



Psicoterapia psicoanalítica y medicación. Hacia el final de una dicotomía

Guillermo A. Garrido¹.

¹Psiquiatra Médico Internista-Psiquiatra Clínica Luis Razetti
ggarridog@telcel.net.ve

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia
Biomédica Digital.

RESUMEN

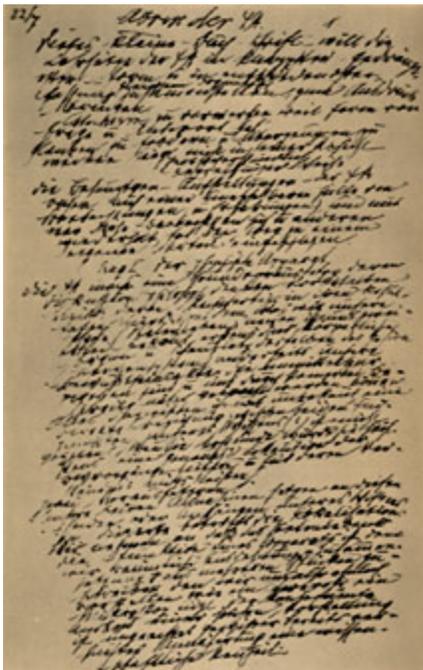
El tratamiento combinado o farmacoterapia ha sido visto como algo antagónico a través del tiempo. La comunidad psicoanalista lo rechaza argumentando que los medicamentos atenúan o suprimen los síntomas depresivos o ansiosos y así se interfiere el acceso a los conflictos psíquicos, deteniendo el progreso del tratamiento analítico. La dicotomía biología vs. psicología y drogas vs. psicoterapia es una manifestación del dualismo mente-cuerpo. Afortunadamente los avances en neurociencia han introducido a muchos analistas a reconsiderar este punto de vista y actualmente el uso de la terapia combinada es más frecuente y mejor documentada, con los consecuentes beneficios para el paciente.

INTRODUCCIÓN

Históricamente el uso de drogas en psicoterapia ha sido visto como algo antagónico. La comunidad psicoanalítica ha rechazado el uso de medicación psicotrópica sobre la base de que usando medicamentos para atender o suprimir los síntomas depresivos o ansiosos, se obstruiría el acceso a los conflictos psíquicos y de esa forma se impediría el progreso del tratamiento analítico, ya que "el paciente que está muy confortable, tiene poca motivación para el trabajo

analítico". De tal manera, que solo si los síntomas son suficientemente severos como para poner en riesgo la situación analítica, se le prescribirían medicamentos, y aun entonces esto sería considerado, en el mejor de los casos, como un mal necesario.

Otras hipotéticas interacciones negativas propuestas por el psicoanálisis han sido, que las drogas pueden funcionar como un efecto placebo negativo aumentando así la dependencia del paciente, también que las drogas pueden eliminar un síntoma pero crear otros por sustitución, permaneciendo intacto el conflicto subyacente. También se ha dicho, que el efecto placebo de la medicación alienta el pensamiento mágico y que su indicación podría además, ser experimentada como un ataque narcisista por aquellos pacientes quienes perciben a la psicoterapia como una forma más saludable y socialmente aceptable de tratamiento. Y por último, se piensa que la inclusión a la situación analítica de fármacos introduce artefactos que confunden la transferencia.



Por muchas décadas, muchos psicoanalistas han parecido ignorar las frecuentes referencias de Freud a la química de la mente y su visión sobre el potencial de la farmacoterapia fue mucho más abierta y optimista que la de muchos de sus seguidores. Escribió en 1938 en Esquema del Psicoanálisis; " El futuro puede enseñarnos como ejercer una directa influencia por medio de sustancias químicas particulares sobre las cantidades de energía y su distribución en el aparato mental. Quizás surjan aun otras posibilidades terapéuticas todavía insospechadas."Escribe también en Esquema del Psicoanálisis; " Tendremos en cuenta que los fenómenos que nos ocupan, no pertenecen únicamente a la psicología, sino que también tienen su faz organico-biologica y en consecuencia al construir el psicoanálisis también hemos hecho importantes descubrimientos biológicos y no pudimos rehuir nuevas hipótesis de esta índole."En su Autobiografía Freud afirma, "Para evitar equivocadas interpretaciones haré constar que estoy

muy lejos de negar la existencia del conflicto psíquico en la neurastenia, me limito a afirmar que los síntomas de estos enfermos no se hallan determinados psíquicamente ni son susceptibles de supresión por medio del análisis, debiendo ser considerados como consecuencia tóxica directa del quimismo sexual". Y en Duelo y Melancolía Freud expresa; "En el cotidiano alivio del estado melancólico durante las horas de la noche, debe intervenir un factor probablemente somático inexplicable desde el punto de vista psicogeno".

Solo es posible entender esta rígida persistencia de la dicotomía entre Biología vs. Psicología y Drogas vs. Psicoterapia como una manifestación del dualismo mente cuerpo, lo cual ha sido la visión fundamental de la naturaleza humana en nuestra sociedad. Este dualismo, en su más antiguo origen, es la creencia de que el hombre posee un alma inmortal que puede existir sin un cuerpo. A partir del siglo XVII con Descartes, la psicología pudo desarrollarse aparte de la teología, pero la visión de una mente racional independiente del cuerpo enraizó más este dualismo y esta dicotomía cartesiana se apoyo en leyes de lo psicológico distintas de leyes de lo físico.

Desde sus raíces en la neurología, el Psicoanálisis y la Psicoterapia han llegado a ser del dominio de psiquiatras y terapeutas no médicos, que progresivamente han quedado apartados de la

medicina, aumentando cada vez más su interés en la mente pero apartándose al mismo tiempo de su interés en el cuerpo. De esta manera, la investigación somática y el movimiento Psicoanalítico se han desarrollado en gran parte separadamente, desviándose así de los esfuerzos integracionistas de Freud.



En 1950 el tratamiento somático fue revolucionado por el descubrimiento de las principales clases de drogas usadas actualmente. En las siguientes décadas el número de pacientes tratados ambulatoriamente con drogas aumentó y la polarización entre lo biológico y lo psicológico empeoró. Los dogmáticos, cada uno desde su lado, piensan que solo su método cura. Los creyentes en la psicoterapia dicen que la medicación es temporal y superficial en su efecto y que las drogas son muletas que restan autonomía. Los farmacólogos por su parte, aseguran que los pacientes solo tienen un desbalance químico y por tanto ven a la psicoterapia también como una muleta que socava la autonomía.

Desde cada lado cometen un error científico, alegando que solo ellos tratan la etiología subyacente. Nosotros no sabemos la causa de las enfermedades mentales. Solo podemos identificar conflictos psicodinámicos y anomalías bioquímicas en ciertos síntomas, pero es un error confundir estos hallazgos con la etiología de un síndrome. Cada desorden en la conducta tiene su sustrato neuroquímico, el cual puede haber sido inducido o por factores psicógenos o por factores psicosociales

Freud nos dice en 1912, en Dinámica de la Transferencia, "Habremos de prevenirnos de nuevo, en este punto, contra un injusto reproche. Porque hacemos resaltar la importancia de las impresiones infantiles, se nos acusa de negar la que corresponde a los factores congénitos (constitucionales). Este reproche tiene su origen en la limitación de la necesidad causal de los hombres, que en abierta contradicción con la estructura general de la realidad, quisiera darse por satisfecha con un único factor causal. El psicoanálisis ha dicho muchas cosas sobre los factores accidentales de la etiología y muy pocas sobre los constitucionales, pero solamente porque sobre los primeros podía aportar gran cantidad de nuevos datos y, en cambio, de los últimos no sabía nada especial, fuera de lo generalmente conocido. Rehusamos establecer una oposición fundamental entre ambas series de factores etiológicos, y suponemos, más bien, la existencia de una colaboración regular de ambas para la producción del efecto observado. El destino de un hombre es determinado por dos poderes -disposición y azar- y muy rara vez, quizá nunca, por uno solo de ellos. Solo individualmente y en cada caso particular, es posible aquilatar la participación de cada uno en el proceso etiológico. La serie formulada por las combinaciones de ambos factores en distintas magnitudes ha de tener, desde luego, sus casos extremos. Según el estado de nuestro conocimiento, estimaremos diferente la participación de la constitución o de las experiencias en cada caso particular, conservando siempre el derecho de modificar nuestro juicio conforme a los progresos de nuestro saber" (fin de la cita).

Afortunadamente los avances en neurociencias han debilitado viejos prejuicios acerca de cómo ambas formas de tratamiento afectan tanto a mente como a cuerpo y pareciera que muchos analistas están reconsiderando este punto de vista y ahora utilizan fármacos cada vez más en forma combinada con el tratamiento analítico. Lo que hasta ahora parecía solo una tendencia comienza a ser documentada y publicada en revistas científicas y el miedo de psicoanalistas



ortodoxos de que las drogas interferirían con los fenómenos de la transferencia o que podrían reducir la motivación del paciente a la terapia está ahora sujeto a revisión por su dudoso fundamento.

Donovan, en 1995 publica en la primera revisión realizada sobre el tema, los resultados de un estudio con 227 pacientes sometidos a análisis en un periodo de 5 años y de 45 analistas encuestados acerca del efecto de la medicación, tanto sobre la evolución del proceso analítico, como sobre la patología de los pacientes en análisis.

El 21% de los pacientes tratados por el grupo de analistas encuestados recibían medicación y de este grupo el 84% experimentó mejoría, no solo en la condición clínica del paciente sino también en el proceso analítico, a juicio de sus analistas.

PSICODINAMIA DE LA PSICOFARMACOLOGÍA

Desde el punto de vista psicoanalítico también un significado transferencial puede ser dado a la medicación. De tal manera, que los aspectos de la transferencia pueden afectar la experiencia subjetiva del paciente y la acción de la medicación, y de allí, no solo nace la importancia del diagnóstico, sino también de la comprensión de la transferencia antes de prescribir cualquier medicación. Sin una comprensión de las relaciones recíprocas entre medicación y transferencia, dejamos demasiado en manos del paciente para la evaluación de los resultados y los efectos colaterales posibles de los psicofármacos, con el peligro de ser interpretados estos como fenómenos psicológicos o rodeos defensivos contra los fármacos en momentos difíciles de la terapia.

Cuando se ha establecido una comprensión tanto dinámica como diagnóstica del paciente antes del uso de la medicación, uno está mejor capacitado para medir si síntomas específicos y efectos colaterales son mejor manejados interpretativamente o psicofarmacológicamente. Sí 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.

En la situación analítica debemos observar todos los sentimientos y reacciones relacionadas a la medicación como reacciones transferencias al terapeuta y observaremos a los medicamentos como objetos simbólicos, puesto que todo cuanto ocurra en la transferencia puede ser interpretado y todo el material analítico adicional que de allí surja podría facilitar más que retrasar el tratamiento.

La medicación por su parte también puede ser entendida como un "*objeto transicional*". Winnicott desarrolló este concepto a partir de agudas observaciones en niños. El paciente en su situación de enfermedad también experimenta estados regresivos que la situación analítica puede facilitar y desde la cual puede sentir a la medicación como un objeto transicional.

Para Winnicott los objetos transicionales funcionan como un puente tendido entre el mundo interno y externo del niño. La medicación en este caso funcionaría de esta misma manera, es parte del paciente y parte del terapeuta, como en su momento el objeto transicional fue parte



del bebé y de la madre. De la misma manera como el pecho no está disponible constantemente, el terapeuta tampoco, pero la medicación como objeto transicional puede ser conservada por el paciente.

La medicación estaría entonces a mitad de camino entre ambos, en el espacio intermedio, como un soporte que le permita puntear una primera etapa y apoyarse en un objeto para poder continuar el camino. Como este objeto representa al terapeuta, es esencial que este sea vivido como un objeto bueno, en otras palabras que ocupe el lugar de la madre continente y, en la situación analítica, al terapeuta, pero sin reemplazarlo

totalmente; solo así podrá elaborar progresivamente su ausencia.

La relación con el objeto transicional se origina en el dominio de lo mágico como ocurre con el efecto placebo y a la vez como con la medicación, los objetos transicionales ayudan a desarrollar la capacidad de espera, a tolerar la frustración y a re-unirse en la fantasía con la madre-terapeuta que no está. Por lo tanto puede concluirse, que en la medicación como en el objeto transicional importa tanto su valor simbólico como su realidad.

Pero cuando la relación con estos objetos persiste en forma prolongada y exclusiva hablamos de una cronificación patológica, y Winnicott describe varias formas de esta evolución patológica de las que tomaremos por ahora solo una, como son las adicciones.

Mas allá del potencial adictivo de una droga desde el punto de vista farmacológico, también por esta vía pueden convertirse en adictivas. En este caso la medicación no sirve para elaborar la ausencia del terapeuta, sino que sirve exclusivamente para negarla. Su uso se ha pervertido de su función original y a partir de ese momento es ahora un talismán, un objeto acompañante como en el caso de las fobias o cualquier otra cosa pero no terapéutica. Habría entonces una tenue línea entre el empleo positivo y negativo de la medicación asumido como objeto transicional.

El efecto benéfico de un diagnóstico preciso y de un efectivo tratamiento ya sea que incluya medicación, debería esperarse que intensifique los sentimientos transferenciales positivos del paciente, sobre todo en pacientes con enfermedades afectivas en quienes el trabajo analítico puede ser muy pobre mientras mantenga un estado de severa depresión.

Freud nos dice en su artículo de 1913, La Iniciación del Tratamiento;" El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico".

El psicoterapeuta que trabaja analíticamente con un paciente que sufre trastornos afectivos y/o ansiosos necesita mantener simultáneamente una perspectiva biológica y psicológica. El analista debe distinguir entre los esfuerzos psicológicos para adaptarse a una extraviada función cerebral y los esfuerzos psicológicos para adaptarse a los disturbios que ocurren en su mundo intrapsíquico. Este aspecto es necesario entenderlo, no como un reflejo de sus operaciones defensivas claudicantes o sus inadecuadas formaciones de compromiso, sino como una reacción de otro aspecto sano de su personalidad a la experiencia de sentirse agobiado por los estados de ánimo generados biológicamente.

Dice Ostow en su trabajo sobre Dificultades técnicas para el uso de drogas en psicoanálisis de 1957; *Aun cuando el paciente pueda usar la medicación para reforzar su resistencia al análisis, yo no sería capaz de justificarme a mi mismo el negar un instrumento que podría*

prevenir un posible suicidio, solo por la intención de asegurar un mejor tratamiento si el paciente sobrevive.

Esto nos confronta con el hecho de que la teoría clásica del psicoanálisis sería válida entonces solo dentro de ciertos límites, y no deberíamos por tanto ignorar sus deficiencias ni forcejear para enmascararlas, sino más bien hacer los cambios que la realidad requiere.

Podemos afirmar en este momento que existen condiciones que el paciente no puede cambiar sin medicación y resistencias que no quiere cambiar pero que pueden ser tratadas con psicoterapia. La ansiedad es por ejemplo un sistema de alerta que prepara para la acción a fin de desviar peligros desde impulsos inconscientes o desde el ambiente, pero también es una experiencia desorganizante e insoportablemente dolorosa y el organismo hará el mayor esfuerzo para apartarse de esa experiencia. Existen además, grupos de personas quienes son crónicamente ansiosos, a menudo fóbicos y hasta con intermitentes ataques de pánico, quienes han desarrollado una ansiosa estructura de personalidad secundaria a una desregulación biológica inmensamente desordenada. Por otra parte, evitar el uso de medicamentos puede servir al paciente para negar su patología o la severidad de la misma.



Es más o menos claro que un terapeuta no daría fármacos a un paciente al menos que crea que sus síntomas o el proceso que sufre la enfermedad que produce tales síntomas no puedan ser manejados por el paciente a través de la terapia en un momento dado. Para la Asociación Psicoanalítica Americana el uso de medicación se justifica solo cuando su uso no impida mantener la técnica psicoanalítica. Debe ser posible prescindir de ella una vez que haya terminado su utilidad y el paciente debe ser capaz de hacer alguna clase de

insight sobre su función.

Debe investigarse y escribirse mucho sobre las complejas interacciones que ocurren en el tratamiento combinado de medicación y terapia analítica en un mismo paciente, pero para establecer cual es el momento apropiado para iniciar medicación, puede ayudarnos él preguntarnos en actitud autoanalítica; ¿Cuál es el riesgo si damos medicación cuando lo que el paciente necesita es más análisis o diferente análisis? y ¿Cuál es el riesgo si no damos medicación cuando es esto lo que realmente el paciente necesita?

Una vez que se ha decidido uso de medicación en combinación con psicoterapia, el éxito dependerá en gran parte de la droga seleccionada. Está claro que el uso de psicofármacos es un hecho racional y deberá obedecer a razones específicas empleadas para la selección de ciertas drogas en lugar de otras y esa selección con los avances de la farmacología y la neurobiología tiende a simplificarse por las ventajas que ofrecen ciertas moléculas de reciente desarrollo, cuyas características las hacen más adaptables a las exigencias de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica

Hasta hace casi una década, el arsenal terapéutico disponible incluía drogas de difícil manejo, algunas llamadas drogas sucias por la cantidad de metabolitos activos e inactivos productores de efectos indeseables, vida media muy prolongada y poca especificidad por el receptor. En este



momento disponemos de drogas con diferentes efectos terapéuticos en una sola molécula, lo cual nos evita tener que prescribir más de un fármaco para más de un síntoma

Algunos inhibidores de la recaptación de serotonina, como por ejemplo, la paroxetina reúnen diferentes propiedades farmacológicas, como son, efecto antidepresivo, antipánico, antiobsesivo y ansiolítico y poseen además ciertas características que pueden hacerla apropiada para su uso en psicoterapia. Tales características deben ser evaluadas en función de las necesidades del contexto psicoterapéutico en la intención de que las características de la droga y su manejo produzcan el menor número y clases de interferencias posibles al proceso

terapéutico.

Planteo que existiría un perfil a considerar en la selección de un psicofármaco antes de ser utilizado en psicoterapia y cuyas características defino a continuación:

1. Debe ser una droga de vida media intermedia, puesto que las de vida media corta aumentan las posibilidades de inducir dependencia y las de vida media larga pueden generar su acumulación, lo cual requeriría de inconvenientes intervenciones para su interrupción y/o ajuste.
2. Su metabolismo deberá producir el menor número de metabolitos activos o estar libre de ellos, ya que son estos los responsables de muchos de los efectos colaterales adversos a los cuales nos hemos referido con respecto a su significación para el paciente. Además, tales efectos podrían requerir de fármacos adicionales, lo cual vendría a complicar el manejo psicoterapéutico.
3. La droga seleccionada deberá tener una efectividad terapéutica que se mantenga o se incremente en el tiempo sin que requiera de ajustes en la dosis. Es decir, una curva dosis-respuesta no dependiente de la dosis.
4. Su posología será de fácil cumplimiento evitando la administración de dosis repartidas en el día, que faciliten omisiones en las dosis (actos fallidos, lapsus, etc.).
5. No requerirá de monitoreo farmacológico, es decir, de la determinación de niveles plasmáticos para su seguimiento.
6. No suprimirá la fase REM del sueño, lo cual interferiría con la aparición de actividad onírica tan útil como necesaria en la labor analítica y que por tanto se considerara material privilegiado a proteger.

La prescripción de fármacos en psicoterapia conviene realizarla una vez concluido el tiempo de sesión, a fin de proteger el encuadre propuesto para el trabajo analítico. Intentaremos no volver sobre el tema de la medicación hasta tanto sea estrictamente necesario intervenir para la realización de alguna clase de ajuste, modificación o adición en lo inicialmente indicado. Esperaremos por tanto las producciones del paciente sobre sus fantasías relativas al significado atribuido a la medicación para su correspondiente análisis.

En relación con la inclusión de medicación con respecto al setting, compartimos la idea de que dicho setting puede -si es necesario- evolucionar y cambiar sin daño de la meta intentada, a través de adecuadas modificaciones capaces de mantener condiciones estables de trabajo analítico. Estas modificaciones estarían indicadas por las características clínicas del caso y las

necesidades del paciente y no por comodidades, complicidades o perversiones, conscientes o no de la diada terapéutica.

Con el uso de medicación lo que se persigue es hacer al paciente más accesible verbalmente y cognitivamente a las intervenciones psicoterapéuticas. La medicación apropiada es aquella capaz de actuar sobre áreas relacionadas con la función de autonomía del YO, como son la memoria, el pensamiento, la destreza verbal, la atención, la concentración y las capacidades motoras. Su efecto placebo puede avivar además la confianza del paciente en el tratamiento para que este lo aliente a buscar objetivos en mayor profundidad a través del análisis.

Sin embargo, la mayor función de la farmacoterapia es la de asistir al paciente a alcanzar un nivel de tensión adecuadamente ajustado que le permita obtener de manera secuencial los efectos tempranos de la medicación durante las primeras semanas y los de la terapia en un momento ulterior.

Predecir el éxito de un tratamiento sigue siendo extremadamente controversial y se refiere a un complejo conjunto de variables. Pero la naturaleza particular de la relación interpersonal entre paciente y terapeuta y su centralidad para la cura, tiene que ser reconocida como sustancialmente diferente de la relación medico-paciente tradicional del contexto médico. El desconocimiento de este aspecto de la relación puede anular y revertir el efecto esperado de cualquier droga.



TRIADA TERAPÉUTICA

Poco se ha escrito sobre las complejidades interpersonales generadas por la práctica del tratamiento dividido. Cuando se ha decidido dar al paciente el tratamiento en forma dividida es necesario asumir que la responsabilidad primaria del tratamiento recáera sobre el psicoterapeuta o analista y la medicación sobre el psiquiatra. Sin embargo, esta modalidad solo logrará funcionar en forma óptima si ambos saben lo que hace el otro.

Es de esperar que en el paciente surjan fantasías alrededor de la relación con sus dos terapeutas. La triada terapéutica encierra la posibilidad de generar diversos tipos de transferencias. Siendo positiva, el paciente puede vivir a un segundo terapeuta como el deseo de su terapeuta original de cuidarlo de cualquier forma que sea necesaria, y a la medicación como un intento de armonizar su dolor interno con el caos de su mundo psíquico. Puede además, percibir un grado

de mayor seguridad por estar en manos de dos terapeutas y por tanto sentir que recibe un tratamiento superior o especial.



Si la transferencia es negativa, esta puede ser potencialmente destructiva para el tratamiento ya que el paciente puede interpretar narcisistamente la inclusión de un segundo terapeuta como una pérdida de competencia profesional por parte de su terapeuta original o como el resultado de haber sido evaluado como más enfermo o más perturbado. De igual forma, ciertas estructuras de personalidad son propensas a ver la introducción de medicación como un peligro a su autonomía interna.

Devaluar la competencia de su psicoterapeuta y/o sobreidealizar al segundo terapeuta resulta una forma ideal por parte del paciente de usar la escisión de la transferencia como una defensa contra sus conflictos internos. A través de la escisión, uno de los terapeutas recibe las proyecciones que lo convierten en una figura idealizada y compelida a cobijar y proteger al paciente, mientras que el otro terapeuta es devaluado y señalado como el que ataca y rechaza al paciente.

Ya que ambos terapeutas usualmente difieren en género, edad, estilo interpersonal, etc, las identificaciones proyectivas no deberían sorprendernos. A través de las identificaciones proyectivas el paciente intentará deshacerse de partes intolerables atribuyéndolas a uno de los terapeutas, quien comenzará a comportarse como si las atribuciones del paciente fueran ciertas.

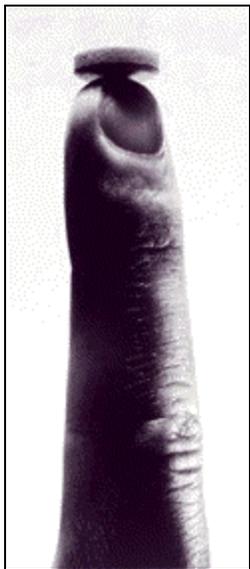
Importantes diferencias de opinión entre el psicoterapeuta tratante y quien da la medicación pueden traducirse en un efecto deletéreo para el paciente, de tal manera que ambos terapeutas tienen el compromiso de respetar la practica de su contraparte manteniendo un espacio abierto a la discusión, el desacuerdo y la autorreflexión. Ambos deben estar dispuestos a retroceder y clarificar las percepciones que de uno y otro el paciente ha presentado. Deberán conformar un frente unificado y sólido, soportando cada uno el trabajo del otro individualmente en su interrelación con el paciente.

CONCLUSIONES

Recordemos a Freud cuando nos dice en su artículo [Análisis Profano](#) de 1926:

" Dada la íntima conexión entre las cosas que diferenciamos entre físicas y psíquicas, puede predecirse que llegará un día en que se abrirán caminos de conocimiento, y es de esperar de tratamiento, desde la biología de los órganos y la química, hasta el campo de los fenómenos de las neurosis. Este día parece aun lejano y por ahora tales estadios patológicos nos son inaccesibles desde el sector médico" (fin de la cita).

Este día para nosotros ya no es lejano y es por tanto que planteo desde mi perspectiva, que nos corresponde atender a nuestros pacientes con todos los recursos que dispongamos para hacerlo, sin prejuicios para ello ni perversiones en el método de trabajo al cual nos hemos adscrito.



En el futuro aumentará la presión para elegir tratamientos más rápidos y económicos sin evidencias de ser más efectivos ni eficaces. La psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis necesitan incorporar elementos que la fortalezcan ante el juicio de los pacientes y la sociedad.

Es una fantasía cada vez mayor la idea de que la farmacología podría reemplazar a la psicoterapia. Aun si conociéramos cada vez más sobre la biología del cerebro, la psicoterapia seguiría siendo el tratamiento de elección para muchos trastornos y problemas.

Los avances en neurobiología continuarán un proceso de confinamiento de los dominios de la psique, pero no hay ningún peligro de que la mente desaparezca en tanto podamos disponer de la palabra.

Termino aquí recordando a Gabriela Mistral cuando escribe:

"La palabra es nuestra segunda posesión después del alma, y acaso no tengamos ninguna otra posesión en este mundo"

BIBLIOGRAFÍA

- KAHN, D. Psychiatric Clinics of North America. Dicotomy of Drugs and Psychotherapy. Vol. 13.nº 2. Junio 1990.
- KARASU, T. Am. J. Psychiatry. Psychotherapy and Pharmacology toward integrative Model. 139.9. Sept. 1982.
- FREUD, S. 1938 Esquema del Psicoanálisis. Obras completas. L.L.Ballesteros. Ed. 1948. Pag.9.
- FREUD, S.1925 Autobiografía. Obras completas. L.L. Ballesteros. Ed. 1948. Pag. 921.
- FREUD, S.1912 Dinámica de la Transferencia. Obras completas. LL Ballesteros. Ed. 1948. Nota a pie de página. Pag 321.
- DONOVAN, SJ J Clin Psychiatry. Medication use during Psicoanálisis. A survey.56 177-178.1995
- BROCKMAN, R Psychiatric Clinics of North America. Medication and transference in Psychoanalytically oriented psychotherapy of the borderline patient. Vol. 13. Nº 2. Junio 1990. Pag.287.
- DOCHERTY, Am. J. Psychiatry. Psychotherapy and Pharmacotherapy.135.5. Mayo. 1977.
- FREUD, S. 1917 Duelo y melancolía. Obras completas. L.L.Ballesteros. Ed. 1948.
- COOPER, A Am. J. of Psychiatry. Neurobiology influence psychoanalysis?. 142. Dic. 1985.
- PRESTON, J Handbook of Clinical Psychopharmacology for therapist. New Herbingen Publications. Inc.1997.
- FREUD, S. 1913 Iniciación del tratamiento. L.L. Ballesteros. Ed. 1968. Pag.426. Vol. 2.
- HUNT, W Psychiatrics Clinics of North America.Psychoanalist does Psychopharmacology. Vol.12.Nº2. Junio 1990. Pag 323.
- BRADLEY,S Psychiatric Clinics of North America. Nonphysician Psychotherapist-Physician Pharmacoterapist. A New Model for concurrent treatment Vol. 13. Nº2 junio 1990.

- KANTOR, S Psychiatric Clinics of North America. When Psychotherapy is not Enough? Vol. 13. N° 12 Junio 1990. Pag. 241.
- SPERRY, L Strategies for maximizing treatments outcomes. Bruner Mazel Publisher. New York. 1995. Pag. 24-27.
- GODOY, T De la Psicoterapia al Psicoanálisis. 1993. Trabajo para aspirar a La Función Didáctica. ASOVEP.
- FREUD, S. 1926 Análisis Profano. Obras completas. L.L.Ballesteros. Ed. 1948. Pag 843.
- BLEIHMAR, N El psicoanálisis después de Freud. Paidós. Pag.268-271.
- ABADI, S Desarrollos Post Freudianos. Editorial de Belgrano.1997. Pag. 88-91.
- MISTRAL, G Obras completas . Recopilación Margaret Bates. Edit. Aguilar. Madrid. 1957.