



**A VUELTAS CON LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO (monográfico)**  
*Una pequeña historia de incertidumbres, sesgos, intereses, ideologías,  
corporativismos, peleas de gallos...y pájaros Dodo*



**A VUELTAS CON LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO**

Una polémica que se sostiene tanto por falta de un análisis con conclusiones que puedan considerarse definitivas e imparciales, como por la enorme importancia de los sesgos y posicionamientos ideológicos que subyacen a las distintas interpretaciones de los datos existentes. Y es que parece mentira que, tras décadas de uso (y me estoy refiriendo específicamente a los ISRS) y cientos de millones de prescripciones, aún parece que no sabemos si su efecto no es más que mero placebo, y aún más, una fuente de efectos secundarios de gravedad indetectada o minimizada por los intereses comerciales de la industria y la connivencia de los perversos psiquiatras.

**EFFECTIVIDAD DE LOS ANTIDEPRESIVOS**

A estas alturas todos estamos más que familiarizados con los sesgos de publicación que contaminan de forma persistente la valoración de los resultados de las intervenciones en salud. En el caso de los antidepresivos este problema se hizo muy evidente tras la publicación en el NEJM, allá por 2008, de este estudio de Erick Turner, en el que analizaba toda la información disponible en la FDA sobre los estudios remitidos para la aprobación de diversos antidepresivos. Básicamente comparó la eficacia inferida de los estudios publicados en la literatura con la que podía deducirse de la de todos los ensayos clínicos registrados y disponibles en los archivos de la FDA. La conclusión fue demoledora, la posibilidad de que un estudio fuera publicado era 12 veces superior si sus resultados favorecían al fármaco que si los resultados eran neutros o negativos. Bueno, no sólo eso. También se daba la circunstancia de

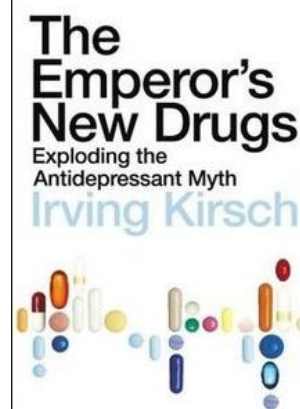
que estudios con resultados muy poco alentadores eran publicados y presentados como si hubieran obtenido resultados positivos. Esto ya nos va dando idea de lo fácil que somos de engañar, de nuestra escasa capacidad para evaluar un ensayo clínico, y/o de nuestra costumbre de quedarnos con el titular y todo lo más el *abstract* de los estudios que leemos. Turner era un hombre prudente y específicamente avisaba de que no decía que los antidepresivos no fueran eficaces, simplemente de que su eficacia quizás estaba siendo sobreestimada.

Los resultados obtenidos por Turner no tuvieron un impacto aparentemente grande, y si lo tuvieron no fue fuera de la comunidad científica. Para que el debate llegara al público general tuvo que llegar Irving Kirsch. Irving Kirsch es un psicólogo de amplia trayectoria en investigación sobre el efecto placebo, y su batalla particular contra los antidepresivos puede rastrearse al menos desde el año 1998, en que publica con Guy Sapirstein un artículo en *Prevention and Treatment*, una revista on-line ya desaparecida de la American Psychological Association, cuyo título, Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Antidepressant Medication, ya daba idea de por dónde iban los tiros.

## **Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Antidepressant Medication**

Irving Kirsch, Ph.D.  
University of Connecticut, Storrs, CT

Guy Sapirstein, Ph.D.  
Westwood Lodge Hospital, Needham, MA



En 2008, Kirsch publica en PLoS Medicine un artículo abundando en dicha tesis: los antidepresivos (específicamente los ISRS) no son más eficaces que el placebo. En esta ocasión el impacto de sus conclusiones trasciende a la comunidad científica y llega a un campo bien abonado por la preocupación creciente acerca de los problemas de eficacia y seguridad de los psicofármacos en general, por los evidentes problemas generados por el exceso de prescripción de medicamentos y también por la oportunidad que vieron y ven otros colectivos profesionales para postularse como la solución. El artículo de Kirsch fue seguido por un libro en 2009, también de sugerente título: *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*, en el que se abunda en la tesis de la

ineficacia de los ISRS, su potente efecto placebo acrecentado por sus efectos secundarios perceptibles para el paciente, y de que por ende, la teoría de que la depresión es debida a una alteración química cerebral que los antidepresivos corrigen, es simplemente errónea.

Mucha gente, especialmente de la corriente de la psiquiatría crítica o determinados colectivos profesionales, recibieron los planteamientos Kirsch con indisimulado alborozo. Y como decíamos, los medios de comunicación también. Sin embargo no han faltado tampoco críticas, especialmente desde el estamento psiquiátrico (que muy a menudo han sido descalificadas *ad hominem*, como mera expresión de un corporativismo interesado), pero también por parte de personas (en este caso psicólogo), tan agudas y afiladas como James Coyne. La *European Psychiatric Association* llegó a publicar un *position paper* en 2012, en el que se critica abiertamente la metodología del trabajo de Kirsch, críticas a las que se sumaron insignes psiquiatras como Jeffrey Lieberman, a la sazón presidente de la APA.

≡ **EL PAÍS****SOCIEDAD**

## El Prozac es sólo placebo

Un estudio revela que los antidepresivos más populares no sirven para combatir depresiones leves y moderadas



MONICA LÓPEZ FERRADO

Barcelona - 27 FEB 2008

Más recientemente BMC publica un nuevo metaanálisis evaluando la eficacia de los IRSRS en la depresión mayor, de nuevo analizando ensayos clínicos frente a placebo. El artículo es denso, con una explicación de la metodología pormenorizada y una amplia discusión. Parte de la base de que aunque hay mucho escrito y meta análisis previos, sus conclusiones están limitadas por cuestiones metodológicas, como no usar una metodología Cochrane predefinida, incluir únicamente subgrupos de pacientes, no indagar en todas las bases de datos relevantes, no evaluar de forma sistemática las posibles fuentes de sesgos, etc. El artículo revisa los meta análisis existentes, incluyendo el de Kirsch en 2008 y el de Moncrieff en 2012 (en este caso una revisión Cochrane). Así que los autores realizan una nueva revisión sistemática, de la máxima exhaustividad, evaluando no sólo la eficacia sino también los efectos perjudiciales de los IRSRS frente a placebo (activo o no) o frente a no intervención en adultos con depresión mayor.

RESEARCH ARTICLE | OPEN ACCESS | OPEN PEER REVIEW

### Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis

Janus Christian Jakobsen , Kiran Kumar Katakam, Anne Schou, Signe Gade Hellmuth, Sandra Elkjær Stallknecht, Katja Leth-Møller, Maria Iversen, Marianne Bjørnø Banke, Iggiannguaq Juhl Petersen, Sarah Louise Klingenberg, Jesper Krogh, Sebastian Elgaard Ebert, Anne Timm, Jane Lindschou and Christian Gluud

*BMC Psychiatry* BMC series – open, inclusive and trusted 2017 17:58 | <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1173-2> |

© The Author(s). 2017

Received: 15 March 2016 | Accepted: 20 December 2016 | Published: 8 February 2017

Los indicadores de resultados primarios evaluados son:

- Síntomas depresivos medidos por la escala de Hamilton, la de Beck o la de Montgomery-Asberg
- Remisión clínica: Hamilton <8 puntos; BDI <10 puntos; MADRS <10 puntos)
- Efectos adversos que se presentan durante el periodo de intervención.

Y los secundarios:

- Suicidio, tentativa de suicidio, ideación suicida.
- Calidad de vida (según la escala que usara el ensayo en cuestión)

¿Y qué dicen los resultados? Bueno, pues el estudio concluye, como casi todos los metaanálisis previos, que los ISRS tienen efectos estadísticamente significativos sobre los síntomas depresivos, pero que su significación clínica es cuestionable y afectada por sesgos en todos los ensayos estudiados. Es decir, que los efectos aparecen estadísticamente...pero ni los pacientes ni los clínicos lo notan. Y lo que si notan son los efectos secundarios; y es que los ISRS incrementan significativamente su riesgo, tanto graves como leves. En conclusión, los resultados muestran que los efectos perjudiciales, el potencial daño que pueden producir los ISRS, supera a sus potenciales efectos beneficiosos.

En febrero de 2017, un editorial del BMJ titulado *The difficult discussion on the role of antidepressants in patient care*, citaba entre otros este artículo, mientras hacía referencia al caso de la revista finlandesa *Finish Medical Journal*, que recientemente rechazó la publicación de un artículo de nuestro amigo Peter Gøtzsche, en el que se abundaba no sólo en la ineficacia de los antidepresivos, sino en el incremento en el riesgo de suicidio asociado a su uso, y no sólo en niños y adolescentes.

Scott Alexander, en su excelente blog *Slate Star Codex*, publicaba el pasado mes de julio esta entrada: *SSRIS: Much more than you want to know*.



**SSRIS: MUCH MORE THAN YOU WANTED TO KNOW**

POSTED ON JULY 7, 2014 BY SCOTT ALEXANDER

En la entrada analiza uno por uno los argumentos que ponen en cuestión los estudios de eficacia de los ISRS, especialmente los que se deducen de los estudios publicados por Kirsch. El post es largo, pero muy llevadero de leer, y muy muy recomendable. Sus conclusiones, basadas como digo en un análisis inteligente y pormenorizado, pueden resumirse:

Si tenemos en cuenta el sesgo de publicación, el tamaño del efecto de los antidepresivos es de 0,31. Este tamaño es el que se dice que no es eficaz porque NICE toma como referencia un punto de corte de 0,5 para considerar un tamaño del efecto como significativo, algo totalmente arbitrario, basado en la propuesta de Cohen (el inventor de estas cosas del tamaño del efecto) que consideró que 0,2 era un efecto pequeño, 0,5 un efecto medio y 0,8 un efecto grande.

<b>Effect size</b>	<b>d</b>	<b>Reference</b>
Very small	0.01	Sawilowsky, 2009
Small	0.20	Cohen, 1988
Medium	0.50	Cohen, 1988
Large	0.80	Cohen, 1988
Very large	1.20	Sawilowsky, 2009
Huge	2.0	Sawilowsky, 2009

Pues bien, lo primero que hay que decir es que el tamaño real del efecto de los antidepresivos es 1,24, porque el efecto del placebo es 0,92. Es decir, los antidepresivos tienen un beneficio de 0,32 por encima del efecto del placebo. Varios estudios corroboran estos números, incluido el metaanálisis de Kirsch que inició todo el debate. Pero dejando a un lado este aspecto hay otro matiz importante. El estudio de Kirsch (y otros) mezcla todos los antidepresivos en el mismo saco, cuando sabemos

que unos antidepresivos son claramente más efectivos que otros. En su estudio (el de Kirsch), la paroxetina obtuvo un efecto de 0,47 y la nefazodona de 0,21. La diferencia no es estadísticamente significativa así que es correcto agruparlos y decir que los antidepresivos son ineficaces, algo que no es estrictamente mentira, ni estrictamente verdad. Así que tenemos tres tamaños de efecto diferentes: 1,2 para el placebo + fármaco, 0,5 si somos un poco amables estadísticamente y 0,3 si somos muy rigurosos. Pero vamos a quedarnos con el efecto más pequeño, el de 0,3, que se decidió que era clínicamente insignificante. Este parámetro del tamaño del efecto es interesante porque nos permite comparar medicamentos o cosas de campos muy diferentes. Así que vamos a imaginarnos que los antidepresivos fueran por ejemplo:

- **Una pastilla para adelgazar:** un efecto de 0,3 equivale a perder 3,85 kilos. Un efecto de 0,5 sería 6,35 kg.
- **Hormona del crecimiento:** un efecto de 0,3 kg equivaldría a un crecimiento en altura de 2 cm. Un efecto de 0,5 sería 3,5 cm.
- **Un neuropotenciador para mejorar el C.I.:** un efecto de 0,3 supondría elevar el C.I. 5 puntos. Un efecto de 0,5 supondría elevar el C.I. 7,5 puntos.

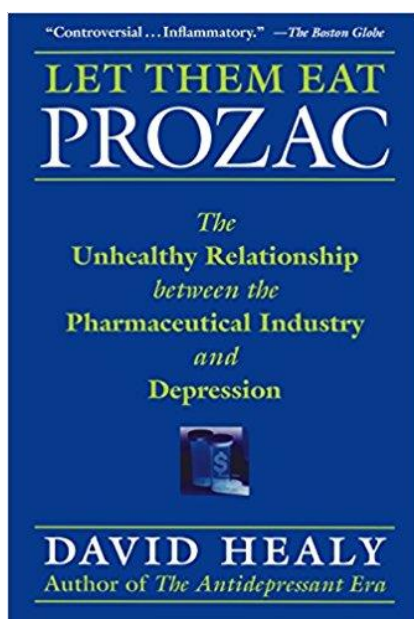
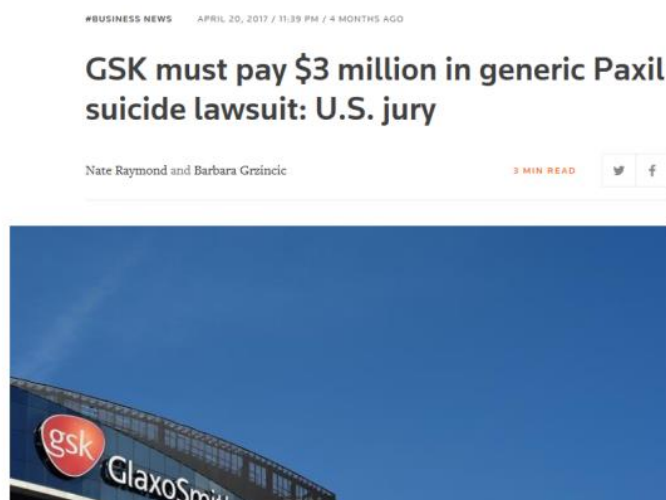
¿Si fueras una persona con esos problemas crees que te compensaría tomar la medicación?  
Pues igual te parece que la ganancia no es tan insignificante.

## **SEGURIDAD DE LOS ANTIDEPRESIVOS: ANTIDEPRESIVOS Y SUICIDIO**

Este es otro de los debates abiertos acerca de los posibles riesgos asociados al uso de antidepresivos, y específicamente al de los ISRS: ¿es el suicidio un efecto colateral de los antidepresivos? En abril de este año Glaxo fue condenada en EEUU al pago de 3 millones de dólares a la viuda de un paciente fallecido por suicidio mientras tomaba paroxetina genérica. Se consideró en este caso que el suicidio estaba directamente relacionado con la toma de la medicación, pero lo más llamativo es que la condena a Glaxo se fundamentaba en que el prospecto de la medicación no contenía una advertencia específica sobre este riesgo. El prospecto de la medicación del fármaco genérico en este caso, ya que la paroxetina “original” sí que contiene información clara y completa sobre este riesgo. Aun así se considera al laboratorio original responsable de los defectos de etiquetado del genérico.

Pero, ¿realmente los ISRS incrementan el riesgo de suicidio?

En este debate una figura fundamental es David Healy. Pocos autores habrá más adecuados que David Healy (Dublín, 1957) y con una mayor base para sostener la crítica del enfoque psicofarmacológico y de las empresas del sector.



Healy ejerce desde hace años en Gales y ha desempeñado diversos cargos en entidades y asociaciones relacionadas con la psicofarmacología, es un erudito de la historia de esta disciplina, después de haber entrevistado a los más destacados de sus iniciales profesionales en un triple volumen –“*The Psychopharmacologists*”- que junto con la investigación y recopilación que ha realizado a lo largo de los años en diversas fuentes daría pie después a dos textos imprescindibles para comprender la preponderancia del abordaje farmacológico de los trastornos mentales: “*The antidepressant era*” y “*The creation of Psychopharmacology*”. Además, Healy ha sido un documentado perito en demandas contra laboratorios fabricantes de ISRS por homicidios o suicidios cometidos por pacientes tratados con este grupo de antidepresivos. Se da la circunstancia de que a finales de 2000, después de

exponer en una conferencia sus planteamientos críticos contra estos medicamentos, vio cómo se le retiraba una oferta firme para ser profesor en un departamento de la Universidad de Toronto que contaba con una generosa subvención para investigación por parte de al menos un fabricante de ISRS. Las tribulaciones y dificultades por las que atravesó Healy en esa ocasión y su razonado alegato contra los ISRS pueden leerse en otro libro: *“Let Them Eat Prozac”*. Por último, Healy alerta en toda su obra contra los engaños de la industria de los ensayos clínicos, a partir de la reforma de 1962 de la FDA (la famosa enmienda enmienda Kefauver Harris) que constituía a estos procedimientos como herramienta de valoración y validación de los nuevos fármacos, y ha sido un pionero en la denuncia de la ignominiosa práctica del *ghostwriting*, en virtud del cual señeras figuras de la Medicina académica firman, a cambio de sustanciosos honorarios, artículos acerca de medicamentos y de sus virtudes sin fin, que en realidad han sido redactados por escritores especializados en tan específica actividad.

Toda la carrera de Healy como investigador y crítico puede seguirse en su página web en la que existe un amplio repositorio de sus artículos, entre los que encontramos algunos clásicos como “The marketing of 5-hydroxytryptamine: depression or anxiety?” (traducido al castellano como “El marketing de la serotonina: ¿ansiedad o depresión?”) o “The psychopharmacological era: notes toward a history” (que torpemente tradujimos allá por el año 1998 como “La era de la psicofarmacología: Algunas notas para una futura historia”). Además, Healy es el asiduo y prolífico redactor de un blog en el que recoge no solo sus opiniones y críticas, sino también el testimonio de pacientes, es un destacado colaborador de Rxisk.org, una web que recoge, analiza y divulga secundarismos de fármacos, y mantiene un boletín mensual sobre riesgos de los medicamentos.



HOME ABOUT ▼ BLOG DRUG SEARCH TOOLS ▼ DRUG SIDE EFFECT?



No one knows a prescription drug's side effects like the person taking it.

**Make your voice heard.**

RxISK is a free, independent drug safety website to help you weigh the benefits of any medication against its potential dangers.

La idea de que los ISRS podrían en algunos pacientes actuar de inductores de conductas suicidas aparece ya en los años 90, en relación con la prescripción de fluoxetina. Con posterioridad este riesgo ha sido suficientemente documentado (o al menos ha producido la suficiente alarma), como para que los propios prospectos de los fármacos lo adviertan, y para que fármacos como la paroxetina hayan visto suspendida su prescripción a menores de 18 años, una población que se ha presentado como especialmente susceptible. En 2016 el BMJ

publicaba una revisión sistemática en la que se analizaban los datos disponibles acerca de los riesgos de conducta suicida y homicida relacionados con la prescripción de ISRS. Sus conclusiones, como de costumbre limitadas por las propias limitaciones de la literatura publicada, fueron que en población adulta no podía demostrarse que este riesgo estuviera incrementado, pero si en el caso de niños y adolescentes, en los que el riesgo se doblaba.



En todo caso la asociación entre conductas suicidas y suicidio consumado y el inicio del tratamiento antidepresivo ha sido descrita hace muchas décadas, mucho antes de existir los ISRS, y es especialmente frecuente durante las 2-3 primeras semanas tras el inicio del tratamiento. Puede no estar claro el papel que juegan los antidepresivos en el desarrollo de las conductas suicidas, pero lo que sí es evidente es que ciertos estados depresivos conllevan un elevado riesgo de suicidio. Esta circunstancia hace muy difícil valorar correctamente la situación y es evidente que deben instaurarse medidas de información y vigilancia, cuando no aconsejar un ingreso hospitalario al iniciar un tratamiento antidepresivos en determinadas situaciones. Pero, en todo caso, no tratar con antidepresivos ciertos estados depresivos conllevaría también un alto riesgo suicida, probablemente mucho más alto que el atribuido en algunos trabajos a los antidepresivos.

#### **ANTIDEPRESIVOS Y CONDUCTA VIOLENTA**

El riesgo de conductas violentas, incluyendo homicidio, en personas que toman ISRS en alguna medida ha saltado también a la opinión pública. Este mismo mes de agosto, el BMJ publicaba este comentario de un psiquiatra forense, Gwen Adshead, a propósito de la emisión en el programa Panorama de la BBC de un documental con el sugerente título: "A Prescription for Murder". La premisa del documental era precisamente esa, que los antidepresivos podían dar lugar a conductas violentas, premisa ilustrada con el ejemplo del caso de James Holmes, que en 2012 entró en un cine de Colorado, disparó a los espectadores y dejó 12 muertos y 56 heridos.

Ashead critica la ligereza con la que el programa establece una relación causal sin ningún tipo de argumento sólido, y en contra de la opinión de expertos. En los países europeos el homicidio múltiple es un acontecimiento poco frecuente, y su incidencia no se ha modificado



The screenshot shows a news article from CCHR International. The article title is "SSRI Antidepressants: The Gateway Drug to Mass Murder" by Jonathan Benson, dated April 24, 2014. The article discusses the societal impact of ending cannabis prohibition and the role of SSRIs as a "gateway drug" to mass murder. It mentions that SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors) have been proven to lead to extreme depression, suicide, and even mass murder. The article includes a map of the United States with red and blue dots indicating locations of mass murders.

(quizás incluso descendido) en las últimas décadas, a pesar de la prescripción masiva de antidepresivos. Esto no excluye que se trate de un efecto idiosincrático, poco común, pero de gran relevancia en casos individuales.

A pesar de que el metaanálisis de Jakobsen no encontró evidencia de un incremento del riesgo de conductas auto o heteroagresivas en personas adultas en tratamiento con ISRS, los autores sugieren que el registro de dichas conductas en los ensayos es deficiente y que los acontecimientos adversos de este tipo están seguramente subestimados. En realidad la información disponible en relación con conductas heteroagresivas relacionadas con el consumo de ISRS es contradictoria, basada en muchas ocasiones en casos particulares pero con muy poca información procedente de investigación sistemática, mucho más abundante en el caso de la conducta suicida. Por cierto, tal y como señala este mismo estudio, una presunta causa subyacente, asociada al riesgo de conducta suicida y agresiva es la akatisia, un efecto secundario conocido de los antidepresivos, especialmente los ISRS.

### **ANTIDEPRESIVOS Y RIESGO DE AUTISMO**

Otra cuestión que en los últimos tiempos ha generado debate ha sido la del riesgo para el feto/bebe del consumo de antidepresivos durante el embarazo. Algunos estudios recientes (uno de ellos reseñado en el Nº 24 de este boletín) han sido objeto de interpretaciones distintas, tanto como prueba de la relación con el riesgo de autismo, como por la ausencia de la misma. JAMA también ha publicado recientemente un estudio sobre la asociación entre el consumo de ISRS durante el embarazo y el riesgo de discapacidad intelectual. Curiosamente Joanna Moncrieff ha publicitado este presunto riesgo en su cuenta de Twitter



**Joanna Moncrieff** @joannamoncrieff · 27 jul.

Study shows increased risk of intellectual disability in offspring of antidepressant-treated mothers [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28700807](http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28700807)

Aunque si leemos las conclusiones de dicho artículo, quizás es que no se lo ha leído...

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE:** The unadjusted RR of ID was increased in offspring born to mothers treated with antidepressants during pregnancy. After adjustment for confounding factors, however, the current study did not find evidence of an association between ID and maternal antidepressant medication use during pregnancy. Instead, the association may be attributable to a mechanism integral to other factors, such as parental age and mother's psychiatric disorder.

### PSICOTERAPIA Y DEPRESIÓN. EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

Todo este jaleo ha sido y sigue siendo aprovechado, con el viento favorable de la opinión pública y una buena dosis de mentalidad dualista cartesiana que separa a la mente como un ente distinto del cerebro, en la que no falta una cierta idea de que “hablar” es moralmente superior a tomar pastillas. Pero el caso es que en nuestro campo nadie está para sacar pecho, y desde luego la historia de la psicoterapia tampoco puede presumir de grandes evidencias,



James Coyne

marcados efectos terapéuticos, ausencia de intereses ni de sesgos. James Coyne decidió recoger el guante y analizar los estudios de psicoterapia con el mismo criterio de Kirsch, el tamaño del efecto de 0.50. Reclutó al propio Erick Turner y a Pim Cuijpers, que dispone de una excelente base de datos de estudios de psicoterapia, y formó un equipo con unos cuantos autores más. Los resultados se publicaron en 2014, en Psychological Medicine. Lo que encontraron básicamente es que el tamaño del efecto de la psicoterapia comparada con un medicación placebo fue de  $g = 0.25$ , que la NNT resultante se iba a los 7,14 pacientes y que el impacto en la escala de Hamilton no era mayor que el de los antidepresivos, quizás en ambos casos estadísticamente significativo, pero clínicamente irrelevante. Hay que añadir a esto que los sesgos de publicación no afectan únicamente a los fármacos, y en este caso no existe un registro similar al

de la FDA del qué tirar para detectar los estudios negativos que no se publican. Y que los estudios los realizan personas que se benefician de los resultados positivos, tanto a nivel clínico como académico, con el esperable sesgo de filiación o fidelidad.

Las dudas acerca de la eficacia y la seguridad de los antidepresivos han contribuido a que los partidarios de las psicoterapias y *talk therapies* en general se hayan venido arriba. La conclusión aparente es que la psicoterapia es más eficaz y además segura, que hay que dejar de dar pastillas y promover las psicoterapias en todos los ámbitos asistenciales, incluyendo atención primaria. Pero promocionarse a costa de lo malos que son “los otros” no es lo mismo que demostrar lo bueno que es uno. A nivel de opinión pública es evidente que las psicoterapias tiene la batalla ganada, con una especie de marchamo de superioridad moral sobre las boticas, que “son química”. Pero la realidad es que en todas partes cuecen habas. Este estudio publicado el año pasado por Acta Psychiatrica Scandinavica realizaba una revisión sistemática sobre ensayos clínicos en psicoterapia. Sus conclusiones no son para sacar pecho; la proporción de ensayos clínicos controlados sobre intervenciones psicoterápicas

correctamente registrados y referidos de forma transparente es pobre. Más recientemente, *Lancet Psychiatry* publicaba esta revisión, *Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box*. La pregunta es si las psicoterapias funcionan por factores específicos de cada tipo de intervención o lo hacen a través de factores inespecíficos y comunes. La realidad es que existen muy pocas o ninguna evidencia, y la que hay está fuertemente contaminada por luchas de poder entre las distintas escuelas en competencia.

La revisión evidencia diversos problemas de la práctica psicoterapéutica: no se sabe cómo funcionan, si son los factores específicos o comunes los responsables de sus efectos, terapeutas inexpertos son tan eficaces como los experimentados y existen importantes sesgos de afiliación y publicación. Y que parece que siempre que se comparan psicoterapias distintas, todas resultan tener la misma eficacia, independientemente de su orientación teórica (el efecto Dodo, del pájaro Dodo de Alicia en el País de las Maravillas: “Todos ganan, todos merecen premio”). Esta frase ya encabezaba en 1936 el artículo de S. Rosenzweig, *“Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy”* (*American Journal of orthopsychiatry*.1936;6:412-415) y su significado fue también apuntado posteriormente por HS Eysenck en 1952, con su clásico trabajo *“The Effects of Psychotherapy: An Evaluation”* (*Journal of Consulting Psychology*.1952; XVI,5: 319-324), pero parece que la historia se repite.



### SOME IMPLICIT COMMON FACTORS IN DIVERSE METHODS OF PSYCHOTHERAPY

SAUL ROSENZWEIG, Ph.D.  
*Worcester State Hospital*

“At last the Dodo said, ‘Everybody has won, and *all* must have prizes.’”

#### SEGURIDAD DE LA PSICOTERAPIA

¿La psicoterapia no tiene efectos secundarios? La tendencia generalizada es que hablar nunca puede ser malo, algo que contrasta con la realidad cotidiana, el daño que son capaces de hacer

las palabras, especialmente las mal dichas. Aunque parezca mentira existen estudios que muestran que la psicoterapia puede asociarse a cambios negativos de personalidad, es decir, que disminuye los rasgos deseables de personalidad (extroversión, responsabilidad...) y aumenta los no deseables (neuroticismo). También aumentaría la depresión y disminuiría medidas positivas como la autoestima y la satisfacción vital. Ni qué decir tiene el enorme daño que han ocasionado algunas “modas” psicoterápicas, como las de recuperación de la memoria (que llegaron a inspirar una película de Amenabar). Este artículo, *Psychological Treatments that cause Harm*, de Lilienfeld analiza muchos de los problemas asociados a la psicoterapia y sus posibles efectos negativos; el artículo además selecciona una serie de escuelas y modelos de intervención que considera expresamente perjudiciales. Entre prácticas relativamente heterodoxas encontramos por ejemplo la psicoterapia de duelo en duelos normales no complicados.

**TABLE 1**  
*Provisional List of Potentially Harmful Therapies*

Intervention	Potential harm	Primary source of evidence
	Level I (probably harmful for some individuals)	
Critical incident stress debriefing	Heightened risk for posttraumatic stress symptoms	RCTs
Scared Straight interventions	Exacerbation of conduct problems	RCTs
Facilitated communication	False accusations of child abuse against family members	Low base rate events in replicated case reports
Attachment therapies (e.g., rebirthing)	Death and serious injury to children	Low base rate events in replicated case reports
Recovered-memory techniques	Production of false memories of trauma	Low base rate events in replicated case reports
DID-oriented therapy	Induction of “alter” personalities	Low base rate events in replicated case reports
Grief counseling for individuals with normal bereavement reactions	Increases in depressive symptoms	Meta-analysis
Expressive-experiential therapies	Exacerbation of painful emotions	RCTs
Boot-camp interventions for conduct disorder	Exacerbation of conduct problems	Meta-analysis
DARE programs	Increased intake of alcohol and other substances (e.g., cigarettes)	RCTs
	Level II (possibly harmful for some individuals)	
Peer-group interventions for conduct disorder	Exacerbation of conduct problems	Quasi-experimental studies
Relaxation treatments for panic-prone patients	Induction of panic attacks	Replicated single-case designs

**Note.** RCTs = randomized controlled trials; DID = dissociative-identity disorder; DARE = drug abuse and resistance education.

Esto también nos lleva a pensar en que la idea de extender la psicoterapia a todos los ámbitos

**Dr Derek Summerfield**

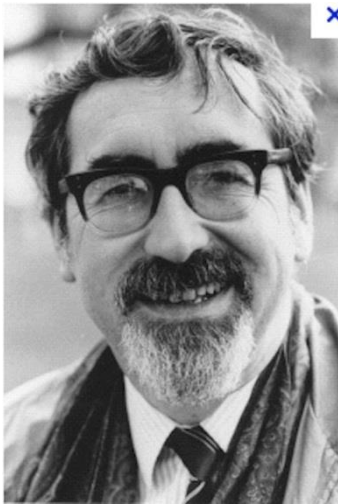
BSc(Hons), MBBS, MRCPsych



no es muy distinta de la actual locura en la prescripción de antidepresivos. No es tanto, o sólo, la “farmacologización” del sufrimiento, es la “saludmentalización”, el empeño en resolver (en intentarlo, que de resolver, muy poca cosa) los problemas normales de la vida con intervenciones profesionales que quizás solo benefician a quienes vivimos de ello. Un ejemplo es el IAPT, *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*, implantado por el NHS en Reino Unido desde 2007 y dirigido a ofrecer lo que define como “terapia psicológica basada en evidencia” (es decir, terapia cognitivo-conductual) de forma masiva a la población con síntomas ansioso depresivos. El programa aspira a tratar anualmente a millón y medio de adultos deprimidos para el año 2021, solo una

parte de los más de seis millones de británicos que se estima padecen ansiedad y depresión. No faltan tampoco voces críticas, como la de Derek Summerfield, que en el propio BMJ hablaba de lo que denominaba “el mantra de que la depresión es la mayor causa de discapacidad en el mundo”.

Y es que como Summerfield dice, no existe la depresión como un ente clínico unitario. Y que la pandémica prescripción de antidepresivos (35 millones de prescripciones en un solo año) no parece haber obtenido ninguna mejora en las tasas de depresión. Es posible que el objetivo no



Sckrabanek

× sea tratar más, sino menos. O mejor dicho, tratar a los que realmente necesitan un abordaje profesional. Lo que algunos autores ya han llamado como “desmedicalizar (y despseudologizar) la miseria. Y es que cuando todo es salud mental, nada es enfermedad mental, los sanos y los enfermos compiten por los siempre escasos recursos. ¿Podemos imaginar un programa gubernamental que tuviera como objetivo que millones de británicos tomaran antidepresivos? Algo que parece pasar desapercibido es que por un lado se acusa a la salud mental, mejor dicho, a la psiquiatría, de medicalizar el sufrimiento y extender los tratamientos a población que en realidad no padece enfermedades, cuando a la vez se organiza un tinglado en UK

que tiene el objetivo de hacer pasar a media población por terapeutas cognitivo conductuales. Cuantos más recursos se invierten en salud mental, más parecen ser necesarios, mas “necesidades no atendidas” afloran, y más cuesta distinguir las prioridades.

Illich describía en *Medical Nemesis* las persistentes y poco reconocidas consecuencias de la expansión ilimitada de la atención sanitaria con beneficios poco claros para los pacientes y la sociedad en general; cuanta más se expone la gente al sistema sanitario, más enferma se siente, en un contexto de erosión de las formas tradicionales de afrontar el dolor, la enfermedad y la muerte. Como decía Sckrabanek, “*el papel de la medicina no es vencer a las enfermedades y a la muerte, sino evitar el sufrimiento, limitar el mal, y allanar el doloroso viaje del hombre hacia la tumba*”.

Hace ya muchos años, casi 50, desde la publicación del artículo clásico de Jay Haley “*The Art of Being a Failure as a Therapist*” (El Arte de Fracasar como Terapeuta), aparecido por primera vez en el *American Journal of Orthopsychiatry* de Julio de 1969. “Se ha puesto excesivo énfasis sobre cómo tener éxito como terapeuta, y demasiado poco sobre como fracasar”, decía Haley. El artículo de Haley surgió de su observación de que el 50-70% de los pacientes en lista de espera no sólo no deseaban ya tratamiento una vez que finalizaba el periodo de espera, sino que a menudo se habían recuperado de los problemas para los que habían solicitado originalmente tratamiento. Si no hacer nada produce índices de éxito del 50% o mejores, ¿cómo es posible fracasar como terapeuta? Como consecuencia de esta observación, Haley

desarrolló una lista de guías o pasos que pensaba podrían ayudar al terapeuta a fracasar de forma consistente si las utilizara de forma regular y sistemática. O a ser un buen psicoterapeuta, si se hace lo contrario, en lo que son directrices comunes para ser un terapeuta empático.

**THE ART OF BEING  
A FAILURE AS A THERAPIST**

*Amer. J. Orthopsychiat. 39(4), July 1969*

Jay Haley

Director, Family Research, Philadelphia Child Guidance Clinic  
Philadelphia, Pennsylvania

---

*Too much emphasis has been placed upon how to be successful as a therapist and too little has been written about how to fail. Twelve steps for failing in psychotherapy are described within the proper ideological framework, and it is argued that any therapist can achieve this end with proper training.*

---

Haley termina sugiriendo colgar en la pared de cada terapeuta en formación un lema conocido como "**Las Cinco ESES que Garantizan el Fracaso Terapéutico**":

- **Se Pasivo**
  - **Se Inactivo**
  - **Se Reflexivo**
  - **Se Callado**
  - **Se Precavido**
- 

Bueno, la realidad es que en lo que concierne al tratamiento de la depresión parece que seguimos en un mar de dudas, de controversias, de evidencia escasa y muchas incertidumbres. La propia definición y límites clínicos con la normalidad, la interesada (o no) extensión hasta el infinito del concepto de depresión, la prescripción masiva de fármacos que no sabemos si son mejores que el placebo o peores que un veneno, la reivindicación de intervenciones psicoterápicas con escasa evidencia de su efectividad, todo ello en medio de un tinglado de intereses, sesgos, ideologías y orgullos, debería alentar a la humildad y la prudencia.

**©RSMB201520162017**

**Equipo editor:** Anuntze Arana, Luis Pacheco, Juan Medrano, Pablo Malo, Jose Uriarte

*Si quieres participar en el boletín puedes enviar contenidos, noticias o información para su publicación a: [josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.eus](mailto:josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.eus)*