

Depresión, cura y tratamiento: Análisis de las guías clínicas de depresión (MINSAL) a partir del psicoanálisis kleiniano

Depression, cure, and treatment: Analysis of the clinical guidelines for depression (MINSAL) based on Kleinian psychoanalysis

Karla Hidalgo Pino¹

Santiago de Chile

kahidalg@gmail.com

Resumen

Los discursos hegemónicos de cada época influyen en cómo se comprenden y abordan las enfermedades mentales. Por ello, este artículo analiza críticamente las guías clínicas de depresión del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), contrastando sus fundamentos con la perspectiva psicoanalítica kleiniana. A partir de una discusión teórica, se examinan las nociones de depresión, cura y tratamiento en ambos enfoques. Considerando que las guías se adscriben a un modelo biomédico y ateórico que privilegia intervenciones psicoeducativas, se sostiene que este enfoque dificultaría la elaboración de la posición depresiva, proceso esencial para integrar los aspectos disociados del paciente. De ahí la relevancia de una mirada comprensiva de la depresión y de que los tratamientos psicoterapéuticos favorezcan un vínculo significativo con el terapeuta, permitiendo el análisis de la transferencia.

Palabras clave: Depresión, cura, tratamiento, guía clínica, psicoanálisis kleiniano.

Abstract

¹ Psicóloga y Licenciada en Psicología por la Universidad Alberto Hurtado. Magíster en psicología clínica psicoanalítica por la Universidad Adolfo Ibáñez.
<https://orcid.org/0009-0006-3242-3237>

The hegemonic discourses of each era influence how mental illnesses are understood and addressed. Therefore, this article critically analyzes the clinical guidelines for depression issued by the Chilean Ministry of Health (MINSAL), contrasting their foundations with the Kleinian psychoanalytic perspective. Based on a theoretical discussion, the notions of depression, cure, and treatment in both approaches are examined. Considering that the guidelines adhere to a biomedical and atheoretical model that privileges psychoeducational interventions, it is argued that this approach would hinder the development of the depressive position, an essential process for integrating the dissociated aspects of the patient. Hence the relevance of a comprehensive view of depression and of psychotherapeutic treatments that favor a meaningful bond with the therapist, allowing for the analysis of transference.

Keywords: Depression, cure, treatment, clinical guidelines, Kleinian psychoanalysis.

Fecha de Recepción: 23/07/2025 — Fecha de Aceptación: 15/10/2025

Introducción

El tratamiento de la depresión es de alta demanda en Chile. Según la última encuesta nacional la prevalencia en adultos fue de 6,2% (2,1% en hombres y 10,1% en mujeres) y un 11,1% de las personas sufre un episodio depresivo en algún momento de su vida (MINSAL, 2018). Como respuesta a esta problemática, el Estado chileno ha priorizado su abordaje a través de la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la atención privada o pública. El tratamiento principalmente se realiza en los Centros de Salud Familiar públicos, los cuales son los encargados de entregar la prestación en casos de episodios depresivos leves, moderados y graves sin síntomas psicóticos y trastornos

depresivos recurrentes mediante FONASA². Para realizar los flujos de atención y sus intervenciones utilizan las guías clínicas de depresión del MINSAL (2013, 2017)³.

El objetivo central de las guías clínicas (MINSAL, 2013, 2017) es contribuir a que las personas reciban una atención de salud de calidad y en una modalidad costo-efectiva. Para conseguir lo anterior, la guía clínica del año 2013 establece recomendaciones para el tratamiento de los trastornos depresivos en personas desde los 15 años, específicamente el trastorno depresivo mayor episodio único y recurrente. También distingue el tipo de tratamiento de acuerdo con el nivel sintomático de la depresión. Es decir, si es una depresión leve, moderada o grave con o sin síntomas psicóticos, con comorbilidad física y mental. Así, de acuerdo con el nivel de sintomatología va a recomendar diversos tipos de intervenciones como es la psicoeducación y/o la psicoterapia.

Las guías clínicas se enmarcan en el contexto de un sistema público de salud que ha adoptado un funcionamiento de gestión empresarial propio del sistema privado, lo que ha tenido como consecuencia que estas instituciones funcionen como aseguradoras, impactando directamente en las características de la atención de las personas (Aveggio, 2017). Esto estaría reforzado por la cultura actual, ya que con el avance de la sociedad del consumo se han impulsado nuevas subjetividades (Han, 2012) y se han promovido valores como la inmediatez, el rendimiento y la productividad. Como consecuencia, la psicología clínica se ha adaptado a un sistema económico neoliberal incentivando terapias con enfoques técnicos, pragmáticos y estandarizados (Dudley, 2017). Además, se ha fomentado un consumo a gran escala de fármacos que instalan “el problema del malestar de la existencia y los síntomas del sufrimiento mental en las coordenadas del mercado” (Galende, 2008, p. 30).

Considerando este contexto como referencia, una de las problemáticas que se han observado de las guías clínicas es que omiten declarar explícitamente su perspectiva de tratamiento, de cura y de los objetivos terapéuticos (Gómez, 2021). Al realizar un análisis de su contenido, algunos autores han señalado que su finalidad principal es la remisión

² Fondo Nacional de Salud es el organismo estatal de Chile que administra los dineros públicos en salud. Las personas adscritas pueden acceder a atención en centros de salud gubernamentales.

³ La guía clínica del año 2013 corresponde a las recomendaciones vigentes para el tratamiento de la depresión en personas de 15 años o más, mientras que la guía del año 2017 se enfoca en recomendaciones para la psicoterapia en personas mayores de 18 años. Esta última es complementaria a la del año 2013.

de síntomas sin hacer mayor alusión a aspectos subjetivos de los pacientes como su historia personal y social (Vacarezza, 2010), ya que estaría enfocada en aspectos relacionados con la funcionalidad, rehabilitación y control de los síntomas (Gómez, 2021). Por otro lado, se ha visto que en los centros de atención las intervenciones operarían de manera prescriptiva basándose en criterios pragmáticos y administrativos, y no en orientaciones teóricas y/o clínicas (Aguirre, 2019; Aveggio, 2013, 2017, Castro, 2013, Vacarezza, 2010). De manera complementaria, respecto de las revisiones realizadas con anterioridad a los documentos gubernamentales desde una mirada psicoanalítica, es posible advertir análisis del Plan Nacional de Salud Mental (Aveggio, 2013; 2017, Gómez, 2021) y centrado en la concepción de paciente que tiene el sistema de salud y la guía clínica de depresión del año 2013 desde el enfoque winniciotiano⁴(Vacarezza, 2010).

A partir de este panorama, este estudio se centrará específicamente en las concepciones de depresión, cura y tratamientos presentes en las guías clínicas del MINSAL (2013, 2017), ya que sus postulados influyen en los tratamientos de los centros de salud públicos, determinando decisiones administrativas como, por ejemplo, qué profesionales la van a tratar, el tipo de intervenciones, los tiempos y las frecuencias de las atenciones. El análisis se desarrollará desde una perspectiva psicoanalítica porque ha aportado en la comprensión de las patologías psicológicas y rescata aspectos poco considerados en otras perspectivas teóricas como es la dimensión inconsciente del sujeto, sus deseos y contradicciones (Galende, 2008). En específico, se utilizará la perspectiva kleiniana debido a los aportes teóricos de los conceptos de posición esquizoparanoide y depresiva (Klein, 1952b) en la comprensión de la depresión.

Así, a partir del análisis realizado se afirmará que la concepción de depresión, cura y tratamiento de las guías clínicas no cuentan explícitamente con una mirada psicológica, sino que principalmente biomédica. Esta última promovería tratamientos de corta duración y frecuencia, los que no favorecen, siguiendo el psicoanálisis kleiniano, la elaboración de la posición depresiva y la consecuente integración psíquica de los objetos y de aspectos disociados del paciente. En consecuencia, se propone que las guías clínicas incluyan una mirada comprensiva de la depresión, de la cura y del tratamiento para

⁴ Winnicott fue un pediatra y psicoanalista británico parte de la escuela inglesa de psicoanálisis.

promover procesos de elaboración psíquica, en donde el vínculo consistente con un terapeuta sería relevante para la elaboración de aspectos inconscientes, principalmente transferenciales.

Desarrollo

Guía clínica de depresión y sus características principales

Según las guías clínicas de depresión (MINSAL, 2013, 2017) el tratamiento de la depresión debe planificarse de forma individualizada, combinando intervenciones psicosociales y farmacológicas según la gravedad del cuadro. Para depresiones leves, se recomiendan intervenciones psicoeducativas y de apoyo, en cambio, para las moderadas y graves, se suman psicofármacos y psicoterapia. En casos severos, refractarios o con síntomas psicóticos, se incorpora tratamiento electroconvulsivante y abordajes multidimensionales. La guía clínica centrada en psicoterapia destaca la eficacia del enfoque cognitivo-conductual, aunque también reconoce evidencia a favor otras psicoterapias (MINSAL, 2017). Ambas guías están dirigidas a funcionarios del sistema público y privado de distintas profesiones. Declaran además que los objetivos de la guía son detectar de forma activa la sintomatología, disminuir las complicaciones de la depresión, disminuir recaídas, recurrencias y favorecer el uso racional de los recursos.

Las guías clínicas del año 2013 definen la depresión a partir de criterios diagnósticos CIE-10 o DSM IV-TR “como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por al menos 2 semanas” (MINSAL, 2013. p. 12) y la caracteriza a partir de estudios epidemiológicos que muestran los factores protectores y de riesgo para desarrollar una depresión. Destaca que la depresión tiene efectos adversos para la persona y para el país debido a la carga de enfermedad que genera y los recursos que se requieren para su tratamiento. Por ello, la depresión está asociada “con el ausentismo laboral, el desarrollo de otras patologías, mayor accidentabilidad y con mayor pobreza y discapacidad” (MINSAL, 2013, p. 83), por lo que se debe prevenir. El

tratamiento debe ser “oportuno, continuo, eficiente basado en las recomendaciones emanadas de la evidencia” (MINSAL, 2013, p. 28).

Perspectiva crítica a la psicología y a la guía clínica

En su libro *La psicología como ideología contra la disciplina*, Parker (2010) señala que la psicología forma parte de una red de prácticas estructuradas en torno a intereses políticos y económicos, por lo que funcionaría al servicio del sistema capitalista contribuyendo al control y la opresión. Dudley (2017) en la misma línea afirma que “la psicología clínica se ha visto afectada por la agenda de las prácticas basadas en la evidencia” (p. 48) y señala que el modelo de terapia cognitivo conductual imperante ha resultado ser efectiva para producir subjetividades conformes al modelo neoliberal.

Por otro lado, la práctica clínica se ha convertido en manuales que deben ser replicados y que tendrían un modelo de persona a priori, lo cual es enseñado a los pacientes, convirtiendo la psicoterapia en el objetivo de adaptar al sujeto hacia lo que se considera normal (Parker, 2011). Así mismo, autores psicoanalíticos de diversas orientaciones (Aveggio, 2017; Galende, 2008; Parker, 2011; Yakeley, 2018) han señalado que estas perspectivas (positivistas y empíricas) tienden a invisibilizar la subjetividad de los pacientes, de modo que sus percepciones, interpretaciones, fantasías e historia son dejadas de lado, ya que es el terapeuta el que determina qué le sucede al paciente y como debe proceder para que éste se sienta mejor. Lo anterior, termina siendo una forma de control social que restringe diversas alternativas de vivir o ser. Además, Galende (2008) señala que el enfoque actual positivista y biológico de la farmacología hace olvidar la realidad contradictoria de la subjetividad suspendiendo la posibilidad de pensamiento y reflexión respecto del síntoma, el cual para el psicoanálisis da cuenta de una verdad del sujeto (sus deseos y contradicciones).

Por otro lado, Braunstein y Pasternac (1973) con respecto a las investigaciones psiquiátricas señalaban que no reconocen las estructuras sociales, por lo que reducen a problemas de los individuos asuntos que pueden ser sociales, además que la mirada biologicista de la depresión invisibiliza los distintos niveles y articulaciones de la patología.

Vacarezza (2010) que realiza una revisión del plan de salud mental y de la guía clínica de depresión del año 2013 señala que el paciente para el sistema es concebido como un objeto y no como sujeto involucrado *en* sus síntomas. Es decir, es considerado como alguien que sufre de enfermedades mentales, pero que estas no tienen que ver con su historia personal, sus deseos y miedos, por lo que se recomiendan intervenciones generales. Con respecto al tratamiento de la depresión, señala que la cura estaría vinculada a corregir problemas psicológicos y que se busca el retorno a un estado anterior adecuado y correcto, lo cual para la autora serían “patrones establecidos desde un saber autoritario respecto del bienestar de la persona” (Vacarezza, 2010, p. 16). Así mismo, la cura estaría enfocada en la remisión sintomática sin cuestionamientos a los motivos subjetivos de estos, ni a la historia personal y familiar.

En esta misma línea Gómez (2021) señala que hay una ausencia en los planes de salud mental de la palabra cura y sanación, a pesar de que en documentos de años anteriores sí existía. Cree que en los nuevos lineamientos habría una mirada a tratar las enfermedades mentales como problemas crónicos. El concepto central es la recuperación, la cual tiene como meta que la persona pueda controlar sus síntomas y desarrollar un proyecto de vida. También, tendría una lógica de rehabilitación, concepto que estaría vinculado a “volver funcional lo que está dañado” (Gómez, 2021, p. 101). Esta idea podría dar cuenta de que el objetivo terapéutico estaría vinculado en lograr que el paciente pueda volver a ser funcional y productivo sin considerar aspectos de su sufrimiento o subjetividad.

De igual manera, Hidalgo (2024) señala que la guía clínica de depresión del MINSAL del año 2013 tendría un “enfoque principalmente biomédico, centrado en la funcionalidad del paciente y no contiene una mirada comprensiva” (p. 34). Esto debido a que a pesar de que la guía señala tener un enfoque psicosocial de la depresión se pudo observar que las orientaciones a los profesionales son principalmente médicas y no profundiza en aspectos psicológicos. Además, señala que la guía está compuesta principalmente por revisiones que miden únicamente la remisión sintomática y manuales diagnósticos CIE 10, DSM IV, los cuales, según varios autores (Carreño & Matilla, 2018, Berrios, 2010, Galende, 2008) no contemplan las causas psicológicas y sociales de los trastornos mentales, por lo que tendrían una visión principalmente biomédica. El segundo

aspecto que refiere Hidalgo (2024) es que la depresión está definida a partir de la funcionalidad del paciente, ya que la guía clínica destaca principalmente los efectos negativos de la depresión en su capacidad y productividad. Por ello, una de las principales tareas del profesional será promover el pronto retorno laboral del paciente. El tercer aspecto es que la guía clínica no contempla una mirada comprensiva, es decir, no responde a la pregunta de qué es lo que hace que las personas se depriman en ese momento de su vida y, por lo tanto, de qué elementos son necesarios abordar para la cura.

Otro aspecto que se ha señalado con respecto a las guías clínicas en general es que imponen una forma de actuar al clínico y reduce la decisión de este, acentuando la irresponsabilidad hacia su práctica (Carreño & Matilla, 2018). En Chile, se ha podido observar que los psicólogos que trabajan en atención primaria se vuelven expertos en realizar evaluaciones de acuerdo con los criterios CIE-10 y DSM IV, siendo parte fundamental de su trabajo (Scharager & Molina, 2007), lo cual es relevante en la actualidad debido a que las prestaciones de salud se otorgan de acuerdo con los diagnósticos evaluados. Junto con esto, los tiempos destinados a las atenciones suelen ser acotados, lo que permite realizar intervenciones breves, directivas y centradas en el síntoma. Esta limitación temporal, sumada a la precariedad y escasez de recursos disponibles, obliga en muchos casos a los profesionales a recurrir a estrategias informales (por ejemplo, reorganizar su agenda diaria para atender más tiempo del que está planificado para la sesión) con el objetivo de ofrecer una atención de calidad (Andrade, 2015).

A partir de lo anterior, se puede señalar que las guías clínicas influyen en la forma en que se realizan las intervenciones en los centros de salud y también en la forma de financiamiento. Esto se puede traducir en cuantas sesiones pueden ser cubiertas por los seguros privados. En esta misma línea, Aguirre (2019) señala que el conflicto con respecto a la propia ética profesional y las obligaciones laborales genera un sufrimiento ético en los psicólogos de la atención primaria de salud, toda vez que existe una organización laboral “paradojante” donde los criterios para evaluar las acciones son desde “una lógica positivista, pragmática y utilitarista, que obedece a la necesidad de optimizar los rendimientos al alero de una asistencia reconvertida por una orientación productivista” (p. 122).

Psicoanálisis y salud pública

La relación entre el psicoanálisis y la práctica pública ha sido compleja, tanto por su difícil aceptación social (Galende, 1990) como por los desafíos de aplicarlo fuera del ámbito privado. Freud (1919) consideró posible adaptar la técnica para ampliar su alcance, pero sin perder los elementos esenciales del análisis. Freud, en otro texto (1912) advierte que el terapeuta no debe enseñar ni ser modelo para el paciente. Autores como Barros (2009) y Aveggio (2013) sostienen que los analistas en contextos hospitalarios deben adaptarse, manteniendo una clara posición subjetiva como analistas, lo que posibilita la cura pese a la modificación del encuadre.

Bleger (1966) sostenía que la terapia individual no puede responder por sí sola a toda la demanda en salud mental, pero que el psicoanálisis aporta valiosos conocimientos sobre las leyes psicológicas que rigen la salud y la enfermedad. De forma similar, Yakeley (2018) señala que, aunque el psicoanálisis no soluciona directamente los problemas estructurales de los servicios públicos, su desarrollo teórico permite comprender mejor las dificultades y favorecer cambios terapéuticos. Conceptos freudianos como el inconsciente, los mecanismos de defensa, la transferencia y la contratransferencia pueden enriquecer la atención clínica.

A pesar de que existe una preferencia por terapias basadas en evidencia que ofrecen tratamientos protocolizados y prometen mayor eficiencia costo-efectiva (Aveggio, 2013, 2017). Yakeley (2018) destaca que en las últimas dos décadas se han publicado estudios que demuestran la eficacia de la psicoterapia psicodinámica⁵ a corto y largo plazo, desmintiendo la creencia de que los enfoques psicoanalíticos carecen de respaldo empírico.

⁵ La psicoterapia psicodinámica es un enfoque terapéutico que se basa en la exploración de los procesos mentales inconscientes y de los conflictos intrapsíquicos que influyen en el malestar psicológico y en los patrones relationales del individuo.

Concepción de depresión, salud mental y cura de la perspectiva psicoanalítica kleiniana

Freud (1917) describió la melancolía como un doloroso estado de ánimo causado por una pérdida, que genera una disminución del amor propio. El sujeto se reprocha y castiga a sí mismo por las agresiones que originariamente son hacia el objeto perdido. Esto se relaciona con la ambivalencia afectiva y la identificación narcisista con dicho objeto.

Klein (1935) retoma las ideas de Freud y plantea que las primeras pérdidas se experimentan en la infancia, influidas por objetos internalizados, ansiedades y defensas tempranas. Estas vivencias permiten el desarrollo e integración del yo y el superyó (Klein, 1952b). El proceso comienza con ansiedades esquizoparanoides que luego dan paso a ansiedades depresivas, conforme el bebé pasa de relacionarse con objetos parciales a totales. Estas ansiedades y defensas aparecen en la niñez y reaparecen en la adultez (Klein, 1937).

Trastorno depresivo

Para Klein (1935), la depresión es una reactivación de la posición depresiva infantil que se origina en los primeros procesos de introyección. Estos son clave tanto para el desarrollo normal como psicopatológico. Cuando el niño transita de objetos parciales a totales, no logra internalizar un objeto bueno, ya que los temores paranoides predominan y dificultan los procesos de reparación.

En el paciente con depresión priman los sentimientos negativos hacia sí mismo que se reflejan en reproches y pensamientos de minusvalía. Estos elementos reflejan la severidad del superyó de estos pacientes, el cual se generó por las persecuciones y exigencias de los objetos malos internalizados. La persona con depresión tiene temor de que su agresión inconsciente impere sobre el amor y pueda destruir al objeto amado, por lo que el temor a perderlo causa dolor, culpa y tristeza (Klein, 1935). Grinberg (1963) siguiendo las ideas de Klein distingue dos tipos de culpa: la culpa depresiva y la culpa persecutoria. Señala que en los estados depresivos habría un predominio de angustia persecutoria, en donde hay un “sentimiento de un daño ya ocurrido (en la realidad o en la

fantasía) al yo o al objeto, y que produce no sólo temor a una represalia sino también desesperación, dolor y cierta pena..." (p. 87), por lo que este tipo de culpa no permite reparar, sino que intenta disminuir la ansiedad persecutoria.

Duelo y duelo patológico

Según Klein (1940), tanto el duelo como el duelo patológico implican procesos propios de la posición depresiva. La autora afirma que el niño atraviesa estados mentales similares al duelo adulto, y que estas experiencias tempranas se reactivan ante pérdidas posteriores. El dolor por la pérdida se intensifica por fantasías inconscientes de haber perdido también objetos buenos internos, lo que genera temores de destrucción interna y revive angustias infantiles. Para afrontarlo, se recurren a defensas maníacas, obsesivas y paranoides. Grinberg (1963) agrega que siempre en una pérdida, ya sea de una persona u otras experiencias de pérdida, se involucran aspectos del propio *Self* por lo que se produce una amenaza a su integridad y sentimiento de identidad.

Por otro lado, Klein señala que "los enfermos maníaco-depresivos y los sujetos que fracasan en el trabajo de duelo [...] tienen en común no haber sido capaces, en su temprana infancia, de establecer objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno" (Klein, 1940, p. 371), motivo por el cual, no se elabora la posición depresiva infantil. Si el trabajo de duelo se da satisfactoriamente, se logra que prosperen los aspectos buenos del objeto y se recuperan la confianza en él y en el propio sujeto. La culpa en este caso sería de tipo depresiva, la cual da confianza en poder reparar (Grinberg, 1963).

En consecuencia, para Melanie Klein (1957) la depresión es un cuadro patológico que cualquier persona podría llegar a tener producto de situaciones estresantes o conflictivas que desestabilizan al psiquismo, sin embargo, la intensidad y la duración de estos estados de desaliento y persecución son los que determinan la capacidad del yo para reintegrarse y restablecer el estado emocional (recuperar la confianza en sus objetos buenos). De modo que la depresión, como cuadro psicopatológico, se produce por una desestabilización en los mecanismos de enfrentamiento ante una situación crítica en la vida, la cual reactiva duelos anteriores. Es decir, la persona utiliza los mecanismos

esquizoparanoides y depresivos que experimentó en su primera infancia, como es la negación, manía, disociación, idealización, etc., para enfrentar la situación actual de pérdida. El trastorno depresivo daría cuenta, cómo señalamos anteriormente, que no ha existido una elaboración adecuada de la posición depresiva en la infancia y que impera una fijación en los estadios esquizoparanoides.

Por otro lado, Aduriz (2010) señala que la pérdida actual del melancólico remite a pérdidas anteriores en la infancia o adolescencia que fueron negadas, generando un duelo imposible de elaborar. Por lo tanto, la experiencia actual puede sacar a la luz el duelo irresuelto para poder ser sanado. Así mismo, para Dagnino et al., (2017) la depresión sería una entidad clínica heterogénea, la cual está influida por funcionamientos estructurales que tienen una base de origen temprano, los cuales deben ser un foco en el proceso terapéutico. Estos autores destacaron los funcionamientos de autocritica y de autorregulación como los más influyentes en los procesos depresivos.

Salud Mental y Cura

Para Melanie Klein (1960), la salud mental depende de la integración de la personalidad, es decir, de la unión de sus distintas partes, incluso las más perturbadoras, que suelen disociarse por el dolor que generan. Este proceso, aunque nunca finaliza, permite mayor tolerancia hacia los propios impulsos y los de otros. Según Klein (1957), las tensiones internas o externas pueden generar estados depresivos, pero quienes tienen una personalidad integrada pueden recuperar la confianza en sí mismos y en sus objetos. En cambio, quienes no lo logran, pueden volver a usar defensas esquizoparanoides. Aun así, la integración nunca es total ni permanente.

Transferencia

Freud (1914) señala que, ante la resistencia, el paciente repite experiencias infantiles en sus vínculos actuales y con el analista, en lugar de recordarlas. Klein (1952a) amplía esta idea, indicando que se reviven emociones, defensas y relaciones de objeto del pasado en el presente. La tarea analítica consiste en hacer conscientes esas experiencias en la

relación con el analista, conectándolas con el pasado para integrar aspectos inconscientes. Para Tabak de Bianchedi (1985), el análisis permite reelaborar ansiedades y defensas infantiles, facilitando la elaboración de ansiedades de separación y pérdida.

Discusión y contraste entre la perspectiva de las guías clínicas y la psicoanalítica kleiniana

Como se ha señalado anteriormente, la perspectiva de depresión que tiene el sistema de salud y en específico las guías clínicas de depresión va a impactar en las prácticas de salud mental institucionales, por lo que es relevante analizar desde qué enfoques estas se organizan. En este apartado se realizará un análisis de las concepciones de depresión, cura, tratamiento y salud mental presentes en las guías clínicas del MINSAL (2013, 2017) a partir de la teoría psicoanalítica kleiniana.

En relación con la concepción de la depresión, la guía clínica del año 2013 se enmarcaría en un modelo biomédico centrado en la funcionalidad del paciente, sin incorporar una perspectiva comprensiva (Hidalgo, 2024). Este enfoque puede considerarse biomédico en tanto explica el trastorno a partir de un conjunto de síntomas descritos en los manuales diagnósticos, los cuales responden predominantemente a una lógica médica (Berrios, 2010). Así mismo, el énfasis en la funcionalidad del paciente evidencia una orientación hacia la productividad, de modo que la depresión y la enfermedad se problematizan principalmente por su impacto negativo en el desempeño y la capacidad laboral. Por otro lado, de manera descriptiva, la guía incorpora información proveniente de estudios epidemiológicos que identifican factores asociados a la aparición de la depresión. Sin embargo, no desarrolla una mirada psicopatológica ni ofrece una comprensión acerca de *las razones* por las cuales las personas se deprimen, por lo que carece de orientaciones comprensivas para los profesionales que la utilizan.

Esta visión sería diferente a la perspectiva psicoanalítica kleiniana, ya que justamente entrega una respuesta a la pregunta del por qué las personas se deprimen. Para Melanie Klein (1940), el trastorno depresivo va a estar ligado a la forma de elaboración de las primeras experiencias de duelo en la infancia y en su interacción con las primeras relaciones de objeto, las cuales se reviven en nuevas experiencias de crisis o pérdidas. El

problema de la enfermedad no tiene relación con la funcionalidad del paciente, sino que está regido por el sufrimiento de la persona, es decir, su malestar subjetivo. La perspectiva kleiniana, por lo tanto, estaría en línea con lo que señala Galende (2008) sobre la teoría psicoanalítica, la cual vendría a subjetivizar el malestar del paciente, ya que sus síntomas depresivos van a tener sentido personal y serán comprendidos considerando su situación actual y su historia. Por lo que desde esta mirada el síntoma tendrá un significado personal para el paciente, lo cual permite que se pueda involucrar en su malestar y poder hacer algo con él. De esta manera, como señala Vacarezza (2010) la perspectiva psicoanalítica concibe al paciente como un sujeto, es decir que lo entiende como una persona que tiene deseos, historia y que está siempre en construcción y que puede vincularse y enriquecerse en el vínculo con otros.

Con respecto a la concepción de tratamiento, la guía clínica del año 2013 está enfocada principalmente en la remisión sintomática, “estimular la adherencia al tratamiento, estimular la recuperación de la funcionalidad y el retorno a los niveles premórbidos” (MINSAL, 2013, p. 87), por lo que se privilegian enfoques terapéuticos que buscan principalmente eliminar el síntoma a través de técnicas como la consultoría y psicoeducación, conservando la psicoterapia sólo en casos graves. El tratamiento está enfocado a un corto plazo debido a que las investigaciones señalan que a partir de ciertas sesiones no se observan cambios significativos en la remisión sintomática (MINSAL, 2017). Esta concepción también influye en la duración de las atenciones, las cuales son de tiempo acotado. Por lo tanto, esta concepción ha generado problemas en la calidad de las atenciones, en la cantidad de altas y en conflictos éticos de los profesionales que atienden en los centros de atención públicos (Andrade, 2015, Aguirre, 2019).

En cambio, la propuesta de tratamiento de la perspectiva psicoanalítica kleiniana tendría objetivos basados en su comprensión teórica de la depresión. De esta manera, el tratamiento busca la elaboración de ansiedades esquizoparanoides y depresivas que se vivieron en la infancia y que se reviven en el aquí y ahora con el terapeuta. Esto permite hacer conscientes aspectos disociados de la personalidad del paciente, lo cual no sólo genera una remisión sintomática, sino que un crecimiento emocional y psicológico del paciente. Si bien, estos tratamientos fueron desarrollados principalmente en contextos privados, en la actualidad hay tratamientos de psicoterapia breve, como los señalados por

el autor Pérez-Sánchez (1996) que orientados por las ideas kleinianas han podido ser adaptados a contextos de salud pública o que requieren ser realizados en tiempos acotados. Estos procesos, a pesar de generarse en tiempos definidos, conservan el establecimiento de un vínculo terapéutico lo suficientemente intenso que permita que el terapeuta sea una persona importante para el paciente, por lo que esto lo diferenciaría de una intervención asistencial (Pérez-Sánchez, 1996). De esta manera, la relación terapéutica y el análisis de la transferencia serán fundamentales en los tratamientos psicoanalíticos, lo cual no es considerado en los tratamientos que recomienda la guía clínica. Por ello, Yakeley (2018) señala que la transferencia y la contratransferencia son conceptos importantes que pueden ayudar a mejorar la atención de los profesionales que atienden pacientes en los sistemas de salud.

Con respecto a la concepción de cura, las guías clínicas (2013, 2017) no dan cuenta de una definición clara, sino que se desprende de las ideas señaladas anteriormente; la remisión sintomática y que el paciente vuelva a ser funcional y productivo. Sin embargo, la psicoterapia cognitiva conductual, que es la más recomendada en la guía del 2013⁶, busca cambiar pensamientos disfuncionales a través de la reestructuración cognitiva y enseñar a los pacientes cómo manejar situaciones estresantes (MINSAL, 2017), por lo que se desprende que la cura tendrá relación con cambios cognitivos y conductuales en los pacientes.

Por otro lado, la psicoterapia desde el enfoque kleiniano busca ayudar al paciente a elaborar ansiedades esquizoparanoides y depresivas para alcanzar la posición depresiva, la cual permite lograr una mayor integración y madurez en la personalidad. Por ello, Grinberg (1963) señala que cuando impera la culpa depresiva esta permite disminuir los componentes persecutorios y permite que el yo pueda repararse “estimulando su enriquecimiento y su capacidad de sublimación y permitiendo de este modo encarar la reparación de los objetos” (pp. 153-154). Por ello, lo depresivo será entendido como una experiencia emocional que permite un proceso de integración psíquica y de los objetos, ya que posibilita la elaboración de la ambivalencia, es decir, del amor y odio hacia los

⁶ La guía clínica del año 2017 centrada en la psicoterapia no recomienda la psicoterapia cognitiva conductual por sobre otras psicoterapias, sin embargo, sugiere terapias de hasta 12 sesiones.

objetos que es propio de la experiencia humana y la integración de los aspectos buenos y malos del objeto.

Este proceso psíquico, por lo tanto, conlleva sentimientos de pérdida y culpa, los cuales son necesarios para su logro adecuado y para que exista la experiencia de reparación. La reparación va a permitir sentir que la persona tiene aspectos buenos internamente y que tiene la capacidad de amar y de ser amado (Klein, 1960). Este aspecto es muy importante en la salud mental de la persona, ya que se constituye una fuerza interior que permite afrontar desafíos, dificultades y duelos posteriores en la vida.

De esta manera, la psicoterapia desde la perspectiva psicoanalítica puede ser comprendida como una nueva oportunidad de integración y cura a través de la elaboración de la posición depresiva junto al terapeuta. Esto permitiría la integración de aspectos disociados, un acercamiento mayor a la realidad y un fortalecimiento de la personalidad (Klein, 1957). Además, abre la posibilidad de sanar duelos anteriores irresueltos, ya que como señala Aduriz (2010) “la pérdida actual del melancólico remite a pérdidas anteriores, especialmente a las habidas en la temprana infancia, pero también en la adolescencia” (p. 115).

A partir de lo anterior, es posible advertir que la visión de cura que se desprende de las guías clínicas de depresión está principalmente basada en investigaciones empíricas que miden la remisión sintomática, por lo que no estudian aspectos subjetivos o de cambio psíquico. Por ello, las guías miden la cura a partir únicamente de la eliminación de los síntomas, lo cual deriva en recomendaciones de intervenciones psicoeducativas en depresiones leves y moderadas. Las intervenciones psicoeducativas desde los postulados de Klein no permitirían la cura de la depresión, ya que para esta perspectiva se requiere de un proceso en donde el paciente pueda elaborar las causas de su sintomatología, es decir, las ansiedades que se viven producto de la pérdida actual o pasada y que se reactivan en la actualidad. Un aspecto central de la psicoterapia para Pérez-Sánchez (2014) es que se produzca un proceso donde se genere un vínculo entre terapeuta y paciente que permita la emergencia de aspectos inconscientes y el conocimiento de esos mismos.

Con respecto a las concepciones de salud mental, el modelo de las guías clínicas no define con claridad lo que entiende como salud, sin embargo, como se ha señalado

anteriormente está enfocado en la funcionalidad y en la remisión completa de síntomas, lo cual puede indicar que se busca un bienestar total invisibilizando malestares o conflictos que son propios de la realidad subjetiva (Aveggio, 2017, Pérez-Sánchez, 1996). Perspectiva que es diferente en la concepción psicoanalítica kleiniana, la cual la entiende como la capacidad de la persona para integrar en la personalidad aspectos rechazados de sí mismo y tolerar sentimientos negativos y contradictorios, lo cual permitiría tener madurez emocional (Klein, 1960).

La salud mental desde la perspectiva psicoanalítica tiene relación con una capacidad del paciente, la cual puede ser adquirida en terapia y que lo puede ayudar a sobrellevar los desafíos y dificultades de la vida posterior. Según Tabak de Bianchedi (1985) el paciente elabora ansiedades en el proceso terapéutico, pero también después de haberlo terminado, ya que va a ser capaz de reelaborar nuevas situaciones de ansiedad que se presenten. En la misma línea, Pérez Sánchez (2014) señala que la compresión de los dinamismos inconscientes del paciente genera una mayor solidez en los logros terapéuticos. A partir de esto, se puede deducir que los efectos del tratamiento son a largo plazo, por lo que se podría pensar en la lógica del costo-efectividad necesaria en las atenciones públicas. Junto con lo anterior, esta perspectiva entiende el dolor a la pérdida como algo natural, por lo que vivir las emociones negativas de pena y culpa son parte de un proceso normal y saludable. Por el contrario, lo que es pensado como patológico tendría relación con la negación de la pérdida y del dolor. Como señala Aduriz (2010) la relación del semejante (la madre o en este caso el terapeuta) tiene como función “hacer tolerable la espera y la insatisfacción, para que el dolor de existir, propio de la condición humana, sea fuente de creación y no de destrucción de uno mismo o de los otros” (p. 116).

A partir del análisis anterior, es posible afirmar que las concepciones de depresión, cura y tratamiento de las guías clínicas promueven intervenciones en tiempos y frecuencias que no permitirían una adecuada elaboración de la posición depresiva y no crearían las condiciones necesarias para el cambio psíquico que propone la perspectiva psicoanalítica. De esta manera, lo que se busca argumentar en este estudio es que la cura de la depresión, siguiendo la perspectiva kleiniana, requiere de un proceso de elaboración psíquica, la cual contempla la integración de los objetos y de aspectos de sí mismo disociados. Además, implica la elaboración de la ambivalencia con los objetos y la

posibilidad de reparación, lo que es fundamental para que el paciente pueda disminuir sus ansiedades depresivas. Para ello, necesita un vínculo con el terapeuta suficientemente intenso para que puedan emerger aspectos inconscientes en la transferencia y de este modo el paciente pueda reparar sus objetos y a sí mismo.

Esto último, conlleva tener una visión diferente de tratamiento, ya que se requiere que los pacientes con depresión puedan tener la posibilidad de acceso a una psicoterapia independiente del nivel de intensidad de sus síntomas. Esta psicoterapia no tiene que ser extensa, sino más bien pensada en los objetivos terapéuticos propuestos individualmente y que logre resultados más estables en el tiempo. Por ello, a partir de lo señalado anteriormente se puede evidenciar que la perspectiva psicoanalítica kleiniana podría ser un aporte en la comprensión de la depresión, ya que las guías clínicas no contemplan una mirada comprensiva o psicopatológica. Esto podría ser importante para que los profesionales puedan comprender las causas de que los pacientes se depriman en ese momento de sus vidas y cómo esto está relacionado con su historia infantil y sus pérdidas anteriores.

Conclusiones

A partir del análisis realizado fue posible advertir que la concepción de depresión de las guías clínicas se centra en los aspectos negativos de la sintomatología y en su efecto en la productividad. De ahí que la cura buscaría la remisión sintomática y la funcionalidad del paciente, invisibilizando su motivación personal para consultar, su historia personal, sus duelos, los aspectos inconscientes y contradictorios de su experiencia. Asimismo, la relación terapéutica y la transferencia, aspectos fundamentales en la perspectiva psicoanalítica, no son abordados. La omisión de estos aspectos en los tratamientos afectaría la posibilidad de elaborar la posición depresiva, la que es relevante para integrar los aspectos disociados, acercarse a la realidad y fortalecer la personalidad (Klein, 1957). Es decir, las guías clínicas le otorgan escasa importancia al crecimiento de la personalidad y a la posibilidad de cambio psíquico.

Con respecto al tratamiento, las guías clínicas al buscar principalmente la remisión sintomática priorizan intervenciones acotadas, directivas y psicoeducativas. Esto se

expresa en el rol predominante que tiene el profesional en la detección y tratamiento de la depresión, ya que es quien enseña al paciente cómo debe resolver sus problemas o manejar el estrés. Así, en esta relación el paciente ocupa un lugar pasivo. Siguiendo a Parker (2011), este tipo de intervenciones o psicoterapias se convierten en un dispositivo de control con fines morales y de adaptación. Considerando este panorama, una mirada psicoanalítica del tratamiento contribuiría a que el paciente pueda sobrellevar la posición depresiva al integrar los objetos y los aspectos de sí mismo, y de esta manera tener una remisión de las ansiedades depresivas. De esta forma, la psicoterapia ayudaría al proceso de integración psíquica, en donde la relación terapéutica y el análisis de la transferencia son fundamentales para que el paciente reviva las ansiedades primitivas y pueda elaborarlas. Lo relevante es que el tratamiento de la depresión, independiente del nivel de severidad de esta, requiere establecer un vínculo sostenido en el tiempo con el terapeuta para que emergan aspectos inconscientes.

De manera complementaria, principalmente la guía clínica del año 2013 pretende buscar un bienestar total o un estado anterior a la sintomatología, lo que podría invisibilizar los aspectos contradictorios de la realidad subjetiva. En cambio, desde una perspectiva psicoanalítica, la salud mental se vincula con el crecimiento emocional y con la capacidad de tolerar la ansiedad. Su objetivo no es eliminar esta última completamente porque comprende que el ser humano va enfrentando diversos desafíos en la vida que lo pueden desequilibrar. Por ello, el dolor de las pérdidas y de las separaciones son aspectos considerados saludables. La causa de lo patológico es justamente lo contrario, la negación y la disociación.

En consecuencia, se afirma que las concepciones de depresión, cura y salud mental presentes en las guías clínicas podrían promover tratamientos en tiempos y frecuencias que no permiten un proceso de integración psíquica que posibilite la elaboración de ansiedades y defensas durante el trastorno depresivo. Por ello, se propone que el trastorno depresivo, independiente de su nivel de gravedad, requiere de un trabajo terapéutico de integración psíquica y de elaboración de la ambivalencia. Para lograr esto último, es fundamental el vínculo con un terapeuta, ya que esta relación posibilita trabajar los aspectos transferenciales.

La aproximación psicoanalítica puede plantear desafíos que sugieren repensar los tiempos que se están utilizando para tratar la depresión, lo que puede ser una dificultad para aplicar el psicoanálisis en las atenciones públicas. Sin embargo, se ha sostenido que la psicoterapia no tiene que ser extensa, sino que debe contar con objetivos terapéuticos individualizados que apunten a resultados más estables en el tiempo. Aunque el psicoanálisis no puede dar soluciones simples a los problemas complejos que tienen los centros de atención público debido a la falta de recursos y otras dificultades, se puede señalar que como enfoque teórico y terapéutico podría ser un aporte para la comprensión de los trastornos depresivos.

Con respecto a las proyecciones, el psicoanálisis puede ser una contribución para las políticas de salud pública, porque propone una aproximación compleja del psiquismo humano y una mirada comprensiva de los trastornos de salud mental que no contemplan otros modelos psicológicos. Para concretar lo anterior, es necesario la realización de investigaciones que contemplen aspectos diferentes a la remisión sintomática y aborden otros ámbitos, como el cambio psíquico, la capacidad de duelo, el *insight* o la integración de los objetos.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, D. (2019). Excesos de gestión: Sufrimiento y Ética. Una aproximación al trabajo de psicólogos/as encargados/as del programa de Salud Mental en establecimientos de Atención Primaria de Salud. [Tesis de Magíster en Psicología Clínica Adultos. Universidad de Chile].
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/175950/Excesos%20de%20gesti%C3%B3n.pdf?sequence=1>
- Andrade, G. (2015). “Hacer Trampita” para sobrevivir: Significaciones sobre el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. *Revista Psicoperspectivas*. 14(3), 117-127. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue3-fulltext-603>
- Aduriz, S. (2010). La sombra del objeto: inquietante extrañeza en la melancolía. *Revista de psicoanálisis de la asociación psicoanalítica de Madrid*. (59), 59-124.
- Aveggio, R. (2013). *Psicoanálisis, salud pública y salud mental en Chile*. RIL, editores.
- Aveggio, R. (2017). Psicoanálisis y políticas públicas de salud mental en Chile: universalidad, diversidad y singularidad. *Revista Estado, Gobierno y Gestión Pública*. 15(30), 87-114. <https://doi.org/10.5354/0717-8980.2017.49243>
- Barros, M. (2009). Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento. Grama Ediciones.
- Berrios, G. (2010). Acerca de la medicina basada en la evidencia. *La otra psiquiatría*. <https://www.laotrapsiquiatria.com/2017/10/german-berrios-acerca-de-la-medicina-basada-en-la-evidencia/>
- Bleger, J. (1966). *Psicoigiene y psicología institucional*. Editorial Paidós.
- Braunstein, N.A. & Pasternac, M. (1973). Premisas ideológicas de la investigación psiquiátrica. En Marie Langer (comp.), *Cuestionamos 2* (1 ed., p. 139-179). Ediciones Granica.
- Carreño, J. & Matilla, K. (2018). *Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo: otra mirada sobre las verdades de las psiquiatrias y las psicologías*. Editorial Pensódromo 21.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, (11), 73–114.

<https://doi.org/10.18046/recs.i11.1567>

Dudley, J. (2017). Clinical psychology training in Neoliberal times. *Clinical Psychology Forum* 47(1), 46-56.

https://www.researchgate.net/publication/316276845_Clinical_Psychology_Training_in_Neoliberal_Times

Dagnino, P., Gómez-Barris, E., Gallardo, A., Valdes, C., de la Parra, G. (2017). Dimensiones de la experiencia depresiva y funcionamiento estructural: ¿qué hay en la base de la heterogeneidad de la depresión? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 83-94.

Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 107-119). Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 145-157). Amorrortu Editores.

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 235-255). Amorrortu Editores.

Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 17, pp. 151-163). Amorrortu Editores.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Ediciones Paidós.

Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. *Intercambios, papeles de psicoanálisis. Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (20), 25-34, <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/354548>.

Gómez, L. (2021). *Para una nueva salud mental. Políticas públicas y el sistema de salud en Chile*. Ediciones Aún.

Grinberg, L. (1963). *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. Ediciones Paidós.

Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Editorial Herder.

Hidalgo, K. (2024). *Una aproximación crítica a la concepción de depresión en la guía clínica del MINSAL: aportes desde el psicoanálisis kleiniano al concepto de cura y tratamiento*. [Tesis de magíster] Universidad Adolfo Ibáñez.

- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En R. E. Money-Kyrle (Ed.) *Obras completas Melanie Klein: Amor, culpa y reparación y otros trabajos* (Vol. 1, pp. 267-295). Ediciones Paidós.
- Klein, M. (1937). Amor, culpa y reparación. En R. E. Money-Kyrle (Ed.) *Obras completas Melanie Klein: Amor, culpa y reparación y otros trabajos* (Vol. 1, pp. 310-345). Ediciones Paidós.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. En R. E. Money-Kyrle (Ed.) *Obras completas Melanie Klein: Amor, culpa y reparación y otros trabajos* (Vol. 1, pp. 346-371). Ediciones Paidós.
- Klein, M. (1952a). Los orígenes de la transferencia. En R. E. Money-Kyrle (Ed.) *Obras completas Melanie Klein: Envidia y gratitud y otros trabajos* (Vol. 3, pp. 57-65). Ediciones Paidós.
- Klein, M. (1952b). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En R. E. Money-Kyrle (Ed.) *Obras completas Melanie Klein: Envidia y gratitud y otros trabajos* (Vol. 3, pp. 70-101). Ediciones Paidós.
- Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. En R. E. Money-Kyrle (Ed.) *Obras completas Melanie Klein: Envidia y gratitud y otros trabajos* (Vol. 3, pp. 181-240). Ediciones Paidós.
- Klein, M. (1960). Sobre la salud mental. En R. E. Money-Kyrle (Ed.) *Obras completas Melanie Klein: Envidia y gratitud y otros trabajos* (Vol. 3, pp. 272-278). Ediciones Paidós.
- MINSAL (2013). *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años o más*.
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf
- MINSAL (2018). Primeros y segundos resultados de ENS 2016-2017.
<http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
- MINSAL (2017). Guía Clínica: Para el tratamiento de la depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia.
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2017/07/GPC_depresión_psicoterapia.pdf

- Parker, I. (2010). *La psicología como ideología. Contra la disciplina*. Editorial Los libros de la Catarata.
- Parker, I. (2011). Psicoanálisis lacaniano y terapia cognitivo-conductual: vacíos. *Teoría y Crítica de la Psicología*. (1), 83-94.
- Pérez-Sánchez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Ediciones Paidós.
- Pérez-Sánchez, A. (2014). *Psicoterapia breve psicoanalítica. Una experiencia de psicoanálisis aplicado. Clínica y teoría*. Xoroi Edicions.
- Scharanger.J. & Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149-159.
- Tabak de Bianchedi, E. (1985). Criterios de curación y objetivos terapéuticos en el Psicoanálisis. Melanie Klein. *Revista asociación escuela argentina de psicoterapia para graduados* (28).
- <https://www.elpsicoadanisis.org.ar/old/numero2/bianchedi2.htm>
- Vacarezza, A. (2010). *¿Qué se entiende por paciente? Una contribución, desde el enfoque psicoanalítico winniciotiano, al trabajo psicoterapéutico en el sistema público chileno* [Tesis de magíster]. Universidad Adolfo Ibáñez
- Yakeley, J. (2018). Psychoanalysis in modern mental health practice. *The Lancet Psychiatry*, 5 (5), 443 – 450. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30052-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30052-X)