

Dr. Alain Gérard

DEPRESIÓN

La enfermedad del siglo

 Mensajero

Dr. Alain Gérard
con el CRED
(Colectivo de Reflexión sobre la Depresión)

DEPRESIÓN
LA ENFERMEDAD DEL SIGLO

Traducido del francés por
Ana Pineda

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.cedro.org).

Título original: *Dépression: la malade du siècle*

Portada y diseño: M.^a José Casanova

© Éditions Albin Michel
© 2012 Ediciones Mensajero, S.A.U.
Sancho de Azpeitia 2, bajo; 48014 Bilbao.
E-mail: mensajero@mensajero.com
Web: www.mensajero.com

Edición digital
ISBN: 978-84-271-3438-6

*Cuanto más instruidos sean los hombres,
más libres serán.*

VOLTAIRE

*Qué es el hombre para el hombre,
ni un dios ni un lobo, un efecto de la cultura.*

NATHALIE ZALTZMAN

PREÁMBULO

Las enfermedades humanas que pertenecen al campo de la psiquiatría, particularmente la depresión, son difíciles de delimitar, de tratar y de prevenir. Igualmente, se abre un abismo entre lo que las investigaciones descubren y lo que se transmite al cuerpo médico y al gran público.

El Colectivo de Reflexión sobre la Depresión intenta en este texto colectivo integrar datos que se han obtenido de la clínica psiquiátrica, de la genética, de la biología, de la farmacología, de la imaginería, de la epidemiología, de la metodología, de las ciencias cognitivas, del psicoanálisis e incluso de la economía, a fin de proponer un *modelo de comprensión* de la depresión-enfermedad y de los tratamientos curativos y preventivos.

Puesto que nuestro tema de reflexión es la depresión-enfermedad, no abordamos aquí la tristeza, las reacciones de duelo y los sufrimientos depresivos neuróticos.

Puesto que el acto de curar no se limita a reducir los síntomas, hemos desarrollado, particularmente, el aspecto de la prevención de las recidivas y el papel central de la asociación entre tratamiento biológico y tratamiento psicológico.

Finalmente, puesto que la posición de experto en un tema no impide ni el respeto al otro ni una posición humanista, el grupo se ha constituido sin las disputas habituales.

Preocupados por la racionalidad, nos hemos atenido a diferenciar lo que está demostrado y lo que no lo está.

INTRODUCCIÓN

En el año 2020 la depresión se situará en el segundo lugar de las enfermedades que afectan a la especie humana a nivel mundial. Pero, paradójicamente, persiste el rechazo a abordarla como una verdadera enfermedad, distinta del malestar propio de la civilización. Una enfermedad –en el sentido médico del término– de la que hay que comprender, sin pasión ni ideología, las causas múltiples y a la vez particulares de cada sujeto humano, los mecanismos complejos pero identificables.

Una enfermedad que es posible prevenir y curar en cuanto se asocian el tratamiento del agotamiento biológico y el trabajo sobre el sentido, los antidepresivos y las psicoterapias, aunque no exista un modelo exclusivo para comprenderla, tratarla, prevenirla.

La depresión es un tema que está de moda: hablar de ella está bien; prevenirla y curarla es mejor.

A propósito de la depresión, SE RECIBE mucha información

SE LEE que en Francia la depresión afecta a más de tres millones de personas y que la mitad de ellas no se curan.

SE LEE que la depresión no está bien diagnosticada ni tratada.

SE LEE que si la depresión ha llegado a ser una epidemia, se debe a la publicidad de la industria farmacéutica.

SE LEE que los médicos generalistas, puesto que están en primera línea, deben atender esta enfermedad, pero que, agobiados de trabajo, no tienen tiempo y no pueden dedicar más de diez o quince minutos a cada consulta.

SE LEE, particularmente en las revistas médicas, que la depresión no es una enfermedad episódica que evoluciona en algunos meses, sino una enfermedad que dura toda la vida, lo que justifica que se tomen medicamentos antidepresivos a largo y a muy largo plazo. Habría que admitir que quien ha pasado dos depresiones vivirá precedido de su futuro. Ya no sería «no hay dos sin tres» sino «no hay dos sin para siempre».

SE LEE que el origen de la depresión está relacionado con la genética y que la

anomalía tiene que ver precisamente con el gen del «transportador de la serotonina» responsable de una vulnerabilidad particular al estrés.

SE LEE, a partir de los mismos datos científicos reinterpretados por otro equipo de investigadores, según un método de análisis diferente, que no existe ninguna relación entre vulnerabilidad a la depresión y serotonina.

SE LEE que la depresión es una patología social ligada a las mutaciones aceleradas de las sociedades postindustriales.

SE LEE que la depresión es una afección que se da prioritariamente en sujetos neuróticos, que no pueden soportar traumatismos psicológicos como rupturas afectivas o duelos.

SE LEE que entre el 10 y el 15% de la población, es decir, uno mismo, las personas cercanas, los colegas, cualquiera que tenga entre 20 y 35 años, después de un episodio depresivo, podría entrar en la espiral de los decaimientos anunciados.

A propósito de los tratamientos de la depresión, SE LEEN muchas cosas

SE LEE, en primera página de la prensa general, que los medicamentos antidepresivos son mucho más peligrosos que sus supuestas alternativas, sin ser, no obstante, más eficaces.

SE LEE que hacen que la piel envejezca.

SE LEE que algunas hierbas, que invocan la apelación de medicamentos, son antidepresivos naturales y «alternativas a los medicamentos», y por lo tanto se pueden utilizar con toda seguridad.

SE LEE que otras plantas, «adaptógenas», más que tratar las depresiones las previenen normalizando los niveles de ciertos neurotransmisores, lo cual es un mecanismo de acción que se atribuye a los medicamentos antidepresivos.

SE LEE que existe una dietética antidepresión.

SE LEE que el trabajo hace que uno enferme, que la ausencia de trabajo también hace que uno enferme.

SE LEE que los ensayos terapéuticos están falseados.

SE LEE que los expertos están influenciados, comprados, que son extraterrestres más que facultativos, metodólogos deshumanizados más preocupados por sus cifras que por bien de los pacientes.

SE LEE que los generalistas que prescriben antidepresivos son irresponsables.

Todos estos discursos sobre la depresión y sus tratamientos están sesgados. Mezclan simples errores de incompreensión y engaños activos, aproximaciones confusas y presentaciones falsificadas de datos en bruto. Un debate eternamente reproducido opone, sin voluntad de síntesis ni análisis de las causas, hipótesis biológicas, físicas, sociológicas. Mientras que se descalifica, incluso demoniza, a investigadores y expertos, el cientificismo y el no-saber tienen vía libre en la prensa, donde el artículo de humor incisivo y destructor es más fácil de redactar y se vende mejor que un artículo de fondo que intenta honestamente clarificar el tema.

Más que tratar de hacer legible un modelo de comprensión de la enfermedad que integre los diferentes enfoques, vemos circular «informaciones» no verificadas, parciales, que dificultan la comprensión.

NO se nos dice todo – NO se nos dice nada y a falta de comprender, SE COMUNICA.

Mi propósito, el de los colegas que me han hecho el favor de participar en este grupo de trabajo, no es batallar (eso sería de retaguardia), sino reflexionar y cuestionar. Nuestro grupo de reflexión y de estudios sobre la depresión –que reúne a psiquiatras independientes y universitarios– ha trabajado con toda libertad de pensamiento. Unos están formados en neurociencias, otros no. Algunos tienen experiencia en psicoanálisis. No hemos obrado con el espíritu de una reconciliación teórica hipócrita entre los enfoques de unos y otros, sino con el proyecto de identificar, a propósito de la depresión y de sus tratamientos, los errores más actuales y más graves. Plantear crudamente algunas cuestiones permitirá quizás modificar algunos comportamientos. Nuestro objetivo es también distinguir claramente lo que se ha demostrado en este sector y lo que se ha supuesto.

Sabemos que el malestar no se toma en consideración convenientemente (demasiados antidepresivos, insuficiente trabajo psicológico):

- que la depresión-enfermedad sigue siendo una fuente preocupante de mortalidad;
- que, verdadera y realmente, los protocolos de curación y preventivos personalizados, los únicos capaces de reducir la progresión de la enfermedad, se emplean excepcionalmente;
- que «depresión-enfermedad» y «malestar» están separados por una verdadera frontera;
- que la transformación del episodio de «depresión-enfermedad» en «enfermedad

de por vida» no es una fatalidad, sino el resultado de estrategias de tratamiento y de prevención inadecuadas;

- que la comunicación maniquea a propósito de los tratamientos de la «depresión-enfermedad» y de los trastornos del humor contribuye a desestabilizar a pacientes vulnerables;
- que los pacientes tienen derecho a plantear a su médico preguntas precisas que conciernen a su diagnóstico y a sus tratamientos.

Sabemos también que no basta con hablar de la depresión para curarla, pero, en la medida en que nombrar bien la enfermedad es sin duda el epicentro del problema, hablar *de otra manera* de la depresión es una primera etapa.

I

EL UNIVERSO DE LA DEPRESIÓN

El ilustre psiquiatra Jean Delay definía el humor como una «disposición afectiva de base» y subrayaba el papel del entorno en sus fluctuaciones. Esta variable del humor a veces es penosa, en particular algunos «bajones», pero es normal: acompaña al esfuerzo de adaptación permanente que la «tarea de vivir» implica. Por otro lado, las verdaderas depresiones del humor presentan caracteres que traducen la entrada en un proceso patológico: se habla entonces de «depresión-enfermedad».

No somos todos iguales ante el riesgo de que nos afecte la depresión-enfermedad. El análisis de esta vulnerabilidad es complejo, multifactorial, debe tener en cuenta los riesgos de recidiva. Pero, afortunadamente, sabemos que la depresión no es un proceso ineluctable y que es posible la remisión.

Hoy podemos comprender lo que se modifica en el cerebro en un episodio depresivo. Esta patología, considerada como la enfermedad del siglo, suscita cada vez más atención, hasta el punto de interesar a los economistas por el coste que representa.

1

ENFERMEDADES Y UNA PALABRA

Cuando pequeños o grandes acontecimientos de la vida desestabilizan un equilibrio precario, si las condiciones del entorno se deterioran, si el nivel de estrés aumenta, el organismo debe afrontar esa crisis y adaptarse a las nuevas condiciones. El (o los) acontecimiento(s) que desestabiliza(n) puede(n) ser psicológico(s) –ruptura sentimental, duelo, viudedad–, sociológico(s) –despido, precariedad– o biológico(s) –una enfermedad endocrina, cardiovascular, un cáncer–. En cuanto a la adaptación, es multifactorial, a la vez psicológica, biológica y sociológica; va a permitir superar esos traumas.

Desde la infancia a la edad adulta, hay mecanismos que conducen a cada uno a un nivel variable de vulnerabilidad depresiva. Hay desigualdades en la adquisición de los mecanismos de defensa, en las capacidades de resistencia al estrés y a los dramas de la vida, e igualmente respecto a la resistencia a los desfases horarios o al trabajo a turnos. Así, dos golpes de idéntica fuerza dejarán KO a un sujeto vulnerable, mientras que herirán ligeramente, pero dejarán consciente, a un sujeto resistente.

Para complicar la descripción, hay que precisar que el riesgo de depresión está ligado a configuraciones contextuales particulares. Una ruptura afectiva, en una mujer de personalidad frágil, en el momento de la menopausia, expone a riesgos particulares que no encontrará una mujer de 35 años sin problemas de personalidad. Un cambio de organización profesional, o de puesto de trabajo, pondrá particularmente en peligro a un treintañero de estructura obsesiva tratado con interferón por una hepatitis C.

Por otra parte, todo el mundo no es capaz de pedir ayuda en una etapa difícil. Unos se adaptan a una nueva situación, otros menos. Unos soportan la adversidad, otros no. Unos sujetos pueden exponerse frecuente y repetidamente a situaciones desfavorables mejor que otros.

Por último, conocemos los factores sociológicos de riesgo: el aislamiento (celibato, divorcio, viudedad), las dificultades materiales (pobreza, precariedad), un entorno socio-profesional de mala calidad interfieren negativamente en los procesos adaptativos.

Mientras que una buena integración familiar, la pertenencia a una comunidad sólida, una situación socioeconómica confortable y estable facilitan la adaptación.

Existen diferentes formas de sufrimiento físico. Hay escalas de evaluación que miden su intensidad, y los tratamientos destinados a aliviar los dolores están clasificados por niveles. Es difícil definir y medir el sufrimiento psíquico en general, pues sus componentes son múltiples: angustia, miedo terrorífico que sobrepasa el sentido común, sufrimiento depresivo ligero o masivo, transitorio o duradero. No es su intensidad lo que permite relacionar esos sufrimientos con una enfermedad. El sufrimiento psíquico puede ser fulgurante ante el anuncio de una muerte, máximo en el momento de una ruptura sentimental, violento después de una humillación. Puede ser intenso ante un divorcio, un conflicto familiar o conflictos latentes no resueltos. En ninguno de estos ejemplos el sufrimiento pertenece, a priori, al campo de la enfermedad. Por tanto, es inútil tratarlos con medicamentos: la única molécula que se puede utilizar entonces es la palabra^[1].

Lo que vincula el sufrimiento psíquico depresivo al concepto de enfermedad es que este sufrimiento se entremezcla con manifestaciones que testimonian disfunciones organizadas, estables, del cerebro. En este sentido los antidepresivos no son, contrariamente a lo que se dice muy a menudo, tratamientos sintomáticos del sufrimiento psíquico (como los analgésicos son los tratamientos sintomáticos del dolor físico). Pero en la medida en que ponen de nuevo en marcha un proceso biológico bloqueado, van a reducir secundariamente los diversos componentes del sufrimiento psíquico depresivo (sufrimiento de angustia, sufrimiento de rumia, sufrimiento moral...) y por lo tanto en un segundo tiempo van a reducir los síntomas.

Existen grados para el dolor psíquico como para el dolor físico. Puede ser extremo en la depresión, y es una enfermedad, o estar presente ciertamente, pero en un grado mucho menor, cuando se trata de un malestar. Ahora bien, el lenguaje corriente no lo distingue. Es preciso no haber tratado de cerca la depresión-enfermedad, no imaginar lo que sufre quien la soporta, para atreverse a emplear el mismo término en todos los casos.

La depresión-enfermedad

En un momento dado de la vida, en un entorno que puede ser variable, sobreviene un cambio más o menos rápidamente en el humor de un sujeto, en unas horas o en unas semanas, con más o menos intensidad. Él ya no es «como antes», aunque nada justifique verdaderamente ese malestar persistente que tiende a agravarse y se convierte en una depresión. No comprende lo que le ocurre y no ve espontáneamente la relación entre las circunstancias de ese cambio, lo que ha cambiado en él, lo que siente y la eventualidad

de estar afectado de depresión. Aparecen síntomas (indiferencia, torpeza, desinterés, etc.) que a priori son evidentes para el facultativo, pero la persona deprimida no se percata verdaderamente de ellos y continúa su vida sin acudir a una consulta. Se tiende a desestimar hasta qué punto ignora sus modificaciones corporales y mentales quien cae en un estado depresivo.

La depresión es una ruptura muda. El paciente adelgaza sin explicación, tiene frío sea cual sea la temperatura ambiente y sufre en su cuerpo toda clase de dolores. Agotado, desdichado, angustiado, con insomnio sin motivo, hace falta acorralarlo para que acepte hablar. A diferencia del ansioso, que es locuaz, el deprimido se calla, y si habla, su voz es monocorde. Mantiene siempre el mismo discurso. El sujeto depresivo no es consciente de que se ha cronificado en él una enfermedad mental, de que le aprisiona, bloquea el juego habitual de su vida y le encierra en ruminaciones estériles. Las situaciones que encuentra constituyen para él una sucesión de obstáculos. A menudo todo está como bloqueado, paralizado, y él ya no está en condiciones de analizar la situación. Se ve confrontado a una suma de callejones sin salida psicológicos que pueden ser reales, consecuencia de su agotamiento, o imaginarios y ligados a las representaciones erróneas que tiene del mundo. En él, la dinámica del proceso que mezcla elementos de realidad y representaciones está petrificada.

Una de las dificultades del diagnóstico reside en la desigualdad de los sujetos frente al tiempo. En efecto, en función de los individuos, es al cabo de algunas semanas o algunos meses de malestar, de ansiedad, de cansancio, de tristeza o de desánimo, cuando se podrá detectar una verdadera ruptura. La depresión-enfermedad será entonces identificable, con sus consecuencias en el trabajo, la carga que conlleva... Evidentemente, puede ocurrir que unas supuestas causas, un acontecimiento reconocible (duelo, ruptura sentimental, despido, enfermedad, etc.), la intensidad, la naturaleza, la prolongación en el tiempo de evolución y el reagrupamiento de ciertos síntomas testimonien una depresión. Pero puede ocurrir también que no se identifique ninguna causa.

La vida es gris y negra. Del universo de la adaptación hemos pasado al universo de la enfermedad (el mundo es gris), incluso al de la melancolía (*black is black*), un universo en el que, sea cual sea la naturaleza del problema, el sujeto agota sus recursos motores e intelectuales; en el que el cerebro, que está como asfixiado, no funciona ya normalmente. Se puede plantear la hipótesis de que un tratamiento defectuoso de las informaciones, una mala interpretación de estas, conduce al cerebro del sujeto deprimido a dramatizar los acontecimientos y así a agotarse.

La depresión en el plano cerebral[2]

A fin de comprender bien cómo se instala este agotamiento y por qué la «maquinaria» no responde ya, hay que estudiar de cerca el funcionamiento del cerebro.

Para «tratar» sin interrupción la multitud de los microproblemas a los que se enfrenta, nuestro cerebro dispone de procedimientos rutinarios, programas experimentados y fluidos que permiten decidir cotidianamente, sin tener que reflexionar, cómo vestirse por la mañana, la lista de las cosas y de las llamadas telefónicas que hay que hacer... Gracias a esos procesos casi automáticos, la anticipación de las horas y de los días futuros se actualiza permanentemente. Las células del cerebro están, pues, constantemente activadas; algunas se revelan más sensibles que otras a esas activaciones repetidas. Es a partir de ese conjunto de neuronas funcionales como se mantiene un pensamiento coherente, y como nace esta capacidad para asociar los pensamientos y anticiparlos.

Para realizar su tarea, el cerebro es, pues, asaltado por informaciones en una zona esencial situada justo detrás de la frente, la de los córtex prefrontales. La parte orbitofrontal trata las emociones «positivas», y la parte lateral trata las cogniciones. A los córtex les influyen permanentemente mensajes que provienen a la vez de zonas profundas del cerebro (subcorticales) y sensoriales (vista, oído, tacto, etc.). Administran, supervisan y se informan simultáneamente de numerosos datos contradictorios que leen y jerarquizan. El cerebro planifica, anticipa y, finalmente, toma las decisiones, segundo a segundo. En tiempo normal, las innumerables informaciones que afectan a zonas profundas se seleccionan gracias a un filtrado dinámico que protege al córtex prefrontal de un aflujo de estimulaciones. En el deprimido, ese filtro ya no funciona. Surgen entonces más o menos simultáneamente, más o menos duraderamente, demasiados acontecimientos complejos, conflictivos, y el diálogo entre el subcórtex y el córtex prefrontal se perturba, se agota.

Durante un tiempo, los córtex prefrontales intentan, por medio de una hiperactivación, responder a un exceso de estimulaciones desordenadas y cada vez menos filtradas que provienen de zonas subcorticales, más arcaicas. Pero, poco a poco, los córtex prefrontales (planificación del pensamiento) y frontales (motores) se agotan, las conexiones se alteran y aparecen perturbaciones importantes en regiones subcorticales como el hipocampo, de las que hablaremos más adelante (trastornos de memoria, etc.).

La hiperemotividad viene a embarullar las cosas. Desaparecen las regulaciones llamadas «hedónicas» (placer de vivir, de pensar, de actuar). En la persona deprimida, el córtex prefrontal no se activa ya lo bastante, y como consecuencia aparecen especialmente dificultades de concentración, agravadas a su vez por problemas de sueño. La mala calidad del sueño impide al cerebro descansar y restablecer así un estado funcional capaz de afrontar los problemas del día siguiente.

Entre las hipótesis propuestas para explicar el origen de este fallo del tratamiento de las informaciones, algunos investigadores han subrayado el mal funcionamiento de una zona particular del córtex frontal interno que no consigue ya regular la multitud de informaciones precedentemente descrita. Se trata de la zona Cg(25) (o región subgenual), en cuyo seno ya no se conectan las informaciones que provienen del córtex orbitofrontal (como hemos dicho, la zona del refuerzo positivo), de la amígdala (región de las emociones negativas o de peligro) y del hipocampo (región del cerebro situada a nivel de la cara interna del lóbulo temporal, responsable de la regulación de la memoria).

Cuando ya no funciona nada[3]

Agotada, la persona deprimida se enfrenta a una ineficacia progresiva que le hace decir: «No tengo nada que decir», «Me siento agotada mentalmente», «No tengo ni ganas ni ánimo para luchar», «Soy lenta en todo lo que trato de hacer», «La vida de cada día me pide un esfuerzo inhabitual», «Ya no consigo tomar ni las decisiones más sencillas», «Estoy agobiada, no puedo ni ordenar los papeles, no consigo ni leer, hojear, pero no leo, estoy pasiva», etc. Percibe esta ineficacia creciente y la describe con cierta sorpresa, con disgusto, pero igualmente con una relativa aceptación: «Es así, no puedo hacer nada y no creo que usted pueda hacer gran cosa». Esa lentitud psicomotriz, que aparece después del fracaso de tentativas de adaptación o más bruscamente, debilita el pensamiento, lo reduce y lo estanca. Pero este aspecto de la depresión, aunque perjudica la eficacia del trabajo de palabra, es sensible, en cambio, a la acción de los antidepresivos.

El sujeto que cae en la depresión se ha visto obligado a movilizar, en vano, su cerebro «cognitivo» y «ejecutivo» para encontrar soluciones. Los córtex motores se han asociado a esa lucha. Al ser infructuoso el resultado, en cierta manera se han «agotado». El trabajo efectuado por esas zonas cerebrales ha sido, pues, cada vez más costoso y se habla incluso de «coste cerebral» para designar este aspecto de la enfermedad. «La depresión: una crisis del ahorro cerebral», tal fue el tema de una jornada de estudio para médicos en noviembre de 2009.

A veces este agotamiento aparece muy rápido, semejante a un brutal desmoronamiento de las capacidades llamadas ejecutivas de planificación del pensamiento, de supervisión de errores, de inhibición de las informaciones ascendentes. En otros casos, el agotamiento se instala progresivamente. Entonces toda actividad se vuelve difícil para la persona deprimida, a quien pide un esfuerzo anormal.

La depresión es igualmente una enfermedad de las emociones. Las afecciones funcionales de los vínculos entre hipocampo, amígdala y córtex orbitofrontal descritas precedentemente amplifican la emotividad y hacen en primer lugar que el sujeto sea anormalmente reactivo: «Lloro por nada», «Ya no controlo mis emociones», «Los otros

son felices, yo no», «Tiendo a hacerme reproches», etc.

Después, cuando las afecciones funcionales se acentúan, sobreviene un agotamiento emocional que se suma al agotamiento motor para desembocar en un estado de frialdad paradójica. La persona deprimida se sorprende y se culpabiliza de no ser sensible al contacto con sus hijos, con sus nietos. Aparece un hipercontrol de las emociones que le hace decir: «Estoy distanciado de las cosas», «Ya nada me afecta», «Me siento como al lado de mí mismo», etc.

En este estadio, la persona deprimida especializa sus recursos neuronales en el tratamiento de todo lo que es negativo. Su memoria es invadida por el resurgimiento incontrolable de recuerdos antiguos, a veces muy antiguos y dolorosos. Es la hipermnesia dolorosa: «Siempre estoy triste», «Nada me distrae», «No pienso más que en recuerdos tristes», etc.

En las personas que han atravesado varios episodios depresivos, a veces se reactivan estos cortocircuitos de la memoria y de las emociones, incluso en los periodos en los que el humor es normal: es fácil inducir a un humor triste a sujetos fragilizados poniéndoles una música, una película o incluso aludiendo a recuerdos tristes que hayan marcado su vida.

Su hedonia, la capacidad para sentir placer, se ha reducido poco a poco. Este declive afecta a las actividades físicas (paseos, deportes), intelectuales (lectura, televisión, cine), sociales (salidas en grupo, cenas) y profesionales: «Nada me agrada», «Nada me interesa», «Ya no deseo estar con los otros», «Ya no me siento en sintonía con el mundo», «Ha desaparecido el gusto por trabajar», etc. Afecta también a la sensualidad y la sexualidad, pero la persona deprimida generalmente no habla de ello.

De la depresión a la melancolía

La asociación de las dificultades de atención, de concentración y de elección provoca una pérdida de confianza y un sentimiento de desvalorización a los que se añade la pérdida de los placeres, paralizando poco a poco el funcionamiento mental: la persona deprimida se pregunta «¿Para qué emprender, en estas condiciones, una acción que no sabré llevar adelante y que no me agradará? La relación con el tiempo y la anticipación está inmovilizada: «Me despierto por la mañana a cañonazos y ya estoy esperando que llegue la noche, el tiempo no pasa», «Tengo la impresión de hibernar», «Espero que la noche dure mucho tiempo», etc. El juego de la vida aparece sin solución para quien piensa: «No tengo ideas negras, pero si pudiera morir mañana...». La idea de ponerle fin no está lejos.

Cuando la enfermedad se agrava aún más, existe una forma particular de depresión

llamada *melancolía* o *depresión de intensidad melancólica*. El universo melancólico es el de un verdadero cáncer moral, insensible a toda tentativa de reestabilización y a veces resistente a los antidepresivos. Es el nivel de gravedad más profundo y el peligro de suicidio es extremo: «Siento un sufrimiento moral punzante», «El mundo me parece un río impasible», «Estoy escindido del mundo, ya no siento nada», «Ya no tengo acceso ni a mi tristeza», «Es como si los signos de la vida me fueran extraños», «¿Qué me pasa que ya no pienso, que ya no escribo? Preferiría estar muerto», «Por fin he tocado el verdadero fondo, el de la soledad absoluta», «Todo esto es culpa mía», etc. El paciente pierde a veces el contacto con la realidad, delira, se acusa, no cree ya en nada, no coopera. Entonces es necesaria la hospitalización. Algunas depresiones de intensidad melancólica solo pueden tratarse con sismoterapia.

La vulnerabilidad frente a la depresión[4]

Cualquiera, sea cual sea su historia, puede conocer un día la depresión. Pero algunos, a causa de los rasgos particulares de su personalidad, están más expuestos que otros al riesgo de recaer. Los factores de vulnerabilidad psíquica no son evidentes, pero aparecen con bastante claridad si uno trata de buscarlos.

La vulnerabilidad psíquica varía según los sujetos. Los psiquiatras hablan de neuroticismo, es decir, una sensibilidad exacerbada a las emociones negativas con hipersusceptibilidad, refiriéndose a personas que expresan un nivel elevado y excesivo de demandas respecto a los demás. La inadecuación entre sus demandas y lo que la realidad les permite obtener provoca una insatisfacción permanente. Sus quejas son más o menos constantes y más o menos agresivas. A menudo son también hipocondríacas y «están mal» de manera permanente, pero en algunos periodos pueden llegar a estar verdaderamente deprimidas.

Otras, que son perfeccionistas, dubitativas sin cesar, tienen una necesidad desproporcionada de orden y de estabilidad que el entorno socioprofesional solo raramente permite. Muy implicadas en su trabajo, deseosas de hacerlo bien, exigen demasiado de sí mismas. Confrontadas a una gestión fundada más en la cantidad producida que en la calidad, sacudidas a cortos intervalos por reorganizaciones sucesivas, no «se adaptan». Cuando las presiones externas llegan a ser excesivas, entran en una depresión.

Por último, los que permanentemente tienen necesidad de ser amados, deseados, protegidos, siempre han sido considerados sujetos de riesgo. Su tendencia a la seducción permanente fracasa regularmente, las rupturas son frecuentes, a menudo espectaculares. A estos seres muy apegados a su imagen les cuesta adaptarse a la ruptura. Las recidivas

depresivas constituyen un gran riesgo para ese tercer tipo de personalidad.

En todos esos supuestos, cuando ha tenido lugar una primera depresión y ha sido curada, y cuando el cerebro ha vuelto a su nivel habitual de funcionamiento, hay que permitir al paciente plantearse las preguntas adecuadas y ayudarle a comprender que una prescripción de antidepresivos a largo plazo no le dispensa de interrogarse sobre sí mismo... y de ponerse en cuestión.

Cuando se sabe que son frecuentes las recaídas durante el tratamiento, está claro que es necesario un doble acercamiento, farmacológico y psicoterapéutico. Un paciente que toma regularmente los medicamentos pero no se beneficia de una psicoterapia tiene una posibilidad sobre cuatro de recaer antes del sexto mes y una posibilidad sobre dos de recaer antes del segundo año. Esta doble aproximación debe ir asociada, tanto como sea posible, a una verdadera actuación sobre los daños sociales que desemboque en los indispensables ajustes ulteriores de su modo de vida y de relación con los allegados.

La doble vulnerabilidad, evolutiva, adquirida

La vulnerabilidad frente al riesgo de depresión-enfermedad une esta vulnerabilidad inicial o psicológica a una vulnerabilidad adquirida, evolutiva, que se agrava a medida que se suceden los episodios de depresión. Esta, a su vez, está constituida por una mezcla de vulnerabilidad biológica (las redes neuronales y circuitos neurobiológicos se fragilizan de episodio en episodio) y de vulnerabilidad psíquica. Algunos sistemas de pensamiento generadores de depresión («no valgo nada, no lo conseguiré nunca, estoy destinado a fracasar») tienden a reforzarse de episodio en episodio y a fragilizar psicológicamente a los sujetos que recaen.

Resumiendo, hay una doble fragilidad: «de origen» y «de evolución». La fragilidad de origen puede asociar factores genéticos que implican a los genes que codifican, por ejemplo, la serotonina, factores que mantienen la vitalidad y la nutrición de los tejidos neuronales y factores psíquicos ambientales tempranos, por ejemplo la pérdida de uno de los progenitores o la carencia afectiva. Se estima que afecta a casi el 10% de la población. La otra fragilidad, la de evolución, podría afectar en el transcurso de las depresiones-enfermedad a una proporción creciente de pacientes. Así, cuantas más depresiones tienen los sujetos, más crece el riesgo de volver a tenerlas. Y es probable que esta fragilidad secundaria sea mucho más clara cuanto más intensos, duraderos y peor curados hayan sido los episodios de enfermedad.

Este modelo de vulnerabilidad evolutiva, hipotético durante mucho tiempo, parece

cada vez más probable. Varios estudios de neuroimagenía coinciden en la observación de un cambio, a lo largo del tiempo, del volumen del hipocampo, una zona cerebral situada a nivel de la cara interna del lóbulo temporal y que desempeñan un papel esencial en la memoria y el control de la respuesta al estrés. Más de doscientas referencias científicas, de las que al menos setenta son muy sólidas en cuanto a los métodos experimentales, ponen en evidencia morfológicamente, en los pacientes deprimidos que recaen, una reducción significativa del volumen del hipocampo, en particular de su parte posterior[5].

Así, comparados a poblaciones testigo, los pacientes deprimidos podrían presentar de media una reducción del 12% del volumen del hipocampo, con valores que van del –8% al –20%. Esos resultados, demostrados en casi 800 sujetos, gracias a una cuarentena de estudios, no pueden ser visibles a simple vista, leyendo directamente una resonancia magnética normal, pero resultan de cálculos obtenidos a partir de cifras aportadas por los aparatos. Tratamientos estadísticos complejos de datos bien descritos en esos estudios aportan resultados concordantes, con independencia de las técnicas de imagenía y de lectura utilizadas. Aunque esas reducciones de volumen sean más frecuentes en las personas deprimidas que han presentado varias depresiones, han sido igualmente observadas durante un primer episodio depresivo. Aparecen mucho más claras cuando las depresiones han sido graves y sobre todo duraderas.

Hay otros factores que contribuyen igualmente a la reducción del volumen del hipocampo: factores genéticos, pero también antecedentes de abusos sexuales o de gran estrés en la infancia. Sin embargo, estos daños no son sistemáticos en la depresión y algunos pacientes deprimidos no presentarán nunca reducción del volumen de esa estructura. La existencia de factores de protección desconocidos, la expresión sintomática de la enfermedad, pueden explicar la diversidad de la repercusión de la depresión sobre el hipocampo. Se están realizando trabajos relativos al estrés depresivo para determinar su reversibilidad o no.

Estado de los conocimientos sobre la reversibilidad[6]

No hay aún una respuesta precisa a la pregunta «Los tratamientos biológicos y/o psicológicos a largo plazo ¿son capaces de devolver un volumen normal al hipocampo de sujetos fragilizados?». En cambio, se tiene la certeza de que los tratamientos prescritos a tiempo y por una duración suficiente son neuroprotectores. Evitan un daño mayor y más grave del hipocampo. La mayoría de los tratamientos antidepresivos, químicos o físicos, como la electroconvulsivoterapia, conllevan un aumento del número de células neuronales nuevas (la neurogénesis) formadas en el seno del hipocampo, pero los vínculos entre el aumento de la neurogénesis y el aumento del volumen hipocámpico observado en resonancia magnética están por determinar. ¿Puede esta normalización

morfológica garantizar, a pesar de todo, que se recupera la resistencia frente a los riesgos de depresión? Es probable que no, lo que justifica la aplicación de estrategias preventivas en los sujetos de riesgo.

«¿Existen vínculos entre el volumen del hipocampo y ciertas anomalías genéticas?». Esta vez la respuesta es «sí»: los genes habitualmente implicados en el aumento del riesgo de depresión, en particular los genes vinculados a la serotonina o los genes vinculados a la nutrición de los tejidos, intervienen igualmente en la determinación del volumen del hipocampo. Se observan disminuciones de volumen en personas que no han sufrido nunca depresión[7].

Esos trabajos, fundamentalmente necesarios en términos de investigación, no tienen hoy aplicación clínica individual. Salvo en pacientes muy particulares, ultrarresistentes a todo tratamiento, esas técnicas no se utilizan en la práctica de cuidados. Por otra parte, demasiados artículos de divulgación que tratan este tema modifican mucho la representación mental de la enfermedad. Se piensa que, en la misma medida en que la depresión, imaginariamente, llega a ser «visible», se lee como una radiografía del tórax. La neuroimagen no ha llegado aún tan lejos.

Paralelamente a las resonancias magnéticas simples, se han practicado en pacientes deprimidos RM llamadas funcionales que miden la actividad cerebral. Se puede «ver» modificarse en la imagen zonas del cerebro en el mismo momento en que se elabora el pensamiento. Estos trabajos de RM funcional revelan la implicación en la depresión de vastas redes neuronales, redes esencialmente dedicadas a la regulación de la respuesta y de la experiencia emocional[8].

Los rasgos psicológicos de la depresión-enfermedad

Análogamente a esos rasgos biológicos se encuentran rasgos psicológicos persistentes de la depresión-enfermedad. No se sale indemne de depresiones repetidas, de hospitalizaciones repetidas. Los pacientes deprimidos parecen, sobre todo, tener un acceso más difícil a sus recuerdos positivos. Es como si la depresión les alejara de todo lo que es positivo en ellos. Muchos adquieren una visión negativa de sí mismos (son «unos inútiles»), del mundo actual (que les pide demasiado), del futuro (portador de fracaso y de sufrimiento). La repetición de dos o tres depresiones les confirma en esas creencias, que la realidad viene a validar.

Si bien algunos pensamientos negativos persisten de un episodio a otro y parasitan la lectura de lo cotidiano, otros, los más graves en general, parecen disolverse bajo el efecto de los tratamientos. En realidad, es como si los pensamientos negativos exteriorizados durante la depresión, sencillamente, se hubieran ocultado durante el episodio de «curación», sin desaparecer de verdad. Cuando desaparecen de la

conciencia, se supone que persisten, como enquistados, pero susceptibles de reactualización por efecto de nuevos traumas o de modificaciones duraderas del humor. Se cree que, de una depresión a otra, están cada vez menos ocultos, preparados para reaparecer con ocasión de traumas cada vez más ligeros. Porque en los pacientes deprimidos repetidamente, pequeños acontecimientos más o menos anodinos pueden, desdichadamente, desencadenar de nuevo la enfermedad. La experiencia clínica confirma esta evolución. Su vulnerabilidad llega a ser extrema. Curarlos se vuelve difícil. Sin embargo, teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos, no deberíamos encontrar pacientes que hubieran llegado a ese estadio, puesto que la prevención es posible.

¿Es la recidiva una espada de Damocles?

El tratamiento de un episodio depresivo comporta tres períodos. A lo largo del primer mes el médico informa, explica, tranquiliza y comienza el tratamiento. La segunda fase es la de la vuelta a la vida activa. El tercer tiempo es el de la consolidación. Su duración varía en función de los pacientes y de las situaciones. Cuando terminan estas tres fases, se pueden prever tres situaciones:

- El sujeto está demasiado bien, demasiado eufórico, hiperactivo, porque la dosis de antidepresivo es excesiva. Debe reducirse su posología;
- El sujeto está como antes;
- Su estado ha mejorado verdaderamente, pero persisten muchos síntomas. Esos síntomas, llamados residuales, pueden concernir al conjunto de los elementos iniciales de la depresión. Están presentes, pero débiles: las funciones superiores, esto es, la memoria, la concentración, el juicio, la toma de decisiones, no han vuelto a la normalidad; los apetitos sexuales y alimentarios han disminuido ligeramente, el sueño es frágil, el placer de vivir ya no es como antes. La remisión es parcial, el paciente no está curado de verdad.

En los tres casos es necesario un chequeo. El riesgo de caer enfermo de nuevo no se ha alejado; es posible y necesario prevenir dicho riesgo, pues nada se ha conseguido definitivamente: habrá una recaída.

El análisis a posteriori de las circunstancias que han precedido la depresión permite volver sobre la historia de esta depresión e identificar los principales factores de riesgo de recidiva. Algunos de esos riesgos son controlables. Otros lo son menos, en todo caso a corto plazo. Los riesgos psicosociales, ligados a la precariedad, a la pobreza, al aislamiento social, tienen más que ver con la prevención social que con la médica. Los trastornos ligados a las frustraciones o al estrés profesionales, a la mala organización del

trabajo, a las condiciones de vida, pueden tenerlos en cuenta los especialistas en medicina del trabajo. Actualmente, el aumento de la vigilancia impulsa este aspecto de la prevención.

Los riesgos inherentes a la personalidad del sujeto, cuando han sido identificados, justifican una psicoterapia, pero los efectos protectores obtenidos por esos tratamientos no se manifiestan más que después de largos períodos. En cuanto a los riesgos relacionados con la biología, se reducen objetivamente con la prescripción de antidepresivos. Precisan tratamientos duraderos, al menos de tres meses a partir de la curación de los síntomas. Sin embargo, a largo plazo, esta protección no es más que parcial, puesto que algunos pacientes en tratamiento recidivan. Aunque curados, a corto plazo, de un episodio agudo, permanecen frágiles. Si el tratamiento se abandona demasiado pronto, los síntomas depresivos reaparecen, indicando el regreso de la enfermedad, que no estaba verdaderamente curada. Se habla entonces de recaída.

Cuando, una vez curado un primer episodio depresivo, y después de un período de al menos tres meses de vida normal, aparece una nueva depresión, se habla de recidiva. Es otra forma, bien diferente, de complicación: mientras que la recaída concierne a un episodio no curado del todo, la recidiva manifiesta la llegada de un nuevo episodio. Se expresa la mayor parte de las veces por síntomas análogos a los de la primera depresión, pero a veces ligeramente diferentes.

Esas recidivas son más habituales si los mecanismos que originaron la primera depresión no han sido regulados. Un primer episodio depresivo va a provocar, como hemos visto, alteraciones celulares, pero esta neurotoxicidad inicial es reversible si la enfermedad se trata rápida y eficazmente. La repetición de los episodios de depresión-enfermedad causada por una insuficiencia de la prevención, pero también por la sucesión más o menos cercana de episodios mal o insuficientemente tratados, genera dos fenómenos patógenos distintos, pero asociados: por una parte, efectos neurotóxicos cada vez menos reversibles que afectan a algunas células cerebrales, y por otra, una disminución de la plasticidad a nivel del hipocampo. Este doble efecto provoca una fragilidad biológica progresiva. En el plano psíquico, la repetición de los fracasos depresivos deja rastros igualmente. Se ahondan las fragilidades de personalidad, los sesgos depresivos de pensamiento, y aumenta la vulnerabilidad psíquica. La agravación simultánea de esas dos vulnerabilidades adquiridas, biológica y psíquica, provoca cada vez más fácilmente recidivas por factores desencadenantes cada vez más leves. El universo de la recidiva conduce, desdichadamente, al de la cronificación de los trastornos.

El malestar adaptativo

Cuando se necesita adaptación, el sujeto está más o menos constantemente en alerta, se emiten señales y, sea cual sea la naturaleza del peligro, se imponen regulaciones emocionales y cognitivas. Entonces debe controlar sus emociones, reflexionar, tomar distancia, poner los acontecimientos en su lugar y ser escuchado, aconsejado, sostenido. Es esencial comprender lo que pasa y no dejarse desbordar. Es primordial poner los medios para prevenir el comienzo de una espiral depresógena. Hay numerosas soluciones que contribuyen a ello: por ejemplo, es determinante la higiene de vida, como lo es el apoyo del entorno. En este estadio, los córtex motores, el cerebro «cognitivo» y el cerebro «afectivo» del sujeto están intactos, pero muy solicitados para permitirle reaccionar y no caer enfermo. Sufre malestar debido a la adaptación que se le pide.

El cúmulo de episodios depresivos aumenta la vulnerabilidad de un sujeto recientemente deprimido o que ha presentado diversos episodios próximos entre sí de depresión-enfermedad. Si no hay antecedentes, o datan de varios años atrás, si el trauma no dura mucho, si la reacción psíquica es apropiada (sin excesiva dramatización ni sentimiento de pánico), si el sujeto moviliza racionalmente sus recursos (concentración, relativización de los problemas, higiene vital...), el sistema se repara, sobre todo gracias a las ayudas exteriores adaptadas (consejos, apoyo psicológico y material). El cerebro no estaba afectado en profundidad. En la medida en que, en este estadio, la depresión-enfermedad no se desencadene, aunque el paciente no tome antidepresivos, aún hay posibilidades. A veces, pese a las medidas adecuadas, la evolución en el tiempo conduce secundariamente a una verdadera ruptura depresiva que hay que tratar médicamente.

Si el sistema funciona demasiado tiempo «a toda máquina», si la respuesta emocional es desproporcionada, la autorregulación ya no es posible. Las ayudas psicológicas y los tratamientos alternativos ya no son suficientes; entonces la depresión debe tratarse con antidepresivos.

¿Sobrediagnóstico o verdadera depresión?

El diagnóstico de un trastorno depresivo no debe tener en cuenta únicamente el número de síntomas, sino interesarse igualmente por su duración, su carácter permanente, la capacidad del sujeto para no resultar «desbordado» emocionalmente y encontrar defensas adaptativas a la gravedad y a la historia general del trastorno.

Contrariamente a lo que a menudo se expone, los sistemas de diagnóstico basados en el respeto de criterios precisos bastante restringidos deberían limitar el número de sobrediagnósticos (que etiquetan como afectados de depresión a sujetos que, en realidad, no lo están). Es el desconocimiento o la mala lectura de esos síntomas lo que abre la

puerta al sobrediagnóstico. Olvidando demasiado a menudo que su duración, su fijeza, su permanencia son criterios determinantes, se prescriben antidepresivos a adultos jóvenes para tratar manifestaciones depresivas ligeras y transitorias, incluso dificultades de adaptación. Ahora bien, puesto que los antidepresivos, recordémoslo, no actúan sobre síntomas sino sobre una enfermedad declarada, no han demostrado su eficacia en ninguna de esas otras «categorías».

Tales sufrimientos y síntomas ligados a adaptaciones más o menos difíciles son designados, por defecto, con una terminología muy imprecisa. También, según el lenguaje corriente, se puede «estar apenado», «tener morriña», estar «infinitamente triste», sin estar enfermo. Efectivamente, uno puede estar cansado, desanimado, ansioso, plantearse muchas preguntas, preocuparse más de lo habitual, sin estar deprimido, pues existen en el cerebro zonas yuxtapuestas destinadas a luchar contra la ansiedad, el cansancio y el desánimo.

Por otro lado, los términos médicos «manifestación depresiva ligera y transitoria», «subdepresión», «episodio depresivo menor» o «depresión ligera» son «falsos amigos» para los médicos, pues su uso hace pensar que la respuesta adecuada es la prescripción de antidepresivos, lo que es inexacto. Por otra parte, cuando esta población de pacientes es incluida en estudios clínicos serios en los que se comparan un producto que se supone activo y un placebo, el efecto placebo es tan importante entre ellos que generalmente es imposible distinguir el placebo de la molécula supuestamente activa.

Los sujetos sometidos a este tipo de dificultades conservan cierta alegría de vivir, cierto placer de existir. Tienen algunos sufrimientos reales, están cansados, ansiosos; sin embargo, no están enfermos en el sentido médico del término. Para ellos el juego de la vida es difícil, doloroso, pero su energía vital circula. Son reactivos, sensibles al entorno, a las ayudas y al estímulo, pues la tristeza, esa emoción fundamentalmente reversible, protege el resto de su vida psíquica.

Estos trastornos adaptativos constituyen un universo muy complejo en el que son eficaces las psicoterapias bien orientadas. Aunque la clínica de la adaptación sea tan compleja, se conocen hoy varios factores de riesgo, generalmente entremezclados: la personalidad subyacente, como la neurosis depresiva, la tendencia a sentir sobre todo emociones negativas, angustia o rasgos depresivos, la distimia (inestabilidad del humor), discursos depresivos; pero también factores sociales, tales como la precariedad, el paro, el estrés profesional, la inseguridad del empleo, la distancia al lugar de trabajo, hacen igualmente difícil la adaptación. Se considera que el estrés es el responsable del 50% de los días de trabajo perdidos. Por último, se señalan factores culturales: la sociedad postmoderna tolera mal el sufrimiento psíquico, se aceleran las mutaciones sociales.

El médico generalista «a la francesa», que encarna el «cuidar», carece de recursos ante esos síntomas, aislados pero reales. Por ser relativamente benignos, estos no precisan menos tiempo, escucha, empatía, rigor... pero tampoco antidepressivos. El discurso de un paciente que presenta dificultades de adaptación difiere del deprimido enfermo. Simplemente dice: «Me siento triste, tengo menos ganas, menos disposición, siento una fatiga creciente (sobre todo a la tarde), me siento desanimado, estoy cansado de luchar, la vida es verdaderamente difícil, no es divertido todos los días, el trabajo me hastía, necesito cambiar, me vuelvo irritable...». A pesar de las dificultades de la vida, conserva sin embargo unas expectativas positivas. Reclama ayuda, que hay que aportarle. Hace el amor, se interesa por las personas, va al cine, ve a los amigos. El apoyo que hay que prestar a esos pacientes precisa sin duda una formación particular, tiempo, disponibilidad, y a veces es más fácil tratar a una persona deprimida auténticamente enferma que a una persona que presenta dificultades de adaptación. Porque, en efecto, hay que escucharla, aconsejarla y recibirla cada semana, a veces, media hora o más. Freud escribió que «soportar la vida es el primer deber de todos los vivos». Ayudar por medio de la relación terapéutica a una persona así, es el primer deber de los médicos y del entorno. Hay muchos medios adecuados para conseguirlo, aunque todos no hayan demostrado científicamente su efecto... En esta materia, el sentido común es el rey.

Diagnosticar un trastorno de adaptación no dispensa de evaluar un estado general y de hacer un chequeo somático: un chequeo de tiroides descarta una hipotiroiditis discreta, se puede buscar una enfermedad endocrina. A los pacientes, aunque no estén verdaderamente enfermos, se les debe ver de nuevo, apoyarlos, guiarlos a fin de evitar que caigan en la enfermedad. El viejo adagio según el cual vale más prevenir que curar encuentra aquí todo su sentido.

2

ENFERMEDADES Y CIFRAS

Para medir la importancia de la depresión, su frecuencia, su impacto en la salud de la población, su coste para la sociedad, es indispensable pasar por los datos epidemiológicos.

En su origen, apoyándose en estadísticas sanitarias, la epidemiología pretendía ser descriptiva y estudiaba la repartición de las enfermedades, en el espacio y en el tiempo. Esencialmente utilizaba dos indicadores de salud: la mortalidad y la morbilidad. La mortalidad aporta informaciones insuficientes y no específicas en psiquiatría, como la frecuencia de los decesos por suicidio en el seno de una población. En cambio, la morbilidad, noción más compleja, mide la prevalencia de la enfermedad, es decir, su frecuencia en una población dada, en un período definido, así como su incidencia (tasa de nuevos casos). Posteriormente, en el campo de la psiquiatría, los epidemiólogos se dedicaron a delimitar lo que determina los trastornos mentales, y en consecuencia lo que permite identificar la depresión, con todas las dificultades que eso comporta. La epidemiología, pluridisciplinar, a la vez ciencia fundamental y ciencia aplicada, que no privilegia ni excluye ninguna rama de las ciencias humanas, ni ningún sector de la investigación biológica y médica, se desarrolla hoy en torno a la evaluación de los métodos de prevención, de su eficiencia y de sus costes.

Las expectativas están a la altura de las dificultades. Los trastornos depresivos, que se sitúan actualmente en el cuarto lugar de la clasificación en DALY (*Disability Adjusted Life Years*[\[9\]](#)), o sea, en el número de años de vida perdidos por incapacidad, podrían alcanzar pronto el segundo lugar, justo detrás de los trastornos cardiovasculares, que están hoy a la cabeza de la lista.

La epidemiología estudia la aparición de hechos nuevos y presenta una evaluación de las posibilidades de intervención. Enriquece así, con su enfoque cuantificado, el conocimiento clínico y lo prolonga. Puesto que esos estudios se refieren tanto al estado de salud de una población como al número de personas enfermas y a las razones que las incitan a solicitar tratamientos, evidentemente les concierne la depresión. Ofrecen un

razonamiento objetivo, fundado en la síntesis de los puntos comunes y las diferencias que se pueden observar en el seno de un grupo de pacientes. Pero esta disciplina tropieza con una dificultad notable: a pesar de importantes trabajos dedicados a la investigación y a la clasificación de las enfermedades, no dispone aún de un modelo médico satisfactorio que le permita definir patologías psiquiátricas menores. Ahora bien, aunque las depresiones-enfermedades se conocen claramente, el halo de los trastornos del humor de menor intensidad que las rodea sigue siendo difícil de delimitar. Por tanto, aun cuando una persona presente una puntuación elevada en una escala de evaluación del humor, no sufrirá obligatoriamente un episodio depresivo. A la inversa, en la población general, algunos pacientes escapan a la detección precoz porque niegan sus síntomas o les cuesta expresarlos. De ahí la dificultad para realizar estudios, para formular un diagnóstico o para prescribir un tratamiento ante manifestaciones menores.

¿Qué se entiende por depresión en epidemiología?

Este término recubre realidades clínicas muy heterogéneas, que comprenden tanto formas graves, incluso delirantes, como los episodios depresivos o las reacciones depresivas en los confines entre lo normal y lo patológico. Emociones idénticas pero de intensidad variable y que sobrevienen en circunstancias diferentes son, pues, susceptibles de ser clasificadas ya como trastornos, ya como reacciones normales. Además, las afecciones psiquiátricas incluyen a veces síntomas psicológicos que pueden también ser la expresión de emociones habituales o de respuestas psicofisiológicas a un peligro real. Razón de más, por tanto, para que sea difícil aislar los síntomas de una verdadera depresión.

Así, los resultados de los estudios epidemiológicos sobre los trastornos del humor concluyeron durante mucho tiempo que existían tres tipos de pacientes: los que presentan síntomas depresivos, sea cual sea su intensidad (alrededor del 20% de la población general), los que sufren síndromes depresivos y presentan varios síntomas asociados (alrededor del 5% de la población general) y los que sufren trastornos bipolares (entre el 1 y el 2% de la población general).

En los años 70, por su imprecisión, las cifras de prevalencia de esas tres imágenes de depresión («síntoma», «síndrome» o «enfermedad») demostraron la necesidad de continuar las investigaciones a fin de obtener una mejor definición de los casos. Hoy, gracias a un estudio más afinado, se distinguen cuatro perfiles: los trastornos de adaptación, el episodio depresivo mayor (en el sentido típico), la distimia (irregularidad del humor) y los trastornos bipolares (alternancia de depresión y de fases de excitación[10]).

Respecto a esta clasificación, se puede decir que una de cada diez personas ha estado o está deprimida. Una población sobre todo femenina, con dos mujeres por cada hombre, de todas las edades y de todos los medios sociales, pero con mayor representación en los medios socioeconómicos desfavorecidos, entre las personas de baja cualificación profesional y de nivel socioeducativo modesto. Esta asociación se debe, probablemente, a una mayor exposición de las poblaciones desfavorecidas a factores de estrés socioambientales y a su menor capacidad de adaptación frente a los acontecimientos estresantes de la vida. Además, el acceso a los tratamientos es más fácil para las personas que pertenecen a las clases medias o superiores. Se observa igualmente un aumento de la depresión en las generaciones de la postguerra, y aquella se declara cada vez más precozmente. En efecto, los trabajos de los epidemiólogos revelan un descenso progresivo de la edad en la que aparecen los primeros síntomas de la depresión. Así, la depresión del niño o del adolescente, que era rara en los años 50, se ha vuelto más frecuente en nuestros días.

Las consecuencias de la depresión

La consecuencia más grave de la depresión es el suicidio. Los estudios epidemiológicos internacionales estiman que del 40 al 80% de los suicidios se pueden atribuir a trastornos del humor (uni- y bipolares) o a trastornos depresivos, casi dos tercios de los 11.500 decesos anuales por suicidio observados en Francia (alrededor de 8.000 muertos). Hay que añadir los decesos en los que la depresión es responsable indirectamente, bien cuando induce a conductas de riesgo, tales como el alcoholismo patológico, bien cuando es un factor de mal pronóstico en el caso de una afección orgánica. Por ejemplo, la tasa de supervivencia de un paciente que ha sufrido una operación de cirugía cardíaca cae a la mitad si está deprimido, con relación a la tasa de supervivencia de los pacientes no deprimidos. La mortalidad atribuible a esta corresponsabilidad es difícil de cifrar porque es proteiforme: concierne tanto al embotamiento de la voluntad de curar ligada a la pérdida de impulso vital como a la mala observancia terapéutica o a la transgresión de las reglas dietéticas o de las medidas de higiene.

Sin embargo, como lo han demostrado varias experiencias piloto en todo el mundo, la mortalidad ligada a la depresión es evitable. En algunas regiones, una política voluntarista de formación de médicos generalistas en favor de una mejora del diagnóstico precoz y de la atención terapéutica, ha permitido que disminuya de manera significativa la mortalidad por suicidio. Este es el objetivo de la *European Alliance Against Depression*, un programa de salud pública de lucha contra la depresión promovido por Europa[11].

El coste social de la depresión

Se considera que, en las condiciones actuales de la atención sanitaria, al menos un individuo deprimido de cada dos tendrá más de un episodio depresivo en su vida. A partir de tres, el riesgo de evolución hacia un trastorno muy recurrente no hace sino crecer. Dicho de otra manera, de 200 sujetos afectados por un primer episodio de depresión-enfermedad, 100 padecerán un segundo episodio.

Es evidente la repercusión de tal sucesión de fases depresivas en la calidad de vida de los pacientes y en su consumo de cuidados hospitalarios y ambulatorios. No podemos sino insistir, por tanto, en la necesidad de ofrecer, desde el primer episodio, cuidados adaptados a las personas que sufren depresión. Porque, si no se trata, la depresión recidiva o se cronifica, y luego se complica: se observa entonces, principalmente, la aparición de conductas adictivas, como excesos de alcohol o de drogas, pero también de conductas de riesgo o comportamientos asociales. Así, puesto que esta patología conlleva una pérdida de productividad y/o un consumo inadecuado de cuidados cuando no se la atiende correctamente, su impacto puede revelarse considerable en el plano socioeconómico.

En el año 2004, en Francia, 126.000 personas estaban de baja, de larga duración, por depresión. Todos deploran esta progresión, pero con la escalada actual de problemas psicosociales y el contexto de crisis, no parece que se atenúe.

La ciencia epidemiológica se limita a la identificación de los factores de riesgo, pero los riesgos no son obligatoriamente causas. Así, ciertas características sociodemográficas (sexo femenino, mediana edad, estado civil que conduzca a vivir solo...) están ampliamente relacionadas con la depresión sin que se pueda afirmar, no obstante, que son su causa. Puede no tratarse más que de un sesgo debido a que, por ejemplo, en las encuestas las mujeres pueden ser identificadas más fácilmente como depresivas que los hombres, al estar la naturaleza de las preguntas planteadas más adaptada a los síntomas que ellas sienten y expresan. Y aunque verdaderamente sean más vulnerables que los hombres frente a la depresión, lo cual es probable, ¿se puede decir que es consecuencia de su desarrollo psicoafectivo, del estatus de la mujer en la sociedad o de una causa biológica, como un problema hormonal (estro-progestativo)? Evidentemente, no, y, por todas estas razones, los microestudios de epidemiología prefieren hablar de «factores asociados» o de «factores de riesgo» que de «causas».

Los factores de riesgo de la depresión son de la misma naturaleza que en la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Distinguimos en primer lugar un factor genético: el estudio de las poblaciones ha establecido la existencia de una agregación de trastornos depresivos de origen familiar, confirmado por los estudios de gemelos. Estos muestran que los diagnósticos concuerdan más frecuentemente entre gemelos homocigóticos que

entre gemelos heterocigóticos. Los trabajos basados en la adopción revelan también más antecedentes depresivos en los padres biológicos que en los padres adoptivos de los sujetos deprimidos. La depresión podría estar igualmente en correlación con un factor biológico: detrás de la enfermedad se encuentran frecuentemente patologías orgánicas crónicas, invalidantes y/o dolorosas, afecciones endocrino-metabólicas, enfermedades neurológicas centrales y efectos secundarios de un medicamento (por ejemplo, el interferón). Otro factor de riesgo de vulnerabilidad a los trastornos depresivos podría ser de naturaleza psicopatológica, en particular ciertas características neuropsicológicas. Por último, los datos epidemiológicos asocian la depresión a la adicción: el alcohol, como otras sustancias tóxicas, provoca en efecto estados depresivos.

Entre los factores psicológicos y socioambientales se citan los duelos, las separaciones precoces en la primera infancia y sobre todo los abusos sexuales sufridos en la infancia o en la adolescencia, especialmente en el medio familiar. De manera general, todos los acontecimientos estresantes de la vida son factores que favorecen la llegada de episodios depresivos o que precipitan las recaídas.

En las mujeres representan un riesgo los diferentes episodios de la vida genital. Más aún que la pubertad o la menopausia, el alumbramiento conlleva el «baby blues», casi fisiológico, que se traduce en humor triste de algunas horas a varios días después del parto. Pero en el 20% de las madres jóvenes acontecen verdaderos trastornos depresivos en el año que sigue al nacimiento. Esas depresiones postparto son responsables no solo de sufrimientos para la joven madre, sino igualmente de perturbaciones en la relación madre-hijo que son capaces de alterar el desarrollo precoz del bebé y dejar secuelas en el adulto que llegará a ser.

El coste económico de la depresión

Sea cual sea la patología, la evaluación médico-económica de un tratamiento nuevo supone una comparación con relación a un tratamiento de referencia. Para poder confrontar los tratamientos entre sí, los economistas calculan una ratio, que compara la variación del coste del tratamiento a la variación de la calidad de vida de los pacientes, o, con más precisión, al precio de un año de buena salud ganada gracias a ese tratamiento nuevo. La unidad de medida utilizada para evaluar la calidad de vida es el *QALY* (*Quality Adjusted Life Year*). Si la ratio obtenida es negativa, se le denomina *cost-saving* (menos costoso y más eficaz) y el tratamiento nuevo es adoptado. Si, por el contrario, la ratio es positiva (el nuevo tratamiento es a la vez más costoso y más eficaz), entonces se la compara a una norma preestablecida que se considera que refleja la disposición de la

sociedad a pagar. El tratamiento se considera «coste-eficaz» cuando la ratio es inferior a esta norma.

Para obtener esas evaluaciones, se tienen en cuenta los costes directos, que miden el coste del tratamiento propiamente dicho, y los costes indirectos, que miden lo que la sociedad deja de ganar por las jornadas de trabajo que pierden los enfermos. En razón de los muy elevados costes indirectos que genera al impedir trabajar a un gran número de individuos, a menudo jóvenes y en edad de producir riquezas, la depresión se revela como una patología particularmente costosa. Teniendo en cuenta la importancia del impacto económico de la enfermedad, la cuestión del coste del diagnóstico y de los tratamientos puede incluso llegar a ser accesoria.

La medida de los *costes indirectos de la depresión* es compleja. El economista se basa generalmente en las ganancias de las personas enfermas correspondientes al número de días de ausencia; y, para las que han perdido su empleo, en las ganancias que podrían conseguir en el mercado de trabajo teniendo en cuenta su cualificación y su experiencia. A la dificultad de esta recogida empírica de informaciones que pueden conducir a diferencias de evaluación muy sensibles de un estudio a otro, se añade la incertidumbre que concierne a la productividad real de las personas que sufren depresión. En efecto, no se puede excluir que las dificultades de desempeño profesional que encuentran esos pacientes estén detrás de esa depresión.

Evaluar el coste de oportunidad, es decir, el coste de las jornadas de trabajo perdidas por una persona deprimida, a partir de sus antiguos ingresos, o de ingresos medios de personas con el mismo perfil, es probablemente exagerado. Nada nos indica tampoco que una larga curación no suponga un cambio de actividad, o una modificación del ritmo de trabajo, eventualmente con una menor productividad.

Otra dificultad que se encuentra: la evaluación de la carga financiera que representa la depresión exige una medida de los beneficios y de los costes a largo plazo, incluso a muy largo plazo. Estos problemas son comunes a todas las patologías crónicas, pero se revelan particularmente agudos en el caso de la depresión debido a la posible sucesión de remisiones y recaídas. Esta dimensión temporal larga no se estima generalmente bien en los estudios de evaluación económicos.

El coste directo de la depresión es muy elevado. Un estudio reciente lo estima en casi 6.000 euros por año y por persona enferma, o sea, alrededor del 1% del PIB a escala nacional, para una prevalencia de la enfermedad evaluada entre el 3 y el 10% según los países europeos. Los costes indirectos representan los dos tercios de esta suma. Los gastos relativos a la depresión son, pues, esencialmente gastos de oportunidad: los medicamentos no representan más que el 8%, mientras que los gastos de hospitalización alcanzan más del 9% y las consultas el 8%.

Aunque hay que ser prudentes en la interpretación de esas cifras, sensiblemente variables de un estudio a otro y, por otra parte, discutibles, sin embargo revelan claramente la existencia de un yacimiento de beneficios sociales potenciales muy importantes, puesto que los tratamientos representan un coste muy inferior al de los efectos que permitirían evitar. Las evaluaciones económicas de los tratamientos de la depresión son aún muy poco numerosas, y muy raramente se efectúan en las condiciones normales de tratamiento, en medicina general.

No siempre se ha demostrado la eficacia relativa cuantificada (en coste por *QALY*) de los antidepresivos respecto a otros tratamientos. En el caso de los medicamentos llamados «inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina» (ISRS) respecto a los otros antidepresivos, la situación es idéntica. Ocurre lo mismo con las psicoterapias y la organización del seguimiento particular de los pacientes. En definitiva, si se mira la bibliografía especializada, es difícil trazar un panorama claro de los tratamientos cuyo coste es razonable en relación con la eficacia, como es difícil decir en qué indicaciones precisas uno será más «coste-eficaz» que otro.

Sin embargo, un estudio importante demuestra, a partir de datos americanos[12], una mejora global de la eficacia de los tratamientos durante los años 90 y más en concreto una baja del coste de la remisión, en gran parte gracias a los antidepresivos.

Aunque intentan evaluar la eficacia económica relativa de diferentes tratamientos, los estudios no nos informan sobre la eficacia económica global de los tratamientos de la depresión. Para hacerse una idea general sobre esta cuestión, nos podemos remitir a un estudio sueco reciente[13] que presenta la ventaja de basarse en la observación de tratamientos en atención primaria, de pacientes a los que originalmente se diagnosticó depresión grave, por tanto en situación real, es decir, sin que los médicos que les atienden reciban indicaciones sobre los tratamientos a seguir. Después de seis meses, se ha observado un 52% de remisiones. Los costes directos, así como los costes indirectos del tratamiento, conciernen a la vez a los casos con y sin remisión. En este periodo de observación de seis meses, una remisión hace que se economicen alrededor de 1.800 euros en costes indirectos, mientras que el coste medio del tratamiento es de 2.000 euros. Evidentemente, no se economiza más que en la mitad de los pacientes incluidos en el estudio (el 52% exactamente). Así, en este estudio, una remisión cuesta 1.100 euros ($2.000 - 1.800/2$), con la hipótesis, demasiado tajante, de que no se habría observado ninguna remisión si los enfermos no se hubieran beneficiado de un tratamiento, pero sin tener en cuenta los efectos benéficos a largo plazo de las remisiones.

No se ha demostrado que los tratamientos en medicina general reduzcan el coste (*cost-saving*). En cambio, si comparamos, por los pacientes tratados, el coste del tratamiento con el beneficio medio en *QALY*, que no detallaremos aquí, atender la

depresión en medicina general resulta ser muy poco costoso.

De esos resultados se desprende otra observación importante: una mejora incluso débil de la eficacia de los tratamientos permite obtener ganancias netas, reducir el coste económico de la depresión para la sociedad. Al ser muy grande la ganancia en jornadas de trabajo, consecuencia de una mayor tasa de remisión, puede cubrir ampliamente el coste de tratamientos eventualmente más onerosos.

Sin embargo, es difícil sacar conclusiones firmes de las investigaciones que tratan de la eficacia económica de cualquier tipo de tratamiento con relación a otro. Sabemos aún menos sobre los beneficios que se podría esperar con una mejor adecuación entre los tratamientos y la gravedad de las depresiones.

Lo que se ignora

Únicamente algunos trabajos tienen en cuenta explícitamente el nivel de gravedad de la depresión para poner en evidencia la mayor eficacia, para determinado grado de severidad, de un medicamento respecto a otro en términos de coste-eficacia. Pero esos datos, evidentemente muy fragmentarios, no conciernen directamente a la realidad de la práctica en medicina general, puesto que se basan en protocolos estrictos, que suponen diagnósticos y seguimientos formalizados que están muy alejados de ella.

Hay dos riesgos opuestos que se conocen mal. El primero consiste en no prescribir antidepresivos cuando son necesarios en pacientes que sufren depresiones-enfermedad. La no-prescripción tiene un coste indirecto inmediato –900 euros de media en el estudio que hemos citado anteriormente (a seis meses)–, que se añade a los sufrimientos no aliviados. El segundo es la prescripción de antidepresivos para tratar dificultades de adaptación con humor depresivo. Ahora bien, la prescripción injustificada de antidepresivos sustituye a tratamientos que podrían revelarse más eficaces o con una mejor relación entre el coste y la eficacia. Sus efectos son más difíciles de delimitar. Desgraciadamente, no existen datos sobre esta cuestión, al haberse centrado la bibliografía en el tratamiento de las depresiones graves. Además, la prescripción injustificada de antidepresivos origina efectos secundarios cuyo coste es superfluo si no hay beneficios en términos de bienestar, respecto a otros tratamientos. Por otra parte, ese mal uso conlleva gastos cuya amplitud, hasta hoy, no se ha estimado. Esta confusión tiene múltiples causas. Pero proceder a esa estimación es una tarea compleja. Aunque puede ser consecuencia de un déficit de formación de los médicos generalistas, es igualmente el resultado de las representaciones vigentes en la sociedad, especialmente entre los pacientes, que a menudo son suplantadas por intereses económicos.

Simplificando mucho se puede decir que operan dos representaciones. Una

muestra la depresión como una enfermedad de causas fisiológicas que los medicamentos antidepresivos se encargan de tratar, del mismo modo que se prescribe un antiinflamatorio para curar un dolor articular. En cierta manera, es el precio del éxito de las campañas de información que tratan de hacer que la depresión se considere como una verdadera enfermedad. De cara a la sociedad, a la empresa o a uno mismo, «tomar antidepresivos» significa que a uno se le reconoce como enfermo.

La otra, por el contrario, demoniza los antidepresivos, los presenta como una invención de los grandes laboratorios farmacéuticos destinada a servir sus propios intereses y no los de los enfermos. Entonces se eligen mayoritariamente las medicinas alternativas, en formas variadas o de medicamentos «naturales», pues se las presenta como respetuosas con la integridad del cuerpo y del espíritu. Aquí cristalizan confusamente las aspiraciones ecológicas y los fantasmas de una psiquiatría embrutecedora y avasalladora. Este tipo de representación es alentado por cierta industria que ve en él la promesa de desarrollo de un amplio mercado de automedicación, el del malestar. El coste de los tratamientos se desplaza entonces del seguro de enfermedad a los mismos pacientes.

Aunque hoy se desconozcan, los costes de un tratamiento inapropiado son indiscutibles. Es más discutible considerar que el consumo de tratamientos cuya eficacia no se ha probado es gravoso para la sociedad. El economista no se encuentra a gusto cuando aborda este tema. Puesto que los individuos están bien informados y encuentran un alivio con esos tratamientos, ese consumo es útil: es el principio mismo de la soberanía del consumidor. Toda la discusión depende naturalmente de la calidad de la información que hay a disposición de los pacientes y de la integridad de las campañas publicitarias de los industriales que operan en esos mercados.

Queda, por último, una de las grandes incógnitas, pero también una de las cuestiones más controvertidas: la de la relación entre organización económica y salud mental. Conocemos la tesis del sociólogo Alain Ehrenberg[14] sobre la dificultad de ser uno mismo, a propósito de los efectos de la modernidad en su conjunto sobre la prevalencia de la depresión. En su última obra[15], continúa su análisis y precisa los contornos de una singularidad franco-francesa. Por otra parte, está bien establecido que el paro es un factor de riesgo, aunque las relaciones de causalidad sean muy delicadas de demostrar. Conocemos menos bien los efectos de la organización de las empresas, de su gestión o, más ampliamente, de la intensidad de la competencia, sobre la depresión de los asalariados. Ahora bien, esas cuestiones son de gran interés para la orientación futura de las políticas de salud pública.

3

LOS ERRORES EN LA REFLEXIÓN

Con el paso de los años y de las épocas, dos palabras, «depresión» y «antidepresivo», han visto cómo su significado derivaba en direcciones diferentes. Ninguno de estos dos términos designa hoy lo que inicialmente se suponía que caracterizaba. La «depresión» era una enfermedad, y los antidepresivos los medicamentos destinados a tratarla. Lo que es más, aquella era un mal vergonzoso –que a poder ser se mantenía en secreto–, a veces mortal. Los antidepresivos llamados de primera generación eran agentes biológicos poderosos, eficaces pero difíciles de prescribir, porque estaban surtidos de contraindicaciones precisas. Eran potencialmente peligrosos: algunos pacientes se suicidaban con tratamientos que se suponía que debían curarles. Esto contribuyó a demonizarlos en general, olvidando lo que designan. Pero aunque la imprecisión, basada en errores de teorización, no reinaba igualmente en la conceptualización, no deberíamos designar con un único vocablo un conjunto de síntomas tan variados.

El error en la denominación

Los tiempos han cambiado: se habla indebidamente de depresión para designar las fases dolorosas de la vida con las que todos los humanos pueden encontrarse. Estados que, para mejorar, precisan de un interlocutor formado y benévolo, de un tratamiento psicológico, de cambios en el entorno.

La palabra «depresión» tiene su origen en el verbo latino *premere*, «presionar», que completado con el prefijo *de-* se convierte en *depremere*: la acción de presionar fuertemente de arriba abajo. La idea de presión no indica a priori ni duración ni umbral, sino únicamente un movimiento. Puesto que es posible presionar ligera, transitoria o duraderamente, fuerte o muy fuertemente, se ha adquirido la costumbre de hablar de

depresión en general; después, de depresión caracterizada; después, de pre- o de subdepresión; después, de depresión mayor pero de intensidad ligera o moderada; después, de depresión breve; después, de depresión oculta, etc. En la margarita del malestar, se está un poco deprimido, mucho, apasionadamente, locamente..., nada. Estamos deprimidos al final de la tarde, un domingo de lluvia, ¡o porque pesamos tres kilos más!

En contrapunto a esta utilización imprecisa de la palabra «depresión», se habla, por exceso, de acción antidepresiva para describir los efectos supuestos pero –en el estado actual de conocimientos– nunca probados de toda clase de útiles llamados de tratamiento de la depresión: complementos alimenticios, regímenes alimentarios, extractos de plantas, homeopatía, luminoterapia, meditación, ejercicio físico, etc. A la inversa, progresivamente, la clase de medicamentos llamados antidepresivos en referencia a sus primeras indicaciones trata, más allá de la depresión-enfermedad, numerosos trastornos que le son adyacentes o no: trastornos ansiosos llamados generalizados, ataques de pánico, fobias sociales, etc.

A la simple adecuación inicial –los medicamentos antidepresivos se prescriben para curar la depresión-enfermedad– la ha remplazado un espacio borroso de dimensiones variables en el que se dibujan nuevas configuraciones ligadas a las modas o a las ideologías. Esta falta de rigor en la denominación lleva a confundir dos universos vecinos pero distintos, el de la normalidad y el de la enfermedad. En Francia, el discurso actual sobre la depresión confunde bajo el mismo término de «depresión» una patología grave (es decir, una enfermedad), un sufrimiento, un trastorno de adaptación y un malestar.

Históricamente, la depresión ha sucedido a la melancolía (enfermedad del humor), a la neurastenia (fatiga de los nervios) y a la psicastenia (fatiga de la psique). La depresión, por su parte, es un estado patológico secundario a una causalidad, a un proceso del que hoy es posible describir los mecanismos íntimos. Su etimología, desgraciadamente, no indica límite ni umbral.

Ahora bien, nombrar es tomar partido, comprometerse para salir del caos, comprometerse un poco, a veces mucho, en particular si el hecho de nombrar mal es intencionado o debido a una falta de conocimiento. «Nombrar mal las cosas es aumentar la desgracia del mundo», escribía Albert Camus. Se vuelve urgente hacer coincidir de nuevo, con rigor, estados de enfermedad correspondientes a disfunciones precisas y un vocablo que los designe, el de «depresión». Lo mismo que es urgente, para designar estados más o menos duraderos a veces penosos, a veces dolorosos, utilizar otras palabras y hablar de malestar, o de trastornos de adaptación. El lenguaje popular, a veces más sabio que el de los médicos, creó en los años 70 el término «depre», que

corresponde mejor a ese sentimiento global desagradable, mezcla de cansancio, de ansiedad, de desánimo, de tristeza.

Es esencial distinguir depresión-enfermedad y trastornos adaptativos. Esta clasificación permite no confundirlo todo y ayudar racionalmente con medios adaptados a los enfermos y a su entorno. El hacer desaparecer los límites entre enfermedad y no-enfermedad tiene el riesgo de extender la confusión a los tratamientos de esos trastornos. En la medida en que ya nadie sabe verdaderamente de qué se trata, hoy cualquier cosa vale para tratar lo que se llama de manera extensiva «depresión», y la recapitulación de las propuestas de tratamiento no está lejos de constituir un inventario a lo Prévert[16]. En estas condiciones llega a ser imposible distinguir entre las acciones demostradas científicamente, es decir, «eficaces según la medicina tradicional» y acciones sencillamente «propuestas» en los tratamientos.

Dos configuraciones son particularmente preocupantes. Una por exceso y otra por defecto. En el primer caso, un conjunto de sujetos que transitoriamente no se encuentran bien consigo mismos, y que piden ayuda, pero que no padecen depresión-enfermedad, reciben por exceso moléculas antidepresivas. Sin embargo, a muchos de ellos los aliviarían terapias alternativas cuya inocuidad se ha demostrado a menudo (no siempre), pero cuya eficacia es del mismo nivel que la de un placebo activo, y que, por tanto, actúan *hasta cierto punto*.

En el segundo caso, el error es el inverso. Hay personas mal atendidas porque no consultan a un médico, no expresan sus síntomas, no comprenden que el estado en el que viven desde hace semanas o meses es un estado de depresión-enfermedad. Enfermas de depresión, reciben consejos inapropiados o sustancias cuya eficacia no se ha demostrado nunca.

Entre la depresión desde el punto de vista del psiquiatra, del psicoanalista, del cognitivista, del sociólogo y del economista, la sociedad ya no sabe dónde se encuentra.

Nombrar para comprender mejor

Nombrar permite salir del caos. Pero designar con ese mismo vocablo, «depresión», situaciones humanas extremadamente diferentes lleva a la incomprensión y refuerza el malentendido. Así, cuando la información dirigida al público en general subraya el consumo excesivo de antidepresivos en Francia, son los verdaderamente deprimidos quienes suspenden su tratamiento. Las depresiones que atraviesan los vuelven frágiles, vulnerables a las críticas, sensibles a las dudas. Aunque no les concierne, se acusan de debilidad, se dicen que con un poco más de dignidad y de fuerza

de carácter, deberían salir «solos» de la situación... Unos meses más tarde los encontramos con depresión crónica, o en reanimación tras un intento de suicidio.

Bajo la etiqueta de «depresión» se alinean hoy estados clínicos extremadamente diferentes unos de otros y que necesitan tratamientos igualmente diferentes: personalidades depresivas, trastornos adaptativos, afectados de tristeza, ciertas neurosis, quejas, depresiones auténticamente caracterizadas y estados melancólicos. Distinguirlos requiere tiempo, un método, un conocimiento profundo de síntomas que evolucionan en función de la edad, de la personalidad y de la cultura. Un sujeto se deprime a partir de lo que él es. Un niño, un adolescente, un adulto, un anciano presentan síntomas en apariencia diferentes. Un francés, un africano, un japonés no expresan sus trastornos según las mismas modalidades. La naturaleza misma de la enfermedad depresiva agrava el riesgo de error. Cuanto más deprimido está un sujeto, menos se queja, menos consulta. Avergonzado por su lamentable estado interno, desvalorizado, oculta, en parte a sí mismo y mucho a su entorno, el dolor moral que le mina. El quejoso, al contrario, expone su malestar, sus sinsabores, su tristeza y sabrá hacer que se acepte la queja que hace oír (y que a menudo no constituye una verdadera depresión).

Comités de expertos designan cada cinco o diez años un número necesario de criterios para definir formas particulares de «depresión»: distimia (trastornos del humor), depresión menor, depresión breve, depresión crónica, depresión mayor, etc. «Quien mucho abarca, poco aprieta»... Y a menudo, ni los pacientes ni los facultativos consiguen delimitar los ámbitos de la queja, del sufrimiento y de la verdadera enfermedad.

La prevalencia de la depresión está en constante evolución desde la guerra. Ninguna patología (fuera de las enfermedades infecciosas) ha visto crecer sus cifras en tales proporciones. Las proyecciones a medio plazo son más que inquietantes para las generaciones jóvenes. Según algunos autores, en veinticinco años, el riesgo a lo largo de toda una vida se va a multiplicar por diez en la franja de edad de los 20-29 años.

Pero ¿de qué depresión se trata? ¿Cómo explicar esta inflación?

Siempre ha sido difícil vivir en sociedad y, objetivamente, a pesar de la precariedad y la exclusión, el nivel actual de dificultades no es superior, ni mucho menos, al de comienzos del siglo xx. ¿Por qué, entonces, se ha desarrollado tanto la depresión en cien años? Curiosamente, después de haber vilipendiado e ignorado la depresión-enfermedad, la sociedad presenta hoy cierta indulgencia a propósito de lo que nombra indistintamente «depre» y «depresión». Expresar al médico los sufrimientos y las quejas de tipo depresivo es actualmente legítimo, e incluso anima a ello la tristeza social. La petición de ayuda debe ser escuchada. Sin embargo, eso no justifica un diagnóstico expreso de depresión.

Hay una verdadera frontera, se diga lo que se diga, que distingue el simple sufrimiento adaptativo y la enfermedad. Un sufrimiento con «queja depresiva» puede dificultar la vida, suponer una carga para un sujeto. Sin embargo, no constituye una enfermedad en el sentido médico del término. Cuando Jacques Lacan escribió «La depresión es cobardía moral», no hablaba de depresión-enfermedad. Hasta los más animosos son destruidos, la voluntad es impotente. Cuando un sujeto es víctima de una intoxicación por monóxido de carbono, uno no se preocupa inicialmente por saber si la causa es una calefacción defectuosa o un intento de suicidio: se le cura, y luego se analizan las causas.

Cuando después de una entrevista profunda, a menudo larga y difícil porque, a diferencia del ansioso, el deprimido no habla, se concluye la existencia de un estado de depresión-enfermedad en el paciente, la primera preocupación es ayudarlo a comprender que eso que siente, pero no entiende, tiene un nombre: depresión. La segunda es convencerle de la necesidad de curarse por medio de medicamentos antidepresivos, y esto incluso si a priori está en contra de los medicamentos. La tercera preocupación es asegurarse de que ha comprendido esta primera fase del tratamiento y de que sabe que luego nos interesaremos, con él, por los orígenes del problema, es decir, de su problema muy singular.

El error en la conceptualización

El que ejerce la actividad de curar ¿debe escuchar al paciente para situar su caso en una o varias casillas de una clasificación preestablecida, o debe escucharle libre de toda referencia, de todo apriori, a fin de intentar captar la absoluta singularidad que su interlocutor va a tratar, torpemente, de expresar? Dos sistemas de pensamiento que se oponen en un viejo debate, en un falso debate. El facultativo no tiene que excluir de su método una aproximación en beneficio de otra, y nadie se lo pide. En ambos casos, los hechos lo demuestran, se trata de objetivos dispares pero perfectamente complementarios, de tiempos diferentes.

El principio de realidad obliga a constatar que los progresos del conocimiento siempre se han apoyado en clasificaciones. En medicina, desde la antigüedad, se han clasificado las enfermedades, incluidas las mentales (histeria, melancolía). Los humanistas del pasado no veían nada malo en ello y se alegraban de los avances del conocimiento. Así, en vez de cuestionar eternamente la necesidad de clasificar y evaluar, sería más productivo volver a centrar la cuestión en los objetivos, a menudo mal identificados, de las numerosas clasificaciones actuales.

El epicentro de la medicina ¿no es el *sujeto*, enfermo o sano? El estudio de millares o de millones de epicentros constituye una segunda dimensión necesaria para la investigación, para la evaluación, para la asignación de los recursos financieros. La salud, aunque no sea una mercancía, tiene un coste. Para optimizar los sistemas de asistencia médica, es, por tanto, legítimo mejorar las protecciones sociales y hacer progresar lo más científicamente posible las técnicas de tratamiento y de prevención.

Los programas de investigación se basan obligatoriamente en la evaluación de *grupos de pacientes*, ¡porque es imposible rendir cuentas de las evoluciones particulares de millones de sujetos enfermos o con dificultades! En cambio, la atención sobre el terreno, la que concierne al individuo de carne, de hueso y de sueños, es *singular*. Existen enfermedades e individuos humanos singulares. Existen dos clínicas unidas, como las dos ramas del ADN: una clínica de las enfermedades, una clínica del sujeto.

La clínica de las enfermedades no se interesa por lo singular sino por invariantes que permitan categorizar los estados. Una de las funciones de los médicos es no confundir catarro con gripe, bronquitis con cáncer de pulmón, hepatitis con cirrosis, esguince con fractura, etc. La etapa diagnóstica no se preocupa de la teoría, sino del rigor, pues existen millares de maneras de padecer un cáncer, de ser seropositivo, de sufrir una fractura. En cambio, el anuncio del diagnóstico, la discusión del tratamiento, la dirección de este, tendrán en cuenta la palabra singular del paciente, su historia, el comienzo de su enfermedad.

Sin duda, la depresión no es una enfermedad como las otras, pero es una enfermedad: las formas clínicas hacen que un síntoma u otro estén en el primer plano, que cada persona deprimida exprese su enfermedad con lo que ella es singularmente. Y, de la misma manera que una fractura no es un esguince, que un tumor benigno no es un cáncer, vemos claramente que un sufrimiento psíquico no es una depresión-enfermedad. En psiquiatría, apoyarse en una clasificación de síntomas para establecer un diagnóstico no perjudica nada a la calidad de la escucha y a la atención ulterior singular del paciente. Esas nosografías pueden –y, además, deben– discutirse, pues algunas categorías son criticables.

Esos límites no dispensan de apoyarse, para la elección de tratamientos válidos, en diagnósticos. No hay fundamento para acusar a los especialistas en esas cuestiones de interesarse por la enfermedad más que por los enfermos, de privilegiar los síntomas observables y de alejarse del sentimiento. Paul Valéry escribió: «Lo que es simple es falso; lo que no lo es, es inutilizable». Todo depende de la utilización que se haga de las clasificaciones.

Para una verdadera complementariedad

El trabajo sobre el sentimiento, sobre la psicopatología, sobre los mecanismos, compete a la otra rama: la de la clínica del sujeto. Lejos de excluirse, esas dos dimensiones están llamadas a complementarse en la práctica de los cuidados. Todo médico, sea psiquiatra, cancerólogo o dermatólogo, sabe, si es un buen facultativo, que la etapa diagnóstica no es más que un primer paso. El análisis de su práctica le ha enseñado que mientras él interroga, examina, ausculta, observa los exámenes complementarios, también percibe, busca, registra una multitud de datos subjetivos ligados a la persona a la que atiende. El enfoque objetivante racional y la impregnación subjetiva se entremezclan simultánea o sucesivamente en el vínculo que se crea con el paciente.

En efecto, sería un riesgo reducir a un paciente al diagnóstico que se hace en un momento dado y que concierne a su estado actual. Un paciente no se reduce a una suma de criterios, un paciente no es una cosa fija, definitiva. Diez pacientes que tengan la misma puntuación en una escala de depresión no son idénticos, pero el hecho de que esa puntuación sea elevada deja prever la acción terapéutica de un antidepresivo. Después cada una de esas diez situaciones humanas conduce al médico a tratamientos personalizados, a psicoterapias.

Es sano que animen la práctica debates teóricos. Son indispensables posiciones críticas a fin de que ningún dogmatismo se imponga. Es una lástima que algunas posturas obliguen a elegir entre sistemas de pensamiento y priven a los facultativos de una evidente complementariedad. Las enfermedades son objetos de estudio; los humanos que desgraciadamente las padecen son personas que hay que curar. Es evidente la necesidad de síntesis.

El error en la teorización

Son numerosas las teorías destinadas a explicar el origen o los orígenes de la depresión. Genetistas, neurocientíficos, psicólogos o sociólogos tienen una o varias teorías cada uno. No coinciden en un modelo que permita comprender la fragilidad progresiva de pacientes que presentan recidivas depresivas cercanas en el tiempo. Demasiado a menudo esas disciplinas no intervienen en sinergia, incluso se oponen, y de ahí una concepción aún demasiado dogmática o exclusiva, pues cada uno de los campos tiende a querer suplantar a todos los demás.

Sin embargo, actualmente está claramente establecido que ninguna hipótesis pura, ni biológica, ni psicodinámica, ni social, puede por sí sola explicar cómo y por qué

aparece, desaparece y vuelve la enfermedad depresiva. «Se va y viene, depende de muy poca cosa»: un modelo llamado integrativo, es decir, que privilegie un enfoque multidisciplinar, puede dar cuenta de la génesis y de la evolución del trastorno. En efecto, partiendo de una base biológica, se establecen interrelaciones complejas que conciernen a los perfiles psicológicos de los sujetos y al entorno en el que viven. En ausencia de tratamiento adaptado (medicamentos asociados a una psicoterapia aunque sea breve) en el momento del primer episodio depresivo, se va a imprimir progresivamente una huella biológica. La vulnerabilidad a la depresión y al estrés se agrava y genera modificaciones cerebromodificadas.

Comprender la génesis de estos trastornos, prevenir que la depresión arraigue, obliga, pues, a integrar teorías heterogéneas y a utilizar modos complementarios de tratamiento: un tratamiento farmacológico a largo plazo es insuficiente, de la misma manera que es insuficiente un tratamiento únicamente psicoterapéutico.

El enfoque multidisciplinar: ¿una carrera de obstáculos!

El sujeto humano, ser de naturaleza y de cultura, está sometido a un doble vasallaje, biológico y lingüístico. Reducir el destino de un hombre a lo que expresan sus genes, circunscribirlo únicamente a su condición biológica, es absurdo; negar que la vida psíquica no puede existir sin materialidad lo es igualmente.

Un proceso inicial de investigación requiere en primer lugar aislar una disciplina. Es difícil instaurar de entrada un enfoque multidisciplinar. Cuando se estudia el efecto farmacológico de un antidepresivo, a fin de obtener un resultado metodológicamente riguroso, se prohíbe cualquier psicoterapia: el abordaje es experimental. Si se trata de demostrar el efecto de una forma de psicoterapia, se evitará, simétricamente, prescribir un medicamento. Esta metodología alternativa (sea la biología, sea la relación), por «segmentos», es necesaria, incluso indispensable, en un primer tiempo. ¿Es suficiente? Evidentemente, no.

En el seno de las universidades, las luchas de poder oponen ciencias humanas y ciencias biológicas. Para defender sus puestos, sus presupuestos de investigación, cada disciplina debe promoverse a sí misma. Está claro que si lo interdisciplinar está al servicio de lo humano perjudica, al menos a corto plazo, las estrategias propias de cada disciplina. El biólogo, el psicoanalista, el psicólogo, el sociólogo, conocen los límites de sus enfoques respectivos, pero evitan reconocerlo públicamente y prefieren caricaturizar, en debates estériles, el pensamiento del otro e intentar así debilitarlo. Sin embargo, cada uno conoce esta interdependencia en su fuero interno, pero los enemigos son necesarios. El médico de cabecera, que no tiene un clan que defender, y el paciente, al estar en el centro del sistema, deberían en principio poder actuar no desde la exclusión, sino desde

la integración. Debemos reconocer que aún nos falta mucho.

La mayoría de los facultativos se creen obligados a elegir un campo, el de lo innato o el de lo adquirido, el individuo o la sociedad, la neurona o la mente, los medicamentos o las psicoterapias, el psicoanálisis o las terapias conductuales y cognitivas, los antidepresivos o la homeopatía.

Sin embargo, cuando el niño aparece tiene ya una historia inscrita a nivel afectivo, biológico y cognitivo. Frente a la eventualidad de una depresión, los factores de riesgo o de protección actuarán en la conjunción de los niveles de inscripción. Actuarán determinando para cada sujeto humano un umbral de vulnerabilidad a la depresión, que evolucionará desde la infancia hasta la adolescencia y después se modificará, sobre todo si desdichadamente se suceden varias depresiones.

El recién nacido tiene una historia, en primer lugar afectiva

El recién nacido tiene una historia, en primer lugar afectiva. Los padres han tejido ya, consciente o inconscientemente, una imagen de él, unas expectativas, que se inscriben en torno al deseo y a la aprehensión que tienen de su llegada. Esta imagen encuentra su lugar en un linaje familiar, en una red de representaciones culturales, sociales y a veces religiosas.

Por otra parte, mucho antes del nacimiento, han despertado el cerebro del niño múltiples estímulos sensoriales que provienen tanto del mundo exterior como del interior del cuerpo de la madre (latidos de la aorta materna, sonidos graves como la voz del padre, sabores, sensaciones corporales, dolor, etc.). El niño debe adaptarse tempranamente a las alternancias de presencia-ausencia, a los cambios de ritmo. Muy pronto, con la ayuda de los que le rodean, debe aprender a regularse. Su vida de fantasía le obliga ya a enfrentarse a la carencia, aunque el sentido de esa carencia le resulte inaccesible. Después, a lo largo de la infancia, de la adolescencia y de la edad adulta, el sujeto construirá una vida afectiva cada vez más compleja, enriquecida por intercambios, por aprendizajes, y coloreada de acontecimientos felices o traumáticos.

El recién nacido tiene igualmente una larga historia biológica

El recién nacido tiene igualmente una historia biológica: diferentes factores nutricionales, hormonales o infecciosos han bañado el organismo del niño en el útero materno. Durante todo el periodo del embarazo, esos factores han podido estimular, agredir o proteger su cerebro. Cuando nace, este último está constituido por redes

neuronales densas y complejas que le permitirán en lo sucesivo integrar el entorno.

Ese cerebro ha sido elaborado bajo la influencia de los genes que ha heredado, y que han sido barajados, han sufrido múltiples mutaciones a lo largo de las generaciones antes de serle transmitidos de manera aleatoria por sus padres, para constituir un conjunto, el genoma. Este, un verdadero «plan de desarrollo», va a organizar una arquitectura dinámica del organismo bajo la influencia de factores ambientales. Permite definir los hitos de una trayectoria de desarrollo, física y neurocognitiva, una trayectoria ni unívoca ni reproducible. Si los verdaderos gemelos no son nunca idénticos es porque a lo largo del desarrollo del feto, y del niño después, el genoma es objeto de modulaciones en su configuración y su expresión. La actividad de los genes puede ser modificada por el entorno. Algunos genes llegan a estar totalmente en silencio a lo largo de la existencia. Esas modificaciones son fruto de influencias ambientales combinadas que sobrevienen desde la vida embrionaria. Dichas influencias tienen la capacidad de alterar o de modificar a largo plazo el plan arquitectónico inicial.

La manera en que el recién nacido haya sido protegido o separado de sus padres engendra a muy largo plazo, incluso en la edad adulta, la disfunción de los genes de la sensibilidad al estrés. Estos genes, que permiten formar los receptores de las hormonas del estrés (glucocorticoides), están presentes muy pronto en las estructuras cerebrales de gestión de las emociones y de la memoria.

El hipocampo, que forma parte de ellas, es una pequeña estructura cerebral en forma de almendra, alojada en el interior de los lóbulos temporales. Es también una de las pocas estructuras del cerebro en las que las neuronas van a germinar y crecer a lo largo de la vida. Por su plasticidad, es particularmente sensible a los factores ambientales tempranos, como una fuerte angustia, el estrés durante el embarazo o en el momento del parto, del que se ha demostrado que podía influir en la reactividad del recién nacido al estrés, así como en su sensibilidad al dolor. Las hormonas maternas del estrés tienen un efecto directo o indirecto en la formación del cerebro del feto, particularmente en la de su hipocampo. Ahora bien, la fragilización del hipocampo y de las redes cerebrales que están unidas a él es uno de los elementos centrales de la vulnerabilidad inicial frente a la depresión.

Esta vulnerabilidad depende a la vez de genes transmitidos al niño por sus padres (¿tienen ellos mismos antecedentes personales o familiares de depresión?) y de factores ambientales endógenos (tabaquismo durante el embarazo, exposición a diferentes tóxicos, factores hormonales, consumo de sustancias diversas en la adolescencia, etc.) o exógenos (factores psicosociales, acontecimientos de la vida, traumatismos, factores protectores, etc.).

Por otra parte, la depresión, como proceso cerebral, altera sutilmente diferentes funciones y estructuras cerebrales, sin que se pueda definir su grado real de reversibilidad. Se conocen las atroñas del hipocampo que siguen a la repetición de episodios depresivos, pero se ignora si son su causa, consecuencia, o causa y consecuencia. Solo una lectura dinámica y diacrónica en el curso de los estadios del desarrollo psíquico, desde la infancia hasta la edad adulta, permite aprehender la evolución de la vulnerabilidad de un individuo frente a la depresión. Parece bien establecido que, para un mismo individuo, se suceden en el tiempo niveles progresivos de vulnerabilidad en función de su historia vital. Se distinguen dos: la vulnerabilidad inicial predepresiva y la vulnerabilidad adquirida, la que sigue al primer episodio depresivo o a varios episodios de la enfermedad.

La historia cognitiva del niño está en parte modelada antes de su nacimiento. Si bien su psiquismo se desarrolla en torno a funciones cognitivas, entre las cuales el lenguaje tiene un lugar preponderante, su cerebro ya está, en cierta manera, preparado para aprehender el lenguaje por medio de tratamiento de la melodía, de las palabras, de los ritmos, de las características de las voces y de la lengua. Algunos resultados obtenidos en imaginación cerebral y en electrofisiología[17] en los bebés, muestran, según el doctor Ghislaine Dehaene-Lambertz[18], que su cerebro está organizado en redes funcionales similares a las del adulto. Esta similitud sugiere que la exposición a la lengua materna no crea, por tanto, nuevas redes sino que da forma a redes ya existentes en el patrimonio genético del niño.

En la escuela, el niño conoce la lengua escrita formalizada, las reglas que rigen la gramática, el respeto de las reglas en general y, en cierto modo, la relación con la ley. Es una manera nueva para él de integrar los códigos sociales y de acceder a las representaciones psíquicas complejas y a los símbolos. Por otra parte, desde muy pronto existen otras funciones cognitivas, tales como las cogniciones sociales. Por empatía, un recién nacido que oiga los gritos de otro recién nacido llorará más que ante un estímulo doloroso, por ejemplo cuando se le vacuna.

Hasta la edad adulta, los intercambios con sus padres, su fratría y después con sus iguales reorganizarán profundamente el conjunto de las estructuras cognitivas que determinarán lo que se llama el estilo cognitivo del niño, modelando progresivamente ciertos aspectos de su personalidad (por ejemplo, estilo cognitivo pesimista). Representaciones mentales, esquemas afectivos y cognitivos cada vez más elaborados darán después cuenta de la manera en que hará frente a los acontecimientos felices o desdichados de su vida.

Su vulnerabilidad frente a la depresión podrá especialmente sustentarse en la presencia de una mala imagen de sí mismo, de un débil sentimiento de identidad personal. La interacción con padres «rechazadores», hipercríticos o sobreprotectores no

es el único factor en juego. El estilo cognitivo del niño, así como su temperamento (afectivo, impulsivo, tranquilo, frío, etc.), definirán también la calidad del apego a sus padres y la representación que tendrá de sus relaciones con ellos.

Herencia, pero no testamento

A lo largo de su desarrollo, todo niño se enfrenta permanentemente a ausencias, a carencias, a vacíos.

Si adquiere, de experiencia en experiencia, la capacidad de estar triste, desanimado, de ser desdichado, y después la de superar lo que lo afecta, no hay que considerar en ningún caso esos momentos o esas fases adaptativas como depresiones en sentido médico. Cuando los clínicos que se interesan por las relaciones tempranas madre-hijo utilizan la palabra «depresión», es en un sentido muy diferente del de la depresión-enfermedad del adulto.

A lo largo de la primera infancia, y luego de la segunda, se construye un mundo consciente e inconsciente. Más tarde, el adolescente reactiva la problemática edípica adormecida (deseo inconsciente hacia el progenitor del otro sexo); es el momento en el que se revelan las tendencias neuróticas latentes. D.W. Winnicott, pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés, hablaba de «estado patológico normal» para designar la crisis habitual de la adolescencia. El niño ha crecido rodeado de compañeros visibles e invisibles (personajes simbólicos, héroes y fantasmas) con los que se ha identificado. En la adolescencia, caen las identificaciones antiguas y aparecen otras nuevas. Si en el medio familiar no ha habido demasiadas carencias afectivas durante la primera infancia, si el entorno ha sido estructurante, la transformación no pone en peligro de depresión al adolescente. Simplemente se encuentra dividido, indeciso, enfrentado a elecciones comprometidas... y sin instrucciones de uso personales para la existencia futura. Como escribió el poeta René Char, «a su herencia no la ha precedido ningún testamento». Su sistema nervioso central ha continuado desarrollándose, los equilibrios hormonales se han transformado. Enfrentado al desorden del mundo que descubre, es ya más o menos resistente, o más o menos vulnerable, a los golpes de la vida.

Se comprende, ante la complejidad de la historia afectiva, biológica y cognitiva del «cachorro de hombre», ante la de los posibles orígenes de la depresión, hasta qué punto es necesario un enfoque teórico multidisciplinar.

4

LOS ERRORES EN LA ACCIÓN

Cuando un campo está mal definido, las evaluaciones no pueden ser fiables. De ahí los errores que, a cambio, contribuyen a la confusión. Tanto más cuanto que, en materia de formación de profesionales y de información al público, reina igualmente la confusión. Por ello, aunque con rigor y un estudio metódico de los factores de riesgo y los factores de protección se podría concebir un proyecto personalizado que asociara prevención biológica, cognitiva, psicodinámica y social, en la práctica este enfoque preventivo no se aplica salvo excepcionalmente. Esta insuficiencia en el enfoque preventivo de la depresión explica parcialmente la progresión del trastorno.

Los errores de evaluación

En el terreno de la verdadera enfermedad, se prescriben tratamientos experimentados científicamente. Conviven con tratamientos que únicamente se proponen, ¡pero que no han demostrado nada! Esta cohabitación mal orientada mantiene la confusión.

La medicina llamada moderna, preocupada por el respeto de las creencias de cada uno y por la libertad de elección, anima a recurrir a técnicas de tratamiento diversificadas. Al lado de una medicina ampliamente fundada en la demostración científica de las pruebas de eficacia, se ha oficializado hoy en día el campo de las medicinas alternativas. Integrar en la práctica técnicas heterogéneas no exime, sin embargo, de interesarse por las condiciones que permiten distinguir las terapias cuya acción para un tipo de enfermedad y para unos grupos de pacientes ha sido demostrada de manera indiscutible, contrariamente a otras sustancias y métodos diversos.

Al lado de la medicina de tipo científico fundada en la época de las Luces por ilustres innovadores –Bichat, Laennec, Claude Bernard–, persiste en el siglo XXI una medicina de creencias, de anécdotas, de hipótesis, de rumores. ¿Por qué no?, puesto que

todas las sociedades del mundo parecen reposar sobre una mezcla incierta de lo racional y de lo irracional. Este doble sistema es viable a condición de que los niveles de prueba de la eficacia, para una patología dada, no se presten a confusión. La práctica de los cuidados obliga a todo terapeuta a respetar las creencias del paciente. Pero si bien este, que está deprimido, puede creer en la homeopatía, en los extractos de plantas, en los complementos alimentarios, en los regímenes antidepresivos, el médico, por su parte, debe tener las ideas claras en lo que concierne a lo que está, o no, verificado en el plano científico. Aunque no se pueda reprochar sus creencias a un paciente, en el comienzo del siglo XXI tenemos derecho a exigir de un médico, o de un farmacéutico, que sepa hasta qué punto está probada la eficacia de los tratamientos.

La medicina moderna se basa en pruebas

La medicina moderna se basa en pruebas. Su postulado de partida es sencillo: la observación rigurosa de los hechos es más importante que la hipótesis, aunque esta sea seductora. Los métodos que se utilizan en este enfoque de naturaleza científica están lejos de ser perfectos. En psiquiatría, como en otras partes, se plantean problemas en cuanto a la definición de las enfermedades, a la elección de técnicas de estudio.

A pesar de las imperfecciones, los medicamentos desarrollados a través de esas experimentaciones son indiscutiblemente más activos y más seguros para el tratamiento de las verdaderas enfermedades que diversas sustancias presentadas como alternativas eficaces e inofensivas. Estos productos se venden en farmacias, sin receta, a dos de cada tres franceses, especialmente a personas aquejadas de depresión. Prospectos con pretensiones científicas se refieren a «estudios clínicos». Se reivindican mecanismos de acción, curvas de eficacia ilustran supuestos efectos terapéuticos. En realidad las referencias son inexistentes, los métodos de análisis abusivos, no científicos, la eficacia está poco o nada demostrada; volveremos sobre esto.

Medicamentos que se basan en la noción de tradición

Cierto número de *medicamentos a base de plantas (fitoterapia)* reivindican una acción antidepresiva. Se trata de medicamentos, se venden en las farmacias, la mayor parte de las veces sin receta, y se basan en la noción de *tradición*. Los farmacéuticos pueden aconsejarlos en una perspectiva de automedicación; por tanto, la visita al médico no es necesaria. No hay que confundir estos medicamentos con los *complementos alimentarios*, que igualmente se venden en farmacias, pero que no competen al código comunitario relativo a los medicamentos de uso humano[19] y cuya publicidad no está

sometida a casi ninguna obligación reglamentaria. Únicamente los servicios de control del fraude están habilitados para intervenir; pero, al estar desbordados por miles de demandas, se interesan muy poco por prácticas que se desarrollan de manera inquietante.

Algunos de esos complementos alimentarios, a veces presentados como plantas, que reivindican acciones antidepresivas, son objeto de una publicidad que los muestra como verdaderos medicamentos. A diferencia de la fitoterapia, no tienen ninguna tradición de utilización y son comercializados por laboratorios no farmacéuticos. El principal control que se ejerce sobre esos complementos alimenticios concierne a sus normas de fabricación, pero no a la publicidad. Recordemos que, en este campo, para alegar la tradición se precisa probar un uso largo, de más de treinta años. Pero, aunque sean muy antiguos, hay numerosos medicamentos tradicionales a base de plantas que no responden a los criterios de un uso médico bien establecido, con una eficacia reconocida y un nivel aceptable de seguridad. Por tanto, no pueden beneficiarse de la autorización de salida al mercado. Ahora bien, esos tratamientos representan un verdadero mercado. En la medida en que la prescripción médica es facultativa, el paciente se evita una consulta, economiza tiempo y dinero. La Seguridad Social se ahorra su reembolso, puesto que no se encarga de la inmensa mayoría de los tratamientos de automedicación. Esta precisión no descalifica los tratamientos propuestos por las medicinas alternativas, pero recalca que los promotores de estos enfoques cruzan alegremente la raya fingiendo ignorar su existencia y jugando con las numerosas subcategorías de depresión. Para prevenir la acción de la justicia, los promotores de esos tratamientos cuidan bien de indicar en letra pequeña, como en los contratos de los seguros, que hay que distinguir «depre» y depresión, mientras que, en cuatro magníficas páginas a color, los presentan, precisamente, como tratamiento de la depresión.

Las autoridades sanitarias intentan periódicamente que se respete la ley y se prohíba la publicidad engañosa, pero es inútil. Ninguno de los productos de la fitoterapia (*phytos* = plantas), de la oligoterapia (*oligo* = pequeños), de la homeopatía (*homeo* = poco), ha demostrado hasta hoy ningún efecto en la depresión-enfermedad.

En los Estados Unidos, más del 50% de las consultas son atendidas por personas que no son médicos. Allí los curanderos practican medicinas alternativas o medicinas naturales. La aparición de esos nuevos comportamientos expresa claramente la separación cada vez más marcada, en las sociedades industrializadas, entre dos categorías de realidad: por un lado una evolución muy lenta de las prácticas oficiales institucionalizadas, y por el otro una evolución muy rápida de las prácticas sobre el terreno. Algunos segmentos de mercado son claramente muy prometedores.

Todo ciudadano es libre de cuidarse como lo desee. Pero en un Estado moderno es legal que las informaciones suministradas en materia de salud y que conciernan a

tratamientos vendidos oficialmente en farmacias sean rigurosamente verificadas y legalmente controladas. Y es fundamental que todo paciente comprenda, a propósito de las acciones antidepresivas, lo que distingue los *medicamentos prescritos* (está probado un nivel razonable de eficacia) de los *medicamentos propuestos* (las pruebas son inexistentes o insuficientes).

El error en la formación

En Francia, la formación de los nuevos médicos en psiquiatría en general, y en el conocimiento de la depresión en particular, sigue siendo irrisoriamente reducida: algunas horas... Entre las 362 cuestiones que los aspirantes a internos deben preparar, ¡solo una concierne a la relación médico-enfermo! Sin embargo se considera que del 30 al 50% de las consultas al médico generalista, cuya función es de proximidad y cotidiana, tienen que ver con problemáticas psíquicas.

El problema es diferente cuando se trata de la formación de los internos de Psiquiatría, es decir, de los futuros psiquiatras. Su formación inicial es parcial e ideológica, orientada en función de las universidades, que, dependiendo de su historia, ofrecen formaciones muy diversas a los aspirantes. En general solo es obligatorio un seminario. Trata de clínica psiquiátrica, es decir, de enfermedades. Los demás seminarios son libres y opcionales. Se ofrecen de veinte a treinta seminarios, hay que cursar seis, pero son seminarios elegidos. Un interno puede obtener la cualificación de psiquiatra sin haberse enfrentado a los modelos teóricos que sostienen, sin agotarla jamás, la comprensión posible de la depresión y de sus tratamientos. Así, es posible llegar a ser psiquiatra sin estudiar nunca ni el modelo psicodinámico ni el modelo sociológico. O, error inverso, saltándose los modelos genéticos o biológicos. Dependiendo de que nuestro psiquiatra haya estudiado en París o en Brest, en Rennes o en Clermont-Ferrand, en París V o en París VII, nuestra depresión se abordará a partir de saberes diferentes, y se tratará y atenderá en función de esos saberes.

Una vez terminados los estudios, el facultativo que se ha formado en una técnica la aplicará sea cual sea el problema planteado por un paciente concreto. Cuando se sabe que en el 80% de los casos los facultativos se perfeccionan después en formación continua en los sectores que ya conocen, se comprende fácilmente que se asista a una promiscuidad hostil de técnicas más que a diálogos conciliadores. Un psicoanalista no irá nunca a informarse sobre los progresos realizados en el campo de las terapias cognitivas. Un conductista no se interesará nunca por la evolución de las terapias de inspiración analítica. Alópatas y homeópatas se ignoran entre sí orgullosamente... cuando no se denigran.

Una formación médica continua heterogénea

En Francia, y desde hace treinta años, es razonable escribir que, en términos de estrategia establecida para la formación médica continua, la continuidad en la incoherencia ha suplantado al espíritu de perseverancia. Es verdad que las sumas en juego son enormes, los *lobbies* poderosos, los territorios están fortificados. A lo largo de los treinta últimos y poco gloriosos años, sindicatos profesionales, sociedades científicas, profesores universitarios y redes se han repartido las tareas sin unidad de concepción, sin verdadera definición jurídica y sin recursos de financiación estable e independiente. Esta heterogeneidad de las estructuras ha conducido recientemente a la Alta Autoridad de Salud (HAS)[\[20\]](#) a exigir a todas las especialidades médicas un reagrupamiento de las fuerzas en una estructura federativa por especialidades.

En psiquiatría, el objetivo confesado es reagrupar en una sola estructura el conjunto de los organismos que reúnen en sus instancias todas las competencias de su especialidad (en la práctica privada, pública y mixta) y todas las competencias de la actividad ligada a su disciplina. Únicamente en la medida en que exista una federación de este tipo dará la HAS su consentimiento para la evaluación y la mejora de las prácticas profesionales.

Recomendaciones sí, pero no solo

En Francia, en el estado actual de las prácticas, se emplean principalmente dos clases de útiles pedagógicos para el tratamiento de las depresiones: recomendaciones (o *guide lines*) internacionales redactadas por sociedades científicas extranjeras (americanas, canadienses, inglesas) y recomendaciones francesas editadas bajo los auspicios de la HAS.

El estudio de esas recomendaciones oficiales muestra una gran heterogeneidad de los contenidos (elección de las moléculas, duración de los tratamientos, etc.); sin embargo, se elaboran a partir de la misma bibliografía científica internacional. El objetivo es que los médicos, generalistas o especialistas, de hospitales o extrahospitalarios, urbanos o rurales, apliquen lo más a menudo posible esas recomendaciones que constituyen la «norma». Ahora bien, se aprecia que tanto en Europa como en Estados Unidos, en países en los que las experiencias de formación médica continua y la evaluación de las prácticas profesionales son antiguas y múltiples, los expertos descubren los límites de esta acción descendente clásica y normativa.

Sea cual sea la complejidad aportada a la construcción de esas referencias, los que

las han concebido no pueden preverlo todo. La inteligencia clínica de los facultativos que trabajan sobre el terreno, la extrema diversidad de las situaciones con las que se encuentran, las experiencias concretas dependiendo de las poblaciones, las regiones, las culturas, constituyen un segundo saber «fuera de la norma» que es importante confrontar con el de las recomendaciones.

Si bien es necesario disponer al comienzo de referentes normativos para iniciar la marcha, las proposiciones de referencia deben considerarse como simples útiles de mejora con carácter pedagógico y provisional. La hibridación entre datos «referenciados» procedentes de la bibliografía psiquiátrica internacional y datos «obtenidos sobre el terreno» necesita un grado exigente de formalización; de lo contrario, toda transmisión es imposible; pero este encuentro no impone un consenso. Se trata de un cuestionamiento más que de un acuerdo obligado.

Numerosas experiencias orientadas a mejorar las prácticas han demostrado la incapacidad de los procesos llamados oponibles (es decir, impuestos autoritariamente) para reducir la separación, a veces considerable, entre prácticas médicas recomendadas por las autoridades sanitarias y prácticas observadas sobre el terreno.

Prat Psy, un grupo en desarrollo desde hace unos años, intenta actualmente implantar en el campo de la psiquiatría no un nuevo poder, sino un nuevo método de trabajo, especialmente en el seno del Colegio Nacional para la Calidad de los Tratamientos de Psiquiatría (CNQSP)[21]. Su base de conocimiento, evidentemente, sigue estando constituida por el análisis inicial de la bibliografía científica bajo una doble mirada: la clásica de los niveles de prueba y la también fundamental de los niveles de pertinencia. En efecto, un resultado puede demostrarse científicamente pero en la práctica revelarse imposible de utilizar o no realista. Por eso Prat Psy se basa en la ida y vuelta entre datos de referencia y datos obtenidos sobre el terreno (aportados por médicos en ejercicio, pero en el estudio participan representantes de la salud pública y asociaciones de usuarios).

Por lo tanto, nos podemos permitir la esperanza: está en marcha una revolución de terciopelo en el campo de la formación.

El error en la información

«La visión de nuestros mayores fue, en resumidas cuentas, bastante constante a través de los decenios: dar la mejor formación posible, la más fiable y fidedigna. Añadir contexto al texto, es decir, una mirada profunda y pertinente que daba sentido al caos de las cosas, más allá de la espuma de los días. Clasificar, sopesar, descortezar, aclarar,

rectificar, esas palabras claves del periodismo que llevaban la exigencia a la incandescencia, como un hilo luminoso». Estas magníficas frases las escribió Éric Fottorino con ocasión de la salida, en 2009, del número 20.000 del periódico *Le Monde*, sesenta y cinco años después de la fundación del diario que él dirige con talento.

A propósito de la depresión y de los antidepresivos, vamos a ver cómo experiencias recientes dan testimonio de la dificultad, incluso para buenos periodistas, de desbaratar algunos mecanismos de comunicación. Así, cuando el mismo año 2009 un académico inglés, el profesor Irving Kirsch, conocido por sus posturas ideológicas hostiles a los medicamentos, sostiene haber demostrado la ineficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión, sus conclusiones son reproducidas al pie de la letra en primera plana por *Le Monde* y *Le Figaro*. Habría sido urgente añadir entonces contexto al texto. Esta publicación del profesor Irving Kirsch era contemporánea al anuncio del programa de formación en el Reino Unido de 3.600 «psicoterapeutas», con un presupuesto anunciado de 170 millones de libras en tres años.

El sistema sanitario inglés NICE (National Institute for Clinical Excellence) funciona según una ética utilitarista, en función de obligaciones esencialmente económicas. Este punto de vista particular explica que el perfil de los 3.600 «psicoterapeutas» anunciados tenga poca relación con el de los psicoterapeutas franceses. En realidad, se formará a toda prisa a estudiantes de Psicología, enfermeras, consejeros, en algunas semanas, para recibir pacientes con los que los médicos generalistas ingleses no tienen tiempo de hablar (el 90% de los generalistas ingleses se declaran obligados, por falta de tiempo, a prescribir psicotrópicos).

La British Psychological Society, con la fuerza que le dan sus cuarenta y cinco mil miembros, tiene perfecto derecho a organizar una estrategia de comunicación destinada a favorecer sus acciones. Pero el papel de los periodistas no es amplificar, sin analizar el contexto, un efecto de anuncio en resonancia con una decisión de salud pública. «Clasificar, sopesar, descortezar, clarificar». Los titulares en primera plana de ese día ¿fueron producto de este método? En ningún caso, y sin embargo todos estamos de acuerdo sobre la calidad de los periodistas de esos dos diarios.

Más recientemente, el 10 de diciembre de 2009, el semanario de información *Le Point* dedicó su portada a «Las mentiras de los laboratorios» (sin precisar), a propósito de los antidepresivos. Bajo el título, una bonita foto del hipérico, del color del sol, simbolizaba la alternativa. Pero en el informe interior, ninguna mención a la condena de un productor de hipéricos, por publicidad engañosa en cuanto a la eficacia que se arroga: «Eficacia no probada en las depresiones caracterizadas». Sin embargo, la decisión se publicó en el *Journal officiel* en julio de 2008^[22]: ¿por qué dos pesos, dos medidas? El

hipérico está indicado *en las reacciones depresivas ligeras y transitorias*, no en la depresión-enfermedad. ¿Por qué no decirlo sencillamente en un *dossier* de información?

¿Qué es un tema de «salud» para la prensa?

En la prensa llamada de «gran público», la evocación de un tema o asunto de salud depende de la «actualidad»: la publicación de un libro, un suceso, una innovación o pseudo-innovación médica o científica, un comunicado de prensa, una publicación médica original... o, más raramente, la difusión de un reportaje independiente de la actualidad. El tema de salud se desarrolla de modo diferente dependiendo de los lectores a los que se dirige y el soporte que lo publica: prensa especializada en «salud» o en «ciencias», diario o revista, etc.

En la prensa especializada médica, el esquema no es fundamentalmente diferente. Se distinguen dos tipos de comunicación: la que proviene de la formación médica continua y la comunicación relacionada con el tratamiento de la actualidad médica y científica. La primera está destinada a permitir a los facultativos conocer los datos recientes de la *evidence based medicine* (la medicina fundada en pruebas) sobre el tema abordado, a fin de que mantengan al día su formación teórica y práctica.

La publicación en el marco de esta formación médica continua refleja en principio datos consensuados y validados por conferencias de consenso o recomendaciones oficiales. En algunos países se ha convertido en una obligación para los facultativos. Francia acusa un retraso cierto en este campo.

El segundo tipo de comunicación concierne, como en la prensa de «gran público», al comentario de la actualidad (innovación reciente, descubrimiento biológico, médico o terapéutico, novedad técnica). También el tratamiento de esas informaciones varía según el tipo de publicación en el que aparece el artículo, su periodicidad, sus lectores (grado y naturaleza de la especialización de los lectores, por ejemplo, etc.).

El poder de la prensa

La cobertura mediática de un tema, incluso médico, puede constituir un poderoso instrumento político e influir en la opinión pública (un caso de sangre contaminada, sucesos en los que hay enfermos mentales implicados, gripe aviar, después porcina, después...). En la prensa médica, la elección del tema de salud y su tratamiento pueden tener un gran impacto en el médico que diagnostica y prescribe, así como en el paciente que es consumidor potencial de tratamientos. Exceptuadas las publicaciones científicas, que sobre todo dependen financieramente de las suscripciones (pero no solo de ellas), el

resto de la prensa médica depende de sus anunciantes, principalmente de la industria farmacéutica. Como se puede constatar, en medicina como en otros campos, los medios no escapan a los razonamientos ideológicos o comerciales. De ahí las derivas siempre posibles en la elección de los temas que son objeto de artículos, y de su contenido o de su ausencia de contenido...

Por otra parte, como los asuntos de salud se llevan mucho, los temas con opiniones médicas ocupan un lugar cada vez mayor en la prensa escrita, hablada y televisiva. La mayor parte de los grandes medios de prensa tienen ya sus periodistas especializados y su sección. Desde hace algunos años, esos periodistas se han profesionalizado: formación periodística y científica, en los medios «del gran público»; formación periodística que completa su formación médica, en la prensa destinada a los médicos. Hay que comparar esta evolución con el desarrollo paralelo de la automedicación. Por último, al contrario que numerosas cabeceras de la prensa escrita cuya audiencia baja, la de la prensa especializada en salud se mantiene desde hace unos años.

Ritmo de los medios y ritmo de las innovaciones médicas

En la práctica no se evoca siempre el contexto de las innovaciones o de los descubrimientos médicos, y los hechos se relatan a menudo de manera aislada, tanto en la prensa especializada como en la prensa de «gran público». Abordar las controversias, aportar informes contradictorios, requiere tiempo. Ese tiempo que debería dedicarse al trabajo de investigación del periodista es cada vez menos compatible con las exigencias de las redacciones (que trabajan, la mayoría de las veces, a marchas forzadas y con prisas) y con las remuneraciones de la mayor parte de los periodistas. Para obtener opiniones diversificadas y alimentar el debate en los sectores en los que a menudo la especialización compromete a un investigador durante toda su carrera, es indispensable mantener contactos directos con especialistas y multiplicarlos. Escapar al riesgo de la «promiscuidad» con los expertos y los «informadores» que existe en el sector médico, como en cualquier otro sector de la información, forma parte también de esas tareas más complejas de lo que parece.

Así mismo hay que contar con la necesidad de tener acceso a fuentes fiables y transparentes, a publicaciones *in extenso*, lo que está lejos de ser siempre el caso. De ahí la uniformación de las informaciones, pero también los errores en cadena, las «repeticiones» en cascada, que son fuente de inexactitudes, de simplificaciones apresuradas, incluso de burdas mentiras.

Si bien Internet ha facilitado la búsqueda de fuentes de información y el trabajo de investigación, su desarrollo ha multiplicado igualmente la afluencia de informaciones a

través de las páginas de salud, las agencias de prensa, las agencias de comunicación de las instituciones o de las empresas. El trabajo cotidiano del periodista, inundado de datos procedentes de las listas de distribución a las que está abonado, comienza, pues, por la clasificación y elección de las informaciones a «tratar». Dependiendo del tipo de soporte para el que trabaje, tiene más o menos tiempo ante sí para proceder a esa clasificación.

Otro escollo para la prensa médica, la escasez de verdaderas novedades. Los descubrimientos e innovaciones son fruto de un trabajo colectivo, de un largo camino. La información llega a los medios con ocasión de una publicación, o de un congreso, cuando el trabajo está aún parcialmente en curso. A la inversa, los descubrimientos que hay detrás de una aplicación se han efectuado varios años antes de que la información llegue al periodista. El ritmo de la progresión de los hechos científicos y/o médicos está poco adaptado al funcionamiento de la mayoría de los medios. El *tempo* del descubrimiento médico y/o científico no es el mismo que el de la prensa escrita, hablada o televisiva.

El periodista científico: ¿misionero o informador?

El campo de la salud no escapa a la ideología, aunque esta no traduzca una división política. Más sutilmente, numerosos periodistas hablan de su trabajo como si tuviera que ver con una misión de promoción de la cultura científica y técnica. De mejorar la relación entre el público y la ciencia. Aunque esta confusión entre informador y misionero no es privativa del periodismo científico, al menos plantea la cuestión de la «objetividad» del periodista, de su identidad crítica, de su siempre posible servidumbre respecto a los diversos componentes del sector que abarca. En los Estados modernos no deja de crecer la información de los ciudadanos a propósito de las enfermedades y de los modos de tratamiento. La educación terapéutica de los pacientes y de su entorno está integrada en todo plan de atención razonado. De la calidad de esa información dependen los resultados en términos de comprensión de las enfermedades y de observancia de los tratamientos. Numerosos medios contribuyen a esta evolución: la prensa (especializada o no), páginas de Internet, programas de radio o de televisión. El gran público tiende espontáneamente a creer lo que ha sido escrito o dicho por figuras «de autoridad».

El mundo de la sanidad y el de la investigación, a los que afecta ese inmenso tema que es la depresión, están profundamente divididos. El «falso» diálogo entre «personas de la palabra» y «personas de la carne» –como se designa a veces a los que se interesan por la biología del cerebro– continúa de año en año y constituye una fuente inagotable de artículos y de emisiones. El diálogo entre «personas de la palabra» que pertenecen a grupos disidentes es más imposible aún, a veces. En febrero de 2005, en la Mutualidad de París, un grupo de psicoanalistas que se oponían a las conclusiones de un informe sobre la eficacia comparada de diversas técnicas psicoterapéuticas, obligó a un ministro

de Sanidad «ventrílocuo» a decir a propósito de ese informe: «¡Ustedes no oirán hablar más de él!». Triste éxito para una comunidad cuyo trabajo es escuchar y, si es posible, oír. Cuando los expertos en una disciplina, que por esencia trabajan sobre el malentendido que hay detrás de todo intercambio verbal, consideran una victoria la desaparición de una investigación, por muy discutible que sea, ¿cómo sorprenderse de que los periodistas de radio o de televisión tengan dificultades para organizar debates constructivos?

Para acercarse a soluciones, para resolver un problema complejo, a saber: comprender mejor, tratar mejor, prevenir mejor la depresión-enfermedad, habría que ampliar las perspectivas, explicar, transmitir. Habría que actuar con los diversos agentes para clarificar la complejidad de los mecanismos. La mayor parte del tiempo, ese proceso se reemplaza por una guerra de psiquiatras. Los que debaten dicen frases «de impacto», fórmulas agresivas, se cortan la palabra. Se intercambian expresiones asesinas a falta de hacerlo con las ideas. Se trata de golpear fuerte para marcar las mentes y todo tema es materia de combate: la genética, el psicoanálisis, el cognitivismo, los medicamentos, las medicinas suaves... Los periodistas animadores se ven impotentes para evitar un deslizamiento insidioso del debate de ideas al pugilato verbal.

A priori, el lector no es un especialista. No distingue el trabajo del periodista del del cronista y entra pasivamente en la cadena de comunicación sin estar en condiciones de analizarla. Una vigilancia acrecentada le permitiría sin duda descubrir las sucesivas influencias, los efectos de moda. A un discurso de desposesión, «Es una enfermedad, no puedo hacer nada, únicamente tengo que tomar antidepresivos durante toda mi vida», le sucede en los medios un contradiscurso de higiene y antimedamento: «Los antidepresivos existentes son ineficaces y peligrosos; meditemos, llevemos una vida higiénica y esperemos al nuevo tratamiento milagroso». Se pone en marcha una subpsiquiatría. Sin duda, conviene sustituir una creencia verdaderamente excesiva en los antidepresivos por otra nueva creencia. Régis Debray, que sostiene que «la opinión es el grado más bajo del saber», podría tener razón.

Las cuestiones que conciernen a los trastornos del humor son complejas. Es difícil, con la mejor buena fe del mundo, explicar a los pacientes deprimidos y a su entorno los límites de la enfermedad, las ventajas y los inconvenientes de las diversas formas de tratamiento. Los pacientes afectados de depresión, por su estado de enfermedad, se encuentran sin esperanza de mejoría, sin verdadera voluntad. Leer en la primera página del periódico que el antidepresivo con el que se les trata no es más activo que un placebo, pero presenta más inconvenientes que este, no constituye verdaderamente una ayuda para vivir. Criticar políticamente, socialmente, económicamente la industria farmacéutica es una cosa. Lanzar el descrédito sobre los medicamentos que esta industria

descubre y comercializa es otra. Los medicamentos psicotrópicos, descubiertos a partir de los años 50, han revolucionado los tratamientos de la esquizofrenia, de los trastornos bipolares, de la ansiedad... y de la depresión. Existen en el campo de los ensayos terapéuticos una lógica de tipo científico y unas técnicas de análisis matemáticas cada vez más complejas. Criticarlas es una cosa. Faltar al rigor o transformar datos científicamente establecidos es una manipulación de la opinión.

El error en materia de prevención

Mientras que la depresión-enfermedad se revela actualmente como una fuente inquietante de mortalidad excesiva, la acción preventiva va aún por detrás de la atención a las personas deprimidas. Sin embargo, cuando se trata de la depresión, la fatalidad no existe. Numerosos estudios serios han probado que la prescripción preventiva de antidepresivos a pacientes vulnerables a las recidivas era beneficiosa, puesto que el grupo que recibía el antidepresivo recaía dos veces menos que el que recibía un placebo. Este importante resultado, obtenido gracias a una metodología complicada y a numerosos voluntarios, debe evidentemente ser interpretado en la vida real.

En la mayoría de los casos, una vez curado el episodio agudo, el sujeto no va más allá. Aunque se debería aprovechar ese momento del seguimiento para preguntarse por las causas profundas, las citas se espacian, la relación se interrumpe... hasta la próxima depresión. Ahora bien, es difícil, con las metodologías habituales, predecir exactamente quién va a recaer enfermo a pesar de los antidepresivos. Los que han estado enfermos varias veces en periodos cercanos y no han sido curados correctamente, se han vuelto más frágiles. Cuanto más larga es la duración de la depresión no tratada, más sombrío es el pronóstico ulterior. De ahí la necesidad de explicar claramente al paciente los motivos de esta prescripción, a fin de que pueda comprender, y eventualmente discutir, estas medidas de prevención.

Dicho esto, tomar a largo plazo un antidepresivo no constituye una vacuna contra la enfermedad, una armadura capaz de anular los golpes y el estrés. No hace más que atenuarlos, y por ello es indispensable que los tratamientos psicoterapéuticos ayuden a desbaratar las trampas, enseñen a descubrir la vulnerabilidad ligada a la personalidad, a los modos de vida privados y profesionales, a los azares y las incertidumbres del entorno, porque, incluso protegido, hay que aprender a vivir. La experiencia de los clínicos informados –pero con estudios de apoyo demasiado escasos– muestra, así, que la asociación de un tratamiento antidepresivo y una psicoterapia es más eficaz a corto, medio y largo plazo que los antidepresivos solos. Esos resultados no sorprenderán a nadie y, sin embargo, en la vida real, tal protocolo de prevención sigue siendo

excepcional.

Si bien no siempre se puede prever o impedir que ocurra un primer episodio depresivo, en teoría es posible prevenir las recidivas impidiendo que un proceso patológico perdure a lo largo de toda una vida. Habiéndose formulado previamente un diagnóstico preciso de enfermedad depresiva, un diálogo profundo y en confianza entre el médico y el paciente debería permitir después analizar en cada sujeto deprimido los diferentes aspectos de su vulnerabilidad depresiva. A partir de ese balance metódico, de los factores de riesgo y de los factores de protección a la vez, llegaría a ser posible elaborar un proyecto personalizado que asociara prevención biológica, cognitiva, psicodinámica y social.

Ahora bien, los pacientes recaen porque en la realidad estamos lejos de ese enfoque. El futuro se decidirá, pues, en el paso a los hechos, es decir, en la práctica de los tratamientos reales, de una cultura *ideológica* de la monoterapia con medicamentos antidepresivos o con psicoterapias a una cultura de la *eficiencia*. La progresión anunciada de las cifras de depresión no es, pues, una fatalidad.

Replantear la prevención

A propósito de la depresión-enfermedad no existe ni fatalidad biológica ni fatalidad psicológica; en cuanto a la fatalidad social, nos devuelve al campo de lo político. Únicamente existe la falta de conceptualización, de formación y de accesos adaptados a los cuidados, como hemos visto. La *real psychiatry* se basa en un debilitamiento del patrimonio teórico, y de ahí deriva un verdadero riesgo de regresión terapéutica. Una negligencia así es una violencia, pues la depresión es una enfermedad grave que, al alterar la calidad de vida, constituye una grave desventaja y reduce la esperanza de vida en proporciones considerables. Además, empeora el pronóstico de las enfermedades somáticas crónicas graves (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares).

En el seno del CRED hemos reflexionado sobre el modo de poner en su justo lugar ciertas terapias cuya publicidad es engañosa. Pero falta vigilancia en la represión de los fraudes. A riesgo, que asumimos, de caer en cierta esquematización, nos ha parecido indispensable distinguir dos universos clínicos que, tanto el uno como el otro, merecen atención, tratamiento y cobertura: el de la enfermedad y el del malestar, quizás más difícil de atender, a fin de cuentas, que el primero. La clínica de la adaptación demanda sin duda más tiempo, conocimientos y formación, pero no debe confundirse con la enfermedad en sí.

Siempre se oponen las enfermedades mentales «verdaderas» a las dificultades

ligadas a la existencia (simples conflictos conyugales o separación, estrés profesional, despido, paro). Ahora bien, ocurre que toda persona, sin estar inicialmente enferma, puede entrar, por haberse sobrepasado sus capacidades de adaptación, en una verdadera patología mental, transitoria pero peligrosa. Cuando se franquea ese umbral, no hay que tener miedo de los antidepresivos. Si no se ha franqueado, esos medicamentos son inútiles. Pero el dotarse de los medios para impedir que un episodio inicial de depresión-enfermedad se transforme inevitablemente en enfermedad de por vida, supone una mutación en la organización actual de los cuidados. Los psicólogos clínicos, los trabajadores sociales, deben ser formados y asociados al servicio de atención. Los médicos generalistas y psiquiatras no serán suficientes. Además, deben aprender a hablar entre sí. Por eso la primera recomendación de la HAS al nuevo Colegio para la Calidad de los Tratamientos de Psiquiatría ha sido la de una mejor cooperación entre médicos generalistas y psiquiatras. En cuanto a los pacientes, necesitan estar mejor informados del diagnóstico (¿están o no enfermos?), de sus tratamientos (verdaderos y falsos antidepresivos) y de los esfuerzos que deben asumir para someterse a las psicoterapias adecuadas.

Por otra parte, aun cuando la depresión amenaza con convertirse en la segunda enfermedad que afecta al género humano, y en términos de riesgo y de minusvalía se la considera una verdadera plaga, los presupuestos públicos para la investigación son irrisorios, y la mayoría de los laboratorios farmacéuticos se alejan de este eje de investigación. Los médicos generalistas se encuentran desbordados por peticiones de ayuda psicológica que les superan. Los pacientes se encuentran desestabilizados por un exceso de informaciones contradictorias. Y si bien la prevención no es una ciencia exacta, se basa en hipótesis probadas.

Por último, en el plano sanitario constituye un objetivo prioritario la contención de los costes. Pero, en Francia, los modelos en lo que concierne a la lucha contra la depresión están aún por inventar. El sistema actual es deficiente por completo. El paro afecta al 10% de los trabajadores. Del 90% que está activo, entre el 15 y el 20% tiene un empleo precario. La pobreza crece, y más de un francés de cada cuatro tiene dificultades. La cuestión del suicidio en el trabajo es un verdadero reto. Una estrategia duradera debe mejorar las estrategias de prescripción y facilitar el acceso a las psicoterapias. A falta de clarificar la situación actual, en ausencia de redes inteligentes que asocien a médicos, psicoterapeutas y trabajadores sociales, la depresión llegará a ser efectivamente en el 2020 la segunda enfermedad.

II

TRATAR LA DEPRESIÓN

Para tratar los episodios agudos de depresión-enfermedad y cuando hay que evitar después que vuelva para destruir vidas, son posibles cuatro grandes modos de acción: la prescripción de verdaderos medicamentos que hayan demostrado su eficacia, la práctica de verdaderas psicoterapias, el recurso a las medicinas llamadas alternativas y, finalmente, la mejora de la higiene de vida. Esos medios actúan por vías aparentemente distintas, pero no todos son igualmente accesibles. Tienen costes de tratamiento muy diferentes, actúan más o menos bien, más o menos rápido y conllevan más o menos efectos molestos.

En Francia, el acceso al médico, el único que está autorizado para prescribir un antidepresivo, es fácil y el tratamiento se reembolsa en un 65%. No ocurre lo mismo con las verdaderas psicoterapias. El acceso al psicoterapeuta varía mucho en función de las regiones, del hábitat urbano o rural. Si se trata de un no-médico, los tratamientos no son reembolsados, excepto en algunas mutuas. E independientemente del coste, el someterse a una psicoterapia requiere tiempo para las entrevistas, y, por lo tanto, querer y poder estar libre.

En cuanto a las prácticas alternativas, muy heterogéneas, son difíciles de describir. Desde la desaparición de las herboristerías, las plantas y los complementos alimentarios se venden sin receta en las farmacias y por lo tanto son muy accesibles. Al no ser reembolsables, al pagarlos íntegramente los pacientes y no haber tenido que pedir autorización para salir al mercado, no han tenido que demostrar científicamente su acción sobre la depresión. Por último, evidentemente se recomiendan la mejora de la higiene de vida, la práctica de una actividad física, la regularidad del ritmo vigilia-sueño, una alimentación sana, pero no bastan por sí mismas para prevenir los riesgos.

¿Verdaderos medicamentos, verdaderas psicoterapias, prácticas alternativas?...
¿Cuáles son los métodos para evaluarlos, cuáles son los resultados de los estudios?
¿Cómo se orienta el paciente? ¿Qué tratamientos se le proponen? ¿Se tiene en cuenta la prevención?

5

LOS TRATAMIENTOS ANTIDEPRESIVOS

Antiguos o recientes, todos los antidepresivos que se comercializan actualmente han demostrado una relación beneficio-riesgo favorable cuando se utilizan de acuerdo con las recomendaciones de uso. Pero ¿qué población se beneficia de ellos? ¿Cuál es su nivel de eficacia? Esos niveles ¿son los mismos para todos los pacientes? Estas cuestiones merecen ser debatidas.

Los antidepresivos se descubrieron hace una cincuentena de años, un poco por casualidad, justo después del descubrimiento de la utilidad de una molécula, la clorpromazina, para tratar a pacientes psicóticos. A pesar de la poca solidez metodológica de los estudios de la época, y de un marco de definición de la depresión más limitado que hoy (pacientes gravemente deprimidos y hospitalizados), su eficacia se reveló ya apreciable pese a los efectos no deseables, que eran grandes pero aceptables con relación a la gravedad del estado de los pacientes.

Al ampliarse el concepto de depresión, se consideró legítimo evaluar si pacientes afectados menos gravemente y no hospitalizados obtendrían igualmente un beneficio de esos tratamientos. Paralelamente, poco a poco, se realizaron ensayos controlados. Se demostró también la eficacia de los antidepresivos llamados imipramínicos porque se parecen a la imipramina, la molécula de base (a veces llamados tricíclicos por su estructura química). Pero, como sus efectos indeseables se volvían menos aceptables cuando la depresión era menos grave, se planteó la cuestión de las dosis mínimas eficaces y óptimas y se emprendieron los primeros ensayos de comparación de dosis.

Simultáneamente, se estudiaba otra categoría de antidepresivos potentes. Se les designaba no a partir de su estructura, sino de su mecanismo de acción: se trata de los IMAO, inhibidores de la monoaminoxidasa (una enzima).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

Los primeros antidepresivos, como los primeros neurolépticos, poseían numerosas

propiedades farmacológicas. Muchos años de investigación han evidenciado, por una parte, la necesidad de inhibir la recaptación de las monoaminas (serotonina, noradrenalina y quizás dopamina) a fin de reforzar la neurotransmisión, que se considera deficiente en los pacientes deprimidos; y por otra parte, los efectos nefastos del bloqueo de ciertos receptores del sistema nervioso central (colinérgico, adrenérgico, histaminérgico, etc.). Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina tienen ciertamente interés porque no bloquean los receptores, en relación con los efectos indeseables, pero al no tener efecto sobre la noradrenalina, esto probablemente no era una ventaja respecto a síntomas ligados a una disfunción esencial: la ralentización. Por esto algunos, en aquella época, pensaban que era necesario actuar sobre la noradrenalina. Los antidepresivos recientes ofrecen de nuevo los dos efectos sobre la serotonina y la noradrenalina, pero no tienen los efectos secundarios de los primeros tricíclicos.

Estos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han estudiado esencialmente en pacientes no hospitalizados, afectados de patologías ligeras o moderadas, raramente graves; una población numerosa a la que los primeros tipos de antidepresivos no le iban bien. Tanto más cuando, por razones éticas, cada vez era más difícil y menos aceptable realizar estudios que implicaban la administración de un placebo en los pacientes más afectados. La eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se ha demostrado así en pacientes afectados de depresión menos grave, con dos o tres puntos más de efecto en los estudios bien conducidos, lo que es significativo, pero modesto.

El nivel de eficacia de los antidepresivos

Cualquiera que sea la clase terapéutica a la que pertenece el medicamento, su beneficio cuantificado depende de la gravedad del estado de los pacientes a los que se trata. En el caso de la morfina, en pacientes muy graves, se observa una gran diferencia entre el efecto de un placebo y el de la morfina. En los pacientes que sienten un dolor débil o moderado, la diferencia de efecto con el placebo no puede ser grande. Ocurre lo mismo en los tratamientos antidepresivos. En las personas que presentan un simple trastorno de la adaptación con humor depresivo, la diferencia es tan débil que no se recomienda el tratamiento farmacológico. En las que padecen un verdadero episodio depresivo, moderado o grave, la diferencia que se observa es tanto más consecuente cuanto más grandes son los síntomas.

Estas observaciones no quieren decir que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina sean poco eficaces, sino que los pacientes que están menos gravemente afectados sufren de una patología poco arraigada, que puede mejorar

espontáneamente y que no necesita en ese estadio un tratamiento medicamentoso. Otras cifras significativas aportan luz sobre el nivel de eficacia de los antidepresivos: un tercio de los pacientes han visto que su estado mejoraba lo bastante como para ser considerados «curados bajo tratamiento»; el segundo tercio de los pacientes han visto mejorar su estado, pero siguen teniendo síntomas: ¿hay que contentarse con ese nivel de respuesta? Por último, el tercio que queda no ha experimentado mejoría. Hay que cambiar de tratamiento o revisar el diagnóstico.

Los inhibidores específicos de la recaptación de la serotonina se han estudiado poco en pacientes gravemente deprimidos y hospitalizados. Se esperaba una eficacia creciente si los síntomas eran más importantes. Pero los elementos de los que disponemos indican que son quizás menos eficaces que en los pacientes menos afectados. De ahí un tercer interrogante: ¿los antidepresivos tienen una eficacia equivalente en todos los tipos de pacientes?

Prescripciones selectivas para mayor eficacia

A lo largo de los últimos veinte años, los medicamentos llamados «antidepresivos» han demostrado su eficacia en los trastornos ansiosos: ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo. Queda una pregunta que se planteó hace mucho tiempo, pero que sigue sin una respuesta clara: ¿los antidepresivos actúan sobre categorías de pacientes deprimidos o sobre «dimensiones», es decir, conjuntos de síntomas que se suponen provocados por una disfunción fisiológica precisa, y no relacionados con la enfermedad específica? ¿Se podría afinar más en la prescripción de antidepresivos, en función de las características de la disfunción del paciente y no de una enfermedad?

En lo que concierne a los pacientes gravemente deprimidos y hospitalizados, a menudo «lentos», de tipo melancólico, no disponemos más que de un débil número de ensayos que sugieren que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son probablemente menos eficaces en ellos. Mientras que los inhibidores mixtos de la recaptación de la serotonina, pero también de la noradrenalina, resultan ser de una eficacia superior. En cambio, cuando se reagrupan ansiedad y agitación, el conjunto de los medicamentos que actúan sobre la serotonina permiten al sujeto que sufre mantener a cierta distancia ese sufrimiento, y de ahí deriva una mejoría de su estado.

La comercialización del Upstène y del Prozac ha planteado la cuestión de la felicidad bajo receta: ¿está justificado prescribir inhibidores de la recaptación de la serotonina a personas que sufren pero que no están enfermas, cuando ningún estudio serio ha demostrado su acción en sujetos cuya personalidad los predispone a reacciones depresivas, pero que sin embargo no están deprimidos?

Por último, ninguna autorización para la salida al mercado justifica que la prescripción continúe cuando algunos pacientes, una vez que han salido de la depresión, se sienten «mejor que antes» y les cuesta suspender el tratamiento. La oportunidad de la prosecución en esos casos merecería ser estudiada más científicamente, a fin de identificar mejor a los pacientes que responden, las dosis útiles y la duración previsible de los tratamientos.

Tratamientos largos para evitar las recaídas

Los medicamentos antidepresivos comercializados han demostrado que eran eficaces en pacientes que habían sufrido un episodio de depresión-enfermedad diagnosticado y, algunos, han demostrado su utilidad en el tratamiento de trastornos ansiosos. Probablemente también hacen efecto en síntomas a corto plazo y pueden ayudar a ciertas personas deprimidas a superar una etapa de sufrimiento. Para las depresiones más graves (paciente hospitalizado, de tipo melancólico), todos los antidepresivos no son equivalentes. La duración preconizada de los tratamientos es de seis meses para consolidar la mejoría de un episodio, y de dos años, y a menudo más, cuando se trata de evitar las recaídas en quienes son vulnerables a ellas.

Que las respuestas a los antidepresivos no sean superiores a las que se observan después de la toma de un placebo en los pacientes que sufren de un trastorno ligero, no es un argumento a favor de la ineficacia de los antidepresivos, sino más bien a favor del placebo, puesto que permite diferir un tratamiento medicamentoso en personas sin una patología arraigada. Es probable que se vea mejorar su estado sin medicamento farmacológico activo.

Finalmente, por otra parte, no hay que perder de vista, evidentemente, que solo un tercio de los pacientes bajo tratamiento ven desaparecer sus síntomas. El descubrimiento de moléculas nuevas permitiría tratar más eficazmente a esos pacientes resistentes.

Los nuevos antidepresivos

Se conoce la eficacia de los antidepresivos, pero ¿qué hay de los nuevos? En Francia, cuando un medicamento ha obtenido autorización para salir al mercado, se ha probado que es efectivo en el marco de una indicación precisa, por ejemplo la depresión caracterizada. Pero también que, según todos los datos disponibles, no es peligroso. Se mencionan las contraindicaciones, se describen los efectos secundarios y se definen las precauciones de uso.

Otorgada esta autorización de salida al mercado a partir de un número restringido de casos, generalmente inferior a cinco mil, el medicamento puede comercializarse. Como va a ser prescrito a millares de enfermos durante periodos a veces largos, se realiza una vigilancia, llamada plan de gestión de riesgo. Este plan, establecido por un acuerdo entre el laboratorio y los poderes públicos, garantiza la identificación rápida de un riesgo raro, que haya pasado inadvertido entre la población restringida de los ensayos clínicos llamados de fase I, II y III.

Luego se plantea la cuestión del reembolso del antidepresivo y de su inscripción o no en la lista de las especialidades reembolsables. Es raro que un laboratorio comercialice un nuevo antidepresivo sin haber obtenido su inscripción en la lista de los productos reembolsables por la Seguridad Social, inscripción que se autorizará en función de lo que se llama el servicio médico rendido (SMR) y la mejora del servicio médico rendido (MSMR).

Para evaluar el primero, las autoridades estiman la gravedad de la enfermedad, así como las características del antidepresivo. Al ser la depresión una enfermedad grave, se deberá apreciar la eficacia y los efectos indeseables del antidepresivo, su lugar en la estrategia de tratamiento de la depresión, el carácter sintomático, curativo o preventivo de la acción antidepresiva, y por último su interés para la sanidad pública. El servicio médico rendido podrá entonces juzgarse demasiado pequeño para justificar su reembolso por la colectividad; débil o moderado, pero justificándose sin embargo el reembolso; o bien «importante», o «grande», si ese medicamento es una verdadera novedad.

El criterio de la mejora del servicio médico rendido, más preciso, completa al primero comparando el nuevo antidepresivo a los medicamentos ya comercializados. Se distinguen cinco niveles:

1. Progreso terapéutico grande.
2. Mejora importante, en términos de eficacia terapéutica y/o de reducción de los efectos secundarios.
3. Mejora moderada, en términos de eficacia terapéutica y/o de reducción de los efectos secundarios.
4. Mejora menor, en términos de aceptabilidad, de comodidad de empleo, de observancia.
5. Ausencia de mejora.

La comisión de transparencia fija estos niveles de SMR y de MSMR. Cuando comercializan una nueva molécula, las industrias farmacéuticas se movilizan para

obtener una MSMR de alto nivel, lo que les permitirá después obtener un precio de venta elevado. Comparada con los mensajes vehiculados por los eslóganes publicitarios que acompañan los lanzamientos de productos, a veces es modesta la realidad que testimonian esas cifras discutidas y discutibles. Pero, desdichadamente, es raro que los médicos conozcan la MSMR de los antidepresivos que prescriben. En cuanto al paciente, solo excepcionalmente se le informa.

El «efecto rebote»

Cualquiera que sea el medicamento antidepresivo, la suspensión de las tomas plantea muchas cuestiones: ¿quién la decide?, ¿cuándo y cómo? Las modalidades de interrupción del tratamiento no se conocen bien. A menudo la decisión la toma unilateralmente el paciente, que deja de tomar los medicamentos sin hablar de ello con el médico porque se siente bien, o cuando se siente molesto por efectos indeseables. O sencillamente porque está harto. A veces el paciente y el médico se ponen de acuerdo. En principio, el médico, bien informado de los problemas relacionados con la suspensión del tratamiento, propone una especie de protocolo de disminución durante dos, cuatro o incluso seis semanas. Entonces se observan tres posibles situaciones. Que el paciente no perciba la utilidad de esta disminución; que lo comprenda, pero no haga el esfuerzo de disminuir la posología por grados; y, por último, que oiga el mensaje, lo comprenda y siga las indicaciones.

En los dos primeros casos, si toma el antidepresivo desde hace mucho tiempo y con una posología fuerte, hay un riesgo real de que padezca lo que llamamos «efecto rebote». Las náuseas, sudores, temblores, sensación de cansancio son frecuentes y desagradables. Los trastornos del sueño, con la sensación de soñar con una intensidad inhabitual, el nerviosismo, la ansiedad, la irritabilidad, las crisis de llanto sin explicación constituyen verdaderos síntomas difíciles de interpretar para los pacientes, que rápidamente piensan que recaen y se sienten obligados a tomar de nuevo los antidepresivos. Las sensaciones de vértigo, la inestabilidad al caminar, los estados de confusión o de agitación, los trastornos de memoria son clínicamente preocupantes, sobre todo en los sujetos de edad, pues las consecuencias pueden ser graves.

Todos los pacientes deben ser informados de ese riesgo, aunque a todos no les concierna. Estas manifestaciones, que están presentes, dependiendo de los síntomas, del 10 al 20% de los casos, aparecen de una a tres semanas después de la suspensión brusca del tratamiento y duran algunos días. Desde la década del 2000 son conocidas por las autoridades sanitarias, que han emitido recomendaciones oficiales para cada antidepresivo según su perfil. Hace falta aún que estas se conozcan y se apliquen de manera sencilla, pues si son demasiado complicadas no se observarán.

Todos los pacientes que han sido víctimas del «efecto rebote» de antidepresivos conservan un recuerdo tan desagradable de él que después muchos se resisten a la idea de suspender su tratamiento: «Os costó convencerme para que los tomara; ahora que he vivido esto, os costará aún más convencerme de que los deje». Esta aprensión contribuye a mantener medicados con antidepresivos a pacientes que quizás ya no los necesitan. De ahí la importancia fundamental de que la toma se suspenda de acuerdo con el médico y según un protocolo preciso de reducción de la posología. De la misma manera que es útil volver a ver al médico de forma sistemática uno o dos meses después de la última toma.

El lugar del placebo

Según el *Diccionario ilustrado de términos de medicina*[\[23\]](#), «placebo» es el «nombre que han dado los autores anglosajones a preparaciones farmacéuticas (píldoras, sobres, pociones, etc.) desprovistas de todo principio activo y que no contienen más que productos inertes. Se prescriben con un objetivo psicoterapéutico, o para juzgar por comparación, eliminando el factor psíquico, la acción real de medicamentos presentados bajo una forma idéntica, con los que se alternan sin que el paciente lo sepa». El lugar del placebo en el seno de las terapias es una vieja cuestión que concierne a todas las patologías. Está particularmente viva en dos campos: los dolores físicos y los dolores psíquicos.

Tratándose de la depresión, la cuestión de su lugar se plantea de modo muy distinto en el marco de la medicina experimental, donde unos médicos investigadores intentan demostrar científicamente la acción antidepresiva de una técnica, o de una molécula, y en el marco de la práctica de la medicina, donde unos médicos, para curar o ayudar a sus pacientes, utilizan una mezcla heterogénea de moléculas cuya actividad ha sido demostrada y de «tratamientos» que se consideran activos. Nunca prescriben placebos auténticos; hacerlo sería ilegal.

Cuando en los ensayos clínicos llamados «controles», con preocupación por el rigor, se decide demostrar la verdadera actividad terapéutica de un medicamento (o de una técnica de tratamiento: por ejemplo, la psicoterapia), se compara con un tratamiento ya probado (o con otra técnica), a fin de ver si el medicamento, o la técnica de tratamiento, es igual, superior o inferior en eficacia. También se puede comparar un tratamiento con una técnica de placebo, o con una sustancia llamada inerte (miga de pan...). De la misma manera, ese procedimiento permite ver si el tratamiento probado es igual, superior o inferior al placebo.

Para un medicamento, en el plano técnico la solución es fácil. Sin embargo, la ausencia de efectos secundarios del placebo deja al paciente la posibilidad de sentir

subjetivamente una diferencia: al no percibir los efectos secundarios habituales de un tratamiento que conoce, sabe que toma un placebo. Y tiene tantos más medios para saberlo cuanto que obligatoriamente se le ha informado del riesgo que corre al formar parte del grupo que recibe un placebo.

Cuando se trata de psicoterapia la solución es menos satisfactoria, puesto que se compara un grupo al que verdaderamente se trata por medio de entrevistas, con un grupo placebo «en espera» de ser tratado.

El placebo tiene, hasta cierto punto, un efecto real que la imaginaria médica pone en evidencia, pero que hoy por hoy no se explica del todo. Depende de varias influencias, de las que la más importante es la de la relación médico-enfermo. Es probable que ciertos prescriptores, por su propia creencia en la eficacia de sustancias inertes, curen con eficacia una categoría de trastornos. ¿Por qué no? Cuanto más «cree» el médico en su prescripción, sea cual sea, más aumenta el efecto placebo. Además de su demostrada eficacia, los verdaderos medicamentos se benefician también de una parte de efecto placebo. En la práctica, el medicamento es un vehículo complejo de efectos esperados, temidos, históricamente reconocidos o recientemente demostrados. Se trate de un medicamento de eficacia probada o de una simple sustancia placebo, sería absurdo privarse de ese importante recurso que es el efecto placebo, y que optimiza la acción de toda prescripción. En consecuencia, todo médico tiene el derecho de prescribir una sustancia placebo a una persona que sufra trastornos ligeros, teniendo por límite de esta libertad la insuficiencia de la eficacia real del tratamiento elegido. Pero cuando se trata de enfermedades comprobadas (infección, cáncer, depresión), no tiene derecho a privar al paciente del beneficio de un tratamiento cuya acción terapéutica ha sido demostrada. La utilización o no del efecto placebo depende de la ética del médico y de la patología. Forma parte integrante de la construcción de la relación médico-enfermo, en la que se mezclan razón y pragmatismo.

El efecto placebo contribuye a la eficacia de todos los tipos de tratamiento de la depresión. Actúa en el curso de las psicoterapias, en caso de recurrir a medicinas paralelas y en caso de prescripción de un verdadero antidepresivo. Cuando a un paciente nunca se le ha tratado con un antidepresivo, si la relación con el médico es buena, si el paciente, a pesar de la pérdida de esperanza ligada a la depresión, espera sin embargo que el tratamiento pueda aliviarle, esta expectativa de una acción favorable desencadena circuitos neurobiológicos particulares.

Cuando a un paciente se le ha tratado ya con un antidepresivo y ha habido buenos resultados, el mecanismo es más complejo. Asocia a ese primer efecto de expectativa de alivio el de una respuesta positiva condicionada de tipo pavloviano: como ya ha experimentado una mejoría durante una depresión precedente tratada con antidepresivos, «copia» mentalmente la mejoría ya experimentada activando por sí mismo algunos

circuitos. La expectativa de un efecto favorable se asocia a un mecanismo de condicionamiento. Los circuitos activados estimulan en zonas precisas del cerebro células capaces de liberar un neurotransmisor concreto: la dopamina.

La electroconvulsoterapia o sismoterapia

A pesar de numerosos prejuicios, la electroconvulsoterapia, es decir, la administración de electroshocks, es un tratamiento insustituible en ciertas depresiones graves, relativamente raras. Los criterios de su indicación son rigurosos y únicamente algunos establecimientos están autorizados para practicarla.

Las técnicas han evolucionado mucho estos últimos años, haciendo desaparecer los inconvenientes que han provocado esa mala reputación, incluso su demonización. Por una parte, es obligatoria la anestesia general y se reservan salas especiales para despertar. Por otra parte, la utilización de una corriente ultrabreve (descarga básica de 0,3 milisegundos) ha permitido disminuir muy sensiblemente los efectos de amnesia que tan a menudo se le reprochaban. Es llamativa la diferencia, de un día a otro, para los equipos que han podido dotarse de los nuevos materiales[24]. En todos los casos, los trastornos de memoria son reversibles en las semanas o los meses que siguen al tratamiento.

La ECT ha sido objeto de múltiples evaluaciones, reuniones de consenso, recomendaciones académicas y de expertos[25]. Todo el mundo coincide en reconocer su poderoso y rápido efecto en los síndromes depresivos graves de tonalidad melancólica cuando no están asociados a otros trastornos, particularmente orgánicos, que limitarían su eficacia. Tanto sobre la eficacia antidepresiva como sobre la desaparición de las ideas suicidas, la eficacia clínica a corto plazo de los electroshocks, así como su plazo de acción, son superiores a los de todos los antidepresivos.

La desaparición de las ideas suicidas se consigue en el 38% de los pacientes de alto riesgo suicida desde el final de la primera semana si se han podido efectuar 3 ECT; el 61% de esos pacientes no tienen ya ideas suicidas después de 6 ECT en dos semanas. El 90% de los pacientes deprimidos muy gravemente, melancólicos en el sentido de las clasificaciones internacionales y de la clínica tradicional psiquiátrica, están en situación de remisión después de entre 6 y 15 ECT, contra el 70%, incluso el 75% en el mejor de los casos, de los tratados con antidepresivos. A veces es después de varias tentativas farmacológicas infructuosas cuando finalmente se proponen las ECT.

Estudios que comparan la electroconvulsoterapia con una simulación de este método han demostrado su eficacia. Un metaanálisis que reagrupa esos estudios, así como los que la comparan con un placebo, con los tricíclicos y con los IMAO, permite concluir una superioridad de la ECT del 20% respecto a los tricíclicos, y aún es mayor

respecto a los IMAO.

Trabajos consensuados indican que es eficaz en las formas de depresión más resistentes: el plazo de la acción antidepresiva (de 10 a 12 sesiones) puede ser superior al que hay cuando se trata de un episodio depresivo simple (de 6 a 8 ECT); se estima que la eficacia de las ECT es del orden del 50 al 60%, es decir, que es superior a lo que hacen los antidepresivos. Esas depresiones de resistencia probada tienen una gran probabilidad de recaídas precoces después de la suspensión del tratamiento por ECT; por tanto, son necesarios tratamientos de relevo, lo que no es raro en pacientes que se hayan beneficiado varias veces de la acción favorable de los antidepresivos.

La ECT se recomienda en primera instancia allá donde sea necesaria una acción rápida sobre una sintomatología psiquiátrica grave; allá donde la utilización de otros tratamientos pueda inducir riesgos superiores a los de la ECT; cuando haya antecedentes de quimiorresistencia o de buena respuesta a las ECT y, por último, cuando lo elija el paciente y su caso justifique esta indicación. En la práctica, el hecho de que una quimioterapia adaptada bien conducida no tenga efecto es a menudo el argumento que hace que se decida la aplicación de una ECT. Por lo tanto, hay que saber no esperar y preguntarse con mayor frecuencia por qué no proponer una ECT teniendo en cuenta su poder antidepresivo más rápido, más poderoso, más protector para el paciente frente al dolor moral y a las ideas suicidas.

La práctica consiste en administrar 2 o 3 ECT por semana, en función, esencialmente, de la disponibilidad de un anestesista, hay que reconocerlo. Habitualmente es en torno al séptimo electroshock –si estos reúnen los criterios de eficacia reconocibles hoy– cuando aparece una mejoría significativa y experimentada por el paciente. Una vez que se obtiene la remisión clínica, es decir, cuando el estado clínico parece tener una evolución plana después de dos sesiones, conviene administrar al menos 2 o 3 ECT suplementarias para consolidar el resultado. De la misma manera que los medicamentos antidepresivos, la ECT no tiene sino un efecto transitorio. Debe imperativamente haber un relevo basado en una quimioterapia antidepresiva recordando que hacen falta al menos tres semanas para que esta tenga efecto, o en la continuación con sesiones llamadas de consolidación (durante alrededor de cuatro meses), a fin de evitar una recaída precoz, cuya probabilidad es máxima en los dos meses que siguen a las ECT. En caso de patologías recurrentes y cuando los antidepresivos son verdaderamente ineficaces, hay que prever ECT de conservación o de mantenimiento (ETC-M), más allá del periodo de consolidación, para evitar las recidivas y emprender la prevención.

Hoy la cuestión ya no es preguntarse el poder de acción de las ECT sino más bien garantizar la excelencia de las condiciones de su práctica y del mantenimiento de sus

resultados a largo plazo.

Las perspectivas de futuro están esencialmente vinculadas a la elucidación de los mecanismos de acción de las ECT. Estos últimos años se han desarrollado algunas técnicas de estimulación cerebral; aún pertenecen al campo de la investigación. Ninguna de esas técnicas –la EMTr (estimulación magnética transcraneal repetitiva), la ECP (estimulación cerebral profunda), la ENV (estimulación del nervio vago), la FEAST (*Focally Electrically Applied Seizure Therapy*), la terapia de estimulación magnética– ha demostrado hasta el presente que pueda eclipsar a la ECT.

En resumen para el futuro

El futuro se jugará en la corrección más o menos rápida de dos errores antagónicos denunciados desde hace una veintena de años y que, lejos de atenuarse, se agravan. La primera inadecuación concierne a las prescripciones inútiles de medicamentos antidepresivos a pacientes que sufren, pero no realmente deprimidos en el sentido de estar enfermos. Con el paso del tiempo, numerosas personas se ven así sometidas a efectos discretos pero indeseables de las moléculas prescritas. Así, se quejan especialmente de un distanciamiento respecto a sus emociones: «Me siento insensible emocionalmente, me he vuelto indiferente a lo que pasa, estoy un poco como en una burbuja»; de la reducción de su vida sexual: «Es curioso, ya no tengo ganas, no consigo gozar normalmente»; y de una modificación de la vigilia diurna. Algunas señalan que se duermen durante el día en cuanto no tienen estímulos: «En cuanto me paro y descanso tengo ganas de dormir, necesito hacer un esfuerzo».

Habituadas a medicamentos que no necesitaban, tienen dificultades para suspender el tratamiento, sobre todo si lo deciden ellas solas y lo hacen bruscamente.

La segunda inadecuación es más peligrosa que la primera. Enfermos auténticamente deprimidos utilizan por autoprescripción, siguiendo criterios erráticos o por error terapéutico, tratamientos alternativos ineficaces para ellos.

Su patología se cronifica o se agrava, se ahondan los daños biológicos y psíquicos, allanando el camino a las recidivas. Estas indicaciones desviadas de seudotratamientos que no han demostrado su eficacia conllevan para los pacientes una pérdida de posibilidades de ser curados.

Jugando con las palabras, aduciendo pruebas falsas, algunos fabricantes intentan imponer la prescripción de sus productos en casos, los de depresión-enfermedad, en los que su eficacia es la de un placebo. Los pacientes tratados de esta manera son víctimas por partida doble, puesto que la ausencia de pruebas de eficacia tiene como consecuencia

el no-rembolso de esos tratamientos.

Es urgente disipar el equívoco respecto a los tratamientos de la depresión-enfermedad. Los profesionales de la salud y los pacientes deben ser informados con claridad de ese doble peligro persistente. La formación adecuada de los profesionales de salud, así como de los pacientes, y una comunicación que no sea engañosa deben permitir a los verdaderos enfermos ser tratados con verdaderos antidepresivos activos, y a las personas en dificultades recibir ayuda psicológica adaptada a la naturaleza de su trastorno.

6

LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

El efecto protector de los antidepresivos no es más que parcial; los pacientes recaen, ciertamente, dos veces menos que los que han recibido placebos durante dos años, pero aun así son numerosos los que recaen. Por esto los facultativos interesados por la noción de depresión-enfermedad subrayan casi unánimemente el interés evidente de tratar a los pacientes vulnerables siguiendo un método que asocia antidepresivos y psicoterapia.

No debería existir prescripción de antidepresivos *sin acompañamiento psicológico medicalizado* por parte de quien lo prescribe. El médico apoya al paciente que tiene dificultades, explica la enfermedad, justifica las prescripciones, evoca los efectos secundarios, no duda en dar consejos, ayuda a la resolución de los problemas más urgentes. ¡Todo esto requiere más de un cuarto de hora de consulta, reloj en mano[26]! Ahora bien, el paciente todavía deprimido o importunado por síntomas residuales no consigue proyectarse a ningún futuro a medio o largo plazo. No se concede ningún valor y considera que todo lo que no funciona es culpa suya, y todo lo que es positivo es fruto de la casualidad o de la suerte. Su pensamiento negativo obstaculiza las diferentes propuestas de ayuda. En tal contexto interno ligado a la depresión, no puede pedir una psicoterapia que se siente incapaz de emprender y que, por otra parte, piensa que no está hecha para él y que haría perder tiempo al eventual psicoterapeuta. En consecuencia, es el médico que prescribe el tratamiento antidepresivo quien debe hablar con él de la necesidad de una psicoterapia y de formular una petición de ayuda.

Psicoterapia o psicoterapias

«La psicoterapia es el conjunto de medios por los que actuamos sobre la mente enferma o el cuerpo enfermo, a través de la intervención de la mente», según la

definición de A. Porot[27]. Su campo, ha descrito Daniel Widlöcher, es «el de las acciones, es decir, de actos y de pensamientos que pueden definirse por la intención que les da sentido»[28]. Pero conviene hablar de psicoterapias, en plural, pues constituyen un complejo conjunto de técnicas cuyo punto en común es que se basan en un diálogo entre personas. «Una persona forma un sistema psíquico que, cuando influencia a otra persona, entra en interacción con un segundo sistema psíquico», así lo describió Carl Gustav Jung[29], que subraya que cada uno de los métodos descansa sobre presupuestos psicológicos particulares, ligados a la observación de los síntomas y resultados psicológicos. Pero también que es casi imposible compararlos entre sí. «Por eso», añade, «los representantes de las diversas escuelas siempre han tendido a juzgar errónea la opinión de sus contradictores, justificando así artificialmente el problema».

Sesenta años más tarde, el problema permanece. Las teorías contradictorias se oponen, la legitimidad de algunas es controvertida. Por suerte, los pacientes eligen las técnicas que les convienen y frecuentemente se encuentran satisfechos con ellas. A condición de que los terapeutas a los que acuden respeten algunas reglas fundamentales. Jung precisa en el mismo artículo que «el facultativo, quiera o no, en la medida en que desea realmente tratar psíquicamente a otro ser individual, debe, pues, renunciar a toda pretensión de conocimiento previo e infalible, a toda autoridad, a toda voluntad de influencia, sea manifiesta y deliberada o, peor aún, inconsciente e insidiosa»[30]. ¿Cómo decirlo mejor?

Hoy existen más de trescientas técnicas que afirman ser psicoterapia. La demostración de su eficacia plantea un verdadero problema. Muy pocas de ellas se han enfrentado a los procedimientos de evaluación que permiten afirmar con certeza su actividad positiva. Únicamente las terapias (por orden alfabético) de apoyo, conductuales y cognitivas, de familia, por hipnosis, interpersonales, por mediación artística, psicodinámicas (psicoanalíticas), psicoeducativas y de relajación han sido objeto de estudios científicos.

En Francia, la expresión «psicoterapia de apoyo» se utiliza a menudo para designar el acompañamiento que todo médico puede practicar. En América del Norte se reserva el término «psicoterapia de apoyo» para tratamientos más estructurados. En Estados Unidos, algunos médicos, con formación especial, reciben en consultas de tres cuartos de hora, varias veces al mes, a pacientes deprimidos para ayudarles a analizar mejor y comprender mejor lo que les ha deprimido y lo que puede ayudarles a curarse. Estas prácticas intensivas, llamadas de apoyo, se utilizan poco en Francia. Mencionaremos de paso la *psicoterapia interpersonal*, que se fija como objetivo mejorar la sintomatología depresiva sin intentar modificar la personalidad subyacente. La duración del tratamiento, que se define de entrada, es de tres a cuatro meses, en sesiones que duran cincuenta

minutos. La terapia es más activa que en las otras psicoterapias psicodinámicas, pero menos que en los tratamientos cognitivos y conductistas. Se interesa por lo que pasa en la vida del sujeto más que por lo que pasa durante la sesión.

Dicho esto, no todas las psicoterapias están indicadas. Así, las *psicoterapias de relajación* efectuadas individualmente o en grupo han demostrado su eficacia en pacientes ansiosos, pero no en deprimidos.

De hecho, en el acompañamiento del tratamiento de la depresión se distinguen esencialmente las terapias conductuales y cognitivas (TCC), por una parte, y las terapias de inspiración psicodinámica y el psicoanálisis, por otra.

El interés de las terapias conductuales y cognitivas

Este enfoque terapéutico se constituyó a partir de modelos experimentales que explicaban los «bajones» de humor del adulto. En los años 60, Martin Seligman estima que la depresión puede provenir de la pérdida del sentimiento de control de un sujeto sobre su entorno. Los acontecimientos de la vida se perciben entonces como algo incontrolable, y las consecuencias positivas como algo independiente de los comportamientos del sujeto, y de ahí la aparición de inhibición, pasividad, resignación y una disminución de las conductas adaptativas. Este modelo, llamado de «impotencia aprendida», sigue siendo un modelo de referencia para el estudio de los medicamentos antidepresivos.

En el mismo periodo, las primeras teorías cognitivas completaron esta conceptualización. La cognición se plantea como un pensamiento consciente o una imagen mental que acompaña la vivencia emocional del individuo e interactúa con ella. Si una acción terapéutica permite actuar sobre las cogniciones depresivas, negativas, del individuo, entonces las emociones de tristeza, de culpabilidad, de desesperanza disminuirán. La existencia de estas cogniciones se demostró experimentalmente, y los modelos de terapias cognitivas se construyeron después. En este nuevo enfoque, el pensamiento depresivo pesimista se explica por una serie de errores lógicos cometidos en el tratamiento de las informaciones externas o internas, al privilegiar involuntariamente el deprimido las informaciones negativas, en detrimento de las informaciones de naturaleza positiva o neutra.

Esos pensamientos negativos, llamados aún cogniciones depresivas, forman el monólogo interior del sujeto deprimido y vienen a consolidar su tristeza. Su discurso interior tiene como tema a él mismo, a los otros, al entorno o al futuro.

En la práctica, el terapeuta comienza por una evaluación sistematizada de la

experiencia afectiva del paciente, de sus comportamientos, de sus cogniciones actuales, a fin de establecer una comprensión conductual y cognitiva de su sufrimiento emocional; esta fase se denomina análisis funcional. Comprende al menos tres entrevistas semidirectivas que permitirán plantear si está indicada o no para el paciente deprimido la terapia cognitivo-conductual (TCC). Si se establece que lo está, el terapeuta le reformula al paciente su interpretación de sus dificultades actuales. Esta conceptualización personalizada es indispensable para definir con el paciente los objetivos de la terapia y los diferentes útiles conductuales y cognitivos que se emplearán en ella. En consecuencia, toda terapia es individualizada[31].

El terapeuta elige entre el conjunto de estrategias conductuales y cognitivas las que permitirán que el paciente se ponga de nuevo en marcha hacia objetivos deseados por él (aunque al comienzo le parezcan fuera de su alcance). Así, progresivamente, se opera en él una toma de conciencia: es posible actuar, lo que ocurre no es ni incontrolable ni una fatalidad. El sentimiento de eficacia personal se manifiesta de nuevo y él cobra confianza en sí mismo.

El trabajo cognitivo que efectúa el sujeto sobre sus pensamientos depresivos, sobre sus monólogos interiores negativos, le permite, en primer lugar, salir del encierro de los pensamientos desesperados, pensamientos que le han conducido a una inhibición casi total. De nuevo puede elegir su comportamiento. También puede elegir la inacción, pero igualmente cualquier otro comportamiento activo, según su deseo. Poco a poco el enfoque cognitivo le permite abordar las situaciones de manera racional y más argumentada. El trabajo cognitivo sobre sus modos de representación del mundo y sus modos de pensamiento llega a ser posible cuando la persona está menos deprimida. Sacar a la luz la vulnerabilidad psicológica llamada «esquema cognitivo» permite así reducir la tasa de recidivas depresivas. Este trabajo sobre los esquemas no se aconseja más que si el sujeto ha tenido ya otras depresiones o padece igualmente otras fragilidades psicológicas.

Las psicoterapias conductuales y cognitivas se le proponen al sujeto deprimido tanto en fase de estado depresivo como en presencia de síntomas residuales, tales como trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, o cuando, siendo la curación únicamente parcial[32], su autoestima permanece hundida. Se dirigen también a pacientes que han recaído, así como a aquellos en quienes la depresión se ha cronificado[33].

El interés de las psicoterapias de inspiración psicoanalítica

Estas psicoterapias son variantes de la cura analítica clásica. Se agrupan bajo ese

término psicoterapias a largo plazo y psicoterapias breves. Esta distinción por su duración está asociada a una distinción de las poblaciones tratadas.

Las psicoterapias a largo plazo están indicadas para los sujetos deprimidos que, por otra parte, presentan una sintomatología neurótica o la de un estado límite. Las psicoterapias breves se practican poco en Francia.

El psicoterapeuta debe tener experiencia para acomodarse a los déficits que presenta el paciente deprimido: en efecto, su actividad psíquica se ralentiza e incluso inmoviliza. El psicoterapeuta debe estar activo, presente, para alimentar el dispositivo de curación, dar sentido, inscribir con infinitas precauciones sus propias palabras en la relación. Para describir este «co-pensamiento», como lo llama Daniel Widlöcher en las entrevistas, esta co-presencia, Julia Kristeva habla, por su parte, de «injerto imaginario y simbólico».

Las técnicas que se aplican ponen el acento sobre el trabajo de interpretación y de análisis de la transferencia. «Es así como los conflictos, las defensas, la ansiedad y los impulsos se abordan, clarifican e interpretan activamente. La psicoterapia se centra en la confrontación del comportamiento defensivo y del afecto que se manifiesta en un contexto interpersonal, de tal manera que los recuerdos reprimidos y las ideas que los acompañan puedan ser plenamente vividos en un marco de trabajo integrado afectivo y cognitivo»[\[34\]](#).

Por último, las psicoterapias de inspiración psicoanalítica precisan flexibilidad y experiencia por parte del terapeuta. Pueden aportar una mejoría significativa en la calidad de vida del paciente abriéndole espacios de libertad interna insospechables a priori, permitiéndole «soltar las maletas», trabajar sobre las resonancias que ocasionan algunos traumas reprimidos, factores capaces de ayudarlo a «triunfar de la depresión»[\[35\]](#), es decir, en su capacidad para reconstruirse después de un episodio depresivo. Si la depresión corresponde a un verdadero temblor de tierra psíquico, la restitución *ad integrum* (el retorno al estado anterior) es, pues, una engañifa. En realidad, lo que la vivencia de la experiencia depresiva tiene de singular es que constituye una experiencia traumática y muy dolorosa en la vida de un individuo y deja estigmas duraderos. El tratamiento del episodio depresivo es, pues, muy a menudo la ocasión para el paciente de interesarse por lo que, en su funcionamiento psíquico, ha podido favorecer la aparición de una depresión.

Subrayemos con Daniel Widlöcher[\[36\]](#) que no hay «psicoterapia sin alianza de trabajo y deseo de cambiar». Es importante en el enfoque analítico definir los objetivos del tratamiento: «Prevención de recurrencias, mejora de las condiciones de vida, tratamiento de los trastornos neuróticos o narcisistas, de un estado límite, de trastornos del carácter (...)». Así, distingue los objetivos de vida (efectos esperados) de los

objetivos de tratamiento (cambios) y subraya: «Quien trata los síntomas o quien cambia la vida no es la psicoterapia, sino los cambios de las estructuras mentales operados por la psicoterapia».

La cuestión de la vulnerabilidad depresiva es uno de los puntos esenciales del tratamiento. Bajo ese término, Widlöcher distingue por una parte la dependencia afectiva que permite abordar el núcleo abandonico de la depresión, las carencias afectivas y pérdidas tempranas. Por otra parte, la «sobrestima narcisista del ideal de sí» que agrupa las heridas del amor propio, el sentimiento de desvalorización ligado a los fracasos o a la renuncia. Por último, el juego sadomasoquista que concierne al componente agresivo, las identificaciones múltiples y las pulsiones de auto- o hetero-agresión.

Hay que contar también con la personalidad del paciente, en la que conviene apoyarse para evitar la llegada de una nueva descompensación depresiva en un contexto de agotamiento psíquico. Es el caso, por ejemplo, de sujetos particularmente ansiosos, inclinados a tener el control y el dominio, que mejoran adquiriendo por el trabajo psicoterapéutico una mayor flexibilidad psíquica.

Las psicoterapias de tipo analítico no están indicadas en sentido estricto en la fase aguda de la depresión-enfermedad. Es un periodo de inmovilización del pensamiento durante el cual las entrevistas son sobre todo un acompañamiento del tratamiento farmacológico. Ayudan a tomar conciencia del trastorno y permiten que se emprendan los cuidados.

La técnica de las psicoterapias psicodinámicas breves, de quince a veinte sesiones, siempre cara a cara, a razón de una o dos citas por semana, se inspira en las teorías psicoanalíticas, pero prácticamente no se utiliza en Francia. Este enfoque, evaluado un mes después y a los tres meses, parece demostrar una reducción de los síntomas depresivos y una mejoría de las adaptaciones sociales. Los resultados más netos conciernen a pacientes que presentan una depresión reactiva a acontecimientos de la vida.

El psicoanálisis

La eficacia del psicoanálisis se pone a veces en duda, particularmente en el tratamiento de la depresión. El análisis científico de sus mecanismos de acción lo considera insuficiente, aunque cada vez más analistas se interesan por el problema de la prueba. Sin entrar en detalles experimentales complejos de esos trabajos de investigación, es útil reflexionar más concretamente sobre algunos aspectos del trabajo analítico.

Acudir a un psicoanalista para un trabajo llamado «cara a cara», o para emprender un psicoanálisis e ir al menos dos veces a la semana a tumbarse en un diván para decir lo que le viene a uno a la mente, constituyen dos proyectos muy diferentes.

Fundamentalmente, el psicoanálisis es un método en el sentido etimológico: *methodos* significa «camino, marcha, descubrimiento». Pero su campo de experiencia es estructuralmente ajeno al modelo científico. Aunque existan numerosos segundos planos teóricos. Ese método, consistente en hablar, en palabras y en juegos con las palabras, presupone la existencia de una dimensión inconsciente del psiquismo. Plantea como hipótesis que un trabajo verbal permite hacer evolucionar favorablemente esa parte inconsciente. Para los analistas es un axioma admitir que no es posible abordar el inconsciente más que en sus manifestaciones lingüísticas.

Muchas de las personas que han experimentado el psicoanálisis dan testimonio gustosamente de los efectos benéficos sobre su nueva calidad de vida de esos años pasados «en análisis». Otras, y son numerosas, no han llegado a «cambiar» después de una o de varias tentativas de análisis. Estas, atrapadas en redes que limitan sus capacidades para hablar y pensar libremente, se han resistido al trabajo verbal. No han podido, según la bonita fórmula propuesta por Francesca Champignoux, «bailar con su inconsciente». Sus mecanismos de defensa no se han modificado.

El psicoanálisis no trata la fase aguda de la depresión-enfermedad. Ya lo escribió Freud. Por otra parte, nunca se ha demostrado científicamente que pueda ser un tratamiento preventivo de las recidivas depresivas. Aún no se han superado las dificultades metodológicas ligadas a las técnicas de evaluación. Sin embargo, numerosos pacientes que han sufrido una depresión inicial se consideran satisfechos, después de algunos años, de los resultados de una cura analítica.

Otros fracasan, y esos fracasos pueden explicarlos dos razones principales:

- *Algunas personas deprimidas consultan con psicoanalistas cuando están inmersas en la enfermedad.* Su cerebro, ralentizado, nublado, sobrecargado de negatividad, es entonces incapaz de producir el pensamiento necesario para el análisis. Como el pensamiento siempre se basa en cierto tipo de relación con el lenguaje, el juego del análisis consiste en «desplegar» las palabras, «abrir las» de otra manera. Es justamente ese juego de análisis lo que la ralentización depresiva impide y congela literalmente. La persona deprimida no consigue ya pensar libremente; su pensamiento está cautivo, es automático, negativo.
- *No todos los sujetos humanos que sufren una depresión o más globalmente una*

patología neurótica responden al análisis. Sin duda, para beneficiarse de un análisis hay que cumplir varias condiciones: es deseable un interés claro por el ejercicio del discurso. Y una relación amorosa con el lenguaje, sus juegos, sus trampas y sus límites.

El niño grita hasta obtener lo que le falta. Poco a poco, debe inscribir sus carencias en el lenguaje. Pero ese lenguaje de la vida, el de la comunicación y del saber común, compartible, el de la psicología, por ejemplo, no es verdaderamente el que interesa al analista. Con ese lenguaje de lo cotidiano, el analista no puede hacer nada, y el relato, sesión tras sesión, de las descripciones dolorosas de la vida no le permite en absoluto al paciente tomar conciencia de los mecanismos subyacentes que le hacen sufrir. El analista se interesa por otra cosa. Está atento a lo que no se dice nunca, a lo que no se oye nunca, a lo inaudito, al fallo, al lapsus, al error, a lo que muy específicamente surge del inconsciente. A muchos pacientes a quienes se ha recomendado, al principio del tratamiento, «decir todo lo que les viene a la mente», les cuesta entrar en el descubrimiento de otro sí-mismo. Temen, con razón, ese descubrimiento. Limitan sus palabras a un discurso psicológico aprendido, a lo ya dicho, para no revelarse. Les resulta imposible aceptar oírse a sí mismos verbalizar el material reprimido más inverosímil, el más alejado de su yo consciente. Expresar el ser es una pretensión del lenguaje. Aunque limitada, la expresión verbal es la única que permite que aflore.

Las pulsiones van acompañadas de vergüenza y de desagrado, la verbalización ataca frontalmente el pudor y la moral. Algunos se mantienen en la negación, se sumen en análisis interminables e improductivos, o simplemente abandonan. El análisis no puede llegar a su término, los mecanismos de defensa no cambian, la depresión volverá.

Aceptar el método analítico supone mantenerse sesión tras sesión en la idea del deseo más que en su satisfacción. Hay que intentar curar una carencia que no tiene razón de ser. No está al alcance de todos, mientras que existe un enorme deseo de ceder al placer de lo cotidiano, de tolerar un nivel elevado de frustración. Es difícil confiar en el trabajo de la palabra incluso cuando se perciben los límites impuestos por ese lenguaje.

Afortunadamente, *los que respetan las reglas del juego se descubren de otra manera.* Han sido «hablados» durante años por su familia, su entorno: se les ha dicho lo que eran y lo que debían ser. Descubren un avance posible hacia otra cosa diferente, singular, autónoma. Es decir, que cuando el sujeto deprimido se encierra en sí mismo, se repliega, el volver a hacer suyo el lenguaje, aceptar de nuevo la metáfora, disfrutar con el intercambio de las palabras testimonia un nuevo acuerdo con el exterior.

Gracias a la escucha benévola de su analista, perciben que pueden ser valorados

como sujeto, sea cual sea, y no como persona simplemente normal, conforme a las instrucciones de la sociedad.

Centrados al principio en sí mismos y en sus sufrimientos, limitados a sí mismos, acceden a los horizontes nuevos que las palabras pronunciadas por asociación libre hacen nacer. Sus sufrimientos producían síntomas; ellos se habitúan a producir palabras. Ese cambio fundamental, progresivo, lento y doloroso, se hace a través de la relación que el analizador (el paciente) entabla, y luego mantiene, con su psicoanalista. Permaneciendo varios años en psicoanálisis ha expresado un deseo de cambio, un deseo consciente de transformarse, de mejorar lo que él es. Ese cambio de naturaleza no se opera sino por medio de la relación con el analista.

El paciente ignora y quiere ignorar que a esta voluntad positiva se opone diametralmente un gozo inconsciente en no modificar nada, y satisface a «algo» más que a sí mismo. A algo que él no quiere o no puede soltar. Es en el vínculo con el analista donde se deciden las posibilidades de cambio. Al cabo de los meses, las asociaciones de pensamientos del paciente, en lugar de estar centradas en él mismo, ceden su sitio a lo que concierne a la persona del analista y al entorno, la familia, las relaciones.

Los psicoanalistas discrepan sobre la manera correcta de conducir esa transferencia, pero todos están de acuerdo en la idea de que el fracaso o el éxito del análisis se decide en ese vínculo.

Los tratamientos psicoterapéuticos en la prevención de las recidivas de depresión

Una amplia corriente de psicoterapeutas, y no solo los psicoanalistas, compara el enfoque evaluador a un sometimiento científicista. Más allá del interés, poco discutible a priori, de una evaluación lo más rigurosa posible de toda práctica de cuidados, es forzoso reconocer la extrema complejidad de los métodos utilizados. Los resultados obtenidos no aportan datos sobre lo que ha pasado realmente y lo que ha «funcionado» a lo largo del tratamiento.

Los estudios clínicos que conciernen a las diversas terapias son comparativos. Los pacientes voluntarios incluidos en esas investigaciones son, según el término inglés, «randomizados», es decir, repartidos de manera aleatoria entre grupos A, B, C. De ninguna manera son libres de elegir el tipo de terapia que prefieren seguir. Son aún menos libres de elegir la persona del terapeuta. El aceptar tomar parte en un ensayo une a la gratuidad de los cuidados la seguridad de un seguimiento regular por profesionales supervisados en su práctica, al menos al principio, por terapeutas experimentados. Es de suponer que algunos pacientes se sientan más atraídos por las terapias cognitivas,

mientras que otros desean más bien emprender una psicoterapia de tipo analítico. Por lo tanto, no es fácil extrapolar los resultados obtenidos en los estudios a los de la vida real. Para cada una de las terapias que se evalúan existen técnicas específicas, estructuradas. En principio se utilizan, en los estudios controlados, de manera «pura». En la práctica cotidiana, las técnicas utilizadas, muy heterogéneas, son difíciles de evaluar.

Sin embargo, algunas síntesis cuantitativas de datos de estudios han permitido llegar a conclusiones en el campo de la depresión, en dos indicaciones: el tratamiento del episodio depresivo agudo y la prevención de las recaídas de depresión. Aunque el conjunto de esos datos sea extremadamente criticable, se perfilan algunas tendencias. E incluso aunque el nivel de prueba es bajo desde el punto de vista de la evaluación de la medicina por las pruebas, sus orientaciones merecen ser aclaradas. Debido a dificultades metodológicas extremas, el análisis objetivo de la bibliografía científica internacional no conduce, en efecto, a resultados probatorios en cuanto a la prevención de la depresión. Esos resultados, bastante pobres, contrastan con la riqueza de la experiencia de los terapeutas y de numerosos pacientes.

Las terapias cognitivas se utilizan en tratamiento combinado con los medicamentos antidepresivos con un beneficio importante derivado de la combinación, incluso para los estados depresivos mayores con hospitalización. La tasa de recidiva depresiva en el año siguiente disminuye entonces alrededor del 35%[\[37\]](#). Aún están en curso nuevos desarrollos para la prevención de las recaídas.

Las psicoterapias analíticas han mostrado en pacientes hospitalizados un significativo efecto positivo sobre el desempeño global[\[38\]](#), sobre las ideas de suicidio[\[39\]](#), así como sobre la reducción de las recaídas y la tasa de recidiva en los seis meses siguientes.

Dicho esto, se estima que el 30% de los efectos de los cuidados que se prestan están ligados a factores no específicos. Así, es sorprendente constatar que, en estudios controlados, el mero hecho de que el paciente esté inscrito en una lista de espera para ser atendido mejora claramente su sintomatología depresiva. Se estima también que el 50% de los efectos dependen del nivel de empatía que se establece entre el terapeuta y su paciente. Quizás, después de todo, sea más útil para un paciente encontrar un terapeuta que le conviene que una técnica específica adaptada a su problema: un terapeuta accesible, bien formado, que se haya sometido durante un tiempo suficiente a las supervisiones necesarias, un terapeuta al que le guste el contacto con los pacientes, incluso con los difíciles, incluso con los resistentes a las terapias, un terapeuta riguroso pero humano. No olvidemos nunca que los verdaderos terapeutas se preocupan, en la medida de lo posible, de curar de sus males a los que vienen a consultarles y dedican tiempo a ello. No es cierto que ayude verdaderamente a curarse el que le reciban a uno de cinco a siete minutos varias veces por semana, o coincidir con otros en la sala de

espera de un terapeuta, ilustre o no. Por desgracia, esto es lo que practican aún sistemáticamente ciertos psicoanalistas que han deformado el pensamiento lacaniano.

Sin embargo, esos son resultados aislados y un poco decepcionantes si se les examina desde el ángulo particular de la *medicina por las pruebas*. No deben desalentar ni a los pacientes, ni a los terapeutas. Además, algunas técnicas psicoterapéuticas no tienen como primer objetivo reducir los riesgos de recidiva. Es el caso, por ejemplo, de las psicoterapias familiares o del psicoanálisis.

La sacrosanta frontera que teóricamente separa con un obstáculo infranqueable a cognitivistas y analistas es más permeable de lo que dicen los libros oficiales. Los facultativos experimentados saben aplicar recursos variados destinados a favorecer la evolución del paciente y las cosas evolucionan por ambas partes. En los años 80, el formato habitual de las terapias conductuales y cognitivas comportaba doce sesiones. Ese número pasó a dieciséis en los años 90. Hoy la práctica está próxima a las treinta sesiones, lo que, evidentemente, permite ir más lejos. Ya no se trata de atender únicamente las depresiones, sino de interesarse también por la persona, incluso si el número de sesiones es limitado. El cognitivista se interesa por la vida del paciente en el exterior de la sesión, por las capacidades de percepción y de acción sobre su entorno. El marco de las psicoterapias analíticas es diferente; en particular, el número de sesiones no se limita de entrada. El psicoanalista se interesa por lo que ocurre en el aquí y el ahora de la sesión. Tiene en cuenta las posibilidades de acceso del paciente a su vida psíquica favoreciendo su descubrimiento. En realidad los dos enfoques se mezclan a menudo, y más de lo que se dice.

7

LA EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

El papel de los factores económicos en nuestras sociedades no cesa de intensificarse y la medicina no escapa a ese proceso. Más allá de la preocupación cartesiana de medir científicamente los efectos de los tratamientos, o de lo que se consideran tratamientos, la cuestión de su reembolso ha llegado a ser candente. ¿En qué bases deben fundarse los «pagadores», los que reembolsan los tratamientos, para decidir lo que es legítimo financiar y lo que debe ser pagado por el paciente?

Algunos métodos, de todo punto criticables, pero al fin y al cabo métodos, funcionan. Son complejos, utilizan modelos matemáticos complejos, conducen a veces a resultados sorprendentes. Esos resultados se recogen, se publican, se transforman, y al final es imposible que el paciente los entienda. Una dificultad suplementaria es que el carácter comparativo de esos estudios tiende a menudo a promover una técnica de tratamiento a costa de la devaluación de otra. El paciente, incluso el médico, es empujado insidiosamente a preferir aquella a esta.

Demasiado a menudo, los estudios comparan simplemente una técnica a otra. Son muy pocos los que intentan demostrar los efectos terapéuticos de las asociaciones de tratamientos o la superioridad de los efectos, por ejemplo, de una prevención a largo plazo *que asocie* medicamento y psicoterapia.

La metodología es una especialidad en sí misma. Trabajan especialistas en metodología en el Ministerio de Sanidad francés, en el INSERM, en el CNRS, en la Alta Autoridad de Salud (HAS), en la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de Productos de Salud (AFSSAPS), en los laboratorios farmacéuticos... Sería de ilusos pretender resumir su acción en unas líneas. Sin embargo, hemos elegido, arbitrariamente, aislar algunos datos que quizás ayuden al lector a ser menos «ingenuo» frente a informaciones resonantes.

El interesarse por los métodos de evaluación no denota ni esnobismo ni una

pretensión excesiva. Se trata de cuestiones esenciales y, desdichadamente, bastante complicadas. Los diversos medios de tratamiento o de prevención de la depresión no son iguales en cuanto a sus capacidades respectivas para demostrar una eficacia científicamente. Y esto por, al menos, dos razones. La primera está ligada a la temporalidad de sus acciones. Los medicamentos antidepresivos, cuando actúan, lo hacen al cabo de entre tres y seis semanas. Las terapias conductuales y cognitivas lo hacen al cabo de unas semanas o un mes, pero para las psicoterapias de inspiración psicodinámica hacen falta algunos meses o años. La duración de los planes experimentales es, pues, muy diversa (de algunas semanas a algunos años). Incluir trescientos pacientes y hacer un seguimiento de ellos durante algunos meses es ya difícil. Incluir trescientos pacientes y hacer un seguimiento de ellos durante algunos años es una proeza.

La segunda razón es inherente a las diferencias de medición. Medir la evolución de síntomas depresivos, de sesgos de pensamiento o de estructuras de personalidad obliga a afrontar dificultades muy diversas. La homogeneidad de la práctica de los facultativos es igualmente diferente en cada uno de los tres casos. En efecto, incluso si cada uno de los que prescriben medicamentos tiene su propio modo de actuar, las reglas de prescripción, por su parte, pueden inscribirse fácilmente en un protocolo. En lo que concierne a las terapias conductuales y cognitivas, las reglas técnicas están relativamente estandarizadas y una formación adecuada permite en principio a los facultativos actuar según modalidades bastante próximas entre sí. Pero en el caso de las psicoterapias de inspiración psicodinámica y de los psicoanálisis, los vínculos entre analizados y analistas son muy singulares; la cuestión de la homogeneidad es infinitamente más compleja.

La honradez obliga así a reconocer que, según las metodologías actuales de evaluación, los medicamentos antidepresivos han demostrado claramente su eficacia para tratar la depresión, las terapias conductuales y cognitivas la han demostrado de manera menos clara, y las psicoterapias de inspiración psicodinámica no la han demostrado aún. Esta constatación, evidentemente, debe ser matizada.

La evaluación de los medicamentos antidepresivos

Desde siempre, los hombres utilizan sustancias medicamentosas para curar sus males. Algunos incluso las han comercializado. La historia rebosa de anécdotas que relatan cómo productos sin eficacia, incluso tóxicos, han estado detrás de la constitución de verdaderas fortunas. En reacción a esos excesos que han llegado a ser aún más manifiestos cuando la producción de los medicamentos se industrializaba, los responsables de la salud pública de los países occidentales decidieron, a comienzos del

siglo xx, poner en marcha procedimientos de evaluación de los productos sanitarios. Con el paso de los años se ha constituido progresivamente un corpus de conocimientos. Disponemos hoy de metodologías particularmente bien descritas para determinar la eficacia y el interés de un medicamento.

El que vuelve sin cesar, y también el más conocido del público cuando se trata de la evaluación de un medicamento, es el ensayo llamado «a doble ciego aleatorio». Se reúne a pacientes que presentan una patología concreta y después se los separa en dos grupos por sorteo. A uno de los grupos se le prescribe el medicamento A y al otro grupo el medicamento B. Ni el médico ni el paciente saben si se ha prescrito A o B. Pasa el tiempo... Se observa el número de curaciones en cada grupo y después se comparan el del grupo A y el del grupo B con la ayuda de un test estadístico.

¿Por qué tal procedimiento, en apariencia tan artificial y rígido? ¿No sería de sentido común comparar el medicamento A y el medicamento B dando libremente uno u otro producto a los pacientes que se presentaran sucesivamente en la consulta? Este método, mucho menos exigente que el ensayo a doble ciego aleatorio, y por ello muy seductor, presentaría en realidad un sesgo potencial mayor. En efecto, el médico podría decidir dar los medicamentos A o B a ciertos pacientes en función de sus características (quizás incluso inconscientemente). La diferencia de eficacia que se observara podría provenir de la diferencia existente entre los pacientes que hubieran recibido el medicamento A y los que hubieran recibido el medicamento B, y no provenir de las particularidades del producto. El sorteo sigue siendo la técnica más segura para resolver ese problema.

La presencia de otro sesgo justifica la elección del ensayo a doble ciego aleatorio, a lo largo del cual el médico y el paciente ignoran qué medicamento, A o B, ha sido prescrito. Si el médico y/o el paciente tuvieran conocimiento del tratamiento administrado, es posible que se percibiera subjetivamente como más eficaz un enfoque terapéutico «de moda», sobre todo en el caso de una patología como la depresión. La diferencia de eficacia que se observara entre los medicamentos A y B podría entonces estar ligada a un «efecto de moda» y no a una diferencia de eficacia «auténtica».

Poco importa, se podría alegar, puesto que el resultado conduce a observar una mejoría del estado de salud de la persona deprimida. Pero la experiencia indica que esos efectos de moda son mucho más fugaces que los efectos debidos a la eficacia clínica de terapias específicas. De ahí la presencia de ese verdadero sesgo. Los ensayos terapéuticos a doble ciego aleatorio son seguramente el procedimiento metodológico más riguroso y menos sospechoso. Sin embargo, eso no significa que esté exento de problemas de interpretación. Así, a menudo los efectos secundarios de los medicamentos A y de los medicamentos B son diferentes (sobre todo cuando B es un placebo). Van a

dar indicaciones al médico, quien por ello sabrá qué producto recibe su paciente. Por tanto, no es ciego más que en teoría...

Y lo que es más, esos últimos años, los ensayos sobre los antidepresivos, en general, ya no se realizan con el objetivo de probar la superioridad de un medicamento A sobre un medicamento B. Más bien tienen como objetivo mostrar que uno de los tratamientos no es (claramente) peor que el otro en términos de eficacia y que, por otra parte, presenta menos efectos secundarios. Entonces se habla de ensayo de no inferioridad.

Este enfoque metodológico, si bien es formalmente aceptable, no es menos criticable por razones prácticas. En la realidad, es difícil realizar un ensayo terapéutico. Es muy caro (varios millones, incluso decenas o centenas de millones de euros), y necesita una logística extremadamente grande. Al menor error, los datos recogidos se tachan de «rumores» y los resultados se vuelven no conclusivos. ¡Salvo si se trata de ensayos de no inferioridad! En efecto, en estos últimos, si el método es malo, no hay más que «rumores» en los resultados observados y por lo tanto A aparece artificialmente como equivalente a B. De hecho no se ponen los medios para demostrar que A es (claramente) peor que B...

Por esta razón, las autoridades sanitarias, como la Agencia Europea para la Evaluación de los Medicamentos (EMA) en Europa o como la Food and Drug Administration (FDA) en los Estados Unidos, imponen que un pequeño grupo de pacientes reciba un placebo en los ensayos en los que se compara un antidepresivo nuevo A con un antidepresivo antiguo B.

El industrial que desarrolla la molécula debe demostrar por tanto, en un primer tiempo, que B, en su ensayo, resulta ser mucho mejor que el placebo. Se trata de garantizar la calidad metodológica del ensayo. Aquí se ve hasta qué punto la ética más evidente, consistente en no prescribir un placebo a un paciente que presenta una patología particularmente difícil de soportar, puede estar reñida con las obligaciones metodológicas. Estos no son los únicos límites.

Tales ensayos evalúan el medicamento en circunstancias particulares... Un antidepresivo puede no presentar los mismos efectos según la situación en la que se ha prescrito, según que el paciente y el médico ignoren o no si se ha administrado un producto activo. El ensayo aleatorio implica para el médico y el paciente ausencia de libertad de elección en la constitución del tratamiento. Esta ausencia de libertad de elección puede, por su parte, conllevar también un sesgo en la evaluación de la eficacia del medicamento. Por último, los pacientes incluidos en los ensayos no son semejantes a los pacientes que tomarán el medicamento en situación «real» de prescripción: los primeros son generalmente más jóvenes, sin problemas de salud añadidos. Los médicos

que prescriben los medicamentos son también diferentes: son especialistas, quizás mejor formados, y proponen en general un número de consultas de seguimiento ampliamente superior al que se propone en la medicina de la vida cotidiana.

A pesar de estos límites, el ensayo a doble ciego aleatorio contra placebo sigue siendo ampliamente utilizado y se le considera sin reparos un «patrón oro». Por una razón que no salta a la vista en un primer momento: su metodología es tan estricta que es muy difícil hacer trampas con ella... Ahora bien, las masas de dinero en juego son tan importantes en el universo del medicamento, y de los antidepresivos en particular, que es grande la tentación de confundir churras con merinas... Por su simplicidad, sigue siendo hoy el único procedimiento capaz de resistir a conflictos de intereses de tal amplitud.

Esta situación no carece de inconvenientes, pues, por una parte, esos ensayos muestran la eficacia del antidepresivo en una situación clínica «extraordinaria». El desarrollo del tratamiento en un ensayo no es el mismo que en la vida cotidiana. Y, por otra parte, su coste es tan elevado que únicamente las firmas farmacéuticas pueden permitirse realizarlos. Esos costes son un obstáculo para la evaluación de los tratamientos antiguos (farmacológicos o no), ya que no se puede esperar ningún beneficio futuro que permita rembolsar la inversión financiera que representan los ensayos.

¿Cómo superar esta inquietante dificultad? La primera solución la puso en marcha el propio mundo de la industria del medicamento, de acuerdo y en colaboración con las autoridades sanitarias: no todo se reduce únicamente a los ensayos a doble ciego aleatorio. Durante el desarrollo de un medicamento, se procede en primer lugar a efectuar estudios que evalúan el producto en modelos biológicos: cultivos de células o modelos animales. De esta manera se puede verificar que el producto estudiado se fija bien sobre receptores cerebrales relacionados con lo que se llama «depresión». También es posible estudiar el efecto del medicamento en animales deprimidos. Por curioso que pueda parecer, ¡existen modelos animales de depresión! Muy limitados, hay que reconocerlo... Uno de ellos consiste en introducir un ratón en un frasco lleno de agua. El ratón se pone inmediatamente a nadar, a girar en redondo en el frasco, verosíblemente en busca de una salida. Al cabo de cierto tiempo, el ratón se detiene y hace «el muerto»; se dice entonces que está desesperado; en otros términos, «deprimido». La mayoría de los antidepresivos, cuando se administran a ratones que deben realizar esta tarea, impulsan al animal a nadar más tiempo antes de hacer el muerto. Hay quienes se sienten tentados de ver en ello un efecto antidepresivo.

Esos modelos biológicos, que fácilmente se comprende que son muy imperfectos, permiten sin embargo seleccionar, entre los miles de productos desarrollados por los bioquímicos, aquellas moléculas más interesantes, capaces de poseer virtudes

antidepresivas.

Después de esta primera etapa celular y animal, el medicamento se prueba en primer lugar en algunos voluntarios sanos. Se trata de detectar los efectos indeseables y la concentración sanguínea del producto en función de la posología administrada, es decir, del número de comprimidos. Es la fase I. Luego, se emprenden los primeros ensayos, esta vez en grupos pequeños, a fin de probar *grosso modo* el interés de la sustancia. A esta etapa se la denomina fase II. Y únicamente si esta es positiva se emprende la fase III, la de los ensayos masivos descritos anteriormente. Si todo va bien, es en este estadio, al final de la fase III, cuando el producto obtiene su autorización de salida al mercado. Puede ser comercializado, pero los estudios continúan y pasan a la fase IV, orientada esencialmente a detectar efectos indeseables raros pero graves y a determinar las prácticas de prescripción en la vida de todos los días. Para afirmar la eficacia antidepresiva de un producto, por lo tanto, lo que se exige es un conjunto consistente de datos y no solo algunos resultados positivos aislados. Se ve claramente que la hipótesis planteada sobre el mecanismo de acción de un medicamento debe estar fundada y ser justificada.

¿Existen alternativas?

Para contrarrestar el carácter artificial, y en consecuencia poco extrapolable a la vida cotidiana, de los ensayos terapéuticos a sorteo en doble ciego existen otros caminos:

- Los estudios epidemiológicos que no interfieren en la práctica médica. El médico y el paciente son libres de elegir tal tratamiento en lugar de tal otro. Son modelos estadísticos complejos que se supone tienen en cuenta el sesgo descrito anteriormente. Este enfoque está actualmente en auge.
- Los estudios cualitativos conciernen, por ejemplo, a la antropología médica. Se trata aquí de interrogar ampliamente a médicos y pacientes sobre el proceso de tratamiento, sobre la evolución del estado de salud del paciente, a fin de intentar discernir los numerosos factores capaces de explicar el camino hacia la curación.
- A menudo, las opiniones de los expertos son ineludibles. En Francia, hoy, la decisión del reembolso y la elección del nivel de precio de los medicamentos son resultado de los datos procedentes de los estudios científicos y del parecer de indiscutidos expertos del universo de la depresión. Van a aportar una mirada crítica sobre los resultados de los ensayos: ¿son aplicables a la

situación francesa? Las diferencias observadas ¿son realmente interesantes para el paciente?

Estos criterios de expertos, evidentemente, plantean problemas, sobre todo el de los conflictos de intereses con las firmas farmacéuticas, o el de la subjetividad de la apreciación, pero la experiencia muestra que no recurrir a ellos conduce a decisiones puramente académicas, potencialmente ineficaces.

La cuestión de la honestidad y de los conflictos de intereses con los que tropiezan los expertos no debe eludirse. Durante mucho tiempo Francia evitó esas cuestiones mientras que los países anglosajones, a falta de resolverlas, las mencionaban abiertamente. Desde hace quince años, en el seno de la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los Productos de Salud (AFSSAPS) y de la Alta Autoridad de Salud (HAS), ha evolucionado la situación en el seno del Código de la Salud Pública. A escala europea, hay un código comunitario relativo a los medicamentos de uso humano que precisa la obligación de hacer una declaración pública de intereses. Esto concierne a todos los agentes, informadores y expertos, de la autoridad competente encargada de conceder las autorizaciones y de efectuar los controles relativos a los medicamentos.

El conflicto de intereses es una situación en el curso de la cual una persona que ocupa un puesto de confianza, un experto en psiquiatría, farmacología, estadística, metodología, tiene intereses profesionales y personales que compiten entre sí. La naturaleza de esos vínculos de intereses es doble: financieros, porque un experto que efectúa investigaciones o que es consejero de un industrial recibe honorarios por sus actividades; y materiales, porque, en contrapartida de sus actividades, el experto recibe una ayuda en forma de equipamiento de estudio, de tiempo de secretariado o de contratación de colaboradores.

Los miembros de las comisiones de la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los Productos de Salud y de la Alta Autoridad de Salud deben, por tanto, rellenar obligatoriamente una declaración pública de intereses. La cuestión de los conflictos de intereses se les planteaba, además, a los profesionales de la salud a los que afecta la ley, pero igualmente a otras profesiones: los formadores terapéuticos, los economistas sanitarios, los juristas, los políticos, etc., que no están en el punto de mira de la legislación en vigor, como lo ha hecho notar recientemente Jacques-Noël Biot, consultor estratégico en el campo de la salud[40].

En el seno de esos dos organismos, las reglamentaciones en vigor son precisas y exigentes. Antes de un trabajo, todo experto debe rellenar esta declaración pública de intereses. Se actualiza cada año y se publica en el informe anual de la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los Productos de Salud. La Alta Autoridad de Salud funciona

según un modelo muy similar y las declaraciones de intereses se hacen públicas en una página de Internet dedicada a esta cuestión.

Cuando se detecta un conflicto de intereses, se distinguen dos niveles. Si se presume que el riesgo de conflicto es elevado, el compromiso del experto con un laboratorio puede tener un impacto significativo en la evaluación. Al no poder ser juez y parte, se le aparta del estudio del expediente. En la práctica, sale de la sala en el momento en que se estudia el expediente en comisión. Si el riesgo de conflicto es reducido, el experto que ha declarado sus trabajos puede participar en el estudio del expediente. Se considera que su compromiso tiene un impacto limitado sobre la evaluación.

Así, se ha creado un grupo de «Deontología e independencia de peritaje»[\[41\]](#) que asegura una vigilancia permanente sobre las diferentes prácticas en Francia y en el extranjero. Da cuenta anualmente al Parlamento y al Gobierno de los conflictos de intereses en un informe de actividades.

En Estados Unidos, después de recientes escándalos, el nivel de exigencia deontológica ha aumentado. En Francia, ningún «asunto» ha salpicado al sector del peritaje psiquiátrico. Sigue siendo necesario que en todas las circunstancias, ya intervengan en concepto de formación o en los congresos, ya en la prensa o en las emisiones públicas, los expertos declaren sus colaboraciones recientes y en curso. Esas interacciones no solo conciernen a los laboratorios farmacéuticos clásicos, sino al conjunto del mundo de la salud: empresarios de las medicinas alternativas, asociaciones profesionales, etc.

Paralelamente a esta evolución ética del peritaje, sería deseable que la sociedad civil se interrogara sobre su ambivalencia fundamental a propósito de los especialistas. Los expertos hacen lo que pueden, la mayor parte de las veces con competencia. No poseen ninguna verdad absoluta, sus conclusiones son relativas, limitadas y temporales. Expresan sus criterios dentro de una clave de lectura que no puede tenerlo todo en cuenta. Pero es honesto reconocer su nivel de conocimientos, generalmente superior al de muchos participantes no especializados que hablan regularmente sobre la depresión y sus tratamientos.

Por último, si bien, por otra parte, se puede decir que la depresión-enfermedad es un cáncer moral, es lamentable igualmente que entre los psiquiatras no exista verdadera colaboración con vistas a la optimización de los tratamientos de la depresión, como es el caso en oncología, donde una comunidad de cancerólogos se reúne para examinar por medio de pruebas lo que es mejor para un paciente dado.

La prueba del placebo

La eficacia de un antidepresivo se evalúa según un método clásico consistente en aislar tres grupos (tres «brazos», según el vocabulario de los especialistas en metodología). Un grupo recibe un placebo, el segundo un antidepresivo conocido por su eficacia y el tercero la nueva molécula potencialmente antidepresiva. No hay certeza en lo que concierne a la acción positiva de la molécula que se pone a prueba. El que prescribe ignora lo que prescribe, y el paciente deprimido, lo que recibe. De esta manera, pues, existe el riesgo real de que, en dos tercios de los casos, el paciente no se cure.

Por esta razón, y aunque en principio se exijan puntuaciones mínimas de intensidad depresiva para participar en estos ensayos (se mide la gravedad de la enfermedad por medio de escalas llamadas de depresión), los experimentos, voluntariamente o no, incluyen a muchos pacientes en principio deprimidos pero que en realidad padecen simples dificultades de adaptación y, consecuentemente, no están enfermos.

En la medida en que los pacientes que se estudian no están enfermos, ¿cómo podrían ser activos los antidepresivos? En esos pacientes con simple sufrimiento, lo principal es entonces el efecto placebo. En esas condiciones, ni el antidepresivo reconocido ni la molécula que se estudia pueden probar su eficacia, puesto que la población que participa en el estudio no es la adecuada. En principio, cuando aparecen resultados de ese tipo, conviene volver a encuadrar los experimentos a fin de incluir en el estudio verdaderos enfermos que respondan al protocolo.

Por último, a menudo, demasiado a menudo, cuando a fin de cuentas las conclusiones resultan ser negativas, los laboratorios no publican sus resultados. Tales disimulos deshonestos y estúpidos se explican por el temor de ver a la competencia «utilizar» esos resultados negativos para descalificar ante los médicos y agencias del medicamento una molécula en curso de desarrollo. Ese sesgo, en principio, queda descartado porque legalmente, desde el 1.º de julio de 2004[42], las industrias farmacéuticas están obligadas a publicar los resultados de todos los estudios que han iniciado.

Sin embargo, sigue siendo posible integrar estudios con resultados negativos en los metaanálisis que sintetizan los estudios. Si se obtienen resultados negativos siguiendo una metodología correcta, es legítimo e indispensable integrarlos. Si se deben a errores de selección de pacientes, esos resultados son falsos negativos y la ineficacia no es real. ¡No se puede medir la eficacia de un paraguas si no llueve! La lógica es simple. Pero algunos especialistas son capaces de tergiversar resultados callando verdaderos fracasos, con lo que el medicamento se declara más activo de lo que es en realidad, o transformando en fracasos estudios no interpretables, y entonces el antidepresivo se

juzga menos activo de lo que es en realidad.

8

¿SE PUEDEN GENERALIZAR LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS?

Los resultados de los estudios presentan límites: los de la elección de los pacientes implicados, y los del marco en el que se aplican esos estudios. En efecto, existen diferencias indiscutibles entre las observaciones concernientes a la eficacia de los tratamientos probados en pacientes curados en el marco de estudios clínicos destinados a la evaluación, y las de la eficacia de los mismos tratamientos en pacientes curados según los mismos métodos, pero en atención primaria.

En el primer caso, el de los estudios controlados, se hace un seguimiento de los pacientes a intervalos cortos y se les obliga a venir regularmente a las citas, lo que no ocurre en la vida cotidiana. Los médicos o psicoterapeutas evaluadores son, en principio, facultativos perfectamente formados en la aplicación de las técnicas que se prueban, se trate de prescripciones de medicamentos o de psicoterapias (por desgracia, tampoco es siempre ese el caso en la vida real). Y cuando esos facultativos no son expertos, son, en principio, supervisados por expertos en la disciplina utilizada, lo que permite elevar el nivel.

Es raro que los pacientes afectados de depresión-enfermedad estén únicamente deprimidos. A menudo sufren trastornos diversos (se habla de comorbilidad): pueden estar deprimidos y ansiosos, o estar deprimidos y ser alcohólicos, o deprimidos y afectados de cáncer, de enfermedades cardíacas, de trastornos hepáticos. Ahora bien, los protocolos de estudio no seleccionan más que pacientes afectados de depresión pura, descartando por tanto numerosas formas de depresión compleja.

Por otra parte, los protocolos excluyen igualmente por razones éticas a pacientes muy gravemente afectados, con ideas suicidas o que ya han hecho tentativas de suicidio. La población estudiada y los facultativos que participan constituyen, pues, inicialmente una muestra no representativa del conjunto de los enfermos deprimidos. Sin embargo, cuando está disponible un antidepresivo nuevo, estudios complementarios, llamados

naturalistas, intentan evaluar los efectos sobre poblaciones más amplias, menos seleccionadas. En cuanto a las psicoterapias, es imposible realizar estudios naturalistas, el equivalente de la fase IV para los medicamentos, por la dificultad de estandarizar las variables que conciernen a los pacientes y las prácticas de los terapeutas.

La medición del efecto

Si hay una apreciación esencial, es sin duda la magnitud del efecto de un tratamiento, es decir, la estimación estadística que mide su amplitud. Imaginemos que ya está disponible un nuevo medicamento A y que, en el ensayo clínico disponible, es más eficaz que el medicamento de referencia B. ¿Hay que prescribirlo a los pacientes o hay que recomendar el antiguo tratamiento? Toda la dificultad está ahí, porque en este estadio se ignora si las diferencias constatadas entre el grupo tratado con el medicamento A y el tratado con el medicamento B son reales o accidentales.

Esta cuestión es fundamental. La respuesta indica si se tiene derecho o no a extrapolar esos resultados a la práctica clínica. Debe permitir al médico basarse en una información lo bastante válida científicamente como para guiar una elección de tratamiento. Para responder a la cuestión, se utilizan procedimientos matemáticos a fin de saber si las diferencias constatadas entre dos grupos son «estadísticamente significativas».

Las cosas serían relativamente sencillas si el medicamento A curara dos o tres veces más pacientes que el medicamento B. Serían suficientes veinte o treinta sujetos por grupo para detectar un efecto tan importante. Pero, en psiquiatría como en medicina, la diferencia que se observa entre dos tratamientos nunca es del 200 o del 300%.

La magnitud del efecto es claramente más débil, y la diferencia de respuesta gira más bien alrededor del 10 o del 20% como máximo. Así, un estudio que utilizara muestras muy limitadas de sujetos no sería capaz de detectar una magnitud pequeña del efecto, razón por la que hay que recurrir a grupos de varios cientos de pacientes.

Por otra parte, otra fuente de dificultad en la detección de un efecto proviene de la varianza de los datos: si las respuestas de cada uno de los individuos que componen el grupo pueden variar enormemente de un sujeto a otro, esto viene en cierto modo a sembrar confusión. En resumen, la magnitud del efecto es débil en el sector de los antidepresivos. ¡De ahí la necesidad de incluir grupos grandes de pacientes, de repetir los ensayos y de procurar incluir poblaciones de pacientes homogéneos, es decir, realmente deprimidos!

Existen otros índices estadísticos para analizar los resultados de un estudio

científico; en especial un índice, muy valorado por los médicos, conocido por las siglas NNT, que significan «número necesario para tratar» (*Number Needed to Treat*), que corresponde al número medio de sujetos que es necesario tratar para registrar una curación. En psiquiatría, el NNT para un antidepresivo se estima entre 3 y 5. Para comparar, en cardiología el NNT de la aspirina prescrita para evitar un accidente vascular es de 200, y el de una estatina está comprendido entre 500 y 1.000. Esto significa que los antidepresivos no son menos «rentables» en términos de estadísticas de eficacia terapéutica media, en comparación con los medicamentos utilizados en otros campos de la medicina.

¿Existen estudios sin sesgo de selección?

Sería deseable que los pacientes deprimidos incluidos en los estudios de antidepresivos correspondieran a la población de pacientes que, después de la autorización de salida al mercado, serán tratados con esos mismos antidepresivos. Por diferentes razones, ese no es el caso; de ahí el inmenso interés de los estudios llamados post-salida al mercado, en el curso de los cuales los resultados se obtienen en condiciones naturales de atención al paciente.

Hemos visto cómo algunos sujetos, considerados demasiado gravemente deprimidos, son excluidos de los estudios iniciales porque tienen antecedentes de tentativa de suicidio, ideas suicidas acentuadas o una suma de diversos trastornos (ansiedad, toxicomanía u otra enfermedad psiquiátrica o somática). En la vida real, son numerosos y, en efecto, más difíciles de tratar. Un sesgo inverso conduce a incluir pacientes que piden ayuda o tratamiento, pero que no están verdaderamente deprimidos.

La internacionalización de los desarrollos de antidepresivos lleva a efectuar estudios en los cinco continentes. Los protocolos de estudio, sobre el papel, son idénticos o se parecen. Esta homogeneización inicial permite después combinar esos resultados y mejorar la solidez de los estudios. En cambio, las prácticas de campo, los métodos de selección, las técnicas de recogida de datos clínicos varían según los países, y esas diferencias tienen consecuencias. Así, en Estados Unidos (donde se hacen muchos estudios), muchos americanos, sin seguro o mal asegurados, al no tener acceso a los tratamientos –es de esperar que la reforma que desea el presidente Obama haga evolucionar favorablemente esta situación inaceptable para una gran nación– están muy interesados en estos ensayos. Sociedades especializadas, que trabajan para laboratorios farmacéuticos, contratan a través de la prensa o la radio «candidatos» para sus estudios sobre antidepresivos. Los convocados «inflan» sus síntomas para ser incluidos y cuidados gratuitamente; ¿quién puede reprochárselo? Si la entrevista previa a la

inclusión en la muestra la realiza un psiquiatra experimentado, la diferencia entre las respuestas dadas a cuestionarios especializados y la impresión clínica debería poder impedir su admisión en el estudio. El médico se dará cuenta de que, «metodológicamente», el sujeto podría estar incluido porque tiene la puntuación requerida en cuanto a los síntomas, pero clínicamente se desprende otro diagnóstico de la entrevista: lo que padece no es una verdadera depresión. En el mejor de los casos, no le incluirá en el estudio. Pero puede ocurrir que prevalezcan la petición del candidato, la presión del empresario para incluir cada vez más pacientes y la atracción de la remuneración. Es así como el medicamento se prueba en pacientes que, normalmente, no tendrían que ver con un tratamiento con antidepresivos.

Por último, si la evaluación se delega en personal menos formado, lo que en principio no se autoriza nunca, bastará con los resultados procedentes del cuestionario estandarizado y, también ahí, se incluirá a un paciente no deprimido. Se puede adivinar la importancia del efecto placebo en pacientes que, sin estar verdaderamente deprimidos, sufren sobre todo dificultades de la vida.

Unos métodos muy estandarizados permiten en principio verificar que los criterios de diagnóstico de la depresión están muy presentes, pero también que están ausentes los correspondientes a eventuales comorbilidades psiquiátricas, que el sujeto no es esquizofrénico, ni toxicómano, etc. Permiten igualmente la evaluación de dimensiones diversas. Hay interés por el nivel de depresión a grandes rasgos, pero igualmente por síntomas tales como el sueño, la ansiedad o dolores somáticos, o el nivel de desventaja social, la satisfacción con relación al tratamiento...

Pasar esos cuestionarios, que llevan un tiempo considerable, ya no pertenece verdaderamente al campo del tratamiento. Por otra parte existen compañías especializadas en investigaciones clínicas, perfectamente diferenciadas de los equipos de tratamiento que incluyen a los pacientes y hacen su seguimiento, paralelamente a los centros médicos que los atienden, ¡y esto sin contacto real! El paciente, en algunos casos, responde pulsando las teclas de un teléfono, a veces se le graba por medio de una webcam y la entrevista es analizada posteriormente por un solo examinador.

Varios evaluadores independientes van a juzgar centenares de respuestas aportadas por pacientes en tratamiento. En principio esos evaluadores juzgan de manera similar. Si no lo hacen, un supervisor, a la vista de la grabación, corregirá en un segundo momento los datos del interrogatorio. Estamos, pues, lejos de la vida real y es probable que la validez de las evaluaciones sea, demasiado a menudo, insuficiente. Cuando un estudio internacional mezcla resultados obtenidos en cinco o diez centros, hay técnicas de análisis que permiten identificar un eventual «efecto centro». Si los resultados obtenidos en un centro X de un país Y son demasiado diferentes de los otros resultados (resultados

verdaderamente mejores o verdaderamente menos buenos), un auditor del estudio intentará explicar las razones de esta singularidad.

Como estas desviaciones metodológicas constituyen hoy la otra cara de la moneda, los empresarios deberán asumir sus responsabilidades ante sociedades internacionales de estudios clínicos muy agresivas comercialmente, muy competitivas técnicamente, pero cada vez menos conectadas con el universo real de la medicina de los cuidados.

El estatus particular de las grandes síntesis... y otras comparaciones indirectas

Un metaanálisis es una síntesis cuantitativa de los datos de la bibliografía científica relativa a la eficacia de un tratamiento o, como es el caso aquí, de una o varias moléculas en el tratamiento de una o varias enfermedades. En efecto, no es raro que los ensayos relativos a un medicamento se realicen en condiciones ligeramente diferentes (cantidad de producto administrado, definición de los pacientes incluidos, modalidades de seguimiento...) y desemboquen en conclusiones divergentes. Para hacerse una idea global del producto que se estudia, es necesario, pues, situarse dentro del conjunto de la información relativa a él, información que ha salido de ensayos aleatorios. Es ahí donde interviene el metaanálisis. Y como lo que está en juego es importante, esta cuestión se debe tratar con el máximo rigor metodológico, a saber: transparencia y carácter sistemático de la selección de los ensayos, utilización de técnicas estadísticas reconocidas, etc. Esas síntesis son indiscutiblemente interesantes, sobre todo cuando conciernen a productos «estrella». Como estos últimos han sido, en general, probados en múltiples estudios, están mucho más presentes en la síntesis.

Sin embargo, los metaanálisis, a pesar de la cantidad de informaciones recogidas, deben interpretarse con extremada prudencia. En el caso de los antidepresivos, comparar productos antiguos con productos nuevos obliga a amalgamar estudios realizados hace varios decenios y otros más recientes. Ahora bien, parece, como lo atestiguan múltiples trabajos, que los pacientes incluidos en los ensayos recientes están menos gravemente afectados que los pacientes incluidos en los ensayos antiguos. Al estar la eficacia de un medicamento antidepresivo directamente ligada a la gravedad de la enfermedad que sufre el paciente (cuando la enfermedad es grave, los efectos del producto gozan de una mejor visibilidad), los metaanálisis y otras comparaciones indirectas realizadas sin precaución corren el riesgo de favorecer artificialmente los medicamentos más antiguos. Puesto que existe un gran número de sesgos posibles de ese tipo, es necesario obtener resultados muy contrastados a fin de poder sacar conclusiones con un mínimo de seguridad.

La utilidad de tales síntesis es indiscutible, pero la exigencia de una perfecta honestidad intelectual lo es aún más: esas síntesis no deben construirse «a medida» para respaldar una estrategia publicitaria orientada de antemano. Únicamente los verdaderos expertos en metodología son capaces de evaluar con precisión el valor científico de ese tipo de metaanálisis. En efecto, todo puede depender de lo que quiera probar un equipo de investigación: la eficacia o ineficacia de un tratamiento, la superioridad de una técnica sobre otra. Así, un primer sesgo posible tiene que ver con la elección de los estudios seleccionados para esa síntesis. Probar... lo que se quiere probar. Pero sin que se sepa.

En principio, los análisis de sensibilidad permiten medir los efectos más o menos determinantes producidos por la retirada o la agregación de uno o varios estudios a todo metaanálisis. Esas verificaciones son útiles, pero no permiten estar totalmente tranquilos.

La eficacia real de las terapias alternativas

Si bien la palabra de los médicos debe permanecer lejos de las ideologías o de las modas, anclada en un conocimiento racional, fundado en pruebas, la medicina no es, sin embargo, omnipotente, y los «verdaderos» medicamentos tienen un defecto: sus efectos secundarios. Hoy, los antidepresivos, que son «verdaderos» medicamentos, tienen con frecuencia mala prensa, y numerosos pacientes se vuelven hacia las medicinas suaves arguyendo su inocuidad, contrariamente a los medicamentos de síntesis, que son, se dice, forzosamente nocivos. Olvidando que lo «natural» que a menudo se invoca es peligroso: la cicuta también es una planta, igual que las setas venenosas. Esta es la razón por la que es importante presentar una información argumentada sobre los datos científicos relativos a las terapias alternativas propuestas la mayor parte de las veces en el tratamiento de la depresión-enfermedad.

Se dispone de datos científicos sobre los efectos de la hierba de san Juan (hipérico), de la luminoterapia, de los ácidos grasos de tipo omega 3, así como de la actividad deportiva. Los hemos enumerado privilegiando los análisis estadísticos globales, o metaanálisis, frente al fastidioso catálogo estudio por estudio. En cuanto a otras terapias, como las fitoterapias diversas, la homeopatía, la vitaminoterapia, la acupuntura, a falta de soporte científico creíble, hoy no podemos decir nada de su supuesta eficacia.

La hierba de san Juan: opiniones contradictorias

En lo que concierne a la utilización de la hierba de san Juan en la depresión, existen dos metaanálisis recientes que sintetizan la bibliografía.

Bastante curiosamente, las conclusiones de esos dos estudios son diferentes, a pesar de que los dos están escritos por el mismo autor (el profesor Linde) y se fundamentan en el análisis estadístico de los mismos datos básicos. En el primero[43], Linde se muestra particularmente crítico respecto a los estudios sobre la hierba de san Juan. Citemos la conclusión del resumen de su estudio: «El nivel de prueba [científica] actual en relación con el extracto de hipérico es inconsistente y confuso».

Este metaanálisis, publicado en una prestigiosa revista inglesa, subrayaba varios sesgos científicos mayores en la evaluación de la hierba de san Juan para tratar la depresión:

- Los preparados disponibles a base de hipérico no están homogeneizados ni validados, ni en cuanto a la calidad ni en cuanto a la cantidad de sustancia activa purificada.
- El porcentaje de pacientes que han mejorado gracias al hipérico es claramente más elevado en Alemania (país en el que hay una larga tradición de prescripción de ese producto) que en los otros países.
- El porcentaje de pacientes que han mejorado gracias al hipérico es mayor en los estudios antiguos que en los que son más recientes y más rigurosos, como lo demuestra el gráfico de la página siguiente (notemos que se observa lo contrario para el placebo, menos activo en los estudios antiguos que en los recientes).
- Otro sesgo científico mayor es que no se ha publicado ningún estudio negativo. Sabiendo que incluso los analgésicos o los antibióticos tienen estudios negativos, es difícilmente explicable que no se hayan publicado estudios negativos respecto a la hierba de san Juan. Se ve esta anomalía en los gráficos de la página siguiente.

En el segundo metaanálisis[44], un poco más reciente, las conclusiones de Linde son muy diferentes: «La hierba de san Juan es eficaz en la depresión, sin duda tanto como los verdaderos antidepresivos, pero con menos efectos secundarios». Lo que tiende a mostrar que entre la medida estadística y su interpretación hay un mundo...

¿Qué retener finalmente de esos datos contradictorios sobre la eficacia de la hierba de san Juan? Teniendo en cuenta las numerosas incoherencias del expediente científico de la hierba de san Juan, no nos parece posible concluir de manera segura a favor de la

eficacia de la hierba de san Juan, ni preconizar su empleo en la depresión-enfermedad, sabiendo, por otra parte, que su utilización no está desprovista de efectos indeseables o de interacciones medicamentosas potencialmente problemáticas. Un medicamento antidepresivo que tuviera semejante expediente científico, sencillamente no tendría autorización, en Francia, para la comercialización en el tratamiento de la depresión.

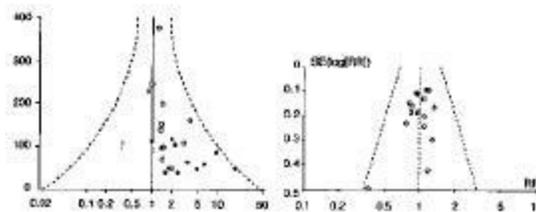


Ilustración gráfica de un sesgo científico mayor en los estudios que tratan de la hierba de san Juan. Se trata de gráficos *funnel plot* (en embudo) que muestran el reparto de los estudios que conciernen a una sustancia, positivos a la derecha de la línea media, negativos a la izquierda. Los puntos, cada uno de los cuales simboliza un estudio, toman normalmente la forma de un embudo invertido.

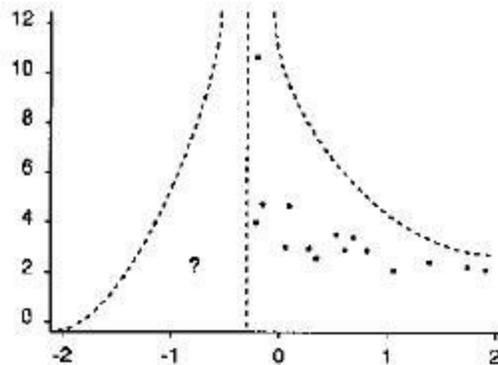
El gráfico de la izquierda muestra la ausencia de estudios negativos en los ensayos que comparan la hierba de san Juan al placebo, lo que científicamente es sospechoso, puesto que incluso los medicamentos más eficaces son objeto de resultados contradictorios. El gráfico de la derecha muestra los ensayos que comparan la hierba de san Juan con varios antidepresivos y su aspecto parece normal, con equilibrio entre estudios negativos y estudios positivos.

La sospechosa ausencia de todo estudio negativo en relación con la eficacia de la hierba de San Juan comparada con el placebo quizás está vinculada al hecho de que los estudios realizados, en su mayor parte, están financiados por firmas fitoterapéuticas que son libres de decidir publicar o no sus resultados y no tienen interés en presentar a los médicos datos negativos. Esta problemática, que ha sido ampliamente abordada con los antidepresivos a lo largo de los últimos años –a saber, la necesidad de transparencia sobre todos los datos, incluidos los negativos–, debería aplicarse de la misma manera a los estudios sobre la hierba de san Juan.

Los omega 3

En el 2006[45] se publicó un metaanálisis que permitía sintetizar los resultados de doce ensayos clínicos aleatorios y controlados que versan sobre el tratamiento de la

depresión por medio de los omega 3. La medida de la eficacia era extremadamente modesta (magnitud del efecto: 0,13) en comparación con el placebo, con un problema muy grave de heterogeneidad de los datos. Como para la hierba de San Juan, las asimetrías del *funnel plot* sugerían la presencia de un sesgo de publicación (sospechosa ausencia de estudios negativos).



Según las conclusiones de los autores, los datos científicos sobre los omega 3 son demasiado limitados para poder concluir eficacia alguna en el tratamiento de la depresión-enfermedad. Es difícil no estar de acuerdo con sus conclusiones...

La luminoterapia

Sola o asociada a antidepresivos, la luminoterapia forma parte de los tratamientos que se proponen para la depresión. Consiste en exponer a la persona deprimida a una luz artificial de una intensidad y de un espectro luminosos cercanos a los de la luz solar.

Una síntesis reciente^[46] de la bibliografía científica, acompañada de un metaanálisis, muestra un efecto terapéutico de la luminoterapia superior al del placebo en el tratamiento de la depresión estacional y no estacional. Pero la heterogeneidad de los resultados y la debilidad metodológica de la mayoría de los ensayos analizados dejan lugar para la duda. Según la opinión de los mismos autores de este metaanálisis, en efecto, de 173 estudios disponibles, apenas una veintena presentan criterios científicos de calidad suficiente para poder ser interpretados, y de ellos solo cuatro para las depresiones no estacionales.

Los estudios que muestran el mejor efecto terapéutico son los estudios más antiguos, mientras que los más recientes, de metodologías más rigurosas, no indican eficacia superior a la del placebo en la depresión-enfermedad.

Lejos de los criterios habitualmente requeridos por las agencias de regulación,

como la FDA (Food and Drug Administration), la mayor parte de los estudios se habían realizado en condiciones limitadas, con muestras muy pequeñas de pacientes y en períodos de tiempo cortos.

Sea por falta de interés de las firmas y de los inversores o por desprecio por parte de la comunidad científica, la mayor parte de los estudios no disponían del soporte financiero requerido para responder con certeza a las preguntas planteadas. Por otra parte, en el plano metodológico, una de las principales dificultades que encontraron los investigadores era el tema del placebo. ¡Parece que es más fácil crear una cápsula que parezca un verdadero medicamento que definir las condiciones de una luminoterapia placebo!

Retengamos, pues, la eficacia relativa de la luminoterapia en las formas de depresión estacionales, pero no en la depresión en general. Por otra parte, es útil informar a los pacientes que deseen beneficiarse de ella del peso de los protocolos terapéuticos: para ser eficaz, la luminoterapia debe, en efecto, realizarse con una máquina que emita 10.000 lux durante treinta minutos todas las mañanas, o bien 2.500 lux durante dos horas. La sesión comienza a las ocho de la mañana en algunos servicios hospitalarios equipados con esas lámparas ultrapotentes.

En comparación, una lámpara eléctrica de oficina emite apenas 40, mientras que la mayor parte de los aparatos que se venden en el comercio al público en general, con fines presuntamente terapéuticos, raramente exceden los 1.500 lux. Al precio que cuestan las máquinas que se venden, más vale aconsejar una salida al aire libre, porque ¡incluso una fría mañana de invierno, la luz del día produce alrededor de 5.000 a 10.000 lux!

El ejercicio físico

¿Puede considerarse el ejercicio físico una terapia para la depresión-enfermedad, lo mismo que los antidepresivos? Un primer metaanálisis publicado en el 2001 respondía claramente «no» a esta pregunta^[47], a causa de la insuficiencia científica de los estudios publicados. Las debilidades metodológicas inherentes a los catorce estudios inventariados aquí hacen dudar de la posibilidad de extrapolar sus resultados; de ellos, únicamente tres eran aleatorios (lo que significa que en los otros once estudios los sujetos no estaban repartidos en los grupos de comparación al azar, sino que eran elegidos a priori por los investigadores, lo que constituye un sesgo mayor). Más preocupante aún en el plano de la validez científica, solo un estudio se beneficiaba de una evaluación a ciego (los investigadores no deben saber quién ha seguido tal o cual tratamiento, a fin de evitar introducir un sesgo en su evaluación de la mejoría de los

pacientes). Ante tales límites, las conclusiones de los autores eran que la modesta mejoría constatada por el metaanálisis no podía ser validada, debido a la mediocridad científica de los ensayos inventados.

Algunos años más tarde, un equipo independiente^[48] publicó un nuevo metaanálisis según una metodología probada cuyos resultados y conclusiones eran globalmente similares. De veintitrés estudios que comparaban la actividad física a ningún tratamiento en pacientes deprimidos, solo tres se habían realizado a ciego y se beneficiaban de un enfoque estadístico válido (llamado «con intención de tratar»). Esos tres estudios científicamente válidos mostraban un efecto extremadamente moderado de la actividad física y estadísticamente no significativo.

Lo único que se puede hacer es convenir con las conclusiones de esos dos metaanálisis: ¡hasta hoy, la actividad deportiva no ha probado su eficacia en el tratamiento de la depresión!

Estamos, por consiguiente, en condiciones de concluir que las terapias alternativas que se han presentado aquí pueden beneficiar, tanto como el placebo, a los pacientes que sufren síntomas depresivos menores o problemas benignos de adaptación al estrés, a condición de decir sencillamente la verdad a las personas enfermas: esos sucedáneos de medicina no curan la depresión-enfermedad. A ninguno de los que curan así el malestar, con cierto grado de resultado, se le ocurriría hacer lo mismo con un enfermo coronario o un diabético, de la misma manera que no prescribirían un tratamiento contra la diabetes a un paciente que no tuviera la enfermedad.

La evaluación científica de los medios de tratamiento es tanto más delicada cuanto que la parte de subjetividad es grande. Los expertos en metodología son conscientes de ello. Saben que no son infalibles y que su saber tiene límites. Pero, sean cuales sean las dificultades, parece lógico que todo procedimiento que se proclame terapéutico acepte, de una manera o de otra, el principio de una evaluación. En prácticas individualizadas de cuidados en sentido amplio, en una perspectiva antropológica, se admite que existen facetas enteras aún no probadas científicamente, y que hay lugar para lo irracional. Admitimos menos que se vendan en farmacias productos que no han sido evaluados científicamente, pero que juegan con lo impreciso de la utilización del término para reivindicar acciones antidepresivas cuando, incluso si pueden actuar sobre el malestar, no tienen ningún efecto sobre la *depresión-enfermedad*. Pero es verdad que aquí se evoluciona en un registro en el que se mezcla el miedo, al límite de la fobia a veces, a lo que es moderno, «químico» en el caso presente. Tal miedo, sean cuales sean los argumentos que se alegan para justificarlo, permanece siempre anclado en lo irracional.

9

SIETE

PROPUESTAS CONCRETAS

¿Existe para el hombre un bien más precioso que la salud?

PLATÓN, *Gorgias*

Al término de este panorama, a los siete errores señalados en este libro responden siete propuestas que no conciernen ni a la teoría, ni a la investigación, ni al campo de los estudios de medicamentos. Simplemente tienen que ver con la práctica del tratamiento de la depresión en lo cotidiano, lejos de los protocolos estandarizados. Son una lista de acciones sencillas aplicables en la vida real.

De entrada, la necesidad para una persona deprimida de ser, ante todo, sostenida al principio del episodio agudo de la enfermedad. Le cuesta expresarse, participar activamente, y es justamente porque está deprimida. Con el tiempo y los efectos favorables de los tratamientos, recupera sus posibilidades de expresión, pero desea «pasar a otra cosa», «salir de ahí». Sin embargo, no debe perder nunca de vista, deprimida o no, que está en el centro del problema. A lo largo de todo ese proceso evolutivo, tiene el derecho (y casi el deber) de plantear las preguntas que le vienen a la mente, de expresar sus dudas o sus reticencias, de formular sus desacuerdos. No es un sujeto deprimido estándar, reducido a un diagnóstico guardado en un archivador. Deben tomarse en consideración sus creencias, su modo de vida, su familia y su entorno.

Propuesta 1:

Atención, una patología puede esconder otra

No pensar nunca a priori que un paciente no sufre más que una sola enfermedad. El médico, cuando da un diagnóstico, tiende a quedarse satisfecho con él. Piensa que ha

comprendido el problema, pero demasiado a menudo olvida que puede existir un segundo problema. Los orígenes de la depresión son multifactoriales; hemos visto que, con frecuencia, la depresión está asociada a otra enfermedad. Se deben evitar dos errores:

- El primero consiste en explicar síntomas físicos por medio de un diagnóstico único de depresión sin asegurarse de que no hay ninguna enfermedad física concomitante. Algunos cánceres, enfermedades endocrinas, trastornos cardiovasculares o neurológicos van acompañados de depresión desde sus comienzos. No hay que curar la depresión dejando evolucionar la enfermedad somática.
- El segundo error consiste en dar un diagnóstico de enfermedad somática y olvidar que paralelamente hay una depresión y debe curarse. Los cánceres, los accidentes cardiovasculares, los dolores crónicos, los infartos de miocardio, la enfermedad de Parkinson se complican con depresión entre el 20 y el 40% de los casos.

Una relación estrecha entre el psiquiatra, el médico generalista y otros especialistas permite reducir considerablemente esos dos riesgos.

Propuesta 2:

Reflexionar sobre la prevención

Estando ahora perfectamente demostrado el riesgo de recidiva de la depresión, ni los médicos ni los pacientes tienen derecho a descuidar la necesidad absoluta de una segunda fase, la de la acción preventiva: la depresión, bien tratada, no es una enfermedad para toda la vida.

Después de semanas, incluso meses, de dolor, el paciente deprimido ve por fin el final del túnel. Sin embargo, no se ha ganado nada definitivamente, puesto que, como hemos visto, subsisten dos grandes riesgos. El inmediato, de una recaída (después de unos días o semanas de mejoría, el estado depresivo del paciente se agrava de nuevo: el episodio no estaba curado). Y el riesgo diferido de recidiva: el paciente ha estado bien algunos meses, se ha curado el episodio, pero, después de cierto tiempo, al menos dos meses, aparece un nuevo episodio de depresión.

El primer riesgo está ligado la mayor parte de las veces a un tratamiento incompleto. La toma del antidepresivo se ha suspendido demasiado rápidamente o su

posología se ha reducido sin motivo, el estrés del entorno es demasiado violento, la higiene de vida es insuficiente. El segundo, el de la recidiva, es más difícil de prevenir y exige un verdadero chequeo personalizado. Se debe dedicar a ese chequeo una consulta especial, larga, metódica. En la práctica se olvida demasiado a menudo esta etapa fundamental, no se deja tiempo para ella porque la enfermedad parece estar lejos. El paciente y el médico se contentan con constatar la mejoría de los síntomas y no se preocupan suficientemente de la indispensable prevención.

La dimensión cognitiva de la prevención

Algunas formas de pensamiento exponen más que otras a la aparición de depresiones. Ciertas personas viven con creencias de base, premisas implícitas particulares llamadas «esquemas», que favorecen las depresiones. Partiendo de preguntas adaptadas a la situación, el terapeuta puede hacer que los interesados tomen conciencia de sus procesos cognitivos particulares.

- «¿Ha notado si saca conclusiones demasiado rápidamente sin tener verdaderas pruebas?».
- «¿Ha notado si saca conclusiones de un acontecimiento aislado?».
- «¿Ha notado si descifra una situación de la vida a partir de un detalle, omitiendo su contexto?».
- «¿Ha notado si juzga mal situaciones de la vida, sea minimizando o amplificando algunos de los factores que las componen?».
- «¿Ha notado si, en muchas situaciones que no le conciernen, piensa que usted es el primer afectado?».

De manera general, esos procesos cognitivos conducen a tres pensamientos negativos:

- Una visión negativa de uno mismo (El sujeto se considera incapaz, sin valor, inadecuado).
- Una visión negativa del mundo (El sujeto considera el mundo como una sucesión de obstáculos o el causante de demandas exorbitantes que a él le desbordan).
- Una visión negativa del futuro (El futuro no anuncia sino dificultades permanentes, sufrimientos reiterados y fracasos).

Los esquemas que actúan aquí son representaciones de experiencias pasadas,

dolorosas, no específicas, pero organizadas, y que, por su recuerdo sistemático, distorsionan la relación con el mundo. Esas representaciones depresógenas que rigen la evaluación de uno mismo están constituidas por reglas inflexibles, infantiles y simplistas, probablemente grabadas en el cerebro desde la infancia. Su carácter rústico, arcaico, no reduce en nada, desdichadamente, su temible eficacia. De depresión en depresión, el paciente parece cada vez menos afectado por las emociones positivas; por el contrario, especializa sus redes neuronales en el tratamiento y la atención de las emociones negativas.

Un tratamiento psicoterápico de algunas semanas o de algunos meses con un psicoterapeuta bien formado en las técnicas cognitivas es un medio eficaz para «enderezar» esos esquemas fragilizantes.

La dimensión psicodinámica de la prevención

Es frecuente que un paciente enfrentado a una depresión o a la repetición de depresiones se sienta abrumado por la injusticia de un destino del que, al parecer, no puede escapar. A menudo se añade a esto una forma de toma de conciencia, o de autoacusación, que le conduce a pensar que su personalidad tiene algo que ver con el regreso de la depresión. El desarrollo psíquico de algunos conlleva, por mecanismos no reconocibles a priori, trastornos afectivos y emocionales. Y es verdad que no somos ajenos a lo que nos ocurre, particularmente cuando algo nos afecta de manera repetida, como ineluctable. Freud consideraba que los síntomas que se encuentran en lo que él designaba con el término «psiconeurosis» correspondían a la traducción de conflictos infantiles. Los síntomas descritos son, en efecto, los de la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto. Cuando esos conflictos no sucumben a la represión, reaparecen más tarde. Mientras que, en un desarrollo no neurótico, los conflictos tempranos se extinguen y se superan, en un desarrollo neurótico lo que hubiera debido volverse caduco persiste inconscientemente, con mayor o menor intensidad, al mismo tiempo que permanece oculto para la consciencia.

La hipótesis de que hay procesos inconscientes en acción permite imaginar que un trabajo de psicoterapia específico, en relación con los recuerdos y las palabras, siempre singulares, de un sujeto, dejará acceder a esas zonas conflictivas ocultas. Un trabajo que deberá «desactivar» en un proceso terapéutico lo que debería haberse desactivado «naturalmente», mucho más tempranamente. Algunos estudios muestran que un nivel elevado de neuroticismo no constituye un buen índice para prescribir enfoques cognitivo-conductuales.

En realidad, es bastante raro que durante una primera, incluso una segunda depresión, el sujeto deprimido, aun lejos del episodio agudo, perciba espontáneamente en qué sentido está profundamente ligada la llegada de la depresión a problemáticas inconscientes de su historia (problemáticas no resueltas, no solubles puesto que no se perciben, no se identifican). Ayudarle a tomar conciencia de esos elementos, convencerle, sin culpabilizarle, de que él tiene algo que ver en el surgimiento de dificultades repetidas a lo largo de su historia, precisa tacto. Hacer que comprenda que un trabajo de palabra no consiste simplemente en entrar en un largo proceso de quejas y de reclamaciones no es siempre fácil. Es a eso a lo que se dedica el psicoterapeuta. Un tratamiento por psicoterapia, de algunos meses o de algunos años, con un psicoterapeuta bien formado en técnicas de inspiración psicoanalítica permitirá reducir la intensidad de los trastornos afectivos y emocionales neuróticos que fragilizan al paciente y, por tanto, reducir los riesgos de recidiva.

Este tratamiento integral de un episodio –tratamiento de la fase aguda y tratamiento de consolidación con un chequeo personalizado y un plan de tratamiento preventivo– parece hoy un lujo. En realidad es el único medio que permite evitar que un episodio patológico se transforme en enfermedad para toda la vida. La diabetes, la hipertensión arterial y numerosas enfermedades somáticas gozan de esquemas completos de atención. No existe ninguna razón para que la depresión no goce de una generalización del método preventivo.

La dimensión sociológica de la prevención

El papel de los agentes de estrés psicosociales es probablemente determinante para el mantenimiento de la vulnerabilidad adquirida. La persistencia, en el medio familiar, de un estrés intenso, de una problemática no resuelta; la existencia de conflictos latentes, la repetición en el medio profesional de situaciones de estrés crónicas o reiteradas, de conductas humillantes o de hostigamiento, no permiten que el sujeto mantenga un humor estable. La precariedad, sea afectiva, profesional, social, financiera, agrava la vulnerabilidad. El aislamiento (celibato, divorcio, viudedad) constituye, como hemos visto, un factor de riesgo. Evidentemente, la posición médica no puede tratar este componente social de la vulnerabilidad adquirida. Pero se impone tener en cuenta el apoyo social como telón de fondo, como red de seguridad. Más allá de una demanda aparente muy a menudo focalizada en la inmediatez, hace falta imperativamente pensar, a medio y a largo plazo, en la necesidad de construir o de reconstruir el vínculo.

Las piezas de este puzzle de la vulnerabilidad global dependen de teorías diferentes, pero el tener en cuenta sus interacciones permite identificar una especie de índice global de riesgo de recidiva. Es este índice global lo que permitirá tomar las

decisiones personalizadas.

Es importante explicar al paciente que las dimensiones de riesgo que se intenta aislar en el análisis están en realidad ligadas unas a otras. Pero también que el esquema de

tratamiento que se ha establecido para la prevención va a tratar de organizar una respuesta coordinada y lógica a esa vulnerabilidad heterogénea pero indiscutible.

Propuesta 3:

Detener o continuar, eso se discute

Los antidepresivos destinados a tratar a las personas deprimidas no son caramelos. Su prescripción está reservada a los médicos, pues su utilización óptima obedece a reglas extraídas de la experimentación. Se ha experimentado que reducir demasiado rápidamente una posología, espaciar las tomas demasiado pronto, detener un tratamiento, expone a riesgos de recaída, de recidiva o de «efecto rebote».

El paciente responsable tiene derecho a decir lo que piensa, siente y desea, y el que prescribe debe oír esos deseos. Eso supone tomarse tiempo para establecer y continuar un diálogo a fin de que las modificaciones de tratamiento sean negociadas entre paciente y médico, que sean objeto de explicaciones. El paciente debe obtener de sus médicos que se comuniquen y se pongan de acuerdo para los diagnósticos y para los tratamientos. Lo mismo que un psiquiatra no aconsejará nunca que se deje de tomar un anticoagulante, una píldora anticonceptiva, o un antiinflamatorio, sería bueno que sus colegas de las diversas especialidades le llamaran cuando estuvieran en desacuerdo con prescripciones de antidepresivos.

Una gestión más responsable de la duración de los tratamientos y de su reducción progresiva antes de suspenderlos mejoraría probablemente el pronóstico de numerosos episodios de depresión-enfermedad.

Propuesta 4:

El papel del terapeuta

Cualquiera que sea la técnica utilizada, las cualidades del terapeuta son cruciales aunque difieran ligeramente según los métodos. Sin embargo, hay un factor que sigue siendo común a todos: la empatía. La calidad del diálogo espontáneo entre un facultativo

y un paciente es determinante para la puesta en marcha de un tratamiento. A algunos facultativos se les hace caso en sus prescripciones, a otros no tanto.

Hoy los pacientes necesitan comprender lo que se les propone; las prescripciones sin explicación no funcionan mucho tiempo, los tratamientos se siguen de manera incompleta y luego se interrumpen. El que prescribe debe ser pedagogo, psicólogo y capaz de percibir las reticencias, de animar al paciente a expresarlas. Varios estudios muestran que, a menudo, los antidepresivos solo se toman durante algunos días o dejan de tomarse en cuanto se obtiene la mejoría clínica. Evidentemente, este tratamiento breve no es suficiente.

El terapeuta conductual y cognitivo también debe, por su parte, dar prueba de pedagogía, de paciencia y de seguridad ante el desánimo. Hacen falta tiempo, convicción y ganas para explicar al paciente el interés de un trabajo personal exigente y que no tiene nada de evidente. El trabajo sobre la patología depresiva es ingrato, hasta el punto de que numerosos terapeutas prefieren interesarse por los ansiosos o los fóbicos, cuya atención es más gratificante y más fácil.

Es menos fácil describir al «buen analista». Una cosa es segura: aunque la formación teórica es necesaria, no es suficiente. Un analista puede ser brillante en sus escritos y mediocre en su práctica.

En la medida en que la transferencia que se opera entre dos inconscientes afecta al inconsciente del analista, es preciso que este analista haya completado su propio análisis. Su escucha debe ser justa, sin pasividad (no estar demasiado ausente), sin activismo (no querer más que su paciente). El ejercicio es difícil, pero posible, y la práctica de numerosos analistas da testimonio de ello (a falta de probarlo científicamente).

Propuesta 5:

El papel del paciente

Sea cual sea el tratamiento, su eficacia depende de la técnica y de las cualidades del facultativo que lo aplica, pero igualmente de aquel a quien afecta el tratamiento. Se habla de observancia para designar la capacidad del paciente para seguir con rigor las prescripciones propuestas.

La prescripción puede ser la toma de uno o de varios medicamentos, una o varias veces al día durante meses, incluso años (quimioterapias). Puede consistir en hacer cotidianamente ciertos ejercicios mentales, durante semanas o meses, a fin de modificar, poco a poco, esquemas de pensamiento disfuncionales. A lo largo de las sesiones de terapia analítica, se puede prescribir que se exprese sin reticencias todo tipo de

pensamiento, de recuerdo o de sueño, sin eludir nada, y eso para retirar, poco a poco, el peso de las represiones. En los tres casos, el paciente debe estar motivado, activo. Por eso, para insistir en la implicación del paciente en el proceso de tratamiento psicoanalítico, Jacques Lacan creó la palabra «analizante» para marcar la diferencia con el analizado.

Si bien es relativamente sencillo pensar en tomar algunas pastillas cada día (de nuevo, hace falta estar duraderamente convencido de su efecto y haber comprendido el objetivo curativo, y después protector, del tratamiento), es mucho más difícil, para el paciente, reservar el tiempo necesario para la práctica de ejercicios mentales cotidianos (terapias conductuales y cognitivas). Sin embargo, en la vida real todo parece mostrar que los resultados son tanto mejores cuanto mayores son la motivación y la regularidad de los ejercicios, lo que es lógico.

Los tratamientos de inspiración analítica precisan que uno esté libre para citas frecuentes (de una a dos veces por semana, durante meses o años). La inversión, en tiempo y en dinero, es importante. El éxito reposa claramente sobre la capacidad del paciente para poder continuar con las sesiones en las fases en las que aparentemente todo se ha dicho, en las que aparentemente no hay nada más que decir.

Se comprende que los resultados obtenidos de estudios llamados controlados no puedan, sin examen crítico, ser generalizados a la vida de todos los días, pues en ellos la observación de las capacidades propias de cada paciente y de sus sistemas de creencias se tiene poco en cuenta.

En la aplicación de una psicoterapia y en sus recomendaciones, el terapeuta debe tener en cuenta las motivaciones a priori de los pacientes y sus referencias culturales. Aunque, en principio, existan indicaciones teóricas restrictivas, como es el caso para las terapias conductuales y cognitivas, debe tenerse en cuenta el deseo del paciente de emprender tal o cual tipo de psicoterapia.

Propuesta 6:

Las preguntas que debe plantear el paciente al médico al final de la consulta

«Doctor...

1. ¿Atravieso una etapa difícil, o estoy verdaderamente enfermo?
2. ¿Puede explicarme rápidamente las ventajas y los inconvenientes del tratamiento que me prescribe?

3. ¿Puede indicarme la duración previsible del tratamiento que me prescribe?
4. ¿Qué riesgos hay si interrumpo de golpe el tratamiento prescrito?
5. ¿Cuáles son los síntomas que indicarían un eventual agravamiento de mi estado actual?
6. ¿A quién, aparte de usted, puedo dirigirme si me invaden ideas de suicidio?
7. Si tengo que empezar una psicoterapia, ¿será con usted o tiene usted alguien de confianza a quien dirigirme?».

Hacer preguntas al médico sobre el diagnóstico y el tratamiento prescrito es un derecho, pero no solo eso. Para el paciente es también participar activamente, asegurarse de que ha comprendido bien la prescripción y los síntomas de la enfermedad que sufre, a fin de optimizar el tratamiento. Como el doctor Henry Cuche, decimos a menudo que hay que «formar equipo» con el paciente. De la calidad de ese equipo depende el éxito del tratamiento.

Propuesta 7:

Las preguntas que hay que plantear al farmacéutico

Al comprar sus medicamentos...

1. El tratamiento que me está dispensando, ¿es
 - un antidepresivo
 - homeopatía
 - una planta
 - o un complemento alimentario?
2. Este tratamiento que me aconseja, ¿presenta interacciones con los medicamentos que ya tomo?
3. El tratamiento que me aconseja ¿tiene una autorización de salida al mercado para la depresión, o se trata de un tratamiento «aconsejado»?
4. ¿Por qué, si se trata de un verdadero tratamiento antidepresivo, no lo paga la Seguridad Social?
5. ¿Al cabo de cuántas semanas debo preocuparme si no siento mejoría?
6. ¿Cuáles son los síntomas que indicarían un eventual agravamiento de mi estado

actual?

7. ¿Cuál es la duración previsible del tratamiento que me aconseja seguir?

La automedicación tiene límites, que son la gravedad de la enfermedad, la eficacia o no del producto, su inocuidad o no. Por ello es prudente plantear preguntas al farmacéutico sobre los productos que aconseja. También puede dar precisiones sobre los medicamentos prescritos por el médico, sobre la posología, la clase a la que pertenecen los productos, sobre eventuales efectos secundarios, sobre los riesgos de interacción.

En Francia el farmacéutico tiene un papel determinante en la organización de los tratamientos. Como el médico, está sometido a la exigencia de conocimientos científicos sobre los nuevos medicamentos que expende en su farmacia.

CONCLUSIÓN: EL TECHO DE CRISTAL

Mucho antes de Jesucristo, los autores griegos describieron la depresión melancólica y su séquito de dolores. Durante siglos los médicos fueron incapaces de tratar una afección que demasiado a menudo conducía a la muerte. Hace cincuenta años, unos medicamentos que actúan sobre el cerebro, los antidepresivos, demostraron su capacidad para reducir la duración y la intensidad de los sufrimientos depresivos. Y hoy, algunas personas continúan pensando que el uso de esos tratamientos es inútil, incluso inmoral, y que conviene afrontar el mal, «cara a cara», sin ningún artificio químico que venga a pervertir el combate por la curación.

Nosotros pensamos que están equivocados, que están mal informados o que son unos irresponsables. Su postura se basa en la negación de lo que es el dolor depresivo, un sufrimiento moral permanente, opresor, insoportable, silencioso, sin palabras, sin alivio posible. Hace falta no haber conocido, frecuentado ni curado jamás a una persona verdaderamente deprimida para atreverse a privarla de un tratamiento, biológico en efecto, «exterior», que es el único capaz de tratar el proceso mórbido en su fase aguda.

Hay un techo de cristal que separa la depresión-enfermedad de los otros trastornos, y la ignorancia de este límite conduce a muchos a hablar o a escribir de una patología que creen conocer pero que en realidad ignoran. Bajo ese techo de cristal, el paciente deprimido está, por su depresión, en arresto domiciliario en sí mismo, vacío de toda esperanza, invadido de obsesiones funestas, autocentrado en la angustia, la impotencia y la desesperanza. Es útil y justo aconsejarle, cuando se encuentre mejor, que reflexione sobre lo que, a partir de su historia, de su travesía del Edipo, de los traumatismos reales o imaginarios que han marcado su vida, le ha conducido al fondo del pozo. Implicarlo en ese trabajo cuando está en una fase depresiva aguda, sin el sostén de una prescripción, es absurdo.

Para numerosos pacientes deprimidos, desvalorizados, la última prueba de autoestima es salir de ahí «solos», sin la ayuda artificial de una sustancia que se equipara con la droga. Están convencidos, equivocadamente, de que, si debieran curarse con la ayuda de un medicamento, su cerebro ya no sería el mismo y ellos no serían los verdaderos responsables de su victoria. Animarles en este callejón sin salida partiendo de

posiciones ideológicas es deshonesto.

En nuestros días, la relación con el sufrimiento psíquico se ha modificado por fin. Todos los pacientes, todos los facultativos han tomado conciencia de que durante años hemos dejado sufrir inútilmente a niños, a pacientes operados, a adultos con cáncer. *A contrario*, demasiado a menudo, para algunos el dolor moral propio de la depresión continúa rigiéndose por otra lógica. Estos no saben que además del sufrimiento agudo vivido cotidianamente, hay efectos tóxicos acumulativos que afectan al cerebro y lo fragilizan a largo plazo.

Pero, por encima del techo de cristal, cuando los sufrimientos no tienen que ver con la enfermedad, existe otro mundo. Un mundo que todos los médicos, pero los generalistas más que otros, ven permanentemente. Numerosos adolescentes, hombres, mujeres, personas mayores, se sienten mal. Cuando se les interroga a propósito de su malestar, describen una mezcla compleja de cansancio, ansiedad, miedo al futuro, desánimo. Las dificultades que enumeran, preocupaciones materiales, malas condiciones de vida, dificultades en el trabajo, tensiones familiares, generan para el médico que las escucha una verdadera cuadratura del círculo. «No tengo mucho tiempo, se dice él, no tengo el poder de cambiar la realidad de su vida. Escuchar sin proponerles solución es inútil. Por lo tanto, aunque no estén verdaderamente enfermos, aunque solo estén sufriendo, les voy a recetar un antidepresivo. Sí, pero no debería hacerlo; sé que un placebo haría lo mismo, etc.». En esta situación, recetar un antidepresivo es, en efecto, inútil. La situación exige una consulta con un interlocutor activo, no demasiado deprimido él mismo y formado en ese tipo de trabajo; nunca es demasiado tarde para aprender a vivir.

Jacques Prévert decía que el desorden de los seres pertenece al orden de las cosas. Soportar el desorden, las frustraciones, las decepciones es algo que precisa de un trabajo sobre uno mismo. Nuestra sociedad se caracteriza, entre otras cosas, por una reducida tolerancia al sufrimiento psíquico. La enfermedad social no mejora verdaderamente en el seno de nuestra vieja Europa. Esto no es una razón suficiente para recetar a toda prisa medicamentos inútiles. Existen alternativas: movilizar rápida y fuertemente los recursos propios, tratar de hacer otra cosa que no sea deprimirse. La higiene de vida, el deporte, el yoga, la meditación, la relajación, las técnicas corporales, la homeopatía, las plantas pueden contribuir a mantener al sujeto en equilibrio. La ayuda psicoterapéutica es esencial.

El techo de separación existe, es de cristal. Aprender a localizarlo, tenerlo en cuenta en la elección de los cuidados que se han de ofrecer, es la única manera de optimizar los tratamientos diferentes de una enfermedad y de los trastornos de adaptación. Pacientes, entorno, facultativos y poderes públicos deben trabajar juntos en torno a esta cuestión.

Esperamos haber aportado una pieza al debate. La eventual controversia que opone las palabras a las pastillas está científicamente superada.

MIEMBROS DEL CRED QUE HAN PARTICIPADO EN ESTA OBRA

Philippe Fossati es profesor de Psiquiatría en el CHU Pitié-Salpêtrière. Dirige en el seno del CNRS el equipo de investigación USR 3246, que se interesa particularmente por la imaginaria de los trastornos emocionales.

Bruno Falissard es paidopsiquiatra, profesor en la facultad de medicina París-Sur, director de la unidad INSERM U 669.

Alain Gérard es psiquiatra, psicoterapeuta en París. Antes de ejercer privadamente, fue director de servicio adjunto de hospitales psiquiátricos y director de investigación clínica.

David Gourion es psiquiatra, psicoterapeuta privado en París y doctor en Neurociencias.

Yves Lecrubier es psiquiatra y director de investigación en el INSERM U 302.

Marie-Christine Mirabel-Sarron es psiquiatra, psicoterapeuta, doctora en Psicología Clínica, presidenta de la Sociedad Médico-psicológica.

Alain Puech es profesor de Farmacología. Ha contribuido a la investigación sobre los psicotrópicos en el CHU Pitié-Salpêtrière y después ha dirigido el desarrollo clínico del laboratorio Sanofi.

Frédéric Raffaitin es psiquiatra, psicoterapeuta privado en París. Ha coordinado la redacción del *Livre blanc de la dépression*.

Jérôme Wittwer es profesor de Economía en la Universidad París-Dauphine y director del Laboratorio de Economía y de Gestión de los Organismos de Salud (Légos).

En psiquiatría, como en las otras disciplinas médicas, los expertos en general, muy particularmente los del AFSAPS y de la HAS, se ven llevados, en relación con sus

actividades asistenciales, de enseñanza o de investigación a trabajar con las industrias que desarrollan nuevos medicamentos. Esos trabajos se declaran, son legales, y los lectores pueden consultar la página de Internet dedicada a esta cuestión (<http://dip.has-santé.fr>)

En el caso de que alguna colaboración reduzca la independencia de criterio, los conflictos de intereses se publican explícitamente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las precisiones científicas y bibliográficas que han aportado a esta obra al profesor Patrice Boyer, profesor de Psiquiatría y de Estudios Doctorales (Universidad de Ottawa, Ontario), profesor de Neurociencias en la Universidad París-Diderot y presidente electo de la Asociación Europea de Psiquiatría, así como al profesor Jean-Pierre Lépine, profesor de Psiquiatría en la Universidad París-Diderot, jefe del servicio de psiquiatría del hospital Lariboisière-Fernand-Widal y director de investigación en la unidad INSERM U705 CNRS UMR 7157.

Damos igualmente las gracias, por sus esclarecidas opiniones, a Françoise Boyer, Aude Van Effenterre, Emmanuelle Weiller, Jacques-Noël Biot, Jean-Jacques Chiquelin, José Desfilis, Philippe Schwartz y William de Carvalho.

Damos las gracias a Martine Lagardette, que ha sabido organizar y estructurar la documentación necesaria para esta obra, y también, particularmente, a Isabelle Michon por su participación activa y su presencia atenta a lo largo de toda la redacción de este libro.

NOTAS

[1] Cyrulnik, B., *De la parole comme d'une molécule. Entretiens avec Émile Noël*, Paris, Points, col. Essais, 1995.

[2] Krishnan, V., Nestler, E.J., «The molecular neurobiology of depression», *Nature*, 2008, 455, p. 894-902.

[3] Belmaker, R.H., Agam, G., «Major depressive disorder», *New England Journal of Medicine*, 2008, 358 (1), p. 55-68.

[4] Caspi, A., *et al.*, «Influence of life stress on depression. Moderation by a polymorphism on the 5-HT transporter gene», *Science*, 2003, 301, p. 386-389.

Véase igualmente: Risch, N., *et al.*, «Interaction between the serotonin transporter gene, stressful life events and the risk of depression», *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 2009, 301 (23), p. 2462-2471.

[5] Krishnan, V., Nestler, E.J., *op. cit.*; Bergouignan, L., *et al.*, «Can voxel based morphometry, manual segmentation and automated segmentation equally detect hippocampal volume differences in acute depression?», *Neuroimage*, 2009, 45, p. 29-37.

[6] Kempermann, G., «The neurogenic reserve hypothesis. What is adult hippocampal neurogenesis good for?», *Cell*, 2008, 3, p. 163-169.

[7] Krishnan, V., Nestler, E.J., *op. cit.*

[8] Lemogne, C., *et al.*, «In search of the depressive self: extended medial prefrontal network during self-referential processing in major depression», *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2009, 4, p. 305-312.

[9] Estudio de Harvard, *The Global Burden*, promovido por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud.

[10] Clasificación psiquiátrica DSM-IV y CIM 10.

[11] Programa experimentado en Núremberg por el profesor Ulrich Hegerl, de la Universidad de Múnich.

[12] Berndt, E.R., *et al.*, «The medical treatment of depression, 1991-1996: productive inefficiency, expected outcome variations, and price indexes», *NBER* n.º 7816, 2000.

[13] Sobocki, P., *Health Economics of Depression*, Estocolmo, Karolinska Institut, 2006.

- [14] Ehrenberg, A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- [15] Ehrenberg, A., *La Société du malaise*, Paris, Odile Jacob, 2010.
- [16] Alusión al poema de Jacques Prévert del mismo título [Nota del traductor].
- [17] Estudio de los fenómenos electroquímicos que se producen en las células de los organismos vivos.
- [18] Pediatra e investigador del CNRS. Ver Dehaene-Lambertz, G., «Les sciences cognitives: mieux comprendre le cerveau en développement», *Médecine et enfance*, 2003, 23, p. 111-118; Dehaene-Lambertz, G., *et al.*, «Les bases cérébrales de l'acquisition du langage», en Michèle Kail y Michel Fayol (eds.), *L'Émergence du langage*, Paris, PUF, 2000, p. 61-93.
- [19] Código comunitario relativo a los medicamentos para uso humano instituido por el Parlamento Europeo (directiva 2001/83/CE) - Código 3.
- [20] *Haute Autorité de Santé*: se trata de un organismo público independiente, con personalidad jurídica separada de la del Estado francés, y de carácter científico [N. del T.].
- [21] En Francia, el CNQSP es el organismo unificador de los diversos componentes de la psiquiatría.
- [22] Decisión del 6 de junio de 2008 prohibiendo la publicidad de un medicamento, mencionada en el artículo L. 5122-1, primer párrafo, del Código de la Salud Pública, destinada a personas que prescriben o expiden esos medicamentos o los utilizan en el ejercicio de su profesión, *Journal officiel*, n.º 0168, 20 de julio de 2008.
- [23] Granier, M., Delamare, J., *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, Paris, Maloine, 2009 (30.^a ed.).
- [24] Mecta 5000 Q y Thymatron IV.
- [25] Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES), «Les recommandations pour la pratique clinique. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie», *Recommandations professionnelles*, abril 1997, 95 páginas.
- [26] Mirabel-Sarron, C., *La Dépression, comment en sortir?*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- [27] Porot, A., *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, PUF, 1952, p. 542-546.
- [28] Widlöcher, D., «Place des traitements psychanalytiques dans les états dépressifs», en Marion Leboyer (coord.), *Troubles bipolaires: pratiques, recherches et perspectives*, New Barnet (Reino Unido), John Libbey Eurotext, 2005, p. 93-101.
- [29] Jung, C.G., *La Guérison psychologique*, Ginebra, Éditions Georg, 1990.
- [30] *Ibid.*
- [31] Mirabel-Sarron, C., «Dépressions et psychothérapies», *Revue du praticien*, 2008, 58 (4), p. 403-406.
- [32] Fava, G.A., *et al.*, «Six-years outcome for cognitive behavioural treatment of residual symptoms in major depression», *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155, p. 1443-1445.

[33] McCullough, J.P., *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy*, Nueva York, Guilford Press, 2000.

[34] Svartberg, M., Stiles, T.C., «Comparative effects of short-term psychodynamic psycho-therapy: a meta-analysis», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1991, 59, p. 704-714.

[35] Raffaitin, F., *Le livre blanc de la dépression*, Toulouse, Privat, 1997.

[36] Widlöcher, D., *op. cit.*

[37] Jarrett, R.B., *et al.*, «Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial», *Arch. Gen. Psychiatry*, 2001, 58, p. 381-388; Vittengl, J.R., *et al.*, «Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive therapy effects», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2007, 75, p. 475-488.

[38] Burnand, Y., *et al.*, «Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression», *Psychiatr. Serv.*, 2002, 53, p. 585-590.

[39] Guthrie, E., *et al.*, «Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning», *BMJ*, 2001, 323, p. 135-138.

[40] Comunicación de Jacques-Noël Biot a los autores.

[41] *Journal officiel* del 20 de diciembre de 2006.

[42] Efecto retroactivo sobre los productos comercializados desde 1994.

[43] Linde, K., *et al.*, «St. John's wort for depression: meta-analysis of randomised controlled trials», *Br. J. Psychiatry*, 2005, 186, p. 99-107.

[44] Linde, K., *et al.*, «St. John's wort for major depression», *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2008, 8 (4), CD000448.

[45] Appleton, K.M., *et al.*, «Effects of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids on depressed mood: systematic review of published trials», *Am. J. Clin. Nutr.*, 2006, 84 (6), p. 1308-1316.

[46] Golden, R.N., *et al.*, «The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence», *Am. J. Psychiatry*, 2005, 162 (4), p. 656-662.

[47] Lawlor, D.A., Hopker, S.W., «The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials», *BMJ*, 2001, 31, 322 (7289), p. 763-767.

[48] Mead, G.E., *et al.*, «Exercise for depression», *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2009, 8 (3), CD004366.

Índice

| | |
|---|----|
| Título | 2 |
| Créditos | 3 |
| Dedicatoria | 4 |
| PREÁMBULO | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| I EL UNIVERSO DE LA DEPRESIÓN | 10 |
| 1 ENFERMEDADES Y UNA PALABRA | 11 |
| La depresión-enfermedad | 12 |
| La depresión en el plano cerebral | 13 |
| Cuando ya no funciona nada | 15 |
| De la depresión a la melancolía | 16 |
| La vulnerabilidad frente a la depresión | 17 |
| La doble vulnerabilidad, evolutiva, adquirida | 18 |
| Estado de los conocimientos sobre la reversibilidad | 19 |
| Los rasgos psicológicos de la depresión-enfermedad | 20 |
| ¿Es la recidiva una espada de Damocles? | 21 |
| El malestar adaptativo | 23 |
| ¿Sobrediagnóstico o verdadera depresión? | 23 |
| 2 ENFERMEDADES Y CIFRAS | 26 |
| ¿Qué se entiende por depresión en epidemiología? | 27 |
| Las consecuencias de la depresión | 28 |
| El coste social de la depresión | 29 |
| El coste económico de la depresión | 30 |
| Lo que se ignora | 33 |
| 3 LOS ERRORES EN LA REFLEXIÓN | 35 |
| El error en la denominación | 35 |
| Nombrar para comprender mejor | 37 |
| El error en la conceptualización | 39 |
| Para una verdadera complementariedad | 41 |
| El error en la teorización | 41 |
| El enfoque multidisciplinar: ¡una carrera de obstáculos! | 42 |
| El recién nacido tiene una historia, en primer lugar afectiva | 43 |

| | |
|---|-----------|
| El recién nacido tiene igualmente una larga historia biológica | 43 |
| Herencia, pero no testamento | 46 |
| 4 LOS ERRORES EN LA ACCIÓN | 47 |
| Los errores de evaluación | 47 |
| La medicina moderna se basa en pruebas | 48 |
| Medicamentos que se basan en la noción de tradición | 48 |
| El error en la formación | 50 |
| Una formación médica continua heterogénea | 51 |
| Recomendaciones sí, pero no solo | 51 |
| El error en la información | 52 |
| ¿Qué es un tema de «salud» para la prensa? | 54 |
| El poder de la prensa | 54 |
| Ritmo de los medios y ritmo de las innovaciones médicas | 55 |
| El periodista científico: ¿misionero o informador? | 56 |
| El error en materia de prevención | 58 |
| Replantear la prevención | 59 |
| II TRATAR LA DEPRESIÓN | 61 |
| 5 LOS TRATAMIENTOS ANTIDEPRESIVOS | 62 |
| Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina | 62 |
| El nivel de eficacia de los antidepresivos | 63 |
| Prescripciones selectivas para mayor eficacia | 64 |
| Tratamientos largos para evitar las recidivas | 65 |
| Los nuevos antidepresivos | 65 |
| El «efecto rebote» | 67 |
| El lugar del placebo | 68 |
| La electroconvulsoterapia o sismoterapia | 70 |
| En resumen para el futuro | 72 |
| 6 LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS | 74 |
| Psicoterapia o psicoterapias | 74 |
| El interés de las terapias conductuales y cognitivas | 76 |
| El interés de las psicoterapias de inspiración psicoanalítica | 77 |
| El psicoanálisis | 79 |
| Los tratamientos psicoterapéuticos en la prevención de las recidivas de depresión | 82 |
| 7 LA EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS | 85 |

| | |
|--|------------|
| La evaluación de los medicamentos antidepresivos | 86 |
| ¿Existen alternativas? | 90 |
| La prueba del placebo | 93 |
| 8 ¿SE PUEDEN GENERALIZAR LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS? | 95 |
| La medición del efecto | 96 |
| ¿Existen estudios sin sesgo de selección? | 97 |
| El estatus particular de las grandes síntesis... y otras comparaciones indirectas | 99 |
| La eficacia real de las terapias alternativas | 100 |
| La hierba de san Juan: opiniones contradictorias | 100 |
| Los omega 3 | 102 |
| La luminoterapia | 103 |
| El ejercicio físico | 104 |
| 9 SIETE PROPUESTAS CONCRETAS | 106 |
| Propuesta 1: Atención, una patología puede esconder otra | 106 |
| Propuesta 2: Reflexionar sobre la prevención | 107 |
| La dimensión cognitiva de la prevención | 108 |
| La dimensión psicodinámica de la prevención | 109 |
| La dimensión sociológica de la prevención | 110 |
| Propuesta 3: Detener o continuar, eso se discute | 111 |
| Propuesta 4: El papel del terapeuta | 111 |
| Propuesta 5: El papel del paciente | 112 |
| Propuesta 6: Las preguntas que debe plantear el paciente al médico al final de la consulta | 113 |
| Propuesta 7: Las preguntas que hay que plantear al farmacéutico | 114 |
| CONCLUSIÓN: EL TECHO DE CRISTAL | 116 |
| MIEMBROS DEL CRED QUE HAN PARTICIPADO EN ESTA OBRA | 119 |
| AGRADECIMIENTOS | 121 |
| NOTAS | 122 |