

EL «ÉXITO» DE LA DEPRESIÓN COMO FIGURA EMBLEMÁTICA DE LAS TENSIONES SOCIALES CONTEMPORÁNEAS*

Marcelo Otero
Université du Québec à Montréal
otero.marcelo@uqam.ca

RESUMEN

¿Cuáles son las razones que explican el aumento extraordinario de los diagnósticos de depresión y de la prescripción masiva de antidepresivos en Occidente y cada vez más en todo el mundo? ¿Cómo explicar que en los países donde se prescriben y consumen la mayor cantidad de antidepresivos, como en el caso del Canadá, la prevalencia de la depresión no cesa de aumentar? Las explicaciones biológicas, psiquiátricas y epidemiológicas son incapaces de explicar estos dos fenómenos que se afirman cada vez más desde los últimos 30 años con la sola novedad de integrar los trastornos ansiosos a estas dinámicas paradójicas. Este artículo propone resituar la difusión extraordinaria del síndrome depresivo y de la prescripción masiva de antidepresivos en el contexto de las tensiones sociales que, desde nuestro punto de vista, las explican. Ilustramos nuestras hipótesis sociológicas con los resultados de varias investigaciones llevadas a cabo en la ciudad de Montreal.

PALABRAS CLAVE: individualidad contemporánea, depresión, enfermedad mental, antidepresivos, sociología del individuo, pruebas.

ABSTRACT

«The “success” of depression as an emblematic shape of contemporary social tensions». What are the reasons for the dramatic increase in diagnoses of depression and mass prescription of antidepressants in the West and increasingly around the world? How to explain that in countries where they prescribe and consume a lot of antidepressants, as in the case of Canada, the prevalence of depression continues to increase? Biological, epidemiological and psychiatric explanations can not clarify these two phenomena that are more strengthened from the last 30 years with one novelty that they integrate anxiety disorder in the paradoxical dynamic. This article aims to relocate the extraordinary spread of depressive syndrome and massive prescription of antidepressants in the context of social tensions that, in our view, explain them. We illustrate our sociological hypotheses with the results of several investigations carried out in the city of Montreal.

KEY WORDS: contemporary individuality, depression, mental disease, antidepressants, sociology of individuals, trials.



INTRODUCCIÓN

El individuo humano, es necesario no olvidarlo, no sufre como él quiere. A pesar de que sufre, al fin y al cabo, de forma singular y que algunas dimensiones de su sufrimiento permanecerán para siempre en su fuero íntimo, la gramática de su sufrimiento no le pertenece: es de todos y de nadie. Un mal tan difundido, institucionalmente reconocido y socializado hasta la más desconcertante de las familiaridades como la depresión se aparea históricamente con un remedio que comparte las mismas características. Como lo fueron en el pasado la neurosis y el psicoanálisis, hoy es el turno de la depresión y los antidepresivos como ejemplo típico de tándem social de sufrimiento psíquico y tratamiento institucionalizado. Así, es imposible de comprender el «éxito social» de la depresión sin interrogar el tipo de sociedad en la que vivimos.

En Canadá la depresión ocupa el tercer lugar en materia de consultas médicas generales (más de 8 millones al año) después de la hipertensión (unos 20 millones) y la diabetes (10 millones). El resultado casi automático de dichas consultas médicas es la prescripción de antidepresivos, que hoy se han elevado al primer lugar de ventas de todos los medicamentos dispensados en farmacias con 34 millones de recetas ejecutadas anualmente, seguidos de cerca por los medicamentos para combatir el colesterol (unos 31 millones de recetas anuales) (IMS Brogan, 2011). La principales autoridades en materia de salud pública afirman desde hace más de 10 años que se trata de una «epidemia» que es responsable de la principal causa de «incapacidad»¹ en Occidente y se estima que se convertirá en la principal enfermedad en 2020 (OMS, 2001) superando a las patologías cardiovasculares. Esta «enfermedad»² se ha vuelto tan «general» que hoy debe ser diagnosticada y tratada por médicos «generalistas». Son efectivamente ellos quienes la diagnostican³ cotidianamente y masivamente con notable facilidad y prescriben antidepresivos con una rapidez asombrosa. Incluso las campañas de sensibilización del Estado alientan y respaldan esta dinámica a la vez social, médica y mercantil que armoniza una supuesta «enfermedad específica»

* Este trabajo se apoya en un estudio de campo realizado en la provincia de Québec (Canadá) que ha sido financiado por el Consejo de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) a fin de conocer mejor la realidad de la depresión en dicha provincia.

¹ La depresión se sitúa en primer lugar entre todas las enfermedades somáticas y mentales que provocan algún tipo de incapacidad. En efecto, representa el 12% del total de los años vividos con una incapacidad (AVI) correspondiente a todas las enfermedades crónicas (OMS, 2001).

² Para el DSM-I (1952), primera versión del manual oficial de la Asociación Americana de Psiquiatría, la depresión era un simple mecanismo de defensa y no una enfermedad mental en sí misma. Se trataba de una «reacción depresiva», que era una de las formas de controlar la ansiedad en una psiconeurosis. A partir del DSM-III (1980) y de las sucesivas versiones de este célebre manual de referencia (DSM-III-R, IV, IV-R y V), se convierte en un trastorno autónomo y epidémico.

³ Desde 1999, el número de prescripciones de ISRS (antidepresivos inhibidores de la recaptura de la serotonina), que representan la gran mayoría de todos los antidepresivos prescritos en Canadá, aumentaron el 83%. Los médicos generalistas prescriben casi 90% de los ISRS (IMS, 2007, 2011).



con un supuesto «tratamiento específico»⁴. De hecho, la nueva campaña oficial, iniciada en 2012 por el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec, afirma sin el menor matiz que «la depresión es una verdadera enfermedad equivalente al cáncer». Para una «verdadera enfermedad»⁵ se debe naturalmente consultar a un «verdadero médico», que es el único habilitado a prescribir la «verdadera medicina», que es sistemáticamente el antidepresivo⁶. La puerta está así oficialmente cerrada a cualquier otra interpretación de la depresión que no sea médica y para cualquier otra respuesta terapéutica que no sea un medicamento antidepresivo.

Sin embargo, esta dinámica simplista que pretende explicar la causa (desequilibrio neuronal) e indicar la solución adecuada de la depresión (consumo masivo de antidepresivos) no puede sostenerse sin serios cuestionamientos que conciernen a las definiciones oficiales de la patología (nosografía médica), las causas mencionadas para explicarlo (etiología) y los efectos esperados de los medicamentos que se pretenden específicos (terapéutica). Si bien es cierto que el tándem «depresión-antidepresión» está anclado en sólidas lógicas profesionales-médicas, farmacéutico-mercantiles⁷ y socio-normativas, no es menos cierto que encierra una paradoja inquietante, a saber: nunca se han consumido tantos antidepresivos⁸ y nunca ha habido tantas personas deprimidas. A escala social, la firme resistencia de la prevalencia de la depresión (del 10 a 25% de las mujeres y del 5% al 12% de los hombres) (DSM-IV-TR) niega empíricamente la pretendida eficacia de los «tratamientos de elección» que se proclaman alternativamente como verdaderas moléculas providenciales (Prozac, Paxil, Effexor, etc.) del universo de los psicotrópicos.

⁴ Aun cuando los antidepresivos son mayoritariamente prescritos para indicaciones de depresión, otros usos son posibles (trastornos ansiosos, de la adaptación, alimentarios, déficit de atención, bipolaridad, fibromialgia, etc.). Además, los trastornos ansiosos son cada vez más tratados con antidepresivos (Conseil du médicament du Québec, 2008). El carácter específico de los antidepresivos es cuestionado no solo por sus usos múltiples (terapéuticos y extraterapéuticos) sino por muchos trabajos. Healy (1997, 2002), Collin y Otero (2014).

⁵ Para algunos ejemplos de estas campañas publicitarias estatales ver: <http://www.grenier.qc.ca/nouvelles/2621/le-msss-sensibilise-la-population-a-la-depression-une-vraie-maladie>. <http://vimeo.com/61828510>. <http://www.masantementale.gouv.qc.ca>.

⁶ En Canadá, el 82% de las consultas médicas por depresión conducen a la prescripción de un antidepresivo, casi siempre un ISRS (IMS, 2007).

⁷ La influencia masiva de la industria farmacéutica sobre la profesión de psiquiatra, las categorizaciones psicopatológicas y las prácticas de prescripción han sido muy estudiadas. Ver Mikkel Borch-Jacobsen (2013) para los Estados Unidos y Marc Gagnon (2010) para Canadá.

⁸ Entre los países de la OCDE, Canadá se ubica en tercer lugar entre los mayores consumidores de antidepresivos detrás de Islandia y Australia. Mientras que el promedio del conjunto de países de la OCDE se sitúa en el orden de 56 dosis cotidianas por mil habitantes (DQD), Canadá consume 60% más que el promedio con 86 DQD. Ver *Panorama de la santé 2013: les indicateurs de l'OCDE* <http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante.htm>.



LA DEPRESIÓN: UN PROBLEMA SOCIAL EN SÍ MISMO

¿Cómo explicar la extraordinaria resonancia del mismo tipo de sufrimiento y las mismas disfunciones en millones de personas en todo el Occidente y cada vez más en otros lugares? Nada en los argumentos de la psiquiatría actual nos ayuda a explicar por qué tantas personas han comenzado a producir simultáneamente signos y síntomas bajo la forma particular que el síndrome depresivo dibuja en los manuales diagnósticos. La depresión tal como se manifiesta empíricamente a nivel social, así como la manera institucionalizada de su gestión, constituyen a la vez un fenómeno inseparablemente social y psicológico. Como lo muestra Ehrenberg (1998) en un trabajo ya clásico, la neurosis freudiana nos revelaba las características generales de una sociedad marcada por la referencia a la disciplina, al conflicto y a la culpa, mientras que la depresión actual nos revela las exigencias de una sociedad profundamente marcada por la referencia a la autonomía, a la responsabilidad y al rendimiento. Uno de los secretos del «éxito» social de un problema en el campo de la salud mental, es decir, de la magnitud de su prevalencia, reside en el hecho de que ya es parte de la sociabilidad ordinaria como «falla» potencial en términos de una eventual incapacidad para cumplir con las exigencias generales de adaptación ordinaria en un momento histórico determinado. La neurosis de ayer y la depresión de hoy representan dos formas emblemáticas de «nerviosismo social» de su tiempo, más que simples patologías médicas que se puedan tratar de manera exclusiva con la sola terapia médica, psiquiátrica o psicológica. El término «nerviosismo social» señala una hibridación empírica de lo que es a la vez irreductible e inseparable en los problemas de salud mental de alta prevalencia: el «psiquismo perturbado» y lo «social problemático»⁹.

En esta perspectiva, la depresión puede ser considerada como una «prueba social»¹⁰ en sí misma irreductible a un disfuncionamiento autónomo del equilibrio neuronal. Sociológicamente hablando, las pruebas sociales son desafíos históricos, socialmente producidos y distribuidos de manera desigual que las personas se ven obligadas a enfrentar de manera singular (Martuccelli, 2006, 2010). Aunque la depresión así entendida es ampliamente «producida» a nivel de las tensiones sociales provocadas por las formas de organización social, es sistemáticamente «capturada» por disciplinas y prácticas que tratan de definirla, reducirla y controlarla en el

⁹ El estatus ontológico de los problemas de salud mental no puede ser aprehendido exclusivamente por la sociología (o la antropología) ni por la psicología (o la psiquiatría), simplemente porque el psiquismo y lo social a la vez son inseparables e irreductibles. Con un poco de humor, podríamos decir que el psicologismo y el sociologismo son «patologías» epistemológicas equivalentes.

¹⁰ La noción sociológica de «prueba», tomada libremente de los trabajos de Danilo Martuccelli (2006, 2010), nos parece útil para analizar la experiencia de la depresión teniendo en cuenta, por un lado, la vivencia singular y privada a la cual solo tienen acceso las personas y, por otro lado, su significación colectiva, pública y codificada por numerosas instancias (medios, disciplinas científicas, instituciones, etc.) con respecto de las cuales la persona tiene poco poder e influencia. Esta noción es un operador analítico que permite estudiar los puntos de intersección entre tensiones sociales y trastornos psicológicos e individuales.

único terreno médico-psiquiátrico. Tanto como la pobreza, la esperanza de vida o los accidentes de tráfico, la depresión se distribuye de manera muy desigual en Canadá, particularmente en términos de género, edad y nivel socioeconómico¹¹. De hecho, la depresión, así como otros fenómenos cuyas dimensiones sociales son más evidentes, actúa como revelador de los aspectos más problemáticos de la individualidad ordinaria actual (Otero, 2003) destacando las principales exigencias a las cuales los individuos en sociedad son confrontados en las diferentes esferas de sus vida (familia, trabajo, escuela, etc.) de manera desigual. Así considerada, la depresión constituye una especie de prueba latente que testa empíricamente y con una regularidad estadística asombrosa los límites de lo que se nos pide ser y hacer hoy como individuos, en una lucha perpetua entre interpelaciones institucionales a la adaptación social (dominaciones ordinarias) y esfuerzos de inversión a nuevas posibilidades de acción (resistencias ordinarias).

El vasto y complejo mundo actual de la salud mental (prácticas psicosociales, psicoterapéuticas, psiquiátricas, psico-farmacológicas, psicoeducativas, etc.) es un espacio privilegiado para la observación de las diferentes formas de regulación de conductas «no conformes» en el sentido amplio del término. En este espacio se manifiestan problemáticamente ciertos requerimientos sociales que indican a los sujetos lo que se espera de ellos, al mismo tiempo que se demuestran las formas específicas de resistencia a estos requerimientos por medio de la producción de síntomas, sufrimiento o pasajes al acto. En pocas palabras, se trata de un espacio de reconducción de ciertas identidades sociales (individuo en buena o mala salud mental) en las que se supone que los sujetos deben reconocerse como funcionales o disfuncionales.

La «prueba depresiva» pone a la luz las tensiones producidas por la imposición de la forma social de la individualidad ordinaria (la misma para todo el mundo, ya sea en términos de ideales reconducidos por la socialización o en términos de promedios normativos comportamentales incorporados de manera práctica en la actividad social) en cada individuo singular (nuestras condiciones de vida particulares y trayectorias específicas) que harán que algunos de ellos serán puestos fuera de juego social mediante la vía de los trastornos psicosociales específicos de una época. Estos últimos, a la manera de estigmas modernos medicalizados, señalan a ciertos sujetos que de ahora en adelante no serán individuos como los otros y tendrán que someterse a las estrategias de intervención institucionalizadas para tener posibilidades de volver a los espacios de conformidad de la individualidad contemporánea. Es en este sentido en el que la depresión, como la experimentamos hoy, es la sombra de la individualidad contemporánea (Otero, 2012a) porque encarna objetivamente la

¹¹ En Canadá, el estatus socioeconómico (SSE) está claramente asociado a la prevalencia de los problemas de salud mental. En efecto, las personas que se sitúan en el SSE inferior sufren 2,3 veces más problemas de salud graves (trastornos severos y persistentes), casi 2 veces más problemas menos graves (depresión y ansiedad) y 3,4 veces más de consumo de drogas y de alcohol que las personas que se sitúan en el SSE superior (ICIS, 2008). También, casi todos los estudios concuerdan en el hecho de que las mujeres son diagnosticadas dos veces más por depresión que los hombres.



forma de resistencia institucional, ordinaria y anónima a las formas generales de la conformidad igualmente institucionalizadas, ordinarias y anónimas.

En este contexto, la «prueba depresiva» se despliega siempre más allá de su solo formato psiquiátrico «oficial» (síndrome depresivo, depresión mayor, trastorno depresivo, desreglamento de la economía de neurotransmisores —serotonina, noradrenalina, dopamina—, etc.¹²), que trata sin éxito de reducirla a una sola de sus consistencias ontológicas (la enfermedad mental) y a un solo nivel de intervención (el antidepresivo).

El análisis de los relatos de las historias vividas por las personas que han recibido un diagnóstico de depresión mayor, como se muestra en varias de nuestras investigaciones¹³, pone en evidencia la manera en la cual las gramáticas¹⁴ normativas de la «prueba depresiva» muerden tanto en el «cuerpo social» y en la «mente social» de las personas deprimidas más allá de sus características singulares, ya sean psicológicas o biológicas. Estas últimas son insuficientes para explicar lo que están experimentando y solo una lectura más amplia y colectiva de su sufrimiento permite comprender los «síntomas» sociales que comparten sin saberlo.

NO PODER, NO PODER QUERER: LOS «SÍNTOMAS» SOCIALES DE LA DEPRESIÓN

Podríamos resumir la prueba depresiva en dos grandes fórmulas incansablemente bosquejadas por las personas que atraviesan concretamente la experiencia de la depresión, a saber: «no poder» y «no poder querer». La primera se refiere en términos generales a la «desregulación»¹⁵ del cuerpo de los individuos en términos

¹² Ver el DSM-5 (2013) y el sitio en línea de la Asociación de médicos psiquiatras del Québec <http://www.ampq.org/index.cfm?p=page&id=42>.

¹³ Los fragmentos de análisis que presentamos aquí se apoyan en una investigación que comprende, entre otros datos, 60 entrevistas realizadas entre 2005 y 2008. Se trata de hombres y mujeres de 40 a 60 años que recibieron al menos un diagnóstico formal de depresión mayor. Para consultar la investigación completa, ver Otero (2012a).

¹⁴ El objetivo de nuestro análisis era entender mejor la prueba de la depresión cualitativamente en su generalidad. Es decir, tratar de analizar las resonancias específicas y transversales a las experiencias individuales como las han mencionado los entrevistados, en lugar de centrarse en las peculiaridades sociodemográficas, por ejemplo, si pertenecen a grupos particulares (edad, sexo, ingresos, etc.). Estas resonancias específicas y transversales ayudan a reconstruir concretamente, por así decirlo, las divisiones de género, edad y socioeconómicas en los mismos términos que impone la lógica general de la prueba depresiva y sus «tensiones sociales típicas».

¹⁵ Como lo hemos discutido en otros lugares (Otero, 2012, capítulo 4), el uso del término «desregulación» para describir lo que parece problemático en las personas deprimidas se explica por el hecho de que en materia de nerviosismo social (ayer las neurosis, hoy las depresiones y ansiodepresiones [depresión ansiosa o trastorno mixto ansioso-depresivo]) no existe «discontinuidad cualitativa» con los parámetros medios de la socialidad ordinaria. Se podría decir que el uso del término «desregulación», en lugar de, por ejemplo, el término «desnaturalización», se refiere a las variaciones anormales (como estadísticamente inusuales) de parámetros ordinarios de la socialidad (en el sentido de corrientes)

de «mecánica» o de «energía», mientras que la segunda concierne a la «desregulación» de la mente en términos de «motivación», de «sentido» o de «moral». ¿Cómo se desregula el cuerpo del individuo deprimido en el sentido de «no poder»? La principal dificultad a la cual se enfrenta el individuo deprimido es la disminución, la desaceleración, el bloqueo, la obstrucción y, más dramáticamente, la imposibilidad de la acción. No funcionar, y en menor medida disminuir su rendimiento habitual, es el drama central del individuo deprimido. El término «funcionar» es, en efecto, omnipresente en las historias vividas por los deprimidos y se declina de diversas maneras: no ser capaz de funcionar en el trabajo a la vez bajo la pesada mirada de los demás y de uno mismo; no ser capaz de funcionar mínimamente en la intimidad del hogar en tareas elementales; no ser capaz de manejar los resortes esenciales de su cuerpo (sueño, movimiento, energía, apetito, etc.) y hasta no poder encontrar ni siquiera el más mínimo soplo vital. Y es sobre todo en el universo del trabajo en el que se debe dar prueba de «funcionamiento» y de «vitalidad», es decir, de existencia individual y social más que en cualquier otro lugar.

¿Cómo se desregula la mente de un deprimido en el sentido de «no poder querer»? Las personas deprimidas quisieran «poder querer» pero, aunque lo intenten, «no pueden», «no llegan a hacerlo» o «no logran hacerlo». En orden de importancia, esta limitación «mental» se expresa como desafección (desconexión, apatía, desinterés, inercia, etc.), tristeza (llanto, nostalgia, melancolía, etc.), pesimismo (pensamientos negativos, futuro sin esperanza, etc.), autodepreciación (baja autoestima, subestimación de las capacidades personales, etc.), pérdida de control del pensamiento y de autonomía (falta de iniciativa, confusión, problemas de concentración, etc.) y, por último, autodestrucción (pensamientos suicidas, abandono de sí mismo, etc.). Con el estado de ánimo, la motivación y la cognición desregulados a la vez, la mente deprimida no puede reducirse a los registros ordinarios del sufrimiento y de la tristeza psíquicos o morales. Ella está firmemente asociada con los aspectos cardinales de la individualidad contemporánea: conexión alerta y permanente con el mundo, valorización de las cualidades intrínsecamente individuales (autoconfianza, autoestima, etc.), valorización de la propia capacidad para cambiar las cosas (toma de iniciativas, decisiones informadas, etc.), disposición tornada hacia el futuro (formulación de proyectos, búsqueda de nuevos horizontes y oportunidades para explorar, etc.) y autonomía (autosuficiencia, autogestión responsable, autoempoderamiento, etc.). Todas estas dimensiones cardinales de la individualidad ordinaria, ampliamente instituidas a través de la vida social, brillan por su ausencia en el individuo deprimido, que encarna, a pesar de sí mismo, su sombra social.

de la existencia humana inseparablemente orgánica, psicológica y social. La prueba depresiva no alcanza a «desnaturalizar» lo que está «desajustado» como podría ser el caso de las psicosis o de ciertos trastornos de personalidad graves. Los comportamientos «desregulados» se alejan de la norma media pero continúan siendo «comprensibles» en relación con la distancia de las normas ordinarias. Para una discusión más amplia sobre este tema ver Otero (2008).



SOLOS Y SOLAS CON EXPERTOS Y MEDICAMENTOS

La «prueba depresiva» se ha convertido en un importante problema de salud pública que socava el rendimiento de la fuerza de trabajo debido a su impresionante prevalencia sobre la población activa¹⁶. Es un asunto de médicos generalistas tanto por razones teóricas (es un trastorno demasiado «trivial» para interesar a los psiquiatras) como por razones prácticas (un trastorno «masivo» que requiere diagnosticadores y prescriptores igualmente de masa). Con el apoyo agresivo de la poderosa industria farmacéutica, la psicofarmacología de masa ha logrado exportar admirablemente en el imaginario de la práctica clínica su modelo idealizado que conecta firmemente un «trastorno específico», considerado cada vez más como un problema crónico, a una «terapia específica», la cual, como en los problemas crónicos, trata pero no cura. Este desplazamiento general a la vez social, científico y mercantil se acompaña, por un lado, de una «globalización» sin precedentes de las gramáticas psicopatológicas estadounidenses, que permiten diagnosticar masivamente (del DSM III al DSM V) y, por otro lado, de un desplazamiento mayor de las preocupaciones clásicas de la epidemiología, cada vez más preocupada por los problemas de rendimiento social. En efecto, esta última disminuye su atención en las enfermedades agudas y la mortalidad para centrarse en las enfermedades crónicas y las incapacidades.

Si bien es cierto que el individuo deprimido «sabe» de antemano lo que significa la depresión en términos de experiencia social, no es menos cierto que es el diagnóstico médico oficial el que transforma su queja psicosocial «ambigua» en trastorno mental «específico» al cual están estrechamente ligadas las respuestas «específicas» como el antidepresivo estandarizado. De allí en adelante, la persona deprimida estará «sola con expertos» (médico generalista, psiquiatra o psicólogo) para gestionar técnicamente lo que queda de la prueba depresiva así reducida y achatada por estos dispositivos diagnósticos y clínicos. En este contexto, se cambian los términos experienciales de volver a llevar «una vida normal», de alcanzar un «funcionamiento normal», de poder «hacer frente a la vida» o de «hacerse cargo de sus problemas» para centrarse en un objetivo crucial y descarnado: la restauración de la acción gracias a la ingesta del antidepresivo. La relación con la medicación es sin embargo compleja, ambivalente y variada¹⁷. Se puede pasar de la renuencia a recurrir a la molécula a la resignación de plegarse sin condiciones al tratamiento,

¹⁶ 500.000 canadienses se ausentan del trabajo cada semana por los problemas de salud mental, sobre todo a causa de depresiones. Además, los costes imputables a estos problemas ascienden a más de \$ 20.000 millones por año en Canadá y \$ 4.000 millones solo en Québec. Ver la cátedra de Gestión de Salud y Seguridad. Universidad de Laval. <http://www.cgsst.com/fra/les-consequences-du-stress/pour-lorganisation.asp>. Para una teorización contemporánea sobre la «fatiga» en el trabajo, ver Lorient (2000).

¹⁷ Si se cuantifican las alusiones a las interacciones concretas con antidepresivos en los relatos de los individuos deprimidos, cuatro temas surgen claramente: la eficacia (33%), la interrupción del tratamiento (26%), los efectos secundarios (24%) y la renuencia a su utilización inicial (17%). Si se adicionan los últimos cuatro temas, nos encontramos con el hecho que casi en el 70% de los casos, se dibuja el espectro de la sospecha: ¿cómo y cuándo interrumpir el tratamiento? ¿Cuáles son los



así como pasar alternativamente a través de las múltiples figuras de la «eficacia»¹⁸. También es posible enredarse en la espiral de regulaciones interminables de las dosis, sufrir múltiples recaídas y vivir cada vez nuevos comienzos, lograr desprenderse con éxito del medicamento en una fase particular, sufrir los efectos nefastos de un retiro brusco de la medicación o, incluso, integrar de forma permanente la molécula en la vida de la persona. Esta última figura se vuelve cada vez más frecuente con los cuadros de las depresiones crónicas y el tratamiento de por vida, que tiene como referencia el modelo de la diabetes.

Durante este viaje azaroso con el medicamento como único acompañante, no solo el estatus de los antidepressivos es objeto de fuertes polémicas (terapéutico, rehabilitante, estabilizante, dopante, reconfortante, euforizante, etc.), sino también el de la propia identidad de la persona que es modelada en curso de tratamiento (no está claro quién se era antes, quién se está volviendo a ser y quién se será al final del tratamiento). La mayoría de las veces se puede llegar a «ir menos mal», «bien» e, incluso, «mejor». Pero también es posible «no restablecerse nunca» y hacer de la prueba depresiva un espacio dramático de supervivencia. Una cosa es cierta, la prueba depresiva, incluso una vez superada, deja marcas que señalan, a veces brutalmente y otras veces en filigrana, las nuevas limitaciones a las cuales las trayectorias post-depresivas de los individuos deben ceñirse de ahora en adelante.

Estas marcas resaltan las grietas en las defensas sociales de la individualidad con la que los individuos singulares deben aprender a vivir en tiempo real (en el caso de un déficit concreto) o en filigrana (en el caso de una fragilidad o vulnerabilidad que lo acecha en permanencia). En este contexto más o menos técnico de aislamiento terapéutico, es decir, el individuo consigo mismo, su medicamento y la presencia esporádica del prescriptor, los «otros» (familia, amigos, parientes) suelen jugar un papel menor y no siempre positivo. La mayoría de las veces se trata de ofrecer un involuntario espejo donde el individuo se ve obligado a evaluar las oscilaciones de su rendimiento social en un contexto donde la comparación lo desfavorece sistemáticamente. La persona deprimida es, en última instancia, uno de los tantos fusibles de las tensiones ordinarias de las sociedades de individualismo de masas que siempre se queman en la mayor de las soledades.

SOLOS Y SOLAS EN EL TRABAJO

En la gran mayoría de los casos, es el mundo del trabajo el que está claramente asociado con la prueba depresiva tal como es descrita por los individuos que la atraviesan. En efecto, es extremadamente difícil de explicar a los demás y expli-

efectos secundarios? ¿Cómo podemos justificar ante nosotros mismos y frente a los otros el uso de una píldora para resolver nuestros problemas?

¹⁸ ¿Qué significa la eficacia para los usuarios de antidepressivos? En orden de importancia: reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida, erradicar la enfermedad, aliviar el sufrimiento, prevenir el deterioro de una situación que ya es difícil para la persona y restaurar el funcionamiento normal.



carse a sí mismo las vicisitudes de la prueba depresiva sin referirse de una manera u otra al mundo del trabajo. Ya sean los efectos de un proceso latente de desgaste a largo plazo (trabajo sin cualidades, poco valorizante, estrés físico y mental sostenido durante años, etc.), de una coyuntura particularmente delicada (cambio en la organización del trabajo, promoción o degradación, cambio en las responsabilidades y tareas, aumento o disminución repentina del volumen o del tipo de trabajo, etc.), o aun de un concurso de circunstancias difíciles (problemas de conciliación familia y trabajo, coincidencia de hechos dolorosos personales, relacionales o de salud con las tensiones del trabajo, etc.), la actividad laboral, la relación con el trabajo o el mundo del trabajo en sí mismo se invocan sistemáticamente para dar sentido a la prueba depresiva. En las sociedades contemporáneas, este último se ha transformado en la medida por excelencia de existencia social de toda persona y es el parámetro ordinario de la comparación y valoración cotidiana con los otros.

Mientras que las neurosis freudianas estaban sólidamente asociadas a las tensiones familiares, a la represión (del deseo) y al tiempo pasado (infancia), la depresión se muestra sólidamente asociada a las tensiones del mundo del trabajo, a la relación con sus propias capacidades (límites personales) y al tiempo presente¹⁹. La difusión espectacular de la prueba depresiva en las sociedades contemporáneas pone en evidencia dos grandes transformaciones sociales, solidarias entre sí: los cambios radicales en las configuraciones familiares y en el mundo del trabajo, así como la redistribución de tensiones sociales entre estos dos universos. ¿No deberíamos reexaminar la ecuación clásica de Berger y Luckmann que calificaba a la socialización «primaria» (que corresponde *grosso modo* a la acción de la familia sobre el individuo) como esencialmente «emocional» y a la socialización «secundaria» (que corresponde *grosso modo* a la acción del mundo del trabajo sobre el individuo) como esencialmente «cognitiva»?

La socialización «primaria» ya no es lo que era en términos de exclusividad del «personal» familiar encargado de la adhesión «afectiva» al «mundo» internalizado y a la transmisión de un solo «mundo» que transforma al individuo abstracto en «miembro» efectivo de la sociedad. Los «otros» significativos son hoy más numerosos, variados y, a veces, inesperados²⁰. La carga afectiva es menos «intensa», ya que

¹⁹ Como lo destaca de Singly (2003), en las sociedades contemporáneas «el pasado sólo tiene sentido si se traduce en el campo de la experiencia concreta y si se incorpora en el trabajo sobre uno mismo». Pero en la prueba depresiva el pasado no tiene sentido, porque «todo sucede en tiempo real».

²⁰ Por ejemplo, la generalización (o el aumento) de las familias ensambladas o reconstituidas, el control global de la educación de la infancia por estructuras colectivas estatales o privadas desde el nacimiento de los niños (centros de cuidado infantil, guarderías, estructuras incluidas en los universos de trabajo y educación, etc.), la reducción de las desigualdades de género, la legalización de uniones del mismo sexo, la redistribución de los roles familiares, la decadencia de la figura paterna, el aumento de la importancia de los derechos de los niños, el crecimiento de las familias monoparentales —por elección o no—, la generalización de la vida en solitario, la posibilidad legal para adoptar niños individualmente o de procrear individualmente en el caso de las mujeres, etc.

está distribuida sobre una pluralidad de instancias significativas²¹. El «mundo» para transmitir es a la vez frágil (se convertirá en obsoleto varias veces a lo largo de una vida)²² y múltiple (varios mundos competitivos, incluso contradictorios, coexisten abriendo el espectro de posibilidades del «miembro» de la sociedad en formación a diferentes trayectorias posibles)²³. La prueba depresiva parece indicar una cierta «pacificación» de las tensiones familiares²⁴, incluyendo los temas relacionados con la sexualidad, que están completamente ausentes en la experiencia dolorosa de las personas deprimidas.

La socialización «secundaria», que en su concepción clásica es esencialmente un efecto de la división del trabajo y de la distribución social del reconocimiento que le está asociado (empleado, directivo, obrero, profesional, desempleado, etc.), también se muestra bajo un nuevo día de acuerdo a las características y desafíos expuestos por la prueba depresiva. Teniendo en cuenta el lugar central y el peso inéditos que el trabajo ocupa en las vidas de las personas en términos decisivos para su identificación como «miembros» efectivos de la sociedad, ¿no deberíamos considerar una reinversión «afectiva» del mundo del trabajo a expensas de una desinversión «afectiva» asociada a las configuraciones familiares? En una sociedad donde la depresión es la figura emblemática del nerviosismo social, el lugar típico de las tensiones de la individualidad contemporánea es el mundo del trabajo, donde los límites del individuo, su valor y su existencia social pueden ser puestos a prueba permanentemente²⁵. ¿Hasta

²¹ Ralph Linton (1945) planteó hace mucho tiempo los efectos a largo plazo en los adultos de los modelos de familia abiertos y extendidos, por un lado, y cerrados y restringidos, por el otro. Así, el amor romántico y exclusivo le parecía posible solo en una sociedad caracterizada por un modelo de familia cerrado (nuclear), mientras que la pluralidad y la no exclusividad de los «otros significativos» favorecen modelos amorosos menos exclusivos y permanentes, es decir, más abiertos e inestables.

²² Margaret Mead (1978) ya había definido las sociedades occidentales como «prefigurativas», es decir, sociedades donde los cambios son tan rápidos que las experiencias, normas y valores transmitidos por los ancestros parecen de poca utilidad para los más jóvenes, que se encuentran cada vez más en una situación similar a la del inmigrante o del pionero que debe aprender todo en tiempo real.

²³ Es pertinente recordar que Berger y Luckmann ya habían planteado que cualquier sociedad compleja tiende a hacer cada vez más frecuente la pregunta existencial: ¿quién soy yo?, ¿por qué estoy en tal posición social más bien que en otra? Este cuestionamiento que nos recuerda la apertura del recorrido biográfico a otros «mundos» posibles (género, sexualidad, profesión, gustos, moral, etc.) es mencionado por los autores como un fenómeno marginal y, en cierto sentido, inquietante para la cohesión social. Hoy en día se ha ido convirtiendo en un cuestionamiento ordinario ampliamente incorporado en las sociedades contemporáneas, más que una fuente de preocupación para la estabilidad social. Esta problemática está desarrollada en Otero (2012b).

²⁴ Los analistas de la escena de la intervención en salud mental en Canadá revelan un cambio mayor en los últimos treinta o cuarenta años, la familia pasó de ser un «problema» (fuente de tensiones relacionales y psíquicas) a ser parte de la «solución» (reconstrucción de redes de apoyo, contención, dedicación, etc.), mientras que el trabajo aparece cada vez más como un «problema» en muchos aspectos (estrés, fatiga, insatisfacción, conflictos) para la salud mental de los individuos. Dorvil (2003, 2008).

²⁵ A pesar de numerosos estudios sobre el «fin del trabajo» que han surgido desde el último cuarto del siglo xx, la centralidad del trabajo en la vida no hace más que confirmarse (Mercuré y Vultur, 2010; Castel, 2009).



dónde puede rendir? ¿Hasta dónde debe rendir? ¿Qué cadencia puede mantener y durante cuánto tiempo? Esta es otra manera de preguntarnos a nosotros mismos, bajo la amenaza constante del desclasamiento social, «quiénes» somos y «qué lugar social» somos capaces de ocupar y mantener.

El individuo deprimido está solo de cara a un problema mayor que acecha al fundamento mismo de su existencia social: su capacidad de acción está efectivamente bloqueada o potencialmente amenazada. En un mundo donde los soportes sociales se distribuyen cada vez más de forma desigual y donde las posiciones estatutarias se pueden fragilizar en el curso de las trayectorias de vida, la acción debilitada, o no restaurada rápidamente, es sinónimo de muerte social probable. Las fluctuaciones concretas de la acción, y no del sentido de la vida, marcan impiadosamente el desfilaro identitario que el individuo envuelto en la prueba depresiva deberá recorrer con el solo auxilio del medicamento antidepressivo y sus promesas imposibles de cumplir. Fuera del mundo del trabajo, no hay salvación social: el purgatorio depresivo donde languidece la individualidad contemporánea lo prueba religiosamente.

	Figuras «típicas» del nerviosismo social	Tipo de intervención privilegiada	Lugar típico de la génesis de tensiones	Lugar individual de manifestación de tensiones	Coordenadas temporales de la génesis de tensiones	Tipo de restricción social actuante
Antiguo nerviosismo de la vida ordinaria	Neurosis	Psicoanálisis (o terapias inspiración psicodinámica)	Familia	Psiquismo	Pasado	Represión
Actual nerviosismo de la vida ordinaria	Depresión (y más ampliamente depresiones ansiosas)	Antidepressivo (y más ampliamente medicamentos psicoactivos)	Trabajo (y más ampliamente lugares de puesta a prueba del rendimiento)	Cuerpo/humor (y más ampliamente acción y energía)	Presente (y más ampliamente eje latitudinal)	Límites (y más ampliamente ajustamiento social a registro individual de posibilidades)

CONCLUSIÓN

Las neurosis freudianas de ayer no desaparecieron debido a la eficacia y la masividad de las terapias de inspiración psicodinámica, sino más bien debido a las profundas transformaciones producidas en las configuraciones familiares patriarcales, disciplinarias y autoritarias que tuvieron como efecto vaciar de sentido las dimensiones sociales de la etiología que se les atribuía en la teoría psicoanalítica²⁶. A la base de esta desaparición, olvidamos a menudo las numerosas luchas sociales y libertarias (feminismo, revolución sexual, derechos de los niños, derecho a la libre determinación de los estilos de vida, derechos a diversas formas de unión, luchas de género y contra los géneros, etc.) que no solo han atacado y combatido a los aspectos

²⁶ Ver sobre todo Freud (2001 y 2004).

más odiosos e injustos de la organización familiar moderna, sino también propusieron alternativas que hoy se han vuelto aceptadas e incluso institucionalizadas.

La depresión no desaparecerá tampoco por el uso masivo, intensivo o crónico de los antidepresivos contemporáneos por más eficaces que se pretendan. Por esta razón es necesario situar el síndrome depresivo tal como la psiquiatría contemporánea lo diagnostica en un contexto social más amplio como el definido por la prueba depresiva (fenómeno social total) porque nos parece esencial para identificar las condiciones de producción de las tensiones sociales asociados a ella y así poder criticarlas, disminuirlas y combatirlas. Desde la segunda mitad de la década de 1970, nuevas formas de trabajo llamadas postfordistas se instalaron ampliamente en las sociedades occidentales con su parte de transformaciones objetivas bien conocidas²⁷ y sus efectos subjetivos preocupantes de los cuales la prueba depresiva es el más emblemático (*burnout* [sentirse quemado], agotamiento, fatiga, ansiedad, trastornos de adaptación, estrés psicosocial, etc.).

Desplazar decididamente la mirada hacia las tensiones, inequidades, desigualdades e insatisfacciones reales y objetivas que están entrelazadas en las raíces sociales de la depresión es la única manera de considerarla como lo que realmente es, a saber: un problema social en sí mismo. Y, como con cualquier problema social, las respuestas eficaces a los retos que nos plantean son múltiples y colectivas (luchas, resistencias, protestas, etc.)²⁸ y, en última instancia, institucionales (leyes, cambios en la organización del trabajo, repensar los derechos y protecciones sociales, etc.). La serie lógica causal actualmente dominante «cerebros desajustados-síndrome depresivo-antidepresivo» aísla a los individuos entre sí y nos lleva al resultado paradójico demasiado conocido: nunca se han tomado tantos antidepresivos y nunca hemos estado tan deprimidos. Es decir, a gran escala, los antidepresivos no resuelven el problema de la depresión en ninguna sociedad.

Los enfoques individualizantes, ya sean biologizantes, psicologizantes o psiquiatrizantes, no han dado los resultados prometidos y han aumentado de manera exponencial los gastos en materia de salud pública y privada. Recentrar el estudio de los problemas de salud mental de masa en el contexto más amplio del estudio de los problemas sociales se ha convertido en una necesidad. Se trata así de romper el aislamiento de las personas que sufren singularmente de problemas de salud mental que son ampliamente compartidos, lo sepan o no, porque son ampliamente sociales

²⁷ Entre otros fenómenos, la generalización de la precariedad, el aumento de la desigualdad salarial, presión sin límites al rendimiento, la competencia entre los trabajadores, la exigencia de formación continua, la disminución de la tasa de sindicalización y de las protecciones sociales, la responsabilización extrema de los trabajadores en sus tareas, la interferencia creciente del trabajo en la vida privada, etc. (Boltanski y Chiapello, 1999; Mercure y Vultur, 2010).

²⁸ La conciliación trabajo-familia, la demanda de mayor respeto en las relaciones laborales cotidianas, las demandas por condiciones de trabajo menos estresantes, la valoración de las tareas realizadas, la lucha contra las diversas formas de acoso en el trabajo, la demanda de limitaciones en los requerimientos de rendimiento a todo precio, la identificación de nuevas formas de trabajo no remunerado y la demanda de tenerlo en cuenta, el rechazo de la interferencia corporativa en la vida privada de los trabajadores, etc.



en sus determinaciones. Es decir, en sus dimensiones colectivas, que debemos discutir, volver explícitas y repolitizar a fin de hacerles frente de manera igualmente conjunta.

Enviado: 3/1/2015
Aceptado: 5/10/2015

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM I). Washington: American Psychiatric Association Mental Hospital Service.
- (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV-TR). Washington: American Psychiatric Association Mental Hospital Service.
- (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5).
- BERGER, P. y LUCKMANN, T. (1966). *The social construction of reality*, Doubleday & Company Inc. [Version française (2006) «La société comme réalité subjective», *La construction sociale de la réalité*. Paris: A. Collin].
- BOLTANSKI, L. y CHIAPELLO, È. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- BORCH-JACOBSEN, M. (2013). *Big pharma, une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé*. Paris: Les Arenes.
- CAMIRAND, H. y NANHOU, V. (2008). «La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes», *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, septembre.
- CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2005). «CPA Position Statement Prescribing Antidepressants for Depression in 2005: Recent Concerns and Recommendations», *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, núm. 12, pp. 1-6.
- CASTEL, R. (2009). *La montée des incertitudes*. Paris: Seuil.
- COLLIN, J. y OTERO, M. (2014). «Resistance and mutations of non-specificity in the field of anxiety-depressive disorders in Canadian Medical Journals», *Social Science & Medicine*, (sous presse).
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (2003). *La consommation de psychotropes: portrait et tendances au Québec*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC (2008). *Usage des antidépresseurs chez les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments du Québec. Étude descriptive - 1999-2004*. Québec: Les Publications du Québec.
- DORVIL, H. (2003). *La réadaptation psychosociale des patients psychiatriques désinstitutionnalisés dans leurs familles naturelles, les résidences d'accueil et les logements sociaux avec support communautaire*. Montréal: GRASP, École de travail social, Université du Québec à Montréal.
- (2008). *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé: actes du Colloque Problèmes sociaux, résolution de conflits, politiques sociales et santé*. Montréal: Acfas.
- EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- FREUD, S. (2001). *Abrégé de psychanalyse*. Paris: PUF.
- (2004). *Le Malaise dans la culture*. Paris: PUF.



- GAGNON, M.-A. (2010). *Improving Health, Reducing Costs: Costs and Benefits of a Universal Pharmacie Regime in Canada*. Ottawa: Canadian Health Coalition, IRIS et CCPA.
- HEALY, D. (1997). *The Antidepressant Era*. London: Harvard University Press.
- (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. London: Harvard University Press.
- IMS HEALTH, Canada (2007, 2011, 2012). URL: <http://www.imshealthcanada.com>.
- INSTITUT CANADIEN DE L'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007). *Améliorer la santé des canadiens 2007-2008. Santé mentale et itinérance*. Ottawa: ICIS.
- KAIROUZ, S. et al. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- KAVANAGH, M. et al. (2006). *La dépression majeure en première ligne*. Québec: ASSS, INSP.
- LINTON, R. (1945). *The Cultural Background of Personality*. New York: Appeltion Century.
- LORIOU, M. (2000). *Le temps de la fatigue*. Paris: Anthropos.
- MEAD, M. (1978). *Culture and Commitment: the New Relationships between the Generations in the 1970s*. New York: Columbia University Press.
- MARTUCELLI, D. (2006). *Forgé par l'épreuve*. Paris: A. Colin.
- (2010). *La société singulariste*, Paris: A. Collin.
- MERCURE, D. y VULTUR, M. (2010). *La signification du travail*. Sainte-Foy: Presses de l'Université de Laval.
- MSSSQ (2007). *L'état de santé de la population québécoise : Quelques repères*, Québec, Direction des communications, 31 pages.
- OCDE (2013). *Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE*. URL: <http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante.htm>.
- OTERO, M (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Québec: Presses de l'Université Laval.
- (2008). «Vulnérabilité, folie et individualité: le nœud normatif» dans Châtel, V. et Roy, Sh. *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Montréal: PUQ, pp. 125-145.
- (2012a). *L'ombre portée: l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal: Boréal.
- (2012b) «Repenser les problèmes sociaux», *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 15 novembre 2012, consulté le 12 mars 2013. URL: <http://sociologies.revues.org/4145>.
- SINGLY, F. (2004). *Les uns avec les autres*. Paris: A. Collin.

