



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TÍTULO DEL TRABAJO

Análisis descriptivo de la representación simbólica que tienen los antidepresivos en trastornos del estado de ánimo (depresión) desde la perspectiva psicoanalítica.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos para obtener el título de Psicólogo Clínico

Profesor guía

Gino Naranjo

Autor

Gonzalo Esteban Rodríguez Espíndola

Año

2011

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema y tomando en cuenta la Guía de Trabajos de Titulación correspondiente”,

Gino Naranjo

Psicólogo Clínico

CI: 1710430487

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Gonzalo Esteban Rodríguez Espíndola

CI: 1713822177

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su constante apoyo, al profesor guía, y a todos los entrevistados, tanto psiquiatras como psicoanalistas, que con su aporte solidificaron el contenido de este trabajo.

DEDICATORIA

A todos quienes hicieron posible el avance de mi carrera, sobre todo, a mi madre Patricia, mi padre Gonzalo, mi hermana Carolina, y mi tía María del Carmen, ya que su apoyo fue fundamental, y colaboró de manera especial a lo largo de este camino.

RESUMEN

La presente tesina pretende abordar el tema de las representaciones simbólicas que aparecen tras el consumo de antidepresivos, en tratamientos psicofarmacológicos en casos de “depresión”. Es decir tratar de identificar los aspectos simbólicos, las implicaciones psíquicas más allá de las bioquímicas, que surgen ante la ingesta de este tipo de fármacos. Análisis que se realizará desde la perspectiva psicoanalítica.

Para el desarrollo de este trabajo, se ha visto conveniente dividir al mismo en cuatro capítulos, en los que el lector podrá ubicar los diferentes cuestionamientos relacionados con el tema.

En el capítulo I y II, se tratará de mostrar los principales aportes que se han realizado en cuanto a la génesis o etiología de la depresión, desde un punto de vista psiquiátrico y por otro lado psicoanalítico. A su vez se procurará delimitar los lineamientos generales con los que dichas perspectivas abordan la terapéutica de este fenómeno. Aspectos que ayudarán a una mejor comprensión del capítulo III, el cual se enfocará en desarrollar el tema propiamente de la tesina, es decir, las representaciones simbólicas de los antidepresivos. Al mismo tiempo, en este capítulo aparecen una serie de elementos a analizar tales como, la influencia de la sugestión (efecto placebo) basada en la relación terapéutica, así como la forma en que el especialista puede responder a la demanda que proviene del paciente, la cual tendría mucho que ver con el proceso terapéutico en general, y en la “eficacia” o no del mismo, entre otras cuestiones.

Finalmente en el cuarto y último capítulo, se analizará, cuándo, en una época de abundante y creciente prescripción de fármacos antidepresivos y diagnósticos de depresión, sería realmente adecuado y prudente recetar antidepresivos. Así como también delimitar en qué situaciones podría considerarse al antidepresivo, como un sostén y cuándo como un obstáculo dentro de tratamientos psicoanalíticos.

Cabe resaltar que el contenido de la tesina se verá reforzado por el aporte de una serie de entrevistas, realizadas tanto a psiquiatras como a psicoanalistas, quienes de una u otra forma trabajan con esta realidad y que con sus intervenciones contribuyeron al desarrollo de este tema.

ABSTRACT

This thesis addresses the theme of symbolic representations that appear after the use of antidepressants in psychopharmacological treatments in cases of "depression." The objective of this work, is to identify the symbolism and psychological implications beyond the biochemical aspects that come before the use of these drugs. The analysis is done from a psychoanalytic perspective. It has been convenient, to divide this work into four chapters, in which the reader can locate the various questions related to the topic. Chapter I and II will attempt to show the main contributions that have been related to the genesis or etiology of depression from a psychiatric point of view and on the other side, from the psychoanalytic perspective. At the same time it will seek to define the general guidelines with which these perspectives address the therapeutic aspects of this phenomenon, that will help a better understanding of Chapter III, which will focus on developing the theme of the thesis itself, that is, the symbolic representations of antidepressants. At the same time, this chapter presents the influence of suggestion (placebo effect) based on the therapeutic relationship and how the specialist can meet the demand coming from the patient. These factors are related to the therapeutic process in general, and the "effectiveness" of it, among other issues.

Finally, in the fourth and last chapter, it would be analyzed, how in this time, when the prescription and the diagnosis of depression are growing, it would be convenient to prescribe antidepressants.

It will also define in which situations antidepressants will be considered as a support and in which situations as an obstacle within psychoanalytic treatment. It is important to mention, that the content of this thesis will be complemented by several experts opinions (psychiatrists and psychoanalysts) registered in interviews. Experts that work everyday with the reality of depression and antidepressants treatment.

ÍNDICE

Introducción

Capítulo I

1. Depresión	13
1.1. Breve historia de la depresión	13
1.1.1. Hipótesis bioquímica	15
1.1.2. Tipos de depresión	20
1.1.2.1. Trastorno depresivo mayor	20
1.1.2.2. Trastorno distímico	23
1.1.2.3. Trastorno depresivo no especificado	26
1.2. Melancolía y Psicoanálisis (Trastornos de la vida afectiva)	27
1.2.1. Duelo y Melancolía	28
1.2.2. Aportes de Karl Abraham	30

Capítulo II

2. Terapéutica para la depresión	34
2.1. Psicofarmacología (Antidepresivos)	34
2.1.1. IMAO (Inhibidores de la monoaminoxidasa)	36
2.1.2. Tricíclicos	37
2.1.3. ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina)	39
2.1.4. IRSN (Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y de la norepinefrina)	41
2.2. Tratamiento psicoanalítico de las depresiones	42

Capítulo III

3. Representaciones simbólicas de los antidepresivos	50
---	-----------

3.1. La sugestión en la relación terapéutica	51
3.2. Psicoanálisis y Medicina	58
3.3. El sujeto y la píldora	61
3.4. El lugar del sujeto en la psicofarmacología	65
Capítulo IV	
4. Manejo interdisciplinario de remisión y prescripción de antidepresivos	69
Conclusiones	72
Bibliografía	74
Anexos	76

INTRODUCCIÓN

Es muy común dentro de nuestro medio escuchar el término depresión, muchas personas dicen sentirse deprimidas o haberse sentido de esta manera en alguna época de su vida. Si bien la “depresión” ha sido un fenómeno que sigue siendo estudiado y replanteado en el ámbito clínico, de quienes trabajan en el área de “Salud Mental”, y por ende su terapéutica apunta a ser cada vez más efectiva, pese a que con el paso de los años al menos a nivel farmacológico no se ha encontrado el medicamento “ideal” y puntual que “cure” los síntomas de forma permanente en una persona con un diagnóstico de depresión.

En la medida en que cada vez son más los avances terapéuticos de las diferentes ciencias y campos que abordan el comportamiento humano, se deberá mantener en gran medida el carácter ético ante las diferentes patologías y/o síntomas, procurando no llegar a un proceso de emplazamiento en donde se impida el aparecer e imperar de la verdad en relación a la comprensión y tratamiento de las diferentes psicopatologías, en este caso la depresión.

Apuntando de esta manera a brindar un trabajo profesional y responsable a quien requiera de nuestra labor como profesionales de la Salud Mental en nuestra comunidad.

Regidos por un creciente incremento de tratamientos psicofarmacológicos, que podrían verse influenciados por las multinacionales farmacéuticas. Tanto psicólogos clínicos, psiquiatras, profesionales de ciencias humanas y de la salud en general, podrían interesarse en una comprensión y lectura profunda relacionada con el tema de las representaciones simbólicas que pueden presentarse ante el uso de antidepresivos en los trastornos depresivos, siendo este último un fenómeno que se manifiesta en nuestra sociedad, y que necesita de una comprensión compleja y abarcativa en todos sus aspectos, en este caso desde la perspectiva psicoanalítica. Así como también tomar en cuenta que debido a que muchas de las veces la opción y el tratamiento para estas situaciones es en primer lugar la psicofarmacología (antidepresivos). Sería importante estar al tanto de los factores que interactúan ante la prescripción, y

analizar los contextos en los que realmente la intervención farmacológica sería prudente y necesaria.

DESARROLLO DEL TEMA

CAPÍTULO I

1. DEPRESIÓN

1.1. BREVE HISTORIA DE LA DEPRESIÓN

Para abordar el tema de la depresión, sería importante revisar la concepción histórica que se ha tenido sobre este fenómeno, y entender cómo el concepto se ha ido modificando y evolucionando, y ha sido entendido desde diferentes visiones, tanto religiosas, médicas y psicológicas, hasta las hipótesis fisiológicas (bioquímicas) actuales, que mantiene la psiquiatría moderna.

El historiador británico Roy Porter y Enrique Rojas, director del Instituto Español de Investigaciones Psiquiátricas y presidente de Alianza para la Depresión, comparten la idea de que el término: “depresión”, es un término que ha empezado a utilizarse desde la Psiquiatría moderna. Para ambos autores, los especialistas que abordaban este tema, desde la época griega hasta la Psiquiatría clásica, hacían referencia al término de “Melancolía” para referirse a este fenómeno, que en la actualidad se lo ubica más como depresión.

En la época griega, las alteraciones del comportamiento en general (trastornos mentales), se concebían bajo una etiología de carácter, “humoral”, es decir, estos humores internos, eran los que regulaban el comportamiento. Para el caso de la melancolía, se referían a la misma, como a la alteración humoral que se reflejaba en la bilis negra que se encontraba en el melancólico, a su vez, en el caso de la manía se acentuaba el papel de la sangre y bilis amarilla “cólera” en la persona.

En el cristianismo la concepción de lo que se denomina ahora “trastorno mental”, era asociado con lo sobre natural, fuera diabólico o divino.

En la época renacentista, por el contrario se desarrollaron conceptos médicos y naturalistas en relación al tema de la locura, “la melancolía por ejemplo, provenía de la “disipación” (evaporación) de los constituyentes más volátiles de la sangre y el resultante espesamiento de sus residuos “negros, grasosos y terrosos” que causaban letargos.” (Porter, 2002).

Para Porter según estas tendencias hacia una comprensión somática de los comportamientos humanos, el sistema nervioso, se habría convertido en el foco de las investigaciones que podrían brindar las explicaciones de ciertas conductas.

Posteriormente, a principios del siglo XIX, el doctor Philippe Pinel, basado en los fundamentos típicos de la Ilustración, en donde a través de la observación empírica, que habría fracasado en su intento de explicar los “trastornos mentales” a través de exámenes post mortem que reflejaran alguna anomalía estructural en el cerebro. Adopta un enfoque más psicológico, en donde se trataba de explicar el comportamiento y sus patologías desde el lado afectivo de la psique.

Para Pinel las enfermedades netamente orgánicas del cerebro podían ser incurables, pero en los trastornos que él denomina como “funcionales”, como la melancolía y la manía sin delirio, podían responder positivamente a los métodos psicológicos de tratamiento.

A mediados del siglo XIX, el psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger, catedrático en Berlín y con mucha influencia en el ámbito médico de Europa, adopta de nuevo una postura fisiológica para comprender la génesis de los trastornos mentales, en su libro: *Patología y terapia de las enfermedades psiquiátricas* (1845), dirá que toda enfermedad mental se deriva de una enfermedad cerebral, basaba sus investigaciones en tratar de ubicar el área cortical cerebral que determinaba cada trastorno.

Para Rojas (2004), el positivismo psiquiátrico (última mitad del siglo XIX), basado en que la ciencia empírica y objetiva es la que realmente vale, y es efectiva, basando su metodología en la observación. Trae como uno de sus principales representantes, al psiquiatra alemán Kraepelin, quien guiado por un método empírico de observación, enuncia un nuevo diagnóstico para este trastorno: “locura maníaco depresiva”. A su vez, dice ser una enfermedad hereditaria, cuya sintomatología se caracteriza en lo emocional, produciéndose de forma sucesiva o alternante, y con un pronóstico muy parecido en la mayoría de los casos.

A la par de estas investigaciones “fisis-biológicas” que se desarrollaron a finales del siglo XIX, para comprender los trastornos mentales, surgen también otros desarrollos, no de un estilo fisiológico, sino más bien concentrados en

una génesis psíquica basada en el entendimiento de la dinámica de un aparato psíquico que se ve regido por una instancia inconsciente. Los cuales serán analizados con más profundidad en la segunda parte del presente capítulo.

Finalmente, las perspectivas psiquiátricas actuales, conciben a la depresión como un trastorno, cuya etiología biológica, se basa en alteraciones a nivel bioquímico neuronal, causando así modificaciones en el estado de ánimo. A continuación se tratará de identificar los elementos más importantes que entran en juego desde este punto de vista.

1.1.1. HIPÓTESIS BIOQUÍMICA

Para llegar a una mejor comprensión de la hipótesis bioquímica de la depresión. Se empezará revisando brevemente el fenómeno interneuronal que implica el transporte de neurotransmisores.

Dentro de las funciones principales de las neuronas, se encuentra la de la transmisión de determinadas sustancias (neurotransmisores) a otras neuronas o células efectoras para inducir una respuesta. El cuerpo neuronal produce ciertas enzimas que están implicadas en la síntesis de la mayoría de los neurotransmisores. Estas enzimas actúan sobre determinadas moléculas precursoras captadas por la neurona para formar el correspondiente neurotransmisor. Éste se almacena en la terminación nerviosa dentro de vesículas. Algunas moléculas neurotransmisoras se liberan de forma constante en la terminación, pero en cantidad insuficiente para producir una respuesta fisiológica significativa.

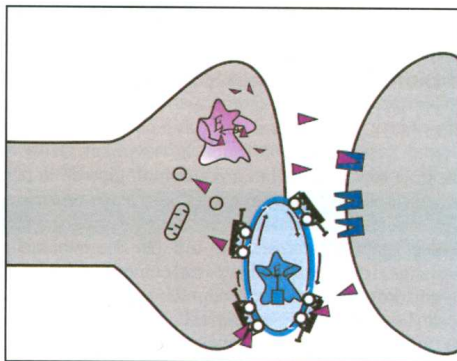
Según Sthal, S (2002) en su libro: *Psicofarmacología esencial*. La primera teoría sobre la etiología bioquímica de la depresión postulaba la hipótesis de que la depresión es causada debido a una deficiencia de neurotransmisores monoaminérgicos, principalmente la norepinefrina (NE), serotonina (SE) y dopamina (DA). (Ver gráfico 1.1.).

La evidencia en la que se apoyaba esta hipótesis, parte de que ciertos fármacos que reducían la cantidad de estos neurotransmisores, presentaban posteriormente síntomas depresivos en los sujetos que las ingerían.

De esta manera, si la cantidad “normal” de estos neurotransmisores monoaminérgicos, disminuía en la persona, debido a un proceso patológico,

estrés o por fármacos, en consecuencia aparecían síntomas depresivos en el mismo.

GRÁFICO 1.1.



Fuente: Psicofarmacología esencial, Sthal, S. (Cap.V, Pp. 170).

Esta hipótesis abrió las puertas para una revisión profunda en relación al estudio de los tres principales sistemas de neurotransmisores monoaminérgicos (NE, SE y DA).

Las neuronas noradrenérgicas utilizan la norepinefrina NE como neurotransmisor. La NE se produce en estas neuronas cuando el aminoácido precursor de la NE, la tirosina, es transportado al sistema nervioso desde la sangre a través de una bomba de transporte activo. Una vez bombeada dentro de la neurona, la tirosina es afectada por tres enzimas: La tirosina-hidroxilasa (THO), que es el más importante en la regulación de la síntesis de NE. Esta enzima convierte la tirosina en DOPA. Posteriormente actúa el segundo enzima llamado DOPA descarboxilasa (DDC), que convierte la DOPA en dopamina (DA). El tercer enzima se denomina dopamina-beta-hidroxilasa, quien convierte la dopamina en norepinefrina. Finalmente la norepinefrina se almacena en vesículas sinápticas hasta su liberación al presentarse un impulso nervioso. (Ver gráfico 1.2.).

“A la acción de la NE puede ponerse fin no sólo mediante enzimas que la destruyan, sino también, ingeniosamente, por medio de una bomba de transporte de NE, que impide que la NE actúe en la sinapsis aunque sin destruirla.” (Sthal, 2002).

Esta bomba de recaptación se ubica en la parte presináptica, en donde se lleva la NE fuera de la sinapsis interneuronal. Cuando la NE se encuentra en el

terminal nervioso presináptico, esta puede ser almacenada para una reutilización posterior, o a su vez destruida por enzimas.

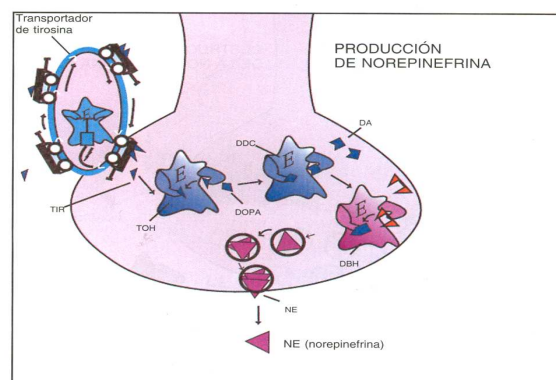
La neurona noradrenérgica es regulada por varios receptores postsinápticos, los tres receptores “clave” son: beta 1, alfa 1 y alfa 2. Estos receptores convierten su ocupación en una función fisiológica, que finalmente modifica la expresión génica de la neurona postsináptica.

La gran mayoría de los cuerpos celulares de las neuronas noradrenérgicas del cerebro están localizadas en el tronco cerebral, específicamente en un área denominada “locus coeruleus”, cuya función es determinar si se centra la atención en el entorno externo o en el control del medio interno del cuerpo, así como también ayuda a establecer la prioridad otorgada a los diversos estímulos entrantes, y fija la atención en solo algunos de ellos.

El locus coeruleus y la norepinefrina, intervienen también en el control de la cognición, en el estado de ánimo, las emociones, entre otras. Se ha planteado la hipótesis de que la disfunción del locus coeruleus interviene en los trastornos del estado de ánimo en los que se interrelacionan con la cognición, la propia depresión, la ansiedad, los trastornos de la atención y el procesamiento de información. Por ende un síndrome de deficiencia de norepinefrina se caracterizaría principalmente según estas hipótesis, por un debilitamiento de la atención, problemas de concentración, estado de ánimo deprimido, retraso psicomotor y fatiga.

Una proyección desde el locus coeruleus hacia la corteza frontal sería la responsable de las acciones reguladoras de la norepinefrina sobre el estado de ánimo.

GRÁFICO 1.2.



Fuente: Psicofarmacología esencial, Sthal, S. (Cap.V, Pp. 173).

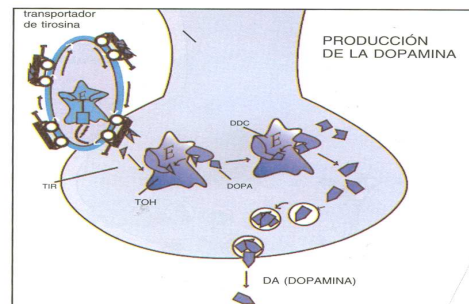
Por otro lado las neuronas dopaminérgicas son aquellas que utilizan el neurotransmisor, dopamina (DA), el cual se sintetiza en los terminales nerviosos dopaminérgicos mediante dos de las tres enzimas que intervienen en la síntesis de la NE, es decir, la tirosina-hidroxilasa y el DOPA descarboxilasa. Al carecer de la tercera enzima, la dopamina beta-hidroxilasa, no puede convertirse la DA en NE, por esto la DA es almacenada y guardada para la neurotransmisión. (Ver gráfico 1.3.).

La neurona dopaminérgica tiene un transportador presináptico llamado bomba de recaptación, que es único para las neuronas dopaminérgicas, pero que a su vez funciona como transportador de NE.

Cuando la dopamina es destruida, es por los mismos enzimas que destruyen la NE, es decir por los enzimas MAO y COMT.

En cuanto a los receptores de dopamina, estos también regulan la neurotransmisión dopaminérgica. Estos receptores pueden ser presinápticos en cuyo caso funcionan como autorreceptores. Estos proporcionan un impulso de retroalimentación negativa, o una reducción de la liberación de dopamina de la neurona presináptica.

GRÁFICO 1.3.



Fuente: Psicofarmacología esencial, Sthal, S. (Cap.V, Pp. 183).

Las terceras neuronas monoaminérgicas son las serotoninérgicas, conocida también como neurona 5HT. Para la síntesis de serotonina, las neuronas serotoninérgicas transportan un aminoácido llamado triptófano. Dos enzimas convierten el triptófano en serotonina, primero la triptófano-hidroxilasa convierte el triptófano en 5-hidroxitriptófano, al que después la descarboxilasa de aminoácidos aromáticos convierte en 5HT. (Ver gráfico 1.4.).

La serotonina 5HT es destruida por los mismos enzimas MAO, que destruyen

la NE y la DA.

La neurona 5HT tiene una bomba presináptica de transporte selectiva para la serotonina denominada transportador serotoninérgico.

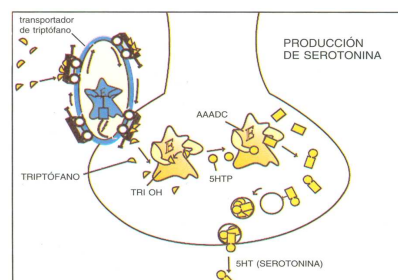
Existen dos receptores clave de 5HT que son presinápticos, el 5HT_{1A} y el 5HT_{1D}. Estos receptores presinápticos son autorreceptores y detectan la presencia de 5HT, causando la interrupción de la liberación adicional de 5HT y del flujo de impulsos serotoninérgicos. Existen también algunos que son postsinápticos tales como el 5HT_{2A}, 5HT_{2C}, 5HT₃, 5HT₄, entre otros.

Las neuronas serotoninérgicas también poseen receptores noradrenérgicos presinápticos que regulan la liberación de serotonina, tales como los receptores alfa 2 presinápticos localizado en el terminal axónico, y los receptores alfa 1 localizados en los cuerpos celulares. Así la norepinefrina puede actuar no sólo como freno sino también como acelerador de la liberación de serotonina.

“La sede de los cuerpos celulares de las neuronas serotoninérgicas se halla en el área del cerebro denominada núcleo del rafe. Las proyecciones desde el rafe a la corteza prefrontal pueden ser importantes para regular el estado de ánimo”. (Sthal, 2002).

Así como las proyecciones desde el rafe hacia los ganglios basales sobre todo en los receptores 5HT_{2A}, intervienen en controlar los movimientos, las obsesiones y las compulsiones. Otras proyecciones hacia el área límbica, en los receptores 5HT_{2A} y 5HT_{2C}, manifiestan implicaciones con la ansiedad y el pánico. Por ende según esta hipótesis podría manifestarse ante un síndrome de deficiencia de serotonina, las siguientes características: estado de ánimo deprimido, ansiedad, pánico, fobia, obsesiones y compulsiones, entre otras.

GRÁFICO 1.4.



Fuente: Psicofarmacología esencial, Sthal, S. (Cap.V, Pp. 186).

Sthal menciona la hipótesis de la depresión relacionada con los receptores de los neurotransmisores monoaminérgicos revisados previamente, en donde una anomalía de los mismos conllevaría a un proceso depresivo. Tales anomalías podrían ser causadas por un agotamiento de los neurotransmisores, este agotamiento causaría una regulación compensatoria al alza de los receptores postsinápticos de los neurotransmisores.

Según el autor, la evidencia de esto se manifiesta, en estudios post mortem de personas que se han suicidado, en donde se ha encontrado un incremento del número de receptores en el cortex frontal de los mismos.

1.1.2. TIPOS DE DEPRESIÓN

Según Rojas (2004), desde el siglo XIX el esfuerzo de los distintos autores ha sido pretender que la psiquiatría fuera como una disciplina médica más. En esa medida, refiere que los criterios diagnósticos y la clasificación de las distintas formas de depresión han servido para llevar a cabo un serio trabajo por parte de la psiquiatría alemana, americana, inglesa, entre otras. Que dejan las pautas terapéuticas para un tratamiento principalmente farmacológico de la depresión.

A continuación se detallará cómo el manual diagnóstico norteamericano DSM IV, describe los diferentes tipos de depresión. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV en su cuarta edición (1995). Ubica a los trastornos depresivos dentro de los trastornos del estado de ánimo, los cuales se dividen en trastornos unipolares y bipolares. Lo que marca la diferencia entre estos 2 tipos de trastornos, sería que en los trastornos unipolares no se ha manifestado previamente en la historia del sujeto episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. En este caso se hará referencia únicamente a los trastornos unipolares que a su vez se subdividen en 3 tipos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, y trastorno depresivo no especificado.

1.1.2.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Según el mismo manual diagnóstico, el trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia previa de uno o más episodios depresivos mayores

percibidos por la persona. El trastorno depresivo mayor dentro de su diagnóstico excluye alteraciones del estado de ánimo de personas que han consumido sustancias tóxicas (drogas, medicamentos), y de personas que por cuestiones médicas han visto afectado su estado de ánimo (esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo, etc.).

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por episodios de al menos 2 semanas en que la persona manifiesta un estado de ánimo deprimido y/o o una pérdida de interés y placer en sus diferentes actividades. A su vez deberá presentar al menos 4 síntomas a la par, tales como cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. La persona también percibirá dificultades en su interacción social y laboral, y podría presentar diferentes dificultades clínicas.

Algunas otras características que pueden denotarse en la entrevista con el especialista manifiestan por parte de la persona dentro de un episodio depresivo mayor: tristeza, desánimo, desesperanza, llanto, irritabilidad ansiedad, etc.

Los episodios depresivos mayores se dividen en episodios únicos y episodios recidivantes, por lo cual el manual diagnóstico DSM-IV (1995), incluye los siguientes criterios para el diagnóstico de ambos episodios. (Ver tabla 1.1. y 1.2.).

TABLA 1.1.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único (DSM IV):

- A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un

episodio hipomaniaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Codificar el estado del episodio actual o más reciente :

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión:

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Fuente: DSM IV, Pichot, P. (Cap.VI, Pp. 345).

TABLA 1.2.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio recidivante (DSM IV):

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificación del estado del episodio actual o más reciente en:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión:

Crónico

- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Fuente: DSM IV, Pichot, P. (Cap.VI, Pp. 352).

El trastorno depresivo mayor, está asociado también con la muerte. Según las estadísticas de este manual, alrededor de un 15% de personas con trastorno depresivo mayor tienden al suicidio, esta cifra se aumenta en pacientes que superan los 55 años de edad. Personas de la tercera edad que padecen este trastorno suelen manifestar más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

1.1.2.2. TRASTORNO DISTÍMICO

El trastorno distímico se caracteriza según el DSM IV en su cuarta edición por un estado de ánimo crónicamente deprimido durante al menos dos semanas, la mayor parte de los días. Durante estos períodos de estado de ánimo deprimido

la persona percibirá a la par al menos dos de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio/ hipersomnio, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

El mismo manual señala que sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Si después de los dos primeros años del trastorno distímico se han sobreañadido episodios depresivos mayores, el diagnóstico será de una “depresión doble”. No se podrá definir como trastorno distímico, cuando el sujeto ha padecido previamente un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto. Para un diagnóstico distímico también se descarta la presencia de alteraciones del estado de ánimo que han surgido en relación al consumo de alguna sustancia (drogas, medicamentos) o debido a alguna enfermedad médica (Alzheimer, hipertiroidismo, etc). (Ver tabla 1.3.).

La edad de inicio y las características relacionadas a este trastorno, se encuadran utilizando las siguientes especificaciones:

- Inicio temprano: Cuando los primeros síntomas del trastorno empiezan antes de que la persona tenga 21 años. Las personas que se ubican dentro de esta especificación tienen tendencia a padecer de episodios depresivos mayores en el futuro.
- Inicio tardío: Cuando los primeros síntomas aparecen durante los 21 años o después de esta edad.
- Síntomas atípicos: Se utilizan estas especificaciones cuando durante los dos últimos años del trastorno, los síntomas coinciden con los criterios de los síntomas atípicos.

A su vez el manual DSM IV en su cuarta edición, ubica que los síntomas más frecuentes que se manifiestan en el trastorno distímico son: sentimientos de incompetencia, pérdida generalizada de placer o interés, aislamiento social, sentimientos de culpa en relación a hechos pasados, irritabilidad e ira excesiva, y un descenso de la actividad, eficiencia y productividad. En cuanto a los niños y adolescentes que padecen este trastorno, es característico en ellos la irritabilidad y la inestabilidad emocional, así como una baja autoestima y dificultades para las interacciones personales.

En relación al patrón familiar, el mismo manual define que el trastorno distímico

es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

TABLA 1.3.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico (DSM IV):

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se especifica si existe:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Síntomas atípicos

Fuente: DSM IV, Pichot, P. (Cap.VI, Pp. 357).

1.1.2.3. TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Los síntomas que engloban a un trastorno depresivo no especificado según el DSM IV, excluyen a los criterios que delimitan el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo y trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunos ejemplos de trastorno depresivo no especificado que presenta el mismo manual diagnóstico son:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno

depresivo mayor.

3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).

4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

1.2. MELANCOLÍA Y PSICOANÁLISIS (TRASTORNOS DE LA VIDA AFECTIVA)

A la par de las investigaciones de carácter sobre todo “biologistas” y “empiristas”, que se desarrollaron en la época de finales del siglo XIX e inicios del XX descritas al inicio de este capítulo, para comprender los llamados trastornos mentales, entre ellos la melancolía, surgen también otros postulados, no con una comprensión fisiológica de la raíz de los trastornos, sino más bien concentrados en una génesis psíquica. Todas estas premisas, planteadas y profundizadas en un inicio por el creador del psicoanálisis Sigmund Freud.

Freud empieza su carrera como neurólogo. Para ese entonces, en el medio profesional en el que Freud se manejaba, esta profesión trataba las “afecciones nerviosas”. Entre 1877 y 1897 publica alrededor de veinte artículos sobre neurología.

En un principio Freud en su posición de neurólogo no abandona la esperanza de que algún día se puedan empatar la Neurología y la Psicología. Finalmente después de 1895 ya no intenta conciliarlas más, y se dedica por el resto de su carrera y de su vida al estudio de la “mente humana” basada en el entendimiento del dinamismo del aparato psíquico regido principalmente por el inconsciente.

1.2.1. DUELO Y MELANCOLÍA

Para abordar el tema de la “depresión”, de la “melancolía”, desde la perspectiva psicoanalítica, sería prudente empezar revisando uno de los primeros textos en relación a este tema, es decir el ensayo escrito por Freud en 1915 “Duelo y Melancolía”. De esta manera se podría empezar a comprender desde esta otra perspectiva, basada en un dinamismo psíquico, el funcionamiento de este fenómeno.

Freud es claro desde el inicio del texto en aclarar que lo analizado en “Duelo y Melancolía”, pertenece a la observación de ciertos casos de melancolía en los que era inevitable percibir una etiología psicógena para la formación y comprensión del “síntoma”, esto con el fin de no delimitar la naturaleza del síntoma, como universal en todos los casos, y procurando marcar la diferencia entre la comprensión psiquiátrica de ese entonces sobre la melancolía cuya síntesis según Freud no parecía llegar a una unidad, y que de esto se sugerían más afecciones somáticas que psicógenas sobre el tema.

A lo largo del texto, el autor mantiene un contraste de lo que sería un “duelo” y un proceso melancólico, si bien estos, son dos fenómenos con características similares, en la melancolía estarían actuando de por medio factores inconscientes que de cierta forma limitan al sujeto en su capacidad de investir libidinalmente hacia un “nuevo objeto”.

Un proceso de duelo es en su fundamento, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de alguna representación que para la persona haya tenido cierta carga de significancia simbólica en su psiquismo.

En el duelo “el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto”. (Freud, 1915). Es común que en un inicio, el sujeto no abandone esta “posición” libidinal, incluso una vez encontrado un objeto que lo sustituya, es un proceso que se ejecuta de a poco e implica un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, a la par de este desarrollo perdura en lo psíquico la existencia del objeto perdido.

Una vez cumplido este proceso de duelo, y el trabajo psíquico que esto implica, el yo finalmente queda libre con la “capacidad” de investir de nuevo, y a su vez desinhibido.

Por otro lado, la melancolía se caracteriza en lo anímico, por un sentimiento de dolor, una pérdida del interés por el mundo externo, pérdida en la capacidad de amar, inhibición de toda productividad, también en autorreproches, autodenigraciones y castigos dirigidos hacia la propia persona.

Si bien la melancolía puede arrancar en reacción a la pérdida concreta de un objeto amado, esta pérdida puede ser también de una naturaleza más ideal, por ejemplo el caso de una novia abandonada. En otros casos no se atina a discernir con precisión la pérdida, el melancólico no puede ubicar en su conciencia lo que ha perdido, o a su vez identificar a quien o que perdió, pero no lo que perdió en él. Freud dice según estas premisas que: “Esto nos llevaría a referir de algún modo la melancolía a una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida”. (Freud, 1915).

En la melancolía a diferencia del duelo se manifiesta un gran empobrecimiento del yo, la persona se describe como indigna, despreciable, se reprocha, se denigra y espera castigo.

“Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto”. (Freud, 1915). En donde el resultado no ha sido el “ideal”, el “normal” es decir que la persona haya podido retirar la libido de ese objeto y desplazarla hacia uno nuevo. El curso libidinal ha sido distinto, la libido que ha quedado libre no se desplazó a otro objeto sino sobre el propio yo, donde ha surgido una identificación del yo con el objeto resignado, de manera que la pérdida del objeto se mudó a una pérdida del yo. Estos argumentos podrían brindar una explicación a la tendencia autoreprochante del melancólico, es decir el reproche al propio yo.

Según el autor una estructura melancólica se da sobre una base narcisista, de manera que la investidura de objeto puede regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. Por ende esta base narcisista se convierte en el sustituto de la investidura libidinal sobre el objeto en sí.

Es a través de estas mismas premisas que Freud también llega a tratar de explicar las tendencias autodestructivas, incluso suicidas que por lo general caracterizan a lo melancólicos.

“Ahora el análisis de la melancolía nos enseña que el yo solo puede darse

muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a si mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior.”¹

Freud también menciona la presencia de la “manía”, o de rasgos maníacos en ciertos casos de melancolía, en los que se consideran dos puntos de vista a tomar en cuenta. La primera impresión formula que ambas afecciones pugnan en el mismo “complejo”. El otro punto de vista estaría dado por la experiencia, en donde, en estados de triunfo, júbilo, felicidad, etc. Entraría en juego un impulso externo por el cual una “carga” psíquica grande, mantenida por algún tiempo o a modo de hábito, permitiendo que la libido puede encontrar un nuevo cauce y quedar libre para múltiples aplicaciones y posibilidades de descarga. En la manía el yo tiene que haber vencido la pérdida del objeto, y así queda disponible todo el monto de conrainvestidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí desde el yo y había ligado.

A su vez Freud señala, que en la melancolía la relación con el objeto es conflictiva, al manifestar la persona ambivalencia ante el mismo objeto. Este fenómeno presenta “enfrentamientos” entre el odio y el amor. En el primero, en el sentido de mantener la investidura hacia el objeto, y en el segundo, por salvar esta posición libidinal, para Freud este proceso no puede ocurrir sino en el sistema Inconsciente del aparato psíquico.

Esta ambivalencia es sustraída de la conciencia hasta que la investidura libidinal amenazada abandona finalmente al objeto para retirarse hacia el yo, es decir el lugar de donde había partido.

Tras este proceso se pueden abrir ciertas “brechas” hacia la conciencia del sujeto, y a su vez, esto estar representado para el mismo como un conflicto entre el yo y la instancia crítica.

1.2.2. Aportes de Karl Abraham

El psicoanalista alemán Karl Abraham es considerado dentro del medio psicoanalítico como pionero en el estudio de la melancolía. Sus trabajos “Notas sobre el tratamiento psicoanalítico de las psicosis maníaco depresivas y

¹ Freud, S. (1993). “Duelo y Melancolía” (Capt. CLII Pp. 2095). Buenos Aires: Losada S.A.

estados análogos” (1911) y “La primera etapa pregenital de la libido” (1916), ponen en manifiesto los primeros desarrollos del autor respecto al tema. Finalmente en su libro: “Un breve estudio de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales” (1924), es en donde queda plasmada toda la investigación de Abraham principalmente sobre la psicogénesis de la melancolía. Es a dicho texto al cual haremos referencia a continuación.

Abraham señala que existe una semejanza a nivel estructural entre la melancolía y la neurosis obsesiva, en donde la libido no puede desarrollarse de manera normal debido a que las tendencias de amor y odio se estorban mutuamente, adoptando la persona una actitud hostil hacia el mundo externo, disminuyendo su capacidad de amar. El autor dirá que en ambas patologías la enfermedad se desencadena el momento en que el sujeto tiene que decidir su actitud frente al mundo externo y la aplicación futura de su libido. Señala que así como en la neurosis obsesiva, después del mecanismo de represión surgen fines sustitutivos de los sexuales originales. En la melancolía después de la represión aparece un mecanismo de proyección. En donde el sujeto, ante la represión de la percepción interna de su odio, esta es proyectada hacia el exterior, produciendo en el sujeto una sensación de ser odiado y no amado. La represión de los sentimientos de odio son los que darían lugar a los sentimientos de culpa en la persona.

Las semejanzas entre la neurosis obsesiva y la melancolía le permiten a Abraham ubicar a ambos cuadros en la misma fase de evolución de la libido, es decir la fase anal-sádica. Pese a la similitud el autor manifiesta que en los dos existen diferencias en cuanto a la actitud del individuo con su objeto, alegando que en el caso del melancólico este lo abandona y en el del neurótico obsesivo él lo conserva. Este último regresaría al nivel secundario de la etapa anal-sádica, caracterizada por las tendencias de retención y conservación del objeto, mientras que el melancólico volvería al nivel primario de esta etapa caracterizado por las tendencias hostiles vueltas hacia el objeto.

Abraham plantea que en todos los casos se produce frente a la pérdida del objeto amoroso la introyección del mismo. Explicando que en la persona normal, la pérdida es real, en donde el fin de la introyección consistiría en continuar las relaciones con el objeto perdido. Mientras que en la melancolía, la pérdida no es necesariamente real, bastando para que detone , una decepción

o frustración por parte del ser amado, en este caso el proceso de introyección está basado por la ambivalencia de sentimientos hacia el objeto, conflicto del cual encuentra una salida dirigiendo hacia sí mismo la hostilidad que sentía hacia el objeto.

Menciona que si bien en la melancolía la expulsión del objeto se produce al modo anal, es a causa de la fijación a nivel oral canibalístico que esta posición es cambiada por otra en la que el objeto será incorporado (destruido).

El distanciamiento que crea el melancólico de su objeto amoroso se extiende a todas las demás personas y actividades que interesaban previamente al sujeto produciéndose un desapego de la libido del mundo externo.

El autor plantea algunos factores etiológicos necesarios para que se desencadene un proceso melancólico.

Las conclusiones de Abraham sobre los elementos que entran en juego para la producción del cuadro melancólico serían; La acentuación constitucional del erotismo oral y la fijación de la libido a esta fase. A su vez también estaría de por medio una seria ofensa al narcisismo infantil antes de la superación del Complejo de Edipo. Ofensa en el sentido de una consecuencia de las demandas de amor insaciables de este tipo de personalidades, cayendo siempre en la frustración, en la herida narcicista. Finalmente señalará como importante, la repetición en la vida posterior de la decepción primaria.

En cuanto a los autoreproches, el autor refiere que el melancólico al haber introyectado su objeto original a través del cual se constituyó su ideal del Yo, el objeto ha asumido el papel de la conciencia, entonces el autoreproche del melancólico provendría del objeto introyectado.

Abraham también aborda el tema de los episodios maníacos que suelen caracterizar a algunos casos de melancolía. Refiriéndose a la manía como la antítesis de la depresión ya que pese a que a simple vista son completamente opuestos, considera a ambos estados como similares al estar regidos por los mismos complejos, diferenciándose solamente por la actitud que toma el sujeto hacia los mismos. Finalmente Abraham postula que el inicio de la manía ocurre cuando la represión no puede resistir más la presión de las pulsiones reprimidas.

Melanie Klein, continuadora de las ideas de Abraham, complejizará estas ideas al incluir las organizaciones tempranas del Yo y del Superyó como otros puntos

a los que también se fija o se regresa “pero dichas estructuras intrapsíquicas en última instancia se verán modeladas por el monto de envidia constitucional vigente en el sistema” (Bleichmar, 1974). Para Klein el énfasis en el papel genético de la pulsión es evidente.

CAPÍTULO II

2. TERAPÉUTICA PARA LA DEPRESIÓN

2.1. PSICOFARMACOLOGÍA (ANTIDEPRESIVOS)

Una vez revisado en el primer capítulo de la presente tesina, todo lo relacionado al tema de la depresión y las premisas de un origen bioquímico interneuronal sobre este fenómeno. En la primera parte de este capítulo, se tratará de abordar, la terapéutica con la que la perspectiva médica clínica convencional (Psiquiatría) usualmente se maneja. Es decir con la psicofarmacología, específicamente con los llamados antidepresivos. En donde se analizará el funcionamiento de los mismos, así como la descripción clínica y nosológica de los diferentes tipos de antidepresivos que se encuentran actualmente en el medio, y cuales serían sus efectos terapéuticos y secundarios (nocivos).

Enrique Rojas, director del Instituto Español de Investigaciones Psiquiátricas y presidente de Alianza para la Depresión, en su libro: *Adiós, depresión* (2006). Dice que el descubrimiento de los antidepresivos fue el resultado de algunas investigaciones que culminaron en una serie de observaciones clínicas que se relacionan con la mejoría de los síntomas depresivos tras la utilización de determinadas sustancias.

Para Rojas el primer antidepresivo lo descubren Kuhn y Kline en 1957, al utilizar la imipramina, sustancia que actúa sobre los sistemas (serotoninérgicos, dopaminérgicos y noradrenérgicos). Kuhn habría utilizado esta sustancia en “enfermos mentales” en general. Y pudo notar que no afectaba el estado de pacientes esquizofrénicos, pero si mejorar el estado de ánimo de pacientes depresivos. Finalmente fármacos con base de imipramina habrían sido los primeros antidepresivos utilizados en el mercado.

Acorde a estas premisas, se estaría delimitando que el descubrimiento de los antidepresivos, no tuvo en un principio el objetivo en sí, de investigar ciertos tipos de sustancias químicas que colaboren con una terapéutica farmacológica específica para la depresión, sino más bien, que surgieron por coincidencia tras

la investigación de la terapéutica farmacológica en general que se aplicaba y experimentaba en ese entonces con las distintas psicopatologías.

Para el mismo autor, es a partir de la década de los 50's que se han venido desarrollando, diferentes avances en cuanto a la base y dominio químico de diferentes sustancias que actuarían sobre el funcionamiento de determinados neurotransmisores (NE,DA,SE), que han impulsado el surgimiento de nuevos antidepresivos.

Finalmente el autor dirá, “que el antidepresivo es aquel fármaco que tiene una acción curativa sobre las depresiones principalmente endógenas. O dicho de otra manera, también operativa: la depresión es una enfermedad que se cura con antidepresivos.” (Rojas, 2006).

Bajo esta definición se considera que el autor estaría reduciendo tanto la génesis como la terapéutica de la depresión a factores únicamente químicos, dejando de lado la subjetividad, y los elementos particulares que conllevan a un sujeto a un estado depresivo. No estaría tomando en cuenta, qué es lo que representa para una persona su tristeza, característica afectiva tan común en un cuadro depresivo. Tampoco estaría tratando de comprender más allá de la bioquímica interneuronal, qué es lo que llevó a que esa persona entre en una depresión endógena, apuntando únicamente a remitir el síntoma per se, subiendo su estado de ánimo ante la ingesta de un antidepresivo.

Para Sthal, en la actualidad no se tiene una explicación completa y adecuada de cómo funcionan los antidepresivos, sin embargo el autor considera que los antidepresivos eficaces tienen interacciones directas con uno o más receptores relacionados con los neurotransmisores monoaminérgicos, serían estas acciones las que brindan el fundamento farmacológico de la clasificación de los distintos antidepresivos.

A continuación se tratará de describir y profundizar los diferentes grupos de antidepresivos que han ido surgiendo cronológicamente desde la década de mil novecientos cincuenta, es decir los (IMAO, Tricíclicos, ISRS y duales). Apuntando a comprender la estructura y efectos, tanto curativos como secundarios de los mismos.

2.1.1. IMAO (Inhibidores de la monoamino oxidasa)

“La monoaminoxidasa es una enzima distribuida ampliamente por todo el cuerpo, en el interior de las células, cuya función es la de inactivar las aminas” (Rojas, 2006).

Según Sthal estos fueron los primeros antidepresivos clínicamente eficaces. Fueron descubiertos ante la reacción de un fármaco antituberculoso en personas con tuberculosis y que a la par padecían de síntomas depresivos. Ante este hecho se habría identificado que este fármaco inhibía el enzima monoamino oxidasa (MAO). Posteriormente se observó que la inhibición de la MAO no estaba tan relacionada con la acción antituberculosa sino más bien con la dinámica bioquímica que conducía a una acción antidepresiva. (Ver gráfico 2.1.).

“Los IMAO originales son todos inhibidores irreversibles del enzima, que se unen a la MAO irreversiblemente y destruyen para siempre su función, de manera que la actividad enzimática sólo puede recuperarse por medio de la síntesis de un nuevo enzima.” (Sthal, 2002).

Para el mismo autor existen dos tipos de MAO. La MAO A y la MAO B. Ambos son inhibidos por los IMAO originales, es decir no son selectivos.

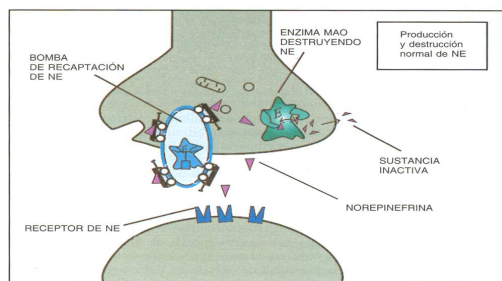
La MAO A metaboliza los neurotransmisores asociados a la depresión, principalmente la serotonina y la norepinefrina. La MAO A está relacionada con los efectos antidepresivos y a su vez con los efectos secundarios hipertensivos. La MAO B tiene la función de convertir sustratos aminérgicos (protoxinas) en toxinas que pueden causar daño neuronal, por ello su acción está relacionada según el autor a la prevención de procesos neurodegenerativos como el Parkinson.

Para Sthal uno de los principales avances respecto a los IMAO, ha sido el hecho de la producción y desarrollo de inhibidores selectivos de la MAO A y MAO B. A su vez otro avance ha sido el de la creación de inhibidores de la MAO A que sean reversibles. Han sido avances, ya que los IMAO originales (irreversibles y no selectivos), traían por ejemplo consecuencias a nivel arterial. Cuando la MAO A es inhibida, la presión sanguínea puede aumentar repentinamente.

Para el mismo autor, el precio que corren las personas que añoran obtener beneficios terapéuticos antidepresivos a través de estos fármacos, serían, el riesgo de crisis hipertensivas y ciertas restricciones en cuanto a la dieta alimenticia sobre todo con alimentos que contienen tiramina como el queso, a su vez, medicamentos “extras” que ingiera la persona, ya que estos en combinación a la ingesta de IMAOs, pueden alterar el funcionamiento del organismo a nivel cardio vascular.

En la actualidad se estarían desarrollando una nueva clase de IMAOs, denominados IRMA, conocidos como inhibidores reversibles de la MAO A. Ante la ingesta de estos inhibidores reversibles, si la persona ingiere queso u otros alimentos que contengan tiramina, esta liberará aminas que “ahuyentarán” al inhibidor reversible fuera del enzima MAO, permitiendo que las aminas peligrosas sean destruidas. Los IMAO reversibles tiene los mismos efectos terapéuticos que los IMAO originales, sólo que los IMAO reversibles ya no traerían los efectos secundarios ante la ingesta de determinados alimentos que contengan tiramina.

GRÁFICO 2.1.



Fuente: Psicofarmacología esencial, Sthal, S. (Cap.VI, Pp. 235).

2.1.2. Tricíclicos:

Estos fueron llamados así porque su estructura química orgánica contiene tres anillos. Los antidepresivos tricíclicos fueron en un inicio utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia. En este intento se vió que sus resultados “antipsicóticos” no eran muy efectivos, pero en cambio se descubrió que tenían beneficios para el tratamiento de la depresión. Según Sthal los tricíclicos bloquean las bombas de recaptación de la serotonina como por ejemplo la

clomipramina. Otros en cambio serían más selectivos para la norepinefrina, como por ejemplo, la nortriptilina, la protiptilina, entre otros.

Además de las acciones bloqueantes de recaptación de los tricíclicos, que serían los beneficios terapéuticos de estos fármacos. El mismo autor describe otras tres acciones de estos fármacos; El bloqueo de los receptores colinérgicos muscarínicos, el bloqueo de los receptores de histamina H1 y el bloqueo de los receptores adrenérgicos alfa 1, explicarían los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos. (Ver gráfico 2.2.).

El bloqueo de los receptores adrenérgicos alfa 1 origina hipotensión ortostática y mareos. El bloqueo de los receptores colinérgicos, causan, sequedad en la boca, retención urinaria, estreñimiento y visión borrosa. Finalmente el bloqueo de los receptores de histamina H1 causa sedación y aumento de peso.

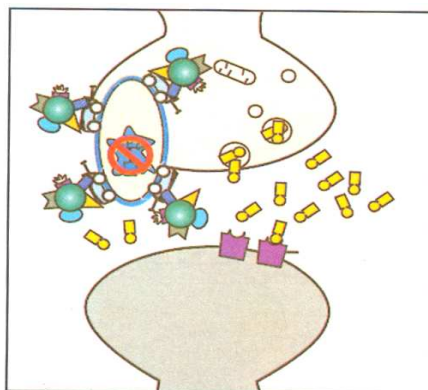
Por lo que respecta a las acciones terapéuticas de los antidepresivos tricíclicos estos, “esencialmente trabajan como moduladores alostéricos del proceso de recaptación del neurotransmisor. Concretamente los antidepresivos tricíclicos son moduladores alostéricos negativos.” (Rojas, 2006).

Si la serotonina o la norepinefrina se unen a sus propios receptores selectivos, normalmente son transportados de vuelta a la neurona presináptica.

Para Sthal los beneficios de los antidepresivos tricíclicos han sido cuestionados en la actualidad. Ya que los antidepresivos que bloquean la recaptación de las aminas biogénicas ya no son necesariamente tricíclicos, pueden tener uno, dos, tres o cuatro anillos en sus estructuras.

A su vez considera que los tricíclicos no son todos antidepresivos puesto que algunos actúan más sobre el trastorno obsesivo compulsivo y sobre los ataques de pánico.

El autor menciona que los antidepresivos tricíclicos al igual que los IMAO, han pasado a un segundo plano para el tratamiento de la depresión en Estados Unidos y gran parte de Europa. Sin embargo siguen siendo frecuentemente prescritos en países del tercer mundo, en donde este tipo de fármacos pueden ser adquiridos a nivel genérico, ha diferencia de los antidepresivos más recientes que todavía están sometidos a la protección de patentes.

GRÁFICO 2.2.

Fuente: Psicofarmacología esencial, Sthal, S. (Cap.VI, Pp. 241).

2.1.3. ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina)

Según Rojas, este tipo de antidepresivos son selectivos, ya que trabajan principalmente sobre la recaptación de la serotonina, y tienen menos acción sobre la norepinefrina y la dopamina. (Ver gráfico 2.3.).

Surgen en la década de los años ochenta, y es a partir de estos antidepresivos, que según el autor, las investigaciones farmacológicas sobre la terapéutica para la depresión, adquieren un curso muy prometedor.

“Podemos decir que en la actualidad los ISRS producen una clara mejoría de los síntomas en el 74 por ciento de los enfermos hacia las ocho semanas” (Rojas, 2006).

Tras este argumento se cuestiona, bajo qué parámetros se puede delimitar la mejoría o no de un sujeto con un cuadro depresivo, cuando la terapéutica desde esta visión apunta a erradicar las manifestaciones concretas del síntoma tales como el estado de ánimo (tristeza), mejorar el sueño, la falta de energía, la fatiga, etc. Tomando en cuenta que desde otros puntos de vista, por ejemplo el psicoanalítico, se plantea, que al trabajar únicamente sobre el síntoma, el sujeto quedaría “expuesto” a que posteriormente aparezcan nuevas manifestaciones que denoten un malestar, señalándose que es sobre el sentido del síntoma que esta otra visión trabaja.

Los efectos secundarios de los ISRS, según Rojas son: náuseas, vómito, mareo, sequedad de la boca, disfunción sexual, temblores, entre otros. A

diferencia de los antidepresivos tricíclicos, los ISRS carecen de los efectos secundarios anticolinérgicos ya que su toxicidad cardiaca es poca. A su vez estos fármacos también actúan sobre el sistema hepático, por lo que se debería tener precaución de consumirlos a la par de barbitúricos y triptófano.

Tampoco deben ser ingeridos durante el embarazo ni en la lactancia, ya que aparecen en la leche materna.

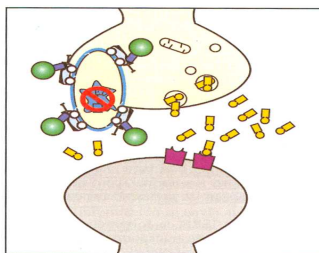
Los ISRS constituyen un tipo de fármaco conformado principalmente por cinco miembros. La fluoxetina, la paroxetina, la sertralina, la fluvoxamina y el citalopram.

“Ahora que los ISRS gozan de un uso clínico generalizado desde hace más de una década, los farmacólogos han descubierto, que estos cinco fármacos tienen acciones en otros receptores distintos del transportador de serotonina, así como en diversos enzimas, que pueden ser importantes para sus acciones globales, tanto terapéuticamente como en lo relativo a su tolerabilidad.”²

Para Rojas la fluoxetina (Prozac, Astrid, Adofen, Reneuron, etc). No tiene efectos sobre la ansiedad, por ende si trata de una depresión con rasgos ansiógenos, su consumo no es conveniente. Al tener efectos adelgazantes, ya que quita el apetito, en casos de bulimia con síntomas depresivos, su dosis podría subir. La vida media de este fármaco en el organismo es de larga duración, por lo que permanece por mucho tiempo en la sangre después de su consumo.

A su vez menciona que la paroxetina (Seroxat, Motivan, entre otros). Tiene acciones desinhibidoras eficaces, por lo que sería recomendable en casos de depresión, en donde la persona es tímida o introvertida por evitación. Según el autor este tipo de antidepresivos son los que mejores resultados operativos han traído. Por otro lado la sertralina (Seretran, Aremis, Bestirán, etc). Actúa también sobre receptores que regulan el apetito, por lo que es común que quienes la consumen presenten una pérdida de peso significativa. En cuanto al citalopram (Prisdal, Seropram, entre otros). Rojas lo describe como el más selectivo de este grupo, cuyos efectos secundarios negativos son muy leves y señalando que actúan también sobre las crisis de ansiedad.

² Sthal, S. (2002), “Psicofarmacología esencial” (Capt. VI Pp. 254). Barcelona: Editorial Ariel S.A.

GRÁFICO 2.3.

Fuente: Psicofarmacología esencial, Sthal, S. (Cap.VI, Pp. 245).

2.1.4. IRSN (Inhibidores duales de la recaptación de Serotonina y de Norepinefrina)

Estos antidepresivos actúan, tanto a nivel de los inhibidores de la recaptación de serotonina, y también de los inhibidores de la recaptación de la norepinefrina.

Sthal describe que los IRSN a parte de ser agentes con acción dual, son también selectivos. Es decir, en una misma molécula presenta las propiedades selectivas de los ISRS y de los IRN. (Ver gráfico 2.4.).

Para el mismo autor, la venlafaxina, es el único antidepresivo con acción dual que se comercializa en la actualidad, describe que este se encuentra disponible en una formulación de liberación prolongada (venlafaxina XR), la cual permite ser administrada una vez al día, y a su vez reduce pronunciadamente los efectos secundarios, principalmente las náuseas.

Para Sthal, el hecho de que los IRSN tengan acciones múltiples, presenta grandes ventajas terapéuticas sobre los antidepresivos ISRS, ya que los IRSN además de trabajar sobre la serotonina, actúan también sobre el bloqueo de recaptación de norepinefrina, y en menor medida de la dopamina, para el bloqueo de 5HT. Esta multi acción, produciría la sinergia farmacológica entre estos sistemas de neurotransmisores monoaminérgicos, y por ende una mayor eficacia.

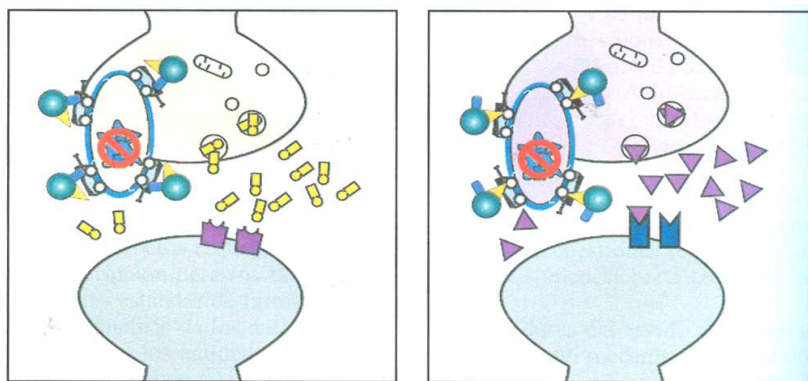
Los indicios de la presencia de un trabajo sinérgico en consecuencia de las acciones duales (5HT – NE) provienen según el autor, de varios estudios de depresión mayor en donde el uso de venlafaxina produjo una alta remisión de los síntomas, mayores a los resultados de personas que ingirieron ISRS.

Menciona también como se ha informado a cerca de índices de remisión, mayores ante el consumo de antidepresivos tricíclicos que en los ISRS. Este argumento reforzaría según Sthal, la idea de que la acción dual es más eficaz que la acción de una sustancia sobre un solo sistema de neurotransmisor.

“Otra información que sugiere posibles ventajas terapéuticas de los mecanismos duales es el descubrimiento de que el IRSN venlafaxina XR es un ansiolítico generalizado eficaz” (Sthal, 2002).

En casos de depresión ansiosa, este medicamento podría actuar sobre ambos síntomas y propiciar una remisión completa no solo de la depresión sino de la ansiedad también.

GRÁFICO 2.4.



Fuente: Psicofarmacología esencial, Sthal, S. (Cap.VII, Pp. 270).

2.2. TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE LAS DEPRESIONES

En este subcapítulo se tratará de analizar los lineamientos más generales que podrían relacionarse con el tratamiento de la depresión desde la perspectiva psicoanalítica. Para esto, el investigador ha considerado prudente empezar revisando, el artículo escrito en 1926 por Sigmund Freud “ Análisis Profano (Psicoanálisis y Medicina) ”, en donde partiendo de la inquietud social de la época del medio de Freud (Austria), en relación a la cuestión de si puede serles permitido a médicos como a no médicos el ejercicio del análisis, Freud se propone a través de este documento, instruir sobre la teoría psicoanalítica a personas ajenas al análisis y totalmente imparciales. Freud a nivel de síntesis, resume en gran parte del artículo, la dinámica de funcionamiento psíquico, que conllevaría al surgimiento de un síntoma en general, para poder posteriormente,

basado en esa misma lógica y en una coherente articulación teórico-técnica explicar los diferentes elementos que intervienen en el tratamiento de las enfermedades neuróticas.

Para Bleichmar (1974) resulta indispensable, antes de abordar específicamente el tema del tratamiento de las depresiones, revisar los distintos aspectos que entran en juego sobre la teoría de la cura en Psicoanálisis.

De modo que una vez revisado el artículo escrito por Freud, entendiendo la dinámica de funcionamiento de la formación del síntoma, y del tratamiento. Se abordará el tema puntual de un tratamiento psicoanalítico de las depresiones.

Al inicio del tercer capítulo del artículo mencionado anteriormente “Análisis Profano”, Freud trata de especificar cómo funciona la génesis de un padecimiento nervioso (neurótico). Para esto cree que es imprescindible estudiar a las instancias psíquicas del Yo y del Ello desde el punto de vista dinámico, es decir, tomando en cuenta las fuerzas que actúan en y entre ambas instancias.

Freud refiriéndose a las pulsiones, como a las necesidades físicas, en cuanto representan estímulos de la actividad psíquica, dirá que estas pulsiones llenan al Ello, ya que toda la energía del Ello proviene de las pulsiones. A su vez las fuerzas del Yo tendrían el mismo origen al ser derivaciones de las del Ello.

Para Freud cuando las aspiraciones pulsionales del Ello no encuentran satisfacción, surgen estados intolerables en el sujeto. Tales situaciones se producirían con ayuda del mundo exterior “y entonces entra en funciones la parte del ello, vuelta hacia dicho mundo exterior, osea, el yo. La fuerza que impulsa el navío corresponde toda al ello: pero el yo es el timonel, sin el cual nunca se llegaría a puerto.” (Freud, 1926).

Al Yo le correspondería actuar como mediador entre las exigencias del Ello y las del mundo exterior real. Al tratar de dominar los impulsos del Ello, se sustituye el principio de placer (que era el único que dominaba antes), por el principio de realidad, que si bien apunta a los mismos fines, lo hace condicionado por el mundo exterior. El Yo percibe que para lograr satisfacción, existe también un camino distinto al de la adaptación al mundo exterior, modificándolo al delimitar las condiciones que permitirían la satisfacción.

Para el autor la instancia del Yo durante los primeros años de la vida infantil es débil y poco diferenciada de la instancia del Ello.

El Yo, al sentirse presionado por las demandas de la pulsión que provienen del Ello, demandas que conocen que su satisfacción provocaría un choque con el mundo exterior. El Yo ante este “peligro”, se aleja de esta parte del Ello, dejándola a su suerte. En este punto es donde Freud dice que el Yo aplica un mecanismo de represión, con el fin de alejar el peligro. Tras la represión el Yo siguiendo el principio de placer acarrea un conflicto, ya que el impulso pulsional reprimido queda alejado de toda influencia.

El impulso pulsional aislado, encuentra otros medios por los cuales compensar la satisfacción que le ha sido “prohibida”, se enlaza a otros procesos y aparece finalmente en la conciencia es decir en el Yo, como un elemento sustitutivo, irreconocible, condensado y desplazado, lo que se conoce como síntoma.

“Considerando la situación en conjunto, hallamos la siguiente sencilla fórmula de la génesis de la neurosis: El yo ha intentado someter en forma inadecuada determinadas partes del Ello, fracasando en su empeño y teniendo que sufrir ahora la venganza del Ello.” (Freud, 1926).

Freud finalmente dirá que el conflicto en concreto entre el Yo y el Ello no es necesariamente lo que conlleva a la condición de enfermedad (síntoma). Ya que a la final este proceso es inevitable, siendo una de las principales funciones que tiene el Yo la de actuar de mediador. Sino más bien que lo que crea el síntoma es el proceso de represión que aplica el Yo, mismo que no habría llegado a su pleno desarrollo en la época en que se planteó esta labor, considerando que las represiones “decisivas” ocurren en la primera infancia.

Freud menciona que una vez comprendida la dinámica de funcionamiento que conlleva a la formación de un síntoma en general, resulta menos compleja la explicación de todo lo relacionado a los fines terapéuticos con los que el Psicoanálisis se maneja.

El autor dirá que lo que se tiene que reconstituir es el Yo, devolviéndole el dominio sobre el Ello, el cual se había perdido en reflejo a las anteriores represiones. “Este y solo este es el fin del análisis, y toda nuestra técnica se halla orientada hacia él. Hemos de buscar las represiones efectuadas y mover al Yo a corregirlas con nuestra ayuda, resolviendo los conflictos en una manera más adecuada que el intento de fuga.” (Freud, 1926).

Al producirse dichas represiones en la vida infantil, parte de la labor en el análisis sería retroceder hasta aquellas situaciones de conflicto olvidadas

(inconscientes) que se quieren reanimar en la conciencia del sujeto. Estas le son indicadas al analista mediante los síntomas, los sueños, los lapsus entre otros. Todo este material será objeto de interpretación.

Freud menciona que al llevar al paciente a vencer sus resistencias, se estaría enseñando al Yo a tolerar la aproximación del material reprimido. Finalmente el autor explica que una vez que se ha conseguido reproducir en el recuerdo del sujeto, la situación en la que tuvo lugar la represión (volviéndola consciente), esta queda dócil. La época actual, ahora diferente, le sería favorable al sujeto y el conflicto que conllevó al Yo a la fuga en el pasado, será percibido en el presente según el autor, como nada más que un pasado juego infantil.

Retomando al psicoanalista Karl Abraham en el capítulo # 7 “La terapia psicoanalítica de los estados maníaco depresivos” de su libro “Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales” (1924). El autor plantea que el fin ideal del tratamiento de la melancolía consistiría en eliminar los impulsos libidinales regresivos del sujeto y promover una progresión de su libido hasta llegar a la etapa de la organización genital, donde se logrará un completo amor objetal. El autor menciona que en ciertas etapas de la enfermedad, el melancólico logra instituir un grado de transferencia suficiente que propicia el tratamiento analítico, esto sucedería principalmente en los intervalos libres del paciente, es decir fuera de episodios de depresión o manía.

Abraham comenta, que los análisis realizados a pacientes melancólicos por su parte se encontraban aún en tratamiento, por lo cual no se podría pronunciar sobre la duración de los efectos terapéuticos del tratamiento psicoanalítico, pese a esto menciona algunos de los cambios notables que percibió con sus pacientes. Como la disminución del alto grado de irritabilidad, la actitud narcisista y negativa del paciente hacia determinadas personas o hacia todo su ambiente. A su vez menciona que uno de los cambios más importante se presentaría en la formación de síntomas transitorios. Tras ver que en el tratamiento de dos de sus pacientes quienes tendían como característica de su enfermedad, volver a la melancolía ante determinados eventos tales como tomar una decisión importante respecto a su vida, el autor notó que con el avance del análisis estos pacientes formaban nuevos síntomas, pero no de

tipo melancólico sino mas bien síntomas fóbicos, obsesivos o conversiones histéricas. En relación a esto Abraham considera que el hecho de que una psiconeurosis ascienda de un nivel melancólico a uno histérico refleja un logro significativo.

Finalmente el autor manifiesta que para referirse sobre resultados terapéuticos, se tiene que tomar en cuenta el valor subjetivo que tiene el tratamiento psicoanalítico, sobre todo en el caso de melancólicos, señalando que estos adquieren un alivio mental sorprendente gracias al análisis.

Para el psicoanalista argentino Hugo Bleichmar, en el último capítulo "Tratamiento psicoanalítico de las depresiones" de su libro: "La depresión: un estudio psicoanalítico" (1974). En la época en que Freud realizó la mayor parte de escritos sobre la teoría de la cura, según el autor, dominaba la concepción de que si se hacía consciente el sentido del síntoma, este desaparecía, y el sujeto quedaba liberado del surgimiento de nuevos síntomas. Para Bleichmar estas concepciones optimistas de Freud quedan plasmadas en la Conferencia XXVIII de "Nuevas conferencias introductorias al Psicoanálisis", en donde se explicita que en un tratamiento psicoanalítico, a través de la supresión de ciertas resistencias, el psiquismo del paciente es modificado permanentemente, permaneciendo la persona protegida de nuevamente caer "enferma".

Para Bleichmar, cuando en 1937 Freud escribe "Análisis terminable e interminable" su perspectiva es diferente. Bleichmar citando a Freud señala, cómo este último plantea al inicio de dicho texto, el error de apreciación optimista cometida en el Hombre de los lobos, señalando que se equivocó pensando que la cura habría sido radical y permanente, ya que este paciente posteriormente habría presentado nuevas recaídas. Para Bleichmar la razón de esto se halla en la "primitiva" concepción de la enfermedad y de la cura que se mantenía en esa época, en donde se consideraba, que un paciente al descubrir y reproducir todos los recuerdos, para así comprender y "dominar" su neurosis, se presentaba en él, un pronóstico de cura radical y permanente, es decir, se creía que "la reproducción de todos los recuerdos el descubrimiento de todas las conexiones, *lo que además puede hacerse en unos pocos meses, es suficiente.*" (Bleichmar, 1974).

Bleichmar menciona que si en cambio se concibe al síntoma como ejemplificación de una estructura, no como una parte de la personalidad, sino siendo la personalidad misma, no se podrían asegurar cambios radicales ni permanentes, al menos que esta se reestructure.

Para el autor esto es a lo que Freud se refiere en “Análisis terminable e interminable”, en cuanto a los mecanismos de defensa, alegando que de estos devienen modos regulares de reacción del carácter, los cuales son repetidos durante toda la vida cada vez que ocurra una situación similar a la original. A su vez menciona que Freud en el mismo texto se refiere en cuanto a la terapia, como a un proceso en el cual el tratamiento oscila continuamente entre un pedazo de análisis del Ello y un trozo de análisis del Yo, en el que algunas veces se quiere hacer consciente algo del Ello y en otras corregir algo en el Yo. Bleichmar hace énfasis en la palabra “corregir”, ya que en ese contexto tendría el sentido de modificar una estructura. Según el autor esta concepción solo podrá ser viable desde el enfoque estructural que Freud desarrolló, cuyo mérito se hallaría en considerar de forma explícita y sistemática la existencia de organizaciones estables de la personalidad (Yo, Súper Yo y Ello).

Bleichmar plantea entonces que la teoría de la cura debe enfocarse en cómo modificar las estructuras que se han organizado de manera particular en cuadros psicopatológicos.

“En primer lugar debe aportar, y esto es esencial, la elaboración de un plan terapéutico que contemple la especificidad del cuadro psicopatológico en juego, es decir que los objetivos del tratamiento tienen que guardar una relación de racionalidad con la caracterización que se tenga de la estructura psicopatológica”³.

Para el caso puntual de la melancolía, con el fin de ejemplificar el “encuadre” de la terapia acorde a la caracterización teórica del cuadro psicopatológico, el autor considera que el tratamiento no se podría guiar por un único plan, sino que los fines de la terapia se tendrían que adecuar a las características particulares de cada “depresión”. Plantea como ejemplo, el de un sujeto que presenta un cuadro depresivo narcisista, cuyo rasgo principal es la de una imagen desvalorizada de sí. Para el autor, el primer paso en el análisis de esta situación, sería tomar consciente esta imagen (en caso de estar inconsciente).

³ Bleichmar, H. (1974). “La depresión: un estudio psicoanalítico” (Capt. VIII Pp. 170). Buenos Aires: Nueva visión.

Posteriormente considera, que lo fundamental estaría en desentrañar cómo se forma esa representación, analizando si esta ha sido el resultado de la identificación con figuras desvalorizadas, o siendo su identidad dada por figuras desvalorizantes. A su vez considera que se deberían identificar cuales habrían sido los episodios que conllevaron a la significación de ofensas narcisistas y qué pudieron haberlas originado, así como por qué estos no pudieron ser superados, entre otras.

“Creemos que el valor de mostrar la génesis de una convicción como es la determinada representación de sí mismo, radica en que le quita su carácter de absoluta, permite tomar distancia con respecto a aquella y verla no como algo que es así sin discusión, sino como el resultado de ciertas condiciones que intervinieron en su producción.”⁴

Es decir, se relativiza la convicción que la persona dice tener de sí mismo mostrando que esta ha tenido una determinación. Frente a la creencia de la persona, ante el discurso de sentirse inferior “porque lo es en realidad”, abre la opción de que se plantee de que el sentirse inferior no aparece únicamente por la interrelación de este argumento con la realidad, sino que esto se relaciona directamente con la razón por la que se fue determinando esa creencia. Para Bleichmar el fin de la labor terapéutica en este caso consistiría entonces, en deshacer el espejismo que tiene el paciente al justificar la representación de sí por una supuesta realidad.

Según el autor, los cambios en el paciente no se producen concretamente ante el recuerdo del material reprimido, sino porque en el proceso de recordar se reorganiza el mundo conceptual del sujeto resignificando la experiencia.

Bleichmar plantea otro ejemplo, una situación caracterizada por culpabilidad y autorreproches. Dirá que ante esta situación habría que diferenciar si es que los sentimientos de culpabilidad provienen por la agresividad del sujeto, o porque principalmente tiene de sí la imagen de ser agresivo. Si se tratara de este último, se abriría el mismo camino que para analizar la representación desvalorizada de sí, “ya que enfatizar que la culpa es por la agresividad no hace sino repetir lo que el paciente mismo dice, reforzando su patología”. (Bleichmar, 1974). Si en cambio la causa fuera la agresividad del paciente, la tarea consistiría según el autor, en identificar las causas de la misma, tomando

⁴ Bleichmar, H. (1974). “La depresión: un estudio psicoanalítico” (Capt. VIII Pp. 172). Buenos Aires: Nueva visión.

en cuenta los diferentes determinantes que pudieron haber intervenido en su producción.

CAPÍTULO III

3. REPRESENTACIONES SIMBÓLICAS DE LOS ANTIDEPRESIVOS

Una vez revisado todo lo concerniente al fenómeno de la Depresión, tanto desde el punto de vista Psiquiátrico, en cuanto a su etiología y terapéutica (bioquímica), como desde el punto de vista Psicoanalítico en relación a la psicogénesis y al proceso terapéutico. En este capítulo se tratará de identificar los principales aspectos relacionados con las representaciones simbólicas de los antidepresivos, es decir, analizar los elementos que entran en juego ante la ingesta de antidepresivos, más allá de las reacciones bioquímicas en la persona sino más bien haciendo énfasis en las implicaciones psíquicas que aparecen en el sujeto tras el consumo de estos fármacos.

Vale la pena resaltar que en el desarrollo de algunos subcapítulos del presente capítulo, se hará referencia a Jacques Lacan y a otros autores que siguen sus planteamientos, por lo que aparecerán diferentes conceptos de la terminología lacaniana. Debido a la amplitud de ciertos términos, estos procurarán ser definidos de manera puntual en la medida en que se considere necesario. Para esto nos basaremos en el segundo capítulo “Introducción a los conceptos psicoanalíticos de Jacques Lacan” del libro “Lo que el Psicoanálisis enseña” (2006), desarrollado por la psicoanalista española María Amparo García del Moral, quien inicia en 1978 el desarrollo del Psicoanálisis lacaniano en Valencia, y que en la actualidad dirige un seminario sobre conceptos psicoanalíticos en la Facultad de Filosofía de Valencia. A su vez por el “Diccionario del psicoanálisis: diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis” (1995). Dirigido por el psicoanalista francés Roland Chemama.

Jacques Lacan nació en París el 13 de Abril de 1901. Al iniciar su carrera médica, las ideas de Freud estaban ganando cada vez más espacio dentro del pensamiento francés. Entre 1927 y 1931 realizó los estudios necesarios para la especialización en psiquiatría. En 1938 Lacan es nombrado como miembro titular de la SPP (Sociedad Psicoanalítica de París). Bajo la consigna de un retorno a Freud, replanteó conceptos psicoanalíticos a través del estructuralismo y la lingüística, lo que marca la influencia de Saussure y de la antropología de Lévi-Strauss en su obra.

3.1. La sugestión en la relación terapéutica

Leon Chertok y Raymond de Saussure en su libro “Nacimiento del Psicoanalista” (1980), hacen un análisis histórico de los diferentes elementos que han entrado en juego en el tema de la relación terapéutica, es decir la relación que se desarrolla entre un paciente y su terapeuta. Para estos autores ha sido crucial la influencia de la sugestión en los procesos psicoterapéuticos, éste fenómeno se manifestaría justamente en dicha relación terapéutica.

Según Chertok y Saussure la psicoterapia entró en su fase experimental con el nombre de “magnetismo animal” a finales del siglo XVIII a través del médico vienés Franz Anton Mesmer, quien decía que las enfermedades nerviosas se originaban por un desequilibrio en la distribución del fluido interno que todo sujeto tenía. Su terapéutica se basaba en regular este desbalance del fluido, para esto se guiaba con manipulaciones directas (toques y pases magnéticos) a través de imanes principalmente.

Dentro de esta concepción “enfermedad – cura”, Mesmer encontraba en el fluido magnético el único agente presente entre el paciente y el especialista.

“Mesmer pensaba que su teoría era fisiológica y racional; para él, el fluido era tan real y - tangible – como la acción de un imán. Nunca pues se había interrogado sobre la relación psicológica que se creaba entre él y sus enfermos; sin que tratase en absoluto de producirla, ésta tenía forzosamente que establecerse.”⁵

Dentro de la técnica con sus pacientes, Mesmer era quien intervenía y hablaba, el paciente únicamente se sometía al tratamiento y se dejaba guiar por el terapeuta, y en que caso de que dentro del tratamiento el paciente respondiera con un nuevo síntoma, su primera intervención era la de hacer desaparecer el síntoma a través de órdenes autoritarias.

Todos estos argumentos estarían señalando según Chertok y Saussure la posibilidad del terapeuta de evitar un compromiso personal en la relación terapéutica.

Dentro de los “fluidistas” que seguían los desarrollos de Mesmer, se mantenían diferentes interpretaciones sobre el funcionamiento y dinámica del fluido, unos lo consideraban como una realidad física, y otros como un concepto metafísico.

⁵ Chertok, L y Saussure, R. (1980). « Nacimiento del Psicoanalista » (Capt. I Pp. 26). Barcelona: GEDISA S.A.

“De cualquier modo, un hecho seguía en pie: el tratamiento magnético hacia pasar - algo – del medico al enfermo, quien de golpe, veía restablecido su equilibrio.” (Chertok y Saussure, 1980).

Charles de Villers, quien fuese magnetizador de la época, empieza a cuestionarse el funcionamiento y eficacia de la perspectiva del magnetismo. Para Chertok y Saussure, es De Villers el primero en plantear el tema de la relación terapéutica como objeto de cura, basado en el contexto del encuentro de dos personas, la del sujeto (paciente) que quiere ser curado, y la del medico que quiere curar.

De Villers consideraba que la re distribución del fluido en sí, no tenía nada que ver en la eficacia de los procedimientos, sino que más bien la cura, estaba condicionada por la relación terapéutica y los sentimientos recíprocos entre magnetizador – magnetizado.

Es con De Villers que según Chertok y Saussure, se pasa literalmente del magnetismo a la sugestión, al ver que la relación terapéutica es influenciada por la autoridad del especialista quien estaría encargado a curar. También se señala que la “mejoría” en el contexto terapéutico dependerá no solo de las disposiciones del especialista, sino que también dependerán de las disposiciones internas del paciente para con el especialista.

“De Villers puso de relieve la necesidad de un deseo de cura en el enfermo, pero no llegó a hablar de las resistencias que se pueden manifestar en éste.” (Chertok y Saussure 1980).

Tras estas premisas se podría analizar cómo, más allá de las modificaciones conductuales y en cuanto al estado de ánimo de pacientes con depresión, que ocurren con los beneficios bioquímicos que el fármaco antidepresivo genera sobre la persona, puede también aparecer la influencia de la sugestión en la relación terapéutica entre el paciente y el médico, en el sentido de la “disposición interna” que el paciente tenga o no con su proceso, y que esta influencia pueda ser parte del reflejo de la “mejoría” o no del estado de un paciente.

Chertok y Saussure mencionan que a mediados del siglo XIX se produjo un importante cambio en la historia de la psicoterapia, cuando se abandona el término “magnetismo animal” por el de “hipnotismo”, cuyo precursor fue el escocés James Braid.

Pese a este cambio de denominación, el hipnotizador mantenía los mismos “poderes” que el magnetizador, pero esta especialidad pasa a tener más vigencia sobre los médicos (cosa que no eran los magnetizadores), y el vocablo “imaginación” mantenido en el discurso de los magnetizadores se lo modificó por el de sugestión.

Braid observó la inutilidad de los pases magnéticos, y empieza a utilizar una técnica basada en que el sujeto fije su mirada a un objeto brillante, este generaría una estimulación físico – psíquica a través de la retina, actuando sobre el sistema nervioso del sujeto produciendo un - sueño nervioso – al que Braid denominó hipnotismo.

Según Chertok y Saussure para Braid, la eficacia del proceso no se trataba ni de la relación terapéutica ni de los afectos, aunque menciona que existe cierta importancia en la confianza del paciente para con el hipnotizador.

“Los pacientes están sometidos a una voluntad extraña. Esta otra persona (el hipnotizador) posee, según la convicción de los pacientes, cierta misteriosa fuerza todopoderosa. En este estado su imaginación (la del paciente) se vuelve tan viva, que toda idea agradable, desarrollada espontáneamente o sugerida por una persona a la que presta, de una manera especial, atención y confianza, adquiere en él toda la fuerza de la actualidad, de la realidad.”⁶

En general la dinámica de funcionamiento del hipnotismo, para Braid se reducía a los mecanismos cerebrales. Pese a esto, la introducción del concepto de sugestión, aunque concebido en términos fisiológicos deja las pautas para un estudio psicológico de la relación hipnótica.

Posteriormente Libeault, alumno de Braid y quien después crearía la Escuela de hipnotismo de Nancy, llega a la conclusión de que no es el accionar físico lo que genera el factor hipnotizante, sino más bien un proceso psicológico, una idea a través de la sugestión verbal. Durante una época Libeault cree en la posibilidad de una coexistencia en el hipnotismo entre un factor psicológico y un fluido, hasta que con Bernheim, uno de sus discípulos, empiezan a aplicar con fines terapéuticos, el agua magnetizada y la imposición de las manos, pero a la par notaron como una experiencia placebo a través del uso del agua pseudomagnetizada en los pacientes, tenía el mismo éxito con los mismos.

⁶ Chertok, L y Saussure, R. (1980). « Nacimiento del Psicoanalista » (Capt. I Pp. 66). Barcelona: GEDISA S.A.

“Entonces explicó el éxito de la cura por la sugestión indirecta provocada por el agua magnetizada y la imposición de las manos, y por el hecho de que el propio niño tenía, como sus íntimos, el sentimiento de que las manipulaciones del práctico perseguían el fin de causarle un bien.” (Chertok y Saussure, 1980). Dentro de la entrevista realizada como parte de la metodología para el desarrollo de la tesina al Dr. Iván Sandoval, quien es médico psiquiatra y ejerce en su consulta privada, guiado no tanto desde un enfoque farmacológico sino más bien priorizando la escucha del discurso de sus pacientes, menciona que si bien se conoce el accionar y bondades químicas de los antidepresivos, no se puede descartar que en la eficacia de los procesos interviene una cuota de efecto placebo, que tiene que ver básicamente con la relación que se da entre el médico y el paciente. Comenta que desde este punto de vista, el famoso dicho popular de que “no cura el medicamento sino el médico”, adquiere sentido en relación a la intervención que nunca habría que descartarla según Sandoval, del efecto placebo. Para Sandoval dentro de la relación terapéutica, actúa el lugar que el paciente le da al médico, es decir el lugar del ideal del Yo. Para Chertok y Saussure, tanto Libeault como Bernheim y toda la escuela de Nancy, admitían ciertos factores psicológicos en la relación terapéutica. Se reemplaza el vocablo imaginación por el de sugestión, pero tomaron éste último de manera psiconeurofisiológica, desconociendo la influencia de la parte afectiva detrás de la sugestión, por lo que era una concepción despersonalizada de la relación terapéutica.

En la segunda mitad del siglo XIX la escuela francesa de la Salpêtrière, cuyo representante principal fue Charcot, parecía según Chertok y Saussure, alejarse más en la despersonalización de la relación terapéutica, al atribuir un valor fundamental a los factores físicos en la hipnosis. Para algunos alumnos de la escuela de la Salpêtrière, la hipnosis era un estado somático producido por excitaciones físicas sin intervención de la sugestión. Alumnos como Babinski, mantenían una concepción ambigua de la sugestión, al referir que esta última no es la única fuente de los fenómenos observados en el hipnotismo, y que la sugestión es un fenómeno que puede relacionarse con la imaginación y la simulación, lo que le estaría restando valor científico. Otro de los alumnos de la Salpêtrière, Dumont – pallier, “pretendía que en la hipnosis la luz, la temperatura, las vibraciones de la atmósfera, la electricidad y los imanes

entrañan modificaciones del sistema nervioso.” (Chertok y Saussure, 1980). Por lo que decía que la sugestión no jugaba mucho papel en ciertas condiciones determinantes en el hipnotismo.

Para Charcot la hipnosis era histeria artificial, y consideraba que el factor genital desempeñaba un papel importante en la génesis de la histeria, pese a estas ideas Charcot tendía a mantenerse en las explicaciones físicas de este fenómeno.

Por otro lado algunos otros alumnos de la Salpêtrière, según Chertok y Saussure, consideraban importante el factor de las interacciones relacionales, basadas en la “afinidad” entre hipnotizador e hipnotizado desarrollados por Binet y Feré diez años antes en la escuela de Nancy. Pese a esto se notaba la tendencia a la despersonalización de la relación terapéutica que tenía la escuela de la Salpêtrière, al referir que las reacciones de los pacientes eran únicamente corporales independientes de toda afectividad.

Binet y Feré reconocen la importancia de la sugestión, al plantear que no existe un solo hecho de la vida mental de los sujetos que no pueda ser recreada o simulada de manera artificial por este medio. Para estos autores, este fenómeno de la sugestión se basa en un proceso psicológico el cual produce un efecto material o físico.

Según Chertok y Saussure, Pierre Janet, alumno de Charcot en la Salpêtrière, terminó inclinándose a los postulados de la escuela de Nancy, es decir dando primacía al factor psicológico en la hipnosis. “Parece pues que durante el sonambulismo el sujeto está particularmente preocupado por su hipnotizador y que siente por él preferencia, docilidad, atención; en una palabra, sentimientos especiales que no tiene para con las demás personas.” (Chertok y Saussure, 1980).

Chertok y Saussure cuentan cómo Janet comparaba al hipnotizado con un sujeto enamorado, que sólo disfruta de su felicidad cuando se encuentra junto con su persona amada, vínculo en el cual nadie más que el enamorado (hipnotizado) podía entrar en comunicación con él (hipnotizador). A su vez menciona que sus pacientes tenían actitudes hacia él, similares a la que los niños tienen con sus padres.

Chertok y Saussure mencionan que pese a la rivalidad que apareció en la década de 1880 y 1890 entre la escuela de Nancy y la escuela de la Salpêtrière

respectivamente sobre el tema de la hipnosis, la sugestión y la relación entre hipnotizador – hipnotizado, estos desarrollos habrían dejado las pautas para el advenimiento del Psicoanálisis, en una época que se guiaba principalmente por el método experimental, se abren las puertas para un salto cualitativo. Los autores señalan que Freud, quien fue alumno de Charcot en la Salpêtrière, habría tenido que pasar inevitablemente por el estudio de la hipnosis antes de llegar a sus descubrimientos. “Nunca se sobreestimaré demasiado la importancia del hipnotismo para el desarrollo del psicoanálisis. Desde el punto de vista teórico y terapéutico, el psicoanálisis administra la herencia que ha recibido del hipnotismo.” (Chertok y Saussure, 1980). Ya que el psicoanálisis según estos autores ha surgido a través del estudio y crítica de la relación hipnótica, y ha esclarecido muchos aspectos de la misma que se desconocían. Freud durante su estancia en la Salpêtrière había adoptado el sistema defensivo utilizado por Charcot y sus alumnos para con sus pacientes, es decir, despersonalizar la relación médico – enfermo. Para Chertok y Saussure, Freud pudo contentarse con esta defensa por la despersonalización durante algunos años hasta que finalmente reveló que este método era insuficiente, pero Freud brindó aquí otra solución, el descubrimiento de la transferencia, el cual sería un concepto fundamental para el psicoanálisis. Pero para llegar a este punto es interesante revisar el camino que Freud recorrió para llegar a este descubrimiento, empezando con la relación que tuvo Freud con la hipnosis. Freud parece haber tenido la influencia del neuropatólogo Benedikt, quien habría sido pionero en el tema de la hipnosis en Austria. Éste se formó en Francia, en el tratamiento con histéricas, y de regreso a Viena repitió exitosamente sus experiencias en la clínica, refería que el método era muy eficaz en cuanto a la supresión del síntoma, sin embargo denotaba la influencia psíquica de la hipnosis sobre los enfermos, en donde percibió que se forma una especie de “dependencia mística” entre el paciente y el terapeuta. Chertok y Saussure cuentan que Freud le solicitó una carta de presentación a Benedikt para introducirlo en la escuela de Salpêtrière con Charcot. De vuelta en Viena en 1886 generó algunos congresos informativos sobre la técnica de la hipnosis, pero es en 1887 que empieza su práctica con este método en forma de sugestiones directas, dieciocho meses después en 1889 pasa del método de la sugestión hipnótica al método catártico de Breuer, basado en propiciar la

evocación de un recuerdo y producir un proceso de abreacción. Los autores mencionan que Freud tenía motivos racionales para abandonar la sugestión directa, al ser este un proceso monótono, que desembocaba una situación incómoda. “Ni el médico ni el enfermo son capaces de tolerar indefinidamente la contradicción que existe entre la denegación cabal de la perturbación en la sugestión y su aceptación general dentro de esta última.” (Chertok y Saussure 1980).

Este cambio de método habría producido una dificultad de carácter técnico para Freud, ya que dentro del método catártico se presentó el problema de que éste requería de una hipnosis profunda con los pacientes, y Freud observó que en la práctica no siempre se alcanzaba a obtener trances profundos, a su vez menciona que muchas veces también se fracasaba en el intento de hipnotizar a ciertos sujetos.

Chertok y Saussure mencionan que entre 1887 y 1892 Freud practicó la hipnosis de forma ininterrumpida, posteriormente restringió la aplicación de esta técnica utilizándola experimentalmente de manera exclusiva en casos determinados. Para los autores, Freud abandona este método ya que consideraba que la hipnosis era ininteligible, inaplicable masivamente y por el hecho de que ocultaba las resistencias del paciente, cuyo análisis sería una de las claves en la intervención terapéutica. A su vez refieren que otro de los grandes elementos para el abandono de la hipnosis y a su vez para el descubrimiento de la transferencia, se relaciona con un episodio que Freud vivenció con una paciente, en donde, después de aplicar el método catártico, y haber disuelto el síntoma, tras relacionar sus crisis dolorosas con sus causas pasadas, la paciente despertó del trance y abrazó a Freud poniendo sus brazos alrededor de su cuello, Freud captó aquí el “elemento místico” que actuaba tras la hipnosis en la relación terapéutica, y en ese momento habría considerado con el fin de separar éste, que debía abandonar la hipnosis. Esta escena, prepara el camino según Chertok y Saussure para que Freud considere la existencia de una “tercera figura” entre el paciente y el terapeuta a la que posteriormente se definiría como transferencia. La originalidad de este descubrimiento entonces,

“consiste en haber hecho aparecer las fuerzas dinámicas, hasta entonces ignoradas, que entran en juego dentro de la relación médico –enfermo y en

haber puesto término a las resistencias que desde fines del siglo XVIII (la psicoterapia entraba a la sazón en su fase experimental) ocultaban el papel real de cada protagonista en la relación. “⁷

A lo largo del desarrollo de este subcapítulo se ha tratado de denotar los diferentes aspectos que aparecen dentro de la relación terapéutica, y la importancia de los mismos dentro de un proceso psicoterapéutico. Si bien Freud renunció por los motivos explicados anteriormente al método hipnótico, cuya base era la sugestión. Este fenómeno está presente, más allá de poder medirlo o cuantificarlo dentro cualquier tratamiento, y actúa a través del lugar que el paciente le da al especialista, en las fuerzas dinámicas de los sentimientos que se trasladan hacia la figura del terapeuta. En el caso de la relación médico – paciente, en donde éste último es prescrito con medicamentos (antidepresivos), actuando la bioquímica, también se puede tomar en cuenta la influencia de la sugestión, y el fenómeno transnferencial que aparecen en la relación.

3.2. Psicoanálisis y Medicina

En el inicio de este capítulo, se empezará revisando la intervención de Jacques Lacan, realizada en el Colegio de Medicina, el 16 de Febrero de 1966, en la Salpetriere, para la mesa redonda con el título “Psicoanálisis y Medicina”. Se ha considerado importante revisar esta intervención ya que es justamente en el cruzamiento de estas perspectivas que aparecen los diferentes cuestionamientos sobre este tema de las representaciones simbólicas de los antidepresivos.

En su intervención Lacan se propone principalmente, abordar el tema del lugar del Psicoanálisis en la Medicina, lugar que según el autor sería marginal y extra-territorial. Marginal en el sentido de la posición que mantiene la medicina en relación al psicoanálisis, al que se consideraría como una especie de ayuda externa como la ofrecida por los psicólogos y los distintos asistentes terapéuticos. Sería extra-territorial por parte de los psicoanalistas, quien según Lacan tendrían sus razones válidas para mantener esta posición.

⁷ Chertok, L y Saussure, R. (1980). « Nacimiento del Psicoanalista » (Capt. II Pp. 157). Barcelona: GEDISA S.A.

El autor plantea analizar el lugar del psicoanálisis en la medicina desde el punto de vista médico, tomando en cuenta los cambios que se han producido en lo que sería, la función del médico y en su personaje, para esto considera importante recordar algunos aspectos de esta posición.

Lacan señala que a lo largo de la historia de la medicina, esta ha tenido un acompañamiento de las doctrinas y que pese a que en determinada época del siglo XIX las doctrinas invocaban a la ciencia, esto no necesariamente las volvió más científicas. “Quiero decir que las doctrinas científicas invocadas en la medicina eran siempre, hasta una época reciente, la recuperación de alguna adquisición científica, pero con un retardo no menor de veinte años.” (Lacan, 1966).

Este argumento demostraría según el autor que la medicina habría utilizado esto como un recurso que funcionó como sustituto y para disfrazar una posición que estuvo más del lado de la filosofía.

Para el autor el tránsito de la medicina al plano de la ciencia, y el hecho de la aparición del método experimental en la medicina, no son fenómenos que aparecen sin razón.

“La medicina entró en su fase científica en tanto surgió un mundo que, en lo sucesivo, exige los condicionamientos necesarios en la vida de todos en la medida que la presencia de la ciencia incluye a todos en sus efectos” (Lacan, 1966).

Las diferentes funciones del organismo humano habrían sido siempre puestas a prueba. Pero en el momento de experimentar con las mismas entran en juego las diferentes organizaciones que estarían en capacidad de hacerlo y que no habrían podido surgir sin la ciencia. El aporte médico en la actualidad, se vería reflejado según el autor, en el actuar del médico por mantener los distintos aparatos del organismo humano en determinadas condiciones, esto se relacionaría con la llamada posición del médico, en el sentido de que esta a parte de ser solicitada por su función de científico, es también requerida por otros llamados.

“El mundo científico vuelca entre sus manos un número infinito de lo que puede producir como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, que coloca a disposición del público, y le pide al médico, cual si fuere un distribuidor, que los ponga a prueba.” (Lacan, 1980).

Para Lacan el límite en donde el médico podría actuar e intervenir, y a que debería responder, se encuentra en algo definido como la demanda. Sería en esta situación que la posición del médico se modifica en relación a quienes se dirigen a él, en el sentido de lo subjetivo y particular que habría en esa demanda al médico. En este punto también interviene según el autor, el “poder” social que tendría la ciencia (médica) de dar la apertura al medio de ir a solicitar al médico algún tipo de beneficio en función de un objetivo concreto e inmediato. Lacan comenta que cuando el sujeto que mantiene un malestar es remitido al médico, este no espera de él únicamente la curación, sino que también el sujeto estaría ubicando al personaje del médico, poniéndolo a prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo cual podría ser radicalmente opuesto, ya que esto puede reflejar que el paciente tenga la idea de mantener su enfermedad, y en algunas ocasiones ir a demandar que se lo autentifique en su condición de enfermo. Es aquí donde el autor señala la diferencia que existe entre la demanda y el deseo, considerando que cuando un sujeto solicita algo de alguien, esto no suele ser nada parecido, incluso totalmente lo contrario a aquello que desea.

En este punto se podría analizar cómo el tratamiento de la posición médica psiquiátrica suele proceder en algunas situaciones, en donde a través de un diagnóstico (depresivo) se estaría ratificando la condición de un padecimiento, de una “enfermedad” (depresión) en el paciente, en el cual el especialista ofrece en la prescripción a través de medicamentos antidepresivos una cura, hecho que a parte de reafirmar su condición, el paciente pone a prueba al especialista de sacarlo de su enfermedad, en donde en cierta medida se estaría respondiendo y trabajando únicamente sobre la demanda del paciente, más no necesariamente con su deseo.

Según Lacan es importante estar claros e incluso replantearse cómo se pueden utilizar los progresos científicos como fines de intervención en lo concerniente al cuerpo humano.

Para el autor no bastaría con la comprensión que tiene el médico sobre el cuerpo, es decir algo biologizado entendido únicamente en su extensión física. Para Lacan se estaría dejando de lado, que un cuerpo está hecho para gozar, gozar de sí mismo. Esta dimensión de goce es la que según el autor está

excluida de la visión médica que se tiene del cuerpo del sujeto, una dimensión que procura ser siempre entendida y tomada en cuenta desde el psicoanálisis. “Pues la ciencia no es incapaz de saber qué puede; pero ella, al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere. Al menos lo que quiere surge de un avance cuya marcha acelerada, en nuestros días, nos permite palpar que supera sus propias previsiones.” (Lacan, 1966).

Lacan comenta lo que Freud introdujo en relación al principio de placer, es decir, que el placer es una barrera al goce. A su vez menciona que el placer se trataría de la menor excitación, lo que tiende a erradicar la tensión, por ende algo que mantiene distancia del goce.

“Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada”⁸.

En cuanto al deseo Lacan dirá que es la escala de la dimensión del goce, ya que de cierta forma le permite extender el nivel de la barrera del placer.

Finalmente el autor, en base al análisis de todo lo revisado previamente en cuanto a la demanda y al goce del cuerpo, plantea que la posición del psicoanalista, sería la única en la actualidad desde donde el médico podría mantener la originalidad de su posición, es decir la de responder a una demanda de saber, siendo el camino para esto el de llevar al sujeto al lado opuesto de las ideas que manifiesta para presentar esa demanda.

3.3. El Sujeto y la píldora

María Amparo García del Moral, refiere de manera muy superficial, que la concepción se “sujeto” desde la perspectiva lacaniana se comprende desde el marco de la teoría del significante, en donde se transforma la idea de un sujeto de la conciencia a la de un sujeto del inconsciente y del deseo, deseo capturado en el deseo del Otro. Moral menciona que la “falta en ser” de la especie humana es la que promueve la existencia del sujeto en el campo del significante, y es en la relación con el Otro (y su falta) en donde el sujeto va a

⁸ Lacan, J. (1966). “Intervenciones y textos I” (Capt.VII Pp.95). Buenos Aires: Manantial.

constituirse como un significante más dentro de la cadena simbólica, que se sostiene en tanto opera la metáfora del Nombre del Padre.

En Agosto del 2008 la psicoanalista brasileña Sara Helena Hassan escribe para la revista virtual de Psicoanálisis “psiconet.com”, su artículo “El revés de la píldora”. En donde empieza comentando cómo se han venido desarrollando algunos trabajos científicos que cuestionan los resultados aparentemente siempre favorables tras el aporte de píldoras antidepresivas, en casos de depresiones “no muy graves”. Para esto la autora hace referencia al trabajo de Eric Turner Ph.D, del Portland VA Medical Center de Oregon publicado en el *New England Journal of Medicine*, en donde afirma con carácter de denuncia, que en Estados Unidos e Inglaterra , a partir del boom de los antidepresivos en la década de los 80, sólo se habrían publicado las investigaciones sobre experiencias con resultados favorables ante el uso de antidepresivos, y no aquellas que habrían reflejado lo contrario o que han demostrado resultados ante los efectos placebo. La autora también menciona al investigador británico Irvin Kirsch de la Universidad de Hull quien confirmaría estos argumentos al decir en la *Public Library of Science* (PLoS), que muchos de los antidepresivos no funcionan tan bien como sugieren los estudios publicados.

Hassan comenta dichas investigaciones con el fin de introducir su artículo, cuyos objetivos principales serían, por un lado mostrar cómo el Psicoanálisis logra entender a los psicofármacos por otra vertiente distinta a la bioquímica. Por otro lado el de llegar a una aproximación a la diferencia aportada por el Psicoanálisis como propuesta terapéutica.

Para Hassan es a partir de Freud y más exactamente desde Lacan, que las ciencias biológicas se han vuelto cuestionables como referencia al campo psicoanalítico. Al ser el Psicoanálisis definido como una práctica centrada en el discurso del paciente, dichas ciencias dejarían de ser esenciales al Psicoanálisis. Los avances de las neurociencias y de la psicofarmacología en la última década, caminarían según la autora en un camino propio “dando como resultado interfases y cruzamientos de los efectos de la palabra en el organismo, de las incidencias de la química sobre los efectos de sujeto, entre otros.” (Hassan, 2008).

Tras este argumento no se estaría tomando al Psicoanálisis como una práctica indiferente a otras ciencias, ya que históricamente el Psicoanálisis ha tomado

como referencia para sus desarrollos, aportes de la Lingüística, de la Topología, de las Ciencias Sociales en general, entre otras. “El Psicoanálisis no se basa en fórmulas fijas, ni en reacciones previsibles de causa a efecto como ocurre en la ciencia, sino que responde a otra causalidad enraizada en la función y el campo de la palabra, del lenguaje y de la letra.” (Hassan, 2008).

La autora comenta cómo la Medicina desde la antigüedad ha tendido a ofrecer píldoras como una de sus herramientas. Para esto propone cuestionarse, ¿qué es una píldora? La palabra “píldora” proviene del latín “pillyla” que significa “bolita”, término utilizado para representar la forma farmacéutica, para uso por vía oral. Según la autora las píldoras por lo general, han sido producto de la tecnología, pero considera que no existe una píldora o fármaco que no acarree aunque sea en forma mínima un imaginario y una operación “simbólico-real”. Para Hassan los antidepresivos entran en el discurso psicoanalítico principalmente a través de la escucha del discurso del paciente sobre las fantasías que acarrearán los efectos del medicamento, es decir en sus incidencias imaginarias, simbólicas y reales.

Aquí podría aparecer un cruzamiento de perspectivas diferentes sobre un mismo fenómeno, en donde por un lado el Psicoanálisis lo abordaría sobre el cuerpo libidinal (pulsional), diferente al cuerpo abordado por la Medicina (Psiquiatría). Finalmente Hassan dirá que ambas perspectivas no son necesariamente excluyentes, teniendo que elegir entre antidepresivos o psicoanálisis, siempre que la Psiquiatría a través del psiquiatra se permita dialogar.

La propuesta psicoanalítica no se asemejaría a la farmacológica. Según Hassan para el psicoanálisis es necesario la clínica en transferencia, reflejada en la dinámica de dos seres hablantes de la cual resultarían para la autora efectos llamados “de sujeto”. Sería la abertura al inconsciente lo que generaría algo llamado terapéutico en la persona, dependiendo de su biografía y su estructura psíquica particular. Para la autora, en el contexto del análisis, se requiere a lo largo del proceso una “química” diferente a la utilizada en los procesos farmacológicos, es decir la transferencia en sus diferentes momentos. “Teniendo en cuenta que vivimos en un mundo de proliferación incesante de objetos de todos los tipos. ¿Cómo pensar las coordenadas del psicoanálisis como objeto ofrecido en ese “maremagno” de objetos de la post-modernidad?”

(Hassan, 2008).

Para la autora el objeto ofrecido por el Psicoanálisis se halla en el analista, la particularidad del Psicoanálisis estaría en presentarse como objeto causa de deseo, siendo su “cura a través de la palabra”. Este objeto no se trataría de algo real en el sentido físico del término, sino más bien en lo que la autora define como una categoría fantasmática inconsciente, dicho objeto ofrecido por “El analista opera como semblante (apariencia) de objeto causa de deseo, llamado “a” por Lacan, quien se vale entonces de este bautismo para nombrar (y resolver así parcialmente)”. (Hassan, 2008).

El analista tomaría entonces su posición en el lugar de ese objeto causa de deseo en la transferencia.

El “objeto a” según Chemama, es el objeto causa del deseo. Éste no es un objeto del mundo, ni tampoco algo representable como tal. Se crea en el margen que la demanda (lenguaje) abre más allá de la necesidad que la motiva, y su función es la soportar la falta que define al sujeto del deseo.

Otras de las funciones del objeto “a” según Hassan se hallaría en relación al goce, en el intento del sujeto de llenar a través de objetos imaginarios, $i(a)$, substitutos del objeto “a” el vacío de la llamada castración imaginaria, pese a no lograrlo del todo. Estos objetos “ $i(a)$ ” serían la causa del deseo, y a su vez tendrían el fin de “taponar” la falta de goce, de manera parcial.

Según Chemama, el goce tiene que ver con las distintas relaciones de la satisfacción que un sujeto deseante y hablante puede anhelar y experimentar a través de un objeto deseado, tomando en cuenta que el deseo está constituido por su relación con las palabras. Para el autor el goce se opondría al principio de placer, basado en la disminución de las tensiones del aparato psíquico al nivel mínimo, al estar el deseo, los placeres y displaceres del ser humano, capturados todos en el lenguaje, concibe que el planteamiento de la simple descarga es insuficiente, ya que lo reclamado para la satisfacción del sujeto se encuentra según Chemama en el sentido. “La satisfacción o la insatisfacción no dependerían sólo de un equilibrio de las energías, sino de relaciones diferentes con lo que ya no puede concebirse como una tensión domesticada” (Chemama, 2002).

El goce sería para Chemama entonces contradictorio, ya que se encuentra dividido entre lo que “satisface” a los dos principios.

La dificultad del concepto goce, estaría en el hecho de que éste último se define por su relación con el significante de la falta en el Otro.

Según Chemama, Lacan habría desplazado la concepción filosófica que se proponía para el sujeto, en el sentido de un ideal a alcanzar, es decir el goce de la perfección y de la totalidad del ser, al referir que el lenguaje en sí, no está delimitado por una positividad sustancial, y que desde el inicio, el goce en el lenguaje está marcado por la falta y no por la plenitud del ser. Esta falta no es insatisfacción según Chemama, sino más bien, lo que define que el goce no es más que textura del lenguaje. Es así como queda desplazada la concepción de Ser (en el sentido de una posible completud), a partir del momento en el que el sujeto habla.

“Si el goce fuera una relación o una relación posible con el Ser, el Otro sería consistente: se confundiría con Dios, y la relación con el semejante estaría garantizada por él.” (Chemama, 2002).

Hassan menciona el neologismo inventado por Lacan “letosas” (alétheia + ousia) utilizado para representar a esos “objetos tampón”, y plantea, que entonces se podría considerar a los antidepresivos como letosas, al ser estos productos (objetos) que elevan durante cierto tiempo de efecto el estado de ánimo del sujeto por sus propiedades farmacéuticas.

“Los objetos plus de goce se refieren más específicamente a los bienes descartables. La clase de felicidad fármaco-dependiente alude al nivel del organismo que la metaboliza, hasta la dosis siguiente, así como ocurre con lo descartable que se transforma en seguida, en busca de otro bien.” (Hassan 7, 2008).

Para la autora el psicoanálisis sería heterogéneo a los psicofármacos, excediendo su oferta sus propiedades terapéuticas, considerando que en el análisis no se trata de prometer el goce sino más bien frenarlo, fijando al mismo.

3.4. El lugar del sujeto en la psicofarmacología

Para el desarrollo del presente subcapítulo se hará referencia al artículo publicado por la psicoanalista argentina Alejandra Yacomini en Marzo del 2006 para la revista virtual de Psicoanálisis y Psicología, Proyecto Psi: ¿Sujeto y Psicofarmacología? El lugar del Psicoanálisis.

El trabajo consiste en analizar el lugar de la psicofarmacología en la sociedad actual, considerando el argumento de la autora sobre la naturalización que se ha hecho ante la prescripción de este tipo de medicamentos, al recetarse muchas veces el mismo fármaco para situaciones distintas dejando de lado la singularidad estructural de cada sujeto.

El artículo también se propone debatir el lugar de la clínica psicoanalítica en una época de creciente avance de los psicofármacos como recurso terapéutico ante los trastornos psíquicos. Para la autora el cuerpo del paciente es presentado por el discurso médico, a raíz de haber enfermado, como un cuerpo biologizado, reducido hasta ser experimentado como una “suma o resta” de funciones biológicas. Es a través de estos discursos que según Yacomini el inconsciente freudiano queda excluido “retomado por Lacan como sujeto del significante, dividido por el lenguaje y sus leyes, sujeto del deseo y del goce, de la castración y de las diferencias sexuales.” (Yacomini, 2003).

Según la autora, en la actualidad, la clínica psiquiátrica recibe directamente las presiones del mercado de la salud, con la oferta, sobre todo en el caso de ansiolíticos y antidepresivos, de una respuesta rápida ante el malestar, es decir la supresión inmediata del síntoma. Yacomini plantea que el camino en una cura psicoanalítica, en donde el psicofármaco es prescripto como un recurso para la regulación del goce, se podría ubicar al fármaco como una representación psíquica que podría enlazarse con otros en el psiquismo de cada sujeto, otorgándole este, una significación y efectos particulares.

Yacomini considera que el sujeto que tiende a la búsqueda farmacológica que en reflejo le brindaría un beneficio al Yo y su trabajo sobre la realidad, es aquel que nada quiere saber sobre su deseo inconsciente.

“En el horizonte se perfila la cuestión de la función de la ciencia, porque el fármaco en tanto instrumento que tiene consecuencias en lo real, es el instrumento de la ciencia médica atravesada por la sociedad de consumo. Y es aquí donde entra a jugar la problemática de los laboratorios y la oferta masiva que incita al excesivo e indiscriminado consumo de psicofármacos.”⁹

La autora señala que el crecimiento de la industria psicofarmacológica de antidepresivos coincide con la disminución de los rituales y ceremonias que normalmente se hacían para atravesar los duelos. A su vez comenta que otra

⁹ Yacomini, A. (2003). “¿Sujeto y Psicofarmacología? El lugar del Psicoanálisis”. (Pp. 2). Buenos Aires: Revista Virtual Proyecto Psi.

de las características de la posmodernidad ha sido la desvalorización de la palabra, frente al consumismo y las soluciones facilistas. Es tras este argumento que Yacomini señala el reflejo de la naturalización de la prescripción de este tipo de medicamentos, alegando que si existe prescripción es porque existe demanda por parte del paciente, en erradicar lo más rápido posible el malestar, dejando de lado que aquella satisfacción resulta simplemente temporal, re apareciendo de nuevo el malestar, ya que el antidepresivo no modifica la estructura subjetiva, manteniéndose únicamente en lo orgánico. A su vez menciona que uno de los efectos ante el consumo de antidepresivos, sería el hecho de que el sujeto estaría esperando que la ciencia elimine su malestar lo más rápido posible, con el cual según la persona su historia no “tendría nada que ver”.

El hecho de responder de manera directa ante el pedido del sujeto por apaciguar su síntoma, sería para la autora el no reconocer la distinción que existe entre demanda y deseo, considerando que en la actualidad el personaje del analista sería el único que respondería a una demanda de saber, y en ese hecho, revelar la relación que ella tiene con el goce del cuerpo.

Los medicamentos antidepresivos, llamadas “píldoras de la felicidad” por Yacomini, ofrecidas por la clínica psiquiátrica, llevarían el mensaje de que el fármaco es por sí mismo terapéutico al incidir sobre la conducta, descartando efectos relacionados con estructuras de lenguaje.

“Esto implica una reducción, o hasta un desconocimiento de la dimensión de verdad de quien, de alguna manera, “se traga la píldora”. De ahí su eficacia. Esto quiere decir que el fármaco, si consideramos al síntoma como expresión de una verdad singular, estaría actuando a un nivel esencial: allí mismo donde, por alguna razón, encuentra su expresión algo que no cabe en los moldes convencionales de una sociedad específica o por alguna razón no es admisible para el sujeto.”¹⁰

Se trataría entonces de una intervención que actúa únicamente a nivel orgánico dejando de lado el conflicto o suprimiéndolo.

Considerando que el síntoma, según el discurso médico debería ser medicado y para el analista descifrado a través de la escucha del discurso del analizado, esta sería una diferencia típica entre ambas perspectivas, en donde el único

¹⁰ Yacomini, A. (2003). “¿Sujeto y Psicofarmacología? El lugar del Psicoanálisis”. (Pp. 4). Buenos Aires: Revista Virtual Proyecto Psi.

punto de encuentro en donde no entrarían en contradicción, sería según la autora en el deseo del médico y en el deseo del analista.

“Los síntomas neuróticos son portadores del sujeto y de las ligazones de ese sujeto a un real de goce que no es sin relación con el cuerpo y un modo de gozar del inconsciente.” (Yacomini, 2003)

No se trata entonces de no reconocer los avances y desarrollos de la farmacodinamia, sino de alertar la proliferada promoción de estos medicamentos “psicoterapéuticos”, como única solución ante el malestar, conociendo que tras este tema entran muchos elementos en juego, y tomando en cuenta que desde la enseñanza del psicoanálisis el síntoma tiene un sentido, y que la interpretación del mismo puede ser otro camino, distinto al de abordarlo en su manifestación con la intención de erradicarlo desde ahí.

CAPÍTULO IV

4. Manejo interdisciplinario de remisión y prescripción de antidepresivos

En este último subcapítulo se tratará de delimitar, cuándo el uso de psicofármacos antidepresivos podría ser concebido como un sostén y cuándo sería un “obstáculo” dentro de tratamientos psicoanalíticos. A su vez, definir en qué situaciones se considera prudente la prescripción de este tipo de fármacos. Para esto se hará referencia principalmente al capítulo II y V del libro “Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas (La importancia de una derivación temprana)”, escrito por la psicoanalista argentina Graciela Jorge en 2005.

Existen muchas perspectivas y marcos referenciales que abordan la comprensión de la génesis y dinámica de funcionamiento de los síntomas, sin embargo para analizar este tema en particular, la autora sugiere, primero definir y luego diferenciar un síntoma médico de un síntoma psicoanalítico, para así poder esclarecer la cuestión.

Los psicofármacos son para Jorge, fármacos que mitigan síntomas en el sentido médico y más específicamente psiquiátrico del término.

“Un síntoma médico es todo aquello que el paciente dice que siente (dolor, “falta de aire”, “ardor de estómago”). Un síntoma psiquiátrico es un síntoma médico (el paciente refiere que “escucha voces”)”. (Jorge, 2005).

Por otro lado un síntoma psicoanalítico se concibe según Jorge, como la manera en que el inconsciente “soluciona” un conflicto entre dos fuerzas antagónicas, reconciliándolas. Este conflicto se produce por la frustración generada tras la pérdida de una satisfacción original de la libido, lo que obliga al aparato psíquico a buscar nuevos caminos para lograrla. Por ende el síntoma sería la satisfacción nueva o sustitutiva que surge por dicha frustración.

Para la autora, el hecho de revisar estas concepciones, es la forma más clara de ejemplificar porqué los psicofármacos no actúan intrínsecamente en un síntoma psicoanalítico.

“Vimos que los psicofármacos tienen acción sobre la ansiedad (benzodiazepinas), sobre equivalentes de angustia (algunas

benzodiazepinas), expresiones de depresión (antidepresivos) y alucinaciones (neurolepticos). O sea que pueden actuar sobre un organismo, hasta sobre un cuerpo, pero no sobre un síntoma analítico anudado y sostenido por la propia historia del sujeto.”¹¹

Jorge comenta que si bien, un síntoma psicoanalítico puede estar acompañado, por ansiedad, insomnio, etc. Es decir, manifestaciones somáticas, en donde los psicofármacos podrían actuar, muchas veces estas manifestaciones se disuelven, desaparecen, sin eso querer decir que el conflicto no persista. Por eso, según la autora, aún en estos tiempos de grandes avances psicofarmacológicos, es sólo a través del tratamiento psicoanalítico que se “desanudan” ciertas cuestiones, es decir se resuelven ciertos síntomas.

Una vez hecho un breve recorrido sobre las concepciones del síntoma, desde un punto de vista médico psiquiátrico y desde una perspectiva psicoanalítica. La autora plantea que el psicofármaco podría actuar como sostén cuando de cierta forma maneja un síntoma médico que estaría deteniendo o dificultando el trabajo analítico. Como por ejemplo, situaciones en donde los niveles de ansiedad y/o angustia sean tan elevados, que generen una “parálisis” asociativa. Situaciones en donde el insomnio sea tan fuerte en la persona que conlleve al agotamiento y que esto dificulte la capacidad de asociar en el análisis. Cuando se produzcan brotes psicóticos (alucinaciones, desorganización, pérdida de lazos sociales y afectivos). O si se presentan manifestaciones depresivas graves, que inhabilitan al paciente, como por ejemplo para no poder siquiera levantarse de la cama.

A su vez, Jorge define, que el psicofármaco puede obstaculizar un tratamiento analítico, cuando el fármaco está incorrectamente prescripto, por una falla diagnóstica, o incluso por falta de diagnóstico, situaciones que suelen darse al prescribirse estos medicamentos, a través de médicos no psiquiatras. Ya que ante la falta de dominio sobre el accionar bioquímico y funcionamiento del antidepresivo o tras una prescripción sin un análisis detenido de los diferentes casos, si es que por ejemplo se recetan estos fármacos con la intención de reducir ciertos niveles de angustia, la misma que puede provenir del trabajo analítico, que de alguna manera motoriza al mismo y que puede ser manejada

¹¹ Jorge, G. (2005). “Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas”. (Capt. II Pp. 111). Buenos Aires: Letra Viva.

por el sujeto, en ese contexto sería más bien un obstáculo dentro del análisis. Situaciones en donde no existe seguimiento por parte del médico en cuanto a la medicación que está siendo administrada, relacionado con las dosis y posibles cambios de medicamentos. Finalmente Jorge comenta que podría ser un obstáculo cuando existe un distanciamiento en el trabajo conjunto de los especialistas (psicoanalista – psiquiatra).

Reuniendo las opiniones y criterios de los médicos psiquiatras entrevistados como parte de la metodología para el desarrollo de la presente tesina, es decir, Dr. Adrián Lozano, Dr. José Cruz, y Dr. Edwin Dávila. Coinciden en que las indicaciones en las que se considera prudente y necesario la prescripción de medicamentos antidepresivos, serían contextos, en los cuales, la depresión y estado de ánimo de la persona se hayan visto tan afectadas, que empiezan a alterar la vida de la personas en sus diferentes ámbitos, como por ejemplo, en su alimentación, sueño, sexualidad, sus capacidades cognitivas, entre otras.

También comentan que otra situación en la que sería necesaria la medicación, sería si es que la persona que está atravesando por un proceso depresivo, manifiesta conductas autolíticas.

Finalmente, según Dávila, otra condición para la prescripción, aparecería cuando la persona ha atravesado por procesos psicoterapéuticos previos en donde los síntomas se hayan mantenido o incrementado.

CONCLUSIONES

- Los manuales diagnósticos como el DSM IV, son una referencia estadística que serviría únicamente como una herramienta y como una guía para ubicar ciertas generalidades relacionadas con la depresión, tomando en cuenta la subjetividad y la particularidad que existe en cada caso.
- Es distinto trabajar respondiendo a la demanda de saber de un paciente a través de la prescripción de un fármaco antidepresivo, que tomando otro camino en el cual se lleve al sujeto al lado opuesto de las ideas que manifiesta para presentar esa demanda.
- No se trata de no reconocer los avances y desarrollos de la farmacodinamia, sino de alertar la proliferada promoción de estos medicamentos “psicoterapéuticos”, como única solución ante el malestar.
- Si bien se conoce el accionar y bondades químicas de los antidepresivos, no se puede descartar que en la eficacia de los procesos interviene una cuota de efecto placebo, que tiene que ver básicamente con la relación que se da entre el médico y el paciente. En el lugar que éste último le da al especialista.
- No existe ni existirá un antidepresivo ideal, siendo este, un fármaco que erradique de forma permanente el malestar, debido a la subjetividad de cada sujeto.
- Los fármacos antidepresivos procuran mitigar síntomas desde su manifestación, es decir reacciones somáticas, o cuestiones conductuales. Tomando en cuenta que desde la enseñanza del psicoanálisis el síntoma tiene un sentido, y que la interpretación del mismo puede ser otro camino, distinto al de abordarlo en su manifestación con la intención de erradicarlo desde ahí.
- El fármaco antidepresivo puede actuar como sostén, o como un obstáculo, dentro del tratamiento psicoanalítico, en la medida en que el paciente y el psicoanalista hayan sabido ubicar el lugar que el antidepresivo ocupa dentro del contexto terapéutico.
- Los especialistas que de forma directa o indirecta reciben la demanda de tratamiento para casos de depresión, deberán tener una formación

consistente y global en cuanto a este fenómeno, no únicamente desde la concepción bioquímica y conductual del mismo.

- Quien de una u otra forma se vea en la necesidad de prescribir fármacos antidepresivos en situaciones puntuales, tendrá que tener un amplio dominio sobre la psicofarmacodinamia (dosis, efectos secundarios, etc.)
- Que exista mayor comunicación interdisciplinaria entre médicos psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, y que esto no se vea opacado por sectorismos y/o cuestiones de poder, tan comunes en nuestro medio.
- Sería prudente que quien prescriba se mantenga siempre al margen de la ética que implica este acto. Ubicando la puntualidad de los casos en los que realmente se ameritaría recetar medicación antidepresiva.
- Que dentro de nuestro medio social, partiendo desde las Universidades, exista una constante capacitación de este fenómeno de la depresión, tomando en cuenta que las demandas ante este tipo de situaciones tiene una tendencia al alza tanto el sector público como en el privado.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Abraham, K. (2004). *Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*. (1era edición) Barcelona: RBA Coleccionables
- Bleichmar, H. (1974). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. (1era edición) Buenos Aires: Nueva visión.
- Chemama, R. (2002). *Diccionario del psicoanálisis: diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. (1era edición) Buenos Aires: Amorrortu editores S.A.
- Chertok, L. (1980). *Nacimiento del Psicoanalista*. (1era edición) Buenos Aires: Gedisa.
- Freud, S. (1993). *Duelo y melancolía-Obras completas*. (1era edición) Buenos Aires: Losada S.A.
- Freud, S. (1993). *Análisis profano (Psicoanálisis y Medicina)-Obras completas*. (1era edición) Buenos Aires: Losada S.A.
- Gracia del Moral, M. (2003). *Lo que el psicoanálisis enseña*. (1era edición) Valencia: Editorial Aletheia.
- Jorge, G.(2005). *Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas*. (1era edición) Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J .(1966). *Psicoanálisis y medicina: Intervenciones y textos 1*.(3era edición) Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL.
- Kristeva, J. (1997). *Sol negro. Depresión y melancolía*.(2da edición) Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Mannoni, O. (1968). *Freud El descubrimiento del inconsciente*. (3era edición) Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pichot, P. (1995). *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.(1era edición) Barcelona: Grafiques 92
- Polaina, A. (1985). *La depresión*. (1era edición) Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. (1era edición) Madrid: Turner Publicaciones.

- Rojas, E. (2006). *Adiós, depresión*. (1era edición) España: Artes gráficas hertas.
- Sthal, S. (2002). *Psicofarmacología esencial*. (2da edición) Barcelona: Editorial Ariel
- Vidal, A y Alarcón, R. (1986). *Psiquiatría*. (3era edición) Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Páginas Web:

- Hassan, S. (2008). *El revés de la píldora*. Recopilado el 29 de Noviembre del 2009 de: Revista virtual Psiconet <http://www.psiconet.com/foros/psicofarmacos/hassan.htm>
- Yacomini, A. (2006). *¿Sujeto y Psicofarmacología? El lugar del Psicoanálisis*. Recopilado el 10 de Noviembre del 2010 de: Proyecto Psi http://www.proyectopsi.com/profesional/profesion/profes_034.asp

ANEXOS

Anexo 1. (Síntesis de las entrevistas)

Entrevista (Dr. Adrián Lozano – Médico Psiquiatra):

- 1) Usted considera que la depresión debería ser comprendida como un trastorno o como un síntoma?

Lozano menciona que debería ser comprendida como un trastorno que incluye una serie de síntomas. Es un trastorno que no necesariamente ni únicamente incluye como síntoma a la tristeza, habría que enfocarla más bien desde algo bio psico social, ya que la depresión incluye síntomas en todos estos ejes.

- 2) Cree usted que en relación a los diferentes tipos de depresión que plantea la Psiquiatría moderna en base al DSM IV y el CIE-10, la terapéutica varíe acorde a cada caso?

Para Lozano los manuales diagnósticos son una guía de referencia, pero al paciente habría que tratarlo, como a una persona, como a un individuo. A su vez menciona que en su consulta casi no utiliza los manuales diagnósticos. Argumentando que alrededor del 85 % de los casos que trata, se refieren a “problemas de la vida cotidiana”, más no necesariamente a cuadros psicopatológicos con depresión.

- 3) Cree usted que el tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos cura definitivamente la depresión?

Según la respuesta de Lozano, no existe cura para la depresión ni psicoterapéutica ni psicofarmacológica. Menciona que se podría hablar de una cura, en casos de depresiones reactivas ante hechos puntuales. Si se trata de una depresión más “congénita”, el apoyo farmacológico deberá permanecer como herramienta para la persona durante mucho tiempo.

- 4) Considera usted que las reacciones bioquímicas que acarrea el consumo de antidepresivos, modifican o alteran el aparato psíquico?

Lozano considera que si, ya que al alterar la bioquímica de neurotransmisores, la persona también modifica sus ideas, a diferencia de cuando se encuentra en una crisis, el antidepresivo brindaría cierta estabilidad, que podría generar un mejor manejo de decisiones en la persona.

- 5) Cree usted que las diferencias teórico/conceptuales entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis intervienen al momento de plantear un tratamiento para la depresión?

Lozano menciona que si se mantiene una posición ortodoxa de ambas partes si. Pero en la actualidad cree, que ambas perspectivas tienen grandes encuentros, sobre todo en lo que se refiere al sistema de la memoria. En donde a través de un proceso psicoanalítico la persona puede modificar la parte genética de su cerebro.

- 6) El tratamiento "ideal" para la depresión consistiría en integrar tanto la psicoterapia psicoanalítica como la psicofarmacología?

Dependerá del contexto, menciona que habrá casos en los que la persona podría solo necesitar de psicoterapia y la psicofarmacología podría servir únicamente como herramienta de sostenimiento.

- 7) En qué casos usted consideraría prudente recomendar medicación antidepresiva a un paciente como parte de su tratamiento?

Para Lozano sería prudente, cuando la situación del paciente le esté limitando mucho su vida, cuando el sufrimiento del mismo exeda su capacidad de manejar esos sentimientos.

- 8) Usted considera que a través de la proliferada prescripción de antidepresivos que se ha hecho a nivel mundial (según las estadísticas

de la revista virtual española Hoy que señalan que estudios realizados desde el 2004 registran una tendencia al alza entre un 7 y un 7,5% anual en la prescripción de este tipo de fármacos en España. A su vez la empresa de Salud Pro Health Care, comenta en su página web que tras el estudio realizado por el Dr. Mark Olfson de la Universidad de Columbia, entre el año de 1996 y el año 2005, el consumo de antidepresivos en EE.UU., se duplicó literalmente, con una tendencia al alza en los siguientes años. El estudio encontró que en 1996 el 5.84 por ciento de los residentes de EE.UU. mayores de seis años usaba antidepresivos, frente a 10.12 por ciento en el año 2005), se estaría dejando de lado la subjetividad del sujeto que las ingiere?

Lozano cree que no, argumentando que los diagnósticos de depresión se han triplicado incluso cuadruplicado. Menciona que la OMS en Agosto del 2010, declaró a la depresión como a una pandemia, y que así como ha subido la prescripción de antidepresivos, los casos de depresión también. El antidepresivo sería en tiempos actuales una herramienta útil ante el crecimiento de esta situación.

- 9) Cree usted que la sugestión influye en el tratamiento para la depresión con antidepresivos? Si su respuesta es si, de que manera?

Lozano menciona que si influye, y que los pacientes de este tipo suelen ser muy sugestionables. Influye principalmente en fases iniciales y va disminuyendo a la par de la reacción química que va teniendo el medicamento en el paciente. Lozano comenta que es importante la relación terapéutica entre medico y paciente, considerando que los pacientes suelen “ponerle fé” a su medico al creer que él le va a curar.

- 10) Considera usted que en algún momento los avances tecnológicos de la psicofarmacología descubrirán el antidepresivo “ideal”, siendo este un fármaco que erradique de forma permanente el malestar de la persona?

Lozano cree que no es imposible. Pese a la generalidad de los problemas que suelen generar tristeza o desencadenar una depresión. Considera que la forma en que cada persona elabora o percibe esas situaciones es muy particular. Por ende la forma de tratar a cada paciente sería distinta en cada caso,

Entrevista (Dr. Iván Sandoval – Médico Psiquiatra):

- 1) Usted considera que la depresión debería ser comprendida como un trastorno o como un síntoma?

Para Sandoval, estos dos términos se relacionarían con dos discursos diferentes, por un lado la Psiquiatría moderna desde su discurso concebirá a la depresión como a un trastorno o “disorder”, en donde este se caracterizaría por desarreglar un cierto tipo de “orden” que la persona tendría en su vida. En cambio desde el discurso del Psicoanálisis, el síntoma es una formación del inconsciente, por ende la terapéutica consistiría en dejar que el inconsciente hable.

- 2) Cree usted que en relación a los diferentes tipos de depresión que plantea la Psiquiatría moderna en base al DSM IV y el CIE-10, la terapéutica varíe acorde a cada caso?

Sandoval considera que una buena clínica psiquiátrica, debería distinguir, ciertos rasgos en las diferentes situaciones, como por ejemplo una depresión de tipo reactiva ante una pérdida, de una depresión que presente rasgos psicóticos en las que podría ser más notoria la presencia de factores orgánicos en el proceso. Estas diferencias deberían ser tomadas en cuenta para Sandoval al momento de la prescripción de medicamentos antidepresivos.

- 3) Cree usted que el tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos cura definitivamente la depresión?

Menciona que no necesariamente, ya que en muchos casos en su consulta ha percibido cómo pacientes que han ingerido antidepresivos durante algún tiempo, y con distintos fármacos, estos, han manifestado recaídas en cuanto a nuevos episodios depresivos después de haber sido medicados.

- 4) Considera usted que las reacciones bioquímicas que acarrea el consumo de antidepresivos, modifican o alteran el aparato psíquico?

Para Sandoval ha existido una tendencia a tratar de separar las concepciones de la bioquímica cerebral, y lo que plantea el Psicoanálisis, en cuanto al funcionamiento del inconsciente. Sin embargo considera que más allá de una fusión de ambas perspectivas existen autores que plantean una interlocución entre ambas. Menciona que conceptos como el de plasticidad, muestran cómo un proceso psicoterapéutico a través de la palabra logra resultados análogos a los que podrían brindar los antidepresivos, es decir una acción sobre las conexiones neuronales.

- 5) Cree usted que las diferencias teórico/conceptuales entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis intervienen al momento de plantear un tratamiento para la depresión?

Para Sandoval esto plantea un problema en la práctica actual de nuestro medio, llevado a cabo por el pensamiento antagonista, que muchas veces llega a considerar una perspectiva “mejor” que la otra. Para Sandoval esto es algo que no debería darse, argumentando que en otros medios esto es algo que ya se ha superado. En donde ni el psicoanalista ni el psiquiatra privan al paciente de consultar al uno o al otro. Sandoval menciona que aquí también interviene el discurso médico relacionado con el discurso del amo que se relaciona con el poder de la institución médica.

- 6) El tratamiento “ideal” para la depresión consistiría en integrar tanto la psicoterapia psicoanalítica como la psicofarmacología?

Para Sandoval la combinación de terapias es una tendencia actual. Menciona que desde un punto de vista más subjetivo y a la vez más simple, el tratamiento ideal sería, “el que le haga bien a cada sujeto” desde una perspectiva estrictamente particular.

- 7) En qué casos usted consideraría prudente recomendar medicación antidepresiva a un paciente como parte de su tratamiento?

Sandoval menciona que consideraría prudente recomendar medicación antidepresiva, cuando el sufrimiento de la persona por efecto de la depresión lo incapacita e inhabilita para la vida cotidiana y cuando existe un riesgo suicida importante.

- 8) Usted considera que a través de la proliferada prescripción de antidepresivos que se ha hecho a nivel mundial (según las estadísticas de la revista virtual española Hoy que señalan que estudios realizados desde el 2004 registran una tendencia al alza entre un 7 y un 7,5% anual en la prescripción de este tipo de fármacos en España. A su vez la empresa de Salud Pro Health Care, comenta en su página web que tras el estudio realizado por el Dr. Mark Olfson de la Universidad de Columbia, entre el año de 1996 y el año 2005, el consumo de antidepresivos en EE.UU., se duplicó literalmente, con una tendencia al alza en los siguientes años. El estudio encontró que en 1996 el 5.84 por ciento de los residentes de EE.UU. mayores de seis años usaba antidepresivos, frente a 10.12 por ciento en el año 2005), se estaría dejando de lado la subjetividad del sujeto que las ingiere?

Sandoval cree que si, y que en la actualidad nos encontramos en la época del boom de los antidepresivos. Comenta que en nuestros días la industria farmacéutica que es una de las industrias más poderosas se sostiene con los antidepresivos, hecho que antes ocurría con medicamentos como los antibióticos. Tras este argumento se suma el hecho de que la prescripción actual de antidepresivos no solo proviene de los médicos psiquiatras sino

también de internistas, médicos generales, entre otros, lo que marca la pauta de un abandono de la subjetividad ante esta sobreprescripción que existe.

- 9) Cree usted que la sugestión influye en el tratamiento para la depresión con antidepresivos? Si su respuesta es sí, de que manera?

Sandoval cree que sí, y que no solo con antidepresivos sino con muchos otros fármacos. Menciona que si bien se conoce la acción farmacológica del antidepresivo, es importante tomar en cuenta el efecto placebo que se manifiesta en la relación que existe entre el médico y el paciente. Comenta que la de esta forma el dicho popular de que “no cura el medicamento sino el médico” adquiere sentido.

- 10) Considera usted que en algún momento los avances tecnológicos de la psicofarmacología descubrirán el antidepresivo “ideal”, siendo este un fármaco que erradique de forma permanente el malestar de la persona?

Sandoval manifiesta que esta es la fantasía de la psiquiatría biológica actual, es decir que a través del dominio genético del ser humano se pueda llegar a este objetivo. De este hecho la diferencia con el Psicoanálisis y la particularidad de los significantes en cada sujeto.

Entrevista (Dr. José Cruz – Médico Psiquiatra):

- 1) Usted considera que la depresión debería ser comprendida como un trastorno o como un síntoma?

Cruz manifiesta que la depresión es un trastorno que comprende una gran cantidad de síntomas y de signos. Argumentando que el síntoma es una expresión subjetiva de una determinada situación. El signo en cambio sería algo que se puede medir.

- 2) Cree usted que en relación a los diferentes tipos de depresión que plantea la Psiquiatría moderna en base al DSM IV y el CIE-10, la terapéutica varíe acorde a cada caso?

La terapéutica según Cruz varía acorde a cada persona no a cada caso. El tratamiento psiquiátrico debería practicarse para Cruz de manera individualizada y particular, los manuales diagnósticos entrarían como una guía que ayuda a través de términos en común para la comunicación que podría darse entre diferentes psiquiatras alrededor del mundo como para manejar “un lenguaje en común”.

- 3) Cree usted que el tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos cura definitivamente la depresión?

Cruz considera que la depresión no se cura, argumentando que esta se asienta en la personalidad de cada persona de forma particular, y que la forma de percibir un sufrimiento será diferente en cada persona. La tristeza sería algo que la persona llevará durante toda su vida, y el aporte farmacológico sería una herramienta que ayude a que la persona pueda manejar mejor ese sufrimiento.

- 4) Considera usted que las reacciones bioquímicas que acarrea el consumo de antidepresivos, modifican o alteran el aparato psíquico?

Cruz menciona que los antidepresivos actúan para mejorar la neurotransmisión, y que por ende tras esta acción surgiría una modificación del psiquismo en cuanto al pensamiento e ideas de la persona en relación a los síntomas que implican su trastorno.

- 5) Cree usted que las diferencias teórico/conceptuales entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis intervienen al momento de plantear un tratamiento para la depresión?

Cruz cree que no, ya que parte de la formación al menos del Psiquiatra incluye el conocimiento de la dinámica psíquica. Piensa que este fenómeno no

aparecería mientras más sea la formación y el conocimiento del profesional en cuanto a los fundamentos biológicos y el funcionamiento de la psique.

- 6) El tratamiento “ideal” para la depresión consistiría en integrar tanto la psicoterapia psicoanalítica como la psicofarmacología?

Cruz comenta que un paciente con depresión que asista a la consulta del psiquiatra no necesariamente tendrá que aplicar un proceso farmacológico. Todo paciente con depresión deberá según Cruz realizar un proceso psicoterapéutico, no necesariamente psicoanalítico, esto dependerá de cada situación.

- 7) En qué casos usted consideraría prudente recomendar medicación antidepresiva a un paciente como parte de su tratamiento?

Las situaciones en donde se debe medicar son para Cruz muy precisas, es decir se recomienda medicación cuando la depresión es crónica (ha durado más de seis meses), cuando la depresión empieza a alterar la vida de la persona en cuanto a su alimentación, su sueño y su vida social. Finalmente se medica según Cruz cuando la persona tiene riesgo suicida.

- 8) Usted considera que a través de la proliferada prescripción de antidepresivos que se ha hecho a nivel mundial (según las estadísticas de la revista virtual española Hoy que señalan que estudios realizados desde el 2004 registran una tendencia al alza entre un 7 y un 7,5% anual en la prescripción de este tipo de fármacos en España. A su vez la empresa de Salud Pro Health Care, comenta en su página web que tras el estudio realizado por el Dr. Mark Olfson de la Universidad de Columbia, entre el año de 1996 y el año 2005, el consumo de antidepresivos en EE.UU., se duplicó literalmente, con una tendencia al alza en los siguientes años. El estudio encontró que en 1996 el 5.84 por ciento de los residentes de EE.UU. mayores de seis años usaba antidepresivos, frente a 10.12 por ciento en el año 2005), se estaría dejando de lado la subjetividad del sujeto que las ingiere?

Cruz considera que no, ya que en la actualidad la prescripción de antidepresivos no se utiliza únicamente en casos de depresión sino también en casos de trastornos digestivos, dolores crónicos como la neuralgia, trastornos del sueño, enfermedades crónicas, en casos de seudodemencia, crisis de pánico, entre otras. Esto justifica el incremento de la prescripción ya que los usos de este tipo de fármacos se usan en otro tipo de situaciones, no solo en depresión.

- 9) Cree usted que la sugestión influye en el tratamiento para la depresión con antidepresivos? Si su respuesta es si, de que manera?

Cruz cree que definitivamente si influye, el momento en el que el medico al recetar habla de manera “positiva” sobre la medicación que está recetando, es decir cuando comenta que tal mediación va a brindarle efectos positivos ante la situación actual que vive.

- 10) Considera usted que en algún momento los avances tecnológicos de la psicofarmacología descubrirán el antidepresivo “ideal”, siendo este un fármaco que erradique de forma permanente el malestar de la persona?

Cruz cree que los avances de la tecnología farmacológica podrán descubrir distintos tipos de antidepresivos que ayuden en las diferentes situaciones a regular la condición del paciente, pero manifiesta que no cree que llegue a existir puntualmente un solo fármaco, una sola pastilla que ayude en todo los casos, ya que cada caso sería individual porque se trataría con una persona en particular.

Entrevista (Cira Nuñez – Psicóloga Clínica):

- 1) Usted considera que la depresión debería ser comprendida como un trastorno o como un síntoma?

Nuñez la define como a un síntoma, el cual debe ser trabajo en su sentido o causa más no en la parte fenomenológica del mismo.

- 2) Cree usted que en relación a los diferentes tipos de depresión que plantea la Psiquiatría moderna en base al DSM IV y el CIE-10, la terapéutica varíe acorde a cada caso?

Para Nuñez la persona con depresión debe necesariamente hacer psicoterapia, y dentro del accionar de la misma, solo se presentarían dos factores a tomar en cuenta. Es decir si se trata de una depresión “reactiva” ante un hecho en particular, o si más bien se refiere a una cuestión estructural del sujeto.

- 3) Cree usted que el tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos cura definitivamente la depresión?

Nuñez considera que no, argumentando que el antidepresivo únicamente actúa sobre el síntoma (conducta). Y que mientras el sujeto no procese el sentido del mismo, únicamente el fármaco podría influir sobre las manifestaciones del síntoma, sin “curarlo de raíz”.

- 4) Considera usted que las reacciones bioquímicas que acarrea el consumo de antidepresivos, modifican o alteran el aparato psíquico?

Nuñez menciona que cualquier elemento físico que influya en el cuerpo va a tener algún tipo de impacto en el aparato psíquico de los sujetos, pese a esto considera que el antidepresivo y sus efectos no lo logran de una manera en que el sujeto pueda procesar el sentido de su síntoma.

- 5) Cree usted que las diferencias teórico/conceptuales entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis intervienen al momento de plantear un tratamiento para la depresión?

Nuñez considera que estas diferencias si influyen, ya que la concepción del fenómeno es diferente, por ende la terapéutica de la psiquiatría tenderá a medicar y la perspectiva psicoanalítica procurará que la persona no se medique sino que trabaje su síntoma hablando.

- 6) El tratamiento "ideal" para la depresión consistiría en integrar tanto la psicoterapia psicoanalítica como la psicofarmacología?

Nuñez cree que para determinados casos si sería lo ideal integrar las dos terapias, pero siempre y cuando la persona en verdad amerite medicarse, ya que en otras situaciones no sería indispensable la medicación para que el sujeto pueda resolver su conflicto.

- 7) En qué casos usted consideraría prudente recomendar medicación antidepresiva a un paciente como parte de su tratamiento?

Nuñez cree que es prudente recomendar medicación antidepresiva cuando, por su situación, la persona se vea limitada a hacer psicoterapia por su estado de ánimo. La otra situación sería cuando la persona haya perdido su funcionalidad en los distintos ámbitos su vida, sería importante también medicar cuando existe riesgo suicida.

- 8) Usted considera que a través de la proliferada prescripción de antidepresivos que se ha hecho a nivel mundial (según las estadísticas de la revista virtual española Hoy que señalan que estudios realizados desde el 2004 registran una tendencia al alza entre un 7 y un 7,5% anual en la prescripción de este tipo de fármacos en España. A su vez la empresa de Salud Pro Health Care, comenta en su página web que tras el estudio realizado por el Dr. Mark Olfson de la Universidad de Columbia, entre el año de 1996 y el año 2005, el consumo de

antidepresivos en EE.UU., se duplicó literalmente, con una tendencia al alza en los siguientes años. El estudio encontró que en 1996 el 5.84 por ciento de los residentes de EE.UU. mayores de seis años usaba antidepresivos, frente a 10.12 por ciento en el año 2005), se estaría dejando de lado la subjetividad del sujeto que las ingiere?

Núñez comenta que en la época actual se siente mucho en el medio social una tendencia al facilismo y a los beneficios a corto plazo, sería en ese contexto, que crece el consumo de antidepresivos, y tras este hecho se déja de lado la subjetividad, ya que no siempre la persona necesitará antidepresivos para su proceso.

9) Cree usted que la sugestión influye en el tratamiento para la depresión con antidepresivos? Si su respuesta es si, de que manera?

Núñez cree que en todo proceso influye la sugestión, en la medida en que la persona cargue de expectativas a algo, esta pondrá energía psíquica ante el fenómeno y en este caso sobre la persona del medico y el medicamento. Núñez señala que en una terapia psicoanalítica se trata de disolver todas esas expectativas de curación que el paciente pone sobre el terapeuta, ya que es el paciente quien sería el que tendría el conocimiento para poderse "curar"

10) Considera usted que en algún momento los avances tecnológicos de la psicofarmacología descubrirán el antidepresivo "ideal", siendo este un fármaco que erradique de forma permanente el malestar de la persona?

Núñez espera que no, al considerar que la depresión de cierta manera forma parte de la vida, y que a su vez permite que la persona pueda evaluar ciertas situaciones de su vida que puede reparar, que no serían posibles sin pasar por estos estados. A su vez menciona que no sería poible descubrir este fármaco "ideal" ya que la depresión no es un síntoma con una génesis biológica sino algo que se tramita en el aparato psíquico.

Entrevista (Dr. Edwin Dávila – Médico Psiquiatra):

- 1) Usted considera que la depresión debería ser comprendida como un trastorno o como un síntoma?

Dávila considera que la depresión sería un trastorno que incluye una serie de síntomas. Menciona que dentro de la Psicología sobre todo desde la perspectiva psicoanalítica, el síntoma es comprendido como una manifestación del malestar del aparato psíquico que brinda homeostasis al mismo. Dávila cree que para hablar de depresión como algo patológico debemos ir más allá de la comprensión cultural que se tiene de este fenómeno, es decir comprenderlo únicamente como tristeza.

- 2) Cree usted que en relación a los diferentes tipos de depresión que plantea la Psiquiatría moderna en base al DSM IV y el CIE-10, la terapéutica varíe acorde a cada caso?

Los manuales diagnósticos son para Dávila, una referencia estadística que servirían únicamente como una herramienta. Pero considera que cada caso es particular, y que dentro de esta particularidad la modalidad debería funcionar en el sentido de que la persona pueda primero realizar un proceso psicoterapéutico en donde a través de un análisis de su biografía, la persona pueda solucionar sus conflictos, y en caso de que esta modalidad no funcione, es en ese momento donde según Dávila podría intervenir el apoyo psicofarmacológico, no al revés, es decir primero la psicofarmacología y después la psicoterapia.

- 3) Cree usted que el tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos cura definitivamente la depresión?

Para Dávila hablar de “cura” en cualquier tipo de enfermedad es cuestionable, ya que según él son pocas las enfermedades o trastornos que se curan radicalmente. Menciona que se podría hablar de curación

en casos de depresión en donde esta haya sido producida por ciertos fármacos o por ciertos virus. Pero en casos de depresiones crónicas la acción psicofarmacológica jugaría poco papel según Dávila.

- 4) Considera usted que las reacciones bioquímicas que acarrea el consumo de antidepresivos, modifican o alteran el aparato psíquico?

Dávila cree que el antidepresivo es un término que se ha comercializado y que se ha generado tanto expectativas como amenazas simbólicas “se van a meter con mi psique”. Considera que son medicamentos que tendrían influencia sobre los diferentes sistemas de neurotransmisores por ende sobre un cuadro de depresión bien definido, es decir un fenómeno con implicaciones bioquímicas. Tras este argumento menciona que aquí interviene la prudencia en cuanto a en que casos se debe medicar y que tipo de medicación.

- 5) Cree usted que las diferencias teórico/conceptuales entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis intervienen al momento de plantear un tratamiento para la depresión?

Dávila considera que a estas alturas del desarrollo tanto del Psicoanálisis como de la Psiquiatría sería irresponsable por parte de quienes tratan con la mente humana el hecho de no reconocer los aportes de ambas perspectivas, más allá de la intervención particular de cada especialista. Dávila reitera que sería irresponsable por parte del médico psiquiatra el no reconocer los aportes de la psicodinamia.

- 6) El tratamiento “ideal” para la depresión consistiría en integrar tanto la psicoterapia psicoanalítica como la psicofarmacología?

Dávila considera que no necesariamente incluiría una psicoterapia psicoanalítica, menciona que se debería tomar en cuenta la particularidad de cada caso, tomando en cuenta que en determinadas situaciones podría ser más adecuada una terapia de corte cognitivo conductual, otros casos en los

que sería recomendable un enfoque familiar sistémico, y finalmente otros casos caracterizados por cuestiones vivenciales más profundas de la persona que ameritaran un corte aborde psicoanalítico.

- 7) En qué casos usted consideraría prudente recomendar medicación antidepresiva a un paciente como parte de su tratamiento?

Dávila cree que las indicaciones son muy claras, en casos en los que el estado de la persona esté complicando ciertos aspectos de su vida,, tales como el sueño, su sexualidad, sus capacidades cognitivas, entre otras. Con una duración de más de dos meses. La segunda situación en la que Dávila considera prudente recomendar mediación es cuando la persona ha atraveza por procesos psicoterapéuticos previos en donde sus síntomas se han mantenido o se han incrementado. La tercera y última condición para la prescripción sería para Dávila, sería cuando la persona tiene mucho riesgo de hacerse daño a sí mismo.

- 8) Usted considera que a través de la proliferada prescripción de antidepresivos que se ha hecho a nivel mundial (según las estadísticas de la revista virtual española Hoy que señalan que estudios realizados desde el 2004 registran una tendencia al alza entre un 7 y un 7,5% anual en la prescripción de este tipo de fármacos en España. A su vez la empresa de Salud Pro Health Care, comenta en su página web que tras el estudio realizado por el Dr. Mark Olfson de la Universidad de Columbia, entre el año de 1996 y el año 2005, el consumo de antidepresivos en EE.UU., se duplicó literalmente, con una tendencia al alza en los siguientes años. El estudio encontró que en 1996 el 5.84 por ciento de los residentes de EE.UU. mayores de seis años usaba antidepresivos, frente a 10.12 por ciento en el año 2005), se estaría dejando de lado la subjetividad del sujeto que las ingiere?

Dávila considera a este hecho como una aberración, ya que en la actualidad muchas personas ajenas a la especialidad psiquiátrica tienen alcance para poder prescribir, lo cual genera que cualquier médico (no psiquiatra) prescriba antidepresivos sin conocimiento de todo lo que la medicación psicofarmacológica implica

- 9) Cree usted que la sugestión influye en el tratamiento para la depresión con antidepresivos? Si su respuesta es si, de que manera?

Dávila considera que influye de forma negativa, en el sentido de que los pacientes prestan mucha atención a los efectos negativos que la mediación le puede generar, más no a los beneficios terapéuticos que estos le podrían brindar, por ende la sugestión en tratamientos antidepresivos serían para Dávila un factor en contra.

- 10) Considera usted que en algún momento los avances tecnológicos de la psicofarmacología descubrirán el antidepresivo “ideal”, siendo este un fármaco que erradique de forma permanente el malestar de la persona?

Dávila menciona que un antidepresivo puede “calzar” de forma muy productiva en una determinada persona, pero a su vez el mismo fármaco en otra persona no actuaría de igual manera por lo particular de la situación. Dávila comenta que otro factor que interviene en esta situación es el hecho de que la psicofarmacología se ha mantenido en el estudio de los mismos sistemas de neurotransmisores (norepinefrina, serotonina, norepinefrina) lo que ha limitado que se generen nuevas investigaciones que se acerquen a mejorar de forma permanente una depresión, argumento que limitaría hoy por hoy ese medicamento ideal.

Entrevista (Yolanda Vega – Psicóloga Clínica):

(Entrevista traspasada literalmente, ya que se desarrolló vía e mail, y se consideró que el contenido de la información podría haber perdido su esencia al sintetizarlo)

- 1) Usted considera que la depresión debería ser comprendida como un trastorno o como un síntoma?

Considero que la depresión se puede comprender, como parte del proceso psíquico, quiero decir que todo sujeto va a sentir depresión en diferentes momentos dados en la existencia. No diría si en ese sentido es o no un trastorno, sino más bien que es una parte del proceso psíquico, por ejemplo en relación a una pérdida, en el duelo. Melanie Klein propone la idea de que la fase depresiva es necesaria para la elaboración, por ejemplo. Si hablamos de melancolía, ahora equiparada a la así llamada depresión mayor, creo que si puede ser sintomática de algo de la relación que el sujeto ha establecido con su deseo.

- 2) Cree usted que en relación a los diferentes tipos de depresión que plantea la Psiquiatría moderna en base al DSM IV y el CIE-10, la terapéutica varíe acorde a cada caso?

Debería, ignoro si es así, en la práctica psiquiátrica. Hace poco me enteré que en nuestra ciudad estaban descontinuados medicamentos como el Haldol y el Valium porque no se fabricaban más, y en su lugar las farmacéuticas ofrecían benzodiazepinas con efectos más tardíos y de precios más altos.

- 3) Cree usted que el tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos cura definitivamente la depresión?

No. Considero que una “cura definitiva de la depresión” es una idea cuestionable, pretenciosa que responde a un determinado imaginario, a ciertas demandas imaginarias de curación.

- 4) Considera usted que las reacciones bioquímicas que acarrea el consumo de antidepresivos, modifican o alteran el aparato psíquico?

Al hablar de funcionamiento psíquico no se habla de un aparato mecánico u orgánico como el sistema nervioso central, el cerebro en sí, o las sinapsis, obviamente susceptibles de ser modificadas por sustancias. Lo que el fármaco, la medicación, representa, el sentido que a él le puede dar el sujeto y sus objetos importantes influyen por supuesto como representación significativa. Y son ubicados, justamente significados, aceptados o rechazados desde un lugar otro diferente al bioquímico o eléctrico. Desde lo que Freud llamó la otra escena, en donde se juega en otros términos la melancolía.

- 5) Cree usted que las diferencias teórico/conceptuales entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis intervienen al momento de plantear un tratamiento para la depresión?

Creo que sí. Y que hay que ver el tema con atención, con cuidado. Creo que se pueden, incluso se deben combinar a veces y que otras veces son divergentes. Depende específicamente del caso de cada uno.

- 6) El tratamiento “ideal” para la depresión consistiría en integrar tanto la psicoterapia psicoanalítica como la psicofarmacología?

Depende del caso. He visto que funciona a veces, sí. Pero otra vez saliéndonos del marco del tratamiento “ideal”. Lo que a un sujeto le sirve no le sirve a otro. No hay universalidad o universalización en el campo subjetivo. ¿Ideal en qué sentido?, ¿el pragmático, en cuanto a los tiempos sociales de curación?, ¿en cuanto al tiempo que un sujeto específico necesita para “armarse” o en relación al tiempo que le tomó “desarmarse”? (que puede haber sido toda la vida). ¿Ideal para la familia que está harta de las locuras del “depresivo”? ¿Tratamiento ideal para quién? ¿Para el psiquiatra? ¿Para el analista?

- 7) En qué casos usted consideraría prudente recomendar medicación antidepressiva a un paciente como parte de su tratamiento?

No soy psiquiatra, yo no me autorizo a recomendar ni a descartar medicación. El trabajo lo hace el paciente desde el lugar que puede, como lo puede en un inicio y en cada etapa, en cada momento. Las herramientas o recursos de trabajo en mi actividad no van por el lado de la medicación.

- 8) Usted considera que a través de la proliferada prescripción de antidepresivos que se ha hecho a nivel mundial (según las estadísticas de la revista virtual española Hoy que señalan que estudios realizados desde el 2004 registran una tendencia al alza entre un 7 y un 7,5% anual en la prescripción de este tipo de fármacos en España. A su vez la empresa de Salud Pro Health Care, comenta en su página web que tras el estudio realizado por el Dr. Mark Olfson de la Universidad de Columbia, entre el año de 1996 y el año 2005, el consumo de antidepresivos en EE.UU., se duplicó literalmente, con una tendencia al alza en los siguientes años. El estudio encontró que en 1996 el 5.84 por ciento de los residentes de EE.UU. mayores de seis años usaba antidepresivos, frente a 10.12 por ciento en el año 2005), se estaría dejando de lado la subjetividad del sujeto que las ingiere?

No en esos términos. Creo más bien que la consecuencia del discurso orientado como científico es otra forma de abordar la subjetividad, una manera particular de este tiempo de formarla, de darle lugar y sentido. Si ésta es ética o a qué ética responde es otra cuestión.

- 9) Cree usted que la sugestión influye en el tratamiento para la depresión con antidepresivos? Si su respuesta es si, de que manera?

Sí. Creo que la sugestión está presente siempre al inicio de cualquier tratamiento pero considero que la sugestión no es lo único que participa, su efecto me parece innegable a la vez que insuficiente. La

manera puede ir desde que se tranquilizan o se animan los familiares o los cercanos al paciente, el paciente mismo, pero sería el inicio para llegar a ubicar otro tipo de necesidad.

- 10) Considera usted que en algún momento los avances tecnológicos de la psicofarmacología descubrirán el antidepresivo “ideal”, siendo este un fármaco que erradique de forma permanente el malestar de la persona?

En una sociedad de psicóticos, de autómatas, de robotizados, a lo mejor pasa. Se me ocurre por ejemplo, (disculparás no más mi ocurrencia), que las comunidades de hormigas serían un ejemplo “ideal”, imagínate una hormiga deprimida que no puede hacer su función porque está triste, tristísima. No pasa. Porque ¿qué subjetividad tiene la hormiga? No hace falta. No le hace falta la tristeza. El malestar es inherente a la cultura. La melancolía es inherente al sujeto. Que no es ni sea conveniente para la productividad de un sistema, especialmente la productividad económica va en otro sentido. A lo mejor en cuanto a productividad artística, es diferente. Un sujeto dividido, estructurado en falta no puede escaparse de esa “sensación”, de esa “emoción”, de ese “malestar” necesario, fundamental sin embargo para estar y para ser.