



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Ribé Buitrón, José Miguel

"La trastienda de la psicofarmacología: el influjo biopsicosocial sobre la psicofarmacología en los
procesos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos depresivos"

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 30, núm. 107, septiembre, 2010, pp. 447-
464

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019473007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

“La trastienda de la psicofarmacología: el influjo biopsicosocial sobre la psicofarmacología en los procesos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos depresivos”.

“Behind the scenes of psychopharmacology: The biopsychosocial influence on psychopharmacology in the diagnosis and treatment of depressive disorders”.

José Miguel Ribé Buitrón *

“Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

Correspondencia: José Miguel Ribé Buitrón (jribe80@hotmail.com)

Recibido: 13/12/2009; aceptado: 9/01/2010

RESUMEN: En el presente artículo se reflexiona acerca de la influencia biopsicosocial sobre la psicofarmacología en el propio acto diagnóstico como prescriptivo de los trastornos y estados depresivos. Aunque se pone el acento en el biológico como el elemento más predominante en nuestros días se trata de rescatar también la necesaria comprensión psicológica y social de nuestra práctica diaria en la prescripción medicamentosa.
PALABRAS CLAVE: Psicofarmacología, psicoterapia, influencia biológica, diagnóstico, tratamiento, depresión...

ABSTRACT: This article reflects on the influence of biopsychosocial factors on the psychopharmacology of depressive disorders, with relation to both diagnosis and prescribing habits. Whilst recognising that biological factors predominate in the present day, it highlights the need for an understanding of social and psychological factors in daily prescribing practice.

KEY WORDS: Psychopharmacology, psychotherapy, biological influence, diagnosis, treatment, depression...

“La biología no es lo mismo en condiciones de felicidad que de infortunio”

CARLOS CASTILLA DEL PINO

I. Introducción

Nuestra cultura está presa en un frenesí de materialismo biológico que resulta inquietante y preocupante. Un fenómeno cada vez más insertado en un marco socio-cultural que va más allá de la llamada “evidencia científica”. Es tal la hegemonía mal entendida de lo biológico en la actual psiquiatría que influye en la visión de la clínica y la terapéutica de los trastornos afectivos de una forma cada vez más preponderante.

Como paladín del paradigma biológico nos encontramos la psicofarmacología, una de las principales herramientas de trabajo que todo psiquiatra debería conocer. Aquél que quisiera realizar una buena praxis en la prescripción farmacológica debería interesarse por los diversos sistemas de neurotransmisión monoaminérgica

así como las principales teorías sobre las bases biológicas de la depresión (1). Tales conocimientos le servirán como fundamento farmacológico para comprender el mecanismo de acción de los psicofármacos y sus indicaciones más plausibles.

Sin embargo la biología tiene unos límites que se aplican a la psicofarmacología y parece ser se están olvidando.

En el presente artículo se revisa y reflexiona acerca del peso de la psicofarmacología en la clínica y terapéutica de los pacientes con estados y trastornos depresivos. Inicialmente se explora el reduccionismo en la diagnosis bajo el prisma de los antidepresivos y la exigua escucha del psiquiatra basada en los “simples” síntomas del paciente traducidos a la neuroquímica. Posteriormente se examina el interesante valor e influjo de lo psicosocial en las prácticas prescriptivas haciendo hincapié en la importancia de los psicofármacos en la psicoterapia y las implicaciones psicodinámicas que envuelven el propio acto de prescribir.

II. La clínica diagnóstica a través de los psicofármacos

La escucha farmacológica en la clínica del paciente.

La farmacología y el acto de prescribir resulta ser un arte impresionista. Si examinamos detenidamente a la farmacoterapia pronto repararemos en el hecho de que aparece tan arbitraria como el arte, en el sentido despectivo de ser impresionista donde idealmente debería ser objetiva, como la psicoterapia. Que se conozca, en consulta no puede verse in situ por SPECT que áreas cerebrales están alteradas, si los niveles de serotonina en el líquido cefalorraquídeo están bajos, si falla la función dopaminérgica... El médico psiquiatra escucha al paciente y, sobre la base que de la historia que éste relata y la respuesta intuitiva que aquella evoca –curiosa investigación biológica, tan cualitativamente diferente de los corrientes tests de orina, sangre, líquido cefalorraquídeo, neuroimagen...- intenta efectuar una valoración del estado de las neuronas del paciente. Considerándolo de esta forma se aprecia como al igual que la psicoterapia, la farmacoterapia se apoya en intentos falibles del conocimiento íntimo de otra persona.

El poder de las clasificaciones y los psicofármacos en el diagnóstico psiquiátrico.

Se dice que hay psiquiatras que dominan las clasificaciones y clasificaciones que dominan a los psiquiatras. De forma análoga podría aplicarse lo dicho al respecto de los psicofármacos.

Aunque las clasificaciones internacionales, principalmente DSM-IV (2) y CIE-10 (3), han supuesto un avance sobre la dispersión nosológica y fenomenológica de antaño se piensa que su uso, en la práctica diaria, está más al servicio de las memorias administrativas de los centros sanitarios y para que las investigaciones científicas “basadas en la evidencia” puedan poseer de una supuesta (ateórica) consistencia metodológica mediante el uso de un instrumento como son las clasificaciones internacionales. Para algunos psiquiatras las clasificaciones pueden resultar, si se hace un mal uso, iatrogénicas a la hora de prescribir fármacos y sobretodo producir la estigmatización que supone para las personas estar etiquetado con un diagnóstico que puede arrastrar hacia la cronificación.

Clasificaciones que encuadran a los pacientes desde los síntomas, que estos expresan en cuestión de minutos, síntomas subjetivos que el terapeuta traduce a su propio lenguaje, supuestamente universal, y adecua según los diferentes ítems reflejados en las clasificaciones de los trastornos mentales. Berrios (4) explica que los síntomas, sobre todo los psíquicos, son constructos en los que abunda su carácter heterogéneo y cuyo análisis psicopatológico no puede olvidar que sus modificaciones derivan conjuntamente de la capacidad del paciente para expresar el concepto subyacente y por las construcciones del clínico y la pragmática de la entrevista”. A partir del diagnóstico del paciente y cada vez más, el psiquiatra revisa la ficha técnica de los fármacos y prescribe la medicación para según que trastorno, asemejándose en ocasiones un mero apéndice del laboratorio farmacéutico.

A menudo, en los ambulatorios de salud mental, se dedica más tiempo al visitador médico tomando notas de cómo y para que recetar los fármacos que venden que lo que los pacientes tratan de expresar y lo que algunos libros tratan de explicar. A pesar de que numerosos estudios epidemiológicos han demostrado un alto grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo para muchos trastornos así como una falta de inespecificidad en el tratamiento no resulta un obstáculo para seguir realizando una praxis que algunos dan por buena.

Resulta, desde el “paradigma DSM”, una tarea tan sencilla la de diagnosticar y tratar farmacológicamente que se teme el día en que en establecimientos públicos como cafeterías, bancos, estaciones de tren, metros etc. acompañando a cajeros, fotomatos y máquinas expendedoras de bebidas, profilácticos, barritas energéticas se encuentren nuestras sustitutas. Puede imaginarse unos habitáculos con una pequeña cortinita negra para favorecer la intimidad donde personas, pacientes, toxicómanos y futuros adictos podrán, tras introducir sus datos personales, indicar a medida que una computadora se lo indica los síntomas que padecen según el grado de intensidad, inicio y duración de los mismos para obtener un diagnóstico de la dolencia que padecen. Posteriormente la máquina expulsará los *blisters* de medicación acorde al diagnóstico ofrecido y se le darán al paciente unas recomendaciones higiénico-dietéticas a tener en cuenta. Inclusive por Internet la persona

que acuda a esta máquina podrá, de forma repetida mediante un código que otorgue ésta, adquirir de forma repetida todas las tabletas que necesite sin necesidad de pasar ningún tipo de filtro. Puede parecer una idea descabellada, sin embargo huelga decir que ya a nivel institucional mediante protocolos y test psicométricos se vienen realizando diagnósticos y prescripciones medicamentosas por becarios, estudiantes de psicología y medicina sin suficiente experiencia ni capacidad de crítica, cuál autómatas, sin ningún tipo de supervisión ni adoctrinamiento previo. En la otra polaridad, en el mundo de la psicoterapia ya se probó mediante “Eliza” (5), un programa informático que, simulando un psicoterapeuta poco empático, tuvo afortunadamente escaso éxito.

Con el paso de los tiempos los medicamentos han pasado de ser separadores y divisores, ejerciendo definiciones de enfermedad mental en el contexto del estrecho vínculo entre un fármaco y un diagnóstico, a ser polivalentes. Así pues puede encontrarse, en lo que los anglosajones han denominado *disease mongering*, como existe una única medicación para seis “enfermedades” distintas. La molécula sertralina, un inhibidor “selectivo” de la recaptación de la serotonina resulta estar, según la ficha técnica del medicamento (6) y los ensayos declarados como válidos (7) por el mero hecho de ser publicados en “revistas de renombre”, indicada para: depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia en adultos y niños, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático. Inevitablemente esta plétora de indicaciones debería conllevar un cierto cuestionamiento acerca de lo que se trata cuando se prescriben los antiguamente llamados timolépticos. Podría pensarse que se trata la depresión, la fobia social, la agorafobia como entidades establecidas o, bajo la “teoría funcional de la psicopatología” funciones mentales alteradas como el humor con los antidepresivos o la percepción con los neurolépticos. Este exceso de indicaciones se ha visto favorecido, en parte, por el paso de criterios monotéticos (en los que la diagnosis sólo puede ser efectuada siempre y cuando se satisfagan todos y cada uno de los síntomas previstos para una patología dada) a criterios politéticos (en los que, dado un listado de síntomas no jerarquizados, no todos son imprescindibles para el diagnóstico, bastando un cierto número) que conducen a la heterogeneidad interna de los diagnósticos, a sobrediagnosticar frívolamente y a utilizar de forma confusa el término de la comorbilidad. Sin duda, todo un filón de oro para la industria farmacéutica. A las puertas del futuro DSM-V el espectro dimensional (8) en pos del categorial adquirirá un mayor peso en las clasificaciones diagnósticas. Puede temerse que el espectro del *continuum* resulte tan interesante para el desarrollo de la psicopatología descriptiva como para las compañías farmacéuticas ver en lo dimensional centenares de síntomas subumbriles y blandos susceptibles de ser tratados farmacológicamente porque el DSM así los contiene.

El diagnóstico a través del psicofármaco.

Los psicofármacos debieran ser para los psiquiatras una herramienta y no un fin en si mismos como ocurre en algunos planteamientos actuales en los que la clínica se ve modelada en función de una determinada sustancia. Incomprensiblemente, a través de presunciones dadas por válidas por una ciencia que da respuestas sin haberse planteado las preguntas, se crean diagnósticos mediante métodos infalibles como el *ex juvantibus*, realizando un mal uso de los fármacos. Así pues encontramos la “depresión resistente”, término vago, infundadamente y biológicamente acuñado que se sostiene bajo un principio puramente dormitivo, en donde el criterio diagnóstico principal es la no respuesta terapéutica a los antidepresivos al uso. Otro caso serían los equivalentes o depresiones encubiertas y las *pseudodemencias depresivas* que se sospechan a nivel clínico y que se confirman en función de la respuesta psicofarmacológica. Esta parcialidad del diagnóstico es posible porque los diagnósticos en salud mental no son construcciones que se basen en una realidad empírica como ocurre en otras enfermedades infecciosas o degenerativas.

Resulta también curioso, como señala el psicoanalista Pereña, que en “los casos en los que la convención diagnóstica se refiere a clasificaciones poco definidas, como es el caso de los llamados *trastornos de la personalidad* o *trastornos límite*, la identificación etiológica suele ir acompañada de un caos terapéutico, especialmente acentuado, que se manifiesta en la progresiva tendencia a la confusión psicotrópica: se mezclan antidepresivos, neurolépticos y ansiolíticos para un mismo caso de ese frecuente aislamiento o desconexión que aparece en los llamados *trastornos de la personalidad*” (9). Se aprecia cómo los pacientes con rasgos o trastornos *histero-límite* de la personalidad acostumbran a traer grandes bolsas de plástico que contienen fármacos para todo tipo de indicaciones, a veces incluso opuestas, sin apreciarse claras mejorías y más bien reacciones adversas medicamentosas de todos los colores.

Es tal la omnisciencia del DSM que cuando no sabe muy bien como clasificar una dolencia le añade la muletilla de “no especificado” y un psicofármaco más o menos orientado a un fin de los más impreciso. El predominio del mal uso farmacológico es tal que se está empezando a abusar del poder de los psicofármacos de tal forma que llegamos a utilizarlos en demasía en los llamados “síndromes psicológicos” como el posvacacional, el duelo de días de duración, el desamor, la tristeza normal etc. Síndromes psicológicos sometidos a tal banalidad que acostumbran a terminar con la pauta de algún antidepresivo vacío de efecto alguno.

III. La influencia biopsicosocial en la terapéutica.

Una metáfora: la “policía” como serotonina frente la depresión.

Peter D. Kramer, en su fabuloso libro “Escuchando al Prozac” (10), explica como la serotonina podría asemejarse a la policía en un sentido metafórico abierto a mil y una lecturas. A continuación se plantea esta metáfora, con algunas modificaciones del autor de este artículo, como introducción a la influencia de los psicofármacos en la terapéutica y que se desarrollan en los apartados siguientes.

Imagínese un escenario en la calle donde se concentra una manifestación en la que los ánimos parecen estar caldeándose. Un grupo de manifestantes comienza a generar disturbios -*conflictos intrapsíquicos y estrés*- en un barrio lleno de contenedores, piedras en el suelo y gran suciedad -*vulnerabilidad biológica*- y que no parece que se vayan a contener. El resto de gente que observa los acontecimientos se siente insegura y no se atreven ni a salir a la calle. Para Kramer la policía representaría la serotonina, simbolizando la seguridad del resto de los individuos para realizar actividades tranquilamente sin sentirse presionados. La ausencia de la policía no causa disturbios, pero si tenemos un disturbio, y la policía no se encuentra presente no habrá nada que impida a los disturbios extenderse. Inicialmente y de forma temporal la policía habitual puede silenciar las manifestaciones, sin embargo puede llegar el momento en que la policía resulte insuficiente. Es en este instante cuando necesitaremos más carga policial -*psicofármacos*- para apaciguar los disturbios. El efecto de la nueva carga policial podrá contener a la manifestación hasta un cierto tiempo, existiendo incluso momentos en los que se tendrá que incrementar el número de policía -*optimización del psicofármaco*-, renovar a la policía porque ya no ejerce su efecto -*cambio psicofarmacológico*- o llamar al ejército -*potenciación psicofarmacológica*-. A pesar de la eficacia de la policía está puede llegar a un límite -*desregulación de los sistemas propios del sustrato neurobiológico*- y dejar de surgir efecto. Es por ello que, en cuanto la manifestación esté más contenida -*con perspectiva psicobiológica y con regulación de los factores cuantitativos*-, deberán acudir un tipo de policía especial más empática y negociadora -*psicoterapeutas*- para actuar mediante la palabra -*a nivel cualitativo*- sobre la sinrazón y la desregulación emocional de los manifestantes. Con la ayuda conjunta de la policía y los pacificadores -*sinergia psicofarmacológica y psicoterapia*- la manifestación puede atenuarse e incluso desaparecer -*efecto curativo*. Resumiendo, ante leves manifestaciones, la labor de los pacificadores puede ser suficiente y ante manifestaciones de gran escala será necesaria la intervención primordial de la carga policial y posteriormente la de los pacificadores. Tal ejemplo contempla el modelo psicobiológico de la depresión y su intervención terapéutica, modelo al cuál el autor de este escrito se adscribe firmemente y trata de desplegar seguidamente a nivel conceptual.

La “energía psíquica” o libido y los “energizantes psíquicos.”

Escribía Freud en 1923 en “Esquema del Psicoanálisis” (11): “el futuro puede enseñarnos cómo ejercer una directa influencia por medio de sustancias químicas particulares sobre las cantidades de energía y su distribución en el aparato mental. Quizás surjan aún otras posibilidades terapéuticas todavía insospechadas”. Ya Freud en su “Proyecto de una psicología para neurólogos” (12) destaca el concepto de magnitud de excitación o “energía” que se desplaza a lo largo de cadenas neuronales. Energía catéctica, psíquica, economía libidinal, factor Q o el equivalente más clarificador que Freud acuñó en su terminología metapsicológica como libido resultan ser términos parecidos con connotaciones particularmente diferentes que pueden originar cierta confusión. Se muestran muy interesantes las aportaciones que hicieron Freud y su discípulo suizo Jung, padre de la Psicología Analítica, quién en 1912 publicó sus ideas relativas en la libido en sus trabajos “Transformación y símbolos de la libido” (13) y “La psicología del inconsciente” (14), obras que marcaban sus diferencias y ruptura con Freud. La libido, para Jung, suponía la totalidad de la energía psíquica indiferenciada, energía general de la vida, que subyace a los procesos físicos y mentales del hombre y consideraba que la conducta humana no está determinada por la libido sexual que Freud defendía: “(...) en cuanto a la distinción entre los instintos sexuales y los instintos del ego, para mí, ‘libido’ significa sólo la energía de los primeros, de los instintos sexuales. Es Jung, y no yo, quien convierte a la libido en el equivalente de la fuerza instintiva de todas las facultades psíquicas, y quien combate la naturaleza sexual de la libido (...)”. (Freud, 1909)

Empero, retomando la idea de energía debe quedar claro que existe una energía vital, que se encuentra en todas las personas, donde la “energía psíquica” sería una parte muy importante. Si pretendemos entender la “energía psíquica” bajo principios de la física debemos remitirnos a Jung, quién considera la energía como un concepto cuantitativo en contra de otras postulaciones que la consideran más bien cualitativa. Jung recurrió a los principios psicoenergéticos de la física mediante la “ley de la conservación de la energía”, el “principio de la equivalencia” y el de la “constancia” para tratar de explicar los continuos vaivenes de la energía psíquica fruto de la interminable lucha entre tendencias opuestas a las que el psiquismo humano se ve sometido. El “principio de los opuestos” o dialéctica interna de la psique, rige la actividad de la libido o “energía psíquica”. La mente humana o “aparato psíquico” constituye el receptáculo o container, un sistema relativamente cerrado, que se autorregula en base a la lucha entre tendencias opuestas —consciente versus inconsciente, el calor frente al frío— mediante una función reguladora llamada “enantiódomía”. Permanentemente este “aparato psíquico” o “termostato” trata de acercarse al equilibrio psíquico y evitar grandes tensiones producidas por

los conflictos intrapsíquicos. Cuanto mayor son los conflictos mayor será la energía liberada y el exceso de tensión. Este conlleva sobreexcitaciones que son generadoras de patología mental tales como la neurosis o la psicosis.

Tal y como se comentaba la “energía psíquica” o líbido se haya ubicada en un container del que poco se sabe y que sin embargo es algo que está permanentemente presente en nuestro trabajo terapéutico diario: “contener al paciente” o “el paciente tiene herramientas para contenerse”. Puede entenderse que existirían dos formas para “contener” al paciente, una de tinte cualitativo y otra cuantitativo que es la que hasta el momento mayor peso se le ha concebido en este apartado. La cualitativa pertenecería al orden de la palabra y la representación.

Ante pequeñas tensiones psíquicas y con una organización yoica aceptablemente estable la persona puede reestablecer por sí misma o con ayuda de psicoterapia su equilibrio psíquico. Sin embargo, cuando las invasiones “cuantitativas” de energía desbordan la capacidad de autorregulación y el aparato psíquico se haya bajo una exigencia de un trabajo mayor para liberar el exceso de tensión es necesaria la acción de la psicofarmacología. Así pues, excesos de excitación desarticulan y desorganizan la lábil configuración yoica produciendo, por ejemplo, en las crisis de pánico, caídas momentáneas del nivel representacional, desestructuración y sobretodo desintegración posiblemente causado, en parte, por la desregulación de las neuronas que funcionan vía norepinefrina. Al no ser posible contener desde el ego e integrar estas cargas para todo el self, es cuando se agota la palabra y se hace necesario recurrir a los psicofármacos. El psicofármaco, puede ser aquí entendido como un objeto que puede actuar cuando la palabra, es decir el orden de la cualidad y de las representaciones desaparece, como consecuencia de la invasión cuantitativa del aparato. Mortimer Ostow aporta otro punto de vista en la producción de la patología mental refiriéndose no tanto al efecto desintegrador de las “invasiones energéticas” en el yo, si no considerando que la energía psíquica gobierna el estado de ánimo, de tal forma que en exceso puede inducir estados maniformes e incluso psicosis y en su defecto depresión o depresión psicótica (15). Este mismo autor pone el acento en la regulación del estado de ánimo como una de las funciones más importantes de la “economía psíquica” en términos de cantidad energética. Junto con su colega Kline sugiere el término “energizantes psíquicos” para los antidepressivos, como elementos reguladores que elevan el estado de ánimo. Se aprecia pues como con los psicofármacos, por ejemplo, los antipsicóticos, en dependencia de la dosis utilizada pueden precipitar estados de corte depresivo y cómo con los antidepressivos, en un exceso de dosis, estados psicóticos o manía. En este sentido los psicofármacos se vincularían con la idea de factores cuantitativos energéticos que se ha tratado de desarrollar.

Ansiedad y depresión como síntomas de alarma y el riesgo de la prescripción inmediata.

Para desarrollar este apartado sería interesante pensar en un ejemplo. Imagínese un paciente afecto de una tos donde el médico que le atiende le receta un antitusígeno para reducírsela. Tras ceder la tos, al cabo de unos meses vuelve la tos y con el medicamento vuelve a quitársela. Sin embargo, en esta ocasión el médico ha tenido que incrementar la dosis porque no cedía con la misma. Tras meses y años de tos periódica llega un día en el que el médico no puede cortar la tos con medicación y decide hacerle una radiografía de tórax apreciando un tumor de pulmón que produce la tos y que está muy extendido por todo el árbol bronquial. Quizás, si el médico hubiese actuado antes y hubiese prestado mayor atención ahora podría reducir o retirar el tumor más fácilmente.

Como ya se ha citado anteriormente Freud que centraba su atención en el inconsciente confiaba cada vez más en una ansiedad significativa como fuerza motriz. Una ansiedad que si aumenta en intensidad podría asemejarse a un síntoma de alarma -como la tos puede serlo de un tumor de vías respiratorias-, un síntoma indicativo de que alguna cosa no funciona bien en nuestro “aparato psíquico”, es decir, en nuestra salud mental. La psicopatología de los pacientes no deja de ser, por analogía con los síntomas médicos, factores de alarma. La ansiedad sería, por así decirlo, la fiebre del alma.

Recuérdese cómo los conflictos intrapsíquicos conformados por tendencias opuestas producían una sobreexcitación en los sistemas de regulación del humor y emocionales que podrían traducirse en ansiedad leve-moderada y/o síntomas depresivos. Tales síntomas “aconsejan” que se revisen aspectos íntimos o psicológicos para vivir mejor. La ansiedad forma parte del sentir humano y se debería aprender a escucharla. A pesar de ello la intolerancia a ésta puede conducir a reclamar psicofármacos para “vivir tranquilos”. Tras la toma de medicación y debido a que el paciente no siente ningún malestar se pierde una oportunidad de cambio o autoconocimiento. El paciente ya no tiene que preocuparse por esa ansiedad porque la medicación ya se la ha mitigado. Pero, siendo puristas puede pensarse que la medicación no traerá el alivio, si no la anestesia, que evitará el sufrimiento pero también el sentimiento y la vivencia de emociones agradables. Además de ello y siguiendo al psiquiatra clínico Alberto Ortiz (16) una pauta temprana de medicación -sin esperar ni ver- “puede hacerle creer que él (el paciente) no tiene recursos para enfrentarse a los avatares propios de la vida cotidiana”.

Si la ansiedad o depresión aparece de nuevo tras ser medicada quizás deba pensarse en aumentar la dosis previa y así sucesivamente. A partir del “modelo de encendimiento -*kindling*- y el del estrés” (17) en la depresión puede pensarse que la repetición de síntomas subumbrales velados y aniquilados por la medicación pueden llegar de forma insidiosa a episodios declarados de depresión mucho más difíciles de tratar producidos por cambios estructurales del cerebro y síntomas agudos cada vez más autónomos y menos susceptibles de ser tratados con psicoterapia.

Se piensa que no basta con reducir la sintomatología ansioso-depresiva mediante antidepresivos o ansiolíticos evitando así la progresión de un temprano trastorno del humor hacia la enfermedad florida o episodios recurrentes de depresión cada vez más difíciles de contener. De forma temprana debe incidirse sobre los factores estresantes o conflictos intrapsíquicos que son producto de efectos deletéreos en los diversos sistemas reguladores que conforman el “termostato” de la mente humana.

No hay fármaco que remedie la ansiedad, si no es a cambio de la anulación parcial neurofisiológica y mental del organismo. Muy a pesar de que la literatura “científica” señala que los antidepresivos podrían tener un efecto protector frente a las alteraciones del sustrato neurobiológico -como pérdida de volumen hipocampal (18 y 19)- en los sucesivos episodios depresivos se tiende a pensar también, que a pesar de que un paciente este exento de sintomatología ansiosa-depresiva debido a que toma medicación, si no ha resuelto o tratado parte de los motivos o factores que le llevaron a la depresión estos pueden seguir alterando de forma insensible la arquitectura cerebral hasta desencadenar nuevos episodios depresivos más difíciles de tratar. De alguna forma en los “trastornos menores” se puede apagar el fuego a cambio de dejar unas ascuas que aparte de producir daños insidiosos pueden originar nuevos fuegos más devastadores que los anteriores.

El uso de los psicofármacos como perspectiva biológica en la psicoterapia.

Cuando la sobreexcitación y la intensidad de angustia o depresión de los pacientes resulta muy intensa -*el factor cuantitativo*- se hace necesaria la perspectiva biológica que traerá la psicológica mediante el uso de los psicofármacos. De alguna forma los pacientes no pueden iniciar una psicoterapia si se ven sometidos a un “ruido afectivo” y ansioso tan alto que les imposibilite el poder pensar y sentir con claridad todo lo que se cuece en el proceso psicoterapéutico. Sucede lo mismo en otros trastornos, subsidiarios de una psicoterapia, como en la psicosis. En ésta se utilizan los neurolépticos para reestablecer las funciones de la percepción y en consecuencia cognitivas posibilitando así un abordaje por la palabra que permita trabajar las causas subjetivas del malestar. En las dificultades afectivas, en general los antidepresivos mejoran los procesos de pensamiento, con lo que ayuda al paciente a pensar de forma lógica y a razonar de forma deductiva, sin duda habilidades básicas para realizar una psicoterapia.

De alguna forma con la medicación a lo que se procede es bajar el “volumen afectivo” del paciente. Sin embargo y en ningún caso el fármaco debe taponar o suturar las preguntas que todo ser hablante deber hacerse sobre lo que ocurre. No se puede quitar todo el volumen ni mucho menos silenciar(le) la subjetividad del

paciente, pues la presencia de ésta será primordial para la realización de la psicoterapia.

Bellak aporta otra visión en la funcionalidad de los psicofármacos en la psicoterapia. Éste se refiere al uso de los fármacos como elementos para disminuir la “ansiedad de aproximación” a la psicoterapia o, como en el caso de los antidepressivos para proporcionarle al paciente la “energía” para relacionarse (20). Kramer incluso señala que los antidepressivos otorgarían el valor a los pacientes para tomar decisiones. Resulta por tanto esencial en la prescripción farmacológica que se llegue a la mínima dosis eficaz bajo la cuál el paciente puede realizar una psicoterapia. Es de vital importancia el no medicar al paciente hasta el punto en que se interfiera con la mayoría de las funciones vitales y se afecte indebidamente la prueba de realidad y el sentido de sí mismo. Es indeseable hacer que un paciente que se siente confuso o “fuera de este mundo”, esté tan letárgico que no tenga ninguna motivación para el trabajo psicoterapéutico.

Los fármacos son necesarios, en algunos trastornos mentales, como muletas o bastones en donde se sostienen los pacientes para llevar a cabo decisiones o cambios que sin su presencia difícilmente pudieran llevarse a cabo. Sin embargo el psiquiatra debe saber retirar estos a tiempo evitando así la cronicidad, iatrogenia y la tan extendida lacra en numerosos centros de salud mental, la dependencia psicofarmacológica.

En toda psicoterapia que se tercie es muy importante la existencia de dos ingredientes fundamentales cómo son la alianza terapéutica y el *rappport*, sin los cuáles intervenciones que se realicen pueden revolotear por la consulta sin llegar a ser asimiladas por el paciente. Dichos elementos se piensa corresponderían al clima o atmósfera de la consulta necesarios para todo proceso psicoterapéutico. Sin embargo antes incluso de esto debe valorarse la “atmósfera biológica” o lo que se ha denominado anteriormente “ruido afectivo”. La medicación favorecería esa atmósfera. Los fármacos son como la anestesia en la cirugía, “antes de que estuviera disponible la anestesia general, no sólo era excesivamente traumático sino a veces mortal, el desempeñar una operación en el abdomen sin la musculatura adecuadamente relajada” (20). En ocasiones, es tal el desbordamiento de algunos pacientes con altos niveles de ansiedad que es inevitable que deban tomar medicación.

Ideología medicamentosa.

Actualmente y más que nunca la psiquiatría se encuentra muy medicalizada y enmarcada enteramente dentro del saber médico, saber que no necesita del paciente para ser eficaz pues el médico sabe lo necesario acerca de la enfermedad y

por ende el enfermo no sabe pero tolera “ser sabido” por su médico. Imbuida en el paradigma médico de enfermedad el sujeto doliente de depresión se convierte en un mero espectador de su curación, por medio de un fármaco y tomando una actitud de espera. Cómo decía Carkhuff: “la mayor parte de las veces esta persona es referida a nosotros como paciente, lo cual crea una imagen de una persona sobre la que actúa el médico; una persona pasiva que solamente puede ayudarse a sí misma tomando una medicina y siguiendo las instrucciones de aquél” (21).

Roudinesco resalta que la depresión se encuentra en un esquema erigido en el modelo de enfermedad psíquica en la cuál se reducen toda suerte de síntomas sin intención de conocer su causalidad psíquica para ser tratados de forma exclusiva con los psicofármacos (22).

Es esta ideología medicamentosa la que, en numerosas ocasiones, marca las directrices del tratamiento de los pacientes y la propia concepción teórica de los trastornos afectivos. De tal forma que hay quienes, muy a pesar de “entender” los trastornos afectivos desde la esfera de lo biopsicosocial luego en la práctica real y diaria parecen concebir la depresión como una “enfermedad autónoma” únicamente influida y originada por alteraciones en los diversos sistemas cerebrales. Los pacientes son tratados como neuronas defectuosas, objetos biológicos, que responden de forma neuroquímica a la medicación. Tal forma de entender al paciente y de actuación científica puede favorecer la instalación del paciente en una mayor pasividad al mismo tiempo que evitarle toda responsabilidad en su propia curación. En una etapa de nuestra sociedad tan individualista en la que ha se vive, dónde los pacientes demandan “soluciones” rápidas y sin esfuerzo tales prácticas terapéuticas refuerzan el individualismo y la ceguera en las dificultades más humanas de las personas.

Parece que existe la opinión de que la psiquiatría es sinónimo de psicofarmacología, la psiquiatría cuenta con los psicofármacos como una de sus herramientas pero no es la única, la fundamental como refiere Lipovetzky sigue siendo poder escuchar la dimensión del sufrimiento de un sujeto dentro del contexto en el que esa inmerso, tanto social como familiarmente. El psiquiatra se dedique o no en su quehacer diario a la farmacología debe mantener simultáneamente una perspectiva psicológica y biológica contemplando las posibles anormalidades bioquímicas en ciertos síntomas y los posibles factores psicosociales que los envuelven.

Psicodinamia de la psicofarmacología

Más allá de conocer los efectos neurofisiológicos de los agentes psicotrópicos resulta muy interesante, particularmente en psicoterapia y en el encuentro médico-

paciente, conocer los sistemas interaccionales y psicodinámicos en torno al uso de la medicación. Tales elementos y factores relacionales es lo que se ha venido a llamar por Gutheil “La Psicología de la psicofarmacología” (23). Existen ciertas motivaciones e influencias a la hora de diagnosticar y prescribir la medicación. Resulta muy difícil ser plenamente estéril en el encuentro paciente-médico, médico-paciente, existen factores contratransferenciales que, en contadas ocasiones resultan un obstáculo para operar en un ambiente más aséptico y que en la medida que se conozcan se podría beneficiar al paciente y acabar la jornada laboral más descansado. Como comenta Garrido “cuando se ha establecido una comprensión tanto dinámica como diagnóstica del paciente antes del uso de la medicación, uno se encuentra en mejor disposición para medir si síntomas específicos y efectos colaterales son mejor manejados interpretativamente o psicofarmacológicamente” (24). Si el terapeuta restringe la comprensión del paciente a una u otra de estas categorías, entonces las opciones terapéuticas se limitan y el uso de esta valiosa superposición se pierde.

De alguna manera debería ponerse en las prácticas prescriptivas “una tercera oreja”. Y cuando se menciona tercera se refiere a la tercera instancia psicoanalítica: el espacio transicional de Winnicott (25) en donde se enmarca la relación terapéutica y en donde el fármaco juega el papel de objeto transicional. La medicación puede constituir ese objeto winnicottiano, objeto sostenedor que permite a los pacientes experimentar su potencial latente para establecer nuevas formas o pensar alternativas en la relación consigo mismos y con los demás. Resulta ser también aquel contenedor proyectivo de, no sólo las ansiedades, conflictos del paciente sino también las del propio psiquiatra. En definitiva un tercer espacio mental digno de ser pensado. A colación de ello resulta muy interesante la idea que Korman expone acerca del poder que los pacientes con adicciones otorgan a las drogas. Para este autor los toxicómanos conceden un lugar de poder a las sustancias de manera que el paciente no se siente responsable de sus actos, como sujeto (26). A menudo puede apreciarse como muchos pacientes atribuyen mejoras en sus vidas de forma casi absoluta gracias al fármaco prescrito, de tal forma que se(les) posicionan en un rol de pasividad, de paciente o enfermo que los perjudica a largo plazo. Si bien es cierto que los fármacos pueden ser el motor inicial para tomar las riendas de la vida no son los que construyen o piensan en alternativas a la encrucijada vital que les trae a consulta, ¿dónde quedan los logros personales del paciente, lo que ellos mismos consiguen? De alguna forma se pone en primer plano también los aspectos menos diferenciados del sujeto y de su propia identidad. Y esto enlazaría con el vínculo y la identidad mantenida con el fármaco, de tal forma que aquellos menos diferenciados tendrían dificultades para desvincularse del fármaco y estarían en una posición idealizadora y fantasiosa acerca del poder curativo de los medicamentos. De alguna manera para estos pacientes los fármacos serían vistos como vicarios.

De todos es sabido el incumplimiento terapéutico por parte de muchos de nuestros pacientes. Este puede ser simplemente debido a los efectos colaterales y adversos de los medicamentos o puede tener otras lecturas no explicables a nivel psicofarmacológico. Una de ellas se corresponde con los “beneficios o ganancias secundarias” de aquellos pacientes que se aferran a sus síntomas y que abandonan toda clase de medicación al temer alejarse de su rol de enfermo. Desde un punto de vista psicoanalítico, el más valioso para la comprensión de estos fenómenos, puede también darse un significado transferencial a la medicación. De tal forma que los aspectos de la transferencia pueden afectar la experiencia subjetiva del paciente y la acción de la medicación. Algo muy habitual es apreciar debido a la activación de transferencias parentales a nivel inconsciente cumplimientos deficientes. Esto es muy frecuente en los pacientes denominados “*manipulative help-rejectors*” (27). Existen factores psicológicos profundos en la relación del paciente con su psiquiatra y viceversa que puede incluso llevar al llamado “efecto placebo negativo” (28) que se traduce por efectos colaterales que no pueden ser explicados a nivel farmacológico.

En oposición a lo anterior se encontrarían aquellos pacientes que aún considerando en remisión total de su trastorno depresivo se ven anclados a la medicación rogando al psiquiatra mantener la medicación de por vida. Sea quizás oportuno en estos pacientes el revisar la farmacodependencia (29) tras la cual puede esconderse alteraciones del vínculo o apego (30). Como se aprecia, los psicofármacos como contenedores de las propias proyecciones del paciente y terapeuta ofrecen oportunidades o momentos de significación muy valiosos para la terapia como para el propio terapeuta.

Otro elemento que ya se apuntaba al principio es el propio manejo de la contratransferencia en la implementación farmacológica. Las motivaciones, ansiedades y elementos inconscientes implicados en el manejo y prescripción farmacológica. El *resiliente* Cyrulnik explica que en un estudio realizado a psiquiatras en Francia se apreció que aquellos que manifestaban sentirse inquietos e inseguros en su equipo de trabajo acostumbraban a recetar más cantidad de psicofármacos (31).

Para la Asociación Psicoanalítica Americana el uso de medicación se justifica sólo cuando su uso no impida mantener la técnica psicoanalítica. A pesar de ello siguen existiendo psicoanalistas ortodoxos que evitan el uso de la medicación por temor a que la medicación interfiera en los fenómenos de transferencia reduciendo incluso la motivación del paciente a la terapia.

Es importante valorar los “significados” de los psicofármacos que para los psiquiatras y para el paciente tienen. En una actual psiquiatría segmentada donde partidarios de lo psicológico y lo biológico se debaten por el preciado botín: la piqué, algunos psiquiatras, aprovechando viejas trifulcas con el psicoanálisis y con el mundo psicológico cuentan con el instrumento idóneo que les permite diferenciarse más que nunca y fundamentar su desprecio por el mundo *psicológico*.

La medicalización de la sociedad.

En la actualidad se está realizando un uso indiscriminado de la medicación psiquiátrica para casi todos los trastornos mentales, relegando en numerosas ocasiones la psicoterapia a un papel secundario y complementario. Si bien es cierto que en algunos trastornos mentales la farmacología debe actuar como principal protagonista en otros debe ser la psicoterapia. Como afirma la psicoanalista Victoria Queipo hoy en día mediante la crisis económica se produce un disparadero de trastornos psicológicos donde “prima la inmediatez, la urgencia de los sujetos por desterrar los conflictos y superar rápidamente todo aquello que les aflige”. Lo *expresso* en la sociedad empieza a ser una corriente: psicoterapias *express*, pacientes *express*, psiquiatras *express*...

Se piensa que nos encontramos en la era de la medicalización de la gran mayoría de los trastornos mentales y peor aún, de las situaciones cotidianas. No está de más recordar y conviene mencionar que en parte son los psiquiatras responsables.

Desde hace algún tiempo los pacientes que acuden a consulta acuden solicitando respuestas rápidas a sus dolencias a través del ruego de un antidepresivo o de la píldora a la que atribuyen toda clase de atributos mágicos y curativos. Inmersos en la era de la “psicofarmacología cosmética” (10), donde se utilizan los antidepresivos como meras *pseudoprotesis* de defectos leves de las personas y fetiches que conforman hasta un *modus vivendi* en paralelo con la moda del momento. Frases del estilo: “doctor, lo que me pasa es que tengo la serotonina baja” resultan ser la carta de presentación de muchos pacientes. Tal situación conlleva una tarea muy laboriosa para ir más allá del “diagnóstico químico” y conseguir que el paciente hable de (desde) sí mismo. Las demandas, comenta Carmen Lafuente, han cambiado y cada vez son menos una pregunta y más una respuesta ofrecida por el saber supuestamente científico que produce una lectura tan sesgada de la realidad psíquica que a los genes y a las reinas aminoradas se le atribuyen demasiadas cosas. Pero...tan preocupantes son las demandas de los pacientes como las respuestas que los psiquiatras acostumbramos a ofrecerles.

Tal es así que se aprecia como en numerosos centros ambulatorios de salud mental impera de forma absoluta el modelo médico que resulta ser un tratamiento breve, expedito y parcheante. Un modelo vinculado a numerosos psiquiatras que creen, casi de forma indiscutible que los psicotropos atacan de raíz los trastornos mentales. Los hay también que reconocen la esfera psicosocial de los trastornos mentales en un marco teórico, observándose luego, en la práctica diaria tal concepto teórico ausente, ni siquiera en forma de derivaciones para psicoterapia.

Resulta que la psicoterapia es un tratamiento que se contempla en los trastornos mentales y cómo tal, al igual que los psicofármacos, la terapia electroconvulsi-

va etc. debe ser conocido por el psiquiatra. En algunos trastornos es la psicoterapia el tratamiento principal y en muchos otros se encuentra en el mismo nivel que la psicofarmacología (32). A pesar de ello la psicoterapia se desprecia y desplaza para trastornos leves, cuáles de forma cronificada pueden llegar a ser un auténtico calvario. No se logra entender, incluso, como en algunos centros el psicólogo se le “utilice” únicamente para pasar pruebas psicométricas cuya finalidad, más allá de perfilar la clínica y el diagnóstico del paciente, es la investigación.

Para finalizar y pensar al respecto se trae un ejemplo. Imagínese a una mujer con el diagnóstico de carcinoma de útero susceptible de ser tratada con quimioterapia a quién se le dice que lo único que los médicos pueden hacer por ella es intervenirla quirúrgicamente. A pesar de que el tratamiento de elección es la quimioterapia resulta que en ese centro sólo practican la cirugía. Algo parecido sucede cada vez más en muchos hospitales y centros de asistencia en salud mental en donde la psicoterapia queda relegada al cuarto oscuro de la psiquiatría, incumpléndose de forma notable lo que el Boletín Oficial del Estado (33) refiere en la Cartera de Servicios de la Atención en Salud Mental: “comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso la hospitalización”.

IV. Reflexión final

Tan inoportuno parece un psiquiatra que ignora el mundo de la psiqué como el psicólogo que desconoce por completo el de la psicofarmacología. Aunque cada uno se dedique a prescribir y a realizar psicoterapia de forma respectiva conveniente es el reflexionar acerca de algunos elementos descritos en el artículo. En especial el psiquiatra cuando prescribe medicación desde el diagnóstico y no desde la propia escucha clínica y necesidad de los pacientes.

Se piensa que el destino del hombre no se limita a su ser biológico. En la psiquiatría actual debería desaparecer de una vez por todas la dicotomía cartesiana que domina el ejercicio de la profesión y que conduce, lamentablemente a algunos, a adscribirse al mundo de lo psicológico o de lo biológico. La eterna dualidad empieza a tener su fin con la actitud integradora (34) que algunos tratan de mostrar y defender frente a las pretensiones oscurantistas y omnipotentes de los que quieren reducir el pensamiento humano a una neurona y frente el narcisismo, a veces casi mesiánico, de los que mediante denuncias extravagantes y bagatelas creen dogmáticamente en el determinismo psicológico por encima de todas las cosas.

En la trastienda y entre bambalinas la psicofarmacología esconde lo que muchos conocen y deberían tratar de reparar: la gran influencia imperante en estos días de la biología sobre la psicopatología diagnóstica y terapéutica de muchos pacientes depresivos que conduce cada vez más a un uso irracional de la psicofarmacología.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) STAHL, SM. (2006). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Barcelona: Ariel Neurociencia.
- (2) DSM-IV-TR. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- (3) CIE-10.(1993). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- (4) ESCUDERO, A. ET AL. (2008). La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): del síndrome “puro” a la “terapia de la amenaza”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVIII, n.º 102, pp. 283-305.
- (5) O´DELL JW, DICKSON J. (1984). Eliza as a “therapeutic” tool. *J Clin Psicol.* Jul, 40 (4), pp. 942-5
- (6) COWEN, PJ. (2008). Serotonin and depression: pathophysiological mechanism or marketing myth? *Trends Pharmacol Sci.* Sep; 29 (9), pp. 433-6
- (7) IOANNIDIS JP. (2008). Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philos Ethics Humanit Med.* 2008 May 27;3:14.
- (8) GUIMÓN, J. (2007). Usos y abusos de las dimensiones y los espectros. *Interpsiquis*; (2007) Accesible en: URL: <http://www.psiquiatria.com/articulos/otras/29822/>
- (9) PEREÑA, F. (2006). *Soledad, pertenencia y transferencia*. Madrid: Síntesis.
- (10) KRAMER, P.D. (1994). *Escuchando al Prozac*. Barcelona: Seix Barral.
- (11) FREUD, S. (1923). “*Esquema del psicoanálisis*”. Barcelona. Biblioteca Nueva.
- (12) FREUD, S. (1895) *Proyecto de una psicología para neurólogos*. En *Obras Completas Vol.2*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- (13) JUNG, C. (1911) *Transformación y símbolos de la libido*. Vol.2. Barcelona: Trotta.
- (14) JUNG, C. (1912). *La psicología del inconsciente*. Vol.2. Barcelona: Trotta.
- (15) OSTOW, M. (2004). *Psychopharmacology and Psychoanalysis*. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* Vol 41 No. 1, pp. 17-22
- (16) ORTIZ A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En: Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. pp. 313-323
- (17) KENDLER, KS., THORNTON, LM., GARDNER, CO. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the “kindling” hypothesis. *Am J Psychiatry.* Aug; 157(8):1242-51.
- (18) BREMMER, JD. ET AL. (2000) Hippocampal volume reduction in major depression. *Am J Psychiatry.* Jan;157(1), pp.115-8.

- (19) SHELINE, YI., GADO, MH., KRAEMER, HC. (2003). Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry*. Aug; 160(8), pp. 1516-8.
- (20) BELLAK, L. (1993) *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México, D.F.-Bogotá, D.C.: Manual Moderno.
- (21) SUNYER, JM. *Orientación psicológica grupal analítica. Reflexiones desde la práctica*. Madrid, 2005, Biblioteca Nueva.
- (22) ROUDINESCO, E. (1999). *¿Por qué el Psicoanálisis?* París: Fayard.
- (23) GUTHEIL, T.G. (1982). The psychology of psychopharmacology, *Bulletin of the Meninger Clinic.*, 46 (4), pp. 321-330.
- (24) GARRIDO, G. (2006). Psicodinamia de la psicofarmacología. *Revista digital Academia Bio-médica Digital*. Accesible en URL: <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeCinco/Articulos/Psiquiatria/psicodin.htm>
- (25) WINNICOTT, DW. (1967). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa
- (26) KORMAN, V. (1996). *Y antes de la droga, ¿qué? Una introducción a la teoría psicodinámica de la estructuración del sujeto*. Barcelona: Grupo Igia.
- (27) GUIMÓN, J. (2007). *Eficacia de las terapias en salud mental*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- (28) GUIMÓN, J. (2007). *Crisis y porvenir del psicoanálisis*. Bilbao: Universidad de Deusto – Serie Psicología, vol.8.
- (29) MARRONE, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- (30) BOWLBY, J. (1993). *La separación afectiva. El apego y la pérdida*, Vol.II. Barcelona: Paidós.
- (31) Cyrulnik, B. (2009). “La resistencia y la resiliencia de las mujeres y los niños víctimas de la violencia”. En: Jornadas Europeas de Trauma y Resiliencia 20 de marzo 2009 en Barcelona. Centro EXIL. Disponible en: URL: <http://traumayresiliencia.blogspot.com/>
- (32) *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. (2005). Barcelona: Ars Médica.
- (33) ESTÉVEZ, F. Psicoterapia y frivolidad. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, Vol. 7, N.º1, pp. 51-56, 2007
- (34) RIBÉ, JM, MARTÍN, T. (2009) “Psicoanálisis, neurobiología: el fin de una dualidad. *Rev. PSI-QUIATRÍA.COM 13 (1)*. Disponible en: URL: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/42990/>