



# Medicalización, su evolución y algunas miradas del psicoanálisis

Trabajo final de grado

(Monografía)

Richard Manuel Aguirre Burgueño

Docente tutor: Santiago Andrés Navarro Denis

Docente revisor: Gabriela Lilian Bruno Cámares

Montevideo, Uruguay, Diciembre 2022

## Índice

Resumen:.....	3
Introducción: .....	4
Capítulo I - Medicalización, Farmaceuticalización y Psicofármacos. ....	6
1-1. Sobre psicofármacos y su desarrollo. ....	6
1-2. Medicalización: .....	9
1-3. De la medicalización, a la farmaceuticalización.....	11
Capítulo II- Diagnósticos de Psiquiatría.....	13
2-1 Clasificaciones diagnósticas. ....	13
2-2. Los primeros manuales DSM.....	14
2-3. Del DSM III, hacia el DSM V.....	17
Capítulo III – Algunas posiciones que adopta el psicoanálisis, ante los manuales de psiquiatría y los psicofármacos.....	20
3-1. Sobre el psicoanálisis y las clasificaciones diagnósticas.....	20
3-2. Sobre el psicoanálisis y los psicofármacos. ....	27
Consideraciones finales.....	30
Referencias bibliográficas: .....	32

## Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivo conocer algunas de las facetas y diferencias que reúnen la medicalización y la farmacéuticalización, en su proceso de evolución hasta la actualidad. Los avances de la ciencia sobre finales del siglo XX, ha permitido acceder a información de saberes médicos y hacernos responsables de nuestra salud. El interés por el tema surge a raíz de cuestionamientos sobre los psicofármacos y los manuales de clasificaciones diagnósticas, en especial los DSMs. Ambos instrumentos son recursos técnicos de primera línea para la psiquiatría actual en la región. Sobre esto último surgen críticas y tensiones en la comunidad psicoanalítica. Ante estas tensiones, veremos que posicionamientos adoptan algunos psicoanalistas ante los psicofármacos y los manuales de psiquiatría. Como veremos en el desarrollo del TFG, esto último se ve reflejado en las formas de la farmacéuticalización. Por último cerraremos este trabajo haciendo una breve síntesis y reflexión sobre la importancia del tema de la medicalización para toda la sociedad, y para la psicología en general.

## Introducción:

En las últimas décadas del siglo XX, los psicofármacos han ocupado un lugar central en el campo de la salud mental. Para la psiquiatría actual es una de las herramientas de mayor importancia en la clínica. No siempre fue así, la psiquiatría como disciplina médica ha tenido sus vaivenes, y ha debido moldear sus saberes y prácticas adecuándolas a cada contexto histórico. A partir de la década de 1950 se comenzó a generar una revolución en la producción de psicofármacos, y este hecho ha tenido consecuencias no solamente en la clínica, sino también a nivel social y cultural (Bielli et al, 2018). Disciplinas académicas, como la filosofía, la antropología y sociología, han puesto interés en el tema debido a la influencia que han desarrollado los psicofármacos en la sociedad (Bielli, 2016). Diferentes estudios han aportado sus visiones sobre el tema, y se pueden encontrar posiciones diferentes de acuerdo a sus bases teóricas y el contexto de estudio (Bianchi, 2018). Según Bielli (2012), luego de la segunda guerra Mundial, los avances de la tecnología en la medicina han sido notorios, y ha habido mutaciones, no solo para la psiquiatría sino en toda la medicina. La aparición de nuevos instrumentos diagnósticos y terapéuticos, son propios también de estos adelantos tecnológicos surgidos de investigaciones interdisciplinarias (Bielli, 2012). Estos avances han tenido incidencia en los modelos de vida en las personas, las tecnologías se introdujeron en el tejido social, y han permitido a la sociedad tomar contacto con algunos de los saberes de la medicina (Rose, 2012).

Según Conrad (2005) en la década de 1970, se comenzó a impulsar el término de medicalización, debido a interrogantes que surgieron en investigadores sociales que daban cuenta en que, la producción de psicofármacos y sus consumos aumentaban. Los avances de la investigación revelaban la complejidad del tema. Para acercarse a una respuesta, hubo que involucrar como objeto de investigación a varios actores y sus antecedentes. Entre ellas estaban, las industrias farmacéuticas, las instituciones de salud y sus políticas, los psiquiatras, sus saberes y prácticas, las tecnologías, la sociedad y su cultura, etc. Las miradas sobre el tema, variaron de acuerdo a las posiciones teóricas y el contexto, en el cual, cada disciplina realizó su investigación (Conrad, 2005).

Dentro del psicoanálisis coexisten diferentes enfoques metodológicos y epistemológicos, e históricamente se han generado controversias, debido a la pluralidad de teorías y técnicas, que van desde un acercamiento hacia enfoques más humanistas y otros inspirados en métodos más científicos (Bernardi, 2003). Siguiendo esta línea de

planteos divergentes dentro del psicoanálisis, Bernardi hace referencia a una búsqueda de la verdad, y una pluralidad de ideas nuevas, que pretenden modificar algunos saberes y prácticas. Otros autores han trabajado sobre este tema, podemos mencionar a Nikolas Rose (1996) que trabaja el concepto de regímenes de verdad desarrollado por Foucault. Rose menciona la existencia de “batallas de la verdad “(p.11), y que se dan de manera compleja.

Estas batallas acerca de la verdad no son abstractas ya que la verdad se encarna en las formas materiales. Para ser parte de lo verdadero, los hechos y los argumentos deben ser admitidos en complejos aparatos de la verdad (por ejemplo, publicaciones académicas, conferencias, etcétera) que imponen sus propias normas y estándares a la retórica de la verdad (Rose, 1996, p11).

A modo de introducción, me pareció pertinente traer este tema, que hacen a la diversidad de saberes y prácticas del psicoanálisis, ya que, el interés de este trabajo tiene que ver con saber, cuáles son algunas de las miradas del psicoanálisis sobre la medicalización. Si bien, la medicalización es el tema central, que va a guiar al TFG, del mismo se desprende la siguiente pregunta. ¿Qué piensa el psicoanálisis sobre los psicofármacos, sus usos, y los diagnósticos de la psiquiatría? La pregunta tendrá sentido, en tanto ubiquemos estos instrumentos como avances de la tecnología, y que según Conrad, son emergentes de la medicalización.

El formato del trabajo es una monografía, que mediante una revisión bibliográfica, planteará diferentes interrogantes organizadas en tres capítulos. El primer apartado hace referencia a una breve historia de los psicofármacos, y en los dos siguientes apartados se desarrollan los conceptos de medicalización y farmacéuticalización, ambos son fundamentales para comprender los cambios emergentes en el ámbito de la salud mental. El segundo capítulo se acerca a las clasificaciones diagnósticas y el DSM (manual de psiquiatría), una breve historia y la expansión del mismo, comprendido dentro del proceso de medicalización. Siguiendo el tema, indagaremos sobre el psicoanálisis, y sus reflexiones en cuanto a las técnicas diagnósticas basadas en el uso del DSM, como instrumento de evaluación. A continuación, se hace mención sobre algunas de las posiciones del psicoanálisis ante los psicofármacos, y la discusión entre las técnicas, de los psicofármacos y la psicoterapia. Como cierre de este trabajo, volveremos a retomar a la medicalización, sus procesos de cambio y la mirada del psicoanálisis ante los mismos.

# Capítulo I - Medicalización, Farmaceuticalización y Psicofármacos.

## 1-1. Sobre psicofármacos y su desarrollo.

Los siglos XIX y XX estuvieron marcados por una sucesión de acontecimientos que han ido modificando la visión de la ciencia, mucho ha tenido que ver el desarrollo de la tecnología que ha posibilitado acceder a imágenes submicroscópicas e imágenes en movimiento, y ha venido en progreso hasta la actualidad. En el devenir de estos adelantos, la psiquiatría a través de la neurociencia, ha tenido que ir adaptándose a nuevos modelos de teorías y técnicas que parten de estos acontecimientos (Rose, 2008).

La microscopía moderna trajo la posibilidad de avances mayores, entre ellas, el descubrimiento del gen, que progresivamente ha ido complejizando sus avances teóricos y técnicos, avances que generaron discusiones dentro de la comunidad científica y que han tenido incidencias políticas, sociales, económicas, psicológicas, culturales (Rose, 2012). Dichas discusiones tenían como tema el determinismo genético en el ser humano y, las ambiciones del mismo que se filtraban en el tejido social y las políticas aplicadas en pos de la búsqueda de un mejor linaje genético, estratificando y excluyendo a quien no reunía las condiciones biológicas suficientes para las ambiciones de la eugenesia (Rose, 2012).

Según Nikolas Rose, los fármacos han obtenido un lugar central dentro de los intereses eugenésicos, el discurso se centraba en que si consumías dichos fármacos ibas a mejorar las anomalías, aspirar a una vida sin dolor y sin trastornos de angustia (Rose, 2012).

Los avances de la neurociencia, y su investigación sobre las actividades del cerebro humano, cuestiones como el funcionamiento de las neuronas, el funcionamiento químico de pequeñas moléculas llamadas neurotransmisores, comienzan a ocupar un rol importante en la agenda de la neurociencia, la industria de la farmacología, y la psiquiatría (Rose, 2012).

Este hecho, abrió paso a la consecutiva producción de psicofármacos hasta la actualidad. Fue así, que en 1949, J.F Cade introduce las sales de litio, hecho que se dio posterior a un experimento que realizó con Cobayas, luego aplica este experimento con humanos, y durante las investigaciones se constataron fallecimientos por intoxicación. El experimento estuvo suspendido hasta 1965, recién, en la década del 70 se comercializó indicado para problemas de manía (Escarabajal Arrieta, & Torres, 2005).

En 1950 se crea la *Clorpromazina*, un antipsicótico que abrió paso a una década de descubrimientos para varias de las patologías psiquiátricas enmarcadas en la época. Este fármaco fue apodado, “la droga de Laborit”, nombre relacionado a Henry Laborit, un cirujano francés. Este, luego de múltiples experimentos encontró resultados óptimos para mejorar las propiedades anestésicas (López Muñoz et al, 2000). La clorpromazina fue lanzado a la venta en 1952, bajo el nombre comercial de *Lagartil*, por el laboratorio francés Rhone-Poulenc (López Muñoz et al, 2000). Sobre este mismo año se comenzó a trabajar también con la *Reserpina*, una droga que fue elaborada con una base de la planta *Rauwolfia serpentina*, esta planta era utilizada con fines terapéuticos en La India, tiene propiedades sedativas y, unas de las patologías que se trataban con esta planta, era la hipertensión (López Muñoz et al, 2000). En 1953, la farmacéutica Criba lanza la reserpina, bajo el nombre de *Serprasol*. Dentro de la línea de los neurolépticos se destaca también el *Haloperidol*, definido como uno de los más potentes tranquilizantes, superando 50 veces los efectos antipsicóticos de la clorpromazina (López Muñoz et al, 2000). “En 1957, P.Janssen, buscando analgésicos más eficaces, sintetiza la primera *butirofenona*: el *haloperidol*. Desde ese momento y por muchos años ha sido el fármaco de elección en el tratamiento de las psicosis” (Uruchurtu, 2010, p.10).

Los antidepresivos comenzaron a sustituir a las terapias electro convulsivas, salvo excepciones de alto riesgo, como situaciones de intentos suicidas, estupor melancólico u depresiones delirantes (López Muñoz et al, 2000). Los primeros fármacos antidepresivos fueron la (Imipramina y la Iprionazida), y ambos surgieron en la misma década del 50, y su propósito inicial fue hacia los pacientes con tuberculosis que, luego de diversos estudios, se comenzaron a ver buenos resultados en pacientes con comorbilidades depresivas (López Muñoz et al, 2000). Bielli (2012), en *La introducción de los antidepresivos en Uruguay*, hace referencia a la Iprionazida, como un IMAO (Inhibidor de la monoaminoxidasa). El psicofármaco en su inicio ofrecía resultados favorables en pacientes con tuberculosis, experimentaban un incremento en los niveles de euforia, y mejora en la sociabilidad. Desde 1951 a 1956 la droga se mantuvo en observación, y en el último año se dejó de prescribir, ya que comenzaron a aparecer casos con efectos secundarios relacionados a confusiones mentales. En Uruguay fue

lanzada al mercado bajo el nombre *Marsilid*, como medicamento antituberculoso (Bielli, 2012).

Siguiendo con Bielli (2012), en 1959 se lanzó en Estados Unidos la imipramina, bajo el nombre de *Tofranil*, este es uno de los psicofármacos que se desplazó muy fácilmente a las costas del Río de la Plata, a principio de la década del 60, el psicofármaco de características tricíclicas en su fórmula, comenzaron a ser prescritos por los psiquiatras en Uruguay (Bielli, 2012). Con el correr del tiempo, estos psicofármacos han sido sustituidos por otros, que han ido modificando sus fórmulas en función de mejorar la actividad de sus efectos adversos, tal es el caso de los I.S.R.S (Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina). (Bielli, 2012; Uruchurtu, 2010).

En 1954 se lanza al mercado el meprobamato, el primer psicofármaco que tenía propiedades ansiolíticos, y que llegó para sustituir a los barbitúricos, el fármaco administrándose en dosis terapéuticas no provocaba sopor ni sueño (López Muñoz et al, 2000). El psicofármaco se comercializó bajo el nombre de *Miltown* y revolucionó a parte de la comunidad psiquiátrica y a la sociedad. Había aparecido una “píldora mágica”, destinada a casi todos los malestares psíquicos de la época, al año de su introducción un cinco por ciento de los Estadounidenses la habían consumido, destinado para todas las edades, niños, adolescentes y adultos (Horwitz, 2021; Venancio & Russo, 2006). Según Escarbajal Arrieta & Torres (2005), el meprobamato comenzó a perder popularidad, a medida que la comunidad médica percibía una variedad de efectos adversos, entre ellos, abuso de consumo, dependencia, sobredosis letal, y síntomas en la interrupción del tratamiento.

No se puede dejar de mencionar a las benzodiazepinas, que revolucionaron el mercado en sustitución del meprobamato (*Miltown* y *Ecuamil*), bajo la premisa de una menor proporción de efectos adversos y bajar la capacidad de adicción. En 1960 surge el *Librium* y tres años más tarde se lanza al mercado el diazepam bajo el nombre de *Valium*. La venta de estos psicofármacos fue un éxito, entre la década del 60 y 70, la mitad de los estadounidenses había consumido la píldora, generando una revolución cultural (Navarro, 2019; Horwitz, 2021).

Las benzodiazepinas se caracterizan por mantener un mismo perfil de efectos, ansiolíticos, relajante muscular, sedante – hipnótico, anticonvulsivante, amnésico. Dentro del grupo de las benzodiazepinas se encuentran, diazepam, clonazepam, clobazam, alprazolam, bromazepam, oxazepam, lorazepam, midazolam y triazolam (Jufe, 2001). Las benzodiazepinas ha sido uno de los psicofármacos con mayor discusión durante estos últimos años, varias investigaciones académicas han surgido en torno a



este tema, y han corroborado un progresivo aumento de prescripciones y consumos de estos psicofármacos (Navarro, 2019). Por otra parte dichos resultados generaron debates, a qué el consumo de los mismos podría ser proclive a una adicción, si eran consumidos durante un período excesivo. En la década del 80, se integraron los I.S.R.S, estos son antidepresivos, y pasaron a ser relevantes en el tratamiento de la ansiedad (Navarro, 2019; Bielli, 2012; Uruchurtu, 2010).

## 1-2. Medicalización:

Varias han sido las definiciones sobre medicalización, que provienen de las más variadas disciplinas, podríamos abrir el apartado de este capítulo mencionando a Foucault (1996), quien hace referencia a los cambios emergentes durante el siglo XVIII, en cuanto a las actividades de la medicina, el médico se ocupaba de las enfermedades y en asistir a los enfermos. Luego la medicina extiende su campo de intervención, comienza a interesarse por temas de la sociedad, ya sea, por las cuestiones de desagües, el aire, construcciones etc. Más adelante fue adquiriendo un status diferente a nivel social, a través de la figura del médico comenzó a ejercer una autoridad, y a institucionalizarse con la aparición de los primeros hospitales, como “institución de medicalización” (Foucault, 1996, p.50). Foucault (1996) menciona que la medicina comenzó a interesarse por los mecanismos de registros, a través de la recolección de datos y creación de estadísticas, y de esta manera cobra protagonismo en la sociedad. En el siglo XVIII, fue Alemania el primer país en desarrollar lo que se hizo llamar, “medicina del estado”, eran políticas de control y normalización de la sociedad y sus instituciones. Para Foucault, el control de la sociedad se ejercía en función del cuerpo, la medicina se comenzó a transformar en una estrategia biopolítica (Foucault, 1996, p.56).

En 1970, se abre un abanico de estudios sociales sobre el concepto de medicalización, que ha tenido varias definiciones, de acuerdo a las posiciones de cada autor. Para Conrad, la medicalización es "definir el comportamiento como un problema médico o una enfermedad y obligar o autorizar a la profesión médica a proporcionar algún tipo de tratamiento"(Conrad, 1992, p.210).

Rose (2012), entiende que el surgimiento de “las ciencias de la vida, las ciencias humanas y la medicina clínica”, fueron esenciales para el nacimiento de técnicas,

tecnologías, aparatos y expertos (Rose, 2012, p.370). Por otra parte plantea un cambio en el modelo de biopolítica, hacia una etopolítica, esto significa una nueva forma de ejercer el poder, y disciplinarización de la sociedad. Nuevas estrategias políticas en las prácticas e intervención de la medicina, pasando de ser un aparato de control colectivo, a promover que cada individuo sea responsable de su propio cuerpo. “Ejercicio, dieta, vitaminas, tatuajes, perforaciones corporales, medicamentos, cirugía estética, reasignación de género, trasplante de órganos, etc.”(Rose, 2012, p.65).

Según la socióloga argentina Eugenia Bianchi , el siglo XXI trajo transformaciones en la medicalización, incorporando nuevos modos de saber y verdad que se asocian al conocimiento científico- tecnológico (Bianchi, 2018). Esta autora hace referencia al concepto de biomedicalización, al igual que Conrad sostienen que han habido cambios en la medicalización, y se reconoce un aumento de consumidores en los sectores de la medicina, mas compañías farmacéuticas, instituciones de salud, aseguradoras, etc. (Bianchi, 2018, Conrad, 2005).

Conrad cita a (Clarke et al.2003) sobre el concepto de biomedicalización: “Los procesos de medicalización son cada vez más complejos, multilocales, para definir y multidireccionales que hoy en día están siendo reconstituidos a través de las formas y prácticas sociales emergentes de una biomedicina altamente y cada vez más tecnocientífica” (2003, Conrad, 2005, p.5). Siguiendo a Conrad, en la década de 1980, se comienzan a ver cambios profundos, y que se reflejan en el decaimiento de la autoridad médica, y en las políticas de administración (Conrad, 2005).

Según Conrad, (2005) estos cambios se han manifestado bastante más claro en la psiquiatría, limitando las psicoterapias individuales y grupales. Poco se dialoga entre médico y paciente sobre, si es conveniente o necesario recibir una terapia farmacéutica sinó, cual es el psicofármaco que se debe recetar, (Conrad, 2005, p.4). Por su parte Rose señala también que a partir de 1980, en las sociedades industriales de Europa y América del Norte se ha construido un mercado significativo en torno a los psicofármacos, y en función de estos, se ha incrementado la motivación para generar conocimientos sobre los trastornos mentales (Rose, 2012).

### 1-3. De la medicalización, a la farmacéuticalización.

En las últimas décadas del siglo XX, y comienzo del XXI, se mantuvieron en ascenso la producción y consumos de psicofármacos, ha habido una fuerte promoción y mercantilización de las enfermedades. Es un proceso compartido por quienes producen los fármacos, o sea, los laboratorios, los médicos que los prescriben, los pacientes, y los medios de comunicación. Entre ellas, las vías de internet, consultas online, redes sociales, circuitos de marketing, etc (Bielli, 2016; Bianchi, 2018; Conrad, 2005.). La complicidad de las partes produce efectos en la sociedad, y se instalan modificaciones en la cultura. Los criterios de enfermedad se tornan difusos, y se introducen en el lenguaje cotidiano palabras, como psicofármacos, diagnósticos, patologías, etc (Bianchi, 2012). Según Conrad, esto produce empoderamiento y ha transformado para muchos la enfermedad, algo que sería, una experiencia privada, en una experiencia pública (Conrad, 2005). Bielli (2016) agrega, que dichas complicidades creadas entre laboratorios y públicos consumidores es un análisis continuo en cuanto a la popularidad de determinados psicofármacos, y son indicadores que ayudan a la expansión y creación de diagnósticos psiquiátricos.

Pinafi (2013) ,en cuanto a esto último señala, como el dolor ha sido fuertemente combatido en la modernidad , pero paralelamente se produce una contradicción , cuanto más medicamentos se introducen, prometiendo la cura del dolor que provocan los problemas de la vida, más enfermedades se crean en las clasificaciones diagnósticas (Pinafi, 2013).“De tal modo, si por un lado existe la promesa de felicidad y alivio rápido que la vía farmacéutica ofrece, por otro, existe el deseo de los “usuarios” de apartarse del sufrimiento” (Pinafi, T, 2013, p.87).

La farmacéuticalización es un concepto que surge en la década de 1980. Bielli (2016), realiza un análisis del mismo, y percibe diferentes enfoques en la definición. Los autores sostienen un punto de acuerdo en torno a las transformaciones de la medicalización que han ocurrido durante el cambio de siglo, pero difieren en algunos aspectos, sobre la definición de farmacéuticalización.

Bielli (2016), señala que el término farmacéuticalización se origina desde la antropología y uno de los primeros antropólogos en trabajar con este concepto es Nitchter. El mismo hace referencia a la farmacéuticalización en sus trabajos de investigación etnográficos, realizados en algunas culturas donde la medicación, poseen un índice de consumo muy

alto (Bielli, 2016). Yendo a Nitchter (2003), el autor en el capítulo, *Pharmaceuticals, the Commodification of Health, and the Health Care-Medicine Use Transition*, designa como en sus estudios de casos se ha visto reflejada una creciente mercantilización de la salud, Nitchter define a esto último como una tendencia a tratar la salud, con el fin de obtener ganancias con el mercado de los medicamentos (Nitchter, 2003). “La salud se vuelve dependiente de los medicamentos, hay una objetivación del cuerpo y la enfermedad se descontextualiza como enfermedad” (Nitchter, 2003, p. 271). Para Nitchter, la farmacéuticalización se entiende como, “la apropiación de los problemas humanos por parte de los medicamentos” (Nitchter, 2003, p. 276).

Siguiendo con Bielli (2016), señala que Busfield y Abraham se posicionan ante una farmacéuticalización, en dónde los indicadores que la designan se encuentran las industrias farmacéuticas, los médicos, sistemas regulatorios, servicios de atención en salud (Bielli, 2016). Busfield sostiene que la forma predominante de la atención en salud en sociedades occidentales, son los psicofármacos, y uno de los generadores del cambio en la transición de medicalización a farmacéuticalización es el aumento de consumo de medicamentos. Para Abraham los fármacos se encuentran en toda la trama social, tiene que ver con la difusión que se le dio los últimos años, sustentado en la biomedicina, que responde al cuidado de la salud y el uso de los nuevos productos (Bielli, 2016).

Por otra parte Williams et al (2011), afirma que ha habido un proceso de cambio, y dentro del mismo se ha manifestado un crecimiento del papel que ocupan las industrias farmacéuticas en la medicalización. El autor realiza sus estudios desde el campo de la CTS, (ciencia, tecnología y sociedad), el mismo se relaciona a los estudios que se producen de forma interdisciplinar. En el área de investigación, educación y gestión, estos proporcionan miradas y aportes diversos de diferentes disciplinas, y sus enfoques pretenden dar respuestas a problemas complejos, que involucran la tecnociencia y la sociedad (Bielli, 2012). Williams et al, siguiendo este enfoque da respuesta a dos definiciones sobre farmacéuticalización, por un lado, “basándose en líneas de estudios de ciencia y tecnología (CTS), se ve de manera más productiva como un proceso sociotécnico complejo y heterogéneo que involucra una serie de dimensiones y dinámicas. Este proceso implica el descubrimiento, desarrollo, comercialización, uso y gobernanza de productos farmacéuticos centrados en la tecnología basada en la química” (Williams et al, 2011, p.711). Por otro lado, da una definición desde un aporte más simple: la farmacología denota la traducción o transformación de las condiciones, y capacidades humanas en oportunidades para la intervención farmacéutica (Williams et al, 2011, p.711).

Sobre estas definiciones en (Williams et al , 2011), se subraya la dimensión que tiene el concepto de farmacéuticalización, que de alguna manera trasciende la esfera médica, y se posiciona dentro de una complejidad que requiere ser estudiada. Cuestiones como el desarrollo de la tecnología, y su introducción en el tejido social, interactúan en una red que intervienen las industrias farmacéuticas, la academia, los sistemas regulatorios, prácticas terapéuticas, y sus teorías y técnicas (Bielli, 2015).

## Capítulo II- Diagnósticos de Psiquiatría.

### 2-1 Clasificaciones diagnósticas.

La búsqueda permanente de reducción tiene sus antecedentes dentro de la comunidad científica. Clasificar, es un requisito fundamental para la actividad científica. “Clasificar es ordenar individuos, cosas o conceptos en grupos homogéneos en función de que compartan unas determinadas características “(Del Barrio Gándara, M. V, 2009. P 81).

Según Caponi, (2011), profesora titular del departamento de sociología y ciencia política de la universidad federal de Santa Catarina, Brasil, relata en su artículo, *Para una estadística universal: Un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales*. En un congreso realizado en París en el año 1889 , se definió la primera clasificación de enfermedades mentales , ya habían transcurrido cien años del periodo histórico de la Revolución Francesa, en el cual Pinel y Esquirol desarrollaban sus primeros pasos sobre la alienación de personas con enfermedades mentales, fue así que Pinel elaboró el “*Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*”, y presentaba cuatro formas de clasificación, Manía, melancolía, idiotez, demencia, esta clasificación se mantuvo durante todo el siglo XVIII (Caponi, 2011 ;Teixeira, 2019).

En el siglo XIX surge la figura de Emil Krapelin, un psiquiatra de origen alemán nacido el 15 febrero de 1856, el cuál fuera considerado el padre de la psiquiatría moderna. En sus inicios, cursó psicología experimental con Wilhelm Wundt, y a los 27 años crea el primer compendio de clasificaciones mentales, el que luego de sucesivas versiones pasó a llamarse “Tratados de psiquiatría”. El método de clasificación de Krapelin se basaba en la observación de los síntomas, tomaba notas sobre la evolución de los

mismos, y rechazaba cualquier discurso narrativo del paciente (Caponi & Martínez, 2013). Krapelin seguía la línea del positivismo médico, y desestimaba las prácticas del psicoanálisis que en Europa al principio del siglo XX, de la mano de Freud iban a ir ganando prestigio. “El enfoque diacrónico de Krapelin, que puede leerse bajo el rótulo de “curso, evolución y pronóstico”, en nada se asemeja al interés que teorías rivales como la freudiana depositaron en el devenir biográfico” (Caponi & Martínez, 2013, p.479).

Las primeras clasificaciones estadísticas de enfermedades mentales en Estados Unidos se realizaron a través de un censo en 1840, no obtuvieron demasiado éxito, pero sirvieron de base para las posteriores obtenciones de datos estadísticos, y llevarían a crear en 1918 el *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, elaborado por el Comité Nacional para la Higiene Mental y la Asociación Médico-Psicológica Americana, que actualmente se refiere a la APA (Asociación de Psiquiatría Americana). Luego se crearon nueve ediciones más, siempre con las mismas características, basados en un modelo descriptivo nosográfico y biologicista. (García, Z, 2019). Estos manuales constituyen el antecedente de la creación del DSM.

## 2-2. Los primeros manuales DSM.

El DSM es un manual estadístico para enfermedades mentales y su primera versión fue creada en 1952, posterior a la segunda guerra Mundial. Según Zabaleta (2019), la cantidad de casos de personas con problemas mentales en la posguerra y la poca efectividad en los métodos de clasificaciones, creados al finalizar la primera guerra Mundial en el año 1918 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatras y Psicólogos, llevó a que hubiera que diseñar un modelo de manual, que en teoría, obtendría mejores resultados. El método utilizado hasta entonces, era a través de censos estadísticos que servían para tener un control de datos durante la atención en los hospitales, pero no eran lo suficientemente útiles al momento de configurar un diagnóstico de morbilidad. En la primera guerra Mundial se utilizaban términos como “fatiga de combate” o “neurosis de guerra” (Horwitz, 2021, García, 2019).

El manual estadístico que se utilizaba no era convincente para las necesidades de la época, ni para quienes tenían diferencias metodológicas, como era el caso de Adolf Mayer, un psiquiatra de origen Suizo radicado en Estados Unidos. El mismo intentó

trabajar sobre los aspectos individuales del sujeto, teniendo en cuenta las cuestiones psicológicas y orgánicas, evitando las clasificaciones sintomáticas (Horwitz, 2021). “El manual estadístico se estaba volviendo obsoleto, debido a la naturaleza cambiante de la comprensión de las enfermedades encontradas en pacientes no institucionalizados (Horwitz, 2015, p.1).

En el transcurso, y luego de finalizada la segunda guerra Mundial comienza a llegar a Estados Unidos una oleada de Psicoanalistas Freudianos, y dieron paso a un modelo de psiquiatría psicodinámico, estos comienzan a trabajar en los hospitales de psiquiatría. Se abrió un periodo hegemónico en el predominio de las prácticas psicoanalíticas que duró hasta la década de 1980, el año de lanzamiento del DSM III (Horwitz, 2021). El DSM I, fue diseñado por psiquiatras de orientación psicodinámica, los psiquiatras Adolf Mayer y Karl Menninger acompañados por psiquiatras de la segunda guerra Mundial, los cuales tenían experiencias en las problemáticas de la época. Dichos psiquiatras veían que la mayoría de los casos que se trataban, tenían más incidencias de factores psicosociales, debido a las condiciones estresantes, y no tanto, como para hospitalizar al paciente (Horwitz, 2014). En este manual se intentó darle más énfasis a las cuestiones sociales y a los aspectos inconscientes del sujeto, no hubo ningún interés en especificar diagnósticos. El mismo tuvo una incidencia fuerte de la teoría psicoanalítica y de Mayer quien aportó su visión psicobiológica en el diseño.”Una profesión que utilizaba conceptos psicodinámicos para comprender a los pacientes y técnicas psicoanalíticas para tratarlos, requería una nomenclatura aplicable a su nueva clientela ambulatoria” (Horwitz, 2015, p.2).

Los trastornos se separaron en dos grupos, por un lado estaban las condiciones orgánicas del cerebro, y por el otro se le daba énfasis a los trastornos funcionales, referidos a la incapacidad del individuo de adaptarse a las situaciones de la vida (Horwitz, 2014,2021).

Para estos diagnósticos, el término “reacción”, se aplicaba para todos los trastornos en general, “reacción de ansiedad”, “reacción depresiva”, “reacción esquizofrénica “etc. El concepto de “neurosis “, ocupó un lugar central en los dos primeros DSM. Este concepto cabía para la mayoría de los casos, todos en menor o mayor medida se podía vincular con él. Las categorías de “Psicosis “, “Neurosis”, “Personalidad”, definían los ejes diagnósticos. El DSM I, no tuvo mucha trascendencia dentro de la comunidad psiquiátrica, y para la sociedad paso desapercibido (Horwitz, 2021).

Paralelamente a este hecho, comienza la revolución de los psicofármacos que describíamos más arriba, ambos fueron sucesos importantes, pero los psicofármacos tuvieron una impronta diferente. Luego de la segunda guerra Mundial, se comenzó a trabajar en centros ambulatorios, y a partir de ahí, surgieron dos situaciones, por un lado, se trataron casos de psicosis que habitualmente eran internados en centros hospitalarios para su tratamiento, y por otro, se comenzó a notar un aumento importante en las consultas que tenían más relación con problemas psicosociales (Horwitz, 2021). Para los problemas de psicosis, surgió en 1954 la clorpromazina, un psicofármaco con propiedades antipsicóticas, el mismo sirvió para calmar y controlar a casos no muy graves, con intención de volver a integrarlos a la comunidad, esto iba de la mano con el plan de desinstitucionalización, que consistía en reducir la cantidad de pacientes hospitalizados (Mayes & Horwitz, 2005). Los psiquiatras fueron progresando con el uso del psicofármaco, y comenzaron a dejar de lado las terapias de conversación, para la década del 70 la mayoría de los psiquiatras y algunos psicoanalistas ya tenían naturalizado el método de recetar psicofármacos. La cantidad de personas que salían de las instituciones fueron aumentando, pero hubo algunas que no se adaptaron a las reglas de la sociedad, y quedaron marginadas dentro de un grupo con problemas más severos (Venancio & Russo, 2006; Horwitz, 2021). Los avances de la ciencia, reflejados en el éxito de los psicofármacos, la neurociencia y el estudio de las neuronas, iban a modificar la visión de la psiquiatría sus saberes y métodos, perfilándose hacia una psiquiatría más biologicista. Las teorías y prácticas del psicoanálisis comenzaron a ser cuestionadas desde diversos ámbitos, en cuanto a la teoría, se discutían sobre los pocos y amplios conceptos que la sustentaban. Y en la práctica, se cuestionaba el tiempo de las terapias, desde este lugar comenzaron a haber problemas con las aseguradoras de salud, que exigían mejores resultados en menor tiempo (Horwitz, 2021).

El DSM II se diseñó en 1968 y mantuvo una orientación psicoanalítica, pero se encontró con algunos cambios, entre ellos el aumento de diagnósticos, pasando de 106 a 182, también se redujo el término *reacción* que había sido acuñado por Adolf Mayer. Durante este período los cuestionamientos a la psiquiatría psicodinámica y al diseño del manual surgían de varios lados, a medida que evolucionaba la neurociencia, aparecían más psiquiatras inspirados por una corriente más biologicista dedicados más a la investigación que a la atención médica. Estos reclamaban que el manual de clasificaciones debería ser más específico en los diagnósticos. De igual manera, lo hacían las industrias farmacéuticas, mientras veían que sus productos tenían cada más éxito. Por otro lado se encontraban los psicólogos clínicos y los trabajadores sociales, que exigían una mayor valoración por su tarea, entendían que su trabajo, no era



diferente a lo que hacían los psiquiatras psicodinámicos. Ellos argumentaban que trabajaban mucho más que los psiquiatras, y no eran suficientemente reconocidos, tanto de manera profesional, ni económica (Horwitz & Mayes, 2005).

### 2-3. Del DSM III, hacia el DSM V.

En 1980 se diseña el DSM III, con características muy diferentes a los anteriores DSM I y II. Los números de diagnósticos pasaron de 182 a 265. El nuevo manual generó una revolución, y se catalogó como el triunfo de la ciencia ante el modelo psicodinámico. Las propuestas metodológicas presentadas por el filósofo de origen alemán Carl Hempel, se vieron reflejadas en el diseño del DSM III. Hempel, era miembro fundador del Círculo de Viena, y fue invitado por la APA en 1959, el mismo ofreció una conferencia exponiendo un modelo científico llamado operacionalista, que había sido acuñado por el físico norteamericano Percy W Brigdman. Hempel, acondicionó el método a las expectativas del próximo manual (Cordero Cordero, 2017).

El nuevo manual priorizó las manifestaciones de los síntomas, por sobre las causas de la enfermedad mental, lo que significó un cambio en la concepción y método de las clasificaciones diagnósticas. Pasó de ser un modelo psicodinámico con interés sobre la etiología de la enfermedad, de pocos diagnósticos e inferencias generalizadas, a un modelo descriptivo de síntomas con diagnósticos estandarizados en taxonomías de enfermedades mentales. Hempel, propuso un manual ateórico, fundamentado bajo un método científico, basado en la observación de los síntomas y evaluación diagnóstica. Los criterios de clasificación deberían de ser específicos, y negarse a cualquier inferencia (Cordero Cordero, 2017; Horwitz, 2021).

El grupo liderado por Robert Spitzer, tuvo gran incidencia para la planificación del nuevo manual. Spitzer fue un psiquiatra estadounidense muy reconocido en el mundo, por su habilidad como mediador para lograr un consenso en torno a la eliminación del concepto de homosexualidad, como un trastorno mental. En 1974, en la séptima edición del DSM II, se dictamina la eliminación del término *homosexualidad* como una enfermedad, y se la define "Perturbación de la orientación sexual". Mucho tuvieron que ver para este cambio de posición los movimientos sociales, las manifestaciones de activistas homosexuales que desde 1970 a 1973, insistieron frente a la convención de la APA (Horwitz, & Mayes, 2005, p. 256).

Este hecho histórico marcó un antecedente, en cuanto a la importancia del factor social en la toma de decisiones y definiciones del manual. Esto da cuenta, de una de las interrogantes que se plantean como críticas. ¿Dónde se configura la línea entre lo normal y lo anormal, que lo define como tal? Antes de su lanzamiento surgieron otras controversias, entre ellas, la intención de Spitzer en modificar la lectura del concepto de trastorno mental, pasando de ser, una condición de síndromes conductuales y psicológicos, a un subconjunto de trastornos médicos, esto no se concretó, debido a fuertes manifestaciones de psicólogos clínicos y asistentes sociales. Otro hecho que estuvo sobre la mesa, fue la intención de erradicar el concepto de neurosis en el manual, luego de fuertes discusiones se llegó a un acuerdo para mantenerlo (Horwitz & Mayer, 2005).

En 1994, se lanza al mercado el DSM IV, y el número de trastornos seguía en aumento, llegando a 297, en 887 páginas (Horwitz, 2021). Horwitz enfatiza que los DSMs tranquilizaron a las industrias farmacéuticas, que tambaleaban antes del DSM III. De igual manera sucedía con la comunidad de psiquiatría, que recuperaban el Status bastante debilitado. Los estudios epidemiológicos justificaban la creación de nuevas categorías al manual (Horwitz 2021). “Los defensores de la salud mental también obtuvieron un apoyo potencial mucho más amplio de los muchos millones de personas que presumiblemente sufrían de las dolencias del DSM” (Horwitz, 2021, p115). La creación del DSM IV se produjo en una etapa de grandes transformaciones para la psiquiatría, debido a los avances de la neurociencia (Horwitz 2021).

Según Rose (2002), la psiquiatría comienza a ser molecular, debido a los adelantos de la neurociencia, a través de sus técnicas de neuroimagen y el estudio de los neurotransmisores. Los trastornos se vuelven cada vez más específicos, cada trastorno se asocia a una deficiencia de algún neurotransmisor (Rose, 2012, p.390). Estos descubrimientos, sumados a los del genoma humano, han colaborado para el progreso y advenimiento de nuevas drogas psicotrópicas. Las industrias farmacéuticas sin participar directamente en las creaciones de los manuales, comenzaron a incidir en los rumbos que debía tomar.

Desde este lugar las patologías se distancian por completo, de cualquier noción teórica psicoanalítica, se eliminan las nociones de enfermedades orgánicas y no orgánicas, que se presentaban en los anteriores DSM, y esto se suma a la discusión y a la defensa de mantener el concepto de neurosis dentro de las líneas del manual. De esta manera Horwitz enfatiza que fue el último clavo en el ataúd del enfoque psicoanalítico, que le quedaba al manual del DSM (Horwitz, 2021, p.88).

En el año 2000, se lanzó el DSM- IV- TR, el mismo no tuvo muchas modificaciones, se mantuvo bajo el mismo diseño de la anterior publicación, hubo que esperar hasta el año 2013, cuando se lanzó al mercado el DSM V, en este caso surgieron muchas controversias antes de su publicación, y las mismas se desarrollaron en la esfera pública. Se publicaron de manera escrita y digital muchos artículos científicos, con críticas sobre el desarrollo del nuevo manual (Horwitz, 2021). El DSM V tuvo muchos cambios en su diseño, entre ellos, la eliminación del sistema multiaxial que presentaba la anterior edición, los mismos consistían en la separación de las categorías de diagnósticos, en cinco ejes: a)- descripción de síntomas y trastornos; b) para los trastornos de personalidad) enfermedades médicas; d) para trastornos de problemas psicosociales y ambientales; e) evaluación sobre la actividad global.

El DSM V, elimina este sistema, y diseña el manual en tres secciones, en las mismas se distribuyen los trastornos, y se le agregan varias comorbilidades a los mismos. Las tres secciones del manual, se dividen de la siguiente manera: La sección uno, es una guía para el uso del manual, y un planteamiento para el empleo del DSM V, para usos forenses. La dos, está destinado para la mayoría de los trastornos y sus especificaciones, y la sección tres para los sistemas de medidas de evaluación, los diferentes trastornos de la personalidad, y otros trastornos, no especificados.

El diseño metodológico se caracteriza por mantener un enfoque biomédico, hay una predisposición de atribuir las enfermedades mentales, a alteraciones neuronales. Rose (2012) hace referencia a como se venía manifestando el cambio de paradigma, que presentaría el DSM V.” Diagnosticar el cerebro , en lugar de los síntomas visibles , los cambios de vida , o el curso de la afección (...) muy probablemente modificaría las clasificaciones existentes, pues vincularía trastornos separados en la actualidad , por síntomas superficiales, y separaría trastornos que ilegítimamente se encuentran reunidos (Rose , 2012,p 405). Horwitz (2021), subraya que las aspiraciones eran que el manual fuera útil para las prácticas clínicas, ya que los manuales anteriores eran demasiado descriptivos, y poco funcionales para la actividad clínica. Los médicos no lo vieron tan simple, descargaron su inconformidad, diciendo que el DSM V, era la creación de un monstruo; un instrumento de diagnostico inflado, pedante y engorroso (Horwitz, 2021, p.130). A pesar de la disconformidad de los médicos, los investigadores insistieron en introducir escalas dimensionales, para las evaluaciones diagnosticas de los trastornos. El diseño varió en cuanto que, para el DSM IV, los trastornos se presentaban en categorías fijas, mientras que en el nuevo manual, se pretendió darle movimiento a los límites de las categorías, con escalas valorativas. “Los límites entre muchas categorías de trastornos son más flexibles a lo largo de la vida de lo que el DSM IV

reconocía, y muchos síntomas asignados a un solo trastorno se pueden producir, con diferentes grados de gravedad, en otros trastornos.” asociación americana de psiquiatría (2014) *Manual estadístico de los trastornos mentales* (5taed., p. 5).

El DSM V, ha sido muy controvertido sobre este tema, y se ha puesto en discusión su confiabilidad y validez. Allen Francés, quien fuera el responsable en el diseño del DSM IV, criticó duramente al DSM V, diciendo que el mismo ha producido una inflación diagnóstica (Horwitz, 2021). Bernardi (2010) hace alusión a Francés, quien comenta que el DSM V no es un instrumento que les vaya a ser útil y práctico, para el uso en la clínica por parte de los psiquiatras, por otra parte subraya que el beneficio será para las industrias farmacéuticas. El nuevo manual, podría llevar a una “epidemia” diagnóstica. Con el propósito de prevenir, la psiquiatría no debería entrar en el negocio de fabricar trastornos mentales, se correría el riesgo de aumentar los índices de la medicalización, y el consumo de psicofármacos. Dentro del psicoanálisis, hay quienes están de acuerdo con este comentario, pero, hay quienes difieren con el mismo, y dan la bienvenida al DSM V, y al sistema de evaluación.

## **Capítulo III – Algunas posiciones que adopta el psicoanálisis, ante los manuales de psiquiatría y los psicofármacos.**

### **3-1. Sobre el psicoanálisis y las clasificaciones diagnósticas.**

A partir de este apartado comenzaremos a interesarnos en las posiciones del psicoanálisis, ante las clasificaciones diagnósticas y los psicofármacos. Sabiendo que el andamiaje de las corrientes del psicoanálisis es bastante extenso, será preciso delimitar el propósito tomando algunos autores. Las posiciones que adoptan cada una, son parte de ese andamiaje de saberes y prácticas, que han construido dichas corrientes. En el devenir de las mismas, se han generado tensiones debido a las diferencias, en los manejos teóricos y técnicos. Ahondar sobre estos temas implicaría contemplar las justificaciones de cada una, y merecería un mayor desarrollo de la información, lo cual excede al espacio y el interés de este trabajo. Sí, nos interesa saber de esas tensiones, que se producen dentro del psicoanálisis. Veremos cómo se observa

desde el psicoanálisis el progreso de las clasificaciones diagnósticas, y los psicofármacos como parte del complejo desarrollo de la medicalización.

El psicoanálisis es una disciplina en la cual confluyen una variedad de teorías y técnicas, todas ellas son ramas de un mismo tronco en común. Partiendo desde Freud hasta la actualidad, se han desplegado del árbol una diversidad teórica que han despertado en la interna del psicoanálisis muchas controversias, las mismas se han debido a diferentes razones. El psicoanálisis históricamente ha tenido discusiones en relación a sus teorías y técnicas, cada una de ellas ha defendido su posición con sus argumentos, basados en sus criterios y justificaciones (Bernardi, 2002). Este trabajo ha venido recorriendo entre sus líneas diferentes aspectos de saberes y prácticas que han desarrollado la psiquiatría, y qué, como hemos visto en los apartados anteriores, los avances de la ciencia, las transformaciones sociales y culturales han sido determinantes para las prácticas de la psiquiatría. Entre ellas, hemos visto los avances de la psicofarmacología, y como las clasificaciones diagnósticas han ido progresando, tanto, en las creaciones de los manuales, como en el uso de los mismos. Estos temas han movilizad a la comunidad psicoanalítica, generando tensiones dentro de la disciplina, mientras se observa a una psiquiatría cada vez más tecnocientífica (Rose, 2012).

Para hablar de dichas tensiones podemos recurrir a Freud (1992), en su conferencia XVI *Psicoanálisis y psiquiatría*. Freud, realiza un análisis sobre las técnicas de diagnóstico que aplican la psiquiatría y el psicoanálisis. Para poder transmitir las diferencias de criterios en ambas disciplinas, relata un caso clínico relacionado a un delirio de celos. Lo interesante del relato se encuentra en cómo cada disciplina aporta su diagnóstico, Freud crítica a la psiquiatría, y defiende con argumentos las técnicas del psicoanálisis. La crítica a la psiquiatría se desprende al final del relato del caso, cuando se pone en juego el desenlace. Freud cuestiona el discurso del diagnóstico psiquiátrico, al saber que la paciente sufre de ideas delirantes, que se transformaron en un delirio de celos. Según Freud, la intervención del psiquiatra tiene limitaciones, pues solo ve las acciones sintomáticas. Desde este lugar, el psiquiatra optará de acuerdo a su manejo teórico, un diagnóstico sobre causas generales, dejando de lado lo latente, lo singular y subjetivo que hay detrás de las ideas delirantes, es decir, de las acciones sintomáticas (Freud, 1916/1992).

Tomando las palabras de Freud el psiquiatra “Investigará en la historia familiar de esta señora y nos aportará quizás esta respuesta: «Ideas delirantes se presentan en aquellas personas en cuyas familias han aparecido repetidas veces estas y otras perturbaciones

psíquicas». Con otras palabras, esta señora ha desarrollado una idea delirante porque estaba predispuesta a causa de una trasmisión hereditaria” (Freud, 1916/1992, p.230).

Freud no desestima el factor hereditario que la psiquiatría pretende aplicar, como una de las posibles causas, pero, denuncia que la psiquiatría no incorpora los métodos técnicos del psicoanálisis, omite todo otro anudamiento con el contenido de la idea delirante (Freud, 1916/1992). ¿” Acaso el factor hereditario contradice la importancia de la vivencia? ¿No se conjugan ambos, más bien, de la manera más eficaz”? (Freud, 1916/1992, p.233). Desde este lugar, Freud transmite que las posibles causas que ambas disciplinas infieren pueden ser legítimas, y afirma que el problema no es la psiquiatría, son los psiquiatras que se resisten al psicoanálisis (Freud, 1916/1992).”El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía (...)y previsiblemente, en una época no muy lejana comprenderemos que no es posible una psiquiatría profundizada en sentido científico sin un buen conocimiento de los procesos de la vida del alma que van por lo profundo, de los procesos inconscientes”(Freud, 1916/1992, p.233).

Vamos observando, que por un lado se presentan críticas a la psiquiatría, debido a las resistencias en aplicar las técnicas del psicoanálisis, lo que significaría para Freud un mejor abordaje del caso. Por otro lado deja entre líneas, que estas diferencias en un futuro se pudieran mejorar, y aspirar en lograr un trabajo en común entre psicoanalistas y psiquiatras.

Siguiendo el mensaje de Freud en esta conferencia, vemos como autores más contemporáneos han ido tomando cierta posición en torno a estas contradicciones y tensiones que provocan los métodos de clasificaciones diagnósticas.

Según Glen Gabbard, profesor de psiquiatría y catedrático de psicoanálisis de Brown Foundation en Estados Unidos, agrega que el psicoanálisis siempre ha sido una fuerza subversiva en la cultura occidental, y deben seguir manteniendo el objetivo de perseguir la verdad, la causa del sufrimiento, en oposición a una evaluación focalizada del síntoma (Gabbard, 2010).“La eliminación de los síntomas patológicos no se persigue como meta especial, sino que se obtiene, digamos, como una ganancia colateral si el análisis se ejerce de acuerdo con las reglas” (Gabbard, 2010, p. 134). Lo que para la psiquiatría puede ser un fracaso como tratamiento, no lo es para el analista, ni para el paciente y la comprensión de la función del síntoma. Freud entendía, que abordar al paciente con la intención de quitarles los síntomas, era subestimar hasta donde estaban aferrados a estos síntomas de alguna manera. Gabbard resalta, que Lacan los veía como un apego del paciente, una conexión con la *jouissance*, un círculo que se repite inconscientemente

en el individuo. Según Zizek, tiene que ver con un placer perverso e interminable en la búsqueda de un objeto, que siempre se pierde. Los síntomas son tesoros para el paciente y pueden revelar la verdad del sujeto (Gabbard, 2010).

Gabbard (2010) sostiene que, en Estados Unidos a partir de la década del 80, los psicoanalistas comenzaron a perder participación en el área académica, y han sido suplantados por investigadores en neurociencias. El autor agrega, “De hecho, yo soy el único psicoanalista con una cátedra en psicoanálisis trabajando actualmente en un departamento de psiquiatría de una facultad de medicina norteamericana” (Gabbard, 2010, p.133). Según Gabbard, estos cambios han sido negativos para la práctica de psicoterapias, los futuros profesionales en psiquiatría le han restado validés a estas prácticas, y se ha observado un rechazo e incapacidad para sostener un encuentro clínico con los pacientes. “Estos estudiantes, aterrados de lo que podrían encontrar si miran hacia adentro, prefieren pensarse como el doctor “sano” examinando a un paciente “enfermo”, en gran parte como un espécimen escudriñado por su psicopatología. Hay poca conciencia de que hay dos “pacientes” en el cuarto, no uno” (Gabbard, 2010, p.134).

Este autor sostiene que estas transformaciones crearon un campo fértil para una campaña de remedicalización, y lo asocia a una creación oportuna del DSM III, en un momento clave para las investigaciones neurociencia y psicofarmacología. La psiquiatría se acercaba más hacia una especialidad médica (Gabbard, 2010).

Según Roudinesco (2015) el DSM III, eliminó toda posibilidad de subjetividad, y el cuerpo quedó supeditado a una especie de máquina. El DSM III, dejó atrás el lazo que habían unido al psicoanálisis y la psiquiatría, y se rompió el modelo psicodinámico que mediante una teoría, permitía fundamentar y hacer psicopatología.” Los conceptos (psicosis, neurosis, perversión) fueron reemplazados por la noción blanda de “trastorno” (Roudinesco, 2015, p.42).

Dunker (2014), hace referencia a estos conceptos, que fueron la base de los DSM I y II, y como los mismos fueron mutando a medida que fueron creándose las siguientes versiones, el concepto de neurosis fue aceptado por última vez en el DSM III como una categoría clínica, y fue utilizado entre paréntesis detrás del concepto de desorden. A pesar de los esfuerzos en erradicar el concepto de neurosis, el mismo se desmembró en comorbilidades diferentes. “Un paciente como el “hombre de las ratas”, visto por Freud en 1907, recibiría hoy fácilmente siete u ocho diagnósticos superpuestos, en lugar de la única neurosis obsesiva genérica” (Dunker, 2014, p.93).

En *Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes*, Sandra Press, psiquiatra infantil y psicoanalista uruguaya, entiende que las clasificaciones diagnósticas son necesarias, pero se pierde lo particular y subjetivo del paciente. En la actualidad se transita en “una clínica cada vez menos dialogante, más indiferente a las manifestaciones del padecimiento psíquico, aferrada a los protocolos y a tratamientos exclusivamente paliativos para las consecuencias, y no para sus causas» (Press, 2012, p.119). También resalta que los conceptos centrales del psicoanálisis, como, pulsión, represión, sexualidad infantil, destinos de pulsión transferencia y encuadre, siguen siendo los pilares fundamentales de la teoría y práctica psicoanalítica (Press, 2012).

Raquel Capurro, psicoanalista uruguaya y miembro de la École Lacanniane de psychanalyse, en uno de sus trabajos; *El psicoanálisis, ¿un tratamiento para enfermos mentales?*, la autora realiza una lectura sobre los límites del psicoanálisis y la psiquiatría para abordar los problemas de la psicosis. Aborda el trabajo desde el pensamiento de Lacan, tomando algunos comentarios relacionados en torno a un encuentro sobre el tema de psicosis infantil, realizado en 1967 en París, donde participaron Donald Winnicott, Ronald Laing, David Cooper, Jaques Lacan, entre otros (Capurro, 2016). Lacan hace varias intervenciones, y en una de ellas hace referencia a los avances de la ciencia, las transformaciones sociales y las políticas de la época. También cuestiona las clasificaciones de Henry Ey, y las designa como “civilizadoras”. Según la autora para Lacan los progresos de la ciencia, y las transformaciones de las estructuras sociales acentúan la segregación, y la misma se manifiesta en la posición que adopta la psiquiatría cuando define el término de enfermedad mental, y como esto se traslada a la cultura determinando los límites entre lo normal o lo patológico (Capurro, 2016).

El DSM es un tema que ha despertado el interés de muchos psicoanalistas, y ha sido suficiente para que se generen debates, discusiones o simplemente diálogos que aporten a una comprensión de porqué se adoptan diferentes posiciones sobre las clasificaciones diagnósticas. Los autores que venimos trabajando, nos van dejando una posición clara, en su desacuerdo con las clasificaciones. Otros autores tienen una posición diferente, y ven las clasificaciones diagnósticas como una herramienta que suma a las técnicas de evaluación para el psicoanálisis.

Daniel Widlöcher, miembro de la asociación psicoanalítica francesa y ex presidente de la asociación psicoanalítica internacional señala a Freud sobre la V conferencia de Budapest, que trata sobre “los caminos de las terapias psicoanalíticas” (...), en donde remarca la siguiente pregunta: ¿Qué lugar puede ocupar el psicoanálisis en la sociedad



moderna, en la del mañana? (Widlöcher, 2010, p.128). El autor resalta la importancia del diálogo con otras formas de hacer terapia.

No me parece que el lugar del psicoanálisis en la clínica psiquiátrica esté gravemente amenazado (...) Ese lugar le será tanto mejor reconocido en tanto los psicoanalistas integren su práctica y los modelos psicopatológicos que usan con las otras perspectivas. Las divergencias que se constatan entre clínicos se basan en el plano donde elijamos situarnos para explicar su origen o tratarlos. (...) En cambio, hay que reconocer que se puede actuar en uno u otro nivel sin mezclar todo en una perspectiva que pretendería ser (abusivamente) integradora” (Widlöcher, 2010, p.128).

Bernardi, (1999) hacía referencia a los nuevos desafíos para el psicoanálisis, en los comienzos del siglo XXI, lo ya antes expuesto, referido a los nuevos avances de las neurociencias, las nuevas psicoterapias, los estudios sobre el desarrollo, conllevan a que el psicoanálisis deba estar más receptivo a las técnicas de clasificación. Según Bernardi, hay una necesidad de interactuar con otros saberes, “no es posible sostener la extraterritorialidad del psicoanálisis respecto a todo conocimiento psicológico o psiquiátrico” (Bernardi, 1999, p.422). En Bernardi (2010) el autor realiza una descripción del DSM V, el OPD-2 y el PDM, y asevera que el surgimiento de estos dos manuales de orientación psicoanalítica ha sido clave para un mejor relacionamiento con la psiquiatría. Por otro lado resalta que en Uruguay, se le ha puesto mucho énfasis en lo singular e inabarcable de cada paciente, y ha habido una tendencia a que el psicoanalista adopte una forma particular de interpretar la teoría, aplicada desde su experiencia personal. Lo que lleva a la posibilidad de qué, ante un mismo concepto teórico, puedan surgir diferentes interpretaciones, corriendo el riesgo de debilitar, o vaciarlo de significado (Bernardi, 2010).

Como podemos observar, ya se reflejan algunas diferencias importantes en torno a posiciones de psicoanalistas, y surgen críticas a los métodos más tradicionales del psicoanálisis. Una de las cuestiones que preocupan, es el alejamiento con éxitos de otros saberes de la psicología, y sus nuevas formas de hacer psicoterapia, por ejemplo la corriente cognitivo conductual, con resultados que igualan o superan a las terapias que se aplican psicofármacos (Bernardi, 1999).

El psicoanálisis ha ido incorporando en sus saberes y prácticas, nuevas formas de realizar psicoterapias, y con ellas otros modelos de evaluación diagnóstica, otros autores como Otto Kenberg, Heinz kohut y Andre Green, han sido algunos de los

referentes que han optado por incluir nuevas categorías diagnósticas dentro del psicoanálisis. Kenberg (2012) expresa su parecer sobre el DSM V, y deja claro algunos puntos donde está de acuerdo, y otros que no. Por ejemplo, menciona que ha sido muy positiva la construcción del DSM V, como un modelo híbrido, en donde confluyen lo dimensional y lo categórico. Sobre la sección de trastornos de la personalidad, no ve bien que se hayan eliminado del cuadro de las categorías cuatro de los trastornos, que son el esquizoide, paranoide, histriónico y narcisista, y se mantuvieron el bordelinde, antisocial, psicopático, esquizotípico, evitativo y obsesivo compulsivo (Kenberg ,2012).

Las diferencias de posiciones, en cuanto a la aceptación o no del DSM V, se han presentado también en organizaciones de mesas redondas, con diferentes propósitos, ya sea para dialogar o debatir sobre la aplicación del manual en diagnósticos del psicoanálisis. Estas discusiones pueden ser entre psicoanalistas, como también de manera interdisciplinaria. En el encuentro denominado, *DSM-V:(2013) Exilio de la subjetividad*, organizado por la escuela freudiana de Montevideo, en donde participaron psicoanalistas de Argentina y Uruguay, pudimos encontrar exposiciones referentes a el DSM V, y hemos tomado la palabra de dos participantes, Úrsula Kirsk y Carolina Santanello.

Úrsula Kirsk (2013), hace referencia a los efectos de la aplicación del DSM, como una imposición, un axioma de la clínica médica en concordancia con los métodos científicos, que implican la observación. Esto se contrapone a los procedimientos del psicoanálisis, el diagnóstico mediante solo la observación del síntoma, limita la acción del sujeto en transferencia en el análisis, coloca al terapeuta en posición de saber, y de prejuicios.

En una de las intervenciones de Carolina Santanello (2013), hace mención a la implicancia del progreso, y a tiempos en donde asistimos a una masificación de trastornos y a un aplanamiento de la singularidad. Los tiempos del analista son otros, de acuerdo al ritmo que impone el progreso en busca de la felicidad. Una felicidad a la que Freud hace mención en el malestar de la cultura, sobre cuál sería el propósito del ser humano en la vida ¿Qué es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? No es difícil acertar con la respuesta: quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla (Freud, 1927/1992, p.76). Como hemos mencionado en algunos pasajes de este trabajo el siglo XX trajo consigo transformaciones socioculturales a nivel mundial. En Uruguay y la región, se fueron manifestando progresivamente a medida que las tecnologías se iban introduciendo en toda la sociedad. La psiquiatría también aprovechó estos avances de las tecnologías, a través de los estudios de la neurociencia.

Como hemos visto, existen diferentes posiciones en torno al uso de categorías diagnósticas en el campo del psicoanálisis. Estas posiciones se pueden encontrar tanto en referentes internacionales como en psicoanalistas nacionales. Pasemos ahora a las posiciones en torno a los psicofármacos.

### 3-2. Sobre el psicoanálisis y los psicofármacos.

Siguiendo por el camino que contemplan las diversas posiciones del psicoanálisis, se nos presentan las discusiones que pueden surgir, con respecto a los psicofármacos. Para comenzar sería pertinente citar a Freud en *El malestar de la cultura*. Freud enfatiza lo siguiente; “Lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es apreciado como un bien tan grande, que individuos y aun pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal” (Freud, 1927/ 1992, p. 78). Freud trabaja este tema en *El Malestar de la Cultura*, desde el lugar que rige el principio del placer. Según Freud este principio gobierna los estados de ánimo del ser humano, su propósito es obtener la gratificación de las necesidades por medio de su economía libidinal, la obtención de placer y la evitación del displacer rigen el funcionamiento del aparato psíquico (Freud, 1927/1992).

Para Freud, las sustancias químicas son una alternativa que permite al sujeto alejarse de la causa de su dolor y sufrimiento que la realidad le impone, un sufrimiento que le sería inherente al ser humano. Freud, al respecto dice lo siguiente, “Bien se sabe que con ayuda de los “quitapenas” es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación” (Freud, 1927/1992, p.78).

En el texto *Esquemas del psicoanálisis*, Freud hace referencia a técnicas del psicoanálisis, entre ellas describe a la transferencia y sus diferentes formas de manifestarse. Hay transferencias positivas, de las cuales el paciente de manera inconsciente logra vencer las “resistencias” y entrar en análisis con el terapeuta. Por otra parte, Freud habla de transferencia negativa, en casos donde la “resistencia” se hace difícil de atravesar, puede haber en el paciente, una cierta dificultad en el movimiento de la libido y una imposibilidad de abandonar sus fijaciones (Freud, 1939/1992). Para estos casos de características más difíciles de tratar, Freud agrega lo siguiente:

Quizás el futuro nos enseñe a influir en forma directa, por medio de sustancias químicas específicas, sobre los volúmenes de energía y sus distribuciones dentro del aparato anímico. Puede que se abran para la terapia otras insospechadas posibilidades; por ahora no poseemos nada mejor que la técnica psicoanalítica, razón por la cual no se debería despreciarla a pesar de sus limitaciones (Freud, 1939/1992, p. 182).

La psicoanalista Elisabeth Roudinesco, en el capítulo, *Los medicamentos del espíritu*, del texto, que lleva como título *¿Por qué el psicoanálisis?* hace referencia a como Freud en sus últimos días de vida, reconoce los progresos de la ciencia, y la posible relación futura de la psiquiatría y los psicofármacos. A raíz de esto Roudinesco expresa que; “Si bien Freud no se equivocaba, estaba lejos de imaginar que el saber psiquiátrico sería aniquilado por la psicofarmacología”(Roudinesco, 2015, p.40). Siguiendo a la autora, vemos que elabora una crítica a la psicofarmacología y subraya que los psicofármacos actúan como normalizadores de conductas, sirven para suprimir síntomas, pero no colaboran en la búsqueda de las causas (Roudinesco, 2015). Esto último es una afirmación recurrente en varios autores y acompaña la discusión entre ambas técnicas, la farmacoterapia y la terapia psicoanalítica. Continúa diciendo que los psicofármacos han cumplido una función importante en la sociedad, tal es el caso de los antipsicóticos, que en su momento de introducción en la década del 50, colaboraron para mejorar los modelos de intervención, y la desinstitutionalización de muchos pacientes psicóticos (Roudinesco, 2015). Por otra parte manifiesta la preocupación, en tanto que en la actualidad, los psicofármacos se han convertido en un recurso de primera línea, los ansiolíticos y los antidepresivos son prescritos solo al observar síntomas. Siguiendo el pensamiento de la autora, vemos que toda persona puede ser pasible a recibir la prescripción de un psicofármaco, en relación a esto Roudinesco expresa lo siguiente:

Cualquier persona “normal” golpeada por una serie de desgracias , pérdida de alguien cercano, abandono, desempleo, accidente, verá como le prescriben, en caso de angustia o de situación de duelo el mismo medicamento que ha cualquier otra persona(...)que presenta trastornos idénticos debido a su estructura psíquica melancólica o depresiva( Roudinesco ,2015, p 23).

Sobre esto último, vemos como se manifiesta la medicalización, y se acerca a la definición de Conrad (2005), en cuanto a qué, como los problemas de la vida, pasan a ser tomados como problemas médicos, siendo diagnosticados y tratados con farmacoterapia.

En el psicoanálisis, la aprobación o no, de la aplicación de psicofármacos en manos de los psiquiatras, ha sido un tema de debate entre ambas disciplinas. Andrea Bielli en su tesis de doctorado, que lleva como título, *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000). Transformaciones de los saberes psicológicos*. La autora comenta en este trabajo, que las discusiones sobre los psicofármacos fueron uno de los temas tratados en 1985 durante la jornada sobre la depresión organizada por la sociedad de psiquiatría del Uruguay, y la clínica psiquiátrica de la facultad de medicina. En esas discusiones hubo cierto acuerdo sobre la aplicación combinada de los dos métodos, las psicoterapias y los psicofármacos. Los encuentros de opiniones derivaron en justificaciones de diferente tipo, sobre los momentos y las razones por lo cual era efectivo la utilización de los psicofármacos antidepresivos (Bielli, 2012). Dentro de la variedad de testimonios se podían leer justificaciones, tales como que el uso de psicofármacos era una necesidad técnica y necesaria en la combinación de ambas terapias para que tengan éxito. Algunos de los más radicales, eran más vehementes en sus comentarios, y marcaban una clara disposición al uso del fármaco. El siguiente, es uno de los ejemplos; “Nosotros estamos absolutamente convencidos de que el paciente deprimido tiene que estar medicado, y bien medicado. Para hacer psicoterapia tenemos que trabajar con elementos, diría yo, entre comillas, lo más “ágiles” posible. La medicación es una ayuda increíble en estas circunstancias” (1985, citado en Bielli, 2012, p.310).

Siguiendo en Bielli (2012) surgen otras aclaraciones en cuanto a que pacientes serían apropiados al uso del psicofármaco. El mecanismo de separación se presenta en las depresiones neuróticas, y depresiones psicóticas, sobre esta última sería donde el psicofármaco estaría justificado para su tratamiento (Bielli, 2012). La pregunta que surge de todo esto, es hasta donde es bueno medicar, o hasta donde es buena la psicoterapia para los problemas que se acercan más hacia la psicosis (Bielli, 2012).

Sobre esto último quedan cuestiones para responder, ya qué, los bordes de intervención entre uno y otro tratamiento no sería el tema de discusión. El punto de acuerdo sería buscar la complementariedad entre ambas, dialogando entre las dos disciplinas.

Santiago Navarro, docente e integrante del grupo de investigación, *Clínica, saberes y tecnociencia psicofarmacológica*, de la facultad de psicología del Uruguay, (Udelar), en el año 2019 realizó su tesis de maestría basada en un trabajo de investigación sobre los tratamientos de ansiedad con benzodiazepinas, en servicios de salud pública del Uruguay. El trabajo busca responder, entre otros temas, cuál es el lugar que representan para los psicólogos los psicofármacos en la clínica, y si existe tal

complementariedad, sea para las intervenciones técnicas, como también disciplinarias. El trabajo se desarrolla mediante revisiones bibliográficas, pero también se complementa con una serie testimonios de psicólogos y psicoanalistas que trabajan en las instituciones de salud pública. El tema de la complementariedad tendría aceptación en algunos de los entrevistados, en palabras de ellos dirían que, en algunos casos las benzodicepinas reducirían los efectos de la ansiedad, para después con la psicoterapia se buscaría llegar a la causa del problema. La dificultad para concretar con éxito la complementariedad de las técnicas, se presenta en los vínculos disciplinarios entre el psiquiatra y el psicoanalista, u el psicólogo. Lograr el equilibrio en el tratamiento, es un desafío permanente, ya que el médico psiquiatra es el que prescribe, y el que figura como rector de los tratamientos (Navarro, 2019). Al igual que en Bielli (2012), en esta investigación se ve manifestado también, que el tema de la complementariedad sigue abierto y en discusión.

## **Consideraciones finales.**

En el cierre de este trabajo me parece pertinente retomar a la medicalización desde una mirada actual. Hemos recorrido parte de su construcción y evolución que permanece en movimiento, en relación al mismo, podemos recurrir a una frase de Conrad, cuando hace referencia a los “motores de la medicalización, al referirse a los cambios que se producen “(Conrad, 2005). Estos motores siguen su movimiento en el siglo XXI, y se representan en la vida cotidiana. Zorzanelli & Murillo (2018), hacen mención sobre una “medicalización indefinida “, que tiene su comienzo en el siglo XIX con la intervención de la medicina en la sociedad, como parte de la autoridad del Estado. En la actualidad estamos atravesando los efectos de ese modelo, que ha ido mutando en sus características. Los psicofármacos, y los manuales diagnósticos son parte de estos cambios, y como hemos visto ha sido un tema muy controversial, todo indica que la discusión sigue. Según Zorzanelli & Murillo (2018), la biología es el instrumento por excelencia de la Biopolítica. Esto quiere decir que nada es al azar, al igual que en el siglo XIX, cuando la medicina tenía como propósito la higienización y la normalización de la sociedad, en la actualidad el discurso de la norma, es que seamos responsables de nuestra salud. Como pudimos ver, varios autores de las disciplinas sociales han estado interesados en los progresos de la ciencia, y su simbiosis con la sociedad. Las tecnologías se han incorporado en nuestras vidas, y parafraseando a Lautour, podemos

decir que nos hemos convertido en sujetos híbridos, “*tecnológicos /humanos*” (Correa, 2011).

Ante una psiquiatría biológica que acompaña los avances de las neurociencias, se subordina a las industrias farmacéuticas, y a las clasificaciones diagnósticas para que sus tratamientos tengan éxitos. Para el psicoanálisis, como hemos visto, ha sido un tema de preocupación, y surge una disyuntiva, rechazar el acto de medicar de la psiquiatría, y cualquier método de clasificación diagnóstica, o alinearse a saberes y prácticas que se acercan a métodos científicos.

Como pudimos observar en el correr de este trabajo, la discusión sobre este tema es compleja, ya que la farmacéuticalización involucra a todos, la academia, la ciencia, la política, la sociedad, y la cultura. Los psicofármacos y las clasificaciones diagnósticas se han incorporado como elementos de la cultura, son significantes que circulan en el lenguaje cotidiano. Según Sismondo (2004), las publicidades colaboran para que los límites de las enfermedades se modifiquen y se multipliquen. En pocos años hemos experimentado cambios en la comunicación, recibimos información en abundancia y rápida. La información nos permite apropiarnos del concepto de enfermedad, reconocer síntomas, y recurrir con esta información al médico, el cual tiene para atender, los tiempos que marca la institución. Creo, que para el psicoanálisis representa un desafío poder integrarse a este modelo. Freud decía en una de sus conferencias, “Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica (...) Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones.”(Freud, 1919/ 1992, pp.162-163). Quizás, hoy podríamos decir que estamos ante esta situación, pero las discusiones todavía permanecen, como hacer para que el psicoanálisis no pierda su esencia, respetar los tiempos que cada sujeto necesita para elaborar sus síntomas, y poder llegar a la causa del mismo. La duda siempre queda planteada, ante una sociedad que pide soluciones cada vez más rápidas, toleramos menos el sufrimiento y la angustia, y aprovechamos el recurso de los psicofármacos, que a diario lo vemos en la vidriera como un recurso de fácil acceso. Este es un tema que continuará en discusión, de acuerdo a las contrariedades que se presentan en ambas disciplinas en sus saberes y prácticas, en cierta forma todavía se sigue planteando el problema que Freud, hacía mención en la conferencia *Psiquiatría y Psicoanálisis*, en torno a que el problema no es la psiquiatría, sino, que es el psiquiatra que no permite, aplicar las técnicas del psicoanálisis (Freud, 1916/ 1991). Otros autores, como es el ejemplo de Bernardi manifiestan lo mismo del psicoanálisis, y promueven un acercamiento de los psicoanalistas, hacia las técnicas de la psiquiatría biológica. Bielli (2012), sobre el final de su trabajo considera que el problema continuará en debate, el

tema no está cerrado, el acuerdo de un modelo biopsicosocial que permita un mejor relacionamiento entre ambas disciplinas, ha madurado más como modo administrativo, pero en la práctica queda mucho para resolver.

Para finalizar, me gustaría dejar algunas apreciaciones considerando que la farmacéuticalización es un tema que nos involucra a todos. Por un lado, rescato la importancia y la necesidad de que los profesionales de la psicología, y el psicoanálisis, desarrollen el interés por este tema, que a fin de cuentas no parece minimizarse, por el contrario los estudios dan cuenta del uso cada vez más frecuente de psicofármacos, problemas de insomnio, depresión, ansiedad, son algunos de los temas recurrentes en la clínica psicológica. Es un tema que nos invita a reflexionar, y a estar atentos, ya que los cambios son muy rápidos, y en algunas situaciones de manera imperceptible por su complejidad.



## Referencias bibliográficas:

- American Psychiatric Association (2014). En manual diagnósticos y estadísticos de Trastornos mentales. (5ta ed). [Doi : 10.1176/appi.books.9780890425596.807874](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.807874)
- Barrio, V (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de psicología*. Vol 30 p 81- 90.  
Recuperado en: <https://www.academia.edu/62916165/Raíces>.
- Bernardi, R. (1999). La clínica psicoanalítica y el diálogo intra e interdisciplinario1  
In *Apresentado na Conferência Inter-regional de Montevideú*, em. Recuperado  
en:<https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/03/Bernardi.pdf>
- Bernardi, R. (2003). La necesidad de verdaderas controversias en psicoanálisis. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, (97),113–158. Recuperado a partir de  
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1457>.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatría Urug*, 74(2), 179-205. Recuperado en:[https://www.academia.edu/download/40368552/2\\_y\\_PDM\\_Convergencias\\_y\\_diverg20151125-9626-1rrpca5.pdf](https://www.academia.edu/download/40368552/2_y_PDM_Convergencias_y_diverg20151125-9626-1rrpca5.pdf)
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2),147-175.<https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.11>.
- Bielli, A (2012).La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000)Transformaciones de los saberes psicológicos .Ediciones Universitarias.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/4545>
- Bielli, A . (2016). Los estudios farmacéuticos: Alcances y limitaciones de un campo de indagación emergente. *TRILOGÍA. Ciencia , tecnología y sociedad*. 8, (13) 27-42.  
[doi:10.22430/21457778.414](https://doi.org/10.22430/21457778.414).
- Bielli, A et al. (2018). Editorial: Monográfico "Psicofármacos y saberes Psicológicos: *tensiones y debates*". *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 1-6. Recuperado de :<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475857330001>
- Caponi, S & Martinez, H ,A .(2013). Krapelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662013000300002>
- Capurro, R.(2016). El psicoanálisis, ¿un tratamiento para enfermos mentales?  
Recuperado en :<http://www.revistanacate.com/articulos/el-psicoanalisis-un-tratamiento-para-enfermos-mentales-raquel-capurro/>
- Conrad, P. (2005). Los motores cambiantes de la medicalización. *Revista de Salud y comportamiento social*, 46(1), 3–14. [Recuperado en: http://www.jstor.org/stable/4147650](http://www.jstor.org/stable/4147650)

- Cordero Cordero, M, P (2017). La propuesta operacionalista de Carl Hempel en los albores del DSM. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3),571-581.  
Recuperado en :<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79952834012>
- Correa, M, G(2011). El concepto de mediación técnica en Bruno Latour: Una aproximación a la teoría del actor-red. Recuperado en: [www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v2n1/v2n1a04.pdf](http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v2n1/v2n1a04.pdf) .  
[Archivo PDF](#)
- Dunker, C. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 79-107 Recuperado en:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=en&tlng=](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=en&tlng=)
- Foucault, M,(1996).La vida de los hombres infames medicalización indefinida. © Editorial Altamira Calle 49 N° 540 La Plata, Argentina & (54-21) 21 85 00.
- Freud, S,(1992). El Malestar de la Cultura : En J. L . Etcheverry (trad). En obras Completas: Sigmund Freud (T. XXI, pp.59- 140) Buenos Aires: Editorial Amorrortu.(Trabajo original publicado en 1927).
- Freud, S, (1991). 16° Conferencia: Psicoanálisis y psiquiatría. En J.L. Etcheverry (trad). En Obras Completas: Sigmund Freud (T. 16, pp. 223-234) Buenos Aires: Editorial Amorrortu.( Trabajo original publicado en 1916).
- Freud, S, (1991). El esquema del psicoanálisis: En J.L. Etcheverry (trad).En obras Completas: Sigmund Freud (T. XXIII, pp. 133-210) Buenos Aires: Editorial Amorrortu.(Trabajo original publicado en 1939).
- Freud, S, (1992).Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica: En J.L Etcheverry (trad) En obras completas: Sigmund Freud (T. XVII, pp.151-164) Buenos Aires: Editorial Amorrortu.( Trabajo original publicado en 1919).
- Gabbard,(2010)La relación entre la psiquiatría académica y el psicoanálisis esta Puesta en peligro. *Rev. Psiquiatria Urug 2010; 74(2):133-138.*
- García, Z, Omar (2019). La construcción del DSM: *genealogía de un producto Sociopolítico. THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34(3),441-460.  
Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339767305009>.
- Horwitz, A, (2014). The encyclopedia of clinical psychology. DSM I y DSM II.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118625392.wbecp012>
- Horwitz, Allan V,(2021).A History of Psychiatry's Bible : Baltimore : Johns Hopkins University Press, [2021] | Includes bibliographical references and index.
- Jufe, G,(2001).Psicofarmacología practica. Ed, Polemos S.A. Buenos Aires , Argentina.
- Kenberg, O. F. (2012). *Visión general y crítica de la clasificación de los trastornos de la personalidad propuesta para el DSM-V. Schweizer Archiv für Neurologie Und Psychiatry*, 163(7), 234–238. <https://doi.org/10.4414/sanp.2012.00110>
- Mayes R, Horwitz AV.(2005). DSM-III y la revolución en la clasificación de las enfermedades mentales. [doi: 10.1002/jhbs.20103](https://doi.org/10.1002/jhbs.20103).

- Navarro Denis, S. (2019.). Psicología clínica y psicofármacos: benzodicepinas y ansiedad en los saberes y prácticas psicológicas en los servicios de salud pública uruguayos. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/21898>.
- Nichter, M & Nichter, M (2005). Anthropology and International Health; Asian Case Studies: This edition published in the Taylor & Francis e-Library, 2005.
- Pinafi, T, (2013). Malestar y psicofármacos: *Dependencia en la modernidad*. Nómadas (Col), (39),79-89. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105129195006>.
- Press, S. (2012.). Psiquiatría infantil y psicoanálisis: *Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes*. En: Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (114). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/21791>.
- PSIQUIATRIA.COM. (2000). La “década de oro” de la psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Recuperado en:<https://psiquiatria.com/trabajos/539.pdf>.
- Rose, N,(2012).Políticas de la vida : Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI.- 1ª ed la Plata :Unipe: ed Universitaria,2012.(trad),E, L , Odriozola. ISBN 978-987-2777-61-2-1.
- Roudinesco,E (2015)¿Por qué el psicoanálisis?. 1ª ed- Buenos Aires: Ed Paidos,2015.
- Russo, J, & Venâncio, A, T . (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017487007>.
- Separata,(2013). DSM-V: Exilio de la subjetividad: mesa redonda organizada por la escuela freudiana de Montevideo.
- Sismondo, S. (2004). Maniobras farmacéuticas. *Estudios Sociales de la Ciencia*, 34(2), 149–159. <https://doi.org/10.1177/0306312704042575>.
- Teixeira, M, O, L (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas Psicologia* Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451860505012>.
- Torres Bares, Carmen, & Escarabajal Arrieta, Ma. Dolores (2005). Psicofarmacología: una aproximación histórica. *Anales de Psicología*, 21(2),199-212. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721202>.
- Uruchurtu, E, (2010). Historia de la psicofarmacología. [bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica\\_panamericana/9788498351095.pdf](http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9788498351095.pdf).
- Widlöcher, (2010). El psicoanálisis y la psiquiatría cien años después. [www.spu.org.uy/revista/dic2010/05\\_widlocher.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/05_widlocher.pdf) · Archivo PDF.
- Williams et al (2011). The pharmaceuticalisation of society? *A framework for analysis Sociology of Health & Illness Vol. 33 No. 5 2011 ISSN 0141–9889, pp. 710– 725* [doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x).