

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



**Una aproximación al tratamiento psicofarmacológico y su
lugar en los procesos psicoanalíticos.**

Tesis para optar por el grado de Magister en Estudios Teóricos en
Psicoanálisis que presenta el alumno

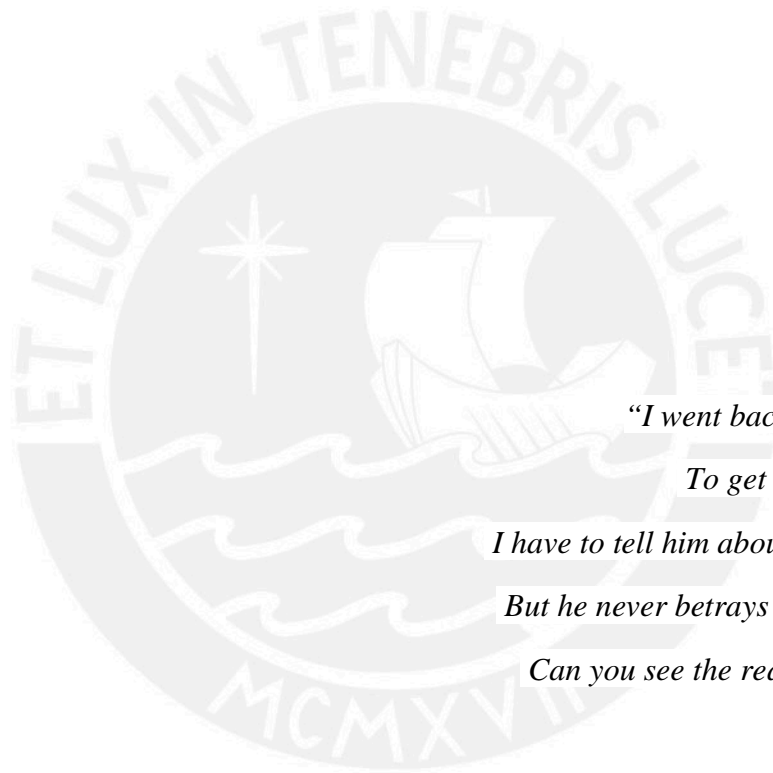
Diego Polo Chávez

Dirigido por

Pierina Traverso Koroleff

San Miguel, 2014





*“I went back to the doctor
To get another shrink
I have to tell him about my weekend,
But he never betrays what he thinks
Can you see the real me doctor?”*

The Real Me

Quadrophenia

The Who

*“Gimme, gimme, gimme medication
Gimme medication to kill this hole”*

Medication

Primal Scream



Agradecimientos

A Claudia, por sobre todas las cosas por su amistad. A partir de ésta nacen todas las invaluable contribuciones que has hecho a esta investigación.

A Pierina, por conocer mis particulares formas de trabajar y así encontrar la manera de acompañarme en este proceso con paciencia y con las palabras más adecuadas en el momento que más las necesité.

A Viviana por su presencia en estos años tan complicados. Gracias.

A Max Hernández Camarero, por su generosidad y ganas de compartir conocimientos. Ha sido un gusto enorme tenerte como profesor. Gracias por impulsar mi ímpetu por la reflexión, la discusión y la crítica.

A Lucho Herrera, por esas conversaciones vespertinas, antes de clase, que me ayudaron a pensar más y más. Por tu paciencia con nosotros en ese complejo último ciclo y por el tiempo que te diste para contribuir a mi reflexión.

A todos los psicoanalistas entrevistados por abrir las puertas de sus consultas y experiencias en favor de esta investigación.

A mis compañeros de maestría, espero que tengamos otros espacios para seguir compartiendo.

A mis padres por enseñarme las diferencias entre el bien y el mal en nuestro país en donde esos límites son tantas veces difusos.

A mi abuelo.



**Una aproximación al tratamiento psicofarmacológico y su lugar en los procesos
psicoanalíticos.**

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen/Abstract	9
Introducción.....	11
<i>Planteamiento del problema y objetivo</i>	24
Metodología	27
<i>Participantes</i>	27
<i>Procedimiento</i>	29
<i>Proceso de análisis</i>	30
Resultados	31
Discusión	43
Antes de decidir	44
<i>¿Por qué medicar?</i>	44
<i>¿Cuándo medicar?</i>	51
<i>Cuidados con respecto al tratamiento farmacológico</i>	53
<i>La relevancia del momento del proceso</i>	54

<i>Ética y responsabilidad de los psicoanalistas</i>	58
<i>Después de decidir</i>	61
<i>La situación transferencial</i>	61
<i>La nueva relación con el psiquiatra para el paciente</i>	64
<i>La nueva relación, lo que el analista busca del psiquiatra</i>	66
<i>La pareja parental y el tratamiento combinado</i>	69
<i>Instrumentalización.</i>	71
Conclusiones	73
Referencias Bibliográficas	77



Resumen

En esta investigación buscamos comprender diferentes perspectivas con respecto al lugar del tratamiento combinado (tratamiento psicoanalítico/tratamiento psicofarmacológico), iniciado a través de una interconsulta psiquiátrica o a la prescripción directa de medicamentos, durante un proceso psicoanalítico. Se realizó una investigación cualitativa en psicoanálisis mediante el uso de una entrevista centrada en el tema (Schorn, 2000). Con este propósito se utilizó una entrevista abierta con una pregunta inicial. Los participantes fueron psicoanalistas pertenecientes a la Sociedad Peruana de Psicoanálisis. Se desarrolló la discusión mediante un método de análisis temático desde una perspectiva constructivista/interpretativa-latente (Braun, 2006).

Palabras Claves: Psicoanálisis. Investigación en Psicoanálisis. Psicofarmacología. Psiquiatría, Proceso Psicoanalítico

The goal of this research was to come up with a new level of knowledge about the different perspectives about the place of a combined treatment (psychoanalytic/psychopharmacology) initiated by means of a psychiatric consultation or a prescription during the course of a psychoanalytic process. This was a qualitative research in psychoanalysis with the use of a themed centered Interview (Schorn, 2000). An open interview with an initial question was executed for this purpose. The participants were psychoanalysts of the Sociedad Peruana de Psicoanálisis (Peruvian Psychoanalysis Society). The discussion was produced through a constructive/interpretative-latent thematic analysis method (Braun, 2006).

Keywords: Psychoanalysis. Research in Psychoanalysis. Psychopharmacology. Psychiatry. Psychoanalytic Process.



Introducción

Dado esto, desde el mismo inicio, se han sucedido numerosos intentos para acortar el curso del análisis. Estas empresas no requieren justificación: pueden clamar que han sido iniciadas por las más altas consideraciones tanto en términos de razón como de conveniencia. Pero puede que aceche en ellos alguna traza del impaciente desprecio que la profesión médica de tiempos anteriores le guardaba a las neurosis, viéndolas como el innecesario resultado de lesiones invisibles. Si se viera obligado a lidiar con ellas, uno simplemente se orientaría a deshacerse de ellas con la mayor prontitud. (Freud, 1937) Traducción del investigador

La psiquiatría y el psicoanálisis tienen un affaire de larga data. Dentro de esta historia, la medicación tiene un importante capítulo, el cual presenta marchas y contramarchas significativas.

Durante muchos años la psiquiatría contemporánea fue dominada por el psicoanálisis, esto particularmente en Estados Unidos, en donde las bases de los tratamientos psiquiátricos estaban fundados en formulaciones (tanto etiológicas como terapéuticas) de estirpe freudiana. Durante los años cincuenta, los psicoanalistas americanos empezaron a toparse con tratamientos que no seguían tales preceptos, la aparición de los psicofármacos. En 1955 se lanza el primer ansiolítico, y su demanda fue espectacular, convirtiéndose en la pastilla que el hombre exitoso debía consumir para poder sobrellevar la ajetreada vida profesional. Los llamados “tranquilizantes” se convirtieron en una medicina sumamente demandada (Sharpe, 2012).

Paralelamente la psiquiatría se mantenía en los caminos de la cura de la palabra, mientras que el público demandaba soluciones rápidas, así sea mediante dosis pequeñas. “¿Por qué mantenerse largos años analizando tus problemas si puedes tomar una pastilla y verlos desaparecer?” (Sharpe, 2012)

La psiquiatría se enfrentaba a la apremiante necesidad de encontrar “curas” más “eficientes”, que resultarán en resultados más veloces, con menor tiempo de tratamiento y a la larga más baratos en términos de horas/hombre. Esto poco a poco generó que, la industria farmacéutica, el estado americano y las compañías de seguros, optaran por métodos que mitiguen los síntomas de maneras más directas. La búsqueda por las “píldoras mágicas” que solucionen todos los problemas psíquicos se encontraba en su mayor auge (Whitaker, 2010).

Esto parecía poner en aprietos a la psiquiatría americana, dominada por psicoanalistas. Los psicoanalistas, quienes antes se encontraban en un sitial de privilegio, se vieron ante una crítica que se hacía cada vez más recia. Se ponía en cuestión los métodos del psicoanálisis los cuales eran considerados como poco científicos y problemáticos.

La mayoría de la psiquiatría dominante americana no estaba representada por aquellos doctores que miraban a través del microscopio, ni auscultaban, o exploraban el cuerpo con estetoscopios y bisturís. Ellos hablaban con sus pacientes. Es así que cierto grupo de la psiquiatría norteamericana plantea una visión diferente, la medicina psiquiátrica debe moverse de manera más rigurosa y empírica, como las demás ramas de la medicina. De esta forma, parte de este grupo toma control del comité de revisión del DSM, que en esos momentos se encontraba en su versión número II. El paso al DSM-

III supone un cambio radical en 1980, lejos de las descripciones basadas en un paradigma psicoanalítico, el nuevo manual de la psiquiatría planteaba una revisión metódica de las diferentes categorías de enfermedades. Pasamos de una comprensión causal dinámica, a una descripción basada en datos que generaría las categorías “necesarias” para entender la psicopatología (Sharpe, 2012).

Los pacientes encontraron en la psicofarmacología la respuesta rápida que esperaban y los manuales diagnósticos le dieron peso a dichas prescripciones. Así la psiquiatría psicoanalítica perdió su hegemonía sobre las clínicas y universidades siendo exiliada a sus sociedades particulares. Como consta en Sharpe (2012): “La psiquiatría dejó el tweed para ponerse la bata blanca”. Es así como los lazos entre la psiquiatría fisiológica y los métodos psicofarmacológicos se unen de manera contundente.

La predominancia del tratamiento psicoanalítico es sucedida por un periodo de alejamiento del espacio de la psiquiatría “mainstream”. Al mismo tiempo se da el boom de la prescripción de medicamentos psicotrópicos. Durante este periodo se continuaría la búsqueda constante de mejoras para el tratamiento farmacológico con especial énfasis en los antipsicóticos. La fortuna llevo a que en la búsqueda de medicamentos para la hipertensión se descubrieran las características del más famoso de los ISRS (Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina), el histórico Prozac, lo que pronto iniciaría el llamado boom de los antidepresivos en 1987.

Los antidepresivos habían sido descubiertos por una casualidad en los laboratorios en los años cincuenta, pero no fueron un éxito en ventas, a diferencia de los ansiolíticos, debido principalmente a que la depresión no era fácilmente diagnosticada, el esquema prominente, el de la melancolía, se trataba con análisis. La depresión

endógena era una “rara avis” de la psicopatología para los psiquiatras de esos momentos, pocas veces se diagnosticaba y su contraparte en los manuales psiquiátricos (el DSM II) era la neurosis depresiva que en resumen era lo mismo que la melancolía (Sharpe, 2012).

Las cosas cambiaron y la medicación se hizo prevalente, sostenida por doctores que sustentaban que el modelo biomédico era el único necesario para entender los síntomas psiquiátricos. El psicoanálisis como teoría y tratamiento se alejó de las clínicas y universidades y se exilió en pequeños espacios de influencia.

El modelo biomédico negaba muchas veces el rol de lo psicológico, del mismo modo en que el psicoanálisis psiquiátrico norteamericano abandonó de cierta forma una perspectiva que incluyera al cuerpo. Ambas posturas parecen asumir un dualismo bastante enraizado. Es así que la historia de la psiquiatría, los avances psicofarmacológicos y el psicoanálisis aparecen formando un triángulo que ha tenido una historia particular.

En las últimas dos décadas, el uso de medicamentos en combinación con psicoterapia o psicoanálisis ha pasado de un hecho poco frecuente a ser práctica común. Al mismo tiempo, las actitudes hacia la medicina han cambiado, de ver esta intervención como perjudicial o, como último recurso a una ayuda bienvenida en el proceso psicoterapéutico o psicoanalítico (Busch & Sandberg, 2007) Traducción del investigador.

Actualmente existen nuevas perspectivas dentro del tratamiento psicoanalítico, el uso de medicación farmacológica aparece como uno de los cambios fundamentales dentro del setting analítico (Gwynn, 2004). Esto por supuesto presenta desafíos

importantes a ser entendido y analizados. Las posturas con respecto al tratamiento combinado varían en perspectiva.

Uno de dichas posturas es la que presenta a la medicación como un obstáculo para el devenir del proceso psicoanalítico. “¿Cómo puedes tratar a alguien que está dormido? (en referencia a los efectos de la medicación). La medicación entumece la vida anímica/psíquica del paciente, o por completo la anula, negando el acceso al “enemigo dentro de su propia casa” (Gottlieb, 2006). Además la supresión de algunos síntomas era considerada una amenaza a la motivación de los pacientes para continuar el proceso psicoanalítico (Roose y Horwitz, 1995).

La suspicacia sostenida con respecto a la relevancia o la pertinencia que el tratamiento farmacológico podría tener dentro del espacio psicoanalítico ha podido ser observada durante años en el desarrollo del psicoanálisis. Julia Kristeva (1995) y Elizabeth Roudinesco (1999) tienen posturas que parecen sostener una posición cuestionadora al respecto del ingreso de la farmacología al espacio analítico. Ambas consideran que en estos tiempos contemporáneos el ser humano no se encuentra conectado con su subjetividad. Por el contrario buscaría abotagarse psíquicamente de estímulos para no tener que conectarse con las dificultades afectivas que lo invaden. Roudinesco es bastante tajante al afirmar que el ser humano de hoy en día usa la psicofarmacología como una vía para evadir la posibilidad de tener una conexión afectiva. Responde además que los tratamientos farmacológicos responden a esta demanda y buscan sacar partida de ello, conminando al ser humano a una vida desafectada, normalizada.

Es la inexistencia del sujeto la que determina no sólo las prescripciones psicofarmacológicas actuales, sino también las conductas ligadas al sufrimiento psíquico. Cada paciente es tratado como un ser anónimo perteneciente a una totalidad orgánica. Inmerso en una masa donde cada uno es la imagen de un clon, ve cómo se le percibe la misma gama de medicamentos para cualquier desdicha. (Roudinesco, 1999. P.16)

Por otro lado Kristeva (1995) se preocupa por entender las influencias de la medicación dentro del proceso psicoanalítico. Al analizar el caso Florence en “Las nuevas enfermedades del alma”, afirma que la medicación aparece necesaria en el inicio del análisis para poder generar el vínculo terapéutico. Sin embargo también afirma que percibe que la medicación se encuentra “anestesiando” los procesos dinámicos de la mente de Florence, una paciente que se encuentra medicada con Imipramina, por un cuadro depresivo grave.

“Durante el periodo con análisis con Imipramina, tuve la sensación de que las intensidades pulsionales estaban equilibradas, pero el discurso estaba “anestesiado” (Kristeva, 1995 p.44).

Esa sensación de un paciente “anestesiado”, a la que se refiere Kristeva, parecía estar interrumpiendo el análisis. Sin embargo ella misma afirma que el análisis se logró sostener en parte gracias a la medicación, la cual consideraba necesaria. Sería importante encontrar claves que permitan entender si es que es posible seguir trabajando psicoanalíticamente durante el ingreso del tratamiento farmacológico sin que se asuma el mismo como algo que obtura, obstaculiza, tapa. Y más aún, no solo si se puede, sino, cómo resulta este trabajo.

Por otro lado tenemos perspectivas que acogen a la medicación dentro de los procesos psicoanalíticos como un instrumento técnico, una suerte de trampolín. Esta idea resulta de una mayor aceptación del tratamiento combinado, y de un uso que permitiría la analizabilidad de pacientes que sin la medicación serían imposibles de ayudar en un proceso psicoanalítico. Esta perspectiva evidencia un cambio importante que se ha dado en los últimos años con respecto al tratamiento combinado. Mas no queda delimitada la magnitud de la influencia de dicho ingreso, y las investigaciones actuales buscan generar mayores alcances sobre a las características particulares del tratamiento combinado per se, y del ingreso de la medicación a un psicoanálisis ya en marcha. (Roose & Horwitz, 1995).

Luego podemos pensar en la perspectiva accesorio, el tratamiento combinado es aceptado claramente en esta perspectiva, pero es visto como algo ajeno al tratamiento, es decir su ingreso al encuadre es parcial y análogo al consumo de cualquier otra medicina. No se considera al tratamiento psicotrópico como parte del análisis. La figura del psiquiatra no ingresa cómo parte de las relaciones intersubjetivas planteadas dentro del encuadre, y si aparece, es percibido como un objeto externo (Szerman y Delgado, 1994).

Por último tenemos una perspectiva por la cual el tratamiento psicofarmacológico en sí mismo es parte del análisis, se le trata como un componente que ha ingresado de manera particular al encuadre. El psiquiatra es un objeto que es parte del mismo proceso, y las características de los fenómenos dinámicos en los que se encuentra inmerso el par analítico incluyen la presencia tanto de la medicación, del

médico tratante, y de las particularidades sobre las cuales se dio la interconsulta y prescripción, así como su desarrollo posterior (Szerman y Delgado, 1994).

Las perspectivas con respecto al tratamiento combinado aparecen diversas y variantes. Las nuevas generaciones de analistas han ido bebiendo del agua de una cultura médica distintas a la que sus predecesores cultivaron. Es esperable que la demanda y apertura para tratar pacientes de diferente índole haya llevado a cuestionar ideas que antes resultaba irrefutables (Gottlieb, 2006).

Las diferencias en formación también pueden generar diferencias en la perspectiva. ¿Es igual la mirada de un psicoanalista formado en la medicina contemporánea, que uno que ha sido formado lejos del paradigma de la medicina, quizás en una facultad dominada por la psicología, la historia, los estudios sociales, etc.? Las diferencias existen ¿Son acaso determinantes? (Bers, 2006)

Esto son temas importantes a pensar, las diferencias generacionales, las perspectivas de formación profesional, el lugar de procedencia, etc. Estos temas pueden influir en la manera de observar la introducción de un tratamiento farmacológico, y las perspectivas sobre las que se fundan dicha decisión (Gottlieb, 2006).

Es así que, ya entrado en su segundo siglo de existencia; el psicoanálisis (o los múltiples psicoanálisis) se encuentra en una continua evolución que ha traído consigo una serie de cambio con respecto a su propia forma de entender, abordar y tratar con las subjetividades que acuden a sus puertas. Al mismo tiempo podemos dar cuenta de una serie de fenómenos propios del desarrollo del psicoanálisis que resulta importante pensar desde su propio seno para poder así continuar su ciclo vital dentro de la realidad que lo embarga. Resulta de suma importancia la lectura de las bases de la teoría

psicoanalítica y enfrentarla a las nuevas dificultades que la realidad le impone. El ingreso a procesos psicoanalíticos de pacientes con patologías que son consideradas más graves, o que presentan dificultades diferentes a las neurosis de los primeros tiempos del psicoanálisis obliga a una ampliación del entendimiento de la técnica psicoanalítica. Así Green (1975 p.86) nos plantea: *“nuestra experiencia se ha enriquecido a través del análisis de los pacientes que no pueden utilizar al encuadre como ambiente facilitador”*.

Los desarrollos posteriores al inicio del psicoanálisis han permitido ampliar el espectro del psicoanálisis como tratamiento, desde un inicio no se ha dado una sustitución entre las novedades del psicoanálisis y las raíces de sus primeros momentos, sino la posibilidad de ampliar el panorama (Green, 1962). Ejemplo claro de ello es el uso de la contratransferencia a favor del proceso psicoanalítico (Green, 1975).

Green (1997) plantea la importancia de una ampliación de la perspectiva del psicoanalista que se encuentre basada en un trabajo teórico que desarrolle mayores abordajes técnicos. Aunque no propone la necesidad de un conocimiento total de la teoría pertinente al psicoanálisis, sí responde que existen temas que se deben tomar en cuenta especialmente en el encuentro con pacientes difíciles. Invita a los mismos a tomar en cuenta las nuevas circunstancias del psicoanálisis en espacios clínicos, de discusión y supervisión, así como en la misma formación analítica.

Con respecto a esto el conocimiento que se tiene con respecto a la farmacología, y a los procesos fisiológicos resultaría de suma importancia. Green (1997) mismo critica un cierto rechazo a las explicaciones desde las ciencias fisiológicas observadas en algunos psicoanalistas. Encontramos con respecto al conocimiento en

psicofarmacología, fisiología, cierto nivel de lejanía dentro del espacio de las discusiones clínicas.

Algunas perspectivas del psicoanálisis contemporáneo abogan por una formación psicoanalítica que se preocupe por incluir el conocimiento del tratamiento farmacológico por la alta posibilidad de tener que acudir al tratamiento combinado. Un analista que no necesariamente prescriba medicamentos o se ocupe del tratamiento psiquiátrico, pero si un analista que se encuentre suficientemente informado.

Se plantea así esta situación: *“Nosotros no solo nos encontramos en un punto de tolerancia sino incluso dispuestos a promover una nueva categoría que vaya más allá de las dos iniciales: la del psicoanalista psicofarmacológicamente informado”*(Kaplan & Delgado, 2006 p.263) Traducción del investigador.

Esta investigación tiene un espíritu amplificador, busca entender este particular ámbito de la práctica psicoanalítica. Queremos observar los vínculos que tienen el tratamiento psicoanalítico, en tanto técnica y teoría, el ingreso de los medicamentos al espacio analítico, así como los límites de su uso, las causas y consecuencias de mismo.

Nos preguntamos justamente: ¿En qué momento la medicación entra en juego en el psicoanálisis y debido a qué razones? O. ¿Cuándo se decide dejar de lado la medicación?

Hemos encontrado una serie de autores que buscan entender los procedimientos detrás de la decisión de medicar o recurrir a una interconsulta psiquiátrica, es esta la línea que busca nuestro estudio. Generar trazas de entendimiento acerca de este fenómeno dentro del tratamiento psicoanalítico (Freimuth, 1996; Schubert, 2007).

Cabanniss y Roose (2005) da cuenta de la importancia de entender las razones y motivaciones por las cuales los psicoanalistas abren la puerta a la medicación. En la siguiente cita expone la importancia de este campo de la investigación para el continuo desarrollo del psicoanálisis.

Diversas áreas se encuentran maduras para la investigación. Incluidas en estas se encuentra; el cómo y el porqué de recomendar o no medicación por parte de los profesionales clínicos, la manera en como el psicoanálisis observa y diagnostica pacientes, si es que los analistas pueden mantener la neutralidad mientras ofrecen a su pacientes un óptimo tratamiento, y como se puede proveer un consentimiento informado dentro de la situación analítica. Todos estos campos proveen de excitantes oportunidades para futuras investigaciones. Mientras que el psicoanálisis continua su evolución en el siglo XXI (Cabanniss & Roose, 2005. p.402) Traducción del investigador.

Siendo este tema tan actual en el avatar psicoterapéutico nos resulta de suma importancia e interés estudiar sus implicancias en nuestra sociedad. La medicación; sus aportes al desarrollo de los procesos terapéuticos, y la medicación psicofarmacológica en general, dentro y fuera de un proceso, son fenómenos culturales que se encuentran en alta relevancia y debate actualmente (Busch & Sandberg, 2009).

Existen además múltiples investigaciones que encuentran que el tratamiento farmacológico combinado con un proceso terapéutico psicoanalítico converge en una mejora en el bienestar general de los pacientes. La investigación neurológica muestra relaciones poderosas entre el éxito de un terapia farmacológica combinada con un proceso terapéutico. Esto es un camino de dos vías, algunos pacientes que no muestran

mejoría con un tratamiento farmacológico en solitario, demuestran mejoría en su respuesta fisiológica a los mismos gracias a la combinación con un tratamiento psicológico adecuado (Gold, 2005; Craighead, 2005).

Justamente, datos recientes de corte neurobiológico indican que estas diferentes modalidades de tratamiento pueden resultar no solo complementarias sino que dan un efecto de aumento. Aparentemente su influencia subyace a diferentes mecanismos biológicos que forjan más amplios y efectivos resultados clínicos.(Craighead, 2005. P.410) Traducción del investigador.

En este mismo texto Craighead (2005) presenta resultados de una investigación que contradice dichas afirmaciones, y lejos de negar sus resultados entiende que se debe profundizar la investigación en el tema y pulir los procedimientos en busca de mayor conocimiento con respecto a estos fenómenos.

En otro ámbito de la investigación Eric Kandel (2001) tiene una posición que resulta importante para entender los efectos que la psicoterapia en sí misma puede generar a nivel neurobiológico. El ser humano genera cambios a niveles bioquímicos al encontrarse con ciertas experiencias consideradas para la biología como “culturales”, externa al aparato neurológico. La neuroplasticidad del sistema nervioso desarrolla aprendizajes que generan cambios sustanciales a nivel orgánico al igual que los que podrían estar generando la administración de psicofármacos.

En la medida que la intervención psicoterapéutica sea satisfactoria al tratar desordenes mentales, es presumible que lo haga al lograr crear experiencias que permiten a las personas cambiar (...) Y en la medida que la psicoterapia funciona, funciona por una acción sobre la función cerebral, no una sola

sinapsis, pero en sinapsis al fin y al cabo. (Kandel, 2001 p.291) Traducción del investigador.

A partir de esto, las psicoterapias son consideradas para Kandel como un factor a tomar en cuenta en pro de intervenciones que resulten beneficiosas para el tratamiento de diferentes afecciones psicológicas/neurológicas. Resalta la importancia de buscar no tanto si es que una condición patológica es orgánica o “ambiental” sino cómo son las relaciones entre ambos factores en su etiología con miras a conseguir resultados terapéuticos más eficientes.

A su vez el neuropsiquiatra Moisés Gaviria, en una ponencia realizada en el Perú en 2014, presentaba evidencias que sustentaban que la psicoterapia y la farmacología pueden compartir zonas de influencia a nivel neuronal a través de estudios por neuroimágenes. Planteó que ambas intervenciones pueden impulsar la actividad de diversas áreas neuronales comprometidas en algunos cuadros psicopatológicos como el trastorno de estrés posttraumático y cuadros depresivos graves. Sin embargo también encuentra diferencias en los procesos bioquímicos relevantes en estos cambios por más que compartan una ubicación neurológica. (Gaviria, 2014)

El ingreso de los psicofármacos a los procesos psicoanalíticos ha sido un proceso lento de importantes idas, vueltas, y evidentes desarrollos. En el Perú encontramos pocas referencias al tema específico. De la Cuba (1994) presenta un trabajo en donde plantea los lineamientos del tratamiento combinado en relación a un trastorno específico, pacientes con trastorno de personalidad borderline.

Tras una revisión de distintos ensayos clínicos producidos en el Perú (Bolaños, 1994; Parodi, 2001; De las Casas, 2005) se ha encontrado que el tema de la farmacología dentro de los procesos psicoanalíticos es referido de forma tangencial.

Por ello resulta difícil tener claro cuál es el rol que este tiene dentro de los procesos. Nos anima conocer más a profundidad cuál es el lugar de la farmacología en la práctica clínica nacional y por eso buscamos ingresar a este tema de manera directa y recurriendo a los mismos psicoanalistas peruanos. Nos orienta adentrarnos a las diferentes perspectivas referentes a la introducción de una propuesta de trabajo combinado, sea mediante una interconsulta o de la prescripción directa de medicamentos psicofarmacológicos durante un proceso psicoanalítico. El estado de la cuestión en el país resulta poco claro e insuficiente y por ello nos resulta fundamental adentrarnos en lugares poco conocidos hasta el momento. Además reconocemos que el debate acerca de los tratamientos psicofarmacológicos, sean con terapia combinada o no, se encuentra completamente abierto. Es así que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se entiende el lugar que tiene el tratamiento farmacológico al momento decidir o no su ingreso dentro de un proceso psicoanalítico?

Que presenta el siguiente objetivo:

- Comprender el lugar que tiene el tratamiento psicofarmacológico al momento de iniciar una interconsulta psiquiátrica (o prescribir medicación) en torno a un proceso psicoanalítico.





Metodología

Esta es una investigación empírica cualitativa en psicoanálisis que se realizó mediante un trabajo de entrevista abierta centrada en un tema con solo una pregunta generadora, para un posterior análisis cualitativo por parte del investigador. Esta perspectiva metodológica ofrece a los participantes la oportunidad de desarrollar su especial punto de vista, sus experiencias y opiniones con respecto al tema en cuestión. Este tema es presentado por el investigador, quien lo propuso a través de una sucinta explicación. (Schorn, 2000)

La entrevista fue en un formato de entrevista abierta y se informó previamente a los participantes con respecto a dicho formato. Al momento de iniciar el encuentro con el participante se le presentó a este una pregunta generadora. Ésta debía ser explicitada de manera escrita, manteniéndose a la vista de los entrevistados durante el proceso de toda la entrevista. La pregunta se formuló de una manera lo suficientemente abierta cómo para generar un dialogo profundo y comprometido. La pregunta inicial fue:

“Desde su experiencia ¿Qué lugar tiene la intervención psicofarmacológica en el proceso psicoanalítico?”

Esta estrategia buscó centrarse específicamente en la temática propuesta en la introducción. La propuesta metodológica de este estudio busca utilizar este tipo de aproximación partiendo de su tema central que es propuesto en el dialogo inicial y remarcada por la pregunta generadora, y a partir de ellos abrir el dialogo entre entrevistado y entrevistador (Schorn, 2000).

Participantes

Los participantes de esta investigación fueron ocho psicoanalistas de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis, los cuales fueron seleccionados con el objetivo de cumplir ciertas características. Se buscó que los participantes estuvieran divididos (por sus características) en cuatro “cuadrantes” distintos.

Estos cuadrantes están determinados por dos características específicas; formación profesional y la cantidad de años ejerciendo la labor psicoanalítica. Las características cruzadas forman cuatro cuadrantes en donde tendremos a: cuatro psicoanalistas que sean psiquiatras y cuatro que tengan profesiones no médicas, y por la cantidad de años ejerciendo la labor psicoanalítica, cuatro analistas con función didáctica y 4 que hayan terminado su formación en las últimas dos promociones de formación. A continuación presentamos la conformación de los cuadrantes en un cuadro:

Psiquiatras con función didáctica (2).	No Médicos con función didáctica (2).
Psiquiatra recién egresado. (2)	No Médicos recién egresado. (2)

Así se cubren distintos momentos y bases formativas dentro de la población de psicoanalistas peruanos en busca de conocer de manera cercana las perspectivas con respecto al tratamiento psicofarmacológico dentro del espacio psicoanalítico. Así se puede abordar la temática desde puntos de vistas que se han desarrollado en diferentes etapas de la historia del psicoanálisis en nuestro país. También se buscó observar diferencias que pueden encontrarse marcadas por los cambios que la psiquiatría farmacológica ha sufrido en su avance por el siglo XX.

Procedimiento

Para realizar esta investigación se hizo contacto con el presidente de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis (SPP) pidiéndole su colaboración para la realización de las entrevistas a los distintos miembros de la sociedad que preside. Luego de presentar el interés de la investigación y el tema que planteaba se pidió que se proporcionara para efectos de la misma la lista completa de analistas que forman parte de la SPP. Luego de recibir la respuesta afirmativa se procedió a escoger a los participantes de la investigación. Se dividió a las personas miembros de la SPP en los cuadrantes determinados anteriormente y luego se escogieron una cantidad particular por cada uno de los mismos. Como se necesitaban dos analistas por cada cuadrante se escogieron una cantidad mayor de miembros por cada uno y luego se procedió a sortear a los que resultarían elegidos para participar. Luego de esto el investigador hizo el contacto directo por vía telefónica explicando someramente el tema de la investigación. Luego de coordinar las citas se procedió a iniciar las entrevistas. Durante las reuniones de entrevistas se explicó de manera sucinta el tema de la investigación y se procedió a dar consentimiento informado del objetivo de la misma. Por último se explicó brevemente la

metodología de la entrevista y se presentó la pregunta de apertura de la misma. Luego de terminadas las entrevistas se continuó con el proceso de transcripción a cargo de una persona tercera la cual no tenía acceso a la identidad de los analistas entrevistados con el fin de salvaguardar la confidencialidad.

Proceso de Análisis

Para esta investigación se realizó el análisis cualitativo propuesto por Braun & Clark (2006) denominado *Análisis Temático*. Este es un método que busca identificar, analizar y reportar temas que aparecen en el desarrollo empírico. En el caso de esta investigación se toma en cuenta un proceso de tipo constructivista/emergente, aunque como bien señalan Braun & Clark, la emergencia de estos temas no surgen desde una posición pasiva sino de la interacción activa de la mente del investigador y el material con el que se encuentra en el proceso de recabar información.

La relevancia de los temas que surjan y se planteen en la discusión dependerá de factores, no de perfil cuantificable, sino de la importancia que tenga con respecto a la discusión del tema planteado en la introducción y de la pregunta de investigación, entendida como una pregunta que impulsa el devenir investigativo. Como González Rey propone, la pregunta de investigación y el planteamiento del problema serán un medio para la generación de conocimiento y no un fin en sí mismo. (González Rey, 2007)

El investigador ha decidido plantearse el proceso de generación de temas desde un nivel interpretativo latente. De esta manera se buscó encontrar las ideas implícitas en las afirmaciones que los participantes realizan con respecto al tema de investigación. (Braun & Clark, 2006)

Resultados

La lectura y análisis de las entrevistas realizadas nos traen una cantidad enorme de temas a profundizar. Debemos decir que la temática planteada en esta investigación permite observar y pensar una serie muy amplia de temas que cubren diferentes aspectos del entendimiento del psicoanálisis. Sin embargo por razones metodológicas y buscando centrarnos en el objetivo de la presente investigación hemos decidido limitar la presentación de temas de análisis a una serie menor de los que podrían ser observados al dar una lectura profunda a las entrevistas realizadas. A continuación pasaremos a detallar los distintos temas encontrados en el dialogo con los entrevistados, también pondremos unas cuantas viñetas que puedan ilustrar momentos claves en que estos pueden estar surgiendo. Estos temas darán paso a la construcción de una discusión con respecto al problema planteado en el primer capítulo.

A) La relevancia de la base formativa:

Aparece de manera relevante la preponderancia de la formación profesional en la manera de observar la posibilidad de la medicación dentro del proceso analítico. Esto no solo con respecto a la formación profesional de base (médica/no médica) sino también al momento histórico de tal formación y del acercamiento particular al psicoanálisis como método y teoría. Los entrevistados realzan la manera en como su base formativa ha tenido una fundamental influencia en la manera de observar en distintos momentos el ingreso de la farmacología al espacio del psicoanálisis.

Viñetas

- “Entrevistador: ¿Para tapar?(con respecto a tapar la sintomatología)
Entrevistado: Claro que sí. Yo creo que sí y yo lo he visto como tendencia en algunos colegas, sobretodo de formación psiquiátrica mucho”.(5S4 Didacta-
No psiquiatra)
- “Yo soy médico, entonces, probablemente para mí el uso de las medicinas tiene una connotación diferente que para aquellos que no son médicos”.(7I27
Didacta-Psiquiatra)
- “Entrevistador: ¿Y se podría hablar de un sincretismo psicoanalítico?
Entrevistado: y, no sé, ah. No tengo idea. Yo creo que el psicoanálisis también se ha dado... Yo creo que es como, como una bandeja también donde tú puedes servir, ¿no? Sí, esa es una buena pregunta. Esa es una buena pregunta. Acá en el Perú, digamos, no hay una corriente teórica que impere, ¿no? No es una sociedad Kleiniana o Bioniana. Como es el Perú, también, yo creo que eso es parte. En el Perú también es una especie de sincretismo, de adaptabilidad a una serie de cosas.” (8K9 Candidato-No psiquiatra)

Sobre la base de estas diferencias de formación se observan erigidas diferentes perspectivas con respecto a la medicación. Algunos pueden atribuirla a la formación médica. También se observa como las características de la particular formación en nuestro país puede estar a la base de dichas perspectivas. Expresan cómo este punto de partida puede tener gran influencia en la forma como ellos mismos o sus colegas pueden plantarse frente a la psicofarmacología.

B) Diferencias importantes entre el psicoanálisis y el tratamiento psiquiátrico/ psicofarmacológico:

Los entrevistados toman en cuenta las importantes diferencias que tiene la perspectiva de un tratamiento psicoanalítico en contraparte del modelo psiquiátrico-farmacológico. Estas diferencias determinan planteamientos fundamentales sobre el entendimiento del devenir del proceso psicoanalítico, el lugar que la medicación tiene dentro de la perspectiva que dicho tratamiento comprende. Determina maneras de entender el desarrollo de la sintomatología, terapéutica y cura de un paciente dentro del proceso.

Viñetas

- *“Un paciente que tiene cólera o tiene rabia, obviamente está sufriendo modificaciones psicofisiológicas que alteran partes selectas de su corteza cerebral eventualmente, determinados cambios, pero ese no es mi nivel de explicación”.*(2Z20 Didacta-No psiquiatra)
- *“Yo creo que la indicación más importante es que la persona tenga una real disposición e interés en conocerse a sí misma. Que finalmente es lo que hace que no sea una indicación médica, conocerse a sí mismo no es una indicación médica”.*(2Z20 Didacta-No psiquiatra)
- *“Las tareas son distintas. La tarea del psiquiatra va a ser el enfoque del paciente, la estabilización de los síntomas y el manejo con la familia, de ser necesario. Los síntomas son, o sea, el psiquiatra tiene una tarea bien específica y yo tengo mi tarea bien específica, debo de trabajar la relación, el mundo interno, el proceso intersíquico entonces si los dos tienen muy claro la*

tarea, pues es un trabajo sumamente enriquecedor para el paciente que recibe dos vertientes claras y entre nosotros también porque para mí también es un como un cable a tierra el psiquiatra” (6D18 Didacta-Psiquiatra)

Plantear estas diferencias entre ambos modelos parece formar parte importante de los argumentos que se utilizan para observar la pertinencia de la farmacología dentro de un proceso psicoanalítico. Reconocer dichas diferencias como importantes permite a los analistas tener una perspectiva más clara con respecto al lugar que la farmacología podría tener dentro del funcionamiento de un proceso analítico. Así reconocen que, a pesar de las claras diferencias, ambas se pueden relacionar ante ciertas circunstancias¹.

C) Límites basados en entendimiento psicopatológico:

Este punto plantea los límites que la observación de la psicopatología actual tiene en el planteamiento de la psicofarmacología dentro del proceso psicoanalítico. De manera explícita e implícita, en ciertos momentos, los entrevistados plantean que los límites se encuentran impuestos por la patología presentada por el paciente, sea en términos de cuadros particulares o la intensidad de ciertos síntomas dentro de determinados momentos del análisis.

Viñetas

- *“Es cierto que yo no veo pacientes, de esos llamados típicamente "psiquiátricos" (3E21 Candidato-No psiquiatra)*
- *“yo no intentaría analizar un paciente con... Para empezar yo no veo esquizofrénicos, pero por poner un ejemplo, un paciente psicótico, un análisis... Una paciente limítrofe que necesita un análisis... Paciente pues,*

quizás, con una estructura muy comprometida, es difícil trabajar un análisis que son por lo general los que van a requerir medicación por largo periodo, de repente de manera, pues, casi permanente”. **(4L5 Candidato-Psiquiatra)**

- *“Quiero decir, el paciente puede empezar por ejemplo a tener una ideación psicótica y yo en ese caso sí prefiero una intervención”.* **(5S4 Didacta-No psiquiatra)**
- *“Hay casos en los cuales además no es posible trabajar, psicoanalíticamente hablando, si los pacientes no tienen un apoyo médico. Casos por ejemplo de pacientes fronterizos, borderline, cuyo monto de ansiedad es excesivo, o cuyo nivel de actuación sobrepasa la posibilidad de comprensión y de pensar”* **(8K9 Candidato-No psiquiatra)**

Así observamos como la psicopatología puede servir como una especie de guía. Se manifiesta como existen ciertos síntomas o cuadro patológicos que enfrentan al psicoanalistas a los límites de su profesión y con ella a la búsqueda de diferentes recursos técnicos para poder sobrellevar dichas circunstancias complejas. En nuestra investigación nos hemos adentrado al entendimiento de uno de esos recursos, la psicofarmacología.

D) Conocimiento médico:

Este tema aparece poco durante las entrevistas, pero cuando lo hace tiene una fuerza importante dentro de las motivaciones para realizar una interconsulta o prescripción farmacológica. Este conocimiento médico plantea una mirada distinta o más amplia de lo que el psicoanálisis debe observar. Existe una importante discusión con respecto a la pertinencia de este conocimiento dentro del saber psicoanalítico. Este

“saber” médico aparece principalmente en los psicoanalistas que tienen una formación médica de base.

Viñetas

- *“Yo creo que parte de la rutina de un tratamiento debe ser que en las primeras semanas el paciente debe hacer un examen médico general (...) ¿Qué está pasando? A veces son cuadros de ansiedad que están debutando por un hipotiroidismo está de repente teniendo algún proceso suprarrenal, o ha sido por hipertensiones. (1R8 Candidato-Psiquiatra)*
- *“Y cómo las cosas no se dan por fenómenos anatómicos, sino que tienen que ver con fenómenos micro, micro moleculares dentro de las células en donde hay una serie de circuitos que se establecen y que se modifican” (1R8 Candidato-Psiquiatra)*
- *“Y si hay una esquizofrenia hay que medicarle de todas maneras. Más razón porque ahora se ha visto y ahora ya se sabe con mayor certeza que la depresión en sí produce daño. Produce una muerte neuronal en muchos casos, los episodios psicóticos no tratados producen un mayor daño, sí. Entonces, creo que la cosa se ha ido decantando” (7I27 Didacta-Psiquiatra)*

Más allá de que este sea un tema que aparece muy puntualmente dentro de las entrevistas, su presencia contiene una fuerza muy grande con respecto a las decisiones que se toman en torno a la posibilidad de medicar a un paciente. Es así que, los analistas que se refieren a estos conocimientos, le dan una gran preponderancia al mismo en pos de velar por el bienestar del paciente.

E) Referencias a momentos y elementos del proceso psicoanalítico:

El entendimiento particular de ciertos momentos del proceso terapéutico, así como ciertos elementos particulares a tomar en cuenta, se desarrollan como variables que soportan las decisiones con respecto a la medicación. También se plantean como aristas importantes para entender la influencia que el ingreso de la medicación puede tener al proceso psicoanalítico.

Viñetas

- *“sugerido a pacientes una interconsulta, ha sido al comienzo del proceso. No en medio del proceso, sino al comienzo”. (3E21 Candidato-No psiquiatra)*
- *“Yo creo que hay que manejar la cosa así, yo sí creo que hay partes del proceso en que surgen síntomas y que de acuerdo a su magnitud uno debe trabajarlos. Y debe trabajarlos, diré, psicoanalíticamente buscando su comprensión, buscando su origen, buscando las alternativas de manejo de los conflictos” (7I27 Didacta- Psiquiatra)*
- *“O, por ejemplo, creo que una cosa es, digamos, al inicio cuando uno ve a una persona que está muy mal, o que no se puede manejar en la vida cotidiana y haces una referencia, digamos, al psiquiatra. Otra cosa es cuando avanza el proceso psicoanalítico, hay como regresiones temporales, o como situaciones en donde los núcleos, digamos, conflictivos se agudizan, entonces se producen algún tipo de manifestaciones que a veces, rápida, se quiere paliar rápidamente, pero a veces también es bueno que se den y justamente que se den y poder entenderlas. Entonces, hay ahí varias opiniones, hay gente que prefiere no usar para nada el recurso psiquiátrico, hay gente que prefiere*

usarlo para justamente poder ayudar a que la persona no se descompense y no, digamos, no perturbe en exceso su vida cotidiana” (8K9 Candidato-No Psiquiatra).

Es así que este tema nos revela la importancia que tiene para los analistas el momento particular del proceso en el que se encuentran involucrados con sus pacientes. Nos señalan con particular interés las fuertes diferencias que se haya entre un análisis que recién inicia y uno que ya se encuentre en pleno desarrollo. Tales distinciones de tiempo determinan para los analistas diferencias significativas en la influencia que la decisión de ingresar medicamentos tiene para el desarrollo del proceso analítico.

F) Relación, vínculo dentro del espacio psicoanalítico:

Este tema se centra en la relevancia que las relaciones dentro del espacio analítico tienen tanto antes de la potencial intervención psicofarmacológica como durante y después de iniciada la misma dentro de proceso. En este punto temático aparecen las diferentes características relacionales del proceso psicoanalítico, tanto entre paciente y analista como con el ingreso del psiquiatra con el que se podría realizar la interconsulta.

Viñetas

- *“Toda la transferencia está acá. ¿No es cierto? Toda. Pero toda a veces es un montón. Todo también puede ser demasiado y creo que uno va aprendiendo en el camino. Hay poco escrito sobre estas cosas” (1R8 Candidato-Psiquiatra)*
- *En este caso en particular era una sensación de derrota porque pensaba que ella podía manejar sus síntomas, pero esto la estaba desbordando, de hecho. (...)* "Yo soy tan difícil, tú no puedes conmigo que tienes que recurrir a un

médico", ¿no? O sea, ponerlo en la relación más transferencial.(3E21

Candidato-No psiquiatra)

- *Un paciente puede entenderlo como una cuestión edípica que tiene una psicoanalista, un psiquiatra, o le puede incluso proporcionar un cierto goce, ¿no? Pero eso también es una situación importante para analizar* (8K9

Candidato No Psiquiatra)

Mediante una mirada cercana a la transferencia y contratransferencia con sus pacientes, los analistas nos dan un acercamiento muy importante a la influencia que el ingreso de un tratamiento combinado puede tener en el espacio psicoanalítico. De esta manera podemos comprender con mayor agudeza la relevancia que dicha situación tiene en el desarrollo de un proceso analítico.

G) Distintos entendimientos del síntoma:

Aparecen diferentes formas de entender el síntoma dentro de las reflexiones de los entrevistados. Estas diferentes formas de entendimiento del síntoma formulan perspectivas con respecto al abordaje del mismo. De esta manera estas diferentes perspectivas para entender la sintomatología dentro del proceso psicoanalítico definen en parte diferentes posturas con respecto a la posibilidad del ingreso del tratamiento psicofarmacológico. Los entrevistados toman muy en cuenta su particular mirada con respecto a la sintomatología a la hora de tomar postura con respecto al tratamiento farmacológico dentro del proceso psicoanalítico.

Viñetas

- *No que tape, ni que ahogue ni que nada porque creo que el síntoma me da una oportunidad para conocer lo que está pasando en la mente de esta persona. Es una lógica bien diferente a la del médico, hay una herida... yo no me voy a poner a mirar, dirá el médico, las terminaciones nerviosas ni las cosas... yo cierro y en eso consiste el éxito de mi intervención. Nosotros sí pero también es una oportunidad porque los síntomas revelan lo que pasa en la mente de la persona y eso es lo que nos importa porque es ahí donde vamos a ver no solamente cómo se inició, qué paso, etc.,etc. sino qué posibilidades de desarrollo posterior puede esta persona tener a partir de esa situación. O sea un síntoma es una oportunidad para conocer el funcionamiento mental y a través de ese conocimiento potenciar... potenciar su desarrollo posterior. (5S4*

Didacta No Psiquiatra)

- *“Yo creo que al modelo médico, que si tú vienes a hablar que estás resfriado tomas tu sintomático no es cierto. El modelo médico, tú vas con tu síntoma y el médico te da algo para quitarte el síntoma o simplemente curarte”. (6D18*

Didacta-Psiquiatra)

- *“La idea era que si tú le aliviabas el síntoma, el paciente no podía enfrentar el conflicto. O sea, si debilitabas la angustia ya no enfrentabas el conflicto, si debilitabas la depresión no, no afrontaba el conflicto. Entonces, sé que habían psicoanalistas que se definían “by the book” pero por un libro que no sé quién había inventado, no pienso que haya sido Freud, incluso Freud fue, digamos, un purismo que se desarrolló, que yo sepa en algunos grupos americanos influenciados por la psicología del “yo” ”. (7I27 Didacta Psiquiatra)*

Este tema abre una importante discusión con respecto a la función (al porqué) de la sintomatología del paciente dentro del proceso analítico, así como a las consecuencias que ésta puede traer al bienestar psíquico del paciente y del proceso mismo. De esta manera observamos como la diversidad y complejidad del entendimiento del síntoma para el psicoanálisis, determinan diferentes puntos de vista a tomar en cuenta para el potencial involucramiento de la farmacología en el espacio psicoanalítico.





Discusión

El psicoanálisis aparece en su concepción inicial descrita en el trabajo de Breuer y Freud, Estudios sobre la Histeria (1895), como la respuesta terapéutica a la enfermedad de sus tiempos. En sus albores primigenios el psicoanálisis es propuesto por Freud como una respuesta innovadora, revolucionaria, al tratamiento de una serie de enfermedades que hasta ese momento su profesión de raíz, la medicina fisiológica, no había podido combatir. Así aparece en las intenciones de Freud establecer al psicoanálisis como el método médico a aplicar ante la aparición del síntoma neurótico. Ante la imposibilidad de los métodos fisiológicos de la época para lidiar con la enfermedad neurótica, Freud responde creando un nuevo método que busca encontrar cura a través de la técnica propuesta en diferentes escritos partiendo desde el preliminar trabajo conjunto a su maestro el Dr. Breuer.

De esta manera, Freud, defiende al psicoanálisis cómo la especialidad adecuada para el tratamiento de las neurosis, así como otras especialidades de la medicina fisiología lo eran para otro tipo de enfermedades. Sin embargo deja abierta la puerta a que futuros avances científicos de la medicina quizás encuentren nuevas formas de ayudar a los pacientes neuróticos. Reconoce que los conocimientos del funcionamiento del psique/soma humano en términos de su fisiología no son suficientes para poder trabajar de manera adecuada con dichos pacientes, y asume que en algún momento se encontrarán nuevas vías que apunten a un tratamiento distinto. Mientras tanto, el psicoanálisis se haría cargo.

Es así que la medicina fisiológica busca, con sus propios métodos, con su propia mirada, encontrar posibilidades de acción en el campo de la psiquiatría para el

tratamiento de las enfermedades del psiquismo. Múltiples métodos fueron aplicados, formas que en nuestros tiempos pueden ser vistas como salvajes, deshumanizantes y a todas luces inadecuadas. No obstante, la aparición de la psiquiatría psicofarmacológica y su eminente avance en la segunda parte del siglo XX es sin lugar a dudas la respuesta más “agresiva” de la medicina fisiológica a esta incapacidad terapéutica que Freud denunciara años antes. Durante todos estos años el psicoanálisis, principalmente el americano, ha buscado mantener su preponderancia en la esfera psiquiátrica. Sin embargo, la historia nos ha enseñado que a partir del boom de la psicofarmacología, el psicoanálisis ha perdido terreno dentro del espacio médico. Esta contraposición ha tenido un particular desarrollo. El psicoanálisis y los tratamientos psicoanalíticos han tenido que lidiar con la presencia de la psicofarmacología, la que durante los últimos 20 y 30 años ha ingresado de alguna u otra manera al encuadre psicoanalítico. Es importante entender, a más de 100 años de su nacimiento, como el psicoanálisis se enfrenta a uno de los cambios culturales más importantes de la segunda mitad del siglo XX.

Esto nos deja en una situación muy compleja, y es por eso que este estudio busca entender de manera preliminar el lugar que la psicofarmacología tiene dentro del tratamiento psicoanalítico; siendo este para sus principales promotores uno de los métodos de abordaje terapéutico para afecciones psíquicas más poderoso, sofisticado y recomendable al que se puede acceder.

Antes de Decidir por un Tratamiento Combinado.

¿Por qué medicar?

*“Pero usted se convencerá de que es grande la ganancia si conseguimos mudar su miseria histórica en infortunio ordinario. Con **una vida anímica*** restablecida usted podrá defenderse mejor de este último”*

** En las ediciones en alemán anteriores a 1925 se leía “con un sistema nervioso” (Freud, 1985)*

Resulta importante para la exploración del lugar que se le da al tratamiento combinado, ingresar al tema tratando de entender en primera cuenta la manera en cómo se entiende el tratamiento psicoanalítico. Esto aunque resulta una empresa mayor a la propuesta para nuestra investigación, aparece como un fundamento ineludible para entender algunas particulares variables que son tomadas en cuenta a la hora de tomar la decisión de ingresar el tratamiento farmacológico al proceso psicoanalítico.

Es así que hemos observado que hay diferentes posiciones con respecto al propósito de un tratamiento psicoanalítico. Como hemos manifestado al iniciar la discusión, esto remite directamente al lugar que el psicoanálisis tiene desde los inicios de su formación y como el mismo se ha desarrollado durante los años que siguieron a su nacimiento en Viena. ¿Qué es lo que busca el tratamiento psicoanalítico? Este cuestionamiento se encuentra de alguna manera en la mente de los analistas al momento de pensar la posibilidad de la farmacología.

Es un psicoanálisis (o psicoterapia psicoanalítica) un espacio para curar enfermedades, eliminar síntomas y acabar con “el enemigo dentro de la propia casa” o es un lugar para el descubrimiento de sí mismo y el lidiar con el sufrimiento neurótico para llegar a una “infelicidad mundana”. Esta discusión dispone al psicoanálisis entre

los límites de un cura médica y un proceso que dispone otros límites de lo que sería la salud.

Entonces resulta vital entender las diferencias entre la psiquiatría de estirpe fisiológica y la terapéutica psicoanalítica. Los entrevistados tienen posturas diversas con respecto a que tan distantes son las perspectivas de la psiquiatría de las del psicoanálisis, acá entra a tallar de manera muy fuerte la formación de base, especialmente cuando se tiene en cuenta que algunos psicoanalistas en el Perú (y en el mundo) son además galenos.

Lo que resulta claro es que los entrevistados refieren diferencias sustanciales con respecto a la búsqueda de la cura farmacológica. Mientras que ésta busca la desactivación, a través de medios fisiológicos, de los síntomas; el psicoanálisis busca una transformación de la psiquis de la persona en tratamiento que conlleve a una experiencia vital más manejable, no necesariamente libre de sintomatología. Si esto es así, entonces: ¿Cuál es el sentido de introducir la medicación a un proceso terapéutico psicoanalítico?

Es en este punto en donde las diferencias de formación parecen tener un lugar más preponderante. Existe una posición por la cual las particularidades de la sintomatología que presenta un paciente pueden devenir en consecuencias perniciosas para la salud del paciente desde un punto de vista médico. Es decir existe un saber médico que determina que ciertos fenómenos psíquicos pertenecientes a la psicopatología pueden generar deterioros en la salud fisiológica de los pacientes. Es ahí donde la mirada médica tiene una perspectiva distinta a una mirada lega en asuntos de la medicina fisiológica.

“Y si hay una esquizofrenia hay que medicarle de todas maneras. Más razón porque ahora se ha visto y ahora ya se sabe con mayor certeza que la depresión en sí produce daño. Produce una muerte neuronal en muchos casos, los episodios psicóticos no tratados producen un mayor daño, sí”. (7127 Didacta-Psiquiatra)

Ahora no podemos olvidar que los entrevistados, más allá de sus diferentes formaciones primarias, tienen a su vez la profesión de psicoanalista. Por ello existe una intercepción clara en su forma de aproximarse a una situación que podría generar la necesidad de una prescripción farmacológica o una interconsulta psiquiátrica.

Este lugar común sería el cuidado del bienestar del paciente. Cuando una persona entra a un proceso psicoanalítico se encuentra hasta cierta medida bajo responsabilidad del cuidado del psicoanalista. Diversos factores pueden conllevar a serias interrupciones en el desarrollo del día a día de la persona en tratamiento. Estas situaciones pueden ser consecuencias esperables no solo de la psicopatología del paciente sino de los desarrollos mismos del proceso analítico, o ser dificultades propias de la realidad en la que el paciente vive. Entonces se establece un primer punto límite. Se debe cuidar el bienestar del paciente, buscar mediante los diferentes recursos terapéuticos que su desarrollo vital sea sostenible mientras se lleva adelante el tratamiento, pudiendo este perdurar por años.

“Se hizo indispensable. Uno no puede tener a una persona que sufre de una manera en que no puede casi vivir y no darle un medicamento que lo alivie y los hay, ¿no? Y eso se ha ido gradualmente aceptando” (7127 Didacta-Psiquiatra)

Nos referimos acá a las situaciones extremas que los mismos analistas refieren a la hora de pensar el porqué de una búsqueda de apoyo farmacológico. Niveles de ansiedad inmanejables, estados depresivos que dificultan de manera ostensible la vida de las personas, procesos de insomnio, conductas desbordadas que resultan incontrolables.

“no podía controlar la actuación que estaba, o sea, llamaba por teléfono 20 veces diarias a esta persona” (8K9 Candidato- no psiquiatra)

Es así que la psicofarmacología aparece como un instrumento, que para algunos se encuentra fuera de los límites del psicoanálisis, para otros podría ser visto como un elemento más a tomar en cuenta. *¿Sería una herramienta más de la clínica psicoanalítica?* Este es un debate abierto, recordemos que hay países en donde los psicoanalistas no psiquiatras pueden recetar medicación.

“lo mismo que en 2 ó 3 estados de Estados Unidos, ¿no? Donde muchos psicólogos pueden recetar, recetar cosas básicas, ansiolíticos, creo y un par de antidepresivos.”(7I27 Didacta-Psiquiatra)

El otro punto de encuentro resulta aún más importante para entender el lugar de la psicofarmacología en los procesos psicoanalíticos. Aparece en las diversas entrevistas la importancia de mantener la viabilidad del proceso analítico que se está llevando a cabo o se está por iniciar.

Dicha viabilidad se basaría para los analistas en algunos aspectos que resultan indispensables para poder llevar adelante el trabajo analítico. En primer lugar resaltan

la posibilidad de asociar de parte del paciente como primordial. Que este pueda mantener un estado mental que permita el fluir de la regla fundamental, la asociación libre. Esto puede verse interrumpido por ejemplo, por niveles de angustia muy altos que sometan la capacidad del paciente para trabajar el material que trae y verlo desde una perspectiva más allá de la realidad que lo angustia. Preocupa a los analistas que los pacientes puedan ver dificultada su posibilidad de observar sus afectos, ideas y fantasías, elementos claves para el trabajo dentro del encuadre analítico.

“Analizabilidad. Sí, exactamente, es eso de lo que he estado hablando, de cuan analizable es finalmente un paciente, pero eso ya es un criterio del analista”. **(4L5 Candidato- Psiquiatra)**

Así los analistas refieren su preocupación por un estado mental que obstruya la posibilidad de relacionarse activamente en el encuentro psicoanalítico. Ahora esto puede ser percibido por un lado como una resistencia, parte componente de lo que un proceso analítico es. Sin embargo algunos analistas observan que en ciertas circunstancias, sin dejar de lado la observancia de lo que está sucediendo a nivel relacional, la situación psíquica de sus pacientes puede estar interponiéndose de manera insostenible a la posibilidad de analizar.

Esto abre una discusión muy importante, hasta qué punto el analista puede contener estos momentos, esperar que esta situación de sostenimiento conlleve a un posterior avance que permita resumir el trabajo analítico más “activo”. Hasta qué punto esta posición podría conllevar a un impasse que resulte en la imposibilidad de continuar con el desarrollo del proceso.

Muchas consecuencias pueden surgir a partir de esta situación, la terminación abrupta del proceso por un lado, o conllevar a un estado psíquico en donde el sufrimiento del paciente le esté generando daños tanto al mismo, como a la relación analítica y al prospecto de seguir ayudando a esta persona hacia una búsqueda de bienestar.

“el límite es cuánto puedo trabajar analíticamente con estos pacientes. Cuánto los pacientes son capaces de traer material, cuánto son capaces de asociar, cuánto son capaces de elaborar conjuntamente los contenidos que ellos van trayendo, por supuesto que en todo proceso hay momentos donde la elaboración no está posible, donde la asociación también se traba y donde uno tiene que hacer muchas otras cosas; sostén, soporte” (5S4 Didacta-No psiquiatra)

“Sostengo el proceso hasta cuando veo que el paciente ya no puede asociar por ejemplo, no puede trabajar analíticamente asociando, trayendo... en fin, material que nos pueda ser útil, a él y a mí. En ese momento digo, no puede”.(5S4 Didacta-No psiquiatra)

¿Cuál es el límite de esta situación? Las opiniones son distintas, y parece ser fundamental entender las situaciones caso a caso, y cada analista observará sus limitaciones. La importancia del entendimiento de la situación transferencial y contratransferencial, la escucha atenta y el estado de la alianza terapéutica serán fundamentales para la toma de decisiones.

“Sí, sí. Pero eso va en correlato también con la contratransferencia, ¿no? Y cómo puedo trabajar con eso o estoy desbordado por mi contratransferencia, ¿no? Porque hay pacientes que, bueno, han inspirado una ternura infinita y

vamos a estar trabajando muy consciente, o sea, con la parte más consciente de esa contratransferencia, bacán, pero hay de todo, ¿no? Hay veces que sí se puede. Y, muy bien dicho porque creo que a veces puede ser un escape mejor que te vea otro” (1R8 Candidato.Psiquiatra)

También está la importancia de la supervisión que es referida como un lugar en donde cuestionar, debatir y poder captar otra mirada con respecto a la situación particular del paciente.

“Y estoy recordando, durante la formación analítica, una amiga presentó un caso de un paciente que estaba con unas crisis de angustia muy grandes y el supervisor, un psicoanalista extranjero, hizo una pregunta sencilla que a mí me resonó mucho, ¿no? Y le dijo, le dijo a mi colega: “¿Y por qué exponer a este paciente a ese monto de sufrimiento tan grande? ¿Por qué no toma pastillas?” (3E21 Candidato-No psiquiatra)

¿Cuándo medicar? La intensidad de la psicopatología, los nuevos límites del psicoanálisis y su interacción con la farmacología.

“Es cierto que yo no veo pacientes, de esos llamados típicamente “psiquiátricos”” (3E21 Candidato-No psiquiatra)

“A mí no me gusta poner este rótulo, pero que haya un problema ya psiquiátrico que amerite medicación”. (4L5 Candidata-Psiquiatra)

Dentro de los procesos analíticos se encuentran a personas con ciertos cuadros psicopatológicos que de alguna manera expanden los límites de la ocupación psicoanalítica. Históricamente, como ya referimos antes, el psicoanálisis nació como

una respuesta psicoterapéutica para la enfermedad neurótica. Sin embargo, con su evolución, estos primigenios límites se han expandido gracias a avances tanto teóricos como técnicos. Es así que el psicoanálisis se enfrenta a la atención de cuadros que son traídos a colación en esta investigación por los propios psicoanalistas. Se hace especial énfasis en la patología borderline, a la psicosis, los estados depresivos graves y algunos trastornos de angustia.

“Mire, Winnicott empezó. Winnicott con el análisis de esta, creo que era una candidata, Margaret Little. Empezó con el análisis de pacientes que estaban en estado psicóticos. Rosenfeld, Bion” (7I27 Didacta – Psiquiatra)

Como bien propone Green (1962) la propia experiencia psicoanalítica ha llevado al mismo a enfrentarse a nuevas dificultades a las que ha sabido responder con nuevos entendimientos y herramientas técnicas. El psicoanálisis ha enfrentado una necesaria expansión y reorganización de la teoría propuesta por Freud, una que permita enfrentarse a pacientes que más que reprimir, desbordan los límites. Pacientes como estos nombrados arriba, pacientes que se diferencian a los de los inicios del tratamiento de las neurosis obsesivas e histéricas. La inclusión de la contratransferencia como herramienta para el analista ha sido un paso ejemplar en este proceso de expansión.

De esta manera las patologías demandan la posibilidad de utilizar recursos distintos a los que en un inicio se plantearon. La psicofarmacología, vendría a ser como ya hemos comentado, un recurso que podría ayudar a mantener un proceso psicoterapéutico en un estado “suficientemente bueno” como para ser llevado a cabo. Sea sobre la base de la necesidad de cuidar el proceso y sus elementos, o cuidar el

bienestar del paciente. Quizá la psicofarmacología y el buen uso de ella permiten el tratamiento de pacientes que sin este recurso serían inmanejables.

“la psicofarmacología no es enemiga del análisis. Un buen tratamiento psicoanalítico digo, psicofarmacológico, al contrario puede ayudar al análisis”

(2Z20 Didacta-No psiquiatra)

*“Entonces, yo creo que en el análisis hay que usar de todo, ¿no? Dentro de ciertos parámetros, ¿no? Yo creo que el encuadre analítico hay que sostenerlo. Y tener en cuenta que si hay medicamentos, o esas cosas, bueno pues verás cómo lo incorporas al encuadre o trabajas con eso. Yo sí creo que el encuadre analítico es lo que te permite trabajar psicoanalíticamente, pero dentro de eso ya no hay la rigidez”.***(7I27 Didacta-Psiquiatra)**

Cuidados con respecto al tratamiento farmacológico.

*“Puede ser que sí, si es que también los psicoanalistas se conforman con medicar para tapar”.***(8K9 Candidato No psiquiatra)**

Si es que hemos observado un gran pero con respecto a la posibilidad de introducir un tratamiento farmacológico al proceso psicoanalítico; ha sido el riesgo de que al producirse este ingreso, la influencia de los fármacos terminen formulándose como un tapón que eclipse la sintomatología de tal forma que no quede espacio para elaborar y trabajar el malestar del paciente.

“si a la primera... al primer llanto vamos a tapar, vamos a obturar, vamos a decir y vamos a... hay tantas cosas desde los libros de autoayuda hasta el budismo, lo que usted quiera... que digamos podrían recurrir a eso, nosotros no hacemos eso”. **(5S4 Didacta- No psiquiatra)**

Se percibe una suspicacia continua con respecto a cómo los modos de la psiquiatría orgánica tenderían a perturbar la posibilidad de darle un sentido y función analítica al síntoma. La farmacología busca erradicar los síntomas, el psicoanálisis busca entender su función en la psique de las personas y trabajar en una búsqueda transformativa. Esta fundamental discrepancia se hace más fuerte al traer a la mesa esta situación.

La medicación obturaría el proceso del paciente y con ello su trabajo analítico. Este se conformaría como el argumento más fuerte en contra del ingreso de medicamentos al tratamiento psicoanalítico. Se observa además cierta suspicacia con respecto a la facilidad con la que algunos terapeutas o analistas recurren a la medicación en busca de ayudar a los pacientes. De cierta forma se teme que esto pueda ser una respuesta más de la necesidad del analista que la del paciente.

“O sea, también, probablemente la pregunta me hace pensar de que haya tenido una necesidad del analista, no solamente, o sea, el analista ve que el paciente tiene una necesidad, pero también esa necesidad puede ser de uno” **(8K9**

Candidato-No Psiquiatra)

La relevancia del momento del proceso en que se encuentran paciente y analista.

“Sí. Sí (el momento). Porque marca mucho, marca mucho” (7127 Didacta-
Psiquiatra)

Aparece con clara relevancia el valor que tiene para los entrevistados el momento particular en el que el proceso se encuentra a la hora de juzgar la posibilidad de iniciar un tratamiento combinado. De esta manera encontramos dos tiempos particularmente relevantes y que presentan diferencias importantes con respecto a la influencia que la decisión de medicar podría tener en el tratamiento psicoanalítico. Por un lado tenemos al analista enfrentado a esta circunstancia en las sesiones preliminares del proceso. Y por otro lado se encuentra la situación ante la que dicha toma de decisión se daría en un proceso que se encuentra ya en pleno desarrollo.

El primer momento se encuentra relacionado de manera sustancial con la posibilidad de iniciar un proceso psicoanalítico. Es decir, el analista observa ciertas circunstancias que podrían ameritar la derivación a una interconsulta (o una prescripción directa en algunos casos por psicoanalistas psiquiatras) en vistas de apoyar el estado mental del potencial analizado. Esto se encuentra ligado a las características necesarias que determinarían la analizabilidad del paciente. En algunos casos los analistas observaron que la persona con la que están iniciando un proceso podría requerir apoyo farmacológico en pos de hacer el proceso viable. Se busca con esto generar las bases necesarias para establecer una relación terapéutica sostenible en el tiempo, en el caso de que la sintomatología del paciente y sus dificultades particulares hagan muy difícil dicha evolución. Esto a nuestro entender va de la mano con la posibilidad de establecer una alianza terapéutica basada en un apuntalamiento de la capacidad yoica del paciente.

“Cuando recién empezamos, digamos el análisis de una persona que viene con una depresión severa, quiero decir con todas las señales de una depresión mayor, sí la recomiendo”. (5S4 Didacta-No Psiquiatra)

El segundo momento, cuando el analista y el paciente se encuentran ya dentro de un proceso en marcha, resulta más complejo. El analista se enfrenta ante la disyuntiva de una recomendación de este tipo en un escenario completamente distinto. Aunque la motivación particular pueda ser parecida a la anterior; sostener el proceso, y ayudar a la persona a sobrellevar las dificultades que ciertos síntomas particulares puedan ejercer en su desarrollo vital, el momento particular pone en relevancia cuestionamientos muy importantes.

De esta manera, el primer cuestionamiento estaría determinado por la naturaleza de la situación particular que despierta la posibilidad de buscar un apoyo farmacológico. Durante el proceso en que analista y paciente se encuentran pueden surgir una serie de dificultades y síntomas que están resultando muy difíciles de sostener por el paciente (y quizás para el analista). Puede estar observándose un deterioro muy intenso de ciertas esferas de su vida, podemos pensar en pacientes con un proceso depresivo muy fuerte que no está pudiendo seguir adelante con proyectos personales, trabajos, o sus relaciones. O niveles de angustia muy difíciles de manejar que llevan al paciente a un nivel de sufrimiento muy alto.

“Pero en casos extremos sí ¿no? No se puede trabajar si no hay. Y yo creo que una vez que eso está, que ese piso está, es como, a ver, es como tener fiebre. Tienes 40 de fiebre, tienes que bajar un poco la fiebre y a la vez curar la infección, todo. (...)le perturba en su vida cotidiana. Albergándole además

problemas adicionales a los que ya tiene. Entonces, en ese sentido la medicación puede, ¿no? Como que te da el piso para poder trabajar”. (8K9

Candidato No psiquiatra)

Sobre la base de esas (y otras muchas situaciones) el analista puede empezar a pensar la posibilidad de buscar un apoyo farmacológico que permita “nivelar” el estado mental del paciente. Ahora la pregunta que subyace es: ¿No es acaso parte del proceso que se de este tipo de fenómenos durante el mismo? Y como tal ¿no es parte del trabajo terapéutico poder sostener estos momentos y trabajar sobre la base de ellos? Tomando en cuenta además que esta evolución estaría acercando al analista a potenciales núcleos de conflicto. Puntos de conflicto que él mismo podría sentir como imperiosos de ser trabajados. Es ante esa circunstancia que la decisión se hace más complicada, ya que es un límite muy delicado entre lo que el trabajo psicoanalítico demanda y el cuidado en pro del bienestar de la persona que acude al analista en busca de ayuda.

“Entonces, no, por otro lado no pienso que uno tiene que soportar niveles, a veces excesivos de sufrimiento psíquico; pero creo que el sufrimiento psíquico que acompaña el proceso analítico es parte del mismo. O sea, hay un nivel en que el análisis genera un dolor psíquico que el proceso de cambio, de integración, de ampliación de la mente como herramienta central para elaborar, ¿no? Siempre va a generar un poco de dolor psíquico. Ahora, si yo veo pacientes con riesgo suicida, pacientes que no pueden dormir días de días de días, tú sabes cuánto daño puede hacer no dormir. Entonces, yo les sugiero una interconsulta médica psiquiátrica” (3E21 Candidato-No psiquiatra)

“Yo creo que hay que manejar la cosa así, yo sí creo que hay partes del proceso en que surgen síntomas y que de acuerdo a su magnitud uno debe trabajarlos. Y debe trabajarlos, diré, psicoanalíticamente buscando su comprensión, buscando su origen, buscando las alternativas de manejo de los conflictos” (7127

Didacta- Psiquiatra)

Los analistas toman muy en cuenta esta particular circunstancia y buscan hacer un minucioso trabajo de reflexión con respecto a la particularidad de cada caso. Entre los puntos que más se resaltan se encuentra la importancia de la historia particular del paciente (P.E: antecedentes familiares, o factores de riesgo en la historia personal del paciente), los distintos recursos que ha demostrado, la motivación que presenta con respecto al proceso analítico. También se toma en cuenta el status de la relación en términos de transferencia, contratransferencia y resistencias. A su vez, una revisión personal de las motivaciones y fantasías con respecto a la situación del paciente.

“Cuando un paciente se deprime en el curso del análisis como parte del conocimiento de sí mismo, no voy a correr a pedir una intervención”(5S4

Didacta-No psiquiatra)

El dialogo con otros colegas sea en supervisión con un par o con alguien de más experiencia da pie a observar y tratar de prevenir potenciales actuaciones de parte suya. En este espacio es posible encontrar una perspectiva diferente de la situación develando posibles puntos ciegos o temas por trabajar.

También se hace relevante el dar lugar a su propia experiencia tanto como analista así como analizando en su momento. Los analistas toman en cuenta este aspecto en la búsqueda de tener una visión más clara de la situación a la que se enfrentan con sus pacientes.

Ética y responsabilidad de los psicoanalistas

“Por supuesto la responsabilidad ética la tiene la analista pero es lo que la pareja puede hacer junta.”(6D18 Didacta-Psiquiatra)

“Lo que he dicho, lo he dicho por razones de mi ética de trabajo y por razones de cuidado”. (5S4 Didacta-No psiquiatra)

Aunque no está expresado de manera directa en la elaboración de los analistas resulta importante remarcar el lugar que los planteamientos éticos tendrían en la posibilidad de acceder a una ayuda farmacológica dentro de los procesos con sus pacientes. Aunque la ética es mencionada en tan solo dos ocasiones durante las entrevistas, sí aparece la responsabilidad en la que un analista está con respecto al cuidado del bienestar de su paciente. Sería quizás una diferencia planteada en términos de una ética del cuidado más que de una ética de la justicia o de planteamientos normativos.

“Tiene que haber una intervención porque ahí siento no solamente que yo estoy tomando una responsabilidad muy grande. La asumo, cuando tengo que asumirla, la asumo sin ninguna duda pero en un caso en donde veo que no solo la mente sino la vida del paciente puede estar en riesgo, no doy un paso atrás; si no hay intervención farmacológica, no trabajo”.(5S4 Didacta-No psiquiatra)

La posibilidad de medicar o no en un proceso analítico es un punto que adquiere una alta relevancia en términos de los límites éticos que contiene la particular relación analista-terapeuta y paciente. Aunque esta temática no ha sido profundizada durante el proceso de la investigación si resulta relevante la poca aparición que ésta representa en la misma. Nos preguntamos si en entornos en donde los cuestionamientos éticos son mucho más presentes como por ejemplo, en la sociedad norteamericana, esta temática no estaría mucho más realzada en el discurso y manejo de los procesos psicoanalíticos.

Situaciones límites como, el potencial daño a sí mismos, o los procesos degenerativos de ciertas patologías cuestionarían las fronteras de lo que supondría un trabajo analítico sostenible sin un apoyo farmacológico. En nuestra investigación los analistas refieren como su responsabilidad estaría en parte basada en el cuidado del bienestar del paciente como ya hemos discutido líneas arriba.

“Y no puedes quedarte ahí sentado esperando que algo funcione cuando estás viendo que no está funcionando de inmediato, o sea, es una responsabilidad” (4L5 Candidato Psiquiatra)

La poca presencia (en las entrevistas de esta investigación) de una reflexión ética directa al momento de discutir la posibilidad de medicación nos resulta llamativa. En otros espacios como por ejemplo el fuero médico, la demarcación de la ética se encuentra sumamente presente. El médico, ante diferentes circunstancias en donde sus decisiones de optar por distintos tratamientos se encuentran en discusión, podría verse sometido a cuestionamientos profesionales muy grandes: juicios por mala praxis y potenciales desvinculaciones de sus entes rectores.

Es importante resaltar que los analistas refieren la importancia que tiene su responsabilidad con respecto al bienestar del paciente. Sin embargo nos resulta llamativo como existe cierta lejanía en su reporte con respecto a las bases éticas de estos cuidados. Dicha responsabilidad estaría planteada sobre las bases de un juicio profesional referente a múltiples planteamientos teórico-técnicos, algunos de los cuales hemos mencionado líneas arriba. Resultaría entonces importante para nosotros poder indagar a más profundidad con respecto a las bases éticas sobre las cuales se sostendría el quehacer psicoanalítico.

Después de Decidir

Una vez propuesta la intervención farmacológica es importante para los analistas observar los diferentes fenómenos que se impulsan a partir de dicha introducción al encuadre. Una relación de a dos puede pasar a convertirse una relación de a tres, en tanto hay un psiquiatra externo que hace la interconsulta. También puede entenderse a la medicación como un objeto particular que alza una serie de fantasías y procesos vinculares dentro del espacio analítico. A continuación pasaremos a discutir estos fenómenos.

La situación transferencial ante la irrupción del médico/pastilla en el proceso

Los entrevistados reportan distintos tipos de reacciones de parte de sus pacientes a partir de la posibilidad de empezar a tomar medicamentos. Más allá de la reacción particular que se puede tener con respecto a la farmacología en sí misma, resulta importante para ellos recoger dichas reacciones como un material con gran contenido

afectivo. Le dan además un especial énfasis a la relevancia que estas tienen con respecto al estado de la relación terapéutica.

De esta manera podemos observar algunos casos en donde los pacientes se sienten afectados negativamente por la propuesta. Perciben en ella una afrenta a su narcisismo, al ser vistos como una persona que necesita algo externo a la particular intimidad de la consulta. Ser percibidos como una persona que necesita un médico para poder ser ayudados, como a un enfermo.

"Yo soy tan difícil, tú no puedes conmigo que tienes que recurrir a un médico" (3E21 Candidato – No Psiquiatra)

"porque lo sienten como una derrota, no solo mía sino de ellos. Una afrenta narcisista" (5S4 Didacta -No psiquiatra)

Por otro lado, se encuentran aquellos pacientes que toman esto como una derrota, no propia, sino de su terapeuta/analista. Ven a sus analistas como rindiéndose ante las dificultades, pidiendo ayuda de una persona externa porque ellos ya no pueden solos. Esto a la par podría ser vivido como una especie de abandono a pesar de que lo que se está buscando es una ayuda para seguir ayudándolos. Así refieren reacciones de molestia ante la propuesta del psicoanalista. También pueden aparecer resistencias ante la posibilidad de ir al psiquiatra o tomar medicación.

"Ella pensó, cuando le sugerí la posibilidad de medicación, que yo estaba como queriendo desentenderme un poco" (3E21 Candidato-No psiquiatra)

"Como que yo... no tienes (no tengo) lo que se necesita. You don't have what it takes", para enfrentar lo que yo tengo" (6D18 Didacta-Psiquiatra)

A su vez se encuentran aquellos pacientes que reportan alivio ante la posibilidad de encontrar más herramientas para ser ayudados en sus dificultades. No debemos dejar de pensar también en aquellos que pueden pedir una ayuda farmacológica ya que sienten que su sufrimiento está siendo demasiado intenso. Es así que la búsqueda de un alivio puede ser acompañada de una apertura a la posibilidad de buscar un apoyo farmacológico.

Luego de estas iniciales reacciones aparecen a continuación las potenciales respuestas ante el tratamiento farmacológico mismo. Es así que la medicación en sí misma toma un lugar como objeto dentro del material. De esta manera hemos encontrado que las respuestas pueden ser muy diversas. Podemos ver a la pastilla encumbrada como una panacea de la salud mental, situación que algunas veces puede llevar a una denigración del proceso psicoanalítico. También se encuentran los pacientes que utilizan a la medicación como un medio para evitar la exploración de sus contenidos en el proceso, nuevamente denigrando el espacio para pensarse a sí mismos. Por otra parte se encuentran aquellos que se sienten aliviados con este apoyo y lo utilizan para poder seguir adelante con sus procesos psicoanalíticos encontrando en la ayuda farmacológica una vía para poder seguir desarrollándose dentro del proceso psicoanalítico.

“También puede ser para atacarte. “El médico donde usted me mandó no sirve, no querrá, no está, o me cobra muy caro”, o lo que fuera. O: “Ahora me siento bien, ya estoy bien, ya he resuelto todo, no necesito nada, es una cosa de, es una cosa química, o sea, todos mis problemas son químicos”, ¿no? Entonces: “Qué

pena, en realidad la terapia es una pérdida de tiempo, muy cara” (7127

Didacta-Psiquiatra)

“Ojalá que no lo llegue a necesitar de nuevo(medicación) pero si en algún momento lo necesito, no voy a dudar y voy a ir nuevamente donde el doctor fulano para que me ayude con esto” y eso es un poco la actitud de las personas”

(5S4 Didacta-No Psiquiatra)

La nueva relación con el psiquiatra para el paciente.

Cabe resaltar la importancia de la nueva relación que ingresa al proceso con el advenimiento de la interconsulta psiquiátrica, la del psiquiatra encargado de la misma. Dicha relación puede venir cargada de diferentes matices afectivos.

Se observa una imagen calificada como benigna, idealizada. Se encontraría en el psiquiatra a una persona que dadas ciertas características es visto como empático, abierto a escuchar y buscar soluciones para la ayuda con respecto a la problemática que inicia dicho encuentro.

“Sí hay una imagen benigna de ellos (...)son personas muy sensibles con el sufrimiento y los hacen sentir bien”. (5S4 Didacta-No psiquiatra)

“Ay, lo quiero un montón, lo quiero al doctor” (1R8 Candidato- Psiquiatra)

Por otro lado, se encuentran aquellos pacientes que pueden tener una visión más temerosa con respecto a este profesional. Les preocupa ser sentidos como una persona que está siendo evaluada, observada. Aparecen también fantasías en las que el paciente

siente que las comunicaciones con el psiquiatra pueden estar siendo compartidas con su analista. El paciente puede sentir que el psiquiatra reportará al analista una perspectiva diferente a la que el mismo lleva al consultorio con su terapeuta.

“Si, claro. Sí, claro. Hay una complejidad porque, claro, ya tienes una relación con otra persona que por un lado te está informando de lo que ha visto de esa persona que se puede corresponder con lo que tú has visto o no” (8K9

Candidato- No psiquiatra)

Lo que refiere esta viñeta es un punto delicado en cuanto a términos de la intimidad del encuentro psicoanalítico. Resulta importante para los analistas ser muy claros y específicos con respecto a cómo será la relación entre el psiquiatra consultado y ellos a partir de la visita del paciente.

Además los analistas refieren la posibilidad de que los pacientes denigren de manera muy llamativa al psiquiatra que ha sido recomendado, de alguna forma esto puede ser visto como un ataque al analista y a lo que este le “da” al paciente. Ante este “ofrecimiento” el paciente responde de manera hostil y resistente afirmando que dicho psiquiatra es muy malo y que nunca más lo manden donde este. Este punto se vuelve importante al momento de pensar qué tipo de “match” terapéutico podría haber, ya no solo entre el paciente y su analista, sino también entre el paciente y psiquiatra.

Por último, queremos aproximarnos a la particular situación de los analistas que son a la vez psiquiatras. Estos en algunas circunstancias podrían decidir ser ellos quienes funjan esta función médica dentro del espacio mismo. Sin embargo, ellos mismos refieren la importancia que tiene el poder establecer un trabajo farmacológico que no interrumpa el curso de las sesiones. Para ello buscan establecer parámetros

bastante claros con respecto a cómo va a funcionar el tema médico dentro del encuadre particular del proceso.

“Y entonces: “Ok, pero si vamos a trabajar eso lo vamos a ver 10 minutos cada 3 semanas. Y dejemos eso que vaya andando”. **(1R8 Candidato-Psiquiatra)**

*“Si estar lidiando con la prescripción de medicamentos es un estorbo, se convierte en un punto de resistencia (...) **(O si el paciente)** hace, de repente, un cuadro depresivo, de alguna manera yo prefiero medicarlo”* **(7I27 Didacta-Psiquiatra)**

“de no contaminar el espacio psicoanalítico y que devenga más bien en un espacio, de repente, clínico y sobre todo que no se contamine la transferencia, la contratransferencia. Prefiero que otro colega haga la prescripción y se encargue de ese aspecto puramente clínico”. **(4L5 Candidato-Psiquiatra)**

Los analistas psiquiatras buscan de esta manera que la relación terapéutica no se vea invadida por un dialogo propio de un consultorio médico. Para ello toman en cuenta las características particulares del paciente (P.E. su manejo de límites) y del vínculo establecido (estado particular de la transferencia) antes de decidir incluir este rol dentro de su función como analista/terapeuta. También reconocen la importancia de observar la intensidad y complejidad de los síntomas que requieren el uso de farmacología, optando por manejar la medicación “intramuros” en pacientes cuya sintomatología resulta de alguna manera (a falta de una palabra mejor) “sencilla”.

“Tuve también otro paciente que también estuvo en análisis y también tuvo una crisis personal en el ínterin y también lo mediqué y no, no pasó nada. Pero eran

personas con mucha capacidad de elaboración, de insight, estaban haciendo buen análisis (...) prefiero que otros lo mediquen. Por ejemplo, cuadros limítrofes, yo veo bastante cuadros limítrofes” (4L5 Candidato-Psiquiatra)

La nueva relación, lo que el analista busca del psiquiatra en interconsulta.

“hay psiquiatras que no son psicoanalistas pero que tienen una gran empatía, son personas muy sensibles con el sufrimiento y los hacen sentir bien. Porque yo creo que sobre todo cuando se trata de fármacos, uno no va solamente para que le quiten el sufrimiento, sino va también para ser entendido por otro ser humano” (5S4 Didacta No Psiquiatra).

Al elegir un psiquiatra con el cual trabajar de manera combinada hemos observado la búsqueda de ciertas características deseables en este. Se toma muy en cuenta que el psiquiatra en cuestión sea una persona con una particular sensibilidad, que le permita empatizar con el sufrimiento del paciente. Un psiquiatra que mantenga una escucha cercana con respecto a los aspectos más vulnerables de la persona y que se dé tiempo para evaluar a ésta más allá de los métodos vistos como más “mecánicos” de la psiquiatría contemporánea. Esto para los analistas es una señal fundamental del cuidado y capacidad de manejo de los psiquiatras a los que consultan.

A su vez, aparece la importancia de un psiquiatra que tenga cierto entendimiento con respecto a las particulares características de un proceso analítico, del particular modo de trabajo analítico y de la importancia que tienen algunos factores para su buen desarrollo. Parece fundamental el poder tener un dialogo en donde se maneje cierto

“lenguaje común” entre el psiquiatra y psicoanalista más allá de las diferencias que puedan tener en su formación. Muchas veces esto puede llevar a que los psiquiatras elegidos para dichas interconsultas sean en su mayoría psicoanalistas también, aunque esto no resulta ser una regla irrestricta. Estas características son observadas en algunos psiquiatras no analistas, que son vistos como poco comunes, logrando de esta manera establecer una confianza necesaria en el buen manejo de la interconsulta dentro de los parámetros de un proceso analítico que se encuentra en marcha. Esto a su vez se encuentra vinculado con una mirada integral del ser humano de parte de los psiquiatras. Dicha característica es relacionada con la capacidad de ver más allá de los síntomas como parte de un listado clasificatorio al estilo DSM. De esta manera este “especial” psiquiatra podrá tener un cuidado particular con su acercamiento a la farmacología y no será una persona que sobremedique.

“Psiquiatras simples, comunes y corrientes que están en el formato que la medicación es lo que salvará al paciente, ¿no? Y que sí o sí van a medicar. Entonces es muy triste decir cosas así, pero suceden, no vamos a negar la realidad. Entonces, por eso creo que los terapeutas tienen que ser muy claros en a quiénes van a poder confiar su paciente y poder discutir, por qué sí, por qué no, por qué tal cosa, por qué tal otra” (1R8 Candidato-Psiquiatra)

Todas estas características parecen estar comprendiendo lo que es entendido como un respeto al espacio analítico, a su ritmo, sus métodos y particularidades. Esto permite tener a una persona que no va entrometerse más allá de los límites que la tarea de la interconsulta demandaría. Por ejemplo, uno de los entrevistados nos comenta una muy complicada situación en la que un psiquiatra al que derivó a un paciente interfirió

en el proceso analítico a través de señalamientos, interpretaciones y palabras que de alguna manera minaron la relación analítica.

“Entonces, ¿qué puede pasar? Bueno que vaya de acá a su control psiquiátrico y se queje de mí al paciente lo cual es perfectamente lícito para el paciente, “que no, que no avanza, que esto”, entonces el otro le puede decir, el que no respeta tu trabajo. El que respeta le dice: “Mira, todo eso se lo dices a tu analista en su cara y con ella tienes que ver eso”, ese es el que respeta, el que no respeta dice “sí pues, es que en verdad” y le insufla más para no ir y más desconfianza. (6D18 Didacta- Psiquiatra)

Es así que el psiquiatra al que se busca en pos de una interconsulta, se le observa como una persona que va a apoyar el proceso, una persona con la que se va a tener una comunicación orientada hacia la tarea particular de la interconsulta. Es una persona a la que se le pide una opinión con respecto a la necesidad (o no) de recurrir a un recurso farmacológico. En principio el diálogo se establece para que el analista informe al psiquiatra de la situación por la que se hace la interconsulta. Y se continúa con un diálogo en el que el psiquiatra hace una devolución al analista con respecto a su evaluación del paciente.

Como ya hemos anticipado, todo este proceso deberá estar claramente comunicado al paciente, los analistas buscan dar una información clara y transparente con respecto a cómo será la comunicación entre psiquiatra y analista.

La pareja parental y el tratamiento combinado.

Al iniciarse la interconsulta con un tercero psiquiatra se constituye una situación particular en donde una persona externa al proceso es incluida de manera “real” como parte del mismo. De esta manera se constituye una especie de escenificación de una tríada parental.

“También es cierto que se genera una situación en los pacientes donde ya hay dos, no uno, tres que puede tener también sentidos distintos. Un paciente puede entenderlo como una cuestión edípica que tiene una psicoanalista, un psiquiatra, o le puede incluso proporcionar un cierto goce, ¿no? Pero eso también es una situación importante para analizar”. **(8K9 Analista candidato. No psiquiatra)**

“Entrevistado: “ven al psiquiatra como una figura que colabora y que cuida y yo lo incluyo en mis intervenciones de esa manera, ya no soy solamente yo... Somos una pareja la que está cuidando el desarrollo del proceso para mi paciente.

Investigador: Hay una especie de triangulación entonces.

E: No sé, triangulación, bueno no sabría qué decirle frente a eso.

¿Triangulación en un sentido médico? No me parecen, pero somos dos.

I: Cuidándolo...

E: Somos dos los que estamos cuidando. Probablemente la alusión a una pareja parental es mayor, es mayor por un corto tiempo.” **(5S4 Analista Didacta no médico)**

Estas dos viñetas ejemplifican de forma muy potente la particular situación que se presenta al momento de ingresar la interconsulta. De esta forma parece configurarse en el espacio analítico una representación de la triangulación edípica, en donde de alguna forma, la o el psiquiatra, terminan funcionando como el tercero/padre que rompe con una situación que antes era de dos.

Es posible que, más allá de la triangulación, exista cierta perspectiva de la relación analista y psiquiatra como una figura que a nivel transferencial puede estar siendo percibida como una nueva pareja parental. Una pareja parental que en el trabajo combinado buscan cuidar, proteger, y entender al paciente. Esto podría ser entendido como un espacio potencial para el desarrollo. Podríamos plantear la posibilidad de obtener de esta nueva pareja parental simbólica, un puente para una “experiencia emocional correctiva” concepto que Winnicott (1965) plantea se puede dar en el espacio transicional que plantea un proceso psicoanalítico.

Instrumentalización. La importancia de la tarea psicoanalítica.

“qué, qué implica que, creo que acá lo que se trata es entender el sentido. Cuál es el sentido que la persona le da a las pastillas”(8K9 Candidato-No psiquiatra)

Sobre la base de todos estos fenómenos surgidos a partir de la propuesta e inicio de tratamiento farmacológico lo que tiene más relevancia para los analistas es el poder observar todo esto como un material a ser utilizado como parte del trabajo analítico. Como hemos podido ver, las diferentes circunstancias traen al espacio diferentes tipos de fantasías, reacciones, y circunstancias que sobretodo sirven al analista como insumos para seguir explorando significados importantes junto a su paciente. De esta manera la

intervención farmacológica se plantea como una especie de motor que impulsa no solo cambios en estado mental del paciente sino de la relación terapéutica. Esto resulta sumamente valioso a la luz de la tarea que se está llevando a cabo dentro de la consulta.

“O sea, ponerlo en la relación más transferencial. Y luego una persona tiene muchas motivaciones para ver cómo se relaciona con la idea de recibir pastillas, o de asignar una consulta interpsiquiátrica” (3E21 Candidato-No psiquiatra)

“Lo trabajo muy claramente, yo también he elegido un partner... De psiquiatra entonces le digo que, bueno, primero que nada exploro la fantasía. La fantasía, las reacciones, todo pero en algún momento que encuentre oportuno” (6D18 Didacta-Psiquiatra)

Los analistas refieren por sobre todo la fundamental importancia de escuchar el material que surge a partir de estos fenómenos. Esta escucha y reflexión son la clave para poder construir nuevos puentes de significado asociados con la psiquis del paciente en una búsqueda constante de transformación y desarrollo.

Conclusiones

Esta investigación representa un primer esfuerzo en la búsqueda de ingresar a un tema muy complejo en el quehacer psicoanalítico contemporáneo. Como hemos observado el ingreso de un tratamiento farmacológico al fuero de un proceso psicoanalítico plantea muchas situaciones a tomar en cuenta para un profesional que se dedica a la labor clínica psicoanalítica.

De esta manera, hemos podido observar una serie de aspectos relevantes al momento de tomar una decisión con respecto a la posibilidad de realizar una interconsulta o prescribir medicamentos. Resulta importante para los analistas reflexionar acerca de las diversas motivaciones que pueden estar generando dicha posibilidad. A su vez hemos podido discutir la importancia que tiene un entendimiento profundo del quehacer psicoanalítico, cuáles son sus objetivos, sus límites y responsabilidades. Se resalta también la importancia del momento específico del tratamiento en el que la potencial medicación entraría en juego. Se han diferenciado dos momentos distintos, el inicio del tratamiento y durante el desarrollo del proceso.

Por otro lado, se discutió acerca de las situaciones que surgían dentro del proceso psicoanalítico una vez propuesta la posibilidad de tratamiento farmacológico. Se reflexiona acerca del importante papel que tenía el analista al buscar entender las diferentes respuestas transferenciales que podían suscitarse dentro del encuadre ante la incorporación de un psiquiatra en interconsulta o de una medicación en sí misma. Se dio espacio también a un entendimiento con respecto a las relaciones particulares que se desarrollaban luego de tomada la decisión de recurrir al apoyo farmacológico. Por último se reflexiono acerca de la importancia de utilizar todos estos fenómenos surgidos

en pro de la tarea particular de un espacio psicoanalítico, a través de instrumentalizar dicho material a favor de una mayor comprensión del psiquismo del paciente.

Como hemos comentado anteriormente, este ha sido un primer intento de investigación con respecto a este tema. Por ello se hace preciso establecer ciertas limitaciones en cuanto a su alcance. En primer lugar, este estudio se ha acercado a un grupo reducido de analistas, por ello podría ser importante continuar este tipo de investigaciones buscando llegar a más miembros de la SPP (Sociedad Peruana de Psicoanálisis).

Así mismo, solo se ha entrevistado a psicoanalistas formados en la SPP y no se ha tomado en cuenta a otro grupo importante de personas que realizan una labor psicoterapéutica de corte psicoanalítico en el país, los psicoterapeutas formados psicoanalíticamente.

También queríamos resaltar como en esta investigación ha surgido la curiosidad con respecto a la perspectiva que los pacientes podrían tener acerca del ingreso de la medicación a sus procesos psicoanalíticos. Podría ser importante ahondar en este tema desde ese particular punto de vista dándoles voz a la otra mitad involucrada en el espacio íntimo de la consulta.

Hemos podido observar al realizar esta investigación el valor que podría tener integrar a las relaciones entre el psicoanálisis y la farmacología dentro de los espacios de discusión y formación en psicoanálisis. De esta manera resultaría importante poder reflexionar y discutir a mayor profundidad este tema dentro de los espacios de desarrollo del psicoanálisis peruano, como por ejemplo la maestría para la que esta tesis ha sido realizada.

Por último, como hemos expresado en la presentación de nuestros resultados, este estudio sugiere una serie de discusiones importantes con respecto al psicoanálisis como teoría y técnica en sí misma. Sin embargo éstas no han podido ser abordadas en este momento. Por ello a continuación presentamos algunas propuestas temáticas que podrían desarrollarse en futuros proyectos de investigación en psicoanálisis:

- El entendimiento contemporáneo del psique y soma dentro de la teoría psicoanalítica.
- La pertinencia del concepto de cura dentro del espacio psicoanalítico
- Una discusión con respecto a cuál es en sí mismo el objetivo de un proceso psicoanalítico en nuestros tiempos.
- Las relaciones entre la nosología del psicoanálisis y la nosología psiquiátrica contemporánea.
- La pertinencia de una formación en psicofarmacología dentro de la formación analítica.

De esta manera invitamos a las personas que revisen este esfuerzo científico a poder tomar la posta de esta investigación y quizás aprehender estos temas como fuente para futuros ensayos o tesis.



Referencias Bibliográficas

- Bers, S. (2006). Learning about Psychoanalysis Combined with medication: A nonphysician's perspective. *JAPA*, 54 (3).
- Bolaños, T. (1994). ¿Habla el cuerpo? *Revista de Psicoanálisis (Internacional)* 4), 41-57.
- Busch, F. N., & Sandberg, L. (2009). Psychotherapy and medication. *JAPA*, 57 (5), 1279-1283.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101.
- Cabaniss, D.L & ,Roose,S.*Psychoanalysis and psychopharmacology: new research, new paradigms* en *Clinical Neuroscience Research* 4 (2005) 399–403
- Craighead,W.E& Nemeroff,C.B *The impact of early trauma on response to psychotherapy* en *Clinical Neuroscience Research* 4 (2005) 405–411
- De las Casas, P. (2003). La anorexia y la Bulimia: un cuestionamiento permanente. *Revista Psicoanálisis* (3), 23-29.
- De la Cuba, A. (1994). Abordaje farmacológico en pacientes borderline. *Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica*, 1 (1), 55-60.

- Freud,S (1985) Estudios sobre la histeria. EnObras Completas vol. II. Editorial Amorrortu. Buenos Aires:Argentina
- Freud, S. (1937). *Analysis Terminable and Interminable*. en *Int. J. Psycho-Anal.*, 18:373-405.
- Freimuth,M. (1996).*Combining psychotherapy and psychopharmacology: With or without prescription privileges*. En *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 33(3), Fal, 1996. pp. 474-478.US: Educational Publishing Foundation
- Gaviría,M (2014) Neuroimágenes y psicoterapia.(Presentación) *Exposición realizada en el II curso internacional de actualización en salud mental "Mario Chiappe Costa"*.
- Gottlieb, R. (2006). Mind, Madness, and Medications: Situating Psychoanalysis. *JAPA*, 54 (3), 741-744.
- Gold,P.W (2005) *The neurobiology of stress and its relevance to psychotherapy*en *Clinical Neuroscience Research* 4 (2005) 315–324
- González Rey, F. (2007). *Investigación Cualitativa y Subjetividad: Los procesos de construcción de la información*. México D.F: México. Mcgraw-Hill Interamericana editores, S.A.
- Green,A. (1962). *El inconsciente Freudiano y el psicoanálisis francés contemporáneo*. En *Les temps modernes*, n° 195. Paris: Francia.
- Green,A. (1975). *El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre psicoanalítico*. En *Revista de Psicoanálisis*. APA, t. 32. N°1. Buenos Aires: Argentina.

Green, A. (1997). *Las cadenas de Eros. Actualidad de lo sexual*. Amorrortu editores.

Buenos Aires, Argentina.

Gwynn, N., & Roose, S. P. (2004). Medication management during psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(4), 1243-1244.

Kandel, E. (2001) *Psychotherapy and the Single Synapse: The Impact of Psychiatric Thought on Neurobiological Research*. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2001;13:290-300

Kaplan, M & Delgado, S. (2006) *When Worlds Converge: Combining Depth Psychotherapy and Psychotropic Medications* *en Bulletin of the Menninger Clinic*, 70[4], 253-272)

Kristeva, J. (1995). *Las nuevas enfermedades del alma*. Editorial Cátedra. Madrid: España

Parodi, J. (2001). El sufrimiento del individuo contemporáneo desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis* (2), 119-126.

Roose, S., & Horwitz, R. (1995). Medication use in training cases: A survey. *JAPA*, 43 (1), 163-170.

Roudinesco, E. (1999). *¿Por qué el psicoanálisis?* Editorial Paidós. Buenos Aires: Argentina

Schubert, J. (2007) *Psychotherapy and antidepressant medication: Scope, procedure and interaction: A survey of psychotherapists' experience*. *En European Journal of Psychotherapy & Counseling*, Jun 2007, Vol. 9 Issue 2, p191-207.

Sharpe, K. (Abril de 2012). Coming of Age on Zoloft. (E. Edition, Ed.) E.E.U.U.

Schorn. (2000). Theme centered Interview. *Forum Qualitative Forschung* . Alemania .

Szerman, N., & Delgado, F. (1994). Diagnóstico Dual, Medicación y Objetos transicionales en el abordaje psicoterapéutico de las drogodependencias. *Adicciones*, 6 (1), 5-14.

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic*. New York: Crown Publishing.

Winnicott, D. (1965). *Ego distortion in terms of true and false self*. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York: International University Press.

