



# Psicoterapias y/o psicofármacos

Héctor Hueso

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

A pesar de los grandes avances en el terreno de la psicoterapia y las neurociencias, aún nos enfrentamos con muchas dificultades para aliviar el sufrimiento psíquico y existencial. El título de esta ponencia se refiere a las posibles acciones terapéuticas con que contamos: psicoterapias sin medicación, psicoterapias combinadas con psicofármacos y psicofármacos sin psicoterapia. Se plantea que sólo las dos primeras son opciones válidas, mientras que el uso de medicamentos sin psicoterapia es, además de un error, un grave riesgo. En tal sentido, se señalan las ventajas y limitaciones de cada una de estas modalidades utilizadas por separado o en conjunto y se concluye que el vínculo entre paciente y terapeuta, a través de la psicoterapia, es el único tipo de atención que no puede faltar. Se considera específicamente a la psicoterapia psicodinámica y al psicoanálisis, aunque muchas de las conclusiones son extrapolables a otras modalidades psicoterapéuticas.

**PALABRAS CLAVE:** psicoterapia, psicofármacos, inhibidores de recaptación de serotonina (SSRIs)

## INTRODUCCIÓN

En un mundo en que se han perdido las ideologías, en que impera el principio de placer y se aspira a alcanzar resultados inmediatos y con poco esfuerzo, la búsqueda de alivio tiene estas mismas características. Por tanto, se buscan tratamientos que - al menos en la fantasía - sean rápidos, efectivos, poco costosos y, sobre todo, con menos esfuerzo y responsabilidad por parte de los pacientes. Estos cada vez más, acuden a buscar ayuda con una expectativa pasiva de poner en manos del especialista sus problemas y que éste les de una respuesta inmediata y sin efectos secundarios.

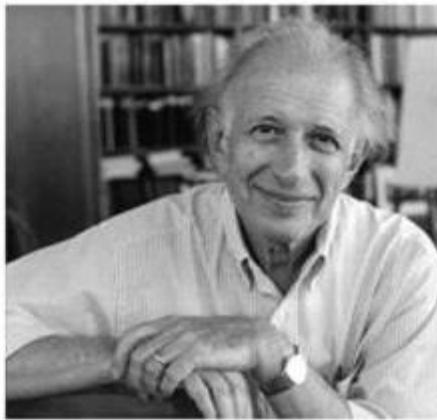
Al mismo tiempo, con más frecuencia se ofrecen soluciones terapéuticas condensadas, rápidas y baratas que prometen resolver, en un solo paquete, problemas muy diversos, con lo cual se cierra el círculo de una oferta y demanda de soluciones mágicas. Ello explica la proliferación de pseudoterapeutas, magos, astrólogos, charlatanes y Mesías que ofrecen estos paraísos.

En relación a muchos cambios, crisis y ansiedades no podemos evitar nuestra condición existencial, la cual - más allá de la antiquísima dualidad de mente y cuerpo - nos coloca ante situaciones vitales, las cuales no nos dejan otra opción que vivirlas, pues en ello estriba nuestra condición humana.

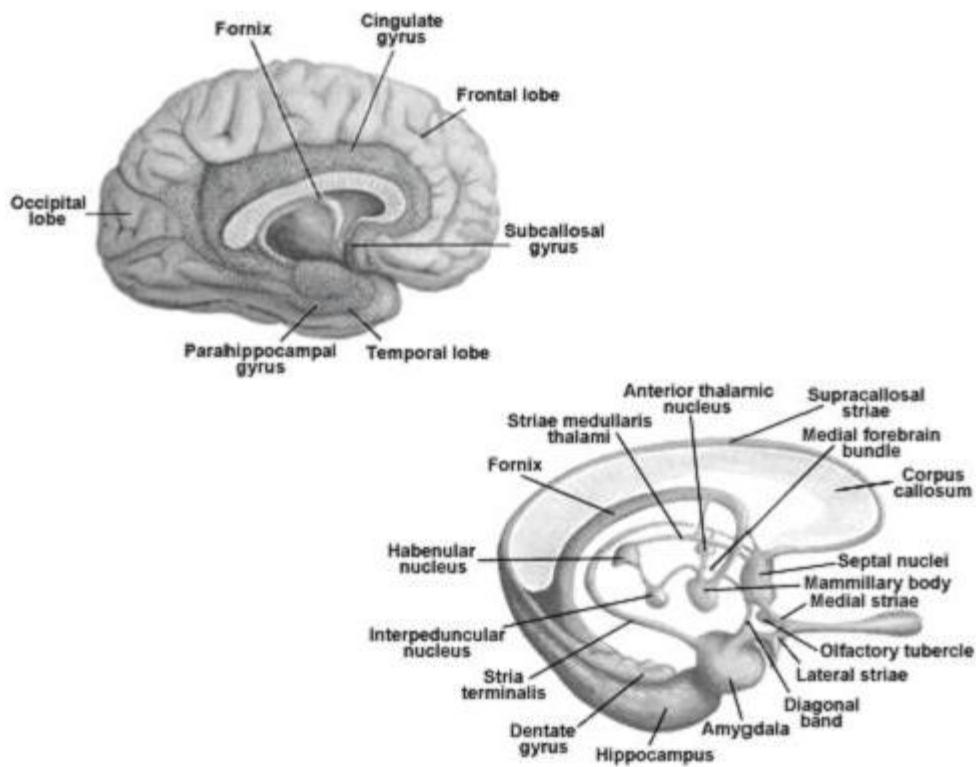
Entonces, cuando nos proponemos enfrentar las diversas formas en que se expresa el sufrimiento, debemos tener en cuenta su multifactorialidad, lo aún no explicado y lo inexplicable.

En consecuencia, entre las opciones terapéuticas con las cuales contamos los profesionales de la salud mental (más allá de otras formas de alivio que pueden ofrecer otras personas, ideologías, religiones, etc.) tenemos las psicoterapias sin medicación, las psicoterapias combinadas con psicofármacos y los psicofármacos sin psicoterapia. Planteo que sólo las dos primeras son opciones válidas, mientras que el uso de medicamentos sin psicoterapia es, además de un error, un grave riesgo.

Pasaremos entonces revista a algunas de las ventajas, limitaciones y complicaciones de cada una de estas modalidades utilizadas por separado o en conjunto, recordando que entre las psicoterapias me referiré específicamente a la psicoterapia psicodinámica y al psicoanálisis, aunque muchas de las conclusiones son extrapolables a otras modalidades.



Eric R. Kandel  
Universidad de Columbia  
Premio Nobel de Medicina, 2000



## VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA PSICOTERAPIA

La ventaja principal de la psicoterapia es que puede permitir - cuando se logra - cambiar patrones de conducta, modos de pensar, de relacionarse, adaptarse a los cambios impuestos por la vida y modificar patrones inadecuados que son muchas veces la causa de la patología. Incluso, ante una predisposición genética, ciertos investigadores no aceptan el fatalismo determinista de nuestros genes, sino planteando que nuestro genoma es como cuando recibimos una mano de cartas al comenzar un juego, pues no sólo dependemos de éstas, sino de cómo las juguemos.

Kandel (1), un pionero de las neurociencias, piensa que como los cambios duraderos de las funciones mentales involucran alteraciones de la expresión genética, tal vez el psicoanálisis genera cambios al producir modificaciones en la expresión de los genes. En esta misma línea, Coplan et al (2) han reportado que en una pequeña muestra de pacientes depresivos, los cuales habían mejorado con terapia cognitiva-conductual, se encontró que el nivel basal de cortisol era equivalente al observado en voluntarios saludables y estaba significativamente reducido en comparación a los tratados con fluoxetina. Por tanto, concluyen que los tratamientos no farmacológicos podrían normalizar los parámetros biológicos que han sido considerados como marcadores característicos.

Por otra parte, varios estudios han mostrado que en el seguimiento a largo plazo de pacientes depresivos, quienes recibieron psicoterapia con o sin medicación, tuvieron un porcentaje mucho menor de recaídas en comparación con los que recibieron sólo fármacos. Así mismo, en los trastornos de ansiedad se observa frecuentemente que los síntomas reaparecen al suspender la medicación y que la psicoterapia da resultados más duraderos (3) (4). Incluso, expertos en depresión, como Paykel et al, han encontrado que terapias, como el modelo cognitivo conductual de Beck et al, son beneficiosas en pacientes cuyos síntomas depresivos han remitido de manera incompleta con antidepresivos (citado en (4)).

Pero, el alcance de la psicoterapia encuentra su límite en aspectos biológicos y filogenéticos. Los niveles correspondientes a la sustancia reticular, el hipotálamo y parte de la corteza frontotemporal, así como el sistema límbico - también llamados cerebro reptil y cerebro visceral o afectivo respectivamente - son difícilmente accesibles a la psicoterapia, la cual sólo los influye a través de la corteza y por medio de la palabra, pero aún así, mucho de la respuesta afectiva e impulsiva es poco influenciable (5).

Con esto último hemos entrado en el terreno de las limitaciones y entre éstas uno de los problemas confrontados por nosotros es que, aunque se ha demostrado el beneficio que reportan los psicoterapias, aún hay insuficiente evidencia sobre la diferencia en eficacia entre ellas, a diferencia de muchos tratamientos biológicos para los cuales hay estudios categóricos, los cuales demuestran su efectividad.

Por otra parte, tal como señala Cooper (6), "todavía no tenemos información confiable de que una teoría sea mejor que otra, por lo que cualquier elección del analista probablemente refleje una combinación de sus conocimientos sobre una teoría, su acuerdo con los valores que propone y su status político y social".

Otra limitación de las psicoterapias y el psicoanálisis es el tiempo requerido, sin que exista garantía de producir el resultado esperado - como casi todo en la vida -. La continuidad, frecuencia y duración requeridas para lograr el cambio, seguramente están relacionadas con los mecanismos, tanto psíquicos como neuroquímicos, relativos al aprendizaje y la memoria. Por ejemplo, en cuanto al aprendizaje, se ha señalado la importancia del hipocampo en la memoria de larga duración, producto de la activación repetida de sus sinapsis excitatorias la cual genera un aumento de la fuerza de estas sinapsis, conocido como "long-term potentiation" (LTP). Pues bien, es probable que el psicoanálisis, como cualquier otra experiencia nueva, requiera de la activación repetida de sinapsis que conducen al LTP hasta convertirse en memoria estable, no sólo a nivel cortical sino en otros niveles inferiores cerebrales (7).

Sin embargo, hay personas con patologías de cierta severidad que responden escasamente a los procedimientos psicoterapéuticos - al menos si no se usan otros recursos - puesto que el deterioro en la atención, la memoria, la cognición, etc., les dificulta la introspección o porque el progreso lento y tórpido puede generarles pérdida de fe y desmotivación para proseguir. En estos casos, los especialistas recurren a otras opciones o a combinaciones. Como prueba de ello, Donovan (8) encuestó a 45 analistas, sobre la base de 227 pacientes en análisis por unos cinco años, y encontró que el 21% recibían medicación, de los cuales en el 84% se consideró que habían mejorado, tanto en su condición clínica como en su proceso psicoanalítico.

Es típico del ser humano resistirse al cambio. Así, Jaffe y Pulver (9), en una encuesta administrada a psicoanalistas, apreciaron que un grupo importante de éstos consideraban que sus instituciones dedicaban poca atención a la investigación y a modificar las tendencias clásicas del psicoanálisis.

Además, encontraron que más del 70% de los pacientes de los psicoanalistas estaban siendo tratados con varias formas de psicoterapia individual y no con psicoanálisis. Tres de cada cinco de los analistas utilizaban medicación para algunos de sus pacientes; 30% utilizaban terapias de pareja, 17% de familia y 8% de grupo. De todo este grupo de pacientes, sólo el 28% recibía otro tipo de tratamiento por razones económicas, mientras en el 67% de los casos se debía a que el analista consideraba que el paciente no podría beneficiarse del psicoanálisis.

Todo lo anterior explica el por qué de la creciente tendencia a combinar opciones.

## **VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA COMBINACIÓN DE PSICOTERAPIA Y PSICOFÁRMACOS**

Freud, en diversas ocasiones, hizo referencia a los aspectos biológicos de los trastornos emocionales, para entonces menos conocidos en comparación con la actualidad, sugiriendo que en la melancolía, en la manía y quizás en otras patologías estuvieran involucradas sustancias endógenas y ello correspondería al aspecto tóxico de los procesos anímicos que algún día sería tratado con medicamentos (10) (11) (12).

Ahora, muchas de sus suposiciones e inferencias están confirmadas. Muchos pensamos que fármacos y psicoanálisis - en ocasiones - pueden potenciarse. Sin embargo, a veces el uso de

medicación conduce a problemas adicionales de la transferencia y contratransferencia (13) y debe observarse cuando pueda ser significada por el paciente y/o el analista como pérdida de fe en el proceso psicoanalítico y en la posibilidad de cambio, así como estar atentos al uso de ésta al servicio de las resistencias.

En mi experiencia (7) - compartida por otros psicoanalistas - muchos pacientes se benefician del uso de psicofármacos en algún momento del análisis, sin que ello interfiera substancialmente con su proceso. Es más, creo que no se nos ocurriría sugerir a un paciente la no utilización de un analgésico, un antiasmático, un antiácido, un antihipertensivo, etc., hasta haber analizado el posible componente psicosomático de su enfermedad. Por tanto, es curioso que se preste tanta atención a las posibles interferencias de los psicofármacos en el proceso psicoterapéutico y prácticamente no se consideren las de cualquier medicación no psicotrópica; como si no pudieran igualmente ser utilizadas al servicio de la resistencia o de la búsqueda de un atajo para no confrontarse con la necesidad de cambiar los sistemas neuróticos. Al fin y al cabo, si la persona intenta mantener su estructura patológica puede servirse de cualquier cosa - siendo la medicación una de tantas - y lo que nos corresponde es detectarlo y analizarlo como cualquier otra resistencia.

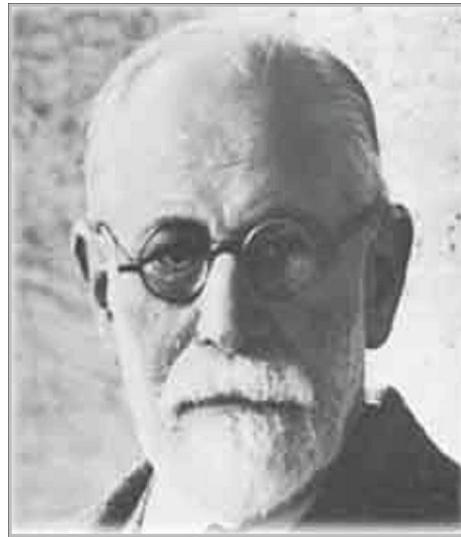
Por otra parte, en aquellos en que el uso de la medicación se convierte en una seria interferencia a la psicoterapia o al psicoanálisis (utilizándola para no analizar otros conflictos, para devaluar al terapeuta, para hacerlo sentir impotente, para realizar acting out, etc.) debe reevaluarse, en primer término, el método psicoterapéutico elegido, pues muchas veces el problema no proviene de la introducción del psicofármaco, sino de una elección equivocada del método apropiado para dicha persona. Pero, también debe considerarse si el problema no estriba en alguna de las "patologías del proceso psicoanalítico", las cuales impiden el insight, como serían el acting out, la reacción terapéutica negativa y la reversión de la perspectiva. En este caso, el problema no se debe a la introducción del medicamento, sino a la problemática del paciente o a alguna alteración del propio proceso que igualmente se hubiera servido de cualquier otro vehículo para expresarse. Esto, siempre y cuando, la indicación del fármaco fue correcta y trabajada con el paciente, y si no fue un acting out de la ansiedad o la impericia del analista, pues entonces se trataría de un error técnico del terapeuta, no imputable ni al paciente ni al químico (7).

Normand et al (14) concluyen que "Desafortunadamente no hay datos concluyentes sobre los resultados de añadir psicofármacos al psicoanálisis. Al igual que no hay evidencias concluyentes de que estos interfieran con el análisis, tampoco la hay de que lo facilite. Sin embargo, es razonable especular que la farmacoterapia puede actuar sinergisticamente con el análisis para hacer el tratamiento más rápido y más eficiente". Uno de los autores en 1984 dirigió un comité, el

cual investigó entre los miembros de la American Academy of Psychoanalysis sobre el uso de medicación psicotrópica: 50% de los miembros contestó y de éstos, el 90% dijeron que usaban medicación. Esta es una cifra alta que muestra una mayor disposición a usar medicaciones que no está suficientemente expresada en la bibliografía, esto puede deberse a que aún los psicoanalistas temen el reproche de su grupo por tal proceder o que los utilizan por temor a las demandas de mala praxis o a las dificultades metodológicas de investigación en un proceso como el psicoanalítico.

Por otra parte, hay estudios con otras modalidades de psicoterapia, como el modelo cognitivo conductual de Beck et al, o la psicoterapia interpersonal de Klerman et al, que alcanzan en 12 a 16 semanas resultados comparables a los de los antidepresivos y, además, pueden disminuir la vulnerabilidad a largo plazo al tratar los síntomas depresivos residuales, con lo cual facilitan la retirada de los fármacos (4).

Como lo ha señalado Marmor, la suposición psicoanalítica de que aliviar sólo los síntomas conduce a la sustitución de éstos por otros, no está basada en evidencias de los procedimientos hipnóticos, de las terapias conductuales o farmacológicas, sino que ha surgido a partir de una teoría de sistemas cerrados, los cuales suponen que, al aliviar el síntoma sin remover la causa, la presión subyacente se expresará en otra parte del sistema. Sin embargo, por el contrario, el eliminar un síntoma puede hacer al sistema más accesible a feedbacks constructivos que pueden alterar los patrones conflictuales subyacentes (14).



## VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LOS PSICOFÁRMACOS

Ya he planteado que el uso de psicofármacos sin algún tipo de psicoterapia es un grave error, pues no sólo impide seguir de cerca el curso de la patología, sino el de la medicación.

Esto es crucial si tenemos en cuenta que cada vez es más frecuente que los récipes sean extendidos por médicos no psiquiatras. Por ejemplo, los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina (SSRIs), se cree han sido utilizados por más del 10% de la población de Norteamérica, estimándose que en los Estados Unidos el 70% de las prescripciones son extendidas por médicos no psiquiatras. Además, del total de los medicamentos, Fluoxetina es la tercera droga más vendida, seguida por Sertralina que es la séptima y por Paroxetina que es la novena.

Recapitular los beneficios de los psicofármacos es una tarea que trasciende el marco de este trabajo. Además, es de todos conocido el enorme progreso representado por éstos en la evolución de la psiquiatría. Sin embargo, voy a plantear algunos de los inconvenientes y complicaciones del uso de los mismos, ya sea con o sin psicoterapia. Para ello me referiré casi

exclusivamente a los antidepresivos, por ser - como ya fue señalado - unos de los más utilizados en diversas patologías y ya que, últimamente, se han vuelto casi una panacea.

Debo aclarar que no pongo en duda los enormes beneficios proporcionados por ellos, pero, aún así, trataré de mostrar cómo y por qué se está abusando de ellos, los riesgos que conllevan y cómo se están indicando indiscriminadamente para problemas que sería mejor tratar psicoterapéuticamente y esperar la evolución y elaboración natural conferida por la experiencia vital.

Aunque ya señalé que no estoy de acuerdo con que el uso de medicación interfiere necesaria e inevitablemente con la motivación para la psicoterapia, también es cierto que, para muchas personas, el alivio de la sintomatología es un camino corto, el cual Freud llamó la fuga hacia la salud, porque ésta deja de constituir un estímulo para superar los patrones de conducta y personalidad que, al menos en parte, la causaron.

Es bastante notorio que muchos, si no todos, los avances de la humanidad se producen a causa de la frustración. El bebé ante la frustración - cuando no es excesiva - debe desarrollar los medios para solicitar ayuda, debe desarrollar su pensamiento y su comunicación. Igualmente, los avances tecnológicos, los cuales incluyen el desarrollo de los psicofármacos, se producen ante las frustraciones y necesidades de pacientes y terapeutas. Entonces debemos reconocer que el bienestar producido por un fármaco, de algún modo, interfiere con la creatividad y motivación para el cambio que genera la frustración.

Por supuesto, ciertos trastornos son tan severos que inhabilitan a la persona para cualquier cambio y lo sumen en la enfermedad y el deterioro, haciendo que la frustración sólo conduzca a más frustración, pues, como dije, antes la frustración promueve el cambio si no es excesiva. En estos casos, la frustración nos ha llevado a perfeccionar drogas sin las cuales estas personas continuarían en un camino descendente, siendo entonces perentorio su utilización. Sin embargo, en muchas personas a quienes actualmente se les receta casi como regla algún medicamento, la frustración no llega a estos extremos y si podría promover cambios, pero este camino puede ser cercenado por una indicación medicamentosa intempestiva, rutinaria y prematura.

En este sentido, Pomerantz (15) recoge una observación la cual se viene haciendo en relación a un efecto secundario que aún se desconoce cuán frecuente pueda ser, observado en algunos de quienes reciben SSRIIs y que han llamado "la actitud del ¿qué importa? o ¿cuál es el gran problema?", la cual consiste en una inhibición de la ansiedad apropiada. En algunos casos se ha detectado una tendencia inadecuada a restar importancia a problemas laborales, familiares e incluso a manejar vehículos de manera imprudente. Este efecto puede invalidar la idea de que muchos de los que reciben estos antidepresivos parecen no necesitar psicoterapia. Más bien puede estar sucediendo que les estén quitando la capacidad de contactar con las emociones las cuales los alertan de que algo malo les está sucediendo, lo cual sería el equivalente de quitarles la percepción del dolor. Así mismo, Rosenbaum (16) y Hoehn-Saric et al (17) reportan que los antidepresivos de generaciones anteriores y los SSRIIs pueden inducir astenia al reducir la actividad de la norepinefrina y la dopamina en el lóbulo frontal y en el tallo, produciendo un síndrome del lóbulo frontal que se manifiesta como estados de apatía, indiferencia, falta de motivación, fatiga intermitente y torpeza mental.

Es de hacer notar que efectos como éstos pueden estar pasando inadvertidos porque, cada vez más, las consultas son más cortas y dirigidas al alivio sintomático. Al respecto, Way et al (18) estudiando a 23.900 pacientes, que recibieron antidepresivos y ansiolíticos o hipnóticos, encontraron que aquellos en quienes estos últimos se usaron de manera prolongada, también eran los que necesitaron antidepresivos por más tiempo. Por tanto, consideran que esto demuestra la focalización de los terapeutas en la resolución de los síntomas, y no en una comprensión holística de todo el cuadro clínico.

He notado, así como otros psiquiatras con quien lo he comentado, que hay un grupo de personas las cuales usan medicamentos, en especial ansiolíticos y SSRIIs por extensos períodos de tiempo y se resisten a dejarlos o regresan a ellos en cuanto aparece la más mínima señal de ansiedad o tristeza, pensando que tienen una recaída en la enfermedad aunque sean emociones apropiadas a ciertas situaciones del vivir. Estas personas parecen haberse acostumbrado al camino corto del alivio sintomático y se resisten a sobrellevar o superar sus angustias existenciales.

En el programa de televisión de la ABC News: 2020 (19), Rebecca Raphael entrevistó a varios especialistas en relación a los síntomas de abstinencia producidos al retirar los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina (SSRIIs). Las compañías fabricantes han llamado a este fenómeno el “síndrome de suspensión de antidepresivos” para evitar las connotaciones negativas de la palabra abstinencia. Los síntomas de suspensión reportados son: síntomas de tipo gripal, sedación, letargia o apatía, trastornos del equilibrio, parestesias y sensaciones de corrientazos, náuseas o vómitos, insomnio, pesadillas vívidas, ansiedad y depresión.

El Dr. Thomas Moore, un analista de políticas de salud de la Universidad George Washington considera que hay pacientes quienes experimentan más síntomas de abstinencia en comparación a otros y que para algunos puede ser un proceso muy difícil, que les puede tomar meses, mientras tanto el psicofarmacólogo Robert Hedaya señaló la presencia de síntomas de abstinencia en cuatro a cinco semanas después de suspender estos fármacos.

Por su parte, el Dr. David Wheadon, vicepresidente de asuntos regulatorios de SmithKline Beecham, fabricante de Paroxetina, dice que éstos se presentan sólo en dos casos por mil, si la medicación es retirada de la manera apropiada, y que los síntomas son leves y de corta duración.

El Dr. Joseph Glenmullen (20), instructor de psiquiatría en la escuela de medicina de Harvard, ha escrito un polémico libro llamado “Prozac Backlash” en razón de las reacciones compensatorias del cerebro a las drogas serotoninérgicas. Plantea que apenas comenzamos a ver problemas con estas drogas, como ha sucedido otras veces con otros fármacos llamados milagrosos, por ejemplo, con el diazepam, las anfetaminas o los elixires de cocaína, ya que toma tiempo ver los efectos secundarios a largo plazo. Recordemos que el propio Freud fue uno de quienes sufrió este percance. Señala que, en general, históricamente tomó entre 10 y 30 años desde que estas sustancias fueron introducidas al mercado, hasta que la comunidad científica y las agencias regulatorias se dieron plena cuenta de sus inconvenientes. Por tanto, considera que deben ser reservadas para personas verdaderamente enfermas y no usarse, como está sucediendo, con condiciones cada vez más moderadas, las cuales en su experiencia pueden llegar a corresponder al 75% de los usuarios.

Este libro ha causado una gran polémica y una replica por parte de expertos. Ha sido acusado de basarse en casos aislados y de asustar innecesariamente a los pacientes que toman estas medicaciones. Sin embargo, a mi modo de ver destaca hechos que, aunque aún no están suficientemente documentados e investigados, concuerdan con la experiencia empírica de muchos de nosotros y es una llamada de atención digna de tomarse en cuenta, no para no recetarlos, sino para ser más cautelosos en qué casos, a qué dosis y por cuánto tiempo se justifican. Al fin y al cabo, si estos fármacos actúan directa o indirectamente sobre los mismos sistemas neurotransmisores que la cocaína, el extasis, las anfetaminas o las pildoras para adelgazar, por qué no podrían llegar a causar complicaciones similares.

Las razones antes expuestas no son las únicas que deben hacernos reflexionar del riesgo de abuso en la indicación de medicamentos. Por ejemplo, otro efecto cada vez más documentado son los trastornos en el área de la sexualidad. También en este punto las cifras de efectos secundarios eran, hasta hace poco, mínimas y a varios de nosotros nos llamaba la atención que nuestra casuística personal era muy superior a la reportada por la literatura. Sin embargo, recientemente las cifras de este efecto secundario han aumentado e investigadores como Rothschid (21) y Kennedy et al (22) reportan disfunciones sexuales entre un 30 a un 70% de los pacientes que reciben SSRIIs, cifras que disminuyen con los IMAO (IRMA) y con los inhibidores mixtos de recaptura de serotonina y norepinefrina.

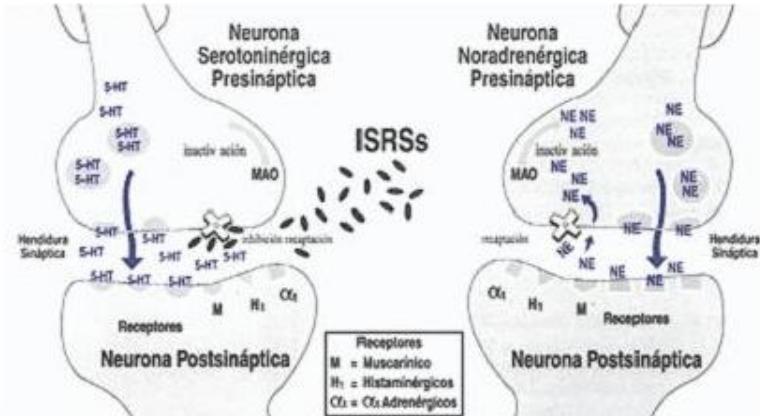
Así mismo, se están describiendo efectos secundarios a nivel motor; por ejemplo, tics, akatisia, distonía o espasmos musculares, agitación y parkinsonismo, los cuales al parecer están relacionados con la estrecha relación existente entre el sistema serotoninérgico y el dopaminérgico, por la cual, al aumentar sostenidamente la serotonina, compensatoriamente caen los niveles de dopamina. De modo que la selectividad de estos fármacos por el sistema serotoninérgico sería relativa, pues indirectamente inciden en otros.

Aún más preocupante es una sugerencia hecha por Fava et al (23) de la Universidad de Bologna en relación a pacientes que toman los SSRIIs por tiempo prolongado, en quienes considera, se produce una “supersensibilización” (supersensitivity o sensitization) de los sistemas serotoninérgicos que conducen a una dificultad para dejar el tratamiento y una mayor vulnerabilidad a las recurrencias depresivas, lo cual explicaría la alta tasa de recaídas y recurrencias en pacientes tratados por depresión.

Glenmullen (24) señala algo con lo que estoy plenamente de acuerdo, y es que cualquier paciente, lo suficientemente enfermo como para necesitar uno de estos fármacos, debería recibir psicoterapia para superar sus conflictos y no depender de las drogas de modo indefinido.

Este último punto es básico en lo que intento mostrar. Al fin y al cabo cualquier medicamento tiene sus riesgos y efectos secundarios, pero debemos poner en una balanza los riesgos y los beneficios. Pero éste es el punto, porque fármacos como los SSRIIs tienen sus indicaciones precisas hasta tanto se demuestre lo contrario o sean superados. Más, hoy día, hay un furor en recetarlos para cosas que no está claro que ameriten el riesgo, sobre todo cuando existen opciones menos riesgosas y más apropiadas para desarrollar fortaleza y/o la cual, a su vez, sería preventiva ante las futuras dificultades que nunca faltan en toda vida y éste es el lugar donde la psicoterapia se hace imprescindible.

El vivir, el crecer, el madurar, el fortalecerse no puede ser sustituido por una pastilla, por milagrosa que esta parezca.



## BIBLIOGRAFÍA

- Kandel E:** Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry 1999; 156:4, 505-524.
2. **Coplan JD, Pine DS, Papp LA, Gorman JM:** A view on noradrenergic, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and extrahypothalamic corticotrophin-releasing factor function in anxiety and affective disorders: the reduced growth hormone response to clonidine. Psychopharmacol Bull 1997; 33(2): 193-204.
3. **Glenmullen J:** Prozac backlash. Simon & Schuster. New York, 2000, pp 268-302.
4. **Thase, M.E.** Recurrent depression: current perspectives. [Psychiatry Treatment Updates - ©2000 Medscape, Inc.]
5. **Debray-Ritzen P:** Intermedio neurofisiológico (1975), en La escolástica freudiana. ed. Punto Omega/Guadarrama, pp 56-65.
6. **Cooper A:** Some limitations on therapeutic effectiveness: The "burnout syndrome" in psychoanalysts. Psychoanal Q 1986; 55:576

7. **Hueso H:** Aproximación psicoanalítica al modelo stress-diátesis de los trastornos del humor. Presentado en el I Congreso Virtual de Psiquiatría 2000 (Sociedad Española de Psiquiatría). [www.Psiquiatria.com/congreso](http://www.Psiquiatria.com/congreso).
8. **Donovan SJ:** Medication use during psychoanalysis. A survey. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 177-187.
9. **Jaffe D, Pulver S:** Survey of Psychoanalytic practice; some trends and implications. *J Amer Psychoanal* 1978; ASSN 26:615.
10. **Freud S:** Duelo y melancolía (1917), en Obras Completas, ed Amorrortu, vol XIV, 1980, pp 235-255.
11. **Freud S:** El malestar en la cultura (1930), en Obras Completas, ed Amorrortu, vol XXI, 1980, pp 57-140.
12. **Freud S:** Esquema del psicoanálisis (1938), en Obras Completas, ed Amorrortu, vol XXIII, 1980, pp 133-209.
13. **Goldberg S:** The Use of Pharmacotherapy in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanal Q* 1988; 57:467
14. **Normand WC, Bluestone H:** The Use of Pharmacotherapy In Psychoanalytic Treatment. *Contemp Psychoanal* 1986; 22:218-234.
15. **Pomerantz JM:** Loss of appropriate anxiety: An SSRI overmedication effect?. Behavioral Health Matters. *Drug Benefit Trends* 1999; 11(10). Cliggott Publishing Co.
16. **Rosenbaum J:** New Clinical Advances in Depression. American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting Day 2 - May 15, 2000
17. **Hoehn-Saric R, Lipsey JR, McLeod DR:** Apathy and indifference in patients on fluvoxamine and fluoxetine. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10: 343-45.
18. **Way K, Young CH, Opland E, Whitehouse D, Hughes T:** Incidence of anxiolytic/hypnotic therapy and its relationship to duration of antidepressant therapy in a national managed care organization. *J Managed Care Pharm* 2000; 6(2):138-142
19. **Raphael R:** Getting off antidepressants. Withdrawal side effects of SSRI emerging. 2020. [Abcnews.com](http://Abcnews.com). Aug 25 2000
20. **Glenmullen J:** Prozac backlash. Simon & Schuster. New York, 2000, pp 7-13
21. **Rothschild AJ:** New directions in the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction. *Clin Ther* 2000; 22 Suppl A:A42-57; discussion A58-61. [ *Medscape Mental Health* 5(4), 2000].
22. **Kennedy SH, Eisfeld BS, Dickens SE, Bacchichetti JR, Bagby RM:** Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(4):276-81

23. Fava GA, Grandi S: Withdrawal syndromes after paroxetine and sertraline discontinuation. J Clin Psychopharmacol 1995; 15: 374-75

24. Glenmullen J: Prozac backlash. Simon & Schuster. New York, 2000, pp 253-254

Vitae Academia Biomédica Digital | Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela  
Diciembre 2000/ Febrero 2001 N° 6 DOI:10.70024 / ISSN 1317-987X