

Enfocando la depresión como problema de salud pública en México

Fernando A. Wagner,¹ Catalina González-Forteza,² Sergio Sánchez-García,³ Carmen García-Peña,³ Joseph J. Gallo⁴

Artículo original

SUMMARY

The present review aims at analyzing the magnitude and social impact of depression, as well as exploring models that help to understand the strategies needed to address this public health problem.

The literature reveals that 9.2% of the general population has had a depressive episode and one in five persons will have an episode by age 75.

Lower rates are observed in low and mid income in comparison to those with high income. These differences are not due to personal income, the probability of greater severity or delay in diagnosis, and are more likely related to cultural differences. Greater risk is observed among females, people younger than 60 years, marital status as single, widowed or divorced, and low educational attainment.

The deleterious effect of depression on productivity is well established (27 days lost in the past year, on average, per case). The association with diabetes, hypertension, cardio vascular disease, drug use, suicide, and other risk behaviors has been frequently observed. Although unresolved questions remain about the presence or not of common risk factors and the chain of causality, it is a known fact that the combination of physical and mental disorders causes greater disability.

With regard to the healthcare system, patients with depression and/or anxiety have higher utilization rates and healthcare costs, particularly among elderly patients. This healthcare overutilization is related with the low rates of diagnosis and adequate treatment of depression. About 26% of depression cases will not be diagnosed and, although a large proportion of patients have contact with healthcare services, nearly 30% never receive help for their depression.

New treatment models that overcome barriers, understanding the sociocultural factors related with the problem, and addressing depression at the primary level of healthcare are urgent in Mexico.

Key words: Depression, epidemiology, healthcare services, Mexico, public health, review literature.

RESUMEN

El objetivo de la presente revisión es analizar la magnitud y el impacto social de la depresión, así como explorar modelos que permitan comprender mejor las estrategias necesarias para su atención.

Los reportes revelan que 9.2% de la población general ha padecido un episodio de depresión, que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años y que los más jóvenes presentan tasas mayores.

Tasas más bajas se observan en países de ingreso bajo y medio, en contraste con países de ingreso alto. Diferencias no relacionadas con la gravedad o el retraso en el diagnóstico probablemente se vinculen con diferencias culturales. Las mujeres, las personas sin pareja y el bajo nivel de educación se asocian con mayor riesgo.

El efecto deletéreo en productividad (media de 27 días perdidos en el último año) es indiscutible. La asociación con diabetes, hipertensión y trastornos cardíacos, entre otras, ha sido frecuentemente investigada. Si bien no es clara la presencia o no de factores de riesgo comunes y la cadena de causalidad, la combinación de trastornos físicos y mentales genera más discapacidad.

La depresión ha sido asociada a otras conductas como adicciones, suicidio y violencia, particularmente en jóvenes.

En cuanto a los efectos en el sistema de salud, diversos estudios han demostrado que los pacientes con depresión tienen mayores tasas de utilización y mayores costos asociados, particularmente con ancianos. Esta sobreutilización está relacionada con la baja proporción de diagnóstico y tratamiento certero. El 26% de las personas no serán diagnosticadas y, a pesar de que una elevada proporción de pacientes contactaron con los servicios de salud, cerca del 30% nunca recibió ayuda.

Nuevos modelos de atención que incluyan el abatimiento de las barreras, el entendimiento de los factores socioculturales y la inclusión del manejo primario de la depresión son urgentes.

Palabras clave: Depresión, epidemiología, México, revisión de la bibliografía, salud pública, servicios de salud.

¹ Prevention Sciences Research Center; School of Community Health and Policy, Morgan State University.

² Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

³ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento. Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁴ Department of Mental Health Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Correspondencia: Fernando A. Wagner. Director, Prevention Sciences Research Center. Morgan State University. 1700 East Cold Spring Lane, Portage Building Suite 103, Baltimore, MD, 21251 USA. Tel: + (443) 885-4518. Fax: + (443) 885-8262. E-mail: fernando.wagner@morgan.edu

INTRODUCCIÓN GENERAL Y PLAN DEL ARTÍCULO

A pesar de los avances innegables en el conocimiento de las dimensiones, etiología y alternativas de atención, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México. Sólo la atención decidida, organizada e inteligente de la sociedad en su conjunto permitirá hacer frente a este problema y limitar su impacto al mínimo posible. En el presente artículo revisaremos la magnitud del problema y su impacto social, así como algunos modelos que permitan comprender mejor las estrategias necesarias para su atención como problema de salud pública.

MAGNITUD DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO Y FACTORES ASOCIADOS

Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002.¹ Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5 782 participantes. Los datos se recolectaron por medio del Composite International Diagnostic Interview Schedule (CIDI-Versión 3.0),^{2,3} en entrevistas estandarizadas y que se realizaron cara a cara por personal entrenado específicamente para ello y con auxilio de tecnología computarizada. El CIDI operacionaliza las definiciones del ICD-10⁴ y del DSM-IV⁵ para los trastornos psiquiátricos más frecuentes, y cuenta con características psicométricas aceptables. De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y según señalan Kessler et al., una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años ($p=20.4\%$, error estándar, $ee=1.7$).⁶

La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años ($IC\ 95\%=4.0-5.6$), solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% ($IC\ 95\%=5.6-7.9$).^{1,7}

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI, estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el «último año».⁸

En México, como en el resto del mundo, las cohortes más jóvenes padecen tasas mayores.¹ De hecho, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años.⁹

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año ($IC\ 95\%=6.3-8.3$), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves».¹⁰

El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres,^{1,11} y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso [$\chi^2(1)=2.3$, $p=0.13$].¹² Las cohortes femeninas más jóvenes mostraron menores puntajes de tradicionalidad en cuanto a roles de género y las nuevas generaciones tuvieron menor riesgo de depresión.¹¹

La comparación de tasas de prevalencia entre países puede ayudar a identificar posibles factores de riesgo y protección, así como factores que pueden incidir en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos a los servicios de salud. En este sentido resulta interesante considerar los resultados arrojados por estudios realizados en 18 países de diversas regiones del mundo. En efecto, las tasas más bajas se observaron en países considerados de ingreso bajo y medio, que incluyeron la India, México, China y Sudáfrica; mientras que las tasas más altas se observaron en países con ingresos altos, incluidos Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América.¹² El estudio clarifica que las diferencias en la prevalencia no se deben a que los casos en países de ingresos altos tengan mayor gravedad que en los países con ingresos bajo y medio, y por tanto tengan mayor probabilidad de ser identificados. Más aún, los autores encontraron que a pesar de las diferencias reportadas en la prevalencia de trastornos depresivos de por vida, las tasas de prevalencia para el último año fueron similares entre países ricos y pobres. Así las cosas, los autores sugieren investigaciones futuras para dirimir si existe mayor sesgo de información en los países pobres y de ingreso medio (pues el no recordar acertadamente la presencia y el tiempo en que se inician los síntomas puede afectar la tasa «alguna vez»). Podrían existir otras posibilidades de sesgo en estudios transnacionales de trastornos psiquiátricos, tales como diferencias diagnósticas, o en la precisión y validez de las mediciones, o diferencias culturales que pudiesen afectar los diagnósticos, pero los cuidados y proceso que se utilizaron en el desarrollo de la versión actual del CIDI han contribuido a minimizar estos riesgos.^{2,4,12}

Por otro lado, el estado civil se encontró como factor que se asocia con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso, pues las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión en los países pobres [$\chi^2(3)=124.4$, $p<0.001$]. Finalmente, se encontró que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la India tienen mayor riesgo de depresión.^{1,12}

Como puede apreciarse, los trastornos depresivos se manifiestan crónica e intermitentemente. Un estudio internacional encontró que, en la mayoría de los países, entre 40 y 55% de las personas que alguna vez tuvieron algún trastorno depresivo presentaron uno en el último año, y que entre 45% y 65% de quienes tuvieron un trastorno depresivo en el último año sufrieron el padecimiento en el último mes.¹³ Así las cosas, se puede estimar que entre 16 y 36% de las personas que alguna vez tuvieron un trastorno depresivo lo cursaron en el último mes.

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN

Discapacidad

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas, pues la discapacidad en las tareas productivas por trastornos físicos y mentales fue similar.¹⁴ Paradójicamente, una proporción menor de casos con trastornos mentales recibió tratamiento, aun en los casos en que la discapacidad había sido definida como grave. Estos hallazgos fueron similares entre regiones, comparando países de acuerdo con el grado de desarrollo alcanzado.

La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave (IC 95%=17.0-36.1) y alrededor de siete si la gravedad fue moderada (IC 95%=3.9-10.8).⁷

Comorbilidad y agravamiento de otros problemas de salud

Una multitud de estudios en diversos países informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales. Los ejemplos abundan en cuanto a diversos padecimientos comórbidos con la depresión, entre los que se incluyen enfermedades del corazón,¹⁵⁻¹⁹ diabetes mellitus,^{20,21} hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable,²² trastorno de ansiedad,²³ suicidio e ideación suicida²⁴ y complicaciones en el tratamiento de cáncer,²⁵ entre otros.

Un ejemplo claro y contundente es el de la asociación entre depresión y trastornos cardíacos.¹⁵⁻¹⁷ Los hallazgos de estudios realizados en países desarrollados en las tres

décadas anteriores, que ligan los trastornos depresivos con enfermedades cardíacas, se han replicado a través de un estudio que utiliza datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, en la cual se reporta que las personas que padecen depresión tienen un riesgo dos veces mayor de presentar también enfermedad del corazón que las que no tienen depresión (*odds ratio*, OR=2.1; IC 95%=1.9-2.5).¹⁸

Uno de los hallazgos más llamativos es la consistencia relativa de la asociación, considerando las diferencias entre países con respecto a la prevalencia de depresión y enfermedades del corazón, a las características de los sistemas de salud y de las normas y valores culturales entre países. Se han ofrecido diversas explicaciones para comprender la asociación entre depresión y enfermedad cardíaca, incluyendo la presencia de factores etiológicos comunes, la concepción de que la depresión puede conducir a padecimientos cardíacos, o bien, que la depresión podría ser resultado del sufrimiento y discapacidad físicos causados por la enfermedad cardíaca. Como se puede apreciar, parte de la controversia deriva de que la mayor parte de los estudios se han basado en pesquisas transversales en las que no ha sido posible determinar la secuencia temporal de los eventos.

En este sentido, destaca un estudio reciente conducido en Nueva Zelanda que encontró que, en 80% de los casos de comorbilidad, la depresión antecedió a la enfermedad cardíaca.¹⁹ El estudio está basado en una muestra relativamente pequeña, por lo que será necesario replicar estos hallazgos antes de que se puedan alcanzar conclusiones más firmes.

En cualquier caso, es importante rescatar aquí que encuestas que se realizaron recientemente en 17 países muestran que las personas que cursan con un trastorno de ansiedad o depresivo tienen consistentemente cerca de cuatro veces mayor probabilidad de presentar discapacidad significativa que quienes cursan con algún otro padecimiento físico comórbido, como diabetes (OR= 3.8 ; IC 95%= 3.5-4.2), enfermedad respiratoria (OR= 3.9 ; IC 95%= 3.6-4.3), enfermedad del corazón (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.7-4.3) o artritis (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.5-4.4).²⁰ Adicionalmente, los autores hallaron que la combinación de trastornos físicos y mentales genera mayor discapacidad que cuando los trastornos ocurren por separado. Por ejemplo, las personas que padecían trastornos mentales y diabetes al mismo tiempo tuvieron un riesgo aproximadamente nueve veces mayor de discapacidad que quienes no tuvieron ningún trastorno (OR= 8.8; IC 95%=6.9-11.1), y siete veces mayor para quienes padecieron comorbilidad psiquiátrica y enfermedad del corazón (OR= 6.9; IC 95%= 5.7-8.4).

Otro ejemplo de cómo los trastornos depresivos afectan el curso de la enfermedad y su tratamiento se encuentra en una revisión de la bibliografía recientemente publicada en torno al cáncer testicular. En ella se destaca que la asociación de cáncer con depresión está ampliamente do-

cumentada, y se ejemplifica por referencia que puede tener buen pronóstico con el tratamiento adecuado: cirugía y/o quimioterapia, pero la depresión puede emerger con mayor gravedad durante esta etapa, afectando la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente, además de aumentar la estancia hospitalaria.²⁵

Cabe mencionar que un estudio que incluyó a personas con diabetes en México encontró una tasa alta de comorbilidad con depresión (39%), con mayor prevalencia en las mujeres, las personas viudas o divorciadas y quienes tenían niveles más altos de glucosa.²⁶ Más aún, otro estudio encontró que los pacientes con depresión tenían dos veces menos adherencia al tratamiento de la diabetes que pacientes sin depresión.²⁷ Sin embargo, algunos autores como Fisher et al. llaman la atención en el sentido de considerar la problemática psicosocial en su conjunto y no solamente enfocar la atención en el tratamiento de la depresión, ignorando los otros problemas.²⁸

Por otro lado, resultados en estudios psicosociales en adolescentes y jóvenes estudiantes dan cuenta de la importancia de la depresión como condición subyacente a diversas conductas problemáticas que preocupan por su tendencia consistente al aumento y cada vez a edades más tempranas (tales como uso de drogas, violencias, sexo desprotegido, entre otras), de modo que las estrategias preventivas deben considerar los componentes depresivos para atender y prevenir las conductas problemáticas con una visión integral y más eficiente.²⁹

Los trastornos depresivos también han sido vinculados con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio, aunque poco se conoce acerca de su peso específico en comparación con otros factores. Por ello, el estudio realizado por Borges et al. aporta información sumamente valiosa, no sólo para la atención del suicidio, sino también para obtener un entendimiento más completo de los trastornos depresivos. En éste se destaca que más de 40% de las personas con un intento de suicidio padecían algún trastorno de ansiedad, 28% tenía algún trastorno de control de los impulsos, 18.6% tenía algún trastorno depresivo y 16% tenía algún trastorno por uso de sustancias (principalmente alcohol).²⁴ Los autores también documentaron que los trastornos de ansiedad y depresivos son responsables del mayor riesgo atribuible a trastornos de salud mental para la ideación e intento suicidas. Estos hallazgos, que ligan los trastornos de ansiedad y depresivos, subrayan el valor de los estudios seminales del Consorcio Internacional para la Epidemiología Psiquiátrica, mismos que indicaron que en la mayoría de los países se encontró que la depresión tiene una alta comorbilidad, particularmente con los trastornos de ansiedad, de los que frecuentemente resulta secundaria.¹³ En el mismo tenor, análisis de otra encuesta nacional realizada en México permitieron identificar un mayor riesgo de ideación e intento suicida entre personas que padecen el efecto combinado de trastornos depresivos y de conducta antisocial.³⁰

Los estudios analizan frecuentemente la depresión como factor de riesgo para otros problemas de salud física y mental; sin embargo, es importante considerar que la depresión, a su vez, puede ser secundaria a otros problemas de salud. Por ejemplo, una investigación clínica en México reportó la incidencia de trastornos depresivos en pacientes en el proceso postoperatorio de trasplante alogénico de médula ($\chi^2=11.924$; $p=0.01$), de manera que los autores recomiendan la valoración de trastornos depresivos durante el trasplante de médula, especialmente en el periodo postoperatorio inmediato.³¹ De igual manera, en un estudio acerca del nivel e impacto de los traumatismos en población mexicana, se encontró que las personas con traumatismos en el último año o anteriores tenían sintomatología depresiva y somática más elevada. Los autores incluyeron una lista de eventos traumáticos, destacando que los casos más graves padecieron traumatismo por violencia o abuso sexual en la infancia, entre otras características.³² Asimismo, Morales-Jaimes et al. reportaron que el mejor indicador de calidad de vida entre pacientes en terapia renal de sustitución era si estaban deprimidos o no.³³ Por otro lado, un estudio encontró que entre 23 y 35% de los pacientes en salas de urgencias en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México cursaban con trastorno depresivo.³⁴

La depresión no sólo afecta a quien la padece, también puede acarrear consecuencias negativas a otras personas. Por ejemplo, un estudio reveló que los hijos de madres con depresión durante su primera infancia tuvieron niveles más altos de inactividad cinco años después, y que la falta de actividad fue mediada por factores internalizantes.³⁵

SOBREUTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Diversos estudios muestran que las personas con trastornos de ansiedad o depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención. Por ejemplo, en un estudio de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) se encontró que las personas con trastornos depresivos o de ansiedad tenían marcadamente mayores costos de atención durante el año anterior, pues alcanzaron un total de 2,390 dólares, mientras que las personas que no padecieron los trastornos tuvieron un promedio de 1,397 dólares, y diferencias amplias en costos de la atención persistieron aun después de controlar estadísticamente por comorbilidad.³⁶

En el caso de población anciana, un reporte con una muestra representativa de la Ciudad de México comparó las tasas de utilización de servicios de salud de acuerdo con la presencia o ausencia de depresión y morbilidad grave en los últimos seis meses y encontró que las personas con depresión y sin comorbilidad reciente tuvieron una razón 64% mayor que las que no tenían depresión ($OR=1.64$;

IC 95%=1.3-2.1), y para las que tenían comorbilidad y depresión la razón fue aún mayor (OR=2.6; IC 95%=2-3.3).³⁷

MODELOS DE ATENCIÓN

La depresión no es diagnosticada ni atendida

Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica mostraron que menos de una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de servicio para ese problema. Los datos acerca de los trastornos del ánimo fueron levemente mayores (26.0%, error estándar, ee= 2.6).³⁸ Peor aún, los enormes déficits en materia de atención de problemas de salud mental incluyen a más de 75% de los casos graves y moderados entre adultos,¹ y casi a la mitad de los jóvenes entre 12 y 17 años que padecen algún trastorno depresivo.²³ Estos datos concuerdan, lamentablemente, con observaciones realizadas 10 y 20 años antes, cuando la Organización Mundial de la Salud encontró que uno de cada cuatro pacientes que solicitaban servicios de salud cursaban con un problema de salud mental, siendo la depresión y ansiedad los más comunes.^{23,39} Adicionalmente, cerca de 13% de los pacientes tenía síntomas relevantes de depresión o ansiedad, pero por debajo del umbral para cumplir con el criterio de caso. Todavía más grave en las observaciones de los estudios de la OMS es que cerca de la mitad de los casos de ansiedad o depresión no se diagnosticaron, y sólo la mitad de los que se identificaron recibieron un tratamiento que incluyó una prescripción médica.^{23,39} Asimismo, los datos concuerdan además con encuestas que simultáneamente se llevaron a cabo en 14 países, incluyendo México, y que utilizaron metodologías similares, pues encontraron que entre 76 y 85% de los casos graves de trastornos mentales no recibieron servicios en los países con menor desarrollo, y entre 36 y 50% en los países con mayor grado de desarrollo.⁷

Otro de los magníficos estudios que han sido posibles gracias al esfuerzo realizado para la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es el publicado en el *American Journal of Public Health* acerca de la edad de primera ocurrencia de los trastornos mentales y el tiempo que tardan en recibir atención.⁴⁰ Los resultados no fueron halagüeños pues a pesar de que una elevada proporción de los casos de trastornos mentales hicieron algún contacto para su tratamiento, al menos 30% nunca recibió ayuda (a pesar de tener sintomatología suficiente para algún trastorno depresivo); más aún, sólo 16% recibieron atención durante el primer año en que se generó el trastorno por primera vez, y la mediana de demora en la búsqueda de la atención para trastornos depresivos fue de 14 años.⁴⁰

Cabe mencionar que otro estudio de Borges et al. con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica citado anteriormente,³⁸ ilustra que sólo cerca de la mitad de los

pacientes recibieron un tratamiento que puede ser calificado como «mínimamente adecuado» por cumplir con lineamientos básicos estandarizados (51.2%, es=5.7), sin mayores diferencias a nivel estadístico con respecto a las personas con algún trastorno del ánimo. Sin embargo, cuando se utilizaron criterios más rigurosos de calificación, los autores encontraron que menos de 20% de los servicios cumplieron los requisitos de adecuación. No se encontraron factores asociados con la recepción de servicios de calidad deficiente.³⁸ Lamentablemente, el panorama de tratamiento para trastornos mentales entre adolescentes que residen en la Ciudad de México tampoco es favorable, pues sólo una parte de los jóvenes recibió tratamiento que cumple con los mínimos indispensables, correspondiendo los porcentajes más altos a aquellos que recibieron servicios en consultorios que no eran unidades de salud o escuelas (89.7 y 88.7%, respectivamente) y más bajos los que recibieron los servicios en unidades de salud o cualquier otro lugar (61.5 y 60.4%, respectivamente).⁴¹

El modelo de Goldberg y Huxley sobre niveles de atención y filtros/barreras para su acceso

Los sistemas de salud buscan organizar la dotación de servicios de manera eficiente. El modelo de Goldberg y Huxley^{42,43} se ha empleado para describir el proceso a través del cual se identifica a los individuos con «trastornos mentales» y que en algún momento utilizan servicios de salud mental. El modelo cuenta con cinco niveles y cuatro filtros que permean el cambio de un nivel inferior al siguiente, y se describen a continuación. El *primer nivel* incluye a todos los individuos con un episodio de trastorno mental en la comunidad; el filtro correspondiente para el paso al segundo nivel es la respuesta del individuo y la comunidad a los síntomas como tales (v.gr., si considera que los síntomas requieren atención). El *segundo nivel* incluye a los individuos con un episodio en el nivel primario de atención a la salud, que buscan ayuda; el filtro para pasar al tercer nivel es el reconocimiento del trastorno por el prestador de la atención. El *tercer nivel* comprende a los pacientes en primer nivel de atención a la salud con trastorno reconocido por el médico. Los pacientes pueden recibir atención médica en este nivel; sin embargo, es posible que pasen al siguiente nivel si trascienden el filtro consistente en la referencia y admisión a servicios especializados de salud mental. El *cuarto nivel* incluye pacientes que reciben servicios especializados de salud mental, pero aún es posible que algunos pacientes requieran enfrentar un último filtro al quinto nivel: referencia y admisión en hospitales psiquiátricos. Si es el caso, los pacientes accederán al *quinto nivel*, que incluye a los pacientes internados en hospitales psiquiátricos.

Uno de los alcances de este modelo es que permite comprender el hecho de que la mayor parte de los casos permanecen en los primeros dos niveles y solo una pequeña pro-

porción se atiende en las unidades más especializadas. Si bien esta distribución es lógica desde la perspectiva de la eficiencia de los servicios, ello no significa que los niveles de sufrimiento y discapacidad generados en los primeros niveles sean nimios. Por el contrario, debido a su volumen y a que no son atendidos adecuadamente, los problemas de depresión en los primeros niveles generan de hecho enorme sufrimiento y discapacidad, así como elevados costos financieros.⁴⁴ Aun en el supuesto ideal de que todos los casos más graves se atendieran en los niveles más especializados, dado que la mayor parte de los casos de depresión ocurren en los dos primeros niveles; es decir, en la comunidad y la atención primaria de la salud, las intervenciones para mejorar la detección y la atención adecuada y oportuna generarían un mayor beneficio en la salud pública.

Una de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es la presencia de estigma, que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato en las relaciones interpersonales, como por la auto-segregación que genera en los enfermos (*'enacted stigma'*).⁴⁵ Por otro lado, también habrá que tomar en cuenta las diferentes concepciones de la salud y enfermedad que se pueden presentar entre la población general y los prestadores de servicios de salud (e investigadores), como ejemplifica la estrecha correlación encontrada entre personas que sufren de «nervios» y «susto» con la depresión y estrés.⁴⁶ Será fecundo, pues, profundizar en el conocimiento de los significados y representaciones que la población tiene acerca de los trastornos depresivos, así como los factores que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de atención.⁴⁷

Un excelente ejemplo de la introducción de abordajes novedosos en la investigación para la atención de la depresión es el Estudio del Contexto Sociocultural de la Depresión. Este estudio utiliza métodos mixtos que combinan una definición de la depresión desarrollada por «expertos» con las de las «personas». Los estudios cuantitativos miden la duración, presencia o ausencia de síntomas de acuerdo con una definición estandarizada de la depresión, pero que es posible que no capte los factores contextuales que afectan la experiencia de la depresión o el significado que tiene para un adulto mayor. Los estudios cualitativos pueden describir la experiencia de la depresión desde el punto de vista de la persona, pero no de la distribución, magnitud o frecuencia de ésta al nivel poblacional. Al mezclar métodos cuantitativos y cualitativos se obtiene una estrategia para entender la experiencia de la depresión en adultos mayores desde diferentes marcos conceptuales que son complementarios. La necesidad de un abordaje con métodos mixtos para enfrentar disparidades en salud y otros problemas ha atraído la atención de fundaciones y creadores de políticas.⁴⁸

La motivación para trabajar con métodos cuanti-cualitativos viene también de que los abordajes sociales y conductuales están en entredicho porque las intervenciones no han creado el impacto esperado en la salud pública.⁴⁹ Una

insatisfacción generalizada respecto a los modelos actuales de prestación de servicios (tales como que los pacientes no desean tratamiento contra la depresión, la falta de sensibilidad cultural de los paradigmas actuales, las intervenciones no son sustentables en la práctica) fue identificada en el plan estratégico del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica,⁵⁰ el reporte del Instituto de Medicina de los Estados Unidos sobre el Abismo en la Calidad,⁵¹ y el Cirujano General de los EUA.^{52,53} En la mayor parte de la investigación clínica, el modelo biomédico guía las preguntas y los métodos utilizados (explicaciones científicas *éticas*), incluyendo estrategias que pudieron haber sido desarrolladas para grupos distintos de los que se aplican. En contraste, la perspectiva «desde adentro» busca entender el punto de vista del paciente (el marco *émico*).

El Estudio del Contexto Sociocultural de la Depresión llamó la atención acerca del sentimiento de soledad que los adultos mayores ligán fuertemente con conceptos de la depresión, a pesar de que la soledad no es parte del criterio profesional de la depresión.⁴⁷ Los ancianos explicaron cómo la depresión no era simplemente equiparable a la soledad. En cambio, la soledad era vista como un precursor de la depresión. Los adultos mayores tomaron de sus ideas acerca del envejecimiento cuando dijeron que la soledad está muy relacionada con el envejecimiento. Sin embargo, la soledad fue vista como algo a evitar como responsabilidad individual, consistente con la idea de que uno debe «levantarse a uno mismo sin ayuda de nadie» para superar la depresión.⁵⁴ Las personas que ven la depresión en términos de soledad,⁴⁷ que establecen conexiones cercanas entre las condiciones médicas y la depresión,^{55,56} o que tienen modelos culturales de la depresión que enfatizan los aspectos sociales,⁵⁷⁻⁵⁹ no parecen aceptar medicamentos como una primera línea de tratamiento. Entender cómo se expresa la depresión puede delinear intervenciones aceptables para las personas ancianas en la comunidad.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD

El tratamiento de los trastornos depresivos en el nivel primario de atención a la salud es posible y conveniente. La evaluación de diversas intervenciones muestra que éstas son efectivas para disminuir la depresión y la discapacidad asociada a ella, así como de relativo bajo costo. La clave del éxito parece estar en la integración de servicios, con colaboración multidisciplinaria, combinando recursos de acuerdo con las necesidades y preferencias de cada paciente.⁶⁰⁻⁶² Un ejemplo acerca de la atención de la depresión en adultos de 60 años y más en el primer nivel de atención consiste en una intervención denominada IMPACT (por sus siglas en inglés: *Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment*). La intervención IMPACT consistió en un proceso escalona-

do de atención que incluyó a un facilitador de la atención para colaborar con la clínica del primer nivel de atención y proveer apoyo al médico tratante. El facilitador de la atención coadyuvó en la preparación de la historia biopsicosocial y proveyó a los participantes de información acerca del proyecto, incluyendo educación acerca de la farmacoterapia antidepresiva y los abordajes psicoterapéuticos para el tratamiento de la depresión. Los resultados muestran que los participantes en IMPACT excedieron en 107 el número de días sin depresión; en comparación con su contraparte que no recibió esta intervención en un periodo de dos años. Si bien los costos de atención fueron un poco mayores en la intervención IMPACT, comparada con el tratamiento habitual, cabe señalar que resultaron mucho menores en comparación con otras intervenciones de igual rigurosidad metodológica; más aún, el costo de la atención a la depresión fue mucho menor comparado con los costos de atención de otros problemas crónicos de salud, tales como la hipertensión arterial y la diabetes.⁶³

LA DEPRESIÓN Y LOS FACTORES MACROSOCIALES

Otro de los campos en que es preciso continuar avanzando se refiere a la indudable necesidad de mejorar las condiciones materiales de vida de millones de mexicanos. Si bien la estrecha relación entre las condiciones de vida y la salud pública fue reconocida por las autoridades sanitarias desde hace varias décadas, la permanencia de población en condiciones de pobreza y pobreza extrema obliga mínimamente a insistir en que los mayores logros en salud habrán de obtenerse tras remover las barreras estructurales que impiden a las personas lograr un acceso a un trabajo bien remunerado y seguro, a una educación que coadyuve en el desarrollo de conocimientos y habilidades para la adaptación activa al mundo y al incremento de la productividad, y unos servicios preventivos y curativos de salud de alta calidad y calidez. Cabe considerar que los cambios estructurales pueden requerir un proceso demasiado largo, pero los programas de paliación de la pobreza son indispensables.⁶⁴ En este contexto, resulta interesante y motivador destacar que un estudio cuasi-experimental encontró que un programa paliativo, como los mencionados anteriormente, tuvo un efecto positivo en la reducción de la sintomatología depresiva de aproximadamente 10 puntos en el CES-D, equivalente a una diferencia de 26% en el número de posibles casos de depresión.⁶⁵

CONCLUSIONES

La depresión es un problema importante de salud pública en México y el mundo. Su solución no es un misterio médi-

co, pero requiere de la labor multidisciplinaria y colaborativa de equipos de salud, capaces de integrar la participación de la comunidad y, en particular, de las personas afectadas por trastornos depresivos. Es imperativo ampliar esfuerzos que permitan a la sociedad identificar los síntomas depresivos como obstáculos al bienestar y la productividad, y aceptarlos como retos que se pueden y deben superar. Al mismo tiempo, los sistemas de salud necesitarán emplear estrategias creativas que permitan atender la demanda, muy insatisfecha. Frente a los enormes retos de atención y la eminente escasez de recursos, no cabe duda de que la mejoría en la atención de la depresión sólo puede provenir de una utilización más racional de los recursos y del desarrollo de recursos humanos con capacidad de ofrecer intervenciones adecuadas sin costo adicional. El dilema del uso racional de recursos es relativamente fácil de resolver pues es evidente que la atención de la depresión generaría ahorros por la menor utilización de otros servicios de salud y coadyuvaría a aumentar la productividad nacional. El problema del desarrollo e implementación de intervenciones adecuadas de bajo costo tampoco es insoluble, toda vez que ya existen modelos que con las adaptaciones necesarias pudieran resultar de utilidad. Sin embargo, el reto mayor es adaptar los sistemas de salud a fin de que favorezcan intervenciones psicosociales de relativa sencillez para los casos menos graves, y que permitan cruzar los «filtros» a los niveles más especializados de manera más expedita y amigable para las personas. Queda, además, por resolver el problema de generar un amplio proceso social que favorezca la promoción de la salud mental. Y aunque éste es el campo más importante, porque la mayoría de los casos ocurre y permanece en la comunidad, también es cierto que es en el que más investigación e inversión se sigue requiriendo. Más aún, una de las áreas de investigación con posible mayor impacto será aquella que aspire a cruzar las fronteras de los métodos y las disciplinas, de la división entre «los pacientes» y el «personal de la salud», entre la comunidad y el centro de atención primaria a la salud.

AGRADECIMIENTOS

Fernando A. Wagner recibió financiamiento de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos para la preparación del presente trabajo (NCMHD grants MD000217 and MD002803, NIDA grant DA012390, DA019805). Catalina González-Forteza recibió financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Proyecto 44915-H) y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Proyecto 4133).

REFERENCIAS

1. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005; 35(12):1773-1783.

2. Robins LN, Wing J, Wittchen HU et al. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1069-1077.
3. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
4. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research; 1993.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4th ed.). APA; 1994.
6. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6(3):168-176.
7. Demeyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291(21):2581-2590.
8. Slone LB, Norris FH, Murphy AD, Baker CK et al. Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depress Anxiety* 2006; 23(3):158-167.
9. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry* 2007; 190:521-528.
10. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(4):386-395.
11. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(7):785-795.
12. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011; 26; 9(1) En prensa. PMID: 21791035.
13. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV et al. The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12(1):3-21.
14. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008; 192(5):368-375.
15. Burvill PW. Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev* 1995; 17:21-31.
16. Carney RM, Freedland KE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for coronary heart disease mortality. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:229-230.
17. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: Evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004; 66:305-315.
18. Ormel J, Von Korff M, Burger H, Scott K et al. Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(4):325-334.
19. O'Neil A, Williams ED, Stevenson CE, Oldenburg B et al. Co-morbid cardiovascular disease and depression: sequence of disease onset is linked to mental but not physical self-rated health. Results from a cross-sectional, population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 Aug 10. [Epub ahead of print].
20. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2009; 39(1):33-43.
21. Castillo-Quan JL, Barrera-Buenfil DJ, Pérez-Osorio JM, Alvarez-Cervera FJ. Depression and diabetes: From epidemiology to neurobiology. *Rev Neurol* 2010; 51(6):347-359.
22. Reséndiz-Figueroa FE, Ortiz-Garrido OM, Pulido D, Arcila-Martínez D et al. Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2008; 73(1):3-10.
23. Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br J Psychiatry* 1996; 168(supl):30:38-43.
24. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Hwang I et al. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord* 2010; 124(1-2):98-107.
25. Téllez L, Galindo O, Álvarez MA, González-Forteza C et al. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión. *Gaceta Mexicana Oncología* 2011; 10(3):129-135.
26. Téllez-Zenteno JF, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res* 2002; 33(1):53-60.
27. Lerman I, Lozano L, Villa AR, Hernández-Jiménez S et al. Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a specialized center in Mexico City. *Biomed Pharmacother* 2004; 58(10):566-570.
28. Fisher L, Chesla CA, Mullan JT, Skaff MM et al. Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(10):1751-1757.
29. González-Forteza C, Arana D, Jiménez A. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental* 2008; 31(1): 23-27.
30. Roth KB, Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R et al. Depressed mood and antisocial behavior problems as correlates for suicide-related behaviors in Mexico. *J Psychiatr Res* 2011; 45(5):596-602. Epub 2010 Nov 4.
31. Illescas-Rico R, Amaya-Ayala F, Jiménez-López JL, Caballero-Méndez ME et al. Increased incidence of anxiety and depression during bone marrow transplantation. *Arch Med Res*. 2002; 33(2):144-147.
32. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL. Severity, timing, and duration of reactions to trauma in the population: an example from Mexico. *Biol Psychiatry* 2003; 53(9):769-778.
33. Morales-Jaimes R, Salazar-Martínez E, Flores-Villegas FJ, Bochicchio-Riccardelli T et al. The role of depression in the quality of life among patients undergoing renal substitutive therapy. *Gac Med Mex* 2008; 144(2):91-98.
34. Castilla-Puentes RC, Secin R, Grau A, Galeno R et al. A multicenter study of major depressive disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *Depress Anxiety* 2008; 25(12):E199-204.
35. Fernald LC, Jones-Smith JC, Ozer EI, Neufeld LM et al. Maternal depressive symptoms and physical activity in very low-income children. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29(5):385-393.
36. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995; 152(3):352-357.
37. García-Peña C, Wagner F, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T et al. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *J Gen Intern Med* 2008; 12: 1973-1980.
38. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C et al. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006; 163(8):1371-1378.
39. Gater R, Almeida e Sousa D, Barrientos G, Caraveo J et al. The pathways to psychiatric care: A cross-cultural study. *Psychol Med* 1991; 21:761-774.
40. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C et al. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007; 97(9):1638-1643.
41. Borges G, Benjet C, Medina-Mora M, Orozco R et al. Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bull World Health Organ* 2008; 86(10):757-764.
42. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care. London: Tavistock Publications; 1980.
43. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London: Tavistock/Routledge; 1992.
44. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiol Rev* 1995; 17:182-190.
45. Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, He Y et al. World Mental Health Consortium. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders

- ders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(4):305-314.
46. Weller SC, Baer RD, García de Alba García J, Salcedo Rocha AL. Susto and nervios: Expressions for stress and depression. *Cult Med Psychiatry* 2008; 32(3):406-420.
 47. Barg FK, Huss-Ashmore R, Wittink MN, Murray GF et al. A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61(6):S329-39.
 48. Office of Behavioral and Social Sciences Research, A. Best practices for mixed methods research in the health sciences; http://obssr.od.nih.gov/scientific_areas/methodology/mixed_methods_research/index.aspx; consultado el 29 agosto de 2011.
 49. Glass TA, McAtee M. Behavioral science at the crossroads in public health: Extending horizons, envisioning the future. *Soc Sci Med* 2006; 62:1650-1671.
 50. National Institute of Mental Health. National Institute of Mental Health Strategic Plan. Washington, D.C.: National Institutes of Health; 2008.
 51. Committee on Crossing the Quality Chasm: Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders. Improving the Quality of Care for Mental and Substance-Use Conditions: Quality Chasm Series. Washington D.C.: National Academies Press; 2006.
 52. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the surgeon general — older adults and mental health. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
 53. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: Culture, Race and Ethnicity. A supplement to mental health: A report of the surgeon general. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services; 2001.
 54. Switzer J, Wittink M, Karsch BB, Barg FK. «Pull yourself up by your bootstraps»: A response to depression in older adults. *Qualitative Health Research* 2006; 16(9):1207-1216.
 55. Bogner HR, Dahlberg B, de Vries HF, Cahill E et al. Older patients' views on the relationship between depression and heart disease. *Fam Med* 2008;40(9):652-657.
 56. Bogner HR, Richie MB, de Vries HF, Morales KH et al. Depression, cognition, apolipoprotein e genotype: Latent class approach to identifying subtype. *American J of Geriatric Psychiatry* 2009; 17:344-352.
 57. Joo JH, Wittink M, Dahlberg B. Shared Conceptualizations and Divergent Experiences of Counseling Among African American and White Older Adults. *Qual Health Res* 2011;21(8):1065-1074.
 58. Wittink MN, Dahlberg B, Biruk C, Barg FK. How older adults combine medical and experiential notions of depression? *Qualitative Health Research* 2008;18(9):1174-1183.
 59. Wittink MN, Joo JH, Lewis LM, Barg FK. Losing faith and using faith: Older African Americans discuss spirituality, religious activities and depression. *J Gen Intern Med* 2009; 24(3):402-407.
 60. Moreno P, Saravanan Y, Levav I, Kohn R et al. Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurses in Panama. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(1):61-65.
 61. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D et al. Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166(21):2314-2321.
 62. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D et al. Models in the delivery of depression care: A systematic review of randomized and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract* 2008; 9:25.
 63. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(12):1313-1320.
 64. Waitzkin H, Getrich C, Heying S, Rodríguez L et al. Promotoras as mental health practitioners in primary care: A multi-method study of an intervention to address contextual sources of depression. *J Community Health* 2011; 36(2):316-331.
 65. Ozer EJ, Fernald LC, Weber A, Flynn EP et al. Does alleviating poverty affect mothers' depressive symptoms? A quasi-experimental investigation of Mexico's Oportunidades Programme. *Int J Epidemiol* 2011;40(6):1565-1576 (first published online July 7, 2011) .

Artículo sin conflicto de intereses