

Enfermedades y problemas de salud mental: un análisis crítico a los reportes de la relación entre covid-19 y depresión.

Mental illness and mental health problems: a critical analysis of reports on the relationship between covid-19 and depression.

Alvaro Cavieres F.¹, Pablo López S.^{2,3}

ABSTRACT

Introduction In the context of the analysis of the psychological repercussions associated with the COVID-19 pandemic, studies reporting high rates of depression in the general population have become particularly important. **Methods:** We performed a critical non-systematic review of publications. **Results:** In accordance with Horwitz and Wakefield, we argue that these investigations present methodological problems derived from the application of a diagnostic method based on the identification of non-specific symptoms and, secondly, that their results are interpreted without reference to the epidemiological context itself in which these manifestations could be expected reactions. **Conclusions:** In addition to emphasising a more rigorous use of terms and concepts of the speciality, we argue that it is necessary to rescue the importance of clinical judgement and to approach psychic suffering from a broader approach as a counterbalance to increasing medicalisation.

Keywords: Depression; COVID-19; Stress, Psychological; Medicalization
Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2024; 62 (1); 501-509

- ¹ Departamento de Psiquiatría - Universidad de Valparaíso, Chile.
- ² Escuela de Psicología - Universidad de Valparaíso, Chile; Investigador Joven (Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, MIDAP-Santiago de Chile).
- ³ Psicólogo.

Recibido: 01-08-2023

Aprobado : 04-01-2024

Declaración de autoría: Autores aprobaron este envío.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no poseen conflictos de interés que puedan sesgar el contenido expresado en este artículo.

Financiamiento: Artículo autofinanciado, no recibió financiamiento de ningún proyecto o agencia.

1. Salud Mental en un Mundo Convulsionado.

La pandemia originada a causa de la irrupción del Coronavirus SARS-CoV-2, ha tenido importantes repercusiones en nuestras sociedades y modos de vida, incluyendo la advertencia de la ONU que, de no existir políticas específicamente pensadas para este contexto, la pandemia podría exacerbar problemas sociales, tales como, la inequidad económica, la exclusión y la discriminación de las minorías⁽¹⁾ y la preocupación respecto de potenciales crisis económicas dadas las políticas restrictivas para el intercambio de bienes y servicios en todo el mundo y la drástica reducción de los empleos en algunos sectores productivos⁽²⁾.

Además de las preocupaciones sociopolíticas, se ha hecho evidente la necesidad de investigar las potenciales consecuencias que la pandemia podría tener en la salud mental de la población general con el fin de prevenir impactos negativos exacerbados. En este sentido, los efectos psicológicos de las pandemias (tales como el Ébola, N1H1, Fiebre Equina, etc.), trascienden el mero miedo al contagio, incluyendo también el temor a la posibilidad de perder seres queridos, la sensación general de incertidumbre, ansiedad y vulnerabilidad⁽³⁾.

Ahora bien, en el contexto específico del análisis de las repercusiones psicológicas, un especial lugar han alcanzado los estudios que informan altas tasas de depresión en la población general observadas en el contexto de la pandemia⁽⁴⁻⁷⁾.

En este artículo revisamos críticamente esta asociación, y siguiendo a Horwitz y Wakefield⁽⁸⁾, planteamos que estas investigaciones presentan problemas metodológicos derivados de la aplicación de un método diagnóstico basado en la identificación de síntomas inespecíficos y, en segundo lugar, que sus resultados se interpretan sin referencia al propio contexto epidemiológico en el cual estas manifestaciones podrían ser reacciones esperables. Además de enfatizar un uso más riguroso de términos y conceptos de la especialidad, planteamos que es necesario rescatar la importancia del juicio clínico y de abordar el sufrimiento psíquico desde un enfoque más amplio como contrapeso a una creciente medicalización.

2. Reportes y Publicaciones Científicas en el Mundo.

En el último tiempo, diversas investigaciones han reportado un aumento en el número de casos de depresión asociados a la pandemia del COVID-19 y a las diversas medidas sanitarias implementadas sobre la población general en todo el mundo. Tomando como ejemplo sólo artículos publicados en el primer semestre del año 2021; Gasteiger et al⁽⁹⁾ reportó los resultados de una encuesta online aplicada a 681 adultos de la población general de Nueva Zelanda empleando el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) como índice de depresión, lo que le llevó a encontrar niveles significativamente elevados. Otra pesquisa⁽¹⁰⁾, realizada vía internet, aplicó la S-YESMH a 2.773 jóvenes suizos de entre 12 y 24 años, encontró que más de la mitad de las mujeres y cerca de dos de cada cinco de los hombres, reportaron síntomas depresivos de leves a graves; mientras que otro estudio, en este caso con adolescentes australianos contactados a través de redes sociales, que completaron la escala Kessler-6 (K6), reportó que algo menos del 50% de la muestra, obtuvo puntuaciones por encima del umbral que indica un malestar psicológico indicativo de enfermedad mental⁽¹¹⁾.

En Ecuador, 626 adultos respondieron el cuestionario *Depression, Anxiety and Stress Scale-21 Items* (DASS-21) a través de internet. Aproximadamente el 17,7% de los encuestados reportó niveles de depresión de moderados a muy graves⁽¹²⁾, mientras que, a partir de una muestra de 25.065 adultos de la población general en 35 países/sociedades de Asia, Europa, América del Norte, América del Sur, Oceanía y África, Chen et al (13), informaron que un 26.6% de los participantes reportaron síntomas de depresión de moderados a extremadamente graves. Por otra parte, participantes del Reino Unido (241), y Alemania (541) completaron una encuesta en línea que evaluó su salud mental utilizando la *Symptom-Check-List-27* (SCL-27)⁽¹⁴⁾. De este estudio, el 48,7% de quienes respondieron en el Reino Unido y el 33,5% de quienes lo hicieron en Alemania estaban por encima del punto de corte para los síntomas depresivos.

Una búsqueda en bases de datos electrónicas que tomó como parámetro temporal el período de enero y junio de 2020 y que consideró estudios observacionales que utilizaron herramientas

de medición validadas y que informaban de datos entre la población general, incluyendo información de 32 países y 398.771 participantes, estimó una prevalencia global del 28,0% para la depresión. El mismo estudio destacó la disparidad de los resultados entre países, en razón de diferencias económicas que parecen repercutir en la prevalencia de los problemas de salud mental⁽¹⁵⁾. Además, el estudio advierte de las diferencias en resultados obtenidos usando diferentes metodologías. Finalmente, un meta-análisis⁽¹⁶⁾ de estudios con los siguientes criterios de inclusión; diseño transversal, reporte de síntomas depresivos con cualquier escala o instrumento estandarizado y haber sido realizado en el sur de Asia, encontró una prevalencia de 34% de depresión considerando una muestra total de 37.437 sujetos.

El “Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC”⁽¹⁷⁾ es un estudio longitudinal con una muestra aleatoria de 1.400 individuos, representativa de la población urbana entre los 21 y los 68 años. Este estudio se llevó a cabo a través de entrevistas telefónicas. Sus principales indicadores en el ámbito de la salud mental están contruidos a partir de metodologías internacionalmente validadas, y en el caso específico de los síntomas de depresión, se empleó el PHQ-9. El 37,9% de los entrevistados en este estudio reportó síntomas depresivos durante las últimas dos semanas, en noviembre 2020, mientras que, en enero 2021, lo hizo el 46,7%.

¿Qué tienen en común los estudios citados? Además, obviamente, de las altas cifras de depresión que se reportan en el contexto de la pandemia, estas investigaciones fueron realizadas de manera transversal con instrumentos diseñados para el tamizaje y no para el diagnóstico de depresión; muchos de estos estudios, sino todos, se realizaron sin un contacto cara a cara con los entrevistados y sin considerar la duración, intensidad y repercusión funcional de los síntomas incluidos. Siguiendo a Horwitz y Wakefield⁽⁸⁾, existirían dos problemas metodológicos y nosológicos fundamentales que llevarían a una interpretación errónea de los resultados de estos estudios. Primero, basar el diagnóstico de depresión en la presencia de síntomas inespecíficos y, segundo, y paradójicamente, en la situación epidemiológica descrita, la falta de referencia al contexto en el cual estos síntomas podrían ser reacciones esperables.

3. Estudios de Investigación y Criterios Diagnósticos de la Depresión.

La introducción de sistemas clasificatorios de los trastornos psiquiátricos basados en el reconocimiento de síntomas; tales como los criterios Feighner⁽¹⁸⁾, RDC⁽¹⁹⁾, CIE⁽²⁰⁾, y DSM⁽²¹⁾, - ha buscado operativizar y aumentar la confiabilidad del proceso diagnóstico de los trastornos mentales, incluyendo la depresión.

Mientras que, anteriormente el psiquiatra buscaba clarificar qué ocurría en la subjetividad interna del paciente, los diagnósticos actuales se centran en la identificación de los síntomas externos presentes en el individuo; cambiando así el proceso diagnóstico basado en el reconocimiento de un cuadro clínico prototípico por la pesquisa de un conjunto de síntomas.

Ahora bien, el empleo de instrumentos centrados en la detección de síntomas facilita la obtención de resultados estandarizados y objetivos, con alta confiabilidad interexaminador⁽²²⁾. Esto, porque los elementos subjetivos que podrían contaminar la labor diagnóstica son minimizados. Por otra parte, la utilización de estos instrumentos disminuiría el costo y el tiempo requerido por los estudios, incluyendo el entrenamiento y la experiencia clínica del entrevistador⁽⁸⁾. Si bien, este cambio aparentemente ha facilitado la investigación, junto con la confiabilidad y la comunicación interclínica, también parece acarrear ciertas dificultades:

- a). Diagnósticos politéticos: sin síntomas necesarios ni suficientes por sí mismos, dos o más sujetos con combinatorias diferentes de síntomas pueden recibir el mismo diagnóstico.
- b). Umbrales artificiales de decisión: no hay diferencias categoriales entre quienes cumplen los criterios diagnósticos y quienes no lo hacen
- c). Reificación diagnóstica. los casos con menos síntomas que los requeridos, dejan de considerarse como no-depresión y se convierten en casos “leves” o “en riesgo”, creando nuevas categorías de patología.
- d). Manifestaciones inespecíficas. El tipo de manifestaciones incluidas en los cuestionarios (baja energía, problemas de sueño, falta de concentración, etc.), son habituales en personas sanas.

Por otra parte, el mencionado proceso diagnóstico operativo, basado en la detección de síntomas,

ha permitido la introducción de múltiples instrumentos diagnósticos, incluyendo escalas abreviadas y autoaplicadas, consistentes en listados de manifestaciones que deben estar presentes en un número mínimo para cumplir los criterios de inclusión en una determinada categoría diagnóstica⁽²³⁻²⁵⁾. La facilidad en el empleo de estos instrumentos ha llevado a que sean frecuentemente utilizados en estudios de detección de depresión en la población general no consultante. Por ejemplo, previo a la pandemia, sobre el 55% de una muestra de estudiantes de Medicina en Pakistán aparecen con depresión severa o moderada⁽²⁶⁾, al igual que el 60% de los conductores de taxi en Nueva Delhi⁽²⁷⁾ en estudios que emplean la escala DASS-21. Usando la HAD, se reportó casi un 40% de síntomas depresivos en una muestra de quienes trabajan en una institución de educación superior en Brazil⁽²⁸⁾. Un estudio transversal con 7.524 participantes, en muestras seleccionadas al azar en 4 ciudades de Sudamérica, evaluó la presencia de Episodio Depresivo Mayor (EDM), mediante el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) – 9, encontrando una prevalencia del 15%⁽²⁹⁾. En Chile, la encuesta de Salud 2017 estimó que el 15% de la muestra presenta depresión usando la CIDI SHORT FORM, pero el mismo estudio corrige la prevalencia al 6,2% usando los criterios del DSM-IV⁽³⁰⁾.

Las altas cifras de depresión encontradas por estos estudios podrían más bien estar reflejando el empleo de una metodología con criterios menos exigentes, al no considerar, por ejemplo, la repercusión funcional de los síntomas o el contexto en el que se producen. Más aún, en muchos estudios, los casos que no alcanzan un umbral diagnóstico son considerados leves, en el entendido que forman parte de un espectro patológico y/o que representan condiciones de riesgo para un futuro episodio depresivo, a pesar de que existe evidencia que las depresiones leves pueden volverse asintomáticas durante el año siguiente⁽³¹⁾. Otra interpretación posible es, que se estaría diagnosticando como depresión, manifestaciones habituales en la población general, más frecuentes precisamente, cuando los individuos son sometidos a situaciones de stress.

4. Tomando la Depresión en Serio ¿Qué es y Qué no es un Trastorno Psiquiátrico?

Kraepelin, el fundador de la nosología psiquiátrica moderna, estableció la necesidad de distinguir

entre procesos patológicos (Krankheitsprozessen), y cuadros clínicos (Zustandsbildern). Sin restar importancia a la clínica, basó el proceso diagnóstico en los procesos patológicos⁽³²⁾, ya que no todos los cuadros clínicos representan enfermedades propiamente tal⁽³³⁾. Existe, por ejemplo, evidencia de que situaciones de stress emocional intenso y sostenido pueden desencadenar una respuesta neurobiológica consistente en la elevación de los niveles circulantes de cortisol, aumento de la actividad proinflamatoria, disminución del trofismo neuronal y alteraciones en la neurotransmisión, lo que se ha correlacionado con el cuadro clínico de la depresión^(34,35). Sin embargo, sujetos que experimentan reacciones emocionales consideradas normales frente a situaciones de pérdida, presentan las mismas manifestaciones externas de la depresión, pero con un curso clínico y pronóstico diferente. Eliminar la diferencia entre ambas (cuadro clínico y proceso patológico), puede tener profundas consecuencias individuales y sociales.

Con el propósito de aumentar la confiabilidad, mejorar la comunicación y facilitar el proceso diagnóstico, los sistemas clasificatorios actuales han adoptado una postura pragmática y ateorética centrada en los cuadros clínicos y sus síntomas. Esto implica el abandono progresivo de los procesos patológicos subyacentes. Esta visión facilitó además el surgimiento de instrumentos diagnósticos consistentes en la detección de síntomas, asumiendo a priori una conexión con un trastorno (proceso patológico), e ignorando el contexto en que se originan las manifestaciones⁽⁸⁾. Con el tiempo esto ha traído por consecuencia una creciente pérdida de validez de las categorías diagnósticas, comprometiendo de paso las otras funciones esenciales de la medicina; determinar un pronóstico y establecer un tratamiento⁽³⁶⁾.

Sin embargo, a pesar de las críticas, la última versión del DSM⁽²¹⁾ establece condiciones para el diagnóstico de depresión 1). debe estar siempre presente el estado de ánimo depresivo o la anhedonia; 2). los síntomas deben estar presentes durante un período mínimo de dos semanas y 3). existe una repercusión funcional significativa. En seguida, agrega que estas mismas manifestaciones pueden considerarse apropiadas en situaciones en que el sujeto experimenta pérdidas significativas y, que el diagnóstico adicional de depresión requiere del juicio clínico y de la consideración del historial

de la persona y las normas culturales. ¿Significa esto que el juicio clínico tendrá prioridad sobre los criterios operativos o que el diagnóstico de depresión mayor tendrá que hacerse siempre que se cumplan todos los criterios, y el ejercicio del juicio clínico se limitará a los casos dudosos o subumbrales?⁽³⁸⁾. En todo caso, ninguna de las condiciones del DSM es tomada en cuenta en los estudios que detectan depresión en la población general.

Sin definir un origen biológico o psicológico, Wakefield⁽³⁹⁾ ha planteado que la depresión sería una disfunción perjudicial del mecanismo de respuesta a la pérdida, la que puede ser identificada por la pérdida de relación con el contexto del sujeto, evidenciado en una excesiva duración, intensidad o ausencia de factores ambientales causales. La disfunción interna, si bien aún no ha sido clarificada, es esencial para definir el trastorno, mientras que la ausencia de relación con el contexto es evidencia de la misma. En este sentido, cabe hacer notar que un factor ambiental puede provocar una respuesta desadaptativa prolongada y/o desproporcionada, indicando no solo la alteración del mecanismo sino el daño que esto provoca a quien lo padece

5. La Medicalización de la Existencia Humana.

Hasta este punto, el enfoque principal respecto de las consecuencias del abandono de los sistemas diagnósticos basados en el reconocimiento de procesos patológicos y su reemplazo por la identificación de síntomas ha sido primordialmente conceptual, incluyendo también algunos aspectos metodológicos en relación con el resultado de la aplicación de esta práctica a estudios en población no consultante. Sin embargo, es necesario indicar que nuestro análisis abre una vereda más amplia del fenómeno que se inscribe en el contexto de un proceso de medicalización de la existencia humana, respecto del cual la psiquiatría no parece estar ajena.

En el Diccionario de Salud Pública, Kishore⁽⁴⁰⁾ considera que muchas cuestiones como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo han comenzado a ser considerados como entidades médicas. En particular, tres creencias asociadas a la Medicina contribuirían a

generar una vida medicalizada y están implícitas en los estudios poblacionales de depresión: la primera, que la medicina por ser ciencia puede predecir el futuro; la segunda, que prevenir es mejor que curar, y que la predicción es la mejor prevención; y la tercera, que existe o puede llegar a existir un medicamento o un procedimiento curador para cada dolencia⁽⁴¹⁾.

Las consecuencias prácticas de este proceso no son nuevas, los médicos de familia entrevistados durante el estudio inglés DeStress Project⁽⁴²⁾ estiman que entre el 10% y el 50% de sus pacientes acudían a consulta por problemas sociales/estructurales, más que por problemas médicos per se. No obstante, el 81 % de los pacientes entrevistados recibió medicamentos antidepresivos alguna vez en su vida. Este último dato es consistente con el alza en el uso de estos fármacos a nivel mundial, en especial en los casos más leves donde la evidencia del beneficio es más controvertida^(43,44) y prescritos mayormente por médicos no especialistas.

Si bien hay datos que señalan que los antidepresivos tendrían efectos similares en los cerebros de personas con depresión y con tristeza “normal”⁽⁴⁵⁾, por lo que, no habría justificación para no usarlos en todos los casos de sufrimiento psíquico⁽⁴⁶⁾, esto no es lo mismo que el tratamiento de un trastorno. Por otro lado, hay una diferencia esencial entre considerar las respuestas emocionales de las personas como reacciones esperables a los acontecimientos, a pasar a calificarlas como indicativas de una patología que debe ser tratada individualmente en un contexto médico.

Las personas que sufren las consecuencias emocionales de eventos adversos podrían beneficiarse, y recibir más de una ayuda, incluyendo la médica, que por ejemplo, tienda a la normalización, entendiendo que su reacción es esperable en el contexto; explicación, relacionando causa y efecto; comprensión o búsqueda del sentido que la tristeza podría tener para el individuo o el afrontamiento o modificación de las causas que le dan origen. En este sentido, el bajo número de sujetos que buscaron ayuda médica, a pesar de reportar síntomas depresivos en el estudio del termómetro de salud mental⁽¹⁷⁾, podría indicar que muchas personas buscan ayuda psiquiátrica solo una vez que se convencen de que su problema se debe a una alteración interna y no al efecto de situaciones estresantes⁽⁴⁷⁾.

6. A modo de Conclusion:

Rol de la academia y el Problema del Lenguaje.

La discusión respecto a qué es un trastorno depresivo, y en específico, que distingue al trastorno depresivo de la tristeza “normal” es extensa y está lejos de alcanzar un consenso. En este contexto parece ser posible distinguir, al menos tres aproximaciones⁽⁴⁸⁾. Por un lado, los “neo-kraepelianos”, buscan definir la depresión con términos propios de la medicina y con una distinción clara respecto a la normalidad⁽⁴⁹⁾. Por su parte, el enfoque contextual, como el propuesto por Wakefield⁽³⁹⁾, alude a una alteración interna, pero enfatiza la importancia de la intensidad y duración de los síntomas y la ausencia de una causa aparente. Otros más pragmáticos se inclinan por emplear el término simplemente con fines prácticos⁽⁵⁰⁾. En cualquiera de los casos, sin embargo, es necesario definir adecuadamente las categorías diagnósticas, mantener la coherencia de los criterios que le dan origen y explicitar los ámbitos en los cuales son aplicables.

Desde un punto de vista puramente metodológico, además de lo señalado respecto al diagnóstico basado en el reconocimiento de síntomas, sin consideración del contexto, las principales reservas respecto a los estudios de pesquisa poblacional son la comparabilidad entre la población clínica y la no consultante, la sensibilidad y especificidad de las escalas empleadas como tamizaje y la correlación de sus resultados con los obtenidos empleando instrumentos diagnósticos oficiales. Aunque es una visión minoritaria, preocupaciones de este tipo han influido en que surjan opiniones contrarias al screening de depresión en la población general⁽⁵¹⁾ y en la atención primaria⁽⁵²⁾.

Se ha planteado que los individuos, cuyos síntomas no se presentan en cantidad y/o duración suficiente para recibir el diagnóstico de depresión, deberían ser considerados en riesgo para el desarrollo de cuadros depresivos a futuro y, por ende, caerían en el ámbito de la preocupación médica. No obstante, la postura de que los trastornos mentales existen en un continuo con la normalidad, genera un aumento en la dificultad diagnóstica al surgir la necesidad de definir dos umbrales, uno con respecto a la

patología y otro con relación a la normalidad⁽⁵³⁾.

Los estudios reportan un número muy significativo de personas con reacciones emocionales intensas durante el tiempo de pandemia ¿debería esto preocuparnos? Evidentemente, pero esto no implica necesariamente que estas personas presentan trastornos psiquiátricos. La salud, incluyendo a la salud mental, refiere a un complejo estado de equilibrio y beneficio para el individuo y no solamente a la ausencia de enfermedad. Por ende, es posible que se vea afectada por un amplio conjunto de factores individuales y sociales, que originan “problemas de salud mental”, pero no necesariamente “trastornos (enfermedades), de salud mental”. La confusión entre ambos conceptos genera problemas para la investigación, la terapéutica y la implementación de políticas públicas, especialmente cuando la propia OMS pide a los psiquiatras involucrarse en la promoción de la salud mental de la población general⁽⁵⁴⁾.

Parte del problema deriva del empleo descuidado de los conceptos. Si bien muchos de los estudios discutidos reconocen emplear instrumentos de tamizaje y que el diagnóstico depende de una confirmación clínica, utilizan indistintamente términos como manifestaciones emocionales, síntomas depresivos y depresión, incluso en los títulos de los artículos, estos son luego recogidos y difundidos por los medios de comunicación, y adoptados por la población general, sin reparar en sus diferentes significados.

El caso es que el término depresión se asocia habitualmente a la búsqueda individual de ayuda por parte de un profesional de salud mental y soslaya la capacidad del propio individuo de superar la situación y las responsabilidades sociales en la generación de las condiciones que generan el malestar. La complejidad de los temas expuestos y la importancia de las decisiones que se toman en este ámbito debería ser un desafío para la disciplina colocando un nuevo énfasis en las habilidades clínicas y en la responsabilidad del juicio médico para establecer una distinción entre la depresión y las respuestas “normales” a los estresores psicosociales.

RESUMEN

Introducción: En el contexto del análisis de las repercusiones psicológicas, asociadas a la pandemia del COVID-19, especial importancia han alcanzado los estudios que informan altas tasas de depresión en la población general. **Método:** Revisión crítica no sistemática de la literatura **Resultados:** Siguiendo a Horwitz y Wakefield, planteamos que estas investigaciones presentan problemas metodológicos derivados de la aplicación de un método diagnóstico basado en la identificación de síntomas inespecíficos y, en segundo lugar, que sus resultados se interpretan sin referencia al propio contexto epidemiológico en el cual estas manifestaciones podrían ser reacciones esperables. **Conclusiones:** Además de enfatizar un uso más riguroso de términos y conceptos de la especialidad, planteamos que es necesario rescatar la importancia del juicio clínico y de abordar el sufrimiento psíquico desde un enfoque más amplio como contrapeso a una creciente medicalización.

Palabras Claves: Depresión; COVID-19; estrés psicológico; medicalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. United Nations Comprehensive Response to COVID-19 Saving Lives, Protecting Societies, Recovering Better 2020 Official website of United Nations Organization.
2. Barbisch D, Koenig KL, Shih FY. Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health Prep* 2015 May 29];9(5):547–53.
3. Zhang Y, Lange KW. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health. *Glob Health J* 2021 ;5(1):31-36.
4. Riedel-Heller S, Richter D. COVID-19 Pandemic and Mental Health of the General Public: Is there a Tsunami of Mental Disorders? *Psychiatr Prax*. 2020;47(8):452–6.
5. Lakhan R, Agrawal A, Sharma M. Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Pandemic. *J Neurosci Rural Pract* 2020;11(4):519–25.
6. Clemente-Suárez VJ, Dalamitros AA, Beltran-Velasco AI, Mielgo-Ayuso J, Tornero-Aguilera JF. Social and Psychophysiological Consequences of the COVID-19 Pandemic: An Extensive Literature Review *Front Psychol*. 2020;11:580225
7. Lee Y, Lui LMW, Chen-Li D, Liao Y, Mansur RB, Brietzke E, et al. Government response moderates the mental health impact of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of depression outcomes across countries. *J Affect Disord* 2021;290:364–77.
8. Horwitz A V. *The loss of sadness : how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder* /. New York: Oxford University Press, 2007
9. Gasteiger N, Vedhara K, Massey A, Jia R, Ayling K, Chalder T, et al. Depression, anxiety and stress during the COVID-19 pandemic: results from a New Zealand cohort study on mental well-being. *BMJ Open* 2021;11(5):e045325.
10. Mohler-kuo M, Dzemaili S, Foster S, Werlen L, Walitza S. Stress and mental health among children/ adolescents, their parents, and young adults during the first COVID-19 lockdown in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health* 2021 ;18(9):4668.
11. Li SH, Beames JR, Newby JM, Maston K, Christensen H, Werner-Seidler A. The impact of COVID-19 on the lives and mental health of Australian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;1:1-13.
12. Mautong H, Gallardo-Rumbea JA, Alvarado-Villa GE, Fernández-Cadena JC, Andrade-Molina D, Orellana-Román CE, et al. Assessment of depression, anxiety and stress levels in the Ecuadorian general population during social isolation due to the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):212.
13. Chen SX, Ng JCK, Hui BPH, Au AKY, Wu WCH, Lam BCP, et al. Dual impacts of coronavirus anxiety on mental health in 35 societies. *Sci Rep* 2021;11(1):8925.
14. Knolle F, Ronan L, Murray GK. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a comparison between Germany and the UK. *BMC Psychol* 2021;9(1):60.
15. Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K, Hutton B, Awiphan R, Phosuya C, et al. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2021;11(1):10173.
16. Hossain MM, Rahman M, Trisha NF, Tasnim S, Nuzhath T, Hasan NT, et al. Prevalence of anxiety

- and depression in South Asia during COVID-19: A systematic review and meta-analysis *Heliyon* 2021 Apr 5;7(4):e06677
17. www.achs.cl/portal/centro-de-noticias/Documents/Termometro_SM_version3.pdf
 18. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26(1):57–63.
 19. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35(6):773–82.
 20. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992
 21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013
 22. Haslam N. Reliability, Validity, and the Mixed Blessings of Operationalism en Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al., editors. *Oxford Handbook of philosophy and psychiatry* 2000; 987-1002. Oxford: Oxford University Press.
 23. Franke GH, Jaeger S, Glaesmer H, Barkmann C, Petrowski K, Braehler E. Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Med Res Methodol* 2017;17(1):14.
 24. Maurer DM. Screening for Depression *Am Fam Physician*. 2012;85(2):139-44.
 25. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005;44(2):227–39.
 26. Kumar B, Shah MAA, Kumari R, Kumar A, Kumar J, Tahir A. Depression, Anxiety, and Stress Among Final-year Medical Students. *Cureus*, 11(3), e4257.
 27. Rathi A, Kumar V, Singh A, Lal P. A cross-sectional study of prevalence of depression, anxiety and stress among professional cab drivers in New Delhi. *Indian J Occup Environ Med* 2019;23(1):48–53.
 28. da Cruz Fernandes IM, Ribeiro AM, Gomes RL, Silva Lopes JS, Vanderlei LCM, Lorençoni RMR. Anxiety, depression and stress among employees of a public higher education institution in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Med do Trab* 2019;17(4):530–6.
 29. Daray FM, Rubinstein AL, Gutierrez L, Lanás F, Mores N, Calandrelli M, et al. Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: A population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *J Affect Disord* 2017;220:15–23.
 30. MINSAL Primeros y segundos resultados de Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. 2018 <http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
 31. Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997;45(1–2):5–18.
 32. Heckers S, Kendler KS. The evolution of Kraepelin’s nosological principles. *World Psychiatry*. 2020;19(3):381–8.
 33. Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry*. 2013;12(3):210-212
 34. Li Z, Ruan M, Chen • Jun, Fang Y. Major Depressive Disorder: Advances in Neuroscience Research and Translational Applications. *Neurosci Bull*. 2021;37(6):863-880
 35. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression *Nature*. 2008 ;455(7215):894-902 <https://www.britannica.com/science/diagnosis>
 36. Maj M. “Clinical judgment” and the DSM-5 diagnosis of major depression *World Psychiatry*. 2013;12(2):89-91
 37. Wakefield JC. The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992;47(3):373–88.
 38. J K. A Dictionary of Public Health. New Dephi: Century Publications; 2002.
 39. Pfeiffer M. Medicalización de la vida. *Rev Bras Bioética* 1969;11(1–4):30–59.
 40. Destress Project . Poverty, pathology and pills: final report. Destress Project; 2019
 41. Mosca D, Zhang M, Prieto R, Boucher M. Efficacy of desvenlafaxine compared with placebo in major depressive disorder patients by age group and severity of depression at baseline. *J Clin Psychopharmacol* 2017;37(2):182–92.
 42. Isacson G, Adler M. Randomized clinical trials underestimate the efficacy of antidepressants in less severe depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):453–9.
 43. Serretti A, Calati R, Goracci A, Di Simplicio M, Castrogiovanni P, De Ronchi D. Antidepressants in healthy subjects: What are the psychotropic/psychological effects? *European Neuropsychopharmacol*. 2010; (7):433-53
 44. Freeman, H. Listening to Prozac *Nature* 1994; 369: 178
 45. Holzinger A, Matschinger H, Schomerus G, Carta MG, Angermeyer MC. The loss of sadness: The public’s view. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123(4):307–13.
 46. Maj M. When does depression become a mental disorder? *Br J Psychiatry* 2011;199(2):85-86.
 47. Cavieres Á, López-Silva P. La Depresión como enfermedad: en defensa del modelo biomédico en

- psiquiatría *Rev Med Chile.* 2021; 149, 274-280
49. Zachar P. Psychiatric Disorders are Not Natural Kinds *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2000;7(3):167-182
 50. Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E, et al. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ* 2013;185(9):775-82.
 51. Bland RC, Streiner DL. Why screening for depression in primary care is impractical *CMAJ.* 2013;185(9):753-754
 52. Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Compr Psychiatry* 2000;41(2):1-7.
 53. Sayers J. The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope. *Bull World Health Organ* 2001 ;79(11):1085.

Correspondencia:

Alvaro Cavieres Fernández
 Subida Carvallo 200 Playa Ancha Valparaíso
 Email: cavieres.alvaro@gmail.com