5	2	20
Arquitectura	17	13	3	1	23.52
Comunicación Social	7	7	0	0	0
Trabajo Social	11	9	2	0	18.18
Ciencias Económicas	14	11	1	2	21.42

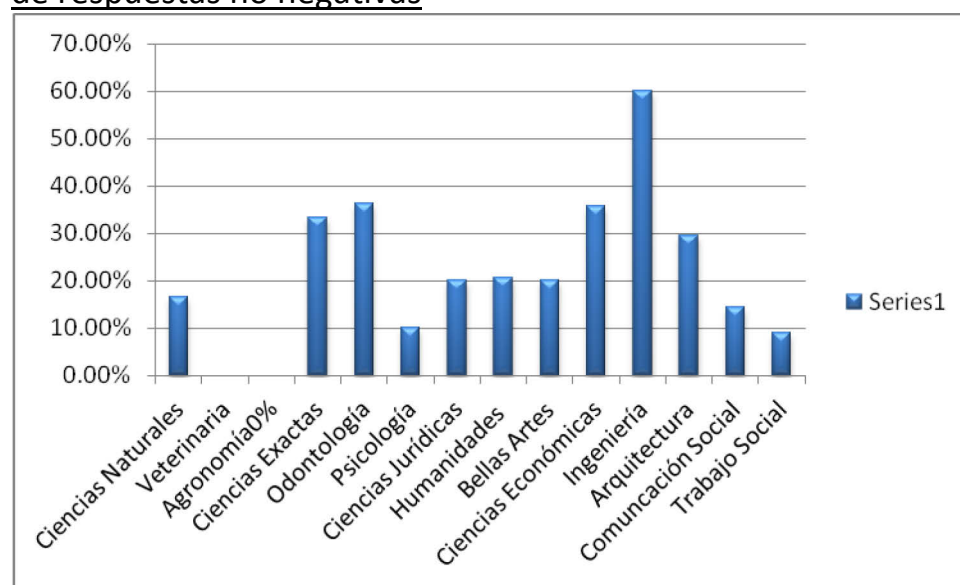
Figura 7. Pregunta 1. Porcentajes dentro de cada una de las profesiones (no médicas) de respuestas no positivas.



Cuadro 8. Distribución por unidad académica de egreso de las respuestas a la pregunta 2 (“¿Ud. creé que la depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter?”)

Unidad Académica	Total	NO	SI	S/O	% de no neg.
Ciencias Naturales	30	25	3	2	16.66
Ciencias Veterinarias	2	2	0	0	0
Ciencias Agrarias y Forestales	1	1	0	0	0
Ciencias Exactas	12	8	2	2	33.33
Odontología	22	15	5	2	31.81
Psicología	30	27	3	0	10
Ciencias Jurídicas	20	16	4	0	20
Humanidades	29	23	4	2	20.68
Bellas Artes	5	4	0	1	20
Ingeniería	35	14	17	4	60
Arquitectura	17	12	4	1	29.41
Comunicación Social	7	6	1	0	14.28
Trabajo Social	11	10	0	1	9.09
Ciencias Económicas	14	9	3	2	35.71

Figura 8. Preg.2: porcentajes dentro de cada una de las profesiones (no médicas) de respuestas no negativas



Cuadro 9. Análisis de las respuestas a las preguntas 1 y 2 en la muestra de los egresados de UNLP no médicos

<u>profesión</u>	<u>total</u>	<u>preg1</u> <u>NO</u>	<u>preg1</u> <u>s/o</u>	<u>preg2 si</u>	<u>preg2 s/o</u>	<u>% Preg 1</u> <u>no afir-</u> <u>mat</u>	<u>% Preg 2</u> <u>no negat</u>
Cs. Biológ	30	3 (10%)	1 (3,33%)	3 (10%)	2 (6.66%)	13.33%	16.66%
veterinaria	2	0	0	0	0	0	0
agronomía	1	0	0	0	0	0	0
Cs exactas	12	2 (16.66%)	0	2 (16.66%)	2 (16.66%)	16.66%	33.33%
odontología	22	2(9.09%)	1 (4.54%)	5 (22.72%)	3(13.63%)	13.63%	36.36%
psicología	30	12(40%)	3 (10%)	3 (10%)	0	50.00%	10.00%
Cs jurídicas	20	1 (5%)	1 (5%)	4 (20%)	0	10%	20%
Humanidades	29	4 (13.79%)	1 (3.44%)	4 (13.79%)	2 (6.89%)	24%	20.68%
Bellas Artes	5	0	0	0	1 (20%)	0.00%	20%
Ciencias económ	14	1 (7.14%)	2 (14.28%)	3 (21.42%)	2 (14.28%)	21.42%	35.71%
Ingeniería	35	5 (14.28%)	2.85%	17 (48.57%)	4 (11.42%)	17.14%	60%
Arquitectura	17	3 (17.64%)	1 (5.88%)	4 (23.52%)	1 (%.88%)	23.52%	29.41%
Comunicación social	7	0	0	1 (14.28%)	0	0.00%	14.28%
Trabajo Social	11	2		0	1	18.18%	9,09%

Figura 9. Antecedentes personales o familiares de Depresión en la muestra de médicos

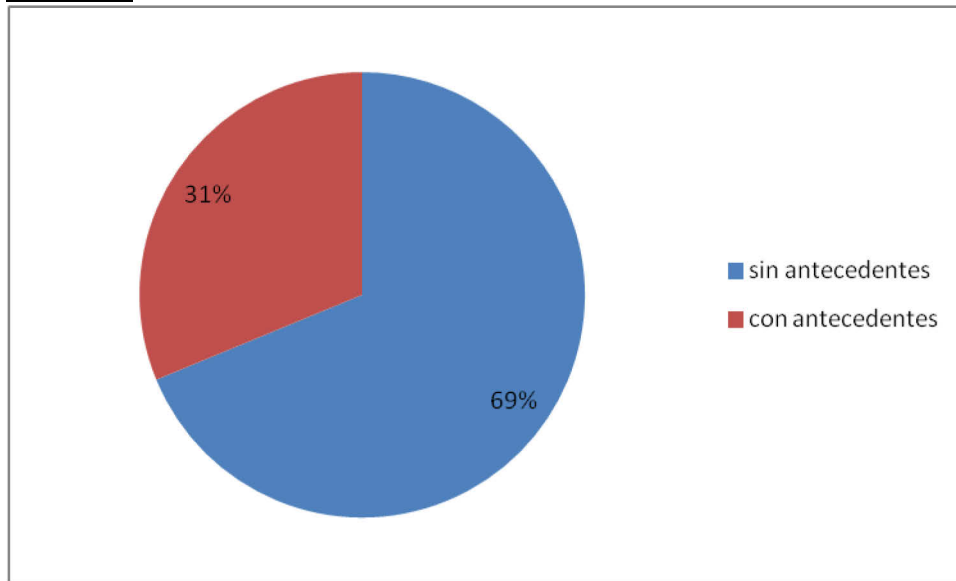


Figura 10. Antecedentes personales o familiares de Depresión en la muestra de no médicos

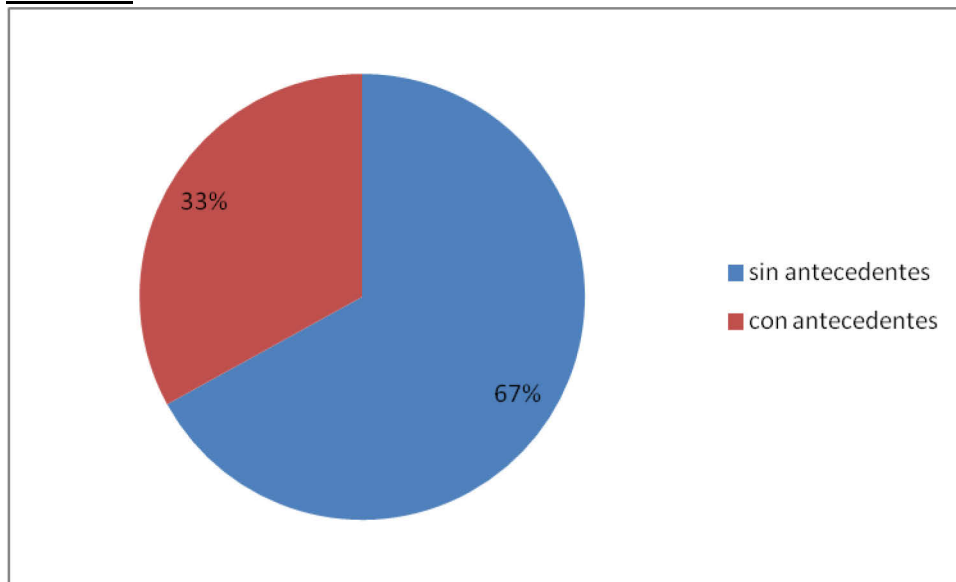


Figura 11. Respuestas a la Pregunta 1 entre médicos con antecedentes personales o familiares de Depresión

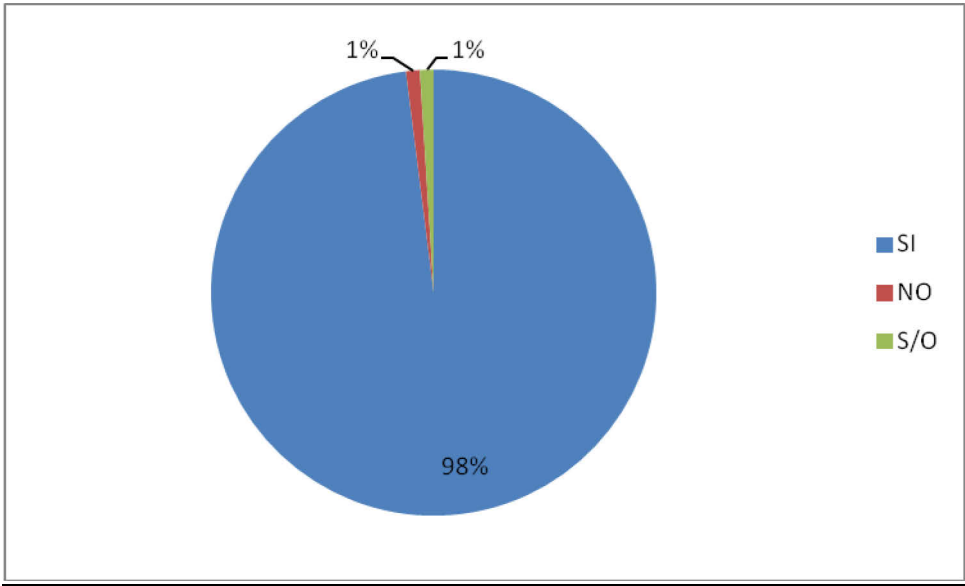
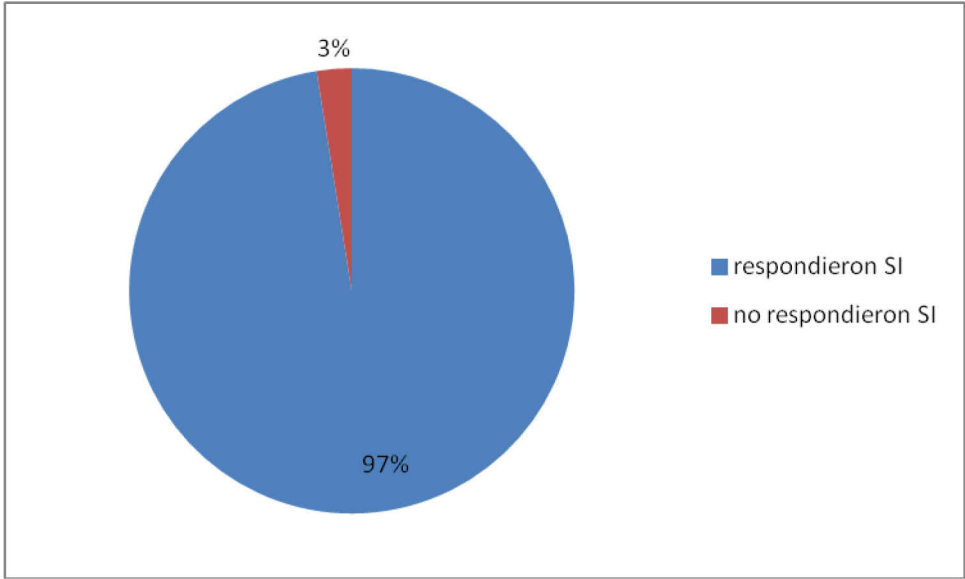


Figura 12. Respuestas a la pregunta 1 entre profesionales no médicos con antecedentes personales o familiares de Depresión

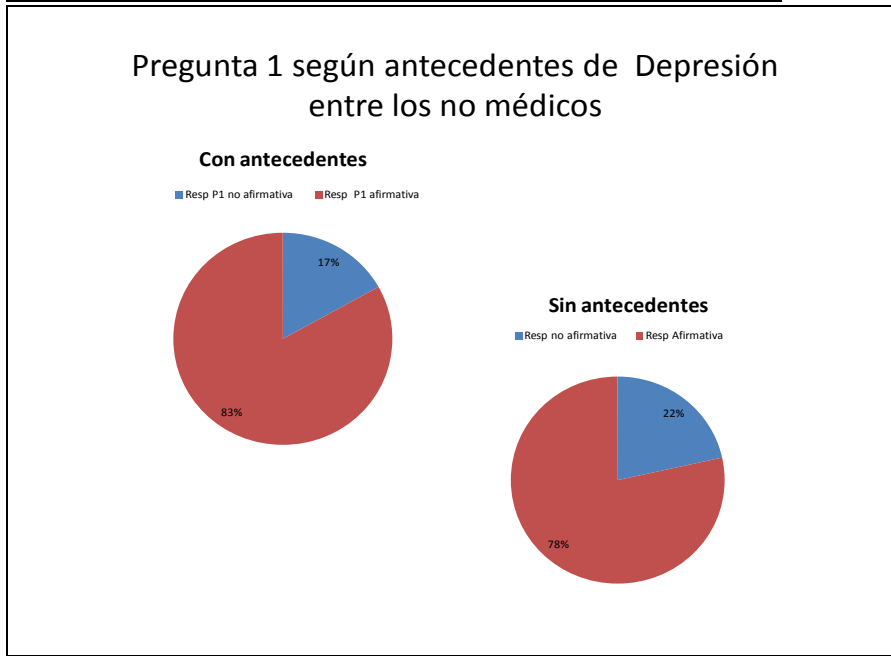
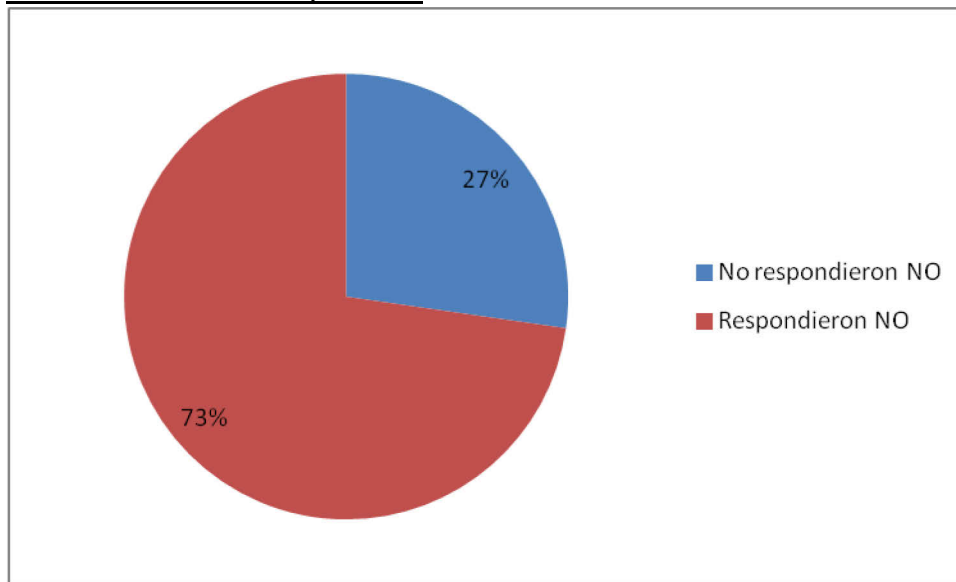


Figura. 13. Respuestas a la pregunta 2 entre profesionales médicos con antecedentes de Depresión



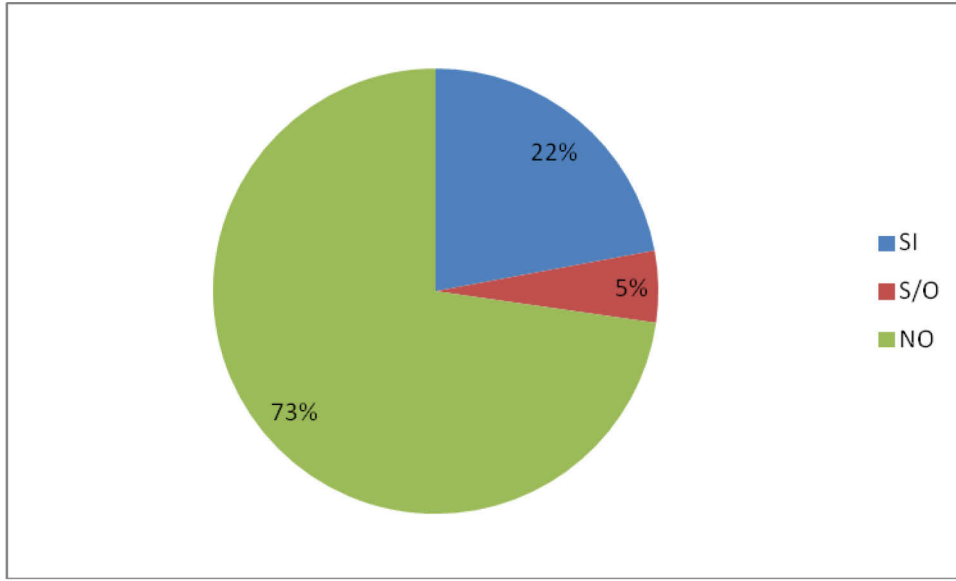
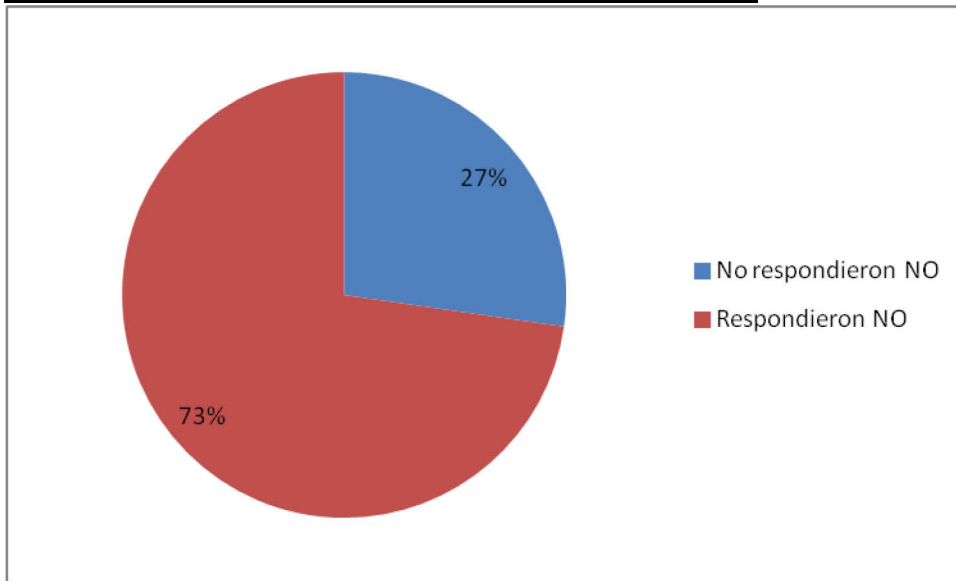


Figura 14. Respuestas a la pregunta 2 entre profesionales no médicos con antecedentes de Depresión y sin ese antecedente



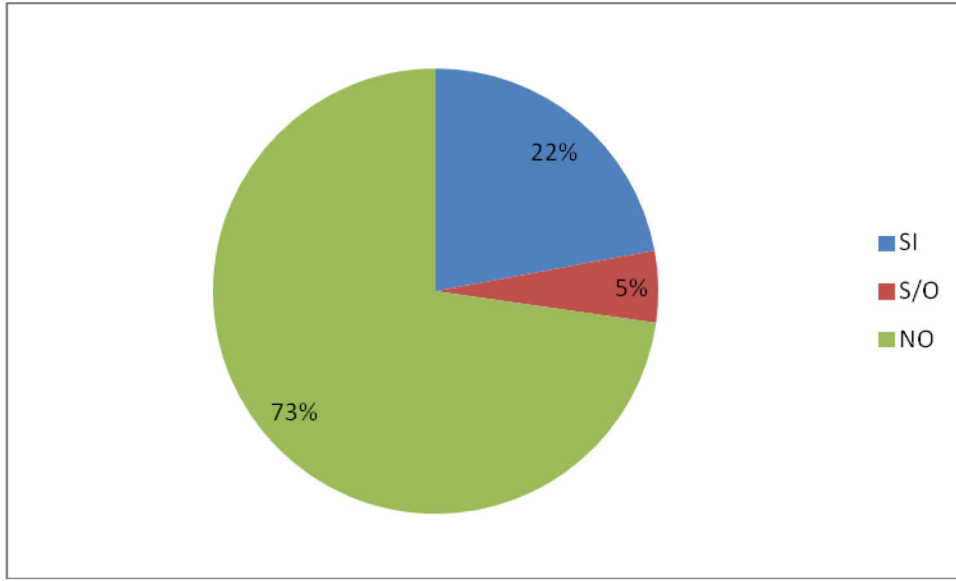


Figura 15. Pregunta 1. “¿La Depresión es una enfermedad?” Comparación de porcentajes de respuestas en ambas muestras

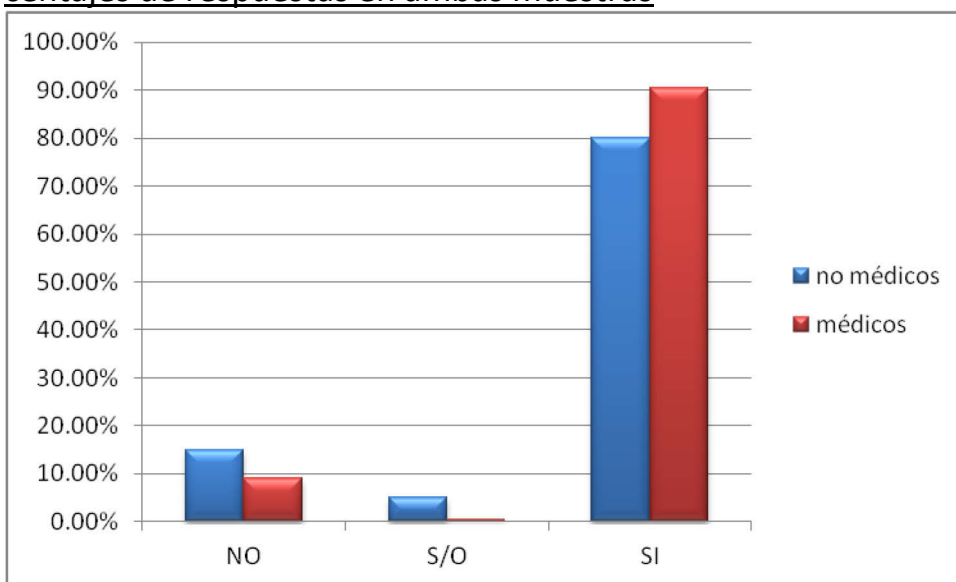


Figura 16. Pregunta 2: “¿Ud. creé que la Depresión ocurre en personas con debilidad en la voluntad y en el carácter?” Comparación de porcentajes de respuestas en ambas muestras

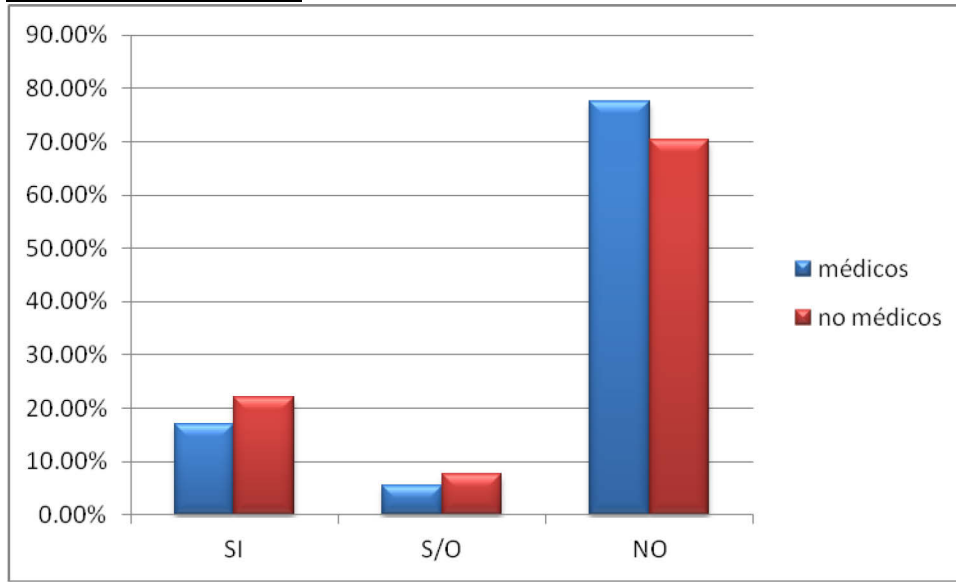


Figura 17. Comparación de respuestas a la primera pregunta entre los médicos con antecedente personal o familiar de Depresión y los médicos sin antecedentes

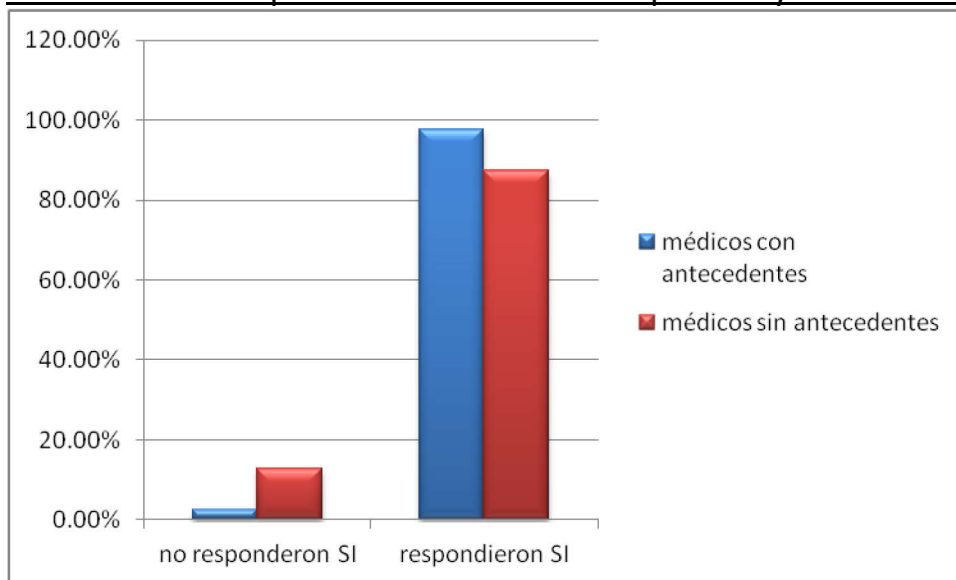


Figura 18. Comparación de respuestas a la primera pregunta entre los profesionales no médicos con antecedentes personal o familiar de Depresión y los que no tuvieron antecedentes

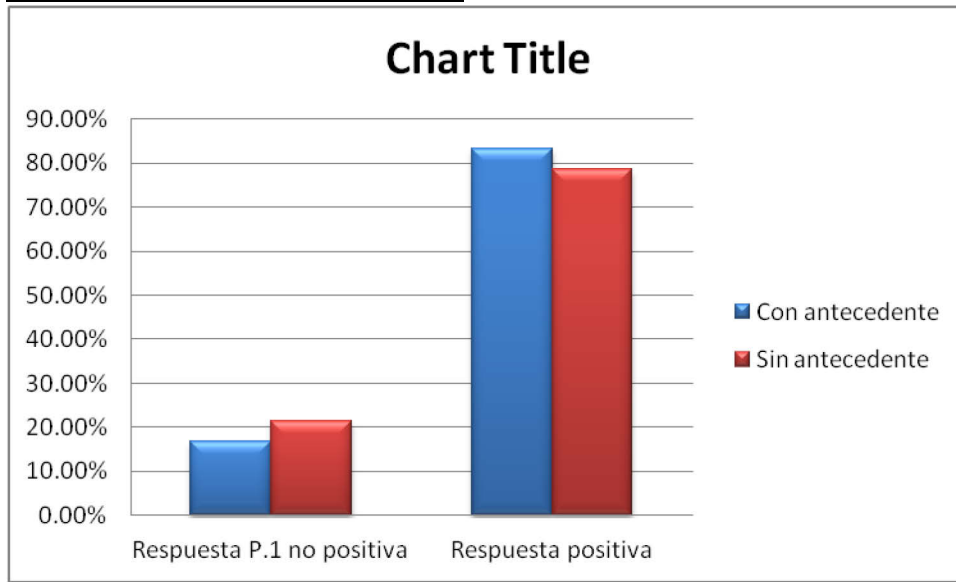


Figura 19. Comparación de respuestas a la segunda pregunta entre los médicos con antecedente personal o familiar de Depresión y sin antecedente

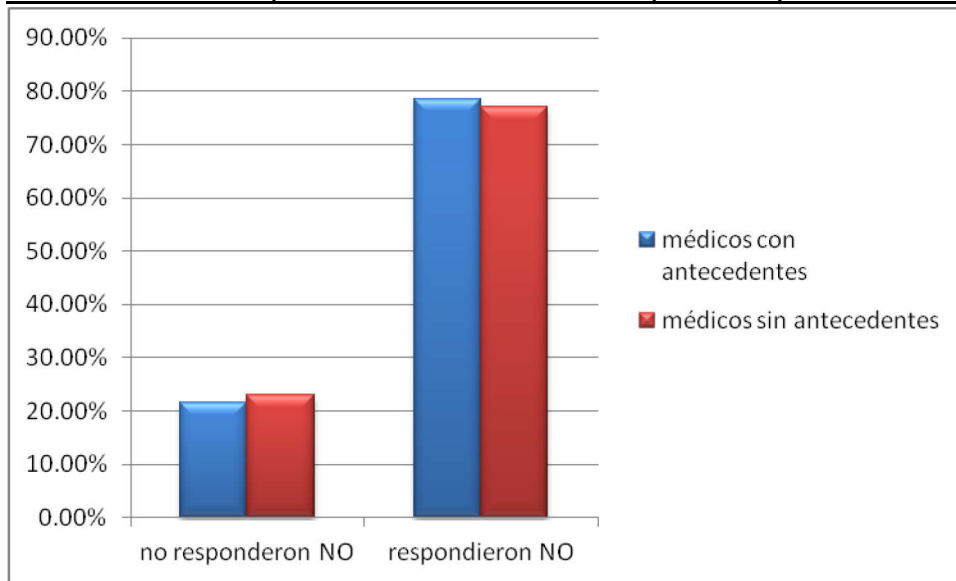
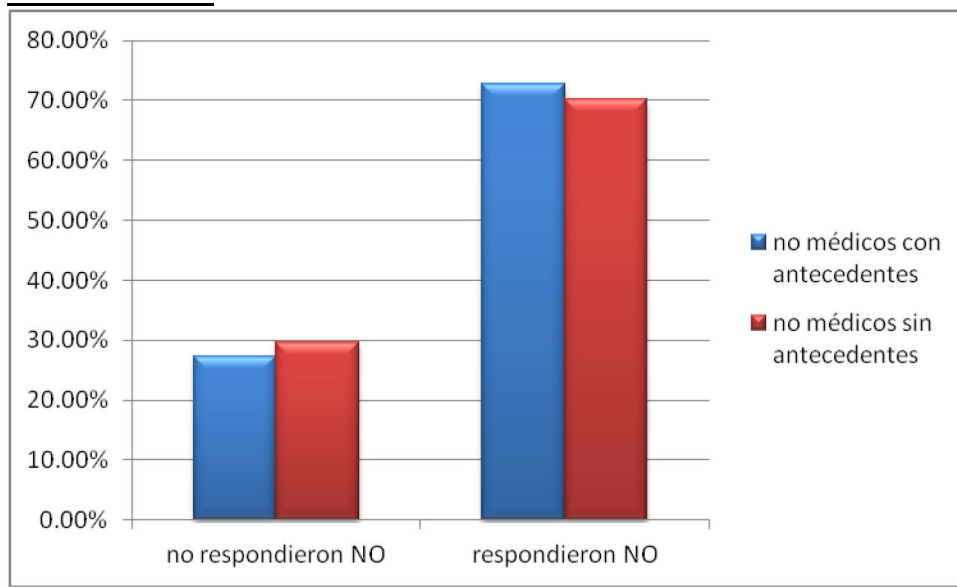


Figura 20. Comparación de respuestas a la segunda pregunta entre los profesionales no médicos con experiencia personal o familiar de Depresión y sin antecedentes



Agradecimientos.

Al Prof. Dr. Manuel Suárez Richards por el entusiasmo con que me dirigió, brindándome estímulo, tiempo y conocimiento en forma generosa y consecuente.

A la Ing. María Inés Urrutia por su asesoramiento en el análisis estadístico de los datos.

A la Méd. Veterinaria y Profesora en Epidemiología Pía Silvestrini por su asesoramiento en el diseño del estudio.

A todos los colegas y profesionales que participaron en el estudio

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet* 1998; 352: 1054-1055
- ² Real Academia Española 2001. Espasa Calpe S.A. Reimp. Grupo Editorial Planeta SAIC. Buenos Aires. 2006
- ³ Gómez de Silva Guido. Breve diccionario etimológico de la lengua española. Fondo de Cultura Económica. México. 1988
- ⁴ World Health Organization. "Stigma: A Guidebook for Action". Published by Health Scotland (a World Health Organization Collaborating Center that is taking forward work on Stigma and Discrimination as part of the WHO European Region's Mental Health in Europe Implementation Plan 2005-2010). Edinburgh and Glasgow. 2008
- ⁵ Allport, G.W. (2000). The Nature of Prejudice. In C. Stangor, "Stereotypes and Prejudice" (pp. 20-48). Philadelphia, PA: Taylor and Francis Group.
- ⁶ Sartorius N. *Fighting for Mental Health: a Personal View*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 2002
- ⁷ Abbey S, Charbonneau M et al. "Stigma and Discrimination". A position paper developed by the Canadian Psychiatric Association" Stigma-Discrimination Working Group and approved by the CPA's board of Director on July 8, 2011
- ⁸ Lutz, C. Thought and Estrangement: emotions as a cultural category. *Cultural Anthropology*, v.1, n.3, p. 287-309, Aug. 1986
- ⁹ Callard F, Thornicroft G, Rose D and Butler G. Institute of Psychiatry, King's College London. Shift Media Survey: Mind Over Matter 2
- ¹⁰ Callard F, Thornicroft G, Rose D and Butler G. Institute of Psychiatry, King's College London. Shift/CSIP'S Mind Over Matter 1: improving media reporting of mental health. London Department of Health. January 2005
- ¹¹ Corrigan PW. Language and Stigma. *Psychiatric Services*. American Psychiatric Association. August 2006, Vol 57, N 8
- ¹² Health Scotland, WHO European Region's mental Health in Europe Implementation Plan 2005-2010. Stigma: an International Briefing Paper. Edinburg, Glasgow, 2008
- ¹³ Baumann AE. Estigmatización, distancia social y exclusión a causa de enfermedad mental: el individuo con enfermedad mental como un extraño. *Int Rev Psychiatry*, 2007, Apr; 19 (2): 131-5
- ¹⁴ Hillert A, Sandmann J, Ehmg SC et al. Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of a systematic analysis of newspapers and popular magazines. *Pharmacopsychiatry* 1996; 29; 67-71
- ¹⁵ Walter G, Mc Donald A, Rey JM et al. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior and after viewing ECT scenes from movies. *J. ECT* 2002; 18: 43-6
- ¹⁶ Walter G. The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatr. Scand* 1992; 85; 167-72
- ¹⁷ Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS, Drugs* 2006; 20; 99-106
- ¹⁸ Sartorius N, Gaebel W, Rose Cleveland H, Stuart H, et al. Guía de la WPA para combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras
- ¹⁹ Stuart H, Arboleda-Flórez J, Sartorius N. *Paradigms lost. Fighting stigma and the lessons learned*. Oxford University Press. New York. 2012
- ²⁰ Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman D and Sirey JA. The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, 2001. 52 (12): 1633-1638
- ²¹ Summerville C. Schizophrenia. Society of Canada. 5th International Stigma Conference. Ottawa, Ontario, Canada. June 4-6, 2012
- ²² Lloyd Robertson. A personal story. Round Table Discussion: Media Depictions of Mental Illness. 5th International Stigma Conference. Ottawa, Ontario, Canada. June 4-6, 2012
- ²³ Link, B.G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 1987, 52 (1); 96-112
- ²⁴ Rüsç N, Lieb K, Bohus M, Corrigan PW. Self-Stigma, Empowerment and Perceived Legitimacy of Discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services* 2006, 27: 399-402

-
- ²⁵ Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M y Guillen A.I. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense. Madrid 2009: 27-28
- ²⁶ Van Bortel Tine V. of the Institute of Psychiatry, King's College London. INDIGO depression Study. Presentado en the 5th International Stigma Conference. Ottawa, Ontario, Canada. June 4-6, 2012
- ²⁷ Thornicroft G. of the Institute of Psychiatry, King's College, London. INDIGO Schizophrenia Study. Discrimination and Stigma Scale (DISC). Presentado en the 5th International Stigma Conference. Ottawa, Ontario, Canada. June 4-6, 2012
- ²⁸ Twenga JM, Catanese KR y Baumeister RF. Social Exclusion and the Deconstructed State: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion and self-awareness. *Journal of personality and social psychology*, 2003, 85 (3): 409-423
- ²⁹ Rüsck N, Zlati A, Black G and Thornicroft G. Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *The British Journal of Psychiatry* (2014) 205, 257–259. doi: 10.1192/bjp.bp.114.145755
- ³⁰ Thornicroft G, Rose D and Metha N. Discrimination Against People with Mental Illness: What can Psychiatrists Do? *Advances in Psychiatric Treatments*, 16: 53-59
- ³¹ Myers M. New century: overcoming stigma, respecting differences. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (10): 907-914
- ³² Karlin B, Zeiss R. Environmental and therapeutic issues in psychiatry hospital design toward best practices. *Psychiatric Serv* 2006; 57 (10): 1376-1378
- ³³ Institute of Health Economics, Alberta. How much should we spend on mental health? 2008
- ³⁴ The Office of the Deputy Prime Minister. Mental health and Social exclusion. Social exclusion unit report. *Wetherby (GB): ODPM Publications*, 2004
- ³⁵ Sharp LK, Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care setting. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1001-8
- ³⁶ Orive M, Padierna J, Quintana JM, Las-Hayas C, Vrotsov K, Aguirre U. Detecting depression in medically ill patients: Comparative accuracy of four screening questionnaires and physicians' diagnoses in *Journal of Psychosomatic Research* 2010, 69: 399-406
- ³⁷ Okasha T. *WPA Bulletin on Depression*. Vol 11. N31, 2006
- ³⁸ Bramness, J.G., Fixdal, T.C., Vaglum, P., 1991. Effect of medical school stress on the mental health of medical students in early and late clinical curriculum. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84, 340–345.
- ³⁹ Sartorius Norman 5th International Stigma Conference, Ottawa, Ontario, Canada. June 4-6, 2012
- ⁴⁰ Coker E A. FEDORA: first episode discrimination outcomes assessment . Institute of Psychiatry, King's College, London.
- ⁴¹ Shan Clare, Martin A, Chester A. Identifying the Learning Needs of Organizational Leaders in Relation to Depression Awareness and Stigma Reduction in the Workplace. Póster presentado en the 5th International Stigma Conference, Ottawa, Ontario, Canada. June 4-6, 2012
- ⁴² Sirey J, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick D, Friedman SJ y Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressants drug adherence. *Psychiatric Services* 2001, 52 (12): 1615-1620
- ⁴³ Barney LJ, Griffiths KL, Christensen H and Jorm AF. . University of Melbourne, Australia. "Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma". *BMC Public Health* February 2009, 9: 61
- ⁴⁴ Covington David. "Ideas mal fundadas de la enfermedad mental". *El Magellan*, Arizona, 2013
- ⁴⁵ Aust NZ, Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. *J. Psychiatry* 2006 Jan; 40 (1): 51-4
- ⁴⁶ Atzema CL, Schull MJ, Tu JV. The effect of a charted history of depression on emergency department triage and outcomes in patients with acute myocardial infarction. *CMAJ* 2011. DOI: 10.1503. Canadian Medical Association or its licensors 2011
- ⁴⁷ Mitchell A J, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609-19
- ⁴⁸ Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *Journal of Affective Disorders* 2011, 130: 26-36

-
- ⁴⁹ Dinesen Ostergaard S, Foldager L, Munk-Jorgensen P. Importancia del diagnóstico adecuado de depresión en el nivel de atención primaria. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28 (4): 211-215 Dic, 2010
- ⁵⁰ U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. December 2009; Vol.151:784-792 Number 11.
- ⁵¹ Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in Primary Care in Germany: The Depression 2000 study. *Clin Exp* 2002; 17: S1-S11
- ⁵² Tardón L. Médicos de familia: diagnostican la mitad de los casos de depresión. *IntraMed*. Noticias médicas. Médicos de familia. (en internet)
- ⁵³ Suárez Richards M, Pujol S. La depresión en la vida diaria. Guía práctica destinada al Médico General para su detección, diagnóstico y tratamiento. Ed Polemos, Buenos Aires, 2009
- ⁵⁴ Rait G, Walters K, Griffin M, Buszewicz M, Petersen I, Nazareth I. Recent trends in the incidence of recorded depression in primary care. *The British Journal of Psychiatry* (2009) 195: 520-524.
- ⁵⁵ Harvey A Whiteford, Louisa Degenhardt, Jürgen Rehm, Amanda J Baxter, Alize J Ferrari, Holly E Erskine, Fiona J Charlson, Rosana E Norman, Abraham D Flaxman, Nicole Johns, Roy Burstein, Christopher J L Murray, Theo Vos. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575–86
- ⁵⁶ World Federation for Mental Health (WFMH). Depresión: una crisis global. Proclama del Día Mundial de la Salud Mental 2012
- ⁵⁷ Kjersti Støen Grotmol, Tore Gude, Torbjørn Moum, Per Vaglum, Reidar Tyssen. Risk factors at medical school for later severe depression: A 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). *Journal of Affective Disorders* 146 (2013) 106–111
- ⁵⁸ OMS Official Records of the World Health Organization, N2, p.100. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, 1946
- ⁵⁹ Moussaoui Driss. Ibn Rushd. University Psychiatric Center. Casablanca, Morocco. *WPA Bulletin on Depression*. Vol 14. Nº 38, 2008, nota editorial
- ⁶⁰ Law Stephen. Filosofía. Guías visuales editorial El Ateneo. Buenos Aires, 2011
- ⁶¹ Taussig Michael. La Reificación y la conciencia del paciente. 1980. *Social Science and Medic*. 14:3-13
- ⁶² Bunge Mario. Filosofía para médicos. Gedisa editorial. Buenos Aires, 2012
- ⁶³ Erich Fromm. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Fondo de Cultura Económica de México. México. 1956
- ⁶⁴ Canguilhem, Georges. Lo normal y lo patológico, Siglo XXI. México, D.F, 1986
- ⁶⁵ Carli Alberto, Kennel Beatriz L. El conocimiento en las ciencias de la salud. Aportes para una reflexión epistemológica. Prometeo libros. Buenos Aires, 2012
- ⁶⁶ La Santa Biblia. Carta a los Hebreos II, X. Por Mons. Dr. Juan Straubinger. Fundación Santa Ana, La Plata, 2001
- ⁶⁷ Lewis C.S. El problema del dolor. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile, 2001
- ⁶⁸ Kleinman, A. Patients and Healers in the context of culture. 1980. Berkeley: University of California Press
- ⁶⁹ Lock Margaret and Nguyen Vinh-Kin. *Anthropology of Biomedicine*. Oxford. Wiley-Blackwell. April 2010
- ⁷⁰ Del Mónaco Romina. Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. *Physis Revista de Saúde Colectiva*, Río de Janeiro, 23 (2): 489-510, 2013
- ⁷¹ Good Byron J. *A Body in Pain- The Making of a World of Chronic Pain*
- ⁷² Guido Gómez de Silva. Breve diccionario etimológico de la lengua española El Colegio de México. Fondo de Cultura Económica. México, 1988
- ⁷³ López-Ibor Aliño Juan J. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1992. Prólogo a la edición española. Madrid, 1992
- ⁷⁴ American Psychiatric Association. DSM-IV. Washington 1994
- ⁷⁵ Kleinman Arthur. Neurasthenia and Depression: a study of somatization and culture in China culture. *Medicine and Psychiatry*, 1982, 6:117-190
- ⁷⁶ Ley Nacional de Salud Mental N 26657. Argentina. 2011
- ⁷⁷ Bunge Mario. *Sistemas sociales y Filosóficos*. Ed. Sudamericana. Buenos Aires, 1995
- ⁷⁸ Bunge Mario. *La ciencia. Su método y su filosofía*. Ed. Sudamericana. Buenos Aires. 1995

-
- ⁷⁹ Del Vecchio Good Mary-Jo, Brodwin Paul, E., Good Byron J. Kleinman Arthur. Pain as Human Experience: an anthropological Perspective. University of California Press
- ⁸⁰ Berrios Germán E. "Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría" Editorial Polemos. Buenos Aires. 2011
- ⁸¹ Lain Entralgo Pedro. "La historia clínica". Editorial Triacastela. Mdrid. 1998
- ⁸² Berrios Germán E. Entrevista. Hospitalarias. N 274 Junio-Julio/ 2007. Madrid
- ⁸³ Anthony E. James and Benedek Therese. Depresión y Existencia Humana. Salvat ed. Barcelona. 1981
- ⁸⁴ Chrétien Jean-Louis. "Del Cansancio". Ensayo. Ed. Mardulce. 2014. Bueno Aires
- ⁸⁵ Janet Pierre. La médecine psychologique. 1923. Ed Electrónica. Chicoutimi. Québec. Déc. 2002
- ⁸⁶ Bernard Paul, Trouvé Simone. Semiología psiquiátrica. Toray-masson. Barcelona, 1978
- ⁸⁷ Durkheim Émile. El suicidio. Estudio de sociología y otros textos complementarios. Miño y Dávila editores. Buenos Aires, 2012
- ⁸⁸ Bunge Mario. Seudociencia e ideología. Alianza Universidad. Madrid 1985
- ⁸⁹ Kagan Jerome. El Temperamento y su trama. Cómo los genes, la cultura, el tiempo y el azar inciden en nuestra personalidad. Katz Editores, Buenos Aires, 2011
- ⁹⁰ Simón Vicente. La relación mente-cuerpo desde una perspectiva actual, en "Psicobiología: De los Genes a la Cognición y el Comportamiento" Ignacio Morgado Bernal (Coordinador)Barcelona, 2005
- ⁹¹ Andrea Slachevsky Ch. La neuroética: ¿Un neologismo infundado o una nueva disciplina?. Rev Chil Neuropsiq. 2007; 45 (1): 12-15.
- ⁹² Suárez Richards M, Pujol S, Arboleda-Floréz J, Goñi MM. "Estudio del conocimiento sobre los Trastornos Depresivos entre los médicos asistenciales en Argentina.". Vértex Rev Arg de Psiquiatría 2009, Vol XX: 405-410
- ⁹³ S. Pujol, M.Suárez Richards, MM Goñi. Program on Psychiatric and Cognitive Studies (Pepyc). National University of La Plata. Argentina. "Assessment of Depression in primary care physicians in Argentina" presentado en WPA Thematic Conference on Depression and Other Common Mental Disorders in Primary Care. Granada. 18-21/6/2008
- ⁹⁴ S. Pujol, M.Suárez Richards, MM Goñi . "Assessment of Depression in primary care physicians in Argentina". 5th International Stigma Conference. Ottawa, Ontario, Canada. June 4-6, 2012
- ⁹⁵ Usdin Gene, Lewis Jerry M. Psiquiatría en Medicina General. Ed. Salvat. Barcelona. 1983
- ⁹⁶ Kelly CM, Jorn AF. Stigma and Mood Disorders. Curr. Opin. Psychiatry, 2007 Jan; 20 (1): 13-6