

La psicofarmacología requiere una cuidadosa interconsulta entre psicoterapeuta y médico

Búsqueda racional de nuevos caminos terapéuticos



Moizeszowicz: "Con el psicofármaco operamos sobre la cantidad"

Cualquier profesional de la salud mental tiene una posición tomada al enfrentarse al ser que sufre: o se ocupa del enfermo o su interés se concentra en la enfermedad. En este sentido, no caben medias tintas. Optar por lo primero requiere, indudablemente, mayor esfuerzo y amplitud, implica conocer limitaciones y dejar de lado, en alguna medida, la seguridad que la especialización brinda.

Quizá por una acusación gratuita que data de hace varios años los psicólogos dijeron "no" a los medicamentos; y en la defensa que realizaron de su área de acción y de su instrumento —el psiquismo y la palabra— muchos dejaron de vislumbrar la posibilidad de que el "verbo" resulte insuficiente para tratar al paciente y de que sea necesario el auxilio del medicamento —administrado por el especialista— para conseguir la "curación".

Acerca de estos temas, *Tiempo* conversó con el doctor Julio Moizeszowicz, autor del libro recientemente editado "Psicofarmacología psicodinámica", médico psiquiatra y asesor en psicofarmacología en el Hospital Israelita de Buenos Aires.

—¿Qué diferencia hay entre los fármacos en general y los psicofármacos?

—La psicofarmacología estudia los efectos de las sustancias químicas sobre el psiquismo normal o patológico. La distinción fundamental de los psicofármacos con otros medicamentos radica en el peso que poseen los factores inespecíficos, es decir, las diferentes expectativas que se depositan en el medicamento. Con un medicamento común —un diurético, por ejemplo— se logra el incremento de la diuresis diaria; se trate de sujetos sanos o enfermos, habrá sólo una diferencia de cantidad. Con los psicofármacos, sin embargo, los efectos que se obtienen son diferentes, según se administre a individuos sanos o enfermos y la respuesta será variable incluso dentro de ambos grupos, a tal punto que, a veces, pueden lograrse efectos totalmente opuestos a los que se esperaban.

El marco teórico

—¿Ante qué clase de síntomas debería el psicoterapeuta recomendar tratamiento con sustancias psicotrópicas?

—Tomarlo sólo desde el punto de vista de los síntomas no tiene mucho valor; primero debemos delimitar el marco teórico. Hay profesionales con una formación estrictamente psicoanalítica que apelan como último recurso al psicofármaco. Al llegar a ese límite tanto el psicoterapeuta como el paciente pueden colocar expectativas desmedidas en el medicamento. En general, la mayor posibilidad de éxito aparece cuando, desde el vamos, el profesional está abierto a una

acción conjunta, cuando admite tanto la utilidad del vínculo con la palabra (psicoterapia) como la del vínculo a través de la pastilla (psicofarmacoterapia). Definido el marco teórico, entonces si podemos pasar a ver en qué momento es importante la consulta con quien pueda administrar el psicofármaco. Porque, a veces, puede suceder que se la pida no porque el que está ansioso, deprimido o excitado sea el paciente, sino porque quien padece esos estados es el terapeuta. Ante determinados cuadros psicopatológicos, existe la posibilidad de que el profesional no pueda solucionar el conflicto de ese individuo que tiene delante con la teoría con que está operando en el campo y así no logre reconocer que lo que está en juego es su propia ansiedad.

—¿Eso significa que antes de una derivación al administrador de psicofármacos debería realizarse una interconsulta?

—Sí, generalmente se remite al paciente con el objeto de medicarlo. Lo que yo propongo es un paso previo donde se vea hasta qué punto es necesario, pues no todos los pacientes que están ansiosos, por ejemplo, necesitan ser medicados, ni todos los que están deprimidos.

—¿Cuál sería, entonces, el criterio fundamental para administrar psicofármacos a un individuo?

—En principio se podría pensar que el psicofármaco es aconsejable en aquellos momentos en los que el paciente entra en un conflicto tal, con el mismo y con su medio, que no le permite realizar las actividades que habitualmente hacía. Esto, como pauta general, porque puede suceder que el enfermo se altere demasiado por los temas que está analizando en su terapia y que la ansiedad le impida asociar, pensar, reflexionar. En ese caso también puede ser conveniente el tratamiento farmacológico.

Tratamientos equilibrados

—¿Podría relacionarse, entonces, la necesidad de medicación con la descompensación del individuo, con la imposibilidad de procesar un determinado "quantum" de energía?

—Sí, indudablemente con un tratamiento con psicofármacos no vamos a modificar una "calidad"; eso está reservado a los mecanismos psicológicos que tiene el individuo. Lo que sí podemos hacer es disminuir una determinada invasión de estímulos y facilitar el restablecimiento del equilibrio. Pero no confundamos: al dar un ansiolítico, un antidepresivo, lo que se transforma es una cantidad. Si el monto de energía en juego llega a ser tan importante que ocasiona una ruptura del yo con el mundo externo, estamos en el terreno de la psicosis. Si lo que se halla alterado es la relación del yo con el

—que es lo más habitual— estamos en el ámbito de la neurosis. Esto implica que la administración de psicofármacos no corresponde a una patología específica, y recalco, se relaciona fundamentalmente con una hipótesis económica.

—Por lo que acaba de decir resulta difícil admitir la posibilidad de un tratamiento psicofarmacológico aislado.

—Eso sucedía en la década pasada. Actualmente se trata por todos los medios de que medicamento y psicoterapia estén equilibrados. No se puede trabajar en forma separada, tanto la psicofarmacología como el tratamiento por la palabra conducen al mismo objetivo: aliviar el sufrimiento humano.

Diálogo entre disciplinas

—¿Usted considera que, en la práctica, se da realmente esa acción conjunta de tratamientos?

—Creo que tenemos que aprender mucho en ese sentido. En Buenos Aires los diferentes grupos (biologistas, psicodinámicos, lacanianos) muchas veces, sin pretenderlo, en un afán científico de validar hipótesis, cierran al paciente caminos posibles de mejoría. Debemos aprender a posponer el interés teórico en beneficio del enfermo. Para ello, resulta fundamental el diálogo interdisciplinario. No obstante, pienso que caminamos en ese sentido.

—¿Usted combina las prácticas médicas y psicoanalíticas?

—Hago las dos cosas, pero salvo en algunos procesos psicóticos, si atiendo lo biológico, no realizo análisis y a la inversa. En general, es conveniente que quien administra la medicación tenga un lugar propio. La psicoterapia se trata por el vínculo transferencial y el medicamento, si bien crea un vínculo a través de la pastilla, nunca será comparable al que produce la asiduidad del tratamiento psicoterapéutico. Además, en la medicación, lo transferencial "negativo" está dado por los efectos colaterales. Cuando el paciente los lee en el prospecto del envase, seguramente los va a padecer, salvo que quien administre la medicación le advierta los síntomas que puede tener y la forma de contrarrestarlos.

Si las sustancias psicotrópicas se incluyen en el vínculo terapéutico, los efectos negativos que produzcan probablemente se desplacen a la situación transferencial y a la inversa: si entra en una relación negativa con el terapeuta, desplazará ésta al psicofármaco. Esta separación es más beneficiosa para el paciente y también para los profesionales, a quienes obliga a un diálogo interdisciplinario.

Alicia Sarmiento