

## Reseña

Jonathan Sadowsky. *The Empire of Depression*. Cambridge: Polity, 2020. US\$35 (ISBN: 9781509531646), 224 pp.

### **Guillermo Gabler**

**Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile**

**H**ablar de un imperio en nuestro tiempo puede resultar provocador, sobre todo si el imperio al que nos referimos no tiene una forma tangible. Sin embargo, lo que intenta Jonathan Sadowski en su libro es mostrar cómo la bien o mal llamada depresión (y de esto se trata *The Empire of Depression*, de intentar aclarar este punto), que somete a casi 300 millones de personas en el mundo actualmente, es una entidad real, de origen multicausal, que genera dolor en un amplio sentido y no es un invento periodístico, de las farmacéuticas o de algún otro grupo de poder.

En el caso de nuestro país, la OMS, en su reporte 'Depresión y otros trastornos mentales' (WHO 2017), indica que alrededor de un 5% de la población chilena padece depresión, lo que equivale a 844.253 personas. Esta cifra podría aumentar drásticamente por el efecto nocivo en la salud mental relacionado con la pandemia COVID-19.

Pero, antes de seguir, hay que aclarar varias cosas que probablemente el lector desconoce y que son importantes elementos a considerar para poder entender la pertinencia de una obra dedicada a la historia de un trastorno mental.

La medicina moderna se nutre de los avances en campos tan diversos como las ciencias básicas o la biotecnología. Esto ha permitido no solo entender los mecanismos por medio de los cuales se desarrollan las enfermedades (fisiopatología), sino también aplicar estos conocimientos para tratarlas (medicina traslacional). A modo de ejemplo podemos citar el rápido desarrollo de las vacunas contra el COVID-19. Hasta antes de la

pandemia, el tiempo de desarrollo de una vacuna podía llegar a 15 años. En menos de un año se han logrado lanzar varias vacunas que, con mecanismos de acción muy disímiles, han demostrado ser eficaces para, por lo menos, disminuir la mortalidad de los contagiados.

Lamentablemente, esto no logra ser aplicado para la psiquiatría. Los múltiples avances de las neurociencias, la biología molecular, la genómica o las neuroimágenes no han logrado generar un respaldo robusto que nos permita entender en profundidad el origen de nuestras conductas, como tampoco el de sus alteraciones, las que entendemos como trastornos mentales.

Tampoco existe una teoría psicológica universal que dé cuenta de aquello. En este sentido, probablemente tanto el psicoanálisis clásico como sus múltiples derivaciones han sido el mejor intento que se ha hecho al respecto.

Esto transforma a la psiquiatría en una disciplina teórica y práctica cuya estructura epistemológica descansa entre las ciencias naturales y las humanidades. Mientras las primeras buscan con urgencia las certezas anatomoclínicas que la igualen al resto de las especialidades médicas, las segundas brindan la narrativa con la que esta se expresa.

La coexistencia de 'ambas almas' no ha sido fácil. Un estudio publicado en 1974 por la revista *Schizophrenia Bulletin* (US-United Kingdom Cross-National Project 1974), comparó la frecuencia con que se realizaba el diagnóstico de esquizofrenia y de psicosis afectiva entre un grupo de psiquiatras de Nueva York y otro de Londres. Los resultados fueron preocupantes. Ante un mismo paciente, los psiquiatras americanos tendían a diagnosticar esquizofrenia con mayor facilidad que sus pares europeos, los que hacían lo propio pero con el diagnóstico de psicosis afectiva. ¿Qué sucedía? La respuesta se encuentra en la misma publicación: la falta de consenso en la forma de realizar los diagnósticos creaban esta peligrosa variabilidad.

Ese año, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por su sigla en inglés) decidió someter a revisión su manual diagnóstico, el DSM (acrónimo en inglés del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales), y lanzar una tercera versión, el DSM-III. Esta finalmente se publicó el año 1980, e incluía por primera vez criterios diagnósticos operacionales, los que permiten estandarizar los diagnósticos. La Organización Mundial de la Salud haría lo mismo, en la décima versión de su classifica-

ción de las enfermedades (CIE) en 1992. Desde entonces, el diagnóstico depende de la capacidad del psiquiatra para, a través de una entrevista rigurosa y bien dirigida, extraer la información que cada paciente es capaz de entregar y así poder inscribirlo en alguna de las muchas categorías diagnósticas existentes.

¿Cuándo la tristeza se transforma en una enfermedad? Esta es la pregunta que da inicio a la obra de Jonathan Sadowsky. Intenta responder con la historia de la escritora Virginia Hefferman, quien luego de un quiebre amoroso necesitó usar antidepresivos para sobrellevar la pérdida. ¿Una ruptura puede generar una depresión? Sí. ¿Los antidepresivos ayudarán a Hefferman a sentirse mejor? Probablemente, sí. ¿Serán la única solución para salir del problema? Sin duda que no.

En su interesante prefacio, el autor delinea lo que será el libro. Para esto realiza un extenso recorrido por los temas revisados: la historia del concepto, las controversias asociadas a sus causas, cómo la influencia cultural y social la modelan y, finalmente, la transformación de la melancolía en su concepto más clásico a la idea actual de considerar como depresión toda forma de sufrimiento emocional. Son estos y otros tópicos los que intenta entretener el autor en los seis capítulos de la obra.

El primer capítulo busca definir el sujeto de estudio: la depresión. Inicia con una nueva anécdota literaria, esta vez extractada de la novela *Americanah*. En ella, se nos muestra el choque entre una joven inmigrante nigeriana y su tía, una médica integrada a la sociedad occidental que las acoge. Ella considera como depresión la pena de su sobrina. Esta rechaza la etiqueta por creer que estar triste por no lograr adaptarse a las nuevas y precarias condiciones de vida, no puede considerarse una enfermedad.

A partir de esta viñeta recorre aspectos generales de la depresión. El número de pacientes a nivel mundial, el costo que esto significa, además del constante aumento del número de casos. Esto se explicaría por tres razones: un aumento real en la incidencia (el número de casos nuevos), una mejora en la pesquisa y cambios en la forma de categorizar la depresión, es decir, que caen en este rótulo situaciones que antes tenían otros nombres.

Luego define la depresión a partir de los criterios DSM, destacando el tiempo de evolución y la proporcionalidad de la respuesta como las claves diagnósticas ante un evento traumático. Ni toda pena es depre-

sión y, aunque sea paradójico, ni toda depresión tiene pena. Sin embargo, los manuales diagnósticos, si bien es cierto solucionan el problema de la estandarización diagnóstica, no han estado exentos de críticas. En pos de la generalización, caen en un reduccionismo al intentar dar un enfoque uniforme a situaciones claramente heterogéneas. Esto empobrece el análisis, pues resta el contexto necesario para dar un enfoque integrativo a cada paciente.

El resto del capítulo explora el concepto de depresión en otras culturas, lo que sin duda resulta interesante y podría haber sido explorado en profundidad como capítulo aparte. Plantea que el concepto de depresión, como una enfermedad, es propio del mundo occidental, así como el 'Koro', que consiste en la idea de que los genitales se retraen hasta desaparecer, en el sudeste asiático, o el 'ataque de nervios', en Latinoamérica. No es que otras culturas no reconozcan la tristeza, sin embargo, existen matices al considerarla como una enfermedad. Por esto a la depresión se la ha llamado 'el diagnóstico más complejo del estudio transcultural'. En África, por ejemplo, hasta mediados del siglo XX se creía que la prevalencia era baja. Esto, por el sesgo racista, que veía en la raza negra a seres irresponsables, incapaces de deprimirse en 'circunstancias en las que el hombre blanco se sentiría abrumado'. A pesar de ser claramente algo incorrecto, sí existen algunas diferencias que han facilitado la confusión. Mientras el concepto de neurastenia, una forma de referirse a pacientes deprimidos con muchos síntomas físicos, cayó en desuso en el mundo occidental, este se mantuvo vigente por mucho tiempo tanto en Asia como en África.

El siguiente capítulo del libro recorre el concepto de melancolía, ese exceso de bilis negra, según la teoría humoral, que desemboca en la depresión de nuestros días. Consigna los aportes de personajes tan disímiles como: Hipócrates, Galeno, Lutero, Maimónides o Robert Burton. En la Grecia clásica, el melancólico no solo estaba triste, además presentaba un divorcio con la realidad, una forma de locura. No es sino con la llegada del siglo XX que el concepto de depresión empieza a tener un uso corriente. Al inicio usados indistintamente, en nuestros días la melancolía, condenada a desaparecer, se considera un subtipo poco frecuente de depresión. La melancolía es, entonces, otra víctima más de este imperio.

El tercer capítulo es una exhaustiva revisión del importante rol que ha jugado la teoría psicoanalítica tanto para el entendimiento de la con-

ducta humana como de la depresión. Atraviesa desde el clásico *Duelo y melancolía* de Sigmund Freud, pasando por los aportes de la escuela de Berlín encabezada por Karl Abraham y luego por los trabajos en niños hechos por Melanie Klein. Pero también revisa el rol de voces disidentes como la de Carl Jung, quien apostaba a la depresión como una oportunidad de transformación personal. Ya en la década de 1970, varios autores psicoanalíticos empiezan a alejarse de la idea de que todo es explicable desde el diván del terapeuta y, tomando los progresos de la farmacología, que a esas alturas para los casos más graves ya ofrecía alternativas más eficientes que la psicoterapia, postulan un diálogo entre el psicoanálisis y la neurobiología. Tal es el caso de John Bowlby o, más recientemente, de Otto Kernberg.

Cierra el capítulo con el caso Osheroff, que marcó el declive en la influencia del psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana. El 2 de enero de 1979, Rafael Osheroff, un prominente nefrólogo de 45 años, fue ingresado en el centro privado de salud mental Chestnutt Lodge, en Maryland. Por la falta de respuesta a la terapia psicoanalítica practicada en el lugar, al diagnóstico inicial de depresión mayor, se le sumó el de trastorno narcisista de personalidad. El agravamiento del cuadro clínico fue interpretado como una resistencia del paciente y no como una falla del tratamiento, por lo que el equipo tratante decidió mantener las sesiones de psicoanálisis, rechazando la idea de iniciar una terapia farmacológica. Siete meses después de su ingreso, Rafael Osheroff es trasladado a Silver Hill, otro centro psiquiátrico pero con un enfoque distinto. Al ingreso se constató que no solo estaba deprimido sino que también estaba psicótico, es decir, había perdido la capacidad de juicio de la realidad. Junto con el inicio de antidepresivos tricíclicos, también recibió antipsicóticos, una combinación de fármacos que en los últimos ensayos clínicos realizados había mostrado ser efectiva para este tipo de casos. Como era de esperar, Rafael Osheroff mejoró y a los tres meses fue dado de alta. Lamentablemente, el impacto en su vida fue enorme. Fue declarado legalmente incompetente, por lo que perdió la custodia de sus tres hijos, y fue cesado en el hospital donde trabajaba. El caso generó una gran controversia, no solo por la suma que debió pagar Chestnutt Lodge como respuesta a la demanda por mala práctica, sino que también por las consecuencias para el trabajo en psiquiatría. Lo que Osheroff reclamaba era que sus tratantes psicoanalistas, al insistir en la psicoterapia como única herramienta, habían ignorado la evidencia a favor de los psicofármacos. La psiquia-

tría debía comportarse como el resto de las especialidades, entrando de lleno en la era de la medicina basada en la evidencia.

En el cuarto capítulo nos enteramos de una serendipia. La observación de que la Isoniacida, usada para el tratamiento contra la tuberculosis, generaba euforia, permitió desarrollar la familia de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs). Estos se convirtieron entonces en los primeros fármacos antidepresivos. Junto con estos fármacos, en la década de 1950 nace un creciente interés en el tema de la depresión. Se generan escalas para evaluarla, se desarrollan nuevas alternativas psicoterapéuticas, como la terapia cognitivo conductual o la interpersonal, pero también se desarrollan métodos para evaluar la eficacia de dichos tratamientos.

Acá se agregan nuevos elementos para la discusión. El primero es la vulnerabilidad. Y es que, como sabemos, la depresión afecta a las mujeres en una proporción mucho mayor que a los hombres. ¿Cómo explicamos esto? ¿Algún factor genético u hormonal hace que las mujeres dupliquen en número a los hombres diagnosticados como deprimidos? ¿O ha de atribuirse a determinantes sociales? Existe una enorme presión social sobre el rol de las mujeres, largamente subyugadas por los hombres, ¿no es esto causa suficiente para deprimirse? Si además se es inmigrante, perteneciente a una minoría racial y pobre, como el caso de Americanah, la cosa es aún peor. El capítulo también abarca la historia del DSM y las distintas controversias que se han generado en cada actualización. Desde la pérdida de relevancia del psicoanálisis en la tercera versión hasta la inclusión del duelo como precipitante de un cuadro depresivo en la versión 5. En fin, la medicalización de la vida cotidiana.

El quinto capítulo está dedicado a la neurobiología y a la historia de los tratamientos antidepresivos. Destaca cómo, desde el inicio, todos nacen de la observación de la respuesta antidepresiva o antipsicótica de procedimientos destinados a otros fines. A las ya en desuso insulino-terapia, piroterapia y lobotomía se suma la terapia electroconvulsiva. A esta se le da un trato especial en el capítulo, exorcizándola de muchos prejuicios. Continúa con los hallazgos del ya comentado efecto antidepresivo de la isoniacida, y del efecto antipsicótico y antidepresivo de los tricíclicos, descubiertos cuando se elaboraba un hipnótico de alta potencia. Dichos hallazgos confirmaron, a inicios de la década de 1950, la idea de que un desbalance de neurotransmisores era la causa de la depresión.

A partir de esto se desarrolló de manera dirigida la familia de los inhibidores de recaptura de serotonina, con el Prozac como su estandarte. La idea de una píldora como solución quedó instalada. Sin embargo, los antidepresivos no están exentos de polémica y Sadowsky lo reconoce. En la mayoría de los estudios realizados, la respuesta antidepresiva es levemente mejor que la respuesta a placebo. Es decir, al tomar una pastilla de sacarina se tiene una probabilidad un poco menor de mejorar de una depresión que al tomar un antidepresivo. Lo anterior no significa que los antidepresivos no sean útiles, solo significa que la teoría monoaminérgica, que habla de desbalances de neurotransmisores, así como lo hacía la teoría humoral con el desbalance de bilis negra, no logra explicar por sí sola el fenómeno de la depresión. Sin duda, hay mucho más.

El capítulo final recoge las experiencias de algunos escritores en relación a la depresión. Casi como si fuera un género literario en sí mismo, Sylvia Plath, Norman Endler, Bruce Springsteen y tantos otros han publicado sus testimonios desde donde Sadowsky extrae ejemplos con los que recorre los puntos relevantes del libro: el dolor de estar deprimido, la falta de ayuda, las experiencias traumáticas en relación a los tratamientos, las recaídas y la ambivalencia nos muestran un fenómeno del que aún no sabemos mucho, solo que no es ni puramente biológico ni puramente psicológico.

Si bien es cierto que *The Empire of Depression* puede resultar una obra interesante y novedosa para el público general, pues se ocupa de un tema relevante, nutriéndose de datos y anécdotas que intentan hacer asequible la información entregada, carece de profundidad y fluidez en el desarrollo de los capítulos, por lo que a ratos parece ser el compendio de una obra mayor que espero llegue pronto a publicarse.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association, APA 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barron, D. 2017. The Rise of Evidence-Based Psychiatry. Disponible en: <https://blogs.scientificamerican.com/guest-blog/the-rise-of-evidence-based-psychiatry/> [13 de septiembre 2021].
- Buch, A. y Liston, C. 2021. Dissecting Diagnostic Heterogeneity in Depression by Integrating Neuroimaging and Genetics. *Neuropsychopharmacology* 46, 156-175. DOI: 10.1038/s41386-020-00789-3.
- Eisenberg, L. 2018. Is Psychiatry more Mindful or Brainier than It Was a Decade Ago? *British Journal of Psychiatry* 176(1), 1-5.

- Figueroa, G., Ivanovic-Zivic, F. y Olivos, P. 2012. Derecho al tratamiento eficaz, consentimiento informado y ética del cuidado: el caso Osheroff. *Psiquiatría y Salud Mental* 29(2), 84-89.
- Marková, I. y Berrios, G. 2012. Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology* 45, 220-227. DOI: 10.1159/000331599.
- Miles, A. 2018. Editorial Introduction: The Implication of Translational Neuroscience for Clinical Practice and Its Evaluation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 24(4), 788-790.
- Pacheco Yáñez, L., Padró Moreno, D., Dávila Wood, W., Álvarez de Eulate Unibaso, S. y Gómez de Maintenant de Cabo, P. 2015. Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte de Salud Mental* 13(53), 83-92.
- Szasz, T. 2008. *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- US-United Kingdom Cross-National Project 1974. The Diagnosis and Psychopathology of Schizophrenia in New York and London. *Schizophrenia Bulletin* 1(11), 80-102. DOI: 10.1093/schbul/1.11.80.
- World Health Organization, WHO 2017. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610> [13 de septiembre 2021]. *EP*