

Cabe preguntarse aquí qué quiere decir "*fuga a la salud*". (Hornstein, 2000).

Mientras nosotros dudamos, hay pacientes que están esperando. Pacientes que no se portan bien, que no se comportan como nuestras teorías (rígidas) esperan que se comporten: pacientes con impotencia, insomnio, vaginismo, adicciones varias, eyaculación precoz, enuresis.

En esos casos, se trata de producir un estado que jamás existió sino de manera potencial. Y ahí sí que respetamos el orden psicológico y derrotamos al temor: la medicina tiende a restablecer un estado previo concebido como de no enfermedad.

El deseo de curar no está ausente del análisis, sino puesto entre paréntesis. El analista, por prescindente que sea, escucha la insistencia de ciertas defensas, fijaciones, inhibiciones, angustias, síntomas, estereotipos caracteriales, sufrimientos. Smirnoff (1978) trata de tomarlo con humor:

La curación no está de moda ¡dejémosla para los curanderos, los charlatanes! En el mundo analítico curar no tiene buena prensa: suena como una ambición demasiado simplista, parece remitir a los consejos bruscos de los psiquiatras, a la prescripción de tranquilizantes.

Entonces, ¿es verdad? ¿El analista quiere ser filósofo o literato o conferencista? ¿El analista se avergüenza de lo que sabe hacer? Es tiempo de blanquear la situación. Nada de gritos. Propuestas. Propuestas que tiendan a disminuir la brecha entre discursos cuya función es proveer contraseñas de pertenencia y discursos que se hagan cargo de una clínica con apremiantes demandas.

Lo confiese o no, el analista tiene metas. Un kleiniano, que el paciente alcance la posición depresiva; otros analistas, que se trabajen los aspectos psicóticos clivados del yo; los lacanianos, el atravesamiento del fantasma; los norteamericanos, un reforzamiento del yo; los kohutianos, la internalización transmutadora.

Ésas son las metas (los ideales) intra-analíticas. Pero el sujeto, analista o paciente, está inmerso en una cultura. Entonces se juegan ideales colectivos, ideales extra-analíticos. Ha sido señalado cómo en los países industrializados ya nadie cree en un porvenir radiante. A la decadencia del optimismo tecnológico le corresponde una pulverización del sujeto que lo convierte en un zombi, en un espacio flotante: una disponibilidad pura adaptada a la aceleración de los mensajes provenientes de los medios de comunicación masivos. Habríamos arribado al "fin de la cultura sentimental, fin del *happy-end*, fin del melodrama y nacimiento de una cultura *cool* en la que cada cual vive en un búnker de indiferencia" (Lipovetsky, 1985). ¿Es la estación final? ¿Cuál es la próxima?

La meta psicoanalítica es la anticipación de un cartel que se adivina al final de un camino. En rigor, la meta habrá sido. Habrá sido la sumatoria de enésimas metas en los enésimos pasos del proyecto terapéutico. Cada vez más verdad, más realidad, más simbolización, más adaptación, más reparación, más sublimación, más sexualidad, más libertad, más placer, más "nada"; menos sufrimiento, menos depresiones, menos culpa, menos angustia, menos inhibiciones, menos síntomas, menos repetición (Hornstein, 2003).

Por eso, cuando inicio un tratamiento no me fijo metas. Más bien, imagino ciertas metas, clínicas y metapsicológicas.

En cuanto a Freud, que para mí sigue siendo el gran referente, sus metas fueron variando: hacer consciente lo inconsciente, resolver fijaciones, rellenar lagunas mnémicas, "donde ello era, yo debo devenir". Y también variaron los indicadores clínicos: "desaparición de síntomas, inhibiciones y angustia", "aumento de la capacidad de rendimiento y de goce", etc.

"Hacer consciente lo inconsciente...". "Donde ello era, yo debo devenir...". Son formulaciones difícilmente objetables. ¿Qué les falta para ser exhaustivas, únicas?

"Donde ello era, yo debo devenir...". La formulación me reverbera, aunque presente la paráfrasis en una fría tabla:

<i>donde era.</i>	<i>debe devenir.</i>
• Tánatos • el más allá del principio de placer y el mismo principio de placer • el objeto narcisista • la repetición • un fatalismo del destino • las inhibiciones, los síntomas y las angustias • la introversión a la fantasía, la retracción narcisista y la fijación • la inhibición • la angustia • el superyó tanático de las depresiones y del masoquismo • la representación de cosa • el duelo patológico	• Eros • el principio de realidad • la elección de objeto objetual • el recuerdo y la reelaboración • la libertad y la creación • la sublimación y otras formaciones de compromiso de la serie del chiste • el interés por los otros reales • la acción específica • la simbolización historizante • el humor • la representación de palabra • las nuevas relaciones

Una subjetividad que no pudiera ser modificada por lo nuevo estaría condenada a la clausura, a la muerte.

¿Hace falta resumir en una sola las distintas formulaciones de Freud? Depende de qué papel tienen la univocidad y la definición en nuestra manera de teorizar.

Freud privilegió una meta: pasaje de la repetición al recuerdo y a la reelaboración. Para que haya pasaje, es preciso elaborar el duelo por el mundo infantil y así investir sin trabas el presente y el futuro.²⁹

29. "Superar la repetición es permitirle al sujeto salir del marco que le fijaba para siempre su propia organización, y abrirlo a una verdadera

Creo que una definición empobrecería la idea de cura. Y que la enriquece hacer resonar en nosotros distintas frases que conciernen a la cura.

"Resolver fijaciones...". La finalidad de resolverlas es desplazar afectos desde objetos y situaciones del pasado hacia la vida actual. No es modestia la de Freud (1918) cuando escribe:

La cura psicoanalítica no puede producir un ímpetu subvirtiente instantáneo y una equiparación a un desarrollo normal, sino sólo eliminar los obstáculos y hacer transitable el camino para que los influjos de la vida lleguen a imprimir al desarrollo mejores orientaciones.

Es sutileza teórica.

La cura analítica tiende a cambiar la relación entre el yo y los retornos de lo reprimido de manera que pierdan sentido las inhibiciones, las defensas, la angustia, los síntomas y los estereotipos caracteriales a los que el analizando se veía obligado a recurrir. El proceso analítico aspira a que el analizando acepte la singularidad de su historia, y de esa manera descubra que sus encuentros actuales están influidos por los privilegios que se conceden a tal o cual rasgo del objeto, a tal o cual referencia identificatoria y a tal o cual forma de compensación narcisista.

"Cambiar la relación entre el yo y lo inconsciente...". Ese cambio posibilita recursos sublimatorios y el acceso al placer sexual y relacional.³⁰

historia de la que pueda ser coautor. Lo mismo vale para el propio analista. Su trabajo no puede seguir siendo vivo y fecundo si, más allá de las defensas, resistencias y corazas del paciente (y las suyas propias), no logra entrever algo de la imaginación radical singular de ese ser humano singular que tiene delante" (Castoriadis, 1991).

30. P. Aulagnier (1984b) enuncia sus metas: "Mi propósito o mi esperanza son que el sujeto, terminado su itinerario analítico, pueda poner lo que adquirió en la experiencia vivida al servicio de objetivos elegidos siempre en función de la singularidad de su problemática, de su alquimia psíquica, de su historia, desde luego, pero de objetivos que,

La cura psicoanalítica propicia otra relación entre lo consciente y lo inconsciente mediante la reflexividad. La reflexión consiste en romper la clausura en la que estamos cautivos y que proviene de nuestra propia historia y de la institución sociohistórica. El surgimiento de esa subjetividad reflexiva es el objetivo último del proceso analítico y el momento del adiós del paciente, el análisis suficientemente terminado. La reflexión, al cuestionar la clausura que captura al sujeto, requiere nuevas formas y figuras de lo pensable creadas por la imaginación radical (Castoriadis, 1997).

Se abandona el pensamiento por obra de la idealización (Kaës, 1998). Repito: en la idealización hay empobrecimiento narcisista, mientras que en la identificación "el yo se ha enriquecido con las propiedades del objeto". En la identificación hay ausencia de objeto, el que, perdido, se vicariza en el yo. En la idealización "el objeto se ha puesto en el lugar del ideal del yo". El yo se humilla "a la par que el objeto se hace más grandioso y valioso; al final llega a poseer todo el amor de sí-mismo del yo, y la consecuencia natural es el autosacrificio de éste. El objeto, por así decir, ha devorado al yo" (Freud, 1921).

La idealización puede llevar al sujeto a un colapso narcisista. Es síntoma de un duelo no elaborado y evidencia el fracaso en modificar las relaciones de objeto primordiales. La identificación con lo idealizado genera un ideal del yo que pasa a cumplir las funciones que previamente cumplían los objetos idealizados. Un "hambriento de ideal"

por diferentes que sean de los míos, respondan a la misma finalidad: reforzar la acción de Eros a expensas de Tánatos, hacer más fácil el acceso al derecho y al placer de pensar, de disfrutar, de existir, en caso necesario habilitar a la psique para que movilice ciertos mecanismos de elucidación, de puesta a distancia, de interpretación, frente a las pruebas que puedan sobrevenir en la posterioridad del análisis, facilitar un trabajo de sublimación que permita al sujeto renunciar, sin pagarlo demasiado caro, a ciertas satisfacciones pulsionales".

elegirá objetos que suplen fallas en la "internalización transmutadora" (Kohut, 1971).

Nietzsche ([1881] 1967) lo dice en un molde imperativo: "¡Si aspiráis a las alturas, usad vuestras propias piernas! ¡No os dejéis llevar arriba; no os encaraméis en hombros y cabezas ajenos!". La consigna, en sí, es buena. ¿Cómo puede el analista ayudar a que el paciente tramite la idealización en su propio beneficio, sin enajenarse? Cuando se activan ciertas ilusiones prevalece la idealización, como ocurre en el enamoramiento y en la hipnosis.

El trabajo analítico aspira a ser una grieta de veracidad en medio de las imposturas de los ídolos, de la falsedad de lo sublime y de la omnipotencia de lo grandioso. Sin pretender una síntesis, como conclusión provisional diré que conservar los ideales, con la esperanza de posibilitar sublimaciones y combatir el exceso de idealización, es una de las metas del análisis. Freud (1923) marca sutil y valientemente el poder y el límite del psicoanálisis, como teoría y como práctica. "[El psicoanálisis no pretende] imposibilitar las reacciones patológicas, sino [...] procurar al yo del enfermo la libertad de decidir en un sentido o en otro."

En las depresiones graves, al predominar la identificación proyectiva y las escisiones, la relación con los otros se enturbia y las defensas se agrietan. Eso justificaría un trabajo de restauración narcisista. En la diada madre-hijo se generan carencias o excesos que ahogan el surgimiento del yo, marcado (y para algunos, condenado) por heridas narcisistas primordiales.

¿Hablamos antes de clásicos? Winnicott es un clásico con ideas vigentes. Según él, el proceso analítico consiste en reavivar la omnipotencia subjetiva, para lo cual considera esencial la transicionalidad (desde la omnipotencia subjetiva hacia la tolerancia de la realidad objetiva). La madre, debido a su "preocupación materna primaria", conforma un mundo en el que se realizan deseos y fantasías del niño. La madre deja de desempeñar progresivamente

este papel y permite que el niño sufra mayores desilusiones a fin de que llegue a tolerar la realidad objetiva y las subjetividades que están más allá de su control. Una dialéctica entre gratificación y desilusión inevitable y creciente.

La característica esencial del ambiente proporcionado por una "madre suficientemente buena" es su adecuación a los deseos del bebé, ilusionándolo con que los objetos son creados por él ("momento de ilusión"). Winnicott considera que la reinmersión en la omnipotencia subjetiva es el resorte de la creatividad, donde fluyen las ilusiones. Así como la maternidad "suficientemente buena" implica ajustar el mundo para apoyar las ilusiones del niño, el análisis "suficientemente bueno" implica ajustar la situación analítica a la realidad subjetiva del paciente.

Contamos ya con la experiencia clínica y teórica de muchos analistas inspirados en la convicción de que los depresivos padecen carencias. ¿Cómo no ver que a veces la organización dual narcisista predomina sobre la organización triangular edípica? ¿Cómo no actuar en consecuencia? Un analista trabaja siempre con su disponibilidad afectiva y con su escucha. En las depresiones se le solicita algo más: su potencialidad simbolizante, no sólo para recuperar lo existente sino para producir lo que nunca estuvo. Es que, además de conflicto, hay déficit.

Kohut entiende las transferencias narcisistas como intentos de paliar un déficit de los objetos originarios. El depresivo reactiva necesidades para las que no encontró respuesta en las interacciones primordiales.

El proceso analítico logra la curación compensando las deficiencias en la estructura del sí-mismo a través de la transferencia de tipo objeto-del-sí-mismo y la internalización transmutadora [...]. La finalización exitosa del psicoanálisis de los trastornos narcisistas de la personalidad se ha alcanzado cuando se ha establecido y elaborado una fase adecuada de terminación, cuando el sí-mismo nuclear previamente

debilitado o fragmentado del paciente—sus ambiciones e ideales nucleares en cooperación con ciertos grupos de talentos y aptitudes— se ha visto suficientemente fortalecido y consolidado como para funcionar como una unidad más o menos autopropulsora, autodirigida y autosustentada que proporciona un propósito central a su personalidad y confiere una sensación de sentido a su vida (Kohut, 1977).

Las expectativas, necesidades, exigencias y fantasías se agrupaban alrededor de dos vínculos transferenciales. En la "transferencia especular" se busca la aprobación, la admiración y el refuerzo de su autoestima. En la "transferencia idealizadora" los pacientes se apegan al psicoanalista, al que ven como un ser omnipotente y perfecto, para participar de esa grandeza y perfección. Estas expectativas y necesidades, cuando se consideran satisfechas, brindan al paciente cohesión, vitalidad y autoestima. Así como las desilusiones generan "rabia narcisista".

Hoy los elementos propios de las funciones de cuidado son una herramienta habitual de la técnica psicoanalítica. En estos casos, interpretar como transferencia negativa la necesidad de crecimiento, la iniciativa o la individualidad es lisa y llanamente un error, porque vulnera necesidades narcisistas.³¹ El espejamiento empático contribuye a lograr la regulación adecuada de la autoestima. En cambio, si hay fallas en la actitud empática perduran la grandiosidad y el exhibicionismo arcaico.

Los depresivos necesitan descargarse. Y al descargarse se vacían. Se descargan, indiscriminadamente, de sus

31. "Si la necesidad de crecimiento, iniciativa, individualidad, así como el deseo de ser 'diferente', se interpretan como rivalidad edípica, el psicoanalista degrada la búsqueda de una autoexperiencia saludable, la transforma en una pulsión parcial destructiva y ataca así el sentido que el paciente tiene en cuanto al valor del sí-mismo su *self*. Esto es a menudo una repetición de la rabia narcisista de un progenitor que no pudo tolerar la individualidad de su hijo y promovió en él el desarrollo de un *self* rígido y falso" (Treurniet, 1991).

aspectos intolerables tanto como de sus aspectos esperanzados, porque ni a los unos ni a los otros los saben contener. Pacientes tan alborotados pueden alborotar al analista, que a veces se columpia entre excesivas preocupaciones y fantasías omnipotentes. Contraidentificaciones proyectivas que ponen a prueba la capacidad de contención del analista, su templanza y su *insight*, y a veces lo conducen a actuaciones.

Los pacientes depresivos requieren innovación. Hay que lograr experiencias que les faltaron en sus primeros vínculos, plenos de temor y desilusión. El analista se diferenciará de las actitudes traumatizantes (por exceso o por defecto) de los padres, así como de sus colegas con miedo a innovar. Sin deponer cierta asimetría, construirá junto al paciente una nueva historia.

10. TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva se inscribe en el marco de la denominada "revolución cognitiva". Esta corriente o movimiento reconoce seis disciplinas mayores: la inteligencia artificial, la psicología cognitiva, las neurociencias, la lingüística, la antropología y la filosofía. Este "hexágono cognitivo" confluye en un objeto de estudio común formado por las estructuras y los procesos con los que se organizan y elaboran los conocimientos.

La teoría cognitiva sostiene que el pensamiento negativo es causa y no consecuencia de la depresión. Las personas deprimidas sostienen conceptos negativamente sesgados de sí mismos y de su entorno.

Estas creencias negativas están apoyadas por vaticinios de autocumplimiento que refuerzan el pensamiento negativo. Por ejemplo, el paciente se sintió indefenso por no haber podido influir en el resultado de una situación y ya no vuelve a intentarlo. En tanto esta actitud conduce a ulteriores fracasos, la creencia de que es impotente parece demostrada.

Según la teoría cognitiva, en la depresión se producen errores en el procesamiento de la información. Esta teoría distingue tres áreas principales de distorsión (tríada cognitiva): visión negativa de uno mismo, del futuro y del entorno. El descenso de la autoestima, la autoexigencia y

la culpa son síntomas de la primera área. La desesperanza y el negativismo, de la segunda. La retracción social y el pesimismo, de la tercera.

La depresión resulta de una serie "automática" de distorsiones cognitivas. Una vez instalada, los sentimientos y acciones se reforzarán mutuamente en un círculo vicioso que se perpetuará en tanto la respuesta conductual confirme y amplíe negativamente las cogniciones distorsionadas. La emoción negativa se siente como si fuese real y da credibilidad al pensamiento distorsionado que la creó.

El cognitivismo tradicional, como toda teoría, está expuesto a la crítica. Una de ellas es acerca de su noción de pensamiento (y no sobre la importancia de los pensamientos). ¿Puede considerársele "autónomo"? ¿O habrá que articular el intelecto y la cognición en una teoría del psiquismo que los ligue al cuerpo?

DISTORSIONES COGNITIVAS

En el depresivo, los errores sistemáticos en su modo de pensar refrendan la convicción en sus conceptos, que son negativos, a pesar de que existan pruebas de lo contrario. Las distorsiones cognitivas más frecuentes son:

1. La deducción arbitraria: se extrae una conclusión determinada sin pruebas que la sustenten.
2. La abstracción selectiva: se enfoca el árbol sin ver el bosque. Se es influido por un detalle extrapolado de su contexto y se interpreta toda la experiencia en función de este fragmento.
3. La generalización excesiva: se extrae una conclusión partiendo de episodios aislados y se la aplica a otras situaciones, tengan que ver o no con el caso específico.
4. La ampliación o la minimización: se tiende a sobreestimar o subestimar la importancia de un atributo personal, un acontecimiento o una posibilidad futura.

5. La personalización: el paciente tiende a relacionar consigo mismo sucesos externos aunque no existan elementos suficientes que puedan justificar esta asociación.

6. El pensamiento dicotómico: el depresivo tiende a colocar todas las experiencias en categorías opuestas.

Los pensamientos automáticos son preconscientes y se requiere atención para hacerlos conscientes. El sujeto tiene la impresión de captar, gracias a ellos, el mundo tal y como es, sin asumir que se trata de valoraciones e inferencias subjetivas cuestionables. Son el modo recurrente de interpretar los acontecimientos. Estas recurrencias indican la existencia de reglas de inferencia y de estructuras de significado estables que engloban los procesos de pensamiento y la actividad imaginativa.

Dichas estructuras, base de la producción ideativa, son denominadas "modelo cognitivo" o "esquema cognitivo". El modelo o esquema es un organizador y procesador de la experiencia, y establece cómo determinada situación será apprehendida y significada. Codifica la información y permite entender que dos personas comprendan una situación de forma diferente o que una misma persona muestre coherencia en sus interpretaciones, significando situaciones diferentes del mismo modo.

Los esquemas generan una clase de representación y son la base del estilo representativo de una persona. No son representaciones sino estructuras generadoras de representaciones; por lo tanto, son inconscientes, mientras que la información generada por ellas puede ser consciente o permanecer inconsciente. Al procesar el significado de los acontecimientos, los esquemas informan del estado del mundo. Contienen un componente afectivo y una disposición a la acción que guía el comportamiento.

Los esquemas son definidos como disfuncionales porque distorsionan la realidad, provocan sufrimiento o conducen a interpretaciones que tienden a prevalecer.

CREENCIAS

Las creencias suelen clasificarse en nucleares e intermedias. Nucleares son predicados que el paciente hace de sí. Las intermedias son reglas que se derivan de las nucleares. Las creencias son el aspecto cognitivo de los esquemas.

Se diferencian dos niveles principales de procesamiento distorsionado de la información: los pensamientos automáticos y las creencias básicas incorporadas en esquemas. Los pensamientos automáticos son las cogniciones que se producen cuando una persona se encuentra en una situación (o cuando rememoran un acontecimiento). Por su lógica errónea reciben el nombre de distorsiones cognitivas.

Los esquemas, como dijimos, son estructuras profundas que contienen las reglas básicas para seleccionar y codificar la información. Se desarrollan a partir de la infancia y las etapas posteriores. Suelen permanecer inactivos hasta que son activados por ciertos acontecimientos e influyen entonces en el procesamiento cognitivo. Los pensamientos automáticos son coherentes con las reglas del esquema.

Este desencadenamiento es válido para trastornos episódicos. En depresiones crónicas los esquemas suelen estar presentes en forma constante. Su presencia torna vulnerable a quien los porta. La aparición del trastorno dependerá de la exposición a ciertas circunstancias. Por ello, una persona cae en un episodio depresivo en un momento determinado en vez de estar constantemente deprimida.

En la génesis de los esquemas participan factores genéticos, fisiológicos, ambientales y relacionales. Un esquema tendrá más pregnancia cuanto más temprano se instale y más investido e idealizado sea quien lo ha modelado.

Los depresivos han atravesado experiencias de pérdidas tempranas y frecuentes que generaron esquemas de indefensión o desvalimiento. También abundaron en su entorno figuras extremadamente exigentes, perfeccionistas o hiper-críticas, que modelan una actitud idéntica en el niño para consigo mismo.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA COGNITIVA

La meta de la terapia cognitiva es modificar las cogniciones distorsionadas para modificar también las alteraciones conductuales. Paciente y terapeuta trabajan en la identificación de los pensamientos negativos automáticos y en la corrección de las creencias que generan estos pensamientos. El tratamiento consiste en cuestionar las cogniciones negativas y en reconocer la asociación entre cognición, afecto y conducta, generando datos que refuten la cognición negativa e identificando los esquemas que predisponen a la aparición del pensamiento negativo. Al examinar las actitudes disfuncionales, el paciente aprende a superar errores del procesamiento de la información.

La terapia cognitiva aborda principalmente el "aquí y ahora". Y elabora planes de acción que contrarrestan los sentimientos de indefensión, desesperanza y otros síntomas.

Para revisar el cumplimiento de las tareas programadas y recordar los temas relevantes, se establece una agenda terapéutica. La agenda contribuye a convertir problemas abrumadores en problemas abordables, lo cual disminuye los sentimientos de desesperanza e indefensión.

IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

El objetivo de la terapia cognitiva es reconocer y modificar los pensamientos automáticos distorsionados. Toda vez que en la sesión surge una emoción intensa, se le pide al paciente que describa los pensamientos que tuvo antes de la variación del estado de ánimo. En tanto la teoría postula una relación casi directa entre cognición y emoción, se da por sentado que las respuestas emocionales dependen de las valoraciones cognitivas. Un matiz negativo en la cognición generará un ánimo decaído en el plano afectivo y un descenso de la actividad en el plano conductual.

La palabra "descatastrofización" tiene sólo 29 hits en Google, pero le viene bien a la terminología cognitiva. Nada de fagocitar el problema escarbando en el paciente o en la teoría. Se trata de acotar, se trata de redefinir las consecuencias temidas de manera de propender a la solución.

Con ese objetivo, se evalúa la validez de los pensamientos automáticos negativos; se buscan cualidades, intereses o mecanismos de afrontamiento no reconocidos previamente; se revisan las estrategias ante las pérdidas. En suma, se intenta que el paciente piense más allá de la situación inmediata. Las personas deprimidas realizan atribuciones negativamente sesgadas en tres dimensiones: global frente a específico, interno frente a externo y perdurable frente a pasajero (Abramson *et al.*, 1978).

MODIFICACIÓN DE LOS ESQUEMAS

Modificar los esquemas es más difícil que modificar los pensamientos automáticos, porque estas creencias profundamente enraizadas fueron reforzadas a lo largo de la vida.

Terapeuta y paciente identifican, juntos, cogniciones distorsionadas en el procesamiento disfuncional de la información en la depresión. Los procedimientos psicoeducativos y la asignación de tareas refuerzan los conceptos "aprendidos" en las sesiones terapéuticas. Se apunta siempre a la adquisición de habilidades cognitivas y conductuales que disminuyan el riesgo de recaídas.

En la fase de apertura el terapeuta se centra en el establecimiento de una relación de colaboración e introduce al paciente en el modelo cognitivo. Se hace hincapié en dos tipos principales de disfunción cognitiva: el pensamiento negativamente distorsionado y los déficit en el aprendizaje y en el funcionamiento de la memoria (Thase y Beck, 1992).

Para que el paciente no se sienta abrumado, el clínico adapta el trabajo terapéutico al nivel de su funcionamiento cognitivo. Una persona con poco nivel intelectual suele re-

querir un abordaje predominantemente conductual. En cambio, una persona con buen nivel intelectual está en condiciones de aprovechar la evaluación de los esquemas. Las técnicas conductuales, como la planificación de actividades y la asignación gradual de tareas, suelen ser el principal componente de la fase de apertura.

En la fase intermedia del tratamiento se detectan y modifican los pensamientos automáticos negativamente distorsionados. A esta altura, el paciente debe entender el modelo cognitivo y ser capaz de utilizar las técnicas de registro de pensamientos para modificar los tres elementos de la tríada cognitiva que ya mencionamos (el sí mismo, el entorno y el futuro). Se enseña al paciente a identificar los errores cognitivos y a utilizar procedimientos como la generación de alternativas y la evaluación de las evidencias para modificar los pensamientos distorsionados.

El trabajo de detección y evaluación de los pensamientos automáticos se mantiene durante la parte final del tratamiento. Sin embargo, si el paciente ha comprendido los principios básicos de la terapia cognitiva, puede abordarse la identificación y modificación de los esquemas desadaptativos. El concepto de esquema suele introducirse al principio de la terapia, pero su modificación se reserva para fases posteriores, en las que el paciente comprende intervenciones terapéuticas más complejas. Antes de que la terapia concluya, el terapeuta ayuda a revisar lo aprendido durante el tratamiento y le sugiere prever circunstancias que pudieran desencadenar una recaída en la depresión.

LA "TERAPIA COGNITIVA ESTÁNDAR"

Beck elaboró un modelo de intervención clínica breve y focal (terapia cognitiva estándar). Sus tesis esenciales son:

1) La psicopatología resulta de la presencia de un conjunto de esquemas o modelos cognitivos que regulan de

forma patógena la elaboración de la información. Es posible trazar un perfil cognitivo diferente para los principales cuadros psiquiátricos.

2) Estos modelos se expresan por medio de los pensamientos automáticos y la imaginación consciente. Terapeuta y paciente aclaran los esquemas y las tesis que sustentan estos procesos mediante el análisis de los procesos de pensamiento que influyen sobre las vivencias emocionales. Se invita al paciente a tomar nota de los pensamientos y las imágenes que se le aparecen durante las situaciones problemáticas. Ambos (terapeuta y paciente) identifican los temas que con más frecuencia aparecen en los pensamientos automáticos. Estos temas son los que definen los esquemas disfuncionales.

3) Los esquemas se expresan en forma de convicciones y creencias y, como tales, se someten al análisis lógico. Este proceso apunta hacia una corrección en el proceso de elaboración de la información que alivia la sintomatología clínica.

Esta técnica recurre al empirismo colaborativo, al uso del diálogo socrático y al descubrimiento guiado.

- *Empirismo colaborativo*: se explica al paciente lo racional de la terapia, acordando los objetivos y las etapas del tratamiento.

- *El diálogo socrático*: la mayor parte de las intervenciones son interrogaciones. El terapeuta identifica los pensamientos automáticos y los esquemas subyacentes. Intenta llevar al paciente a una actitud más libre respecto de sus esquemas.

- *El descubrimiento guiado*: es el núcleo de la terapia cognitiva estándar. El terapeuta explica los principios y los métodos de la terapia e invita al paciente a que registre cuáles son las emociones principales relacionadas con la experiencia problemática. En segundo lugar se le pide que señale la situación y las circunstancias en que se inscribe. En tercer lugar se lo interroga acerca de cuáles son los pensamientos o imágenes que han precedido, acompañado y seguido a la emoción implicada. Es la oportunidad de

reconocer la relación entre las situaciones, los pensamientos, los sentimientos y las conductas. El descubrimiento guiado es el medio privilegiado para alcanzar una modificación de los esquemas disfuncionales.

Para la terapia cognitiva, la conducta del sujeto está determinada por el modo como éste interpreta el mundo. Para la terapia cognitiva de las depresiones, se ha definido el modo como lo hace el depresivo.

El procedimiento terapéutico pasa por varias fases:

- 1) Análisis de la sintomatología y aceptación de que la alteración del sistema cognitivo es un factor predominante.
- 2) Evaluación de la intensidad de la depresión mediante escalas específicas.
- 3) Orientación. Se le explica al paciente en qué consistirá la terapia y en qué supuestos se basará.
- 4) Definición de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales, y una especificación del cambio propuesto.
- 5) Análisis del tipo de cogniciones y pensamientos automáticos que se evocan dentro de situaciones concretas.
- 6) Comprobación de la irracionalidad de los pensamientos automáticos y formulación de formas alternativas. Frente a los pensamientos estereotipados, el paciente debe anotar en un papel pensamientos alternativos.
- 7) Experimentación personal. Consiste en "poner a prueba", en la vida cotidiana, nuevas hipótesis y estrategias de pensamiento y comportamiento.
- 8) Evaluación de los progresos. Serán índices de mejoría: la comparación de los autorregistros y la constatación del aumento de actividades, la disminución de los pensamientos de desvalorización y culpa, y la elevación del estado de ánimo.
- 9) Dosificación de la intervención terapéutica. Si inicialmente la intervención del terapeuta es primordial, habrá ido dejando paso a un mayor protagonismo del

paciente, quien diseña sus propias actividades y genera pensamientos alternativos.

Es evidente que el tratamiento tiene una secuencia. El primer paso es lograr que el paciente identifique la conexión entre pensamiento y emoción. Luego se busca conectar pensamiento, emoción y conducta. El interrogante crucial es ¿por qué piensa de la manera en que piensa? El tercer paso consiste en evaluar la racionalidad o la utilidad de los pensamientos y las creencias. El terapeuta colabora en la tarea de examinar críticamente los pensamientos y creencias disfuncionales. Utiliza una serie de técnicas, entre ellas el interrogatorio socrático y el registro de pensamientos y emociones que acompañan una situación dada. Se invita al paciente a hacer una lista de evidencias en favor y en contra de los pensamientos automáticos. El cuarto paso consiste en revisar los pensamientos y creencias a la luz de la evidencia. Requiere que el paciente flexibilice su cognición. La rigidez cognitiva es un obstáculo a vencer. En el quinto paso se pretende lograr una modificación de las creencias resultante del análisis de las evidencias.

Los distintos enfoques en terapia cognitiva (entre los cuales hemos elegido el de Beck) comparten el énfasis en las estructuras de significado y los procesos de elaboración de la información y se diferencian por cuestiones teóricas y modalidades técnicas.

Michel Mahoney (1991) describe la terapia cognitiva estándar y le critica que:

- 1) A menudo reduce la relevancia de los procesos inconscientes.
- 2) Considere las emociones como derivadas de las convicciones, lo que implica dos desventajas: en el plano teórico, deja de lado el papel de las emociones en los procesos de conocimiento; en el plano de la técnica,

obliga a destacar únicamente los procesos de control y a ignorar la importancia terapéutica de una expresión más libre de las emociones.

- 3) A pesar de introducir la elaboración cognitiva entre el estímulo y el comportamiento, vea los procesos cognitivos como respuesta al estímulo.
- 4) Su énfasis sea unilateral sobre la racionalidad.¹
- 5) Enfatique los aspectos pedagógicos y normativos en desmedro de la complejidad del vínculo terapéutico.

La terapia cognitiva estándar describe a los pacientes principalmente en términos de contenidos mentales: los pensamientos automáticos y los esquemas. Sin embargo, en los pacientes más graves, se ponen de manifiesto aspectos alterados o deficitarios en diversas funciones mentales.

¿Qué hace que podamos considerar los diferentes enfoques cognitivos como un conjunto diferenciado pero unita-

1. Una importante contribución a la comprensión del papel de las emociones procede del trabajo de Damasio (1994). Describió a pacientes con lesiones encefálicas que causan una reducción notoria en la percepción de emociones y cuyas facultades cognitivas abstractas no están alteradas. La memoria, el lenguaje, el razonamiento lógico no se han modificado tras la lesión. Sin embargo, en lo que concierne a su vida cotidiana, personalidad y conducta, están alterados por la lesión. Se desentienden de las exigencias y la sensibilidad de los demás. Su incapacidad de acciones eficaces contrasta con la preservación del razonamiento. La pregunta que surge es: ¿cuál es el papel de las emociones en los procesos de razonamiento y decisión si su ausencia se traduce en una pérdida de la capacidad cognitiva? Damasio supone otra comprensión de las relaciones entre cogniciones y emociones. Parte de una distinción entre emociones primarias, secundarias y sentimientos. Las *emociones primarias* son estados específicos del cuerpo producidos por estímulos disposicionales innatos. El cerebro está informándose constantemente sobre el estado general del cuerpo y produce asociaciones estables entre estímulos o imágenes y las respuestas somáticas y comportamentales; estas asociaciones constituyen las *emociones secundarias*. Son fruto de la historia singular. Por último, la experiencia consciente de la "yuxtaposición" entre imágenes y estados del cuerpo es lo que Damasio llama *sentimientos*.

rio? Vemos que, en cada uno de ellos, se pide al paciente que preste atención a aspectos de su funcionamiento mental. En los diferentes estilos se lo invita, según los casos, a observar y reflexionar sobre los propios pensamientos automáticos, sobre las emociones primarias y las convicciones relacionadas con ellas y sobre los patrones de experiencia inmediata.

A tal conocimiento de los procesos mentales propios y ajenos se lo denomina "metacognición". Es la capacidad del individuo de entender conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad de utilizar estos conocimientos para la solución de tareas y para transformar estados mentales específicos.

En la función metacognitiva se describen tres subfunciones: la capacidad autorreflexiva (relativa a los propios estados y procesos mentales), la capacidad de comprender la mente ajena y la capacidad de utilizar estas operaciones cognitivas para reducir el estado de sufrimiento subjetivo.

11. TERAPIA INTERPERSONAL (TIP)

La terapia interpersonal (TIP), propuesta por Gerald Klerman y Myrna Weissman (1984), apunta a que los pacientes relacionen su estado de ánimo con su situación vital. Se basa en la premisa de que los acontecimientos vitales dolorosos afectan al estado de ánimo y viceversa. No pretende ser una explicación causal de las depresiones, sino una estrategia pragmática. Al vincular la depresión con los problemas cotidianos, aspira a acotar la sensación de indefensión y desesperanza.

La terapia interpersonal ha sido la modalidad psicoterapéutica más utilizada en los estudios sobre tratamiento farmacológico y psicoterapéutico combinado.

El terapeuta relaciona la aparición del episodio depresivo con una de cuatro áreas interpersonales problemáticas: 1) el duelo; 2) las diferencias en cuanto al papel que el paciente juega frente a los amigos íntimos y la familia (lo que cada uno da y lo que espera recibir a cambio); 3) los estados de transición tensionantes en la vida personal o profesional (por ejemplo, un divorcio o la pérdida de un empleo), y 4) los déficit interpersonales (por ejemplo, el aislamiento).

Las sesiones se centran en los estados de ánimo recientes del paciente, los acontecimientos y la relación entre ellos.

Aunque la TIP y la terapia cognitiva son distintas, ambas están orientadas a la realidad actual del paciente y buscan la remisión sintomática más que la modificación de la personalidad. En ambas, el terapeuta realiza tareas similares: diagnosticar la enfermedad, formular objetivos para un tratamiento de tiempo limitado y mantener ese enfoque durante el tratamiento.

Se suele afirmar que la terapia interpersonal es más que una forma de psicoterapia psicoanalítica, pero esta afirmación no tiene en cuenta que la TIP centra su interés en el presente y no intenta explorar conflictos relacionados con las experiencias tempranas ni cambiar la estructura caracterial.

El tratamiento se inicia con una explicación del diagnóstico y de las opciones de tratamiento. El tratamiento de la fase aguda se lleva a cabo según un manual de protocolo durante 12-16 semanas. También se dispone de un protocolo para la etapa de mantenimiento.

En la evaluación previa al tratamiento se indagan las relaciones interpersonales significativas actuales y del pasado, incluyendo la familia de origen, las amistades y las relaciones sociales. También se observan los patrones de autoridad, dominancia, sumisión, dependencia, autonomía, intimidad, afecto y actividad. Las cogniciones suelen considerarse como creencias y actitudes sobre las normas, las expectativas y los roles, así como sobre la ejecución de roles. Se identifican mecanismos de defensa, pero sólo para explorarlos en términos de relaciones interpersonales. El terapeuta indaga los pensamientos distorsionados comparando lo que el paciente dice y lo que hace, o identificando la perspectiva del paciente sobre una determinada relación interpersonal.

La TIP tiene tres fases: inicial, intermedia y de terminación.

Durante la fase inicial, se llevan a cabo cuatro tareas: 1) se informa al paciente acerca de la depresión y se enumeran los síntomas; 2) se relaciona la depresión con el

contexto interpersonal, vinculando las relaciones pasadas y actuales con los síntomas depresivos; 3) se definen las áreas problemáticas que se abordan; 4) se explican los conceptos básicos de la TIP y se establece el contrato terapéutico.

Durante la fase intermedia, a partir de la información obtenida en la primera fase, se elige en cuál¹ de las mencionadas cuatro áreas se trabajará: si en el duelo, en las disputas interpersonales, en las transiciones de rol o en los déficit interpersonales.

La fase de terminación es trabajada como un duelo, previendo la aparición de reacciones emocionales. En algunos casos puede haber indicación de un tratamiento más prolongado, como en los trastornos de personalidad, en importantes déficit interpersonales, en depresiones recurrentes, etcétera.

Las técnicas básicas son: clarificar los estados afectivos positivos y negativos, identificar los modelos pasados de relación social, guiar y estimular al paciente para que ponga a prueba alternativas. Se privilegian las situaciones interpersonales más que los conflictos intrapsíquicos o las distorsiones cognitivas.

La terapia interpersonal procede de la Escuela de Psiquiatría Interpersonal fundada por Adolf Meyer y Harry Stack Sullivan. La comprensión del apoyo social y de los vínculos proporciona un soporte teórico a esta forma de psicoterapia, que se centra más en la provisión de apoyo, en la clarificación de los estados emocionales y en la mejoría de la comunicación interpersonal y de las habilidades interpersonales, que en la reconstrucción de la personalidad.

Si bien los terapeutas interpersonales asignan especial importancia a los acontecimientos de índole interpersonal en la aparición y mantenimiento de las depresiones, no

1. En realidad, se trabaja sobre uno o dos focos.

dejan de apoyarse en Bowlby y sus escritos sobre la necesidad de vinculación del ser humano y sus reacciones de tristeza y aflicción ante la amenaza o la ruptura real de las relaciones.

Para Bowlby (1980) sólo hay seguridad emocional cuando se cuenta con figuras para el apego o se confía en la posibilidad de obtenerlas. Hay diferentes tipos de ansiedad y una ansiedad básica vinculada a la separación del objeto de apego. La "teoría del apego" conceptualiza la tendencia de los sujetos a crear fuertes lazos afectivos. Intenta explicar diversas formas de afectos y problemáticas clínicas tales como la ansiedad, la depresión y el alejamiento emocional, productos de la separación indeseada y de la pérdida afectiva.

Según Bowlby, la necesidad de formar y mantener relaciones de apego es primaria y diferente de la necesidad de alimentación y de la sexualidad. La respuesta adecuada del cuidador consiste en captar e interpretar las señales del bebé y en responder, por así decirlo, en tiempo y forma. Este autor enfatiza que distintas seguridades de apego niño-madre dan origen a distintas relaciones y a distintas comprensiones de uno mismo. La relación ambiental temprana es crucial porque equipa al sujeto con un sistema de representaciones mentales.

Bowlby opinaba que la depresión suele ser el resultado de alguno de estos entornos infantiles: a) cuando el niño jamás formó una relación segura y satisfactoria con los adultos; b) cuando sus progenitores le transmitieron cuán pocas cualidades tenía para ser amado o cuán incompetente era; c) cuando el niño padeció una pérdida importante sin un sustituto adecuado. Estas vivencias crean sistemas de creencias que distorsionan el modo en el cual se procesa la experiencia en la vida adulta.

La seguridad de apego protege de trastornos psicopatológicos y es un aspecto vital que propicia menor ansiedad y hostilidad, mayores capacidades y mejores

relaciones con los otros. El apego inseguro se asocia con depresión, angustias diversas, hostilidad y enfermedades psicosomáticas (Fonagy, 2001).

La madre debe contener al bebé y debe mostrar, en el área de los cuidados físicos, que se da cuenta del estado mental del niño y que le devuelve a éste la sensación de que puede contener dicho estado. Si el apego seguro es producto de una contención exitosa, el apego inseguro puede verse como una identificación del niño con la conducta defensiva del cuidador. Si éste es rechazante, puede fracasar en su respuesta a la ansiedad del niño, mientras que el cuidador preocupado puede reflejar el estado del niño con demasiada claridad.

La TIP se diseñó como tratamiento estructurado para el trastorno depresivo mayor. Actualmente se aplica también a la distimia y a la depresión recurrente. En la distimia, el terapeuta se esfuerza en traer a las sesiones recuerdos de épocas en que no había alteración del humor, lo que a veces resulta difícil, dada la cronicidad del cuadro.

La aplicación en la depresión recurrente se diseñó para mantener la recuperación y reducir la vulnerabilidad ante nuevos episodios. Se planteó como una intervención preventiva, ya que su meta es mantener al paciente en estado eutímico.

PRIMER BORRADOR PARA UNA COMPARACIÓN ENTRE LAS PROPUESTAS PSICOTERAPÉUTICAS

Los estudios comparativos son abundantes, tanto en el caso de las tres que elijo (interpersonal, cognitiva y psicoanalítica) como en el de otras que conozco menos o nada. Se comparan distintas modalidades de pensamiento y/o autores representativos. Aunque menos cordial, también es interesante el estudio comparativo en el interior de cada modalidad, entre terapeutas talentosos y otros repetitivos, cuando no incompetentes.

El autor está situado. Pero no está situado definitivamente. Poco o mucho, hoy mismo está abierto al cambio. Y sobre todo, para reconocer la diferencia, respeta la diferencia. Aunque es obvio que uno prefiere, provisionalmente, la situación propia, al menos hasta que se demuestre insuficiente.

Las psicoterapias interpersonal y cognitiva están relacionadas con el modelo psicoanalítico. La conceptualización de la psicopatología de las depresiones es más complementaria que excluyente. Se comparten los objetivos de exploración y cambio. Las tres difieren en las herramientas que privilegian: el pensamiento del paciente (para la terapia cognitiva), las relaciones actuales y su red de apoyo social (para la terapia interpersonal) o la experiencia interna del paciente y su relación con la experiencia pasada y los conflictos (para los tratamientos de orientación psicoanalítica).²

En la práctica,³ la terapia cognitiva tiene semejanzas con el análisis de las defensas característico de los abordajes psicoanalíticos. La comprensión de las defensas centra la atención del paciente y el terapeuta en las distorsiones cognitivas que provocan percepciones erróneas del mundo externo e interno. En el modelo psicoanalítico los mecanismos de defensa intentan tramitar la angustia provocada por el conflicto. La terapia cognitiva considera, en cambio, que las cogniciones son el agente causal del malestar del paciente. Se programa⁴ detectar estas cogniciones y alertar al paciente sobre su existencia. Algo similar y diferente del trabajo de interpretación de las defensas que se realiza

2. En un capítulo anterior desarrollé las metas y herramientas de la práctica psicoanalítica.

3. Que la práctica deba ser coherente con la teoría no impide que tenga legalidades propias. Ellas permiten que se consideren semejanzas en prácticas sustentadas en teorías diferentes.

4. Creo que es un programa más que una estrategia. Tiene plazos y objetivos prefijados.

en las psicoterapias psicoanalíticas. En las cogniciones erróneas subyacen esquemas. Son los supuestos inconsistentes que el enfoque psicoanalítico contempla como resultado de la historia singular y la represión. Para ambos tratamientos es muy importante la identificación de estos patrones inconscientes y darlos a conocer al paciente poniéndolos en palabras.

Una psicoterapia psicoanalítica centrada en el "aquí y ahora" se parece bastante a la terapia cognitiva. Y cuando se trabaja "desde la superficie hacia lo más profundo" la terapia psicoanalítica se acerca a la TIP. Sin embargo, hay por lo menos dos modalidades de psicoterapia: 1) la cognitiva y la interpersonal, y 2) la psicoanalítica. Son diferentes en cuanto a la directividad.

En la psicoterapia analítica, la sesión es un río: el flujo de ocurrencias del paciente. Estos pensamientos interactúan con las intervenciones del terapeuta. No es un río desbordado. En la cognitiva, en cambio, la sesión es un dique. Las sesiones se estructuran según una planificación previa que centra la atención sobre los pensamientos y actividades del paciente. En la terapia cognitiva el terapeuta puede dirigir, prescribir, prohibir, educar, entrenar, ordenar o desempeñar un papel. La terapia cognitiva hace hincapié en modificar de forma directa la psicopatología. Los conflictos subyacentes, por decirlo así, se resolverán por añadidura.

Tanto la terapia cognitiva como la interpersonal utilizan intervenciones más directivas y conductuales que las técnicas psicoanalíticas. Ambas descuentan que es posible enseñar nuevas habilidades conductuales. La psicoterapia analítica, por el contrario, confía no en el paciente autodidacta o *naïf* (no podría serlo después de aceptar a un analista), sino en un paciente inspirado, innovador, que más que encontrar conductas óptimas va descartando conductas nocivas, en tanto las analiza.

Más que la cognitiva, la psicoterapia interpersonal es afín a la noción psicoanalítica de "relaciones objetales".

Basa la comprensión de los objetos internos en el conocimiento de las verdaderas relaciones interpersonales del paciente, incluyendo las que mantiene con su terapeuta. Las psicoterapias interpersonal y psicoanalítica comparten su interés por la identificación y la transferencia, que la terapia interpersonal define como "modelos de relación del pasado".

Por otra parte, la terapia interpersonal otorga especial atención al aislamiento y la desvinculación, áreas que el psicoanálisis relaciona con las defensas, y el modelo cognitivo, con las cogniciones erróneas. La terapia interpersonal identifica acontecimientos interpersonales más que intrapsíquicos o cognitivos, aunque el terapeuta suela dirigir su atención hacia la misma área problemática que el terapeuta cognitivo o el psicoanalítico. Sin embargo, el "problema" que se identifica (déficit interpersonales, cogniciones erróneas o conflictos intrapsíquicos) es distinto. Y la diferencia no es una mera cuestión terminológica. *Quizá la diferencia estribe en un caballo que ya está domado para cognitivos e interactivos: la objetividad. ¿Son objetivos los problemas psíquicos? El psicoanálisis, en cambio, prefiere considerar que el caballo está domado a medias. Y este libro ha empleado otra metáfora, la del cristal y el humo. Claro, no se ha limitado a metaforizar. Ha desarrollado también muchas nociones y una capital (sistema abierto y cerrado).*

¿Hasta dónde metaforizar? Ese es el punto. El psicoanálisis contemporáneo, vivo, sigue siendo cura por la palabra. La teoría psicoanalítica, fundada por un escritor eximio, sigue valorizando la palabra. ¿Que en algunos casos es mero blablablá? También las teorías "objetivistas" tienen autores mediocres, donde la objetividad de los dichos es pura aridez o tiene poco que ver con la clínica.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS DEPRESIONES EN EL CONTEXTO TERAPÉUTICO

Silvia Wikinski

La Organización Mundial de la Salud (2005) clasifica los trastornos del estado de ánimo en: trastorno bipolar, depresión recurrente y trastornos afectivos persistentes, que incluyen la ciclotimia y la distimia. El trastorno bipolar puede presentar episodios de manía o de hipomanía alternados con episodios depresivos (trastorno bipolar tipo I y tipo II, respectivamente). La depresión recurrente se caracteriza por la presencia reiterada de episodios depresivos. La distimia, por otro lado, consiste en un estado de ánimo deprimido persistente y crónico, pero cuya gravedad no justifica el diagnóstico de episodio depresivo o depresión recurrente. La ciclotimia se presenta como un humor inestable, con múltiples cambios entre la depresión y la exaltación, sin que ninguno de estos estados de ánimo alcance la severidad o duración necesarias para constituir verdaderos episodios depresivos o maníacos/hipomaníacos. Como puede verse, la depresión es un rasgo común a todos los trastornos afectivos, pero el contexto sindromático difiere en cada caso, como también la eficacia de los distintos esquemas farmacológicos. En este trabajo analizaremos las distintas opciones para el tratamiento farmacológico de la depresión o los síntomas depresivos en cada uno de estos desórdenes y discutiremos los objetivos terapéuticos logrados con cada una de ellas.

Es importante destacar que tanto la depresión recurrente como el trastorno bipolar comprometen severamente el pronóstico de quienes los sufren. Algunas cifras nos pueden dar la dimensión de lo que estamos afirmando. Se estima que entre el 43 % y el 60 % de las personas que cometen suicidio sufren de depresión o trastorno bipolar. Por otro lado, del 4 % al 15 % de los pacientes con depresión se suicidan (Angst *et al.*, 2005; Blair-West *et al.*, 1999), un porcentaje muy superior al de la población general. Además del riesgo de muerte, la depresión conlleva considerables riesgos psicosociales. Numerosos trabajos demostraron que el desempeño social y laboral, así como también la calidad de vida y la satisfacción general, están comprometidos en los pacientes deprimidos. ¿Qué recursos farmacológicos están disponibles para el tratamiento de estas afecciones? Y estos recursos ¿modifican significativamente la evolución de los pacientes? A continuación describiremos los esquemas farmacológicos recomendables para pacientes que sufren depresión mayor, ambas formas de trastorno bipolar, ciclotimia o distimia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN MAYOR

Cuándo pensar en el tratamiento farmacológico de un paciente deprimido

Alrededor del 50 % de los pacientes con depresión leve puede evolucionar naturalmente hacia la remisión. Por lo tanto, no todo paciente deprimido requiere tratamiento farmacológico. Es más, la psicoterapia es un tratamiento efectivo para los pacientes que no están severamente deprimidos. Rush y Kupfer (2001) sugieren tener en cuenta los siguientes factores para decidir si un paciente deprimido debe o no recibir tratamiento antidepresivo: cronicidad del cuadro, presencia de síntomas residuales de

episodios anteriores, recurrencias frecuentes, antecedentes de trastornos depresivos en familiares en primer grado, comorbilidad médica o psiquiátrica y, por último, la preferencia del paciente.

Primer objetivo: la remisión del cuadro

Si, tal como vimos, la condición clínica lo justifica, se debe iniciar el tratamiento farmacológico. Actualmente disponemos de alrededor de treinta fármacos con propiedades antidepresivas. En la tabla 1 se enumeran estos fármacos y se especifica el rango de dosis terapéutica para cada uno de ellos. Como puede verse, los antidepresivos se clasifican (utilizando criterios bastante heterogéneos, por cierto) en antidepresivos heterocíclicos (que incluyen los antiguos tricíclicos), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina, inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina, moduladores serotoninérgicos, inhibidores de la monoaminooxidasa. Además, hay un modulador serotoninérgico-noradrenérgico y un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina.

Esta gran variedad de moléculas puede tener en el psiquiatra un efecto intimidante a la hora de decidir la prescripción. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que si bien pueden describirse diferencias entre los compuestos que forman parte de los distintos grupos, e incluso entre las distintas moléculas entre sí, también es cierto que todas estas drogas comparten varias propiedades.

Las principales semejanzas entre todos los antidepresivos son la latencia al inicio del efecto terapéutico y su eficacia. Si bien algunos trabajos recientes (Thase *et al.*, 2001; Smith *et al.*, 2002) sugieren que los antidepresivos con acción dual (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) tendrían un mayor espectro de eficacia y una menor latencia de acción, estos trabajos son escasos

Tabla 1. Fármacos antidepresivos y estabilizantes:
su dosificación habitual

Fármaco	Rango terapéutico (mg)	Fármaco	Rango terapéutico (mg)
<i>Antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos</i>		<i>Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina</i>	
Amitriptilina	150 a 300	Reboxetina	4-12
Clorimipramina	100 a 250	<i>Moduladores serotoninérgicos</i>	
Trimipramina	150 a 300	Nefazodona	150 a 300
Imipramina	150 a 300	Trazodona	75 a 300
Nortriptilina	80 a 160	<i>Modulador serotoninérgico/noradrenérgico</i>	
Desipramina	90 a 240	Mirtazapina	15 a 45
Amineptino	100 a 300	<i>Inhibidores de la monoaminooxidasa</i>	
Protriptilina	15 a 60	Fenelzina	15 a 90
Amoxapina	100 a 400	Tranilcipromina	30 a 60
Maprotilina	100 a 225	Moclobemida	300 a 600
<i>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</i>		<i>Estabilizantes</i>	
Citalopram	20 a 60	Litio	300-1500*
Escitalopram	10 a 20	Ácido valproico	250-1500*
Fluoxetina	20 a 80	Carbamazepina	600-1000*
Fluvoxamina	50 a 300	Oxcarbazepina	750-2400
Paroxetina	20 a 50	Lamotrigina	50-200
Sertralina	50 a 200	* La dosis es indicativa, pero el control de la misma debe realizarse por medio de la cuantificación de las concentraciones plasmáticas, que son las siguientes: para el litio de 0,6 a 1,2 mEq/l, para el ácido valproico de 50 a 100 mg/ml y para la carbamazepina de 8 a 12 mg/ml.	
<i>Inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina</i>			
Bupropion	300		
<i>Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (duales)</i>			
Venlafaxina	75 a 225		
Milnacipram	25 a 100		

y aguardan confirmación. Por lo tanto, desde un punto de vista clínico, debemos anticipar una latencia de entre cuatro y doce semanas para observar una mejoría. También debemos considerar la probabilidad de que la tercera parte de los pacientes no responda al primer tratamiento instaurado.

¿Esto quiere decir que durante los primeros meses el paciente no notará ningún beneficio? En general la respuesta a esta pregunta es *no*. De hecho, sabemos que varios de los síntomas que forman parte del síndrome depresivo pueden disminuir o desaparecer en los primeros días. Algunos fármacos antidepresivos tienen propiedades ansiolíticas, otros mejoran el sueño o el apetito. Por lo tanto, el paciente puede percibir cierta mejoría sintomática desde los primeros días, a pesar de que el desinterés, el desgano y la anhedonia, síntomas nucleares de la depresión, se hallen todavía presentes. Además, como cualquier otra droga, los antidepresivos pueden ejercer un efecto de placebo, que por supuesto no requiere la administración prolongada para presentarse y por definición contribuye a proporcionar alivio.

El curso que sigue la respuesta farmacológica es variable de un paciente a otro, pero es frecuente que los primeros indicios de eficacia del tratamiento sean registrados por sus allegados, quienes lo pueden notar más animado o menos retraído. En un segundo momento, es el paciente quien se nota más activo, a pesar de que el sentimiento subjetivo de depresión persiste. Éste es generalmente el último síntoma en desaparecer.

En el inicio del tratamiento debe prestarse especial atención a la aparición de efectos adversos. Como le estamos proponiendo al paciente un tratamiento prolongado, debe minimizarse la molestia que el mismo ocasiona. No siempre esto es posible, pero es de buena práctica hacer todos los esfuerzos a nuestro alcance para lograrlo. En esta etapa el seguimiento es más cercano ya que suele ser necesario hacer ajustes de dosis, y con cierta frecuencia, si se observa

intolerancia, debe indicarse su sustitución por otra droga con distinto perfil de efectos adversos.

A lo largo de la fase aguda o de inicio del tratamiento se debe buscar la mejoría completa del paciente. La probabilidad de alcanzar esta meta parece estar en relación inversa con la patología premórbida y con la duración del episodio depresivo actual. Cuanto más prolongado es el episodio depresivo, y cuantos más síntomas depresivos se hallan presentes antes de que el cuadro se haya desplegado por completo, peor es el pronóstico. Es decir, más lenta será la recuperación y más probabilidades habrá de que queden síntomas residuales (Hoencamp *et al.*, 2001). Algunos trabajos, sin embargo, desmienten esta afirmación (Russell *et al.*, 2003; Mulder *et al.*, 2003).

Segunda etapa del tratamiento o tratamiento de continuación

La duración del tratamiento depende fundamentalmente de dos factores: el número de episodios depresivos previos y la calidad de la respuesta obtenida en el episodio actual. Si la respuesta fue óptima,¹ una vez lograda la mejoría, el tratamiento debe mantenerse al menos por nueve meses. La lógica de esta premisa se basa en la alta tasa de recurrencia que se observa en los pacientes que inte-

1. La definición de "respuesta óptima" es discutida. En la literatura médica se considera "respuesta" a la disminución en al menos un 50 % del puntaje en alguna prueba psicométrica para el diagnóstico y la cuantificación de la depresión. La respuesta óptima sería, en este contexto, la disminución del puntaje a valores presentes en sujetos no deprimidos. Otra forma de definir la calidad de la respuesta consiste en utilizar los criterios de algún manual diagnóstico, como el de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), o el de la Organización Mundial de la Salud (ICD) y determinar que ya no se cumplan los criterios que identifican a la enfermedad.

rumpen el tratamiento antes de este plazo. La dosis administrada durante esta segunda etapa debe ser la misma que resultó eficaz en la primera. Salvo en los casos que se discutirán en el apartado siguiente, cumplidos los nueve a doce meses de lograda la recuperación completa del paciente puede intentarse la supresión del tratamiento farmacológico. Esto debe hacerse gradualmente a lo largo de alrededor de un mes, y vigilando estrechamente la respuesta de la persona a la suspensión.

La interrupción del tratamiento con algunos antidepresivos puede provocar síntomas. Como los antidepresivos no causan dependencia, estas molestias no constituyen un síndrome de abstinencia, sino más bien una respuesta del organismo a la interrupción de un tratamiento crónico, como las que se ven cuando se abandona bruscamente la administración de algunos antihipertensivos, hormonas, etc. Si el momento elegido para la interrupción del tratamiento fue oportuno, estos síntomas desaparecerán espontáneamente y el paciente mantendrá la eutimia. Si la supresión fue prematura, a los síntomas físicos que caracterizan la respuesta al retiro de la droga se sumarán síntomas de la esfera emocional que pueden conformar nuevamente un diagnóstico de depresión. Este fenómeno, denominado recaída, indica la necesidad de reinstaurar el tratamiento.

En la evaluación de una recaída el clínico debe considerar las circunstancias vitales por las que el paciente está atravesando. ¿Hay alguna situación de estrés actual? ¿Se puede prever que ésta disminuirá próximamente? ¿Hay algo que se pueda hacer para aumentar las posibilidades de tener éxito en la próxima interrupción del tratamiento? El solo hecho de establecer este diálogo con el enfermo permite concertar un plan en el que ambos, médico y paciente, se comprometan con un futuro libre de antidepresivos, de ser esto posible.

Tercera etapa o tratamiento de mantenimiento

Cuando el episodio depresivo actual no es el primero en la vida del paciente, la duración del tratamiento farmacológico debe ser mayor que la señalada más arriba. Los pacientes que tuvieron un episodio depresivo tienen un 50 % de probabilidades de sufrir otro; los que tuvieron dos, un 75 % de probabilidades de sufrir un tercero, y los que tuvieron tres o más, casi un 90 % de sufrir episodios subsecuentes. Por lo tanto, actualmente el manejo de la depresión en pacientes con antecedentes de depresiones recurrentes consiste en el tratamiento continuo con antidepresivos. Un trabajo muy sólido, publicado hace poco, demuestra consistentemente que el tratamiento disminuye en el largo plazo el riesgo de la peor complicación de la depresión, el suicidio. Angst y colaboradores (2005) siguieron a más de 400 pacientes por más de 40 años y observaron que en el grupo de personas que habían cometido suicidio la continuidad del tratamiento farmacológico era significativamente peor que en el que no lo había cometido.

Qué hacer cuando el tratamiento no es eficaz: recursos para potenciar los antidepresivos

Como vimos anteriormente, alrededor de la tercera parte de los pacientes con depresión mayor no responden al primer tratamiento instaurado, a pesar de haber indicado la dosis adecuada del antidepresivo y de haber esperado las cuatro a doce semanas que demora éste en ejercer su acción. A esta falta de eficacia se la denomina "resistencia al tratamiento". Es importante diferenciar este fenómeno de la aparente falta de respuesta por la imposibilidad de llegar a la dosis adecuada (debida a la presencia de efectos adversos), así como también de la imposibilidad que surge del incumplimiento del plan terapéutico por parte del paciente. Las medidas propuestas para

superar la resistencia son variadas, e incluyen el cambio del antidepresivo o el agregado de un segundo fármaco.

Cuando la estrategia elegida es la sustitución del antidepresivo por otro, es recomendable que la segunda droga indicada tenga un mecanismo inicial de acción distinto del de la primera. Por ejemplo, cambiar un antidepresivo que inhibe selectivamente la recaptación de serotonina por uno de acción dual, o un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina.

Si la elección pasa por el agregado de una segunda droga, la que se halla en la primera línea es el litio. De todos los fármacos coadyuvantes, este último es el más estudiado y su eficacia ha sido mejor demostrada. Otros compuestos pueden ser el ácido valproico o las hormonas tiroideas. También se ha sugerido añadir al esquema otro antidepresivo, con un mecanismo de acción diferente del que el paciente ya está tomando. Estas medidas deben ser tomadas con la precaución de estudiar las posibles interacciones farmacológicas de los distintos compuestos, como así también con cualquier otro fármaco que esté tomando el paciente. Recordemos que, si un individuo toma dos drogas, las posibles interacciones de ellas son dos (cada una puede modificar el efecto y la toxicidad de la otra); si toma tres, las posibles interacciones son seis, y así sucesivamente.

Efecto del tratamiento farmacológico sobre la evolución del cuadro

Hemos visto que el riesgo de suicidio disminuye drásticamente cuando los pacientes deprimidos reciben tratamiento farmacológico. Es interesante señalar que en el trabajo citado los pacientes que habían sido tratados por menos tiempo eran los que estaban menos severamente deprimidos. Pero el riesgo de suicidio a largo plazo no era distinto para pacientes más o menos graves. Lo que estos resultados sugieren es que, salvo en el curso de depresiones

muy leves y de muy corta duración, el riesgo de no tratarlas con antidepresivos supera ampliamente el riesgo de los efectos adversos de las drogas.

El desenlace fatal de un cuadro depresivo afortunadamente no se presenta más que en una minoría de las personas. Si bien por cuestiones éticas no pueden realizarse trabajos prospectivos que comparen la evolución y la calidad de vida a largo plazo en pacientes bajo tratamiento farmacológico y sin él, en seguimientos de hasta diez años varios autores han observado que las dificultades psicosociales de los pacientes se incrementan en relación directa con la frecuencia y la severidad de los episodios depresivos (Judd *et al.*, 2005; McDermut *et al.*, 2001). Incluso en el mismo paciente, la variabilidad de su desempeño psicosocial acompaña en gran medida la variación en su sintomatología. Por este motivo, la continuidad del tratamiento en pacientes con alta probabilidad de presentar depresiones recurrentes es hoy en día una recomendación ampliamente aceptada.

Interacción psicofármacos / psicoterapia en la depresión mayor

Esta importante cuestión no ha sido exhaustivamente investigada a la fecha. La intuición nos indica que el nivel de acción de los psicofármacos es diferente del de la psicoterapia. Utilizando por lo tanto paradigmas farmacológicos, podríamos suponer una interacción de potenciación de ambos procedimientos terapéuticos.

Desarrollemos brevemente este asunto. Hoy en día el mecanismo de acción más aceptado para los fármacos antidepresivos es la síntesis de factores que promueven el desarrollo de terminales sinápticas, como el factor neurotrófico derivado del cerebro (*brain-derived neurotrophic factor* o BDNF) y la estimulación de la neurogénesis, es decir, un incremento de la formación de nuevas neuronas. Ambos

mecanismos tendrían como resultado final la generación de células neuronas que, al estar estimuladas en su formación de sinapsis, darían lugar a nuevos circuitos neuronales. La formación de nuevos circuitos sugiere una "nueva oportunidad", ya que podrían establecerse conexiones influidas por nuevas experiencias, distintas de las que dieron origen al cuadro depresivo. Ahora bien, ¿qué experiencias les "proponemos" a estos nuevos circuitos? La psicoterapia cumpliría la función de proponer nuevas modalidades vinculares y nuevas formas de procesamiento de la realidad, y revisar los mecanismos de defensa a los que el paciente recurre, entre otras muchas. En suma, podríamos decir que las drogas antidepresivas ejercen una acción trófica, y que la psicoterapia dirige el trofismo permitiendo modalidades de funcionamiento más sanas. En apoyo de esta propuesta podemos citar el trabajo de Bond y Perry (2004), quienes observaron que la psicoterapia con orientación psicodinámica promueve cambios a largo plazo en el estilo de los mecanismos de defensa empleados.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN BIPOLAR

A diferencia de la depresión mayor, que como vimos puede evolucionar espontáneamente a la recuperación total y no presentar recurrencias, el trastorno bipolar tiene un curso crónico y no presenta remisiones espontáneas. Salvo en los casos en que la enfermedad debuta con un episodio francamente maníaco, el motivo de consulta más frecuente de los pacientes que sufren trastorno bipolar es la depresión (véase más adelante).

La distinción clínica entre depresión unipolar y bipolar es de gran importancia, aunque frecuentemente muy difícil. Cuando el paciente o sus familiares refieren episodios de manía previos, cualquier episodio depresivo debe ser calificado como "depresión bipolar". Por otro lado, el ante-

cedente de episodios hipomaniacos difícilmente es detectado, por lo que resulta bastante común que los pacientes con trastorno bipolar tipo II reciban por años tratamiento como si sufrieran depresiones recurrentes, lo que entorpece su evolución. Veremos, en efecto, que el tratamiento farmacológico de la depresión bipolar difiere del de la unipolar.

Primer objetivo: la remisión del cuadro agudo

Es de destacar que durante décadas la atención de los investigadores interesados en el tratamiento del trastorno bipolar se concentró en el abordaje de las crisis de manía. Si bien estos episodios adquieren un dramatismo a veces feroz, actualmente se reconoce que los pacientes transcurren gran parte de su vida deprimidos (Judd *et al.*, 2002, 2003). Recién en los últimos años el tratamiento de la depresión bipolar cobró importancia.

A pesar de la semejanza clínica entre la depresión del paciente bipolar y la del paciente con depresión mayor unipolar, hay varios motivos por los cuales no se recomienda comenzar el tratamiento con antidepresivos. El principal es la observación de que los pacientes bipolares pueden virar a la manía o a la hipomanía en respuesta a estos fármacos. También se observó una aceleración de los ciclos de la enfermedad. Por lo tanto, los estabilizantes del estado de ánimo son considerados la primera línea de tratamiento.

Entre estos, los más estudiados son el litio y la lamotrigina. La eficacia de ambos se evidenció tanto para el tratamiento de depresión en pacientes con trastorno bipolar tipo I como tipo II. Los estudios que evaluaron la utilidad del ácido valproico y de la carbamazepina son menos numerosos e informan mejorías menos marcadas (véase la revisión de Thase, 2005).

Como señala Jufe (2004), en ocasiones el episodio depresivo con que se presenta el paciente es severo, y en ese

caso el médico puede ver la necesidad de agregar a los estabilizantes del estado de ánimo un antidepresivo. En contraposición con lo que se pensaba hace algunos años, actualmente no parece haber una contraindicación absoluta en prescribir antidepresivos a los pacientes bipolares, pero es necesario realizar esta maniobra una vez instalado el estabilizante.

De los antidepresivos disponibles, los que parecen ofrecer menos riesgo de inducir episodios de manía o hipomanía son los que forman parte del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y el bupropión (Jufe, 2004; Hirschfield *et al.*, 2002; Vieta *et al.*, 2002; Calabrese *et al.*, 1999). De los primeros, la fluoxetina y la paroxetina han sido los más estudiados.

La respuesta puede hacerse esperar algunas semanas. En los estudios clínicos realizados para evaluar la eficacia de los distintos agentes farmacológicos en el tratamiento de la depresión bipolar, la diferencia entre el placebo y el compuesto activo se observa entre seis y siete semanas después de iniciada la administración (Yatham, 2004).

Algunos autores han señalado que el agregado de antipsicóticos atípicos puede potenciar la eficacia de los antidepresivos en la depresión bipolar, sin incrementar el riesgo de viraje a la manía. En particular, un ensayo clínico comparó la eficacia antidepresiva de la olanzapina sola o asociada con fluoxetina para el tratamiento de pacientes con depresión bipolar de tipo I, y demostró que el tiempo necesario para lograr una respuesta terapéutica era significativamente menor en el grupo tratado con olanzapina y fluoxetina que en el tratado con placebo. La olanzapina sola también resultó eficaz (Thoen *et al.*, 2003). Otro antipsicótico atípico que ha resultado eficaz es la quetiapina (Calabrese *et al.*, 1999).

La continuidad del tratamiento como condición para conservar un buen desempeño psicosocial

Una vez lograda la remisión del cuadro depresivo es conveniente esperar de tres a seis meses para hacer algún cambio en el esquema farmacológico. La tasa de recaídas cuando no se respeta esta indicación es alta. Por el contrario, y dada la naturaleza crónica del trastorno, en este momento de eutimia, pero con el recuerdo reciente del episodio depresivo, es oportuno pactar con el paciente la continuidad del tratamiento, informándole los riesgos que comporta su interrupción en comparación con los que tiene su continuidad.

El esquema farmacológico en los primeros meses de la fase de mantenimiento debe incluir los mismos compuestos (y en las mismas dosis) que durante la fase aguda. Transcurridos los primeros meses, puede evaluarse la conveniencia de retirar los antidepresivos y los antipsicóticos (si se hubieran indicado) y eventualmente disminuir el número de estabilizantes, si el paciente estuviera recibiendo más de uno. Todas estas medidas deben hacerse muy gradualmente y siguiendo muy de cerca la respuesta del paciente, para lograr la detección precoz de una recaída. Debemos advertir, sin embargo, que es muy frecuente que las correcciones en el esquema precipiten empeoramientos en el cuadro clínico. En este caso debe volverse al esquema previo. No debe sorprendernos, por lo tanto, que los pacientes con trastorno bipolar reciban varios fármacos: estabilizantes, antidepresivos y en ocasiones antipsicóticos. Los ansiolíticos suelen haber sido indicados antes del diagnóstico de trastorno bipolar y son muy difíciles de retirar.

A largo plazo, el paciente con trastorno bipolar debe recibir, imprescindiblemente, estabilizantes. Entre ellos, el litio y el ácido valproico son los que han demostrado con mayor solidez su eficacia para prevenir la recurrencia. Pero, cuando se analiza por separado la eficacia para la

profilaxis de episodios depresivos, se observa que al litio le sigue, en calidad y cantidad de evidencia científica, la lamotrigina (Baldassano *et al.*, 2004).

En cuanto al litio, entre los beneficios que proporciona a largo plazo se ha documentado su capacidad para prevenir el suicidio. Los pacientes bipolares tienen un riesgo hasta treinta veces mayor de suicidarse que los individuos sin patología afectiva. Una revisión reciente demuestra que pacientes dados de alta después de un episodio afectivo agudo y que continúan recibiendo litio tienen casi seis veces menos probabilidad de suicidarse en el largo plazo que los que no lo toman (Müller-Oerlinghausen *et al.*, 2003).

Debemos tener presente que, incluso con tratamiento continuo, la frecuencia de recurrencias en los pacientes bipolares es bastante alta. Pero, si bien es posible que en el largo plazo se presenten episodios afectivos, no hay duda de que la frecuencia y la intensidad de los mismos disminuirán dramáticamente si el paciente logra mantener la adhesión al tratamiento.

Si bien la manía es un motivo casi seguro de consulta en estos pacientes (o de inquietud en sus familiares), la hipomanía suele pasar inadvertida o incluso ser vista como un momento de intenso bienestar. De hecho, es la recurrencia de la depresión lo que alerta retrospectivamente al paciente, a sus familiares y al médico de la condición posiblemente patológica de ese estado de bienestar emocional. Judd y colaboradores estudiaron durante veinte años a pacientes bipolares tipo I y II. Sus resultados parecen confirmar que las fases de hipomanía, lejos de comprometer la evolución del paciente, parecen mejorar su desempeño psicosocial, mientras que, como es de esperar, tanto los episodios maníacos como depresivos tienen repercusiones desfavorables (Judd, Aliskal *et al.*, 2005). De estos resultados se desprende que la hipomanía no es un enemigo al que hay que combatir, sino que, por el contrario, puede ser un aliado del paciente.

La depresión bipolar es parte de un síndrome complejo y cambiante. No hay muchos trabajos que hayan evaluado de manera sistemática la diferencia en la evolución de pacientes que reciben psicoterapia junto con la medicación en comparación con quienes sólo reciben farmacoterapia. Algunas investigaciones, sin embargo, parecen demostrar que ambas estrategias tendrían efectos complementarios. Vieta y colaboradores (2005) revisaron la evidencia disponible en un interesante trabajo. Señalan que, de los distintos componentes posibles, la psicoeducación y el trabajo sobre los aspectos cognitivos vinculados con el padecimiento serían los que hasta hoy han demostrado mayor eficacia. Respecto de otros elementos que forman parte del abordaje psicoterapéutico, plantean que sería necesaria una evaluación más exhaustiva.

La farmacoterapia puede contribuir significativamente a los progresos psicoterapéuticos, ya que prolonga los períodos de estabilidad y evita las hospitalizaciones. Estos dos efectos permiten encarar un proyecto psicoterapéutico sometido a menos sobresaltos y por lo tanto seguramente más productivo.

El encuadre psicoterapéutico, por su parte, puede contribuir a la continuidad en el tratamiento farmacológico de varias maneras. En primer lugar, puede ampliar el espacio de observación del paciente y favorecer en éste la autoobservación, lo que permitiría dar el alerta ante signos tempranos de descompensación. En segundo lugar puede ayudar al paciente a sostener el plan de medicación en los momentos en que la adhesión al tratamiento se debilita. Por último, los abordajes familiares resultan eficaces para mejorar el desempeño psicosocial del paciente y prevenir estresores que puedan precipitar la recaída.

El diagnóstico de distimia fue incluido en las clasificaciones estadísticas hace pocos años. Probablemente, la mayor parte de los trabajos que evaluaron la eficacia de los tratamientos farmacológicos han incluido como pacientes a individuos con depresión mayor y con distimia en forma indiscriminada. Por lo tanto, hay una escasa investigación que oriente acerca del mejor abordaje posible de esta forma clínica de trastorno afectivo.

Desde una perspectiva amplia deberíamos pensar que la distimia cabalga, como diagnóstico, entre una alteración del estado de ánimo crónica y una modalidad temperamental o caracteropática. ¿Conocemos fármacos capaces de modificar el carácter? Obviamente, no.

Entonces cabe preguntarse qué lugar ocupa la farmacoterapia en el tratamiento de los pacientes distímicos. Algunos autores plantean que los antidepresivos, en particular los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, disminuirían los síntomas y mejorarían el estado de ánimo. Una revisión reciente recopila los hallazgos de catorce ensayos controlados y concluye que no hay diferencia entre los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Silva de Lima y Hotopf, 2003). Alentados por estos y algunos otros resultados, varios consensos de expertos han propuesto el uso de antidepresivos. Lo cierto es que los resultados son pobres, y el tiempo requerido para que se alcance la mejoría en general es mayor que el planteado en el tratamiento de la depresión mayor.

La experiencia clínica indica que los profesionales recurren a la medicación cuando el proceso terapéutico se estanca. La aspiración en estos casos es que una mejoría, aunque sea leve, aliente a la continuación de la psicoterapia, que al parecer sería el tratamiento de base. Es posible que gran parte del beneficio terapéutico de los antidepresivos en estos casos derive de acciones no específicas:

mejoramiento del sueño, disminución de la angustia, control del abuso de sustancias, situaciones que con frecuencia se presentan en comorbilidad con la distimia.

ALCANCES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CICLOTIMIA

Si la distimia es una entidad diagnóstica controvertida, la ciclotimia lo es aún más. Su estatus nosológico forma parte de una ampliación del espectro bipolar propuesta por H. Akiskal y retomada por varios autores.

Se ha observado que la ciclotimia, como rasgo individual, es más frecuente en familiares de primer grado de pacientes bipolares (Chiaroni *et al.*, 2005). En tanto tal, se ha propuesto que es una forma benigna de trastorno bipolar. En verdad, el carácter patológico de la ciclotimia es muy discutido, y por lo tanto, la pertinencia de instaurar un tratamiento farmacológico no está suficientemente fundamentada.

BIBLIOGRAFÍA

- Angst, J.; Angst, F.; Gerber-Werder, R. y Gamma, A. (2005): "Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up", *Archives of Suicide Research*, 2005, 9: 279-300.
- Baldassano, C.F.; Ballas, C.A. y O'Reardon, J.P. (2004): "Rethinking the treatment paradigm for bipolar depression: the importance of long-term management", *CNS Spectr.*, 9 (Suppl. 9): 11-18.
- Blair-West, G.W.; Cantor, C.H.; Mellsop, G.W. y Eyeson-Annan, M.L. (1999): "Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants", *J. Affect Disord.*, 55: 171-178.
- Bond, M. y Perry, J.C. (2004): "Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders", *Am. J. Psychiatry*, 161(9): 1665-1671.
- Calabrese, J.R.; Rapport, D.J.; Kimmel, S.E. y Shelton, M.D. (1999): "Controlled trials in bipolar I depression: focus on switch rates and efficacy", *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 9 (Suppl. 4): 109-112.
- Calabrese, J.R.; Keck, P.E. Jr.; Macfadden, W. y cols. (2005): "A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression", *Am. J. Psychiatry*, 162: 1351-1360.
- Chiaroni, P.; Hantouche, E.-G.; Gouvenet, J.; Azorin, J.-M. y Akiskal, H.S. (2005): "The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies?", *J. Affect. Disorders*, 85: 135-145.

- Hirschfield, R.M.; Bowden, C.L.; Gidlin, M.J. y cols. (2002): "Practice Guideline for the treatment of patients with bipolar disorder", en American Psychiatric Association (ed.), *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders* (2da edición), compendium 2002, Washington, American Psychiatric Press.
- Hoencamp, E.; Haffmans, P.M.; Griens, A.M.; Huijbrechts, I.P. y Heycop Ten Ham, B.F. (2001): "A 3.5-year naturalistic follow-up study of depressed out-patients", *J. Affect. Disord.*, 66 (2-3): 267-271.
- Judd, LL.; Akiskal, H.S.; Schettler, P.J.; Endicott, J.; Leon, A.C.; Solomon, D.A.; Coryell, W.; Maser, J.D. y Keller, M.B. (2005): "Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study", *Arch. Gen. Psychiatry*, 62 (12): 1322-1330.
- Judd, LL.; Akiskal, H.S.; Zeller, P.J.; Paulus, M.; Leon, A.C.; Maser, J.D.; Endicott, J.; Coryell, W.; Kunovac, J.L.; Mueller, T.I.; Rice, J.P. y Keller, M.B. (2000): "Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder", *Arch. Gen. Psychiatry*, 57(4): 375-380.
- Judd, LL.; Akiskal, H.S.; Schettler, P.J. y cols. (2002): "The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder", *Arch. Gen. Psychiatry*, 59: 530-537.
- Judd, LL.; Akiskal, H.S.; Schettler, P.J. y cols. (2003): "A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder", *Arch. Gen. Psychiatry*, 60: 261-269.
- Jufe, G. (2004): "Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar", en Wikinski, S. y Jufe, G. (eds.), *El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*, Buenos Aires, Médica Panamericana, pp. 167-192.
- McDermut, W.; Mattia, J. y Zimmerman, M. (2001). "Comorbidity burden and its impact on psychosocial morbidity in depressed outpatients", *J. Affect. Disord.*, aug., 65(3): 289-95.
- Mulder, R.T.; Joyce, P.R. y Luty, S.E. (2003): "The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients", *J. Clin. Psychiatry*, 64 (3): 259-264.

- Müller-Oerlinghausen, B.; Berghöfer, A. y Ahrens, B. (2003): "The antisuicidal and mortality-reducing effect of lithium prophylaxis: consequences for guidelines in clinical psychiatry", *Can. J. Psychiatry*, 48: 433-439.
- Organización Mundial de la Salud, <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm> (consultada en febrero 2005).
- Rush, A.J. y Kupfer, D.J. (2001): "Strategies and tactics in the treatment of depression", en Gabbard, G. (ed.), *Treatment of Psychiatric Disorders*, Washington, American Psychiatric Publishing Inc., pp. 1417-1439.
- Russell, J.M.; Kornstein, S.G.; Shea, M.T.; McCullough, J.P.; Harrison, W.M.; Hirschfeld, R.M. y Keller, M.B. (2003): "Chronic depression and comorbid personality disorders: response to sertraline versus imipramine", *Clin. Psychiatry*, 64 (5): 554-561.
- Smith, D.; Dempster, C.; Glanville, J.; Freemantle, N. y Anderson, I. (2002): "Efficacy and tolerability of venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis", *Br. J. Psychiatry*, 180: 396-404.
- Thase, M. (2005): "Bipolar Depression: Issues in diagnosis and treatment", *Harv. Rev. Psychiatry*, 13 (5): 257-271.
- Thase, M.E.; Entsuah, A.R. y Rudolph, R.L. (2001): "Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors", *Br. J. Psychiatry*, 62: 869-877.
- Tohen, M.; Vieta, E.; Calabrese, J. et al. (2003): "Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression", *Arch. Gen. Psychiatry*, 60: 1079-1088.
- Vieta, E.; Martinez-Aran, A.; Goikolea, J.M.; Torrent, C.; Colom, F.; Benabarre, A. y Reinares, M. (2002): "A randomized trial comparing paroxetine and venlafaxine in the treatment of bipolar depressed patients taking mood stabilizers", *J. Clin. Psychiatry*, 63(6): 508-512.
- Vieta, E.; Pacchiarotti, I.; Scott, J.; Sanchez-Moreno, J., Di Marzo, S. y Colom, F. (2005): "Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review", *Curr. Psychiatry Rep.* 7(6): 449-455.

- Silva de Lima, M. y Hotopf, M. (2003): "A comparison of active drugs for the treatment of dysthymia", *Cochrane Database Syst. Rev.*, (3): CD004047.
- Yatham, L.N. (2004): "Newer anticonvulsants in the treatment of bipolar disorders", *J. Clin. Psychiatry*, 65 (S.10): 18-35.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L. Y.; Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989): "Hopelessness depression", 96: 358-372.
- Adorno, T. (1992): *La ideología como lenguaje*, Madrid, Taurus.
- Akiskal H. (1996): "The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV", *J. Clin. Psychopharmacol.*
- Akiskal, H. y Pinto, O. (1999): "The evolving bipolar spectrum", *The Psychiatric Clinics of North America*, 22.
- Althusser, L. (1992): *El porvenir es largo*, Barcelona, Destino, 1998.
- American Psychiatric Association (1993): *Practice Guidelines for of Major Depressive Disorder in Adults*, Washington, D.C., APA Press.
- (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV, Washington, D. C.
- Aslan, C. (1995): "Metapsicología y clínica del duelo, nuevos desarrollos", *Revista de Psicoanálisis*, t. 52, págs. 437-443.
- Atlan, H. (1979): *Entre le cristal et la fumée*, París, Seuil.
- (1990): "Postulats métaphysiques et méthodes de recherche", en *La querelle du déterminisme*, París, Gallimard.
- Atwood, G. y Stolorow, R. (1984): *Structure of Subjectivity*, Nueva Jersey, Analytic Press.
- Aulagnier, P (1975): *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977.
- (1977): "El trabajo de la interpretación", en L. Hornstein, P. Aulagnier, A. Green, M. Pelento, M. Rother Hornstein, H.

- Bianchi, M. Dayan y E. Bosoer, *Cuerpo, historia, interpretación*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- (1979): *Los destinos del placer*, Barcelona, Petrel, 1980.
- (1982): "Condamné à investir", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 25 (trad. cast.: "Condenado a investir", *Revista de Psicoanálisis*, 1984, 2-3).
- (1984a): "Los dos principios del funcionamiento identificador: permanencia y cambio", en *Cuerpo, historia, interpretación*, Buenos Aires, Paidós.
- (1984b): *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*, Buenos Aires, Amorrortu, 1986.
- (1985): "Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia", en *Cuerpo, Historia, Interpretación*, Buenos Aires, Paidós.
- Avenburg, R. (1998): *Psicoanálisis: perspectivas teóricas y clínicas*, Buenos Aires, Publika.
- Bachelard, G. (1948): *La formación del espíritu científico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1972.
- Barthes, R. (1978): *Roland Barthes por Roland Barthes*, Barcelona, Kairos.
- Bataille, G. (1957): *El erotismo*, Buenos Aires, Sur.
- Bauman, Z. (2000): *Modernidad líquida*, Buenos Aires, FCE, 2003.
- (2001): *Comunidad*, Madrid, Siglo XXI, 2003.
- Beck, A. T. (1970): *Depression, causes and treatment*, Filadelfia, University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. et al. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*, Nueva York, Guilford.
- Berezin, A. (2004): "Del cuerpo biológico al cuerpo erógeno", en L. Hornstein (comp.), *Proyecto terapéutico*, Buenos Aires, Paidós.
- Bianchi, H. (1991): "Repetición o historia" en *Cuerpo, historia, interpretación*, Buenos Aires, Paidós.
- (2004): "Marcelo: del espejismo al proyecto", en L. Hornstein (comp.), *Proyecto terapéutico*, Buenos Aires, Paidós.
- Bibring, E. (1953): "El mecanismo de la depresión", en P. Greenacre (comp.), *Perturbaciones de la afectividad*, Buenos Aires, Hormé, 1959.
- Blatt, S. (1998): "Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression", *J. Amer. Asso.*, 46, 3, pp. 723-752.

- Bion, W. (1967): *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Hormé, 1979.
- (1970): *Atención e interpretación*, Buenos Aires, Paidós, 1974.
- Bleichmar, H. (1997): *Avances en psicoterapia psicoanalítica*, Barcelona, Paidós.
- Bleichmar, S. (1986): *En los orígenes del sujeto psíquico*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1993): *La fundación de lo inconsciente*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (2006): *Paradojas de la sexualidad masculina*, Buenos Aires, Paidós.
- Bollas, Ch. (1987): *La sombra del objeto*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991.
- Bowlby, J. (1980): *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós, 1993.
- Cartolano, E. (2006): "Adolescencia y subjetividad", en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Buenos Aires, Paidós.
- Castoriadis, C. (1977): "La psychanalyse, projet et élucidation", *Topique*, 19.
- (1986): "L'état du sujet aujourd'hui", *Topique*, 38.
- (1991): "Lógica, imaginación, reflexión", en *El inconsciente y la ciencia*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.
- (1997): *Hecho y por hacer*, Buenos Aires, Eudeba, 1998.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975): *L'idéal du Moi*, París, Tchou.
- Cohen, S. (1985): "Le thème de la auto-organization", *Revue Française de Psychanalyse*, 6.
- Damasio, A. (1994): *El error de Descartes*, Barcelona, Crítica, 1996.
- Deleuze, G. (1967): *Nietzsche y la filosofía*, Barcelona, Anagrama, 1971.
- Denis, P. (1999): "Soi même pour un autre, identité relative et absolue", *Revue Française de Psychanalyse*, 4.
- Depression Guideline Panel (1993): "Clinical practice guideline number 5", en *Depression in Primary Care*, vol. 1, "Detection and Diagnosis", Publication N° 93-0550.
- Depression Guideline Panel (1993): "Clinical practice guideline number 5", en *Depression in Primary Care*, vol. 2, "Treatment of Major Depression", Publication N° 93-0551.
- Derrida, J. y Roudinesco, E. (2001): *Y mañana qué...*, Buenos Aires, FCE, 2002.

- Durrmeyer, L. (1999): "L'insaisissable nature de l'identité", *Revue Française de Psychanalyse*, 4.
- Eco, U. (1987), "El oficio de pensar", *Página / 12*, 20 de noviembre.
- Ehrenberg, A. (1998): *La fatigue d'être soi*, París, Odile Jacob.
- Fernández Álvarez, H. (1992): *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*, Buenos Aires, Paidós.
- Fonagy, P. (2001): *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona, Publicaciones Médicas, 2004.
- Franco, Y. (2003): *Magma*, Buenos Aires, Biblos.
- (2004): "Castoriadis: imaginación radical y complejidad", en L. Hornstein (comp.), *Proyecto terapéutico*, op. cit.
- Freud, S. (1892-99): *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*, en *Obras completas*, Amorrortu editores (AE), vol. I.
- (1895a): "Estudios sobre la histeria", AE, vol. II.
- (1895b): "Proyecto de una psicología para neurólogos", AE, vol. I.
- (1896): "La etiología de la histeria", AE, vol. III.
- (1900): *La interpretación de los sueños*, AE, vol. V.
- (1905a): *Tres ensayos de teoría sexual*, AE, vol. VII.
- (1905b): *El chiste y su relación con lo inconsciente*, AE, vol. VIII.
- (1910): "Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci", AE, vol. XI.
- (1912): "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", AE, vol. 12.
- (1913): "Sobre la iniciación del tratamiento", AE, vol. XII.
- (1914): "Introducción del narcisismo", AE, vol. XIV.
- (1915a): "Pulsiones y destino de las pulsiones", AE, vol. XIV.
- (1915b): "La represión", AE, vol. XIV.
- (1915c): "Lo inconsciente", AE, vol. XIV.
- (1915d): "Duelo y melancolía", AE, vol. XIV.
- (1916-7): *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, vol. XVI.
- (1917): "Una dificultad del psicoanálisis", AE, vol. XVII.
- (1918): "De la historia de una neurosis infantil", AE, vol. XVII.
- (1919): "Lo ominoso", AE, vol. XVII.
- (1920): *Más allá del principio de placer*, AE, vol. XVIII.
- (1921): *Psicología de las masas y psicoanálisis del yo*, AE, vol. XVIII.

- (1923): *El yo y el ello*, AE, vol. XIX.
- (1924a): *El problema económico del masoquismo*, AE, vol. XIX.
- (1924b): "Neurosis y psicosis", AE, vol. XIX.
- (1924c): "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis", AE, vol. XIX.
- (1925a): *Presentación autobiográfica*, AE, vol. XX.
- (1925b): "La negación", AE, vol. XIX.
- (1926): *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, vol. XX.
- (1927a): *El porvenir de una ilusión*, AE, vol. XXI.
- (1927b): "El humor", AE, vol. XXI.
- (1930): *El malestar en la cultura*, AE, vol. XXI.
- (1931): *Sobre los tipos libidinales*, AE, vol. XXI.
- (1932): *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, vol. XXII.
- (1937): "Análisis terminable e interminable", AE, vol. XXIII.
- (1938a): *Esquema del psicoanálisis*, AE, vol. XXIII.
- (1938b): *Moisés y la religión monoteísta*, AE, vol. XXIII.
- (1938c): "La escisión del yo en el proceso defensivo", AE, vol. XXIII.
- Friszman Bosoer, E. (2004): "La práctica: encuentro, simbolización historizante y proyecto terapéutico", en L. Hornstein (comp.), *Proyecto terapéutico*, ob. cit.
- Gabbard, G. (1995): "Countertransference: The emerging common ground", *Int. J. Psycho-Anal.*, 76, págs. 475-485.
- (2000): *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*, Buenos Aires, Médica Panamericana, 2002.
- Gell-Mann, M. (1994): *El quark y el jaguar*, Barcelona, Tusquets, 1998.
- Green, A. (1983): *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu, 1986.
- (1990a): *De locuras privadas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991.
- (1990b): *La nueva clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.
- (1995a): *La metapsicología revisitada*, Buenos Aires, Eudeba, 1996.
- (1995b): *La causalidad psíquica*, Buenos Aires, Amorrortu, 2005.
- (1997): *Las cadenas de Eros*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998.
- (1999): *Les états limites*, París, PUF.

- (2001): *El tiempo fragmentado*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.
- (2002): "De qué se trata", en H. Lerner y S. Sternbach (comps.), *Organizaciones fronterizas. Fronteras del psicoanálisis*, en prensa.
- (2003): *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*, Buenos Aires, Amorrortu, 2005.
- Greenberg, J. y Mitchell, S. (1983): *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Massachusetts, Harvard University Press.
- Hales, R.; Yudofsky, S. y Talbott, J. (2000): *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Masson.
- Hanus, M. (1998): *Les deuils dans la vie*, París, Maloine.
- Hornstein, L. (1973): *Teoría de las ideologías y psicoanálisis*, Buenos Aires, Kargieman.
- (1983): *Introducción al psicoanálisis*, Buenos Aires, Trieb.
- (1988): *Cura psicoanalítica y sublimación*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- (1991): "Piera Aulagnier: sus cuestiones fundamentales", en *Cuerpo, historia, interpretación*, Buenos Aires, Paidós.
- (1993): *Práctica psicoanalítica e historia*, Buenos Aires, Paidós.
- (2000): *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad*, Buenos Aires, Paidós.
- (2003): *Intersubjetividad y clínica*, Buenos Aires, Paidós.
- (2004): "La subjetividad y lo histórico-social", en L. Hornstein (comp.), *Proyecto terapéutico*, Buenos Aires, Paidós.
- Jamison, K. (1993): *Touched with fire*, Nueva York, Free Press.
- (1995): *Una mente inquieta*, Barcelona, Tusquets, 1996.
- (1999): *Night Falls Fast*, Nueva York, Knopf.
- Kaës, R. (1993): *El grupo y el sujeto del grupo*, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.
- (1998): "La intersubjetividad: un fundamento de la vida psíquica", en L. Hornstein (comp.), *Proyecto terapéutico*, Buenos Aires, Paidós, 2004.
- Kahn, M. (1974): *La intimidad del sí mismo*, Madrid, Saltés, 1980.
- Keegan, E. (2001): "El abordaje cognitivo de los trastornos del estado de ánimo", en *Actualidad Psicológica*, n° 292.
- Kernberg, O. (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Nueva York, Jason Aronson.

- (1986): *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven.
- Klerman G. L.; Weissman, M. M.; Rounsaville, B. J. et al., (1984): *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Nueva York, Basic Books.
- Kohut, H. (1971): *Psicoanálisis del self*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977.
- (1977): *The Restoration of the Self*, Nueva York, International Universities Press.
- (1984): *¿Cómo cura el psicoanálisis?*, Buenos Aires, Paidós, 1986.
- Kræpelin, E. (1921): *Maniac-Depressive Insanity and Paranoia*, Edimburgo, Livingstone.
- Kristeva, J. (1983): *Historias de amor*, México, Siglo XXI, 1987.
- (1987): *Sol negro*, Caracas, Monte Ávila, 1999.
- (1993): *Las nuevas enfermedades del alma*, Madrid, Cátedra, 1995.
- (1996): *Sentido y sinsentido de la revuelta*, Buenos Aires, Eudeba, 1998.
- Lacan, J. (1953): *El seminario, Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*, Barcelona, Paidós, 1981.
- (1954): *El seminario, Libro 2. El yo en la teoría de Freud y en la práctica psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1983.
- (1956): *El seminario, Libro 4. Las relaciones de objeto*, Barcelona, Paidós, 1994.
- (1957): *El seminario, Libro 5. Las formaciones del inconsciente*, Buenos Aires, Paidós, 1999.
- (1964): *El seminario, Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Barral, 1977.
- (1966a): *El seminario, Libro 14. La lógica del fantasma*, ficha mimeografiada.
- (1966b): *Escritos I*, México, Siglo XXI, 1971.
- (1966c): *Escritos II*, México, Siglo XXI, 1975.
- Laplanche, J. (1987): *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- (1992): "Interpretation between determinism and hermeneutics: a restatement of the problem", *International Journal of Psychoanalysis*, 73.
- (1999): *Entre seducción e inspiración: el hombre*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

- Laplanche, J., y Pontalis, J. (1967): *Diccionario de psicoanálisis*, Madrid, Labor, 1969.
- Lebeaux, Y. (1986): "Je, sujet et identification", *Topique*, 37.
- Leonhard, K. (1979): *The Classification of Endogenous Psychoses*, Nueva York, Irvington.
- Lerner, H. (2001): ¿Oro cobreado o cobre dorado? *Actualidad Psicológica*, junio.
- (2003): *Psicoanálisis: cambios y permanencias*, Buenos Aires, Del Zorzal.
- (2006): "Adolescencia, trauma, identidad", en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Buenos Aires, Paidós.
- Lipovetsky, G. (1985): *La era del vacío*, Barcelona, Anagrama, 1987.
- Lôo, H. y Gallarda, T. (1997): *La maladie dépressive*, París, Flammarion.
- Lucioni, I. (2003): "Psicoanálisis de agonía, psicoanálisis de lucha", en H. Lerner (comp.), *Psicoanálisis: cambios y permanencias*, ob. cit.
- (2005): "Idealización, ideales y cambio psíquico", en *depsicoterapics.com*.
- Mahoney, M. J. (1991): *Human Change Process: The Scientific Foundations of Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- Mannoni, O. (1980): *Un comienzo que no termina*, Barcelona, Paidós, 1982.
- Markowitz, J. C. (1995): "Teaching interpersonal psychotherapy to psychiatric residents", *Academic Psychiatry* 19: 167-173.
- (1998): *Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press.
- McDougall, J. (1975): *Alegato por una anormalidad*, Buenos Aires, Petrel, 1982.
- (1982): *Théâtres du Je*, París, Gallimard.
- (1998): *Las mil y una caras de Eros*, Buenos Aires, Paidós, 1999.
- Mc. Intosh, D. (1986): "El yo y el sí-mismo en el pensamiento de Freud", *Libro Anual de Psicoanálisis*, Lima, Imago.
- Mijolla-Mellor, S. (1998): *Penser la psychose*, París, Dunod.
- Mitchell, S. (1988): *Relational Concepts in Psychoanalysis: an Integration*, Massachusetts, Harvard University Press.

- Moguillansky, R. (2004): *Nostalgia del absoluto, extrañeza y perplejidad*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- Moliner, M. (1987): *Diccionario de uso del español*, Madrid, Gredos.
- Moreno, J. (2002): *Ser humano*, Buenos Aires, Del Zorzal.
- Morin, E. (1982): *Ciencia con conciencia*, Barcelona, Anthropos, 1984.
- (1999): *La cabeza bien puesta*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.
- Morrison, A. (1986): *Essential Papers on Narcissism*, Nueva York, New York University Press.
- Najmanovich, D. (1995): "El lenguaje de los vínculos", en *Redes: el lenguaje de los vínculos*, Buenos Aires, Paidós.
- (2001): Complejidad, interdisciplina y psicoanálisis, *Revista de Psicoanálisis*, Número Especial Internacional n° 8.
- Najt, N. (2006): "Novelas adolescentes", en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, ob. cit.
- National Institute of Mental Health (1995): *Affective Disorders (Mood Disorders): Budget Estimate*, Bethesda, MD, National Institute of Mental Health.
- Nietzsche, F. (1967): *Obras completas*, Buenos Aires, Aguilar.
- Olie, J.; Poirer, M. y Lôo, H. (1995): *Les maladies dépressives*, París, Flammarion.
- Oppenheimer, A. (1996): *Kohut et la psychologie du self*, París, PUF.
- Organización Mundial de la Salud (1996): *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid, Meditor.
- Palazzini, L. (2006): "Movilidad, encierros y errancias", en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, ob. cit.
- Pontalis, J. (1977): *Entre el sueño y el dolor*, Buenos Aires, Sudamericana, 1978.
- (1979): "Le métier à tisser", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 20.
- Punta Rodulfo, M. (2006): "Dietantes y anoréxicas", en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, ob. cit.
- Reik, T. (1930): "El paciente desconocido", en *Estudios freudianos*, Buenos Aires, Corregidor, 1974.
- Ricœur, P. (1998): *¿Por qué recordar?*, Academia Universal de las Culturas, Barcelona, Granica, 2002.

- Roca Bennasar, M. y Arroyo, M. (1996): *Trastornos depresivos en patologías médicas*, Barcelona, Masson.
- Rodulfo, R. (2006): "Vida, no vida, muerte: dejando la niñez", en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencia: trayectorias turbulentas*, Buenos Aires, Paidós.
- Rose, S. (1997): *Trayectorias de vida*, Barcelona, Granica, 2001.
- Rosolato, G. (1978): *La relación de desconocido*, Barcelona, Petrel, 1982.
- (1981): "El psicoanálisis transgresivo", *Revista Argentina de Psicología*, 29.
- (1983): "La psychanalyse idéaloducte", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 27.
- (1985): *Éléments de l'interprétation*, París, Gallimard.
- Rother Hornstein, M. C. (1987): "Historia y proyecto: el yo como devenir", *Revista de Psicoanálisis*, 3.
- (1991): "Historia libidinal, historia identificatoria", en *Cuerpo, historia, interpretación*, Buenos Aires, Paidós.
- (2003): "Identidad y devenir subjetivo", en H. Lerner (comp.), *Psicoanálisis: cambios y permanencias*, ob. cit.
- (2006): *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Buenos Aires, Paidós.
- Roudinesco, E. (1999): *¿Por qué el psicoanálisis?*, Buenos Aires, Paidós, 2000.
- Sachs, G. (2004): "Manejo del trastorno bipolar", *Conductas clínicas basadas en evidencias*, Ciencia Press Brasil, Latin America.
- Seligman, M. (1975): *Indefensión*, Madrid, Debate, 1981.
- Semerari, A. (2000): *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*, Barcelona, Paidós.
- Smirnoff, V. (1978), "Et guérir de plaisir", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 17.
- Spence, D. (1982): *Narrative Truth and Historical Truth*, Nueva York, Norton.
- Stern, D. (1991): *El mundo interpersonal del infante*, Buenos Aires, Paidós, 1995.
- Sternbach, S. (2003): "Piera Aulagnier: metapsicología y clínica", en Luis Hornstein (comp.), *Proyecto terapéutico*, ob. cit.
- Stolorow, R. y Atwood, G. (1992): *Contexts of Being*, Londres, The Analytic Press.
- Thase, M. y Beck, A. (1992): *Cognitive Therapy with Inpatients*, Nueva York, Guilford Press.

- Treurniet, N. (1991): "Introducción" a *Introducción al narcisismo*, Madrid, Yebenes.
- Ulanosky, P. (2003): "Práctica psicoanalítica. Presunción de una paradoja", en H. Lerner (comp.), *Psicoanálisis: cambios y permanencias*, ob. cit.
- Vallejo Ruiloba, J. y Gastó Ferrer, C. (2000): *Trastornos afectivos, ansiedad y depresión*, Madrid, Masson.
- Vecslir, M. (2003): "La actualidad del psicoanálisis", en H. Lerner (comp.), *Psicoanálisis, cambios y permanencias*, ob. cit.
- (2004): "La práctica: encuentro, simbolización historizante y proyecto terapéutico", en L. Hornstein (comp.), *Proyecto terapéutico*, ob. cit.
- Veyne, P. (1971): *Cómo se escribe la historia*, Madrid, Alianza, 1984.
- (1974): "La historia conceptualizante", en *Hacer la historia*, Barcelona, Le Goff y Nora, Laia, 1984.
- Wagensberg, J. (1998): *Ideas para la imaginación impura*, Barcelona, Tusquets.
- (2002): "El progreso: ¿un concepto acabado o emergente?", en José T. Martínez (comp.), *Observatorio siglo XXI*, Buenos Aires, Paidós.
- Weissman, M. (2001): *Tratamiento de la depresión*, Barcelona, Psiquiatría Editores, 2002.
- Weissman, M.; Markowitz, J. y Klerman, G. (2000): *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- Winnicott, D. (1965): *El proceso de maduración en el niño*, Barcelona, Laia, 1981.
- (1971): *Realidad y juego*, Buenos Aires, Granica, 1972.
- (1987): *El gesto espontáneo*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- Winograd, B. (2005): *Depresión: ¿enfermedad o crisis?*, Buenos Aires, Paidós.



Si desea recibir regularmente información sobre las novedades de nuestra editorial, le agradeceremos suscribirse, indicando su profesión o área de interés a:

difusion@editorialpaidos.com.ar

Periódicamente enviaremos por correo electrónico información de estricta naturaleza editorial.

Defensa 599, 1° piso. Ciudad de Buenos Aires.

Tel.: 4331 2275

www.paidosargentina.com.ar
