

Andrea Bielli

La introducción
de los antidepresivos
en Uruguay
(1950-2000)

Transformaciones
de los saberes psicológicos

La introducción
de los antidepresivos en Uruguay
(1950-2000)

Andrea Bielli

La introducción
de los antidepresivos en Uruguay
(1950-2000)

Transformaciones de los saberes psicológicos

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo
de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

El trabajo que se presenta fue seleccionado por el Comité de Referato de Publicaciones
de la Facultad de Psicología
integrado por Juan Fernández, Susana Martínez y Paola Premuda.

Tesis doctoral presentada en la Universidad del País Vasco, julio de 2010
bajo la dirección de la doctora Eulalia Pérez Sedeño, y la
codirección del doctor Nicanor Ursua Lezaun.

© Andrea Bielli, 2012

© Universidad de la República, 2012

Departamento de Publicaciones,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)

Montevideo, CP 11200, Uruguay

Tels.: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906

Telefax: (+598) 2409 7720

Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>

<www.universidadur.edu.uy/bibliotecas/dpto_publicaciones.htm>

ISBN: 978-9974-0-0886-1

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Rodrigo Arocena</i>	11
AGRADECIMIENTOS.....	13
PRÓLOGO	15
INTRODUCCIÓN.....	21
PRIMERA PARTE. NOVEDADES EN EXPANSIÓN	
CAPÍTULO 1. EL DILEMA DE LOS ANTIDEPRESIVOS	
Antidepressivos a escala mundial.....	31
Performaciones psiquiátricas.....	38
Contornos de lo farmacéutico	43
Dinámicas psicológicas.....	51
CAPÍTULO 2 . ANTIDEPRESIVOS Y SABERES PSICOLÓGICOS EN EL URUGUAY	
El pasaje por el cuerpo social.....	63
La psiquiatría en el Uruguay	67
El psicoanálisis en el Uruguay	74
La psicología en el Uruguay.....	78
La disputa de los espacios clínicos.....	83
Antidepressivos: un terreno médico por ley	87
CAPÍTULO 3. LA DEPRESIÓN: UNA SILUETA IMPRECISA	
Medicamentos y enfermedades específicos.....	93
De la melancolía a la depresión	101
Melancolía y depresión en el siglo XIX.....	104
Hacia la proliferación de taxonomías	109
Psicoanálisis, melancolía y depresión.....	113
Los primeros años de desconcierto depresivo	114
CAPÍTULO 4. LOS ANTIDEPRESIVOS: SURGIMIENTO Y EXPANSIÓN	
Las drogas antidepressivas	129
De los antihistamínicos a los antidepressivos: la imipramina	133
La caída de una droga antituberculosa y el surgimiento de un antidepressivo: la iproniazida	137
Antidepressivos en el Uruguay: la primera generación.....	140
La puja entre tricíclicos e IMAO.....	146
La última generación	151

El despliegue de la artillería farmacéutica: ciencia y estrategias comerciales	157

SEGUNDA PARTE. SABERES EN TRANSFORMACIÓN

CAPÍTULO 5. CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO Y ENSAYOS CLÍNICOS

La investigación reglada.....	183
Del estudio de casos al ensayo clínico controlado.....	186
Primeras pruebas terapéuticas en el Uruguay.....	195
La incorporación de otros mecanismos de control: hacia el ensayo clínico controlado.....	206
Lejos de la originalidad: la rutinización de los ensayos clínicos controlados	214

CAPÍTULO 6. EL PROBLEMA DEL DIAGNÓSTICO Y SUS POSIBLES SOLUCIONES

El <i>DSM-III</i> y la esperanza biológica.....	223
Hacia el diagnóstico preciso de la depresión.....	229
El <i>DSM-III</i> en el Uruguay.....	235
La división de las aguas diagnósticas	242

CAPÍTULO 7. DE LA QUÍMICA DEL CEREBRO AL CONSENSO BIOPSIICOSOCIAL

Las raíces biológicas.....	251
Hipótesis monoaminérgicas de la depresión.....	255
El imperio de la serotonina.....	256
Las hipótesis bioquímicas y sus efectos secundarios.....	259
Hipótesis bioquímicas de la depresión en el Uruguay.....	261
Hacia la especificidad de los neurotransmisores.....	265
El pensamiento biológico en la psiquiatría uruguaya.....	270
Un saber que se piensa a sí mismo.....	276

TERCERA PARTE. SABERES EN DEBATE

CAPÍTULO 8. LAS TENSIONES

La insuficiencia del consenso	285
Metáforas de revolución y eras tecnológicas.....	291
El revés de la revolución	298
Tratamientos en conflicto	302
Depresión: psicofármacos o psicoterapia.....	309

CAPÍTULO 9. EL ÚLTIMO DEBATE SOBRE LA DEPRESIÓN

Una enfermedad en expansión.....	317
Alertas depresivas.....	321
La depresión en la arena pública	325
Psicoanálisis y epidemia de depresión.....	338
La intensificación de las polaridades	348

CAPÍTULO 10. CONSIDERACIONES FINALES	
Las modificaciones, sus fases y vectores.....	368
Lo farmacéutico y su fuerza aglutinadora.....	371
Tópicos cismáticos.....	373
Apaciguamientos móviles.....	376
BIBLIOGRAFÍA.....	379
ANEXOS	
ANEXO I. CLASIFICACIONES DE LA DEPRESIÓN (SIGLO XX).....	405
ANEXO II. PRINCIPALES PSICOFÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS.....	409
Anexo III. Ensayos clínicos con antidepresivos identificados en Uruguay.....	411

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La universidad promueve la investigación en todas las áreas del conocimiento. Esa investigación constituye una dimensión relevante de la creación cultural, un componente insoslayable de la enseñanza superior, un aporte potencialmente fundamental para la mejora de la calidad de vida individual y colectiva.

La enseñanza universitaria se define como educación en un ambiente de creación. Estudien con espíritu de investigación: ese es uno de los mejores consejos que los profesores podemos darles a los estudiantes, sobre todo si se refleja en nuestra labor docente cotidiana. Aprender es ante todo desarrollar las capacidades para resolver problemas, usando el conocimiento existente, adaptándolo y aun transformándolo. Para eso hay que estudiar en profundidad, cuestionando sin temor pero con rigor, sin olvidar que la transformación del saber solo tiene lugar cuando la crítica va acompañada de nuevas propuestas. Eso es lo propio de la investigación. Por eso la mayor revolución en la larga historia de la universidad fue la que se definió por el propósito de vincular enseñanza e investigación.

Dicha revolución no solo abrió caminos nuevos para la enseñanza activa sino que convirtió a las universidades en sedes mayores de la investigación, pues en ellas se multiplican los encuentros de investigadores eruditos y fogueados con jóvenes estudiosos e iconoclastas. Esa conjunción, tan conflictiva como creativa, signa la expansión de todas las áreas del conocimiento. Las capacidades para comprender y transformar el mundo suelen conocer avances mayores en los terrenos de encuentro entre disciplinas diferentes. Ello realza el papel en la investigación de la universidad, cuando es capaz de promover tanto la generación de conocimientos en todas las áreas como la colaboración creativa por encima de fronteras disciplinarias.

Así entendida, la investigación universitaria puede colaborar grandemente a otra revolución, por la que mucho se ha hecho pero que aún está lejos de triunfar: la que vincule estrechamente enseñanza, investigación y uso socialmente valioso del conocimiento, con atención prioritaria a los problemas de los sectores más postergados.

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye así a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto a la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es pues una de las grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

La universidad pública debe practicar una sistemática Rendición Social de Cuentas acerca de cómo usa sus recursos, para qué y con cuáles resultados. ¿Qué investiga y qué publica la Universidad de la República? Una de las varias respuestas la constituye la Colección Biblioteca Plural de la CSIC.

Rodrigo Arocena

Agradecimientos

Esta investigación no habría sido posible sin la generosa ayuda de varios amigos, compañeros, colegas y distintas personas que tuve la fortuna de conocer durante el desarrollo de la misma. En primer lugar estoy profundamente agradecida con Eulalia Pérez Sedeño quien, como directora de esta tesis, ha sido una lectora paciente, entusiasta, atenta y aguda de estas páginas, una interlocutora desafiante y un apoyo constante en mis momentos de vacilación.

Quiero también agradecer a las doctoras María Boussard, Patricia Labraga, Delia Sánchez y Marta Villamil y a los doctores Pablo Alterwain, Eduardo Blengio, Pedro Bustelo, Guillermo Caetano, Federico Dajas, Álvaro D'Ottone, Ángel Ginés, Álvaro Lista, Jaime Monti, Álvaro Nin, Héctor Puppo y Lizardo Valdez, quienes compartieron conmigo de manera desinteresada su tiempo, experiencias y conocimientos y me señalaron rumbos a seguir en esta investigación. Del mismo modo agradezco a la psicóloga Ana de la Peña y a los psicólogos José Assandri, Gustavo Castellano y Abel Fernández.

Vaya mi más sincero reconocimiento al doctor Oscar Coll quien me proporcionó importantes publicaciones de la psiquiatría uruguaya difíciles de encontrar y puso a mi disposición su trabajo de compilación sobre la investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar) aun antes del lanzamiento del libro. Cristina Míguez, directora del Laboratorio de Control de Productos del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Uruguay no dudó en desempolvar ella misma viejos registros de ingreso de medicamentos, y el doctor Gustavo Arroyo, director médico de la filial del Laboratorio Roche en Uruguay, aclaró varias dudas sobre el momento de llegada de algunos antidepresivos al país.

Agradezco también a Henry Willebald el haberme facilitado, en una suerte de búsqueda arqueológica, los informes de los años setenta y ochenta de la consultora Oikos, de otra forma inaccesibles. Estoy en deuda con María José Miranda y Rebeca Ibáñez quienes desde la distancia colaboraron con la corrección del manuscrito de esta tesis y con Karina Boggio, apoyo esencial para la materialización de este volumen.

Quiero también mencionar a Susana Acquarone, María José Acha, Marcelo Bertalmío, Carlos Bianchi, Ana Buti, Giovana Garelo, Alejandra Mujica, Adriana Peluffo y Martín Zamalvide; todos ellos, además de brindarme su amistad, me facilitaron contactos, materiales y, sobre todo, me alentaron a proseguir esta tarea. Estoy especialmente agradecida con mis amigas Carina Erchini, sin cuya colaboración estas páginas no hubiesen contado con ilustraciones y Virginia Payrá, responsable de que los esquemas que figuran en los Anexos se hayan convertido en verdaderos diagramas.

Guardo la mayor gratitud a Gloria Baigorrotegui, Serrana Cabrera, Alberto Escobar, Betty Estévez, Elena González, Arrate Fernández, Janira Luberiaga, Mauricio López, Lylian Millán, Fabiana Salaberry, Zorione Santiago, Verónica Sanz, Javier Zúñiga, Claudio y Christian, por haberme hecho sentir como en casa cuando estaba lejos de casa. Han sido un apoyo fundamental, en este tiempo de trabajo entre Montevideo, Donosti y Madrid, las ayudas económicas del programa de becas del Ministerio de Asuntos Exteriores-Agencia Española de Cooperación Internacional (MAE-AECI) y de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

Por último, quiero expresar mi más cálido agradecimiento a Walter Mandl y Michelle Fuss, compañeros incansables de tantas horas de escritura y en las peripecias del día a día.

Prólogo

Los estudios de ciencia, tecnología y sociedad (CTS) son un campo interdisciplinar compuesto por una gran diversidad de programas de investigación, educación y gestión cuyo nexo común consiste en ocuparse de las interrelaciones entre la ciencia, la tecnología y la sociedad, desde diversas perspectivas y disciplinas. En el campo de la gestión, se trata de promover políticas públicas de la ciencia y la tecnología, democráticas y socialmente sensibles; en el campo de la educación, de formar ciudadanos (sean o no científicos y tecnólogos) conscientes y responsables de las complejas relaciones existentes entre la ciencia, la tecnología y la sociedad; en el campo de la investigación se trata de desenredar los hilos que entrelazan los tres ámbitos, a menudo muy difíciles de advertir.

El desarrollo de las investigaciones en este campo en los últimos treinta años ha consistido en un acercamiento creciente a la práctica científico-tecnológica real. Trabajos cada vez más microsociales han ido proporcionando una imagen de la actividad científica ligada íntimamente a los desarrollos instrumentales y conceptuales, convirtiendo el estudio de la ciencia en el estudio de la cultura y la práctica científicas. En los años setenta los estudios sociales de la ciencia y la tecnología se centraron fundamentalmente en la causalidad y simetría de la actividad científica, y en los años ochenta la atención se volcó en el detalle, esto es en los estudios de laboratorio, y en la tecnología, a la vez que surgía una escalada relativista. A partir de los años noventa se produce cierto freno en la osadía epistemológica que supuso el relativismo y pasa a ser foco de mayor interés la agencia material, las prácticas científicas, la pluralidad de modos de hacer ciencia y la crítica de los efectos sociales, perjudiciales o no, de la ciencia y la tecnología desde una perspectiva más sofisticada teóricamente, que aprovecha desarrollos filosóficos o sociológicos, y evoluciona en la práctica hacia la propuesta de formas nuevas de gestión de la ciencia y la tecnología.

Hoy en día, el impresionante crecimiento del campo y la multiplicidad de disciplinas y enfoques que concurren en él han dejado obsoletas las viejas distinciones disciplinares, o la división entre las «dos tradiciones» de CTS, una «académica» y otra «activista», si se quiere realizar una clasificación de los trabajos que se encuentran dentro de los «estudios sobre ciencia y tecnología», pues son ingentes y diversos. Pero podemos articular algunas características comunes alrededor de tres líneas temáticas que aparecen ya en los trabajos de los años setenta y ochenta, pero que se profundizan y desarrollan a partir de los años noventa. Estas tres líneas temáticas, que podemos denominar fragmentación, estabilización e hibridación, hacen referencia al modo habitual de abordar los fenómenos científico-tecnológicos: haciendo explícita su diversidad y heterogeneidad, dando cuenta de su conformación y legitimación, y subrayando los nexos que relacionan objetos de estudio, actores, instrumentos, disciplinas, comunidades e

instituciones tanto dentro como fuera de las fronteras ahora difusas de la ciencia y la tecnología. Parafraseando a Wiebe Bijker podemos decir que hemos pasado del estudio de la ciencia en sociedad al estudio de la cultura de la ciencia y la tecnología, hasta llegar al estudio de la cultura tecnocientífica.

Las corrientes generales en estudios sobre ciencia y tecnología subrayan la coproducción de tecnociencia y sociedad: el orden social y el orden tecnocientífico se coproducen mutuamente en complejos entramados de influencias mutuas y el trabajo de Andrea Bielli constituye un buen ejemplo. El conocimiento científico es una formación cultural más que hay que entender analizándolo de manera detallada. Dicho de otro modo, lo que se investiga mediante estos estudios es el tráfico que hay entre el establecimiento del conocimiento y esas formaciones y prácticas culturales que ciertas corrientes de pensamiento han considerado ‘externas’ al conocimiento. Por eso los repertorios culturales son un ladrillo más del edificio. Los agentes de la tecnociencia inventan artefactos, prácticas, etcétera, pero, a pesar de su retórica, no resuelven problemas solamente, también los crean. Los problemas no existen en el vacío, no son algo aislado, sino que se crean y enmarcan en las soluciones que los agentes ofrecen (a veces de manera ingenua).

Este tipo de enfoques tiene, al menos, las siguientes características: es antiesencialista acerca de la ciencia; hace especial hincapié en el carácter cultural de la ciencia y su apertura; mantiene un compromiso no explicativo con las prácticas científicas y con el carácter material, local y discursivo del conocimiento científico; pretende subvertir las concepciones de la ciencia que afirman su neutralidad valorativa y, finalmente, mantiene un compromiso con la crítica epistémica y política desde dentro de la cultura de la ciencia.

El rechazo a la idea de que existe una característica esencial de la ciencia o un propósito esencial al que aspira el trabajo auténticamente científico está avalado por la historia de la ciencia, pues no solo las prácticas investigadoras, métodos, instrumentos, criterios de precisión, etcétera, varían históricamente, sino también sus productos y normas. Por ejemplo, los criterios de obtención o aceptación de datos, así como su precisión, eran muy distintos en la astronomía ptolemaica, en la laplaceana o en la astrofísica actual. Pero la misma variabilidad existe entre las disciplinas y no solo entre las humanidades y las ciencias naturales, sino entre estas últimas: la física de altas energías, la radioastronomía, la biología molecular, la biología evolutiva, la psicología individual o la meteorología son prácticas epistémicamente diferentes: los criterios de aceptabilidad en la radioastronomía son diferentes a los que se manejan en psicología individual o en genética de poblaciones.

Incluso dentro de una misma área de conocimiento, hay diferencias culturales/nacionales, no solo por lo que se refiere a medios, sino también estilo, dirección, normas, la finalidad de la investigación científica y las relaciones que se establecen entre tecnociencia y sociedad. Lo cual no significa que haya incomunicación o que no sean comparables, ni que exista una proyección biunívoca

entre estos estilos y los estados nacionales políticos. El trabajo de Andrea Bielli constituye un buen estudio de caso al respecto.

Según la idea tradicional, las comunidades científicas son relativamente cerradas sobre sí mismas, homogéneas y no se relacionan con otros grupos sociales ni con otras prácticas culturales. Pero los estudios CTS han mostrado que eso no es así. Por un lado, el modo de hacer ciencia y tecnología ha cambiado tanto, sus actividades y prácticas están tan entrelazadas, que es muy difícil separarlas en la realidad y hoy hablamos de tecnociencia. Pero, además, si antes los problemas se planteaban dentro de la estructura disciplinar, ahora es en el contexto de aplicación, que exige cada vez más estructuras transdisciplinarias (y que provoca que, constantemente surjan nuevas disciplinas). Si antes intereses, instituciones (principalmente universidades u organismos estatales) y actividades eran homogéneos, hoy hay heterogeneidad de intereses, de instituciones participantes (empresas, ONG, etcétera) y de actividades. Si antes la estructura era jerárquica y autoritaria, ahora es más abierta, heterogénea y transitoria, con mayor interacción entre múltiples actores, que tienen mayor responsabilidad social, frente a la responsabilidad individual típica de la ciencia académica. Y si antes era la propia comunidad científica la que evaluaba los resultados, hoy en día hay una mayor gama de mecanismos de control en los cuales tienen cabida otros intereses, valores, etcétera.

En la tecnociencia actual la responsabilidad social compete a la comunidad científica y a la sociedad en general. Existe un tráfico o trasvase entre lo que hay dentro y fuera de la ciencia, entre lo científico y lo social. Este trasvase es de doble sentido. No solo los logros de la comunidad científica llegan a la sociedad, de manera más o menos rápida y más o menos transparente, sino que el trasvase de la sociedad a la comunidad científica es enorme: de la sociedad se extraen los recursos financieros y materiales y personal, pero también problemas a investigar, vocabulario y metáforas que guían la investigación y proponen soluciones, y hasta estas mismas surgen de la sociedad, como muestra en este libro la relación existente entre industria farmacéutica y comunidad científica.

En este marco se encuadra el trabajo que aquí presentamos y que analiza la introducción de los antidepresivos en Uruguay durante la segunda mitad del siglo XX. La autora parte del supuesto de que la introducción de los antidepresivos supuso una innovación tecnológica, casi revolucionaria, pues obligó a que las comunidades mencionadas se replantearan sus marcos teóricos, métodos de investigación y terapias. Todo ello suscitó controversias que aparecían de nuevo con el surgimiento de nuevos fármacos que obligaban otra vez a replantearse teorías, métodos e intervenciones terapéuticas y que contribuyó a la redefinición de las relaciones internas.

En la primera parte se analizan, con una perspicacia y capacidad crítica poco usuales, los elementos clave en el proceso de introducción y difusión: el concepto de depresión y su nacimiento y desarrollo como enfermedad, incluso epidémica, la creación de medicamentos específicos para dicha enfermedad y su

introducción en la sociedad uruguaya, así como el papel desempeñado en todo ello por las comunidades científico-médicas encargadas de la enfermedad y la configuración de los saberes psicológicos competencia de dichas comunidades, a saber, la psiquiátrica, la psicoanalista y la de la psicología. Para ello se adentra en las condiciones histórico-institucionales de las comunidades implicadas en el proceso de desarrollo e introducción de los antidepresivos en Uruguay de la mano de estrategias perfectamente pensadas por la industria farmacéutica.

En la segunda parte, Andrea Bielli examina cómo se fueron transformando los saberes psicológicos, pasando de los casos clínicos de los que cada psiquiatra, psicólogo o psicoanalista se ocupaba en su consulta o en el hospital, a los ensayos clínicos controlados. Para ello, el diagnóstico no era un problema menor, como bien muestra la autora en su brillante análisis del *DSM-III* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, versión III), que se usaba en el periodo objeto de estudio y que era editado por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos; dicho manual ofrece una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, de modo que clínicos e investigadores puedan diagnosticar, estudiar y tratar los distintos trastornos mentales. La autora también analiza con rigor y agudeza las distintas hipótesis etiológicas que fueron surgiendo y retroalimentándose con los diagnósticos y el surgimiento de diversos antidepresivos. Todos los cambios, modificaciones y transformaciones que dieron como resultado la «ruptura de la unidad de los saberes psicológicos» en Uruguay fueron de la mano de la investigación sobre etiología, diagnóstico, explicación e intervención terapéutica de la enfermedad.

Finalmente, en la tercera y última parte se analizan las polémicas y tensiones en torno a los antidepresivos, incluyendo las surgidas a finales del periodo estudiado lo que muestra, como bien señala la autora, que los antidepresivos siguen siendo controvertidos y un tema actual de debate.

Para conseguir todo esto, la autora ha realizado un exhaustivo examen sistemático de las publicaciones académicas de los actores uruguayos implicados (psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas), de la legislación vigente sobre antidepresivos (introducción, prescripción y venta) y de los medios de comunicación escritos; además ha efectuado una serie de entrevistas a diversos actores y ha recabado datos de la industria farmacéutica.

Este libro es el fruto de un largo periodo de investigación, análisis crítico y reflexión que quedó plasmado en una tesis doctoral, presentada en la Universidad del País Vasco (España), que obtuvo la máxima calificación y que tuvo el inmenso placer de dirigir. Es una obra que estudia un periodo importante del desarrollo, diferenciación y consolidación de los saberes psicológicos en Uruguay durante un periodo histórico importante, a saber, la segunda mitad del siglo XX. Histórica, teórica e intelectualmente, su relevancia es indiscutible. En primer lugar, por el propio proceso de introducción, aceptación y difusión de los antidepresivos en este país; un proceso que incide en las relaciones centro-periferia

en la producción de conocimiento científico-tecnológico. En segundo, porque pone de manifiesto el papel de las controversias (muchas veces no clausuradas o repetidas) en el desarrollo de la tecnociencia. Unas controversias en las que, como queda de manifiesto en este trabajo, las relaciones entre psicofármacos, industria farmacéutica y comunidades científicas aparecen distintas en los países del centro, que poseen la autoridad epistémica ‘máxima’, y los de la periferia. Y finalmente, porque puede arrojar nueva luz (de hecho lo hace) sobre el campo de la salud mental y la aparición de nuevas enfermedades y de supuestas epidemias.

A pesar de que el texto incide una y otra vez en las relaciones entre industria farmacéutica, comunidades científicas y sociedad establecidas en torno a un producto tecnológico como los psicofármacos, la autora se ha abstenido de emitir juicios de valor (éticos, políticos, ideológicos) acerca de la bondad o no de los antidepresivos, de las prácticas de la industria farmacéutica, de la participación de las comunidades de psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas en todo ello o del surgimiento y viabilidad de prácticas alternativas. La autora deja que hablen estas relaciones y deja a juicio de quien lea este trabajo la valoración pertinente. Pero lo que sí deja claro es que los antidepresivos no son una tecnología transparente, acabada y consensuada cuyo objeto es combatir una patología bien definida, transparente, acabada y consensuada.

El trabajo de Andrea Bielli es serio, riguroso y de una excelencia intelectual pocas veces lograda en este tipo de obras; está escrito con precisión, gran claridad y es de lectura sumamente amena y apasionante. Aprendí y disfruté mientras Andrea lo llevaba a cabo y me trasladaba sus ideas, dudas, preocupaciones y hallazgos. Aprendí y disfruté aún más leyendo las sucesivas versiones que fueron pasando por mis manos y que reflejaban el inmenso trabajo realizado, su esfuerzo, sus aciertos y la madurez de pensamiento que la autora alcanzaba paso a paso. Y aprendí y disfruté leyendo la versión final y oyendo la defensa pública de su trabajo. Ahora espero que ustedes disfruten tanto o más que yo.

Madrid, abril de 2011

Eulalia Pérez Sedeño

Departamento de Ciencia, Tecnología y Sociedad
Instituto de Filosofía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas

Introducción

*Miremos en derredor, ensanchando el horizonte.
¿Qué percibimos? Algo tremendo en su desgarrante
simplicidad: que vivimos bajo el signo
de la catástrofe en permanente trance sísmico.
A la serena tranquilidad y a la firme
confianza del pasado se ha sustituido el imperio
de la inquietud y las zozobras sin término.
El presente agobia, aplasta al hombre occidental
bajo su carga de horrores y confiere al futuro
oscuro signo negativo. Se vive, como se ha dicho
del cardíaco, en la muerte, bajo la garra
de la muerte, en la meditación de la muerte
y de la desdicha que la precede y la sigue.
Estamos en pleno dominio de la angustia.*

Elio García Austt¹
(1950a)

Era el año 1950 y el profesor Elio García Austt pronunciaba las palabras precedentes en su lección inaugural del curso de Clínica Psiquiatría, en el mismo momento que asumía la dirección de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en el Uruguay. Luego de recordar cuáles habían sido las enfermedades mentales protagonistas del siglo XIX, la psicosis maníaco-depresiva y la histeria, llegaba a la siguiente conclusión: que las enfermedades de hoy ya no eran las mismas de antes. La *asfixia emocional* de la época había provocado el reemplazo de la comprensible psicosis periódica por la destructora esquizofrenia, y de la ostentosa histeria por la oprimente neurosis de angustia. García Austt evocaba los pensamientos de muerte, lo negro, la desdicha, términos que hoy relacionaríamos con el talante depresivo, como los rasgos sustanciales del sufrimiento psíquico del momento. Sin embargo era en el autismo, la esquizoidia, la angustia y la ansiedad donde reconocía la *marca patológica* de su época. Ni una sola mención en su lección inaugural a la depresión como la distingue la psiquiatría actual, ni tampoco una sola mención a la depresión cuando intentara esclarecer, en otra conferencia, las relaciones entre el padecimiento psíquico en el siglo XX y la vida moderna (García Austt, 1950b). Para el catedrático de psiquiatría el Uruguay, un pequeño país latinoamericano

1 Médico psiquiatra uruguayo (1888-1954), director de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República entre 1950 y 1954. Fue alumno directo del primer catedrático uruguayo de psiquiatría, Bernardo Etchepare, además de practicante interno y jefe de clínica en el servicio dirigido por este. Durante buen tiempo fue médico alienista y jefe de servicio en el hospital psiquiátrico Vilardebó de la ciudad de Montevideo y en 1927 obtuvo el cargo de profesor agregado de Psiquiatría y Medicina Legal. Participó también en la vida pública del país siendo legislador y desempeñando la vicepresidencia del Consejo de Salud Pública.

con buenos niveles de vida, calmo en muchos aspectos, había sucumbido, al igual que el resto del mundo occidental, ante las exigencias de una vida moderna tiránica, lo que había traído como consecuencia un incremento notorio de las patologías mentales. Su propia experiencia personal le permitía afirmar que en una institución pública bien conocida por él, buena parte de sus empleados habían sufrido o sufrían alguna *alteración neurótica*.

Pero ese no sería el único momento en que los psiquiatras uruguayos tendrían la sensación de que las enfermedades mentales estaban en franco aumento en el país. Varias décadas después, hacia finales de los años noventa, la noción de epidemia de depresión ganaría las calles de la ciudad de Montevideo. Lanzada inicialmente por un psiquiatra con importante trayectoria en el campo de la psicofarmacología y con vínculos con la industria farmacéutica, la idea había sido aceptada y difundida por otros de sus colegas instalándose en los ámbitos académicos y rápidamente había alcanzado los medios de comunicación masiva. No faltaron quienes estaban dispuestos a reconocer que el Uruguay era un país de deprimidos y quienes estaban dispuestos reconocer en la depresión el rasgo patológico de un período de la vida del país signado por la crisis económica, el desempleo y la emigración. Como corolario de ello, en 1998, uno de los profesores adjuntos de la Clínica Psiquiátrica se embarcaría en una cruzada contra la depresión organizando grupos de autoayuda que convocaron un buen número de participantes.

¿Qué había sucedido entonces desde las palabras pronunciadas por García Austt en 1950 hasta la situación de 1998? ¿Cómo había sido posible que la depresión de finales del siglo XX desplazara la neurosis de angustia y la esquizoidia de los años cincuenta? ¿Era la zozobra de mediados de siglo el antecedente del abatimiento de finales de siglo o ambos malestares no mantenían ninguna relación entre sí? Seguramente estas preguntas no poseen una respuesta simple, una multiplicidad de razones sociales, históricas, psíquicas y biológicas puede darles respuesta. Pero lo cierto es que entre el año 1950 y 1998 un elemento fundamental, que actuaría como reverso de la depresión durante toda la segunda mitad del siglo XX, había hecho su aparición en la escena de los malestares psíquicos: los psicofármacos antidepresivos. A poco de su lanzamiento en Estados Unidos y Europa a finales de los años cincuenta, los antidepresivos alcanzarían las costas del Río de la Plata, y durante los años sesenta adquirirían un uso extendido que se incrementaría hasta niveles considerables a finales de los años noventa.

Concebidos a partir de la idea de generar tratamientos específicos para enfermedades específicas, los antidepresivos fueron los primeros medicamentos que le proporcionaron a la práctica clínica psiquiátrica instrumentos terapéuticos con un blanco patológico concreto. Con anterioridad, la terapia electroconvulsiva había mostrado cierta utilidad para combatir enfermedades puntuales como la melancolía, pero no había definido el objetivo patológico que tenía en su mira con el mismo grado de precisión que lo hicieran los antidepresivos. Por su parte, otros psicofármacos como los antipsicóticos o los ansiolíticos,

desarrollados casi por la misma época, eran empleados para mitigar patologías mucho más inespecíficas que la depresión o mucho menos frecuentes.

Pero si algo compartían los antidepresivos con el *electroshock* y estos otros psicofármacos era que consolidaban la psiquiatría como una disciplina de base tecnológica. La introducción de la terapia electroconvulsiva en la década de los cuarenta, había dado inicio a una fase técnica de la psiquiatría augurando éxitos terapéuticos hasta el momento no alcanzados. El inicio de esta fase permitió establecer, a través del empleo de una tecnología concreta, un vínculo directo entre terapéutica y curación, sentando las bases de una investigación científica que intentaría evaluar el éxito de los distintos tratamientos de las enfermedades mentales. Del mismo modo, durante los años cincuenta, la psicofarmacología naciente introdujo el método experimental como complemento del método clínico tradicional, permitiendo establecer los fundamentos biológicos de las dolencias mentales y delimitar, como contrapartida, las terapéuticas somáticas adecuadas a estos. Con ello la psiquiatría no hacía más que dejarse llevar por la tendencia a la tecnologización que la medicina del momento venía experimentando desde la Segunda Guerra Mundial. Redes industriales, académicas y gubernamentales se habían puesto en marcha para generar distintos productos basados en el conocimiento que inundarían todas las etapas de la práctica médica, con lo que el proceso de cambio de la ciencia y la práctica médica permanecía cada vez más supeditado a la introducción de nuevas tecnologías de diagnóstico y de curación.

Dentro de este cuadro general de tecnologización creciente de la medicina, la psiquiatría quedaba enfrentada al cambio tecnológico y sus consecuencias, cambio en el que los medicamentos psicofarmacológicos parecían abrir un horizonte de conquistas terapéuticas cada vez mayores. La tecnologización de la psiquiatría, por tanto, inauguraba no solo nuevas prácticas terapéuticas, sino también una nueva configuración del saber y la práctica en psiquiatría. Configuración en la que se encontraban implicadas sus relaciones con las ciencias que producen estas tecnologías, sus relaciones con quienes utilizan y aplican estas tecnologías y, al mismo tiempo, sus relaciones con los restantes saberes psicológicos, como la psicología y el psicoanálisis, que miraban con atención la llegada de estos nuevos tipos de intervención terapéutica.

Los antidepresivos emergían, entonces, como tecnologías destinadas a la transformación expresa de la realidad de los sujetos aquejados por una patología determinada. Emergían como herramientas poseedoras de una eficacia con efectos intencionalmente buscados y respaldados en un horizonte de cientificidad dado por procedimientos sistemáticos de desarrollo, control y evaluación de medicamentos. En tanto tecnologías, los antidepresivos suponían un área específica de transformación —la depresión—, sujetos que pueden operar el producto tecnológico —los psiquiatras— y agentes encargados de su desarrollo —laboratorios e investigadores en farmacología—, pero suponían, además, opiniones, representaciones y creencias sobre su naturaleza, utilidad y eficacia sustentadas por todos aquellos que dentro del campo de los saberes psicológicos se verían

implicados, de una manera u otra, en su difusión y uso. Si los antidepresivos enfrentaban los saberes psicológicos a la problemática del cambio tecnológico no lo hacían sin suscitar encuentros y desencuentros entre diferentes interpretaciones sobre los problemas que estos venían a solucionar y el tipo de respuesta que estos constituían para dichos problemas. No lo hacían, en definitiva, sin estar ellos mismos bajo cuestión, en especial en su capacidad de dar una cura definitiva a los estados depresivos. Constituían, por derecho propio, una innovación tecnológica controvertida.

De este modo, su aparición en escena y su rápida difusión por los distintos continentes fue acompañada, a un tiempo, por fuertes adhesiones y grandes oposiciones. Desde su emergencia, la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, cruzaron argumentos y contraargumentos sobre los antidepresivos, en un debate que ha puesto también en cuestión los conocimientos existentes sobre la depresión y su tratamiento. En el presente trabajo veremos cómo este debate tomó forma en el Uruguay a principios de los años sesenta con la llegada de los antidepresivos al país, se prolongó durante los años setenta y ochenta mientras ingresaban nuevos antidepresivos en el mercado nacional, y se reavivó a finales de los años noventa, cuando la depresión parecía adueñarse de miles de uruguayos. Es decir que examinaremos los avatares de este debate a la luz de los distintos momentos del proceso de recepción y difusión de los antidepresivos en el Uruguay, abarcando los años comprendidos entre principios de la década de los cincuenta y el año 2000.² Revisaremos, así, las discusiones y polémicas protagonizadas por los integrantes de la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología del Uruguay, deteniéndonos especialmente en las delimitaciones conceptuales, las nociones y valores puestos en juego sobre los estados depresivos en sentido amplio, su clasificación, etiología y terapéutica.

Un supuesto fundamental guía este trabajo: que en el Uruguay la introducción de los antidepresivos constituyó una innovación tecnológica radical que ha obligado a las disciplinas psicológicas a reacomodar sus marcos teóricos, métodos de investigación y modos de intervención terapéutica al mismo tiempo que las ha impulsado a dar una nueva definición de sus relaciones internas. Se sostiene la tesis, además, de que dicha reacomodación se ha producido en medio de controversias y tensiones propiciadas por las peticiones conceptuales, epistemológicas y axiológicas requeridas para la aprehensión de los antidepresivos por parte de los saberes psicológicos.³ Para ilustrar ello se recurrió al examen sistemático de las publicaciones académicas uruguayas —en la medida en que los

2 Partimos algunos años antes del desarrollo de los primeros antidepresivos, pequeño desfase temporal necesario para poder reconocer el terreno de los saberes psicológicos antes de la llegada de los antidepresivos y poder, en consecuencia, apreciar sus transformaciones una vez estos ingresados. El período estudiado cierra en el año 2000, dos años después de que la noción de epidemia de depresión captara la atención de la academia y los medios de comunicación masiva uruguayos.

3 Esto no significa que los antidepresivos puedan en sí mismos constituirse en agentes que exijan tiránicamente determinados esfuerzos reflexivos a los saberes psicológicos, pero sí supone

integrantes de la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología uruguayos publican escasamente fuera de fronteras— y se examinó también la información aparecida en los medios de comunicación masiva sobre la depresión y los antidepresivos. Se realizaron, además, una serie de entrevistas a una veintena de integrantes de la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología, así como de la industria farmacéutica del país. También se buscó contextualizar el proceso de llegada y difusión de los antidepresivos con datos de ventas de psicofármacos e información sobre la legislación vigente para la introducción, prescripción, dispensación y venta de medicamentos dentro del Uruguay.

Al menos cuatro razones justifican el estudio del proceso de recepción en el Uruguay de este tipo de psicofármacos específico y las polémicas que lo acompañan. En primer lugar, la recepción de las drogas antidepresivas constituye un objeto de estudio particularmente interesante en el que las controversias científicas tienden a reproducirse a medida que aparecen nuevas variedades de antidepresivos. La aparición hacia 1957 de los primeros tipos de antidepresivos, los llamados tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), sentaron las primeras bases de la discusión en torno a la naturaleza orgánica o psicosocial de los estados depresivos, la oposición de tratamientos biológicos a los tratamientos psicodinámicos, la validez de las nosologías tradicionales o la necesidad de construir nuevas categorías clasificatorias, así como la investigación cualitativa en oposición a la investigación cuantitativa. Años más tarde, a fines de la década de los ochenta, la llegada al mercado farmacéutico mundial de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) prolongaría el debate entre psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, incorporando nuevas temáticas en torno a los límites de la medicalización de la vida psíquica.

En segundo lugar, el abordaje del presente tema de estudio se revela por demás oportuno, en la coyuntura actual del campo de la salud mental en el Uruguay. Como se anticipó antes, hace algunos años la depresión captó la atención de los medios académicos y saltó a la esfera de los medios masivos de comunicación como una dolencia mental de gran incidencia en el país. Datos epidemiológicos manejados por algunos psiquiatras y retomados por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, si bien controvertidos, arrojaron cifras de alrededor de 950.000 uruguayos afectados por este malestar, mientras que una serie de debates y conferencias sobre el tema tuvieron lugar en Montevideo durante los años 1998 y 2000.⁴ Aún hoy, diez años después de esos eventos, es posible encontrar cada tanto algún programa televisivo o algún artículo periodístico en el que la depresión de los uruguayos vuelve a estar presente. Por consiguiente, el estudio de la difusión e incorporación de los antidepresivos en el Uruguay representa un

reconocer un cierto nivel de agencia aún en elementos no humanos con los que dichos saberes tuvieron que vérselas.

4 En un país como el Uruguay, con una población cercana a los tres millones de habitantes, eso supone casi un tercio de la población total.

aporte original sobre la contracara tecnológica de una dolencia mental en un país que parece considerarse a sí mismo bajo el imperio de la depresión.

En tercer lugar, la situación marginal del Uruguay, tanto como productor de innovaciones psicofarmacológicas como productor de conocimientos psicológicos, hace de su caso un caso elocuente con relación a los procesos de difusión tecnológica en contextos alejados de los centros de producción científico-tecnológica de punta. Ofrece la oportunidad de revisar las contingencias del traslado de modelos de vinculación entre psicofármacos, industria farmacéutica y cuerpo médico, ensayados primeramente en los países centrales, de sondear formas de interacción entre centros académicos de los países periféricos y los laboratorios internacionales, de comparar las posibilidades de acción que las fisuras de los sistemas regulatorios de países como el Uruguay le brindan a la estrategias de venta de la industria farmacéutica y de explorar los procesos de incorporación de teorías, entre otros aspectos.

Por último, las características epistemológicas de los saberes psicológicos uruguayos, ampliamente influenciados por el psicoanálisis hasta el día de hoy,⁵ abren una perspectiva singular sobre la diversidad de procesos de recepción que puede experimentar una tecnología preferentemente respaldada en concepciones bioquímicas del funcionamiento psíquico. El éxito de la diseminación de los antidepresivos en un medio en principio reticente a aceptar su fundamento teórico arroja una buena pista sobre el hecho de que las innovaciones tecnológicas en psicofarmacología no son solo objeto de negociaciones para la definición de su lugar en un plano instrumental sino también de negociaciones en el plano teóricoconceptual.

En definitiva, en las páginas siguientes se encontrará un análisis del caso uruguayo de recepción y difusión de los antidepresivos, inspirado en los estudios de CTS. Esta perspectiva, fundamentalmente interdisciplinaria, conforma un campo de estudio reciente en el que se exploran los aspectos sociales de la ciencia y la tecnología. Allí se aborda el análisis de las relaciones entre la actividad científico-tecnológica y la sociedad, desde una perspectiva que pretende contextualizar socialmente la ciencia y la tecnología. Desde hace relativamente poco tiempo, los estudios de CTS han tomado como objeto de sus análisis e investigaciones la industria farmacéutica y sus productos, reconociendo su presencia en sectores cada vez más amplios de la vida social y cultural. El enfoque ha permitido apreciar el establecimiento de un lazo profundamente renovador entre industria farmacéutica, productos farmacéuticos, ciencia y sociedad que ha llegado a transformar prácticas de investigación, prácticas prescriptivas, herramientas diagnósticas pero también las experiencias personales del estar enfermo, de la curación e inclusive del sí mismo.⁶

5 Esta situación en verdad es compartida por ambos países de la región platense.

6 Por cierto, los grandes ausentes en este estudio son quienes, como pacientes, alguna vez consumieron antidepresivos. En el período abordado no se convirtieron nunca en agentes activos de

Teniendo en cuenta este aspecto que han sabido subrayar los estudios de CTS sobre el fenómeno farmacéutico de nuestros tiempos, el trabajo que aquí se presenta intenta mostrar uno de los modos en que el lazo entre industria farmacéutica, ciencia y sociedad cobró expresión en una sociedad concreta en torno a un producto particular como los antidepresivos. A lo largo de los capítulos siguientes no se encontrará una demostración ni de los beneficios o los perjuicios generados por los antidepresivos, no se encontrará tampoco un enjuiciamiento de las prácticas de la industria farmacéutica para difundir sus productos ni de las participación de psiquiatras en ellas, tampoco se encontrará una toma de partido sobre la oposición emergente entre tratamientos por la palabra o tratamientos mediante pastillas. Simplemente se intentará mostrar que la presencia de los antidepresivos en el campo de los saberes psicológicos de un país en especial dispara una polémica que incluye no solo aspectos técnicos sino conflictos de valores e intereses y nociones populares de la tecnología y el cambio tecnológico mezcladas con las nociones teóricas de los saberes psicológicos. En otras palabras, visiones dispares de la relación del ser humano con la tecnología. Si es posible, entonces, encontrar una crítica en este trabajo es a la pretensión de que los antidepresivos constituyen tecnologías transparentes, acabadas y consensuales destinadas a combatir una patología transparente, acabada y consensual.

El presente texto se estructura en tres partes. En la primera se ofrece una primera aproximación a los elementos claves del proceso de difusión en el Uruguay. Se presentan los problemas planteados por el desarrollo de los antidepresivos, una delimitación de las condiciones histórico-institucionales de los saberes psicológicos en Uruguay y de los grupos que se vieron involucrados en la diseminación controvertida de los antidepresivos en el país, se describe el proceso de desarrollo de los antidepresivos y su llegada al país de la mano de las estrategias implementadas por la industria farmacéutica en las que los ensayos clínicos cobran un papel fundamental. La segunda parte se adentra directamente en los cambios, modificaciones y transformaciones registrados en los saberes psicológicos uruguayos en relación con la introducción de los antidepresivos. Se aborda el lazo que une antidepresivos e investigación en psiquiatría, antidepresivos y depresión, diagnóstico psiquiátrico y tecnologías de intervención terapéutica y teorías etiológicas de la depresión y explicativas del funcionamiento de los psicofármacos, y las consecuencias que ello tuvo sobre la ruptura de la unidad de los saberes psicológicos del país. De igual forma se exponen los intentos del campo por evitar un quiebre irreparable de dicha unidad y asegurar una convivencia pacífica entre los distintos enfoques psicológicos. En la tercera y última parte se despliegan los ejes por los cuales se desarrolló la polémica en torno a los antidepresivos, y se revisa cómo estos volvieron a surgir con fuerza renovada a finales del período estudiado, mostrando cómo a pesar de que los antidepresivos

los debates, que expresaran opiniones y apreciaciones públicas que hicieran de ellos un grupo aprehensible para esta investigación.

se incorporaron a los saberes psicológicos desde hace ya medio siglo continúan siendo aún un punto de debate permanente.

Al fin y al cabo, no queda más que aclarar que las tensiones y discusiones que aquí se bosquejan no se corresponden con la imagen de una polémica encendida entre uno o dos protagonistas que hayan encarnado intercambios directos y persistentes de argumentos alternativos sostenidos por los distintos enfoques psicológicos. Por el contrario, la polémica contó pocas veces con ataques directos y abiertos, y la mayoría del tiempo se mantuvo en término sobrios y respetuosos. No obstante, estuvo y está allí.

Primera parte
Novedades en expansión

El dilema de los antidepresivos

Antidepresivos a escala mundial

Hacia finales del siglo XX los antidepresivos habían logrado convertirse en los psicofármacos más relevantes dentro del arsenal farmacológico que la industria farmacéutica había puesto en manos de la psiquiatría desde los años cincuenta. Después de la mala reputación que los tranquilizantes benzodiazepínicos habían adquirido en los años ochenta, en razón de sus efectos adictivos y debido al uso restringido que los antipsicóticos tenían en la práctica psiquiátrica, los antidepresivos se mostraban como los psicofármacos de mayor potencialidad; sobre todo si se tenían en cuenta las ventajas que solían adjudicársele a la última generación de estos medicamentos, los ISRS, introducida hacia principios de los años noventa. Con ellos, los antidepresivos se habían transformado en un grupo terapéutico más específico que los tranquilizantes, sin los efectos adictivos de estos y superaban además en popularidad a los antipsicóticos —a los que suele imputárseles el inicio de la llamada «revolución psicofarmacológica» por haber sido los primeros psicotrópicos desarrollados para el tratamiento de una enfermedad mental específica—, ya fuese porque resultaban medicamentos más seguros y con efectos secundarios más leves o porque tenían un uso mucho más expandido. La celebridad de los antidepresivos era notoria, además, en la medida en que se habían convertido en un claro éxito de ventas, estaban destinados a una dolencia mental más frecuente que otras y parecían haberse instalado en forma definitiva en los hábitos de prescripción de médicos y psiquiatras y en los hábitos de consumo de medicamentos de los pacientes de todos los rincones del mundo.

De 1990 a 1994 la venta de antidepresivos había presentado un incremento sostenido en países como Francia, Alemania, España, Reino Unido y Bélgica (Zarifian, 1996: 199-207). Según datos de la consultora Internacional Medical Statistics (IMS), que audita las ventas de medicamentos a nivel mundial, en los años 1996, 1997 y 1998 tres antidepresivos de última generación se encontraban entre los diez medicamentos más vendidos en los mercados más importantes del planeta.⁷ El Prozac (fluoxetina), el antidepresivo de última generación más conocido, se mantenía en esos años en el tercer lugar de ventas, detrás de un medicamento antiulceroso y de un medicamento para reducir el

7 Los datos manejados por IMS corresponden a países de América del Norte (Estados Unidos y Canadá), Europa (Alemania, Francia, España, Italia y Reino Unido), América Latina (Brasil, Argentina y México), Japón y Australasia (Australia y Nueva Zelandia).

colesterol, mientras que el Zoloft (sertralina) y el Seroxat (paroxetina), otros de los antidepresivos de última generación, se ubicaban en el octavo y noveno lugar respectivamente.⁸ Entre julio de 1997 y junio de 1998 los medicamentos del sistema nervioso central fueron el tercer grupo de medicamentos más vendido a nivel mundial, luego de los medicamentos cardiovasculares y los productos para trastornos digestivos, mostrando además un crecimiento acelerado.⁹ Indudablemente, otros productos comprendidos bajo la categoría de medicamentos del sistema nervioso, como los tranquilizantes o los analgésicos, ayudaron a engrosar estas cifras. Las benzodiazepinas, por ejemplo, se habían convertido desde hacía tiempo en los psicofármacos no específicos de mayor comercialización. Pero era gracias al dinamismo que las ventas de antidepresivos presentaban en esos años que el mercado de los medicamentos del sistema nervioso central se encontraba en clara expansión.

Este crecimiento tenía un carácter global y pocos países del mundo escapaban a esa regla. En el Uruguay de finales de los años noventa el mercado de este tipo de medicamentos también se mostraba en franco desarrollo, y llegaba incluso a superar los niveles de incremento que las ventas del grupo terapéutico presentaba a nivel internacional. En 1997, el entonces gerente general de Rhône-Poulenc en Montevideo, el doctor Ignacio Ruiz, declararía a un importante periódico del medio que existía:

una disparidad entre Uruguay y el mercado farmacéutico global. En todo el mundo, el grupo de medicamentos que más se vende es el que trata los trastornos cardiovasculares, seguido por el destinado a los trastornos digestivos. En el mercado uruguayo los medicamentos con mayor demanda son los que atienden al sistema nervioso central, especialmente analgésicos y tranquilizantes. Es difícil conocer las razones de esta diferencia, sobre todo en un país donde la carga de «stress» debería ser inferior a la de sociedades más industrializadas. De todos modos, los productos más consumidos son los conocidos como «soft». (*El País*, 1997)

Sus palabras dejaban entrever algo en lo que, a pesar de la inexistencia de cifras oficiales en el país provenientes de las autoridades sanitarias, médicos generales y psiquiatras insistían desde hacía un tiempo: los altos niveles de consumo de psicofármacos en el Uruguay. Este fenómeno se insinuaba ya por lo menos diez años antes de las declaraciones de Ruiz. De acuerdo con los datos de los estudios del mercado farmacéutico realizados durante los años ochenta, en la primera mitad de ese decenio los psicofármacos eran el grupo terapéutico que se ubicaba en segundo lugar de ventas luego de los medicamentos cardiovasculares. Y dentro de ellos, los tranquilizantes benzodiazepínicos, conocidos habitualmente como tranquilizantes menores, ocupaban el primer lugar (Oikos,

8 Disponible en <http://www.ims-global.com//insight/world_in_brief/9806_monthly/prods.htm>, consultada el 10 de enero de 2008.

9 Disponible en <http://www.ims-global.com//insight/world_in_brief/9806_monthly/therapy.htm>, consultada el 10 de enero de 2008.

1980, 1981a, 1982a, 1983a, 1984a, 1985). Ello coincidía también con las manifestaciones del gerente de Rhône-Poulenc que cuando se refería a productos «soft», revelaba el uso extendido de tranquilizantes y calmantes como otro de los rasgos del mercado farmacéutico uruguayo.

Pocos años antes algunos estudios nacionales ya habían llamado la atención sobre estos puntos. En 1990 el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), una de las instituciones de asistencia en salud colectiva más importantes del país, indicaba, a través de un estudio sobre las prescripciones globales realizadas en dicha institución, que el 17 % de las drogas recetadas correspondían a psicofármacos (de ellos, los cinco primeros eran benzodiazepinas), siendo superados únicamente por un 23 % de prescripciones de medicación cardiovascular (Bustelo, 1994: 21). El doctor Pedro Bustelo (1994), quien realizara una investigación sobre prevalencia del consumo de tranquilizantes menores en la capital del país, había podido caracterizar este consumo como particularmente alto, incluso con tasas superiores a las de los países desarrollados. Por su parte, la Junta Nacional de Drogas (JND), organismo en la órbita de la Presidencia de la República, realizaría durante la década de los noventa dos encuestas nacionales sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas. Dentro de las drogas lícitas se incluía el estudio del consumo de tranquilizantes y la comparación entre ambas encuestas mostraba un importante crecimiento en el consumo de este tipo de medicamentos. De 1994 a 1998 quienes habían consumido tranquilizantes alguna vez en su vida habían pasado de representar el 4,7 % al 11,4 % de la población encuestada (Junta Nacional de Drogas, 2000: 26).

Por consiguiente, las pocas mediciones existentes en el país sobre prescripciones y consumo de medicamentos indicaban que los tranquilizantes eran los psicofármacos de uso más extendido entre la población. A pesar de ello, en la década de los noventa comenzó a circular la idea de que el consumo de los antidepresivos en el Uruguay iba en aumento. De hecho, los distintos laboratorios del país introdujeron un buen número de estos psicofármacos en esos años pues, al igual que en el resto del mundo, los antidepresivos se consideraban los psicofármacos con mayor mercado potencial. A esa altura ya era habitual que los médicos interesados en el uso de medicamentos prestaran atención también a los antidepresivos. Por ejemplo, en el estudio del CASMU de 1990, la institución ya estaba interesada en delimitar los niveles de consumo de los distintos psicofármacos y había encontrado que, en la cantidad de medicamentos psicofarmacológicos recetados mensualmente, los antidepresivos ocupaban el segundo lugar con un 16 % de las prescripciones luego de las benzodiazepinas (52 %) y por encima de los neurolépticos (15 %) (Bustelo, 1994: 21). Por su parte, los estudios de mercado de los años ochenta ya indicaban un aumento sostenido en las ventas de antidepresivos, aunque estas no llegaban a superar las de las benzodiazepinas (Oikos, 1980, 1981a, 1982a, 1983a, 1984a, 1985). Quizás con un poco de retraso, esta idea llevó a que se incorporara en la 3.^a *Encuesta Nacional de Prevalencia del consumo de drogas*, que realizó la JND entre noviembre y

diciembre de 2001, la distinción entre tranquilizantes, hipnóticos y antidepresivos para poder medir expresamente los incrementos o retrocesos en el consumo de cada uno de estos medicamentos (Junta Nacional de Drogas, 2001).

Lo cierto es que mientras las prescripciones, la venta y el consumo de antidepresivos iban en aumento durante los años noventa, el diagnóstico de la depresión se encontraba, en esa misma década, en franco crecimiento en la población mundial. Representaba el diagnóstico de una dolencia mental específica más difundido, pues las psicosis, para las que se prescriben usualmente los neurolépticos, nunca fueron un diagnóstico demasiado extendido. Durante el decenio, se llegó incluso a manejar la noción de *epidemia de depresión* por parte de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y esta misma noción llegó a emplearse para describir el incremento de casos de depresión en países tan distantes como el Reino Unido, Australia o Uruguay.

A lo largo de esos años, la OMS insistió en la idea de que la depresión era la enfermedad mental más frecuente en el mundo entero. En octubre de 1999 organizó, con la ayuda del Instituto de Psiquiatría de Londres y la Facultad de Medicina de Harvard, un congreso titulado *Depression: A Social and Economic Timebomb*.¹⁰ En ese evento la depresión fue presentada como la mayor causa de invalidez en el mundo entero y se afirmó que alcanzaba al 20 % de la población mundial. Algunos expertos también advirtieron acerca de los impactos económicos negativos de la depresión, tales como días de trabajo perdidos y costos en asistencia de salud. Además, se reflexionó sobre lo que parecía un rasgo paradójico de la epidemiología de la depresión: el hecho de que a pesar de que se había convertido en un trastorno común, pocos eran los depresivos que buscaban tratamiento médico. En la conferencia también se alentó a los distintos expertos a presionar a los gobiernos de los países en vías de desarrollo para que dieran mayor apoyo a los programas en salud mental.

Esta preocupación de las organizaciones internacionales de salud por los programas en salud mental para los países en desarrollo tuvo consecuencias directas en Uruguay. En setiembre de 1998 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoyó la creación de un programa comunitario para luchar contra la depresión basado en el modelo de Alcohólicos Anónimos y liderado por el psiquiatra Pedro Bustelo, que trabajaba en ese momento en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de la República. Con ello se dio comienzo a una campaña de detección de la depresión en el país en la que a través de distintos medios de prensa se puso al alcance de la población listados de síntomas para que el ciudadano común pudiese reconocer por sí mismo si era depresivo o no.

Este tipo de campañas de detección de la depresión había sido frecuente a principios de los años noventa en otras partes del mundo y en todas ellas los laboratorios farmacéuticos se habían visto involucrados de una manera u otra. Desde 1992 hasta 1996 el Colegio de Psiquiatras del Reino Unido llevó

10 La depresión: una bomba de tiempo social y económica (la traducción es nuestra).

adelante una campaña denominada *Defeat Depression*¹¹. Entre los objetivos de la misma figuraban el de enseñar a los distintos profesionales de la salud, y especialmente a los médicos generales, a detectar la depresión y el de instruir al gran público sobre la depresión y sus tratamientos para que los afectados buscaran atención médica lo antes posible. Al promover un mejor conocimiento de la patología se pretendía, además, luchar contra la estigmatización de quienes sufrían de depresión. Si bien el Colegio de Psiquiatras tuvo un papel principal en la difusión de esta información, parte de los fondos de esta campaña provenían de la industria farmacéutica (Healy, 2004a). Por esa misma época, la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales de los Estados Unidos lanzó una fuerte campaña de prensa para impulsar a los depresivos a buscar ayuda que contó con el apoyo financiero del laboratorio Eli-Lilly, fabricante del Prozac (Zarifian, 1996: 41-42). En gran medida, los laboratorios aprovechaban este tipo de campañas para promocionar de forma encubierta sus antidepresivos, más aun cuando la publicidad directa al consumidor de productos de venta bajo receta médica no estaba permitida.

Por otro lado, parte de la popularidad que los antidepresivos alcanzaron hacia los años noventa se debió a que, junto con la depresión, lograron convertirse en uno de los tópicos en salud mental preferidos por los medios masivos de comunicación. Por ejemplo, la notoriedad que el Prozac alcanzaría en los tres años siguientes a su aprobación se debería, en gran medida, a los numerosos artículos aparecidos en prensa sobre esta nueva droga en los que se la proclamaba como un verdadero avance en la medicina psiquiátrica, que no solo significaba un mejora en los tratamientos existentes para la depresión, sino que podía reportar ventajas para la personalidad en general. Y al mismo tiempo que se alababan las renovadoras propiedades de los nuevos antidepresivos, importantes periódicos de Estados Unidos como el *New York Times* hablaban del surgimiento de una nueva cultura de drogas legales; y revistas como *Newsweek* afirmaban que el Prozac no solo se había vuelto tan conocido como los pañuelos Kleenex sino que había logrado, además, remover algunos prejuicios sobre el consumo de medicamentos (Shorter, 1997: 323-324). Categorías como *era del Prozac* o *cultura del Prozac* comenzaron a hacerse oír, para hacer referencia a que los antidepresivos de última generación habían logrado superar las barreras de la depresión severa, habían alcanzado a las depresiones menos graves e incluso eran utilizados para corregir pequeñas imperfecciones de la personalidad. Libros como *Escuchando al Prozac* de Peter Kramer (1993), que tuvieron una amplia difusión a nivel mundial, ayudaron a crear una leyenda popular sobre los efectos prodigiosos de este antidepresivo. El libro de Kramer enfrentó al gran público con la idea de que los antidepresivos comenzaban a formar parte inevitable de la vida diaria, ofreciendo una nueva forma de vida en la que estos podían ser utilizados no solo para mitigar una enfermedad conocida bajo el nombre de depresión, sino

11 Derrotar la depresión (la traducción es nuestra).

también para transformar la personalidad de base de los sujetos con fines *cosméticos*. En resumidas cuentas, los antidepresivos habían logrado modificar los hábitos de consumo de psicofármacos, haciendo de este un consumo cada vez más aceptado y corriente, por lo que pocos dudaron en tildar este fenómeno como un cambio cultural de extensión mundial.

En el año 2000, la revista *Rolling Stone* publicaría, en su edición rioplatense, un artículo titulado «La nueva cultura de las drogas», escrito por el periodista estadounidense Stephen Fried. Según la nota, la administración de psicofármacos a niños y adolescentes había dejado de ser tabú y una nueva cultura de las drogas, en la que niños y adolescentes tenían un primer contacto con drogas legales antes que con las ilegales contando con el visto bueno de sus padres, estaba teniendo lugar en los Estados Unidos. Entre los antecedentes inmediatos de este cambio cultural, se enumeraba la modificación de los hábitos de consumo de psicofármacos que el propio Prozac había impulsado entre los adultos. Con inquietud, el autor indicaba que en los últimos cinco años el consumo de ISRS había aumentado en 103 % entre los menores de 18 años de edad, obedeciendo a una tendencia que incluía también a antipsicóticos y estimulantes. El mercado de los jóvenes constituía el último bastión al que apuntaba la industria farmacéutica en la búsqueda del incremento de sus ventas de psicofármacos y, si bien el artículo se centraba en la realidad de Estados Unidos, el pequeño texto de presentación de la nota, evidentemente insertado debajo del título por los editores latinoamericanos, afirmaba que el mundo entero, incluida la Argentina, asistía al incremento del consumo de este tipo de drogas legales.

El artículo ilustraba algo que los científicos sociales consideraban un rasgo de época del consumo de drogas: el hecho de que, por vía de los psicofármacos, este consumo había de dejado de ser un fenómeno periférico para convertirse en un fenómeno central de la vida en sociedad, incorporando usos heterogéneos y, sobre todo, abandonando su halo de negatividad (Ehrenberg, 1991). Tanto la prescripción como la toma de pastillas con efectos psicotrópicos parecían haberse tornado en una práctica admitida con naturalidad. Esta naturalidad llegaría incluso a opacar el uso indebido de estos medicamentos. Por ejemplo, en el Uruguay, un estudio sobre la percepción de drogas realizado hacia el año 2000 indicaría que la población censuraba menos el abuso de psicofármacos, en particular tranquilizantes y antidepresivos, que el abuso de otro tipo de drogas. Los encuestados tenían una visión altamente negativa de las drogas, pero siempre que fueran ilegales y a pesar de su uso expandido, los psicofármacos eran difícilmente considerados como drogas cuyo consumo podría resultar problemático (Junta Nacional de Drogas, 2002).

Varias voces coincidían en afirmar que una cierta transformación había ocurrido, no solo en la relación de la población en general con el uso de drogas, sino también en la relación de los profesionales de la salud mental con los psicofármacos. Si estos habían llegado a ser aceptados por la población, era en la medida en que psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas los habían aceptado

como herramientas terapéuticas. Los psicofármacos suponían una nueva forma de intervenir sobre el sufrimiento humano y también una nueva forma de definir este sufrimiento, lo que se tornaba por demás evidente en el caso de los antidepresivos y la depresión. Al mismo tiempo que antidepresivos y depresión se diseminaban a lo largo y ancho del planeta, junto con ellos se hacían cada vez más populares las explicaciones bioquímicas de ambos. En la misma medida que los antidepresivos, estas teorías permeaban paralelamente el mundo de los expertos en salud mental y el mundo de los no expertos.

Las primeras hipótesis bioquímicas de la depresión surgieron poco tiempo después de la aparición de estos medicamentos y explicaban, al mismo tiempo, las bases bioquímicas de la enfermedad y el éxito de los antidepresivos para combatirla. Con la última generación de antidepresivos, los ISRS, las hipótesis bioquímicas llegaron al dominio público también en los años noventa. La noción de que los bajos niveles de serotonina son los causantes de la depresión, comenzó a circular en revistas, programas televisivos y radiales de diversos países. Algunos han comparado la llegada de este lenguaje biológico sobre la depresión a la cultura popular con la influencia que los términos psicoanalíticos llegaron a poseer sobre la cultura popular a mediados del siglo XX (Healy, 2004b: 264). En los Estados Unidos, donde está permitido la publicidad directa de estos medicamentos a los consumidores desde finales de los años noventa, los laboratorios han generado diversas campañas publicitarias en las que se anuncia que los ISRS restablecen a sus niveles habituales los niveles de la serotonina, cuya deficiencia es la base de la depresión. En otros términos, estos anuncios suelen afirmar que los antidepresivos de última generación corrigen el desajuste químico de la depresión.

Las explicaciones biológicas y su vocabulario particular alcanzaron también en el Uruguay cierto grado de popularización. Cuando la década de los noventa tocaba a su fin, la Fundación Cazabajones, organización derivada del programa comunitario para la lucha contra la depresión creado en 1998, se dirigía al público haciendo uso de este lenguaje. En el primer número de su órgano oficial de difusión afirmaba que el ritmo estresante de la vida moderna es uno de los factores que inciden en el aumento de la frecuencia de la depresión, pues «[t]odo el mundo está continuamente apurado, bajo presión, y cuando uno está estresado gasta muchos neurotransmisores» y más adelante agregaba «[m]antener la mente en tareas constructivas lo hará sentirse bien. Los niveles de neurotransmisores aumentarán y la depresión se alejará de su vida» (Fundación Cazabajones, s/f: 2-3). De esta forma, Uruguay parecía estar embarcado, al término del siglo XX, en un proceso que alcanzaba dimensiones globales.

Es decir que, el aumento del consumo de los antidepresivos, el incremento del diagnóstico de depresión, la presencia de un lenguaje a nivel popular vinculado a las hipótesis bioquímicas de la depresión y los antidepresivos se habían convertido en mundiales y globales hacia los años noventa. Los antidepresivos, gracias a los datos aportados por los laboratorios farmacéuticos, parecían una

herramienta terapéutica diseñada para funcionar en todas las poblaciones del globo. Una herramienta, además, para una enfermedad global, que podía ser explicada universalmente a través de los mismos conceptos que dilucidaban el funcionamiento de los antidepresivos.

Performaciones psiquiátricas

Ahora bien, uno de los elementos fundamentales que sustentaba el alcance global que estos tres fenómenos habían adquirido en esa época fue, evidentemente, la aceptación que los antidepresivos habían logrado al difundirse como herramienta terapéutica a través de los diversos países y continentes. En otras palabras, parte del carácter global de estos fenómenos se debía a un proceso de difusión de una innovación tecnológica que se había cumplido con éxito. La industria farmacéutica resultaba, a todas luces, uno de los actores principales de esa gesta.

Los mecanismos que había utilizado para introducir los antidepresivos en los distintos mercados farmacéuticos nacionales habían sido puestos en práctica prontamente a escala mundial. Y todos aquellos que buscaron analizar y esclarecer la gran magnitud del consumo de antidepresivos, de la llamada epidemia de depresión o la popularidad de las hipótesis bioquímicas se toparon, en uno u otro momento, con el papel catalizador que esta industria jugaba en cada uno de esos frentes.

La búsqueda de una explicación a la epidemia de depresión quizás sea uno de los ejemplos más claros. El incremento de la depresión hasta llegar a convertirse en una epidemia mundial intentó explicarse, entre otras formas, a través de la cultura. Así lo hicieron sociólogos, pero también psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas. La conocida psicoanalista francesa Elisabeth Roudinesco (1999), por ejemplo, le achacaba a la vida moderna, con su proclama del individualismo, la responsabilidad de crear sujetos anodinos, tristes, depresivos, que se niegan a reflexionar sobre la fuente de su desventura. El sociólogo Alain Ehrenberg (1998), poco tiempo antes, planteaba que la depresión era el reverso lógico del mandato impuesto por la sociedad moderna de ser individuos independientes y activos. Pero ninguno de estos análisis avanzaba demasiado lejos sin dejar de hacer referencia al papel de la industria farmacéutica en la creación de estos énfasis y consignas de la vida moderna. En el desarrollo de sus argumentos, tanto Roudinesco como Ehrenberg se veían obligados a sopesar el rol de los laboratorios, ya fuese para relativizar su responsabilidad en la difusión de la depresión o para tratar de delimitarla. Así, para Ehrenberg la depresión se habría transformado en una «enfermedad de moda» bastante antes de que los antidepresivos lograran imponerse con éxito como herramienta terapéutica. Es decir, no habría sido la innovación tecnológica de los antidepresivos la fuerza directriz de la expansión de la depresión. No obstante, las referencias a la introducción de nuevos antidepresivos por la industria farmacéutica jalonan el desarrollo de

su análisis. Por ejemplo, si bien se cuida de establecer relaciones causales, señala que la comercialización de antidepresivos más seguros y más fáciles de usar, que se da a partir de mediados de los años setenta, coincide con el comienzo de una transformación en el modo de concebir la depresión que la hará más laxa y abarcadora y, por consiguiente, diagnosticable en un mayor número de pacientes. Roudinesco, por su parte, considera las innovaciones psicofarmacológicas como poseedoras del potencial suficiente para modificar las representaciones del psiquismo y para imponer una ideología medicamentosa que suprime, por vía de la prescripción de psicofármacos, el conflicto y la rebelión mientras dan fuerza a lo que llama el *paradigma de la depresión*, en otras palabras, la expansión de la tristeza y la inhibición. La industria farmacéutica y sus innovaciones aparecen como un elemento ineludible aun cuando se pretenda encontrar las razones del predominio de la depresión en otros lados.

Otros análisis como el sostenido por Philippe Pignarre, un psiquiatra que trabajó durante años dentro del sector farmacéutico, agregan además otro elemento: que la depresión moviliza a distintos actores, pasa de un ámbito a otro, en un periplo en el que los dispositivos que la industria farmacéutica emplea para diseminar sus innovaciones son decisivos. Pignarre afirma que a todos aquellos a los que les concierne la depresión les importan los antidepresivos (2001: 22), indicando con esto que los mecanismos de la industria farmacéutica no pueden comprenderse sin tener en cuenta sus lazos con los saberes expertos sobre el sufrimiento psíquico. Buena parte de las estrategias utilizadas por los laboratorios implican directamente a médicos y psiquiatras, desde el entrenamiento de los médicos para identificar correctamente la depresión hasta la realización de los ensayos clínicos que certifican la información que la industria ofrece sobre los antidepresivos. Para Pignarre las condiciones de existencia de la epidemia suponen una articulación íntima entre laboratorios y saber psiquiátrico, en la que la creación de una psiquiatría internacional amplificó el alcance de las innovaciones farmacéuticas. Que la depresión se haya convertido en universal y el consumo de antidepresivos en un evento habitual, es la contracara del hecho de que las categorizaciones psiquiátricas se han convertido en universales y globales.

Como muestra el psiquiatra David Healy en su libro sobre la creación de los antidepresivos (1997), esta innovación tecnológica no se produjo sola, sino que fue acompañada por la elaboración y diseminación de nociones psiquiátricas específicas y de un conjunto de sintomatologías que tomaron cuerpo en la población. Es sin lugar a dudas la naturaleza cambiante del conocimiento y la práctica psiquiátrica la que posibilita el establecimiento de esta relación compleja entre el saber psicológico y las innovaciones tecnológicas provenientes de la industria farmacéutica, en cuyo desarrollo otros tipos de conocimientos científicos entran en juego. Esta versatilidad responde a la heterogeneidad del conocimiento psiquiátrico, que incluye a un tiempo perspectivas biomédicas y psicológicas, a la flexibilidad de sus nociones y conceptos, que hacen de él un campo mucho más inestable que el de otras especialidades médicas, y también a la ambigüedad

de su propia práctica y objeto. La psiquiatría, más que ninguna otra rama de la medicina, se interroga a sí misma constantemente sobre su campo de acción. A diferencia del resto de las especialidades de la medicina, a lo largo de su desarrollo disciplinario, la psiquiatría se ha ocupado de toda una serie de dolencias que han mutado en el transcurso de los años y, como la epilepsia, hasta han llegado a migrar fuera de los límites de la práctica psiquiátrica para establecerse en el terreno más firme de las enfermedades neurológicas. En más de una oportunidad la psiquiatría se ha preguntado si las patologías que aborda son enfermedades del cerebro, de la psique o la mente, es decir, enfermedades de base biológica, psicológica o cognitiva, dejando entrever de esta forma una cierta indeterminación epistémica en la constitución de su objeto como ciencia y como práctica médica.

Esto ha llevado a filósofos como Mikel Borch-Jacobsen a afirmar que la psiquiatría posee un objeto improbable, inasible, maleable en extremo, pues toma su forma en parte por la propia intervención de la práctica curativa psiquiátrica. Por consiguiente, las entidades psiquiátricas son altamente fluctuantes y están sujetas a cambios de acuerdo con las modificaciones producidas en las teorías psiquiátricas, los instrumentos diagnósticos, las prácticas institucionales y los tratamientos disponibles (Borch-Jacobsen, 2001). Cambian, entonces, las definiciones que el cuerpo teórico de la psiquiatría hace de ellas, pero cambian también los cuadros patológicos que los enfermos muestran. En otras palabras, las fluctuaciones no se limitan únicamente a las nociones puestas en juego por la psiquiatría, sino que se verifican también en la experiencia concreta de la patología mental que muestran en sus comportamientos y sintomatología los sujetos enfermos. Podría sostenerse que esta doble fluctuación, por un lado, del saber psiquiátrico y, por otro, del «objeto» de ese saber, no es más que un juego de espejos. En la medida en que tendría lugar un cambio en los cuadros patológicos experimentados por los sujetos, los cambios en las nociones psiquiátricas no serían más que un reflejo lógico de las modificaciones sucedidas en su objeto de estudio; o la inversa, en la medida en que se modifican las nociones psiquiátricas, los enfermos no harían más que, bajo su influencia, incorporar estas nuevas sintomatologías. Sin embargo, se trata de algo mucho más complejo.

Los análisis más recientes sobre la ductilidad de las enfermedades psiquiátricas, como los del filósofo Ian Hacking (1995, 1998), han resaltado el carácter performativo del saber psiquiátrico.¹² Las propias categorías diagnósticas elabo-

12 Los estudios en CTS han discutido largamente el planteo de que las ciencias contribuyen a instaurar el objeto que ellas deben describir y analizar. La novedad de estos estudios ha sido la de afirmar que no existía una separación neta, para tomar los términos de Hacking, entre representar e intervenir, o, para tomar los términos del John Austin, entre las palabras y las acciones. Es decir, daban una respuesta alternativa a una tensión habitual establecida por las ciencias y la filosofía de la ciencia: la de la ciencia como empresa descriptiva o la de la ciencia como empresa transformadora.

Propuestas como las de Bruno Latour o incluso Barry Barnes poseían en común una cierta noción sobre la capacidad de la ciencia de adecuar «el mundo exterior» a sí misma, es decir, de dar forma a ese mismo mundo que se supone debe esclarecer y que se encuentra fuera de los

radas por la psiquiatría son más que una herramienta taxonómica, una de las condiciones necesarias para que determinadas patologías mentales tomen cuerpo en la experiencia mórbida de los pacientes. Por ejemplo, el incremento notorio de casos de trastornos de personalidad múltiple, que tuvo lugar en Estados Unidos en 1982, no puede entenderse sin tener en cuenta la incorporación de esta categoría al manual diagnóstico de la American Psychiatric Association sucedida a principios de los años ochenta. Para Hacking, los cambios en la definición del trastorno de personalidad múltiple dan luz sobre cómo se difundió, modificó y tomó forma el propio trastorno, pero ello no implica que los enfermos hayan traducido de manera pasiva estas modificaciones a su experiencia mórbida. Por el contrario, sus respuestas a las categorías diagnósticas utilizadas por la psiquiatría varían desde la aceptación hasta el rechazo, en una relación de ida y vuelta en la que es posible afirmar que psiquiatras y enfermos colaboran al mismo tiempo en la emergencia de las enfermedades. Las clasificaciones que atañen a los seres humanos, según Hacking, son interactivas, es decir, afectan a quienes son clasificados y a su vez son afectadas por los sujetos a los que clasifican. Borch-Jacobsen (2001) reconoce en esto la naturaleza negociada de las entidades psiquiátricas, en la que la interacción de pacientes y psiquiatras resulta en la construcción o destrucción de dolencias. Parafraseando a Bruno Latour, afirma que no hay otra manera de estudiar el devenir de la psiquiatría si no es teniendo en cuenta el proceso de construcción de sus teorías y entidades, es decir, sin tener en cuenta la *psiquiatría en acción* (Borch-Jacobsen, 2001: 14).

escenarios en los que la ciencia tiene lugar. Habría en este enfoque un reconocimiento de una dimensión creadora y activa de la práctica científica que permite establecer un cierto parangón con la noción de performatividad propia de los actos de habla. A grande rasgos, esta última noción implica que todo discurso actúa sobre su objeto, por lo que daría algunas pistas sobre la relación entre las ciencias y sus objetos. Recientemente, Michel Callon (2007) ha abordado la dimensión de la performatividad para el caso concreto de la economía. Bebiendo directamente de la obra del filósofo John Austin, quien introdujera la distinción entre enunciados performativos y enunciados no performativos, Callon vuelve a darle un giro más a la cuestión de la relación entre la ciencia y su objeto de estudio. Para Austin los enunciados preformativos son aquellos que con su sola enunciación cumplen una acción. Las palabras necesariamente pronunciadas por un maestro de ceremonias para que se dé por inaugurado un festival o las palabras que el juez necesariamente debe pronunciar para unir en matrimonio a una pareja de novios, son los ejemplos que se citan habitualmente. Los enunciados performativos suponen, por lo tanto, un antes y un después, suponen la producción de modificaciones o como dice Michel Callon, la introducción de diferencias. Para Callon, este tipo de enunciados recogen la tensión entre representar e intervenir, entre palabras y acciones, que está implicada en la empresa científica. Si bien prefiere hablar de performatividad más que de performatividad, introduce una noción que se desliga de los problemas implicados en la noción de construcción social de los hechos científicos (entre otros, suponer que existe realmente un constructor objetivo). En el caso de la economía, el ejemplo concreto abordado por Callon, la ciencia no se concibe como causa de la «naturaleza», pero sí capaz de instaurar modificaciones en el mundo material. En este sentido, no solo la economía es una disciplina preformativa, la psiquiatría es otro buen ejemplo del modo en que una ciencia no puede dejar de representar sin intervenir.

Ahora bien, si existe entonces un proceso activo en el que pacientes y psiquiatras son partícipes de una transacción que resulta en la generación de nuevos modelos patológicos, con consecuencias teóricas, pero también con consecuencias experienciales, lo cierto es que este proceso incluye no solo a estas dos figuras, especialmente cuando el campo de la intervención terapéutica ha sido inundado por innovaciones tecnológicas que ya no son productos exclusivos de los saberes y disciplinas psicológicos. En tanto los psicofármacos se han convertido en una de las herramientas principales de intervención, los procesos de negociación no se encuentran desligados del proceso de difusión de estas tecnologías y los cambios que introdujeron en el panorama de la práctica psiquiátrica.

Por ende, la forma en que la industria farmacéutica se ha sumado a esta psiquiatría en acción exige necesariamente una reflexión sobre la relación entre tecnología, prácticas y saberes psiquiátricos, entendiendo que estos trascienden al personaje del psiquiatra, llegan a los propios pacientes, y establecen también nexos con las disciplinas y saberes que se encuentran en sus bordes. Como veremos, ni la psicología, ni el psicoanálisis, se mantendrán ajenos a la relación entre antidepresivos y psiquiatría ni a las respuestas que esta relación exige. Pero también esta relación entre industria farmacéutica y conocimiento psiquiátrico requiere una exploración detenida del modo en que nuevos ensamblajes son propuestos entre el conocimiento psiquiátrico y el conocimiento que la industria farmacéutica hace circular sobre sus productos psicofarmacológicos. La difusión de una tecnología es altamente compleja, y en el caso de los psicofármacos, ella no tiene lugar sin la difusión del conocimiento y la información que los sustenta. La pretensión de la industria farmacéutica de fundar su actividad en el conocimiento científico implanta una nueva relación entre ciencias psicológicas y ciencias psicofarmacológicas en la que la circulación de la información es inseparable de los canales que la industria farmacéutica ofrece para ello.

De hecho, las innovaciones tecnológicas en medicina, que se aceleraron notablemente desde finales de la Segunda Guerra Mundial, han surgido de otra innovación ubicada en el propio proceso de desarrollo de estas novedades, sustentada fundamentalmente en el cruce de los bordes disciplinarios, pero también en el cruce de los bordes organizativos e institucionales. Los nuevos instrumentos de diagnóstico y las nuevas herramientas terapéuticas, que vieron la luz durante la segunda mitad del siglo XX, son fruto de un nuevo tipo de investigación, particularmente interdisciplinaria, y que supone también nuevas relaciones entre la academia, los sectores industriales y los médicos clínicos (Gelijns y Rosenberg, 1995). La industria depende fuertemente de los médicos clínicos para poder avanzar en la generación de innovaciones con aplicaciones concretas, necesita de la academia para desarrollar procesos de investigación biomédica básica y precisa reclutar un conjunto de investigadores provenientes de disciplinas diversas para llevar adelante el proceso de desarrollo industrial de las tecnologías médicas. Todo esto tiene lugar en un nuevo reparto de tareas en el que academia e industria renuevan sus roles tradicionales y cambian las prácticas habituales de generación y circulación

del conocimiento. Con ello, la capacidad preformativa del saber psiquiátrico, por ejemplo, no podría pensarse sin la capacidad preformativa de esta nueva asociación entre medicina y sector farmacéutico.

Contornos de lo farmacéutico

Las nuevas relaciones entre industria y academia se despliegan en todos los sectores del desarrollo tecnológico médico, pero la industria farmacéutica parece haber instalado nuevas prácticas de investigación y desarrollo que no encuentran parangón en ninguna otra área de la medicina, y que implican cambios profundos en la manera tradicional de conducir la investigación científica y comunicar sus resultados.

Una de las modificaciones más notorias, que varios autores abordan en tono de denuncia, es la transformación en las prácticas de comunicación científica que ha tenido lugar en la intersección entre psiquiatría, psicofarmacología e industria farmacéutica. Sergio Sismondo (2004) ha llamado *maniobras farmacéuticas*¹³ a los métodos que la industria pone en marcha para influir las decisiones de los médicos a la hora de prescribir medicamentos. Estos métodos incluyen la generación de conocimiento sobre los psicofármacos que la industria produce y también la puesta en práctica de circuitos de distribución de ese conocimiento, que en gran medida modifican y cuestionan las normas de autoría y publicación de textos científicos. David Healy (2004a) ha discutido, no sin alarma, la práctica de «ghost writing»,¹⁴ impulsada por los laboratorios para la elaboración de artículos científicos sobre sus medicamentos. Los laboratorios han llegado no solo a dominar la distribución de los artículos científicos que son acordes con sus intereses comerciales, sino que han logrado también controlar la propia escritura de estos artículos. La práctica del *ghost writing* consiste en la elaboración, por parte de compañías especializadas, de artículos médicos a los que luego se les agregará en calidad de autores los nombres de médicos generalmente de renombre. La mayor parte de la escritura es realizada, entonces, por escritores profesionales pertenecientes a empresas dedicadas a la comunicación médica, y tan solo en las últimas etapas de revisión de los artículos los académicos, que luego figuran como autores, intervienen con algunos aportes. Los autores académicos tienen poco acceso a los datos de primera mano provenientes de la investigación y, por consiguiente, están seriamente limitadas las posibilidades de compartir esta información libremente con el resto de la comunidad académica. Esta nueva forma de autoría trastoca algunas de las normas habituales de la autoría científica, por ejemplo, haciendo que los verdaderos escritores de los artículos, al mantenerse en el anonimato, no adquieran el reconocimiento del conjunto de la academia y que los académicos que figuran como autores

13 «Pharmaceutical maneuvers», en el original en inglés.

14 Escritura fantasma.

se transformen en figuras de peso sin poseer una verdadera experiencia en la investigación (Healy y Cattell, 2003).¹⁵

Se ha vuelto una práctica común, además, que los artículos elaborados de esta manera tiendan a enfatizar los resultados positivos de los ensayos clínicos realizados con los medicamentos que los laboratorios producen, mientras que la información negativa es llevada a su mínima expresión o simplemente soslayada. De ello se desprende que la industria farmacéutica realiza investigación científica, pero con fines que sobrepasan la mera creación de conocimiento y que se enlazan con objetivos y metas propias de la creación de mercados para sus productos. Los médicos son los destinatarios principales del conocimiento que los laboratorios generan sobre los medicamentos que elaboran, pero lo cierto es que la elaboración de la información que la industria farmacéutica realiza no se limita a discursos y narrativas sobre los medicamentos, sino que alcanzan la experiencia misma de la enfermedad y la curación (Sismondo, 2004).

Algunos han intentado rastrear el modo en que el dispositivo principal en la generación de conocimiento sobre los medicamentos, los ensayos clínicos, han contribuido a la *mercantilización de las enfermedades* (Fishman, 2004). Pues allí se revela la interconexión existente entre la creación de mercados, que corre a cargo de los laboratorios, y la delimitación, descripción y reconocimiento de las enfermedades y sus tratamientos, que corre a cargo de las investigaciones médicas. Las estrategias de *marketing*, en última instancia, no pueden desplegarse sin el conocimiento científico sobre las enfermedades y las intervenciones terapéuticas. Por consiguiente, entre la industria farmacéutica y el mercado farmacéutico, donde se lleva a cabo el consumo final de los medicamentos, se ponen en movimiento una serie de relevos que incluyen a los investigadores farmacológicos, a los médicos clínicos, los pacientes, las propias empresas y las regulaciones gubernamentales.

En términos de Latour, los medicamentos son exitosos en convertirse en tecnologías fundadas en conocimiento científico en la medida en que son capaces de movilizar una serie heterogénea de actores y elementos en una red de trama compleja y de alcance extenso. Dicho alcance llega a modificar las prácticas diagnósticas y terapéuticas del cuerpo médico, pero también llega a modificar la experiencia de la enfermedad de las personas en general.

Como sostiene Jennifer Fishman (2004), el desarrollo y difusión de los medicamentos se parece, en gran medida, al desarrollo de mercancías en general, pues supone la puesta en práctica de estrategias de comercialización y *marketing* como cualquier otro producto que se desea sea parte de los intercambios comerciales de una sociedad, pero poseen la particularidad de integrar en esta promoción comercial información respaldada en la investigación científica. La industria

15 Ciertamente, también es una práctica que atenta contra los valores que según Merton guían la práctica científica. Entre ellos, atenta contra el comunitarismo, que entiende los frutos de la ciencia como de acceso público y el desinterés, que supone que la actividad científica se realiza solo por el bien de la propia ciencia.

farmacéutica, por tanto, necesita producir no solo medicamentos comercializables, sino también conocimiento científico que respalde sus intereses económicos, para obtener, entre otras cosas, la aprobación de las autoridades sanitarias. En este proceso, el conocimiento producido alcanza al mismo tiempo los medicamentos y las dolencias para las cuales están destinados. En virtud de las exigencias regulatorias, los medicamentos serán aprobados en la medida en que pueda comprobarse que son efectivos en la curación de enfermedades concretas. Por esa vía, entonces, la autorización de un medicamento es también la confirmación de la existencia de un trastorno y, por consiguiente, la creación de un mercado para un nuevo producto. Dentro de ese mercado, circulan de forma inseparable como mercancías los medicamentos y las dolencias que tratan. Fishman muestra cómo este proceso conjunto de desarrollo de un medicamento y la expansión de una enfermedad tiene lugar para el caso de la disfunción sexual femenina, pero también existen estudios de este tipo que cubren esta interconexión para otros psicofármacos y otras enfermedades mentales. La expansión de la popularidad de la Ritalina (metilfenidato) y el incremento paralelo del diagnóstico del trastorno de déficit de atención han sido analizados por Andrew Lakoff (2000) e Ilina Singh (2002), mientras que David Healy (1991) estudió la vinculación del Paxil (paroxetina), un antidepresivo de última generación al que se le han encontrado aplicaciones para el tratamiento de la ansiedad, con la creciente popularidad de la fobia social.

Algunos años antes, Healy (1996) había revisado, en su artículo «Psychopharmacology in the new medical state», la gradual aceptación que habían adquirido entre los psiquiatras un conjunto de trastornos mentales que los laboratorios habían elegido como sus blancos para el lanzamiento de diversos psicofármacos. Señalaba la vinculación entre la introducción en el mercado farmacéutico de un nuevo tranquilizante menor y la creciente importancia de los ataques de pánico como categoría diagnóstica, además de subrayar el nexo entre el lanzamiento de algunos antidepresivos con el trastorno obsesivo compulsivo o la fobia social. Tiempo después, Healy (2004b) intentaría demostrar la influencia de la industria farmacéutica no solo sobre la percepción que los médicos tienen sobre los trastornos mentales, sino también sobre las propias experiencias subjetivas del estar enfermo. Para ello analiza los virajes en la popularidad de medicamentos y diagnósticos psiquiátricos a lo largo de las últimas décadas. Según este autor, la industria farmacéutica realizaría no solo el *marketing* de sustancias medicamentosas, sino también el *marketing* de los trastornos mentales concretos a los que están destinados estos medicamentos. Así, lo que antes de los años ochenta se diagnosticaba y trataba como ansiedad en base a tranquilizantes, durante esa década se tratará como ataque de pánico, en particular por el intento de otorgarle una patología específica sobre la cual ser utilizada una nueva benzodiazepina introducida en esos momentos (el alprazolam). Posteriormente, con la llegada de los antidepresivos más modernos en los años noventa los mismos

síntomas se diagnosticarán y tratarán como trastornos del humor.¹⁶ La expansión de la depresión, por lo tanto, obedecería a la necesidad de los laboratorios de comercializar los nuevos antidepresivos, en la medida en que las benzodiazepinas habían adquirido mala reputación y habían descendido en las ventas, por lo que los casos de ansiedad que habitualmente eran tratados con tranquilizantes se transformaron en casos de depresión que podían ser tratados por los nuevos antidepresivos.

Si bien los ejemplos anteriores se refieren en su totalidad a medicamentos psicofarmacológicos y enfermedades psiquiátricas, el proceso excede a ambos y ocurre también en otro tipo de medicamentos y enfermedades. Las transformaciones que esta conjunción entre comercialización y ciencia biomédica suponen en la experiencia misma de la enfermedad se verifican, por lo tanto, en las nociones generales de salud, enfermedad y curación de la población, y no solo en las nociones vinculadas a las enfermedades mentales.

Como hemos visto, la academia y la práctica médica se enfrentan directamente a nuevas modalidades de generación de conocimiento sobre las terapéuticas y las enfermedades que responden a un propósito fundamental de la industria: lograr la comercialización de sus productos. Con ello, los propios procesos de generación de conocimiento y de circulación de la información científica parecen estar experimentando en sí mismos un proceso que embarca la ciencia médica hacia una lógica de comercialización inevitable. La forma de producción de los medicamentos representa para algunos el paradigma de una comercialización creciente de la ciencia, en la que la forma de generación de conocimiento está siendo radicalmente modificada. Una forma en la que la investigación de punta ya no se realiza en las instituciones públicas como las universidades, sino que ha cambiado su locus a las empresas privadas, especializadas en investigación científica. Un proceso en el que nuevas estructuras donde realizar investigación científica han emergido. Imperativo comercial que supone modificaciones estructurales en la manera en que se lleva adelante la empresa científica, una cierta originalidad y novedad en el modo en que la industria farmacéutica conceptualiza y realiza ciencia, pues la comercialización no se limita a la venta de los productos, sino que llega aun al propio proceso de investigación (Mirowski y Van Horn, 2005). Se ven transformadas las normas de confidencialidad, de propiedad intelectual, de la función de las publicaciones académicas y los fines de la propia investigación.

Todos estos cambios implican una tensión que lleva a algunos a considerar este proceso como un desvío de la buena ciencia hacia una ciencia que transgrede las normas de buenas prácticas científicas. Otros, por su parte, han considerado estas transformaciones solo como una reorganización de las prácticas científicas, que no necesariamente implica un envilecimiento de las mismas. En la primera perspectiva, toda una tradición de literatura crítica de la industria

16 En psiquiatría el término «humor» suele utilizarse para referir al estado de ánimo prevalente en los individuos.

farmacéutica ha denunciado, desde por los menos los años sesenta, las atrocidades cometidas por una ciencia librada a los intereses económicos de la industria farmacéutica. Libros como los de John Braithwaite (1984), de principios de los años ochenta, o algunos más recientes, como los de Marcia Angell (2004), recogen una serie de hechos y datos que empañan la honestidad de la empresa farmacéutica. De esta manera, las acciones de la industria se convierten en tema de debate moral. Angell sostiene, por ejemplo, que la industria farmacéutica ha perdido su rumbo, pervirtiendo la ciencia en su afán de lucro al producir un conjunto de medicamentos costosos y poco innovativos. Para Angell este desvío puede corregirse, y las maniobras que las empresas farmacéuticas emplean al día de hoy para maximizar sus ganancias no implican un cambio organizacional irreversible de las prácticas científicas involucradas en el sector.

Sea como sea, lo cierto es que el nexo entre la investigación y las estrategias comerciales constituye una novedad introducida por la industria farmacéutica, del mismo modo que cada nueva generación de medicamentos constituye una innovación. Se esboza, de esta manera, un nuevo colectivo que pone en relación una diversidad de entidades y que ha intentado ser acotado de distinta manera. La mayoría de estos intentos han pretendido identificar la verdadera novedad de esta nueva aglomeración de elementos de la academia, de la industria farmacéutica, de los sistemas regulatorios y sus consecuencias, a través de la postulación de una lógica propia de funcionamiento que, por una u otra vía, subraya el poder orientador y generador de una cierta dimensión farmacéutica.

Un primer movimiento analítico no duda en identificar esta dimensión con las estrategias comerciales de la industria farmacéutica. Como se indicó antes, Sergio Sismondo (2004) habla, por el ejemplo, de *maniobras farmacéuticas* para hacer referencia a las estrategias que los laboratorios ponen en práctica para que, a la hora de la prescripción, los médicos actúen en su favor. El antropólogo Andrew Lakoff (2004) llama *relaciones farmacéuticas*¹⁷ a las interacciones entre la industria farmacéutica y el cuerpo médico, interacciones que se basan en gran parte en el intercambio de regalos y obligaciones entre médicos y laboratorios. Para algunos, esto refleja el estado actual de una medicina *farmacéuticamente centrada*¹⁸ (Dumit y Greenslit, 2006: 127). No es casual, entonces, que se hable de la «influencia» que la industria farmacéutica posee sobre la medicina, o del poco control que poseen los psiquiatras sobre el campo de la enfermedad mental (Healy, 2004a) o que incluso pueda debatirse si la psiquiatría académica se encuentra en venta (Healy y Thase, 2003).

Pero un segundo momento de análisis permite observar que esta centralidad va más allá de los límites de la actuación médica y de las estrategias comerciales, aun cuando se parte de estas. Joseph Dumit (cit. en Sismondo, 2004), por ejemplo, sostiene que las estrategias de *marketing* y publicidad utilizadas por los

17 «Pharmaceutical relations», en el original en inglés.

18 «Pharmaceutically-centered medicine», en el original en inglés.

laboratorios poseen una *gramática farmacéutica*¹⁹ que recientemente ha modificado las nociones de salud y enfermedad de la sociedad norteamericana (Dumit, 2002). El paradigma tradicional sobre la salud y la enfermedad proponía que la mayoría de las personas eran esencialmente sanas y que la enfermedad ocurría en ciertas ocasiones, mientras que el nuevo paradigma impulsado por la industria farmacéutica supone que las personas son *inherentemente enfermas*. A este nuevo paradigma le corresponde un nuevo abordaje terapéutico en el que, para mantener un funcionamiento adecuado, se deben consumir medicamentos de por vida. Tiene lugar una dilatación del momento de intervención terapéutica que pasa de ser un evento puntual a convertirse en una práctica crónica. Con ello, la gramática farmacéutica instauraría las reglas de un funcionamiento particular que posee una fuerte capacidad de avanzar sobre diferentes zonas de la vida social y cultural.

En la medida en que el alcance de la medicina es cada vez mayor, penetra varias facetas de la cultura, generando lo que recientemente se ha llamado *culturas farmacéuticas*²⁰ (Dumit y Greenslit, 2006: 127). Estas culturas abarcan diversos aspectos, algunos obvios como los relacionados con las nociones y metáforas de salud y enfermedad, pero llegan también a modificar los procesos identitarios de los sujetos y de las sociedades actuales que anteriormente no se encontraban ligados al consumo de medicamentos. De esta manera, puede sostenerse, por ejemplo, que los estadounidenses de hoy poseen un *yo farmacéutico*²¹ a través del cual experimentan y comprenden el funcionamiento de sus cerebros como si este estuviese siempre bajo el efecto de psicofármacos (Dumit, 2003). Es decir, aprehenden las enfermedades mentales o el funcionamiento normal a través de las metáforas proporcionadas por la psicofarmacología.

Por consiguiente, lo que inicialmente podría ser identificado como los efectos de la publicidad o de las estrategias comerciales del sector farmacéutico sobre la profesión médica revela, en un análisis más detenido, una interconexión de elementos, que logran acoplarse siguiendo un principio lógico de orden y funcionamiento con ciertas especificidades propias de la dimensión farmacéutica. En el terreno de las enfermedades mentales, por ejemplo, Andrew Lakoff (2005) encuentra el fundamento lógico de esta dimensión en la ensambladura que la nueva psiquiatría biológica y la industria farmacéutica lograron establecer entre el diagnóstico psiquiátrico y los psicofármacos. Todo un conjunto de elementos heterogéneos, como la estandarización de los diagnósticos o la creación de instrumentos para medir el éxito de los medicamentos, son necesarios para sostener dicha unión. Pero es la idea de que los psicofármacos específicos, es decir, los medicamentos cuyo blanco es un trastorno psiquiátrico determinado, pueden hacer recuperar a los sujetos enfermos su estado de salud perdida, la que unifica y ordena todos estos elementos, conformando lo que Lakoff ha llamado

19 «Pharmaceutical grammar», en el original en inglés.

20 «Pharmaceutical cultures», en el original en inglés.

21 «Pharmaceutical self», en el original en inglés.

una *razón farmacéutica*.²² En otras palabras, no solo asistimos a la expansión de la innovación tecnológica que constituyen los psicofármacos, sino también a la expansión de una nueva manera de pensar, conceptualizar y de intervenir sobre los trastornos mentales.

En definitiva, términos como los de *maniobras farmacéuticas*, *relaciones farmacéuticas*, *razón farmacéutica* o *culturas farmacéuticas*, buscan delimitar un tipo especial de colectivo socio-técnico. Los sustantivos utilizados pueden variar, pero el adjetivo farmacéutico permanece constante. Si se reemplaza la serie de sustantivos sustituibles entre sí por el artículo neutro y mantenemos la adjetivación, se obtiene como resultado que «lo farmacéutico» se despeja como el rasgo distintivo de este colectivo. A través de la yuxtaposición del artículo neutro al adjetivo, este último se «nominaliza» y pasa a desempeñar las funciones propias de un sustantivo. Se identifican a través de este recurso lingüístico entidades no humanas que se caracterizan por las propiedades del modificador y que pasan a representar o significar un fragmento de la realidad. Con la formulación de «lo farmacéutico», por consiguiente, se logra dar consistencia circunstancial a un engranaje de elementos socio-técnicos que de otra manera tienden a ser percibidos como elementos separados. «Lo farmacéutico», por lo tanto, constituiría un modo de acoplamiento, ensamblaje, aglutinamiento de entidades tecnológicas y no tecnológicas con zonas de integración nítidas, en las que es posible identificar agentes, modos de relacionamiento entre estos y lógicas de funcionamiento, y zonas más borrosas en la que no es posible discernir con precisión lo que allí sucede. Lo que varios autores intentan ceñir al analizar las estrategias de *marketing*, o las relaciones academia-laboratorio, formaría parte de estas zonas más nítidas, mientras que las experiencias subjetivas del enfermar y su acoplamiento con nuevas identidades formarían parte de las zonas más borrosas. A través de ambos tipos de zonas, lo farmacéutico ejerce su capacidad de instauración de «realidades», actuando como polo organizador de relaciones, intercambios, saberes, nociones, conceptos, entre otros elementos, y como polo de atracción de reflexiones, análisis, temas de debate y formas de argumentación.

«Lo farmacéutico», por ende, tiene que ver con los productos farmacéuticos, con los prácticas innovativas de los laboratorios, con sus estrategias comerciales, pero no solo con ellos. Tiene que ver con las metáforas sobre enfermedad y curación que se desplazan por el entramado social, con las experiencias de salud, enfermedad y curación de los individuos, con los saberes académicos y las formas de legitimar estos saberes, con las creencias sobre los medicamentos. Tiene que ver con médicos, psiquiatras, empresarios, investigadores básicos, enfermos, sanos, y tiene que ver con entidades no humanas como operaciones, métodos, instrumentos de medición, de diagnóstico, de intervención terapéutica, entre otros elementos. Designa, ante todo, un conjunto heterogéneo de entidades que se produce en la intersección entre ciencia, tecnología y sociedad.

22 «Pharmaceutical reason», en el original en inglés.

«Lo farmacéutico» posee la capacidad de instaurar un nuevo orden a partir de las capacidades performativas de los propios medicamentos, de la industria farmacéutica, del saber médico, de los ciudadanos comunes. Ninguno de los protagonistas implicados puede por sí solo instaurar un nuevo orden, y todos ellos se ven forzados a aceptar una formación de compromiso entre sus capacidades performativas, pero estas se reparten de manera desigual.

Más adelante veremos cómo, por ejemplo, la industria farmacéutica posee una capacidad de orientación de los nuevos procesos que prevalece en ocasiones sobre las orientaciones que le pueden imprimir psiquiatras, psicólogos o psicoanalistas, que coincide en otras con algunos puntos de estas o que genera a su vez focos de resistencia.

En esta articulación de capacidades performativas, en el que el papel generador de la industria farmacéutica tiende a dominar definiciones teóricas, instrumentos diagnósticos, modos de intervención sobre las dolencias mentales, los integrantes de las disciplinas psicológicas se enfrentan a un nuevo colectivo socio-técnico que produce esfuerzos reflexivos, dilemas y controversias. Uno de los resultados de este encuentro entre diferentes entidades, capacidades generativas, regímenes de conocimiento e intervención es, ciertamente, la puesta en cuestión de los elementos claves de las nuevas tecnologías farmacéuticas.

A lo largo de los capítulos siguientes observaremos este fenómeno para el caso específico de los antidepresivos, que se mostrarán dilemáticos en las narrativas generadas por psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas. Todas las afirmaciones y enfoques que los laboratorios han respaldado sobre la depresión y los antidepresivos han generado debates y controversias. Se difundió con éxito una innovación tecnológica, una enfermedad delimitada y un tipo específico de conocimiento explicativo. Ahora bien, este fenómeno global no dejó de plantear sus dilemas. ¿Cómo era posible que si los antidepresivos eran tan exitosos la depresión, lejos de disminuir, fuera en aumento? ¿Qué curaban entonces los antidepresivos? ¿Curaban realmente? ¿Qué era en definitiva la depresión? ¿Podía ser explicada en razón de los mismos mecanismos que explicaban el funcionamiento de los antidepresivos?

Las claves para armar, presentar, desenvolver los debates fueron las líneas de tensión que ya atravesaban las viejas discusiones entre los saberes psicológicos. En diferentes rincones del mundo, antidepresivos y psicofármacos en general comenzaron a ser opuestos a las intervenciones terapéuticas tradicionales del psicoanálisis y la psicología, basadas fundamentalmente en el uso de la palabra. Lejos de ser inmediata, esta situación de antagonismo se instaló con el correr del tiempo y alcanzó su punto álgido a finales del siglo XX. La psiquiatría, que optó por utilizar los psicofármacos como herramienta de intervención terapéutica principal y se embarcó en la investigación de las dolencias mentales con apoyo de las ciencias biológicas, asumió un divorcio conflictivo con las teorías y prácticas clínicas psicodinámicas. El psicoanálisis, por su parte, respondió reconociendo la fractura y contraponiéndose al modelo biomédico que daba sustento explicativo a los psicofármacos.

En el marco de esta contienda la tecnologización de la medicina y de la sociedad moderna movilizó reflexiones en uno y otro bando que empujaron los saberes psicológicos dentro de la zona de «lo farmacéutico». Los antidepresivos fueron uno de los hilos con los que se enhebró entidades, argumentos y metáforas sobre la relación entre tecnología, ciencia y sociedad.

Dinámicas psicológicas

La psiquiatría ha presentado, a lo largo de su desarrollo, una fluctuación teórica constante marcada por dos polos alrededor de los que se han organizados los conceptos de salud y enfermedad mental, y en torno a los que se han desplegado las intervenciones terapéuticas: un polo biologicista y un polo moralista. En diferentes momentos históricos se ha encontrado una psiquiatría más cercana a la biología con intervenciones preferentemente somáticas o una psiquiatría más cercana a las intervenciones psicodinámicas. Con estos vaivenes, las relaciones entre psiquiatría, psicoanálisis y psicología han variado también en la fuerza relativa que cada una de las disciplinas poseía dentro del campo de los saberes psicológicos. Así, en el desarrollo histórico de estos saberes, hubo avances y retrocesos de la psiquiatría biológica, de la psiquiatría inspirada en la teoría psicoanalítica, del propio psicoanálisis como disciplina y práctica de intervención independiente, y de la psicología iluminada por este último o de la psicología más cercana a los modelos biológicos de la conducta. Esto implicaba diferentes perspectivas sobre conceptos fundamentales como los de salud y enfermedad mental, pero también en el uso de distintas herramientas terapéuticas y métodos de investigación. Los saberes psicológicos ponen en juego diferentes epistemologías que resultan a veces contrapuestas, otras más convergentes, pero que definen siempre modos de legitimidad dispares de las herramientas de intervención curativas.

Cuando los antidepresivos llegaron a la escena de los saberes psicológicos estas diferencias volvieron a reavivarse y el modo en que se enlazaron con los vaivenes en la polaridad descrita anteriormente reforzó algunas perspectivas y socavó otras. Aunque el proceso no fue inmediato, hacia finales del siglo XX, en el mismo momento en que los antidepresivos lograban su mayor difusión, en el que la depresión parecía asolar a gran parte de la población mundial y en el que un lenguaje biológico del sufrimiento mental llega a popularizarse, los psicofármacos se convirtieron en el emblema de una psiquiatría que se proclamaba a sí misma en franca transformación. Es decir, de una psiquiatría que comenzaba a narrar su historia reciente y al hacerlo instauraba hitos que marcaban tiempos de modificación profunda. Al mismo tiempo, los psicofármacos ingresaron de lleno en una polémica sobre el futuro del psicoanálisis, que identificó en los cambios de la sociedad contemporánea, el uso de las nuevas tecnologías y la falta de cientificidad, las causas de la pérdida de primacía que el psicoanálisis venía sufriendo desde al menos los años setenta.

En verdad, tanto el psicoanálisis como la psiquiatría se detuvieron, en los últimos tiempos, a reflexionar sobre sí mismos. Si en filas psicoanalíticas «crisis» es la palabra de los últimos tiempos, en psiquiatría el término «revolución» ocupa un lugar de similar importancia. Que la psiquiatría se encuentra en revolución se repite incansablemente en textos y artículos de todas las latitudes. Algunas veces asociada a los avances de las ciencias biológicas, otras veces a los avances de la psicofarmacología, esta revolución viene a nombrar los cambios que la psiquiatría ha sufrido en décadas recientes. Cambios que, en mayor o en menor medida, son vistos y considerados como radicales. El término revolución aparece entonces para muchos como la palabra justa y precisa para describir la gran magnitud y profundidad de estas transformaciones y dar cuenta de su carácter repentino.

Pero, ¿qué es lo que ha cambiado en esta disciplina? ¿Qué es lo que se ha revolucionado y gracias a qué? Los relatos sobre esta época de transformaciones son variados, pero comparten algunos lugares comunes que bien pueden resumirse en una historia épica, de avances y progresos continuos en el conocimiento de las enfermedades psiquiátricas y en sus terapéuticas, pero sobre todo en la consolidación de la disciplina como una rama de la medicina científica. En este camino, el alejamiento o el acercamiento a la biología, parece augurar destinos singulares para dos tipos de psiquiatría: una que junto al psicoanálisis tiende a desaparecer y otra que junto a la neurociencias y la psicofarmacología tiende a fortalecerse. Una historia de éxitos para una psiquiatría renovada se contrapone a la historia del declive de la psiquiatría inspirada en la teoría psicoanalítica. Pero en particular, lo que diferencia a estas dos historias de éxitos y de fracasos, es su lectura de la relación que mantienen con el complejo tecnocientífico. Los adelantos científico-tecnológicos parecen haber promovido cambios profundos y radicales solo en aquellas áreas de la psiquiatría que han sabido aprovecharse de ellos. En definitiva, la psiquiatría no es una sola, y solo para una parte de ella esta revolución ha sido beneficiosa, mientras que, para otra, ella anuncia su desaparición. Lo que se califica de revolución en psiquiatría abarca un período de tiempo concreto ubicado hacia la segunda mitad del siglo XX e involucra a dos corrientes psiquiátricas específicas: el psicoanálisis y la psiquiatría biológica. La revolución señala el cambio de fuerzas acaecido entre ambas corrientes y es por sobre todo una interpretación reciente de lo sucedido en esos años.

Resulta por demás ilustrativo detenerse en la lectura de la exposición que algunos historiadores de la disciplina brindan sobre este momento. Shorter (1997), en el prefacio a su libro sobre la historia de la psiquiatría, presenta esta particular situación revolucionaria entrecruzando los destinos de ambos saberes psicológicos. Ubicando el momento de inicio del cambio revolucionario en la década de los cincuenta, no puede dejar de hacer referencia al surgimiento de la psiquiatría biológica y a la debacle del psicoanálisis y la psiquiatría inspirada en él:

Between the 1950's and the 1990's, a revolution took place in psychiatry. Old varieties about unconscious conflicts as the cause of mental illness were pitched out and the spotlight of research turned on the brain itself. Psychoanalysis became, like Marxism, one of the dinosaur ideologies of the nineteenth century. Today, it is clear that when people experience a major mental illness, genetics and brain biology have as much to do with their problems as do stress and their early-childhood experiences and even in the quotidian anxieties and mild depressions that are the lot of humankind, medications now can lift symptoms, replacing hours of aimless chat. If there is one central intellectual reality at the end of the twentieth century, it is that the biological approach to psychiatry —treating mental illness as a genetically influenced disorder of brain chemistry— has been a smashing success. Freud's ideas, which dominated the history of psychiatry for the past half century, are now vanishing like that last snows of winter. The time has therefore come for a new look.²³ (1997: vii)

Las palabras de Shorter condensan una diversidad de temas e hitos que jalonan la narrativa de la historia de la psiquiatría en los últimos cincuenta años, particularmente de los relatos que la psiquiatría anglosajona suele realizar de esta. Así, vemos citada la antigua hegemonía de la psiquiatría psicoanalítica o dinámica y su posterior caída en virtud de la ascensión de la psiquiatría biológica, el papel que los nuevos tratamientos somáticos y las ciencias biológicas jugaron en ello, el cambio en los métodos de investigación y sus objetos de estudio, la suplantación de causas psicógenas de la enfermedad mental por causas biológicas y la sustitución de tratamientos. Psicoanálisis y psiquiatría biológica se oponen punto por punto: el cerebro al inconsciente, la genética y la biología a las experiencias traumáticas de la niñez, los psicofármacos a la psicoterapia. Incluso, tal como Shorter lo desliza al comparar el psicoanálisis con el marxismo, psiquiatría y psicoanálisis se opondrían también por ser, la primera, una disciplina científica y la segunda, una disciplina no científica. En esta contienda la psiquiatría biológica saldría victoriosa, utilizando en la construcción de la historia de su triunfo los mismos pares de antinomias y oposiciones que inundan el relato interno que el psicoanálisis realiza de su crisis y en las defensas que ensaya.

23 «Una revolución tuvo lugar en la psiquiatría entre los años cincuenta y los años noventa. Las viejas variaciones sobre los conflictos inconscientes como causa de la enfermedad mental fueron arrojadas a un costado y el foco de la investigación se volvió hacia el cerebro en sí mismo. El psicoanálisis se convirtió, como el marxismo, en uno de los dinosaurios ideológicos del siglo XIX. Hoy es claro que cuando la gente sufre una enfermedad mental importante, la genética y la biología del cerebro tienen tanto que ver con sus problemas como el estrés y sus experiencias de la infancia temprana; e incluso en las ansiedades de todos los días o en las depresiones leves, que son el sino de la humanidad, los medicamentos pueden eliminar síntomas, reemplazando horas de conversación sin rumbo. Si hay una realidad intelectual capital al final del siglo XX es que el enfoque biológico de la psiquiatría —tratar la enfermedad mental como un trastorno químico del cerebro influido por la genética— ha sido un éxito rotundo. Las ideas de Freud, que dominaron la historia de la psiquiatría durante la última mitad del siglo, desaparecen ahora como lo hacen las últimas nieves del invierno. Ha llegado el tiempo para una nueva mirada.» (La traducción es nuestra).

Para esta psiquiatría triunfante, entonces, la revolución ha tenido lugar porque es el psicoanálisis el que ha sido sustituido como terapéutica, como teoría explicativa de la enfermedad mental y como método de investigación.²⁴ Luego de la Segunda Guerra Mundial, mientras el resto de la medicina se beneficiaba rápidamente de los descubrimientos de las ciencias biológicas, la psiquiatría tomaba un camino radicalmente diferente, distanciándose en gran medida de estas ciencias y así, del modelo médico de las enfermedades. El predominio de la teoría psicoanalítica en la psiquiatría de los años cincuenta y sesenta enfatizó el interés en los conflictos intrapsíquicos, en los tratamientos psicoterapéuticos, en la etiología psíquica de las enfermedades mentales y particularmente en el tratamiento de un tipo de malestar: la neurosis. La revisión que de este período realizan actualmente muchos psiquiatras biológicos, supone una fuerte crítica al rumbo que esta psiquiatría psicoanalítica eligiera para realizar y sustentar su práctica clínica, rumbo que, desde su perspectiva, sumió a la disciplina en un largo período de oscuridad, pues no solo redujo la dimensión biológica de la enfermedad mental a su mínima expresión, sino que olvidó incluso las «verdaderas» enfermedades psiquiátricas como las psicosis y esquizofrenias.²⁵ Aún reconociendo que la psiquiatría psicoanalítica mejoró la comprensión de las enfermedades mentales y amplió las posibilidades de acción sobre ellas, hoy día, el haber alejado la psiquiatría del modelo biológico es una de las fallas más graves que se le imputan.²⁶

24 Como veremos más adelante, en esta época de cambios no solo se suplantó el psicoanálisis, sino también otro tipo de psicoterapias como la psicoterapia existencial e incluso varias terapias físicas. Sin embargo, es el psicoanálisis el que aparece insistentemente como el único perdedor en esta revolución.

25 Esta acusación resulta en cierta medida paradójica, pues la psiquiatría de los últimos tiempos, especialmente a partir de la utilización de las benzodiazepinas y los antidepresivos como la fluoxetina, también se ocupa de aquellos malestares leves que antes se catalogaban bajo el rótulo de neurosis.

26 Alguien entrenado en el campo de las neurociencias, por más interesado que estuviese en esta teoría, no le perdonará al psicoanálisis su falta de interés por la biología, por los datos epidemiológicos, y sobre todo su descuido a la hora de aportar bases empíricas para sus teorías. La historia de este declive vista por estos científicos se puede contar así, tal como el psiquiatra Eric R. Kandel lo escribe: «[...] the achievements of psychoanalysis during the second half of this century have been less impressive. Although psychoanalytic thinking has continued to progress, there have been relatively few brilliant new insights, with the possible exception of certain advances in child development [...]. Most important, and most disappointing, psychoanalysis has not evolved scientifically. Specifically, it has not developed objective methods for testing the exiting ideas it had formulated earlier. As a result, psychoanalysis enters the twenty-first century with its influence in decline» (1999: 505): «[...] los logros del psicoanálisis durante la segunda mitad de este siglo han sido menos impresionantes. Aunque el pensamiento psicoanalítico ha continuado progresando, ha habido relativamente pocas visiones reveladoras exceptuando posiblemente algunos avances en el campo del desarrollo infantil [...]. Lo más importante y también lo más decepcionante es que el psicoanálisis no se ha desarrollado científicamente. En particular, no ha desarrollado métodos objetivos para someter a prueba las ideas provocadoras que ha formulado. Como consecuencia, el psicoanálisis entró al siglo XXI con un declive en su influencia]» (La traducción es nuestra).

Por ello, frente a la hegemonía que la psiquiatría psicoanalítica ejerciera durante esos años, el posterior resurgimiento de la psiquiatría biológica es comparado con un prodigio tan improbable como la vuelta a la vida del Ave Fénix.²⁷ Melvin Sabshin (1990), director por largo tiempo de la American Psychiatric Association, considera este momento como uno de los episodios cruciales en la historia de la psiquiatría (o al menos de la psiquiatría estadounidense) y destaca en él el rol desempeñado por la búsqueda de nuevos tratamientos psiquiátricos en el fortalecimiento de la psiquiatría biológica. Para Sabshin, los ensayos clínicos de la temprana psicofarmacología de la década de los cincuenta, como los que condujeron al desarrollo de la clorpromazina, se convierten en las fuentes de las que una menguada y acorralada psiquiatría biológica pudo beber para recuperar su vitalidad. La misma tecnología que, como veremos, en la pluma de psicoanalistas resulta amenazante y causa del peligro de muerte de esta disciplina, es la piedra fundamental sobre la que se erige el nuevo edificio disciplinar de la psiquiatría biológica. La clorpromazina y el resto de las sustancias psicofarmacológicas no limitan sus efectos a las enfermedades mentales, sino que extienden su rango de acción también a las debilidades y fuerzas de las propias disciplinas psicológicas.

La llegada de los nuevos tratamientos psicofarmacológicos al campo de la psiquiatría se presenta como un proceso irreversible e inevitable que modificó por completo las posibilidades de intervención terapéutica de los especialistas en esta disciplina.²⁸ Los testimonios de quienes vivieron ese proceso subrayan un antes y un después generado a partir de la incorporación de los psicofármacos. Por ejemplo, Gerald Klerman, uno de los psiquiatras estadounidenses que mantuvo mayor interés en lograr una combinación efectiva entre psicofármacos y psicoterapia para el tratamiento de las depresiones, en 1982, al describir lo que denominaba *la revolución psiquiátrica de los últimos veinticinco años*, mencionaba como una de las consecuencias del uso de los agentes psicofarmacológicos la notable disminución de las internaciones psiquiátricas, así como el aumento de las consultas ambulatorias. La psicofarmacología habría así ampliado, por un lado, el campo de acción de la psiquiatría y, por otro, modificado el lugar clásico de su intervención terapéutica, trasladándolo del hospital psiquiátrico al consultorio privado.

27 Otras versiones de los hechos tienden a relativizar esta supuesta hegemonía del psicoanálisis y a enfatizar la preponderancia que la psiquiatría biológica ha jugado en la psiquiatría de todos los tiempos. En esta óptica, las perspectivas psicodinámicas contaron con mayor aceptación en un período concreto ubicado hace unos cincuenta años atrás (Double, 2002).

28 Incluso, aunque sin por ello dejar de ser críticos, figuras importantes del psicoanálisis reconocen la existencia de esta revolución en psiquiatría propiciada por la psicofarmacología. André Green, por ejemplo, afirma que «[a] nadie se le ocurriría poner en duda la importancia de la revolución psicofarmacológica en psiquiatría. No obstante, es notable, que treinta y cinco años después del descubrimiento de la clorpromacina, nos encontremos todavía, en un dominio donde los procedimientos de investigación se esfuerzan por obedecer a la lógica del descubrimiento científico, con un balance tan incierto, reflejo de concepciones fluctuantes» (1991: 208).

Mientras en la psiquiatría los psicofármacos propiciaban esta serie de narrativas sobre nuevos tiempos, en filas del psicoanálisis las discusiones comenzaron a girar en torno a su actualidad y su porvenir. A partir de los años ochenta y especialmente durante los años noventa, se volvió moneda corriente escuchar hablar de su falta de vigencia. Las descripciones del psicoanálisis como una técnica anacrónica, propia de los tiempos en que alguien podía esperar años para curar sus síntomas y no de la premura de la vida contemporánea que exige una curación rápida y sin muchos rodeos, comenzaron a repetirse una y otra vez. El psicoanálisis habría perdido legitimidad no solo por su carácter dudosamente científico, sino por su inadecuación a las exigencias del mundo actual. A las críticas de orden epistemológico, que usualmente se dirigían al psicoanálisis, se les sumaban ahora críticas que señalaban su incompatibilidad con un mundo que había cambiado recientemente y de forma radical. En este nuevo mundo, los propios avances de la ciencia y la tecnología habrían puesto en peligro esta antigua terapéutica y sus supuestos teóricos.

Así, se proclamaba una cierta crisis del psicoanálisis con la que concordaban tanto los críticos del psicoanálisis como sus practicantes más fieles. Algunos de los tópicos centrales en esta debacle aparecerían bajo la forma de preguntas extremas. ¿El psicoanálisis se enfrenta a su muerte? ¿Quién o qué circunstancias lo han empujado a su fin? ¿Sobrevivirá, en definitiva, el psicoanálisis?

Entre las posibles respuestas a estas preguntas, la ruptura de un supuesto mundo actual con un supuesto mundo antiguo al que pertenecía el psicoanálisis se imponía fatalmente, una ruptura que, de acuerdo a las narrativas en circulación, obedecía a los avances conjuntos de la propia ciencia y la tecnología, avances que por una vía u otra tenían el cerebro, los medicamentos psicofarmacológicos y las explicaciones biológicas de su funcionamiento como las amenazas principales al psicoanálisis.

Desde las filas del psicoanálisis se expandía la idea de que los psicofármacos y los saberes científicos que les daban fundamento habían logrado, en los últimos tiempos, imponer una visión biologicista del funcionamiento de la mente, que entraba en colisión con los supuestos básicos de la teoría y la práctica psicoanalítica. Por un lado, el cerebro parecía desplazar la psique como blanco de terapéuticas y teorías, y por otro lado, los éxitos de la cura parecían asentarse exclusivamente en procesos bioquímicos. Si en algún momento se le achacó al psicoanálisis no poder proporcionar, como toda ciencia, los elementos necesarios para su refutación,²⁹ hacia finales del siglo XX, los éxitos de la psicofarmacología, que eran interpretados como una demostración de la raíz somática de las

29 El intento de establecer una clara frontera entre ciencia y no ciencia encuentra en la figura de Karl Popper a uno de sus protagonistas más destacados. En sus trabajos, el psicoanálisis recibe una fuerte crítica que lo ubica fuera de la ciencia, en la medida en que constituye una disciplina que no proporciona las herramientas para una eventual falsación de sus supuestos. La crítica de Popper se basa, por tanto, en un análisis pormenorizado de los fundamentos epistemológicos del mismo.

enfermedades mentales, parecerían proporcionar las pruebas necesarias para el derrocamiento definitivo de la teoría y la práctica psicoanalíticas.³⁰

Como señala Jacques Derrida (1996), el psicoanálisis comenzó a ser comparado con un medicamento vencido. Esta analogía daba cuenta de un territorio compartido entre psicoanálisis y psicofármacos, un mismo territorio de acción e intervención que hacía que el psicoanálisis pudiese comenzar a ser medido con criterios propios de la tecnología medicamentosa y, además, mostrar allí su debilidad. En otras palabras, mientras los psicofármacos parecían poder demostrar su eficacia terapéutica, el psicoanálisis no había podido demostrarla del mismo modo, configurando una situación de fragilidad que venía siendo señalada por psiquiatras, psicoanalistas y filósofos. Ciertamente esta fragilidad se derivaba de lo que algunos autores habían descrito como una vulnerabilidad inminente del psicoanálisis debida, en gran parte, a la autonomía que este ha pretendido mantener desde bien temprano ante el resto de las ciencias (Chertok y Stengers, 1989; Stengers, 1996).³¹ En alguna medida, la contienda entre psicofármacos,

30 Estas nociones fueron desplegadas por psicoanalistas de todo el mundo. Ciencia y tecnología representaban un par mortífero para el psicoanálisis. En esta complicidad, los psicofármacos eran identificados la mayoría de las veces como la tecnología amenazante, pero para algunos esta amenaza tecnológica también podía provenir de otro tipo de artefactos y dispositivos. A título de ejemplo, siguen las afirmaciones realizadas por una psicoanalista italiana en un libro en el que se pregunta si el psicoanálisis sobrevivirá a los desafíos de los psicofármacos e Internet, en las que la ciencia se une no solo con los psicofármacos para atacar al psicoanálisis: «Ahora ha llegado el momento del biologismo y de la era digital. El primero con la certeza de que la biología resolverá el problema de la mente y los fármacos curarán todos los trastornos psíquicos. La segunda, con la fuga en la realidad virtual, con la provisional escisión entre nuestro cuerpo y nuestra mente. ¿Biologismo y era digital son los posibles asesinos del psicoanálisis?» (Magherini, 1996: 9-10). Una perspectiva similar muestran las aseveraciones de la reconocida psicoanalista francesa Julia Kristeva, quien se detiene a analizar el papel de las ciencias biológicas en esta aparente debacle del psicoanálisis: «Los avances de las ciencias, especialmente de la biología y de la neurobiología, podían hacer esperar la muerte del alma. Efectivamente, ¿seguimos necesitando esta quimera milenaria cuando los secretos de las neuronas, sus humores y su electricidad están cada vez más descodificados? ¿No sirven los mismos esquemas cognitivos, tanto para comportamientos celulares como para los de los individuos? Sin embargo, el sujeto con su alma, que creíamos expulsado de la “verdadera” ciencia, vuelve al galope en las teorías biológicas más sofisticadas bajo la bandera del cognitivismo» (1993: 15).

31 Se ha señalado que el psicoanálisis ha utilizado un argumento de autonomía frente a la ciencia. Una autonomía teórica, una autonomía epistemológica, que pretende colocar el psicoanálisis por fuera de las críticas de las otras ciencias, que lo ubica en una situación de excepcionalidad en la medida en que los hechos establecidos por el psicoanálisis pueden ser refutados únicamente por quienes han vivido la experiencia psicoanalítica. En otras palabras, una interpretación lanzada en un tratamiento psicoanalítico puede ser rechazada o puesta en cuestión solo por el analizado, es decir, por alguien que se ubica dentro del dispositivo analítico. La situación analítica funcionaría como una caja negra, pues de lo que sucede en su interior solo pueden dar cuenta aquellos que han pasado por ella y han aceptado sus principios (Stengers, 1996). Así, el psicoanálisis se caracterizaría por una singularidad epistemológica que interpreta cualquier barrera que se opone a su eficacia terapéutica como una resistencia al psicoanálisis, es decir, no como un fracaso de la técnica, sino como un fracaso del analizado (Chertok y Stengers, 1989: 124-125). Por ello, sería imposible criticar al psicoanálisis desde su exterior, mientras que los

ciencias biológicas y psicoanálisis del fines del siglo XX volvía a poner en vigencia una vieja contienda entre las ciencias naturales y el psicoanálisis, en la que el problema de la demarcación de la ciencia se retomaba con nuevos elementos, y en la que la elucidación del funcionamiento cerebral o la elucidación del funcionamiento de la psique pasaron a ser dos definiciones contrapuestas que instauraban oposiciones entre los saberes psicológicos.

Los psicoanalistas, por su parte, al mismo tiempo que se abocaban a una discusión y reconocimiento de su propia crisis, desplegaban dos frentes defensivos en los que, por un lado, se pretendía reafirmar la independencia del psicoanálisis, diferenciándolo del saber científico y sus reglas y, por otro, se pretendía convertirlo definitivamente en una ciencia. Se activaron así dos estrategias de salvaguarda, una humanista y otra científicista, que combinaban un cierto aire de resistencia y denuncia con tintes de protesta. Así, un filósofo como Jacques Derrida ubica la denuncia psicoanalítica tanto como una protesta frente a la comunidad psicoanalítica misma, como una protesta frente a agentes externos al psicoanálisis, como el Estado, el discurso fármaco-psiquiátrico, el desarrollo de una cultura desfavorable al psicoanálisis (2000: 26-27).

Lo interesante de esta situación es que ambos tipos de defensas desplegadas por el psicoanálisis pretendían restituirle el papel relevante que este había tenido en la psiquiatría, los saberes psicológicos y la cultural en general. Para algunos esto era posible haciendo de esta contienda una contienda de valores en la que el psicoanálisis se promulga a sí mismo como el último representante de valores humanistas y guardián del sentido de la vida humana. Basta con reparar en algunos de los términos empleados por los psicoanalistas cuando describen el cuadro de la situación: alma, espiritualismo.³² Los lugartenientes actuales del psicoanálisis ensayan, en última instancia, una estrategia defensiva que impulsa a la disciplina más que como un programa de investigación como un estandarte de la espiritualidad.³³ Así, la estrategia defensiva, en algunos momentos, también toma el cariz de denuncia. Las drogas psicoactivas son acusadas las más de las

psicofármacos establecen los métodos de una posible crítica sobre el que incluso se levanta todo un sistema de regulación de los mismos. Esta independencia del resto de las ciencias es lo que Stengers señala como la pretensión del psicoanálisis de autonomía en sus garantías epistémicas y es justamente esta pretensión la que lo deja en situación de vulnerabilidad con respecto a las críticas que provienen de las otras ciencias. El psicoanálisis ha fracasado, en términos de Stengers, en el esclarecimiento de las relaciones que mantiene con otras disciplinas, es decir, en su comportamiento dentro de la política de los saberes.

32 Ver, por ejemplo, la nota treinta en este mismo capítulo en la que Julia Kristeva habla de la muerte del alma.

33 Para el psicoanalista André Green, en su ataque, las ciencias naturales también coinciden en identificar el psicoanálisis con un representante del espiritualismo: «Esta animosidad renovada se debe, me parece, al hecho de que las conquistas recientes de la ciencia han alcanzado rápidamente el dominio de la actividad del cerebro. El viejo —quizá nunca extinguido— *body-mind problem* recupera bríos, como un germen dormido que de repente despertara. Extrañamente, en esto se veía la ocasión de aplastar definitivamente la hidra del espiritualismo, de la que el psicoanálisis era el cuello sostén de una multiplicidad de cabezas» (1991: 170).

veces de promover la alienación del sujeto y su silenciamiento mientras que el psicoanálisis se ofrece a sí mismo como último reducto de afirmación de lo humano, su autonomía e independencia.

En resumidas cuentas, cuando algunos psicoanalistas hablan de la muerte del alma, de la supresión de la palabra, en manos de la psicofarmacología y las neurociencias, la estrategia defensiva se despliega utilizando como valuarte principal la noción de sujeto. Pero de un sujeto con particularidades, un sujeto que se muestra dividido, segmentado, ajeno a sí mismo, que solo puede ser asido cuando se dice a sí mismo en la palabra. Por ello es posible encontrar en la pluma de la psicoanalista Julia Kristeva (1993) una antinomia que ilustra con claridad los polos de la contienda: «la pastilla o la palabra».³⁴

Casi podría decirse que los representantes de este giro, que busca un campo de especificidad para el psicoanálisis al diferenciarlo de la ciencia, provienen sobre todo del psicoanálisis francés y particularmente del lacaniano. Por el contrario, las corrientes anglosajonas del psicoanálisis estadounidense y británico, han decidido hacer frente a esta crisis por el camino opuesto: acercando lo más posible el psicoanálisis a los métodos de la ciencia. Esta defensa, de corte científico, pretende conducir el psicoanálisis hacia una convergencia con el resto de las disciplinas científicas, convergencia que le devolvería un lugar destacado entre los saberes psicológicos.

Al igual que sus pares franceses, los psicoanalistas de esta vertiente reconocen la situación de vulnerabilidad en que se encuentra el psicoanálisis contemporáneo. Las ciencias básicas, con sus adelantos en el campo de la biología cerebral, también son para ellos una de las causas principales de esta crisis en la medida que han posibilitado el desarrollo de un nuevo tipo de trabajo clínico. Pero desde su óptica, existe otra serie de factores que también han puesto en jaque al psicoanálisis. Algunos de estos provienen de fuera del campo psicoanalítico mientras que otros se encuentran dentro del mismo. El desarrollo de nuevas psicoterapias exitosas, como las terapias cognitivas, la proliferación de psicoterapias inspiradas en el psicoanálisis o las exigencias de los seguros de salud que requieren pruebas de eficacia para los tratamientos que financian, son algunos de los factores externos que vienen horadando el campo psicoanalítico. Los problemas internos del psicoanálisis, por su parte, se muestran tanto o más peligrosos que las amenazas externas. Estas flaquezas íntimas del psicoanálisis minan los sustentos en los que descansa el conocimiento psicoanalítico, comprometen el modo en que este genera sus hipótesis y teorías, disminuyendo por consiguiente, la influencia que el mismo puede ejercer sobre otro tipo de disciplinas (Fonagy *et al.*, 1999: 17).

34 Kristeva escribe: «Dos grandes retos esperan, en mi opinión, al psicoanálisis en el futuro, por lo que se refiere al problema de organización y de permanencia de la psique. El primero es su competencia con las neurociencias: «la pastilla o la palabra», tal es ahora la cuestión del ser o no ser. El segundo es la prueba a la que se ve sometido el psicoanálisis por el deseo de no saber que converge con la aparente facilidad que ofrece la farmacología, y que caracteriza al narcisismo negativo del hombre moderno» (1993: 37).

Para Peter Fonagy, uno de los principales representantes de esta estrategia defensiva, el conocimiento psicoanalítico actual, se encuentra fragmentado y carente de un paradigma central que lo organice (Fonagy *et al.*, 1999: 18). Su desarrollo depende de la práctica clínica que cada psicoanalista en particular realiza de manera independiente. Además, los psicoanalistas generalmente no tienen en cuenta los aportes que los otros psicoanalistas contemporáneos realizan y solo entran en diálogo con los autores clásicos. Al mismo tiempo, las grandes escuelas que dominaban el campo psicoanalítico desde los años cincuenta parecen haber perdido su primacía como marcos guías de la generación del conocimiento psicoanalítico. La muerte del psicoanálisis, desde esta perspectiva, constituye una autoeliminación por falta de conceptos comunes y por el aislamiento epistémico de sus practicantes.³⁵

Se trata entonces de dar pruebas de la científicidad del psicoanálisis, pero también de convencer y persuadir a quienes no pertenecen al campo psicoanalítico, de la utilidad del mismo. El medio para ello es hacer propias las herramientas de estas ciencias, los mecanismos legítimos que ellas se reservan para la evaluación de teorías y contrastación de datos. La adopción de estas reglas y métodos, permitiría dotar al psicoanálisis de bases empíricas y epistémicas más consistentes (Fonagy *et al.*, 1999: 10). En este sentido, la científicidad del psicoanálisis sería algo susceptible de mejora, algo que puede ser corregido a través de algunos cambios de actitud y método.³⁶

En definitiva, la estrategia fundamental de esta defensa científicista consiste en proporcionar la mayor cantidad posible de pruebas sobre la utilidad del psicoanálisis como método clínico, no solo aceptando las reglas de juego de las ciencias, sino también aceptando las reglas del juego de los sistemas de salud de la medicina contemporánea. De hecho, las zonas en las que las investigaciones formales en psicoanálisis han proliferado corresponden a países como Estados Unidos, Inglaterra y Alemania, en los que los sistemas de salud han optado por manejarse de acuerdo a los criterios de la llamada Medicina Basada en la Evidencia.³⁷ Esta medicina guía sus decisiones clínicas de acuerdo con la mejor evidencia existente sobre la eficacia de los distintos tipos de diagnósticos o tra-

35 La preocupación por la diversidad de teorías dentro del psicoanálisis ya había sido subrayada en 1987 por el entonces presidente de la International Psychoanalytical Association (IPA) en su discurso de apertura del XXV Congreso Psicoanalítico Internacional realizado en Montreal (Wallerstein, 1988).

36 Dichos cambios supondrían, en gran medida, rechazar los medios que hasta el momento el psicoanálisis se había dado para fundar sus elaboraciones teóricas. Ya no serían útiles ni la autoridad científica de una figura como la de Freud, ni la acumulación de datos provenientes de la práctica clínica. La investigación clínica, caso a caso, sobre la que el psicoanálisis basó sus hallazgos, representa para este grupo, una metodología limitada que ha llevado al psicoanálisis a una falla empírica, que ha hecho de él una terapéutica de escaso poder de convicción ante las demás ciencias y terapéuticas. Esta falla empírica no solo ha puesto en entredicho la científicidad del psicoanálisis, sino también su utilidad.

37 La traducción de «Evidence Based Medicine» al español presenta sus dificultades. Algunos sostienen que sería más acertado hablar en español de una Medicina Basada en Pruebas. Sin

tamientos. Por lo tanto, la generación de datos es vital para que un tratamiento determinado subsista en los servicios de salud. La base de cualquier discusión y decisión racional sobre las ventajas o desventajas de las distintas técnicas es la información sobre las mismas, información que proviene de las investigaciones clínicas. De hecho, el concepto de medicina basada en la evidencia descansa sobre el fuerte desarrollo que en las últimas décadas ha experimentado la investigación cuantitativa en medicina. La construcción de los datos, es tan importante en esta como el acceso a los mismos.

Naturalmente, si esta medicina intenta guiarse por la mejor evidencia existente, si es la información la que juega un papel clave, es porque ella misma establece una jerarquización de los tipos de evidencias posibles. Los ensayos controlados se encuentran actualmente en la cima de esta jerarquía y es a estos a los que apunta la investigación formal en psicoanálisis. Y en efecto, la mayor parte de los criterios para la construcción de evidencia derivan de los ensayos clínicos aleatorizados y a doble ciego. La defensa cientificista del psicoanálisis al seguir los lineamientos de la medicina basada en la evidencia, también se compromete con un tipo especial de modo de generación de información, que más allá de las consecuencias metodológicas que supone, posee consecuencias prácticas inmediatas para el movimiento psicoanalítico. Es decir, participar o no en los cambios de la medicina contemporánea.

Claro está que esta estrategia defensiva, con las rupturas que ella misma presenta con respecto a los pilares clásicos del psicoanálisis, el modo en que este define sus métodos de investigación, suscita resistencias dentro del movimiento psicoanalítico. La vulnerabilidad del psicoanálisis y sus estrategias defensivas, muestran las reacciones que, intentando acercarse o alejarse del complejo tecnocientífico, corresponden a una disciplina que permanece fuera de sus fronteras pero que paradójicamente posee áreas de interrelación con este.

En definitiva, a fines del siglo XX, las dinámicas de los saberes psicológicos, por las que los pesos relativos de los enfoques biologicistas o psicologicistas han variado a lo largo del tiempo, se desarrollaban incorporando a la discusión elementos de un nuevo «orden» psicofarmacéutico. Dicho de otra manera, incorporando elementos de una zona especializada dentro de «lo farmacéutico». La capacidad orientadora que esta zona mostraba para la movilización de colectivos vinculados a las tecnologías psicofarmacéuticas, en el encuentro con las dinámicas psicológicas, daba como resultado un cuadro controvertido en el que todos los frentes en los que los psicofármacos parecían haber introducido modificaciones eran retomados como focos de transformación, también controvertidos, de los saberes psicológicos.

En los siguientes capítulos, veremos cómo, en un país como el Uruguay, inserto en la región del Río de la Plata en la que el psicoanálisis no había perdido aún su supremacía, los antidepresivos, en tanto productos pertenecientes a esa

embargo, hemos decidido mantener el término evidencia puesto que es el que se utiliza habitualmente en las discusiones en el Río de la Plata.

zona psicofarmacéutica, obligaron también a una discusión sobre el futuro de los saberes psicológicos, a desplegar análisis y reflexiones sobre terapéuticas, teorías y métodos de investigación y a ensayar diferentes metáforas sobre las relaciones entre ciencia, tecnología y sociedad.

Antidepresivos y saberes psicológicos en el Uruguay

El pasaje por el cuerpo social

Al igual que en el resto del mundo, los antidepresivos irrumpieron en el Uruguay a través de los medios que la industria farmacéutica había desarrollado para la difusión de sus innovaciones medicamentosas. La puesta a punto de los nuevos productos se realizaba preferentemente en las casas centrales de los laboratorios ubicadas en Europa o Estados Unidos y de allí partían hacia los distintos mercados farmacéuticos del globo. El proceso de innovación cumplía en mayor o en menor medida con las mismas fases que otras innovaciones en tecnología médica. Era preciso entonces que se comenzara con una idea novedosa, que esta idea germinara a través del intercambio con distintos investigadores, se concretara en la creación de una aplicación tecnológica específica, se difundiera y adoptara en el cuerpo médico y que la seguridad y eficacia de la tecnología fuese evaluada (Moskowitz *et al.*, 1981).

Ahora bien, en el campo de los innovaciones tecnológicas médicas, cada una de estas etapas supone la participación de un conjunto de actores, pero es sin lugar a dudas el médico uno de los participantes claves del proceso. Desde la generación de la idea innovadora hasta su transformación en un producto concreto, la figura del médico adquiere un protagonismo casi constante. Para la transformación de la idea innovadora en un producto concreto el papel del médico que realiza tareas de investigación es fundamental, aunque la intervención de otros técnicos e investigadores, como los químicos, sea también necesaria. La comunicación de ideas entre investigadores impone que los investigadores básicos, los técnicos y los propios laboratorios entren en contacto con los médicos cercanos a la práctica clínica. Para el desarrollo concreto de las tecnologías médicas se realiza una selección del conocimiento producido a través de la investigación científica en la que no solo intervienen los investigadores básicos, la industria farmacéutica, los sistemas regulatorios y el propio mercado, sino también médicos clínicos. Incluso, una vez que la novedad tecnológica llega al campo de la salud la difusión y adopción de esta se da, sobre todo, a través del cuerpo médico, que es el verdadero receptor de los productos y, hasta cierto punto, el usuario inmediato de estas innovaciones, pues el público en general permanece como consumidor último involucrado solo de forma lateral en el proceso de adopción. En esta fase, la transmisión de información sobre la nueva tecnología médica es fundamental, pues la captación de nuevos usuarios en el

campo médico se produce en la medida que existe información suficiente sobre la utilidad, eficacia y seguridad de las nuevas tecnologías médicas. Este tipo de información, es una información «experta» que permite evaluar las características del nuevo producto.

Ciertamente, este tipo de descripción del proceso de innovación, que permite la adopción de las tecnologías médicas por parte del cuerpo social, refiere desde el inicio a un cierto pasaje por distintos ámbitos de la sociedad que la nueva tecnología debe efectuar necesariamente para instalarse como un nuevo recurso terapéutico. Y así como este pasaje puede pensarse como las distintas fases del proceso de innovación, también puede pensarse teniendo en cuenta los lazos que establecen los distintos grupos sociales en cada uno de estos ámbitos con las nuevas tecnologías. En el caso de los nuevos medicamentos es particularmente notorio que estos productos, desde su concepción hasta su consumo final, recorren un camino en el que se encuentran con una serie de actores muy diversos.

Una corriente reciente de la antropología médica ha llamado a la trayectoria que los medicamentos realizan por el cuerpo social, *la vida social de los medicamentos* (van der Geest, Reynolds, Hardon, 1996), siguiendo, de algún modo, la propuesta que Appadurai (1986) elabora sobre la vida social de las mercancías cuando explora el modo en que los intercambios económicos generan valores que son corporeizados por estas mismas mercancías. La aplicación de esta perspectiva a los medicamentos resulta en una *metáfora biográfica* de la trayectoria de los medicamentos en la sociedad, metáfora que permite delinear un ciclo de vida social que estaría compuesto por distintas fases y momentos que hacen de los medicamentos un fenómeno social y cultural, puesto que adquieren en cada uno de estos pasajes una historia social que los convierte en símbolos culturales además de en herramientas tecnológicas. Desde las fases de producción de las sustancias activas en el ámbito empresarial, pasando por su *marketing*, distribución y venta, hasta la prescripción médica y el consumo concreto, los medicamentos realizan su paso por la sociedad atravesando diferentes ámbitos, en los que distintos actores sociales les atribuyen significados particulares sobre su naturaleza, sus fines y propiedades. Así, se reconocen fabricantes y equipos de *marketing*, integrantes de los sistemas regulatorios gubernamentales, proveedores, prescriptores y consumidores, y cada uno de estos actores le imprime a los medicamentos sus valores, ideas y expectativas.

Siguiendo también a Appadurai en esto, esta corriente sostiene que los medicamentos pasan por distintos regímenes de valores en los que predominan diferentes nociones sobre los mismos. Por ejemplo, en las etapas de producción y *marketing* predominan las nociones vinculadas con la investigación científica y el mercado, en la fase de distribución y venta predomina la visión del medicamento como mercadería y producto comercial, en la fase de prescripción predomina la visión del médico de los medicamentos como mediadores en el encuentro con el enfermo, en la fase de consumo definitivo por el paciente predomina la

noción del medicamento como sustancia salvadora. Los medicamentos recorren así cinco etapas en su ciclo de vida social que estos autores identifican en la producción y *marketing*, prescripción, distribución, uso y consumo y por último su eficacia, que, en realidad, siguiendo con la metáfora biográfica, consideran *una vida después de la vida*. La eficacia de los medicamentos, en verdad, el estadio más importante del recorrido vital, tiene lugar una vez que el medicamento ha sido consumido y produce los efectos curativos esperados.³⁸

Ya sea, entonces, desde la perspectiva del proceso innovador, como a través de la perspectiva de ciclo vital, es claro que la expansión en un medio determinado de los antidepresivos —en tanto tecnologías médicas y en tanto medicamentos— implica a distintos grupos sociales que entran en contacto con esta novedad tecnológica. Estos grupos sociales, por consiguiente, son los encargados de viabilizar, por un lado, el éxito de los antidepresivos como recurso terapéutico y permitir que se produzca así una verdadera innovación y, por otro, son los encargados de imprimirle distintas interpretaciones que le darán sentido dentro del entramado social.

En el caso de los antidepresivos, al tratarse de una especialidad farmacéutica destinada al tratamiento de los trastornos del humor, eran los médicos psiquiatras quienes cumplían un rol central en todas las etapas del proceso de innovación que hizo que emergieran en el mercado farmacéutico internacional hacia 1957. Como veremos en los capítulos siguientes, la intervención de varios psiquiatras europeos y norteamericanos sería clave en la formulación de la propia idea de un medicamento que regulara los estados de ánimo y en la observación de los primeros resultados clínicos. En Uruguay los psiquiatras también jugarían un rol sustancial, pero en la medida en que la industria farmacéutica mantuvo sus actividades de Investigación y Desarrollo (I+D) preferentemente en los países centrales, su papel se limitaría a la fase de adopción y difusión de los antidepresivos. La psiquiatría fue rápidamente identificada como destinataria principal de las innovaciones psicofarmacológicas. A los psiquiatras se destinaron las publicaciones especializadas sobre los antidepresivos, para ellos fueron las invitaciones a los primeros eventos académicos en la región sobre estas nuevas drogas,

38 Esta perspectiva biográfica tiene la ventaja de poder llevar la dimensión cultural más allá del uso de los medicamentos y permite ubicarla en las etapas previas al consumo final. Sin embargo, es importante señalar dos aspectos en los cuales este enfoque presenta algunas dificultades. Estos aspectos tienen que ver justamente con la ciencia. Esta perspectiva se extravía cuando coloca los valores científicos únicamente en la fase de producción y *marketing*, y cuando deja por fuera de estos mismos valores el problema de la eficacia, al colocarla en el último lugar del ciclo vital social de los medicamentos.

En cada uno de estos grupos sociales y en cada una de estos pasajes la ciencia es invocada. Los medicamentos no realizan su trayectoria social sin estar acompañados de la ciencia y esta es una de las relaciones entre ciencia, cultura y psicofármacos que queremos subrayar. Efectivamente hay ciencia en los psicofármacos y esta no se agota en las primeras etapas de producción de las sustancias activas y de los medicamentos, pero también hay cultura en la actividad científica que podría considerarse más «pura» como la comprobación de su eficacia y seguridad.

y fueron ellos los contactados para la realización de las primeras experiencias clínicas con estos medicamentos. Veremos todo ello en detalle más adelante, por ahora solo es necesario tomar nota de que el vínculo privilegiado de los laboratorios farmacéuticos con los saberes expertos sobre la salud mental sería con los médicos psiquiatras, quienes por ley eran los únicos profesionales de la salud mental habilitados para prescribir medicamentos.³⁹ Rápidamente, se convirtieron en las llaves de paso de estos medicamentos hacia el público consumidor, pero también se convirtieron en los generadores de opinión calificada sobre las formas de empleo, su eficacia y su éxito, en uno de los grupos sociales que lanzó más tempranamente una interpretación de los antidepresivos como producto tecnológico. Definieron su objetivo, su lugar con relación a otras terapéuticas más antiguas, sus ventajas y desventajas.

Sin embargo, los psiquiatras no serían los únicos profesionales del campo de la salud mental que tendrían algo que decir acerca de los antidepresivos. Como hemos visto, los antidepresivos, en tanto medicamentos, realizan un pasaje por el tejido social en el que se encuentran con distintos grupos sociales que establecen distintas relaciones con ellos en distintos momentos de este recorrido. Pero ni la perspectiva del proceso de innovación ni la del ciclo vital permiten ver otros dos grupos sociales que aunque no participaban ni en las fases de puesta a punto de los medicamentos, ni en las fases de difusión, prescripción o consumo, estuvieron rápidamente prontos para emitir interpretaciones sobre los antidepresivos: los psicoanalistas y psicólogos. Si estos dos grupos en el Uruguay intervinieron en la interpretación de los antidepresivos como herramientas terapéuticas es en la medida en que ambos habían logrado establecerse en el campo uruguayo de los saberes psicológicos como saberes expertos sobre el sufrimiento psíquico. En la medida en que los antidepresivos apelaban a un saber experto sobre este sufrimiento para instaurarse como instrumento terapéutico de elección, aunque psicoanalistas y psicólogos no fuesen como los psiquiatras las llaves de paso entre los antidepresivos y los consumidores finales, se convirtieron y establecieron como grupos autorizados para generar opinión. La trilogía «psiquiatría, psicoanálisis y psicología», constituye lo que el antropólogo brasileño Luiz Días Duarte (1997: 1-2) denomina el campo de los saberes psicológicos, pues a pesar de las diferencias disciplinarias históricas que han hecho posible la distinción entre las tres, comparten un horizonte de representaciones y conceptos culturales que delimitan la intimidad-interioridad del ser humano como un dominio específico de estudio y de abordaje terapéutico. Constituyen por consiguiente, saberes especializados que se ocupan del funcionamiento «interior» del ser

39 La ley uruguaya habilita a todos los médicos titulados a medicar sin distinguir el tipo de medicamento. Esto significa que, en la práctica, muchos médicos generales y muchos especialistas recetan antidepresivos y psicofármacos sin contar con formación en psiquiatría. De todas formas, los laboratorios dirigían preferentemente a los psiquiatras toda la información y propaganda de los psicofármacos. Con menos frecuencia lo hacían hacia los médicos generales y nunca hacia psicoanalistas y psicólogos que no tuvieran formación médica.

humano, conformando una tradición intelectual con expresiones institucionales específicas y elaboradas, que delimitan un campo de mutuo relacionamiento y tensión. Por ello, psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos estaría en condiciones de generar en Uruguay puntos de vista sobre los nuevos antidepresivos.

De hecho, psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos se enfrentarían a su introducción de distintas maneras. Algunos lo harían con entusiasmo, otros con reserva. Los integrantes de estas disciplinas psicológicas constituirían los grupos sociales relevantes en la definición de las funciones que cumplen los antidepresivos, las soluciones terapéuticas que aportan y los problemas que plantean. En otras palabras, por su relación con los saberes psicológicos se encontrarían directamente implicados en la producción de interpretaciones acerca de la naturaleza de los antidepresivos como tecnologías medicamentosas. Desde el desarrollo de los primeros antidepresivos contaban, además, con los medios necesarios para presentar sus puntos de vista, opiniones, estudios e información acerca de estos. Revistas especializadas, instituciones de formación, sociedades científicas, en definitiva, eran grupos sociales organizados que apoyados en la fuerza de su organización poseían la potencialidad de lanzar interpretaciones sobre los psicofármacos validadas ante el resto de la sociedad por su posición de expertos sobre la salud mental. Los antidepresivos implican un saber para ser utilizados que se encuentra detentado por los psiquiatras, pero al que también acceden de una manera u otra psicoanalistas y psicólogos, en la medida en que están en juego no solo conocimientos específicos sobre las drogas en sí mismas, sino también teorías del funcionamiento psíquico, nociones diagnósticas, métodos de investigación sobre las patologías mentales. En Uruguay en particular, estas tomas de posición tendrían que ver con los procesos de institucionalización de las diferentes disciplinas psicológicas, las disputas entre las distintas corrientes, su correlación de fuerzas dentro del campo psicológico nacional. En los apartados siguientes veremos cómo estos tres grupos sociales se conformaron y dieron lugar a distintas tradiciones intelectuales en el Uruguay que fueron claves en la toma de postura que cada grupo desplegó sobre los antidepresivos.

La psiquiatría en el Uruguay

Las disciplinas psicológicas en el Uruguay han tenido un desarrollo estrechamente ligado a la creación de cátedras e institutos de psiquiatría y psicología dentro de la Universidad de la República. Fundada a mediados del siglo XIX, esta universidad estatal es la institución educativa de nivel terciario más antigua del país, es también la que cuenta con mayor caudal de docentes y estudiantes y la única que brinda formación en todas las áreas de conocimiento. Hasta el día de hoy, por ejemplo, solo en la Udelar es posible estudiar psiquiatría en el Uruguay, pues las universidades privadas, reconocidas por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) desde 1985, no poseen cursos en esta especialidad.

La Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República fue por largo tiempo la principal impulsora del saber psicológico en el país.⁴⁰ Creada en 1908, durante los primeros años del siglo XX se orientó hacia la crítica al modelo manicomial e incursionó en el tratamiento moral de los enfermos (Barrán, 1993). Desde ese entonces la psiquiatría uruguaya estuvo fuertemente influida por las escuelas europeas. De hecho, el doctor Bernardo Etchepare, primer catedrático de psiquiatría, había obtenido su formación médica en París y se encontraba fuertemente influido por las ideas de Esquirol y el enfoque anatómo-funcional de la psiquiatría (Murguía y Soiza, 1987: 175).

Bernardo Etchepare no tenía formación específica en psiquiatría. Antes de inclinarse hacia la psiquiatría había integrado la cátedra de anatomía de la Facultad de Medicina. Por interés personal se había acercado a la psiquiatría y también por iniciativa propia, desde 1905, dictaba clases en el Hospital Vilardebó los domingos por la mañana a aquellos interesados en este tema (Coll, 2004: 43).⁴¹ Por largo tiempo, la cátedra dictaría cursos de psiquiatría abiertos a aquellos estudiantes de medicina que querían acercarse a las disciplinas, sin crear un curso de especialización curricular en psiquiatría.

Fue Etchepare con sus primeros cursos libres, quien posibilitó la aparición de la psiquiatría en el Uruguay como una rama de la medicina, es decir, desprendida del tronco de la medicina general. Este impulso fue continuado por sus sucesores en la dirección de la cátedra, quienes al igual que Etchepare le imprimirían a la incipiente psiquiatría uruguaya un cierto enfoque biologicista de influencia europea, especialmente en la medida en que se formarían en el viejo continente.

Así, el doctor Santín Carlos Rossi, sucesor de Bernardo Etchepare al frente de la Cátedra de Psiquiatría en 1925, aunque se había graduado de médico en el Uruguay, completó sus estudios en clínicas de Francia, Bélgica e Italia (Murguía y Soiza, 1987: 176). A pesar de que se interesaba sobre todo por la situación de los enfermos durante el internamiento, su asistencia y rehabilitación, su asunción como catedrático no significó una ruptura con el enfoque biológico de la joven psiquiatría uruguaya sino, por el contrario, una continuidad con este pensamiento.⁴² En efecto, la primacía de esta línea dentro de la cátedra fue notoria hasta fines de los años cuarenta, pero de ahí en adelante, algunos de sus directores comenzaron a mostrarse permeables a otras concepciones de corte psicosocial, y la psiquiatría uruguaya tomó un rumbo que la llevó a constituirse como una disciplina fundamentalmente plural.

40 La Cátedra de Psiquiatría también se conoce como Cátedra de Clínica Psiquiátrica por lo que es habitual que se la llame simplemente «la Clínica Psiquiátrica». En este trabajo usaremos los dos nombres indistintamente.

41 El Hospital Vilardebó fue creado en 1880 con el fin específico de albergar enfermos mentales. Hasta el día de hoy continúa siendo el principal hospital psiquiátrico del país.

42 Con ideas concebidas mientras estudiaba en Europa, a su regreso creó una colonia modelo para alienados en Santa Lucía, a setenta kilómetros de Montevideo.

Así, Antonio Sicco, quien asume la dirección de la cátedra en 1943, era un docente de medicina ecléctico y organizó la cátedra incluyendo diferentes enfoques biológicos y psicodinámicos (Murguía, 2000a). Habiendo también adquirido parte de su formación en Europa, efectúa importantes aportes sobre los aspectos biológicos de diversas afecciones mentales, pero al mismo tiempo muestra un especial interés por los aspectos psicodinámicos de la enfermedad mental.⁴³ Escribió varias obras sobre las personalidades psicopáticas y las neurosis y en 1943 organizó un curso de Psicoterapia en la Facultad de Medicina, mientras proponía la creación de una cátedra de Psicología.⁴⁴ Sicco pretendía salirse de la tradición clásica de la psiquiatría buscando la integración de la psiquiatría con el resto de la medicina y la comunidad en general. Para ello intenta introducir la enseñanza de la psiquiatría en el Hospital General y crea un Laboratorio de Psicología que funcionó por un tiempo en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Preocupado paralelamente por el estado de la enseñanza de la psiquiatría introduce algunas modificaciones importantes en la actividad docente de la cátedra que inaugurarían verdaderas tradiciones. A finales de 1943 promovería un seminario en el que los miembros de la cátedra presentaron diferentes trabajos originales sobre los que luego se debatió. Dichos trabajos fueron publicados al año siguiente en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (Coll, 2004: 45). Los directores posteriores de la Cátedra de Psiquiatría repetirían este tipo de actividad a lo largo de las décadas, bajo distintos nombres. Estos eventos se transformarían en la principal ocasión de intercambio científico entre los psiquiatras del país y darían lugar también a varias publicaciones. Sicco también inicia los ateneos clínicos semanales que la cátedra mantendrá, con algunas modificaciones, hasta el presente (Coll, 2004: 45).

La apertura de la Cátedra de Psiquiatría hacia nuevas corrientes se hace evidente cuando el doctor Elio García Austt asume su dirección en 1949. En esa ocasión García Austt dicta una clase inaugural en la que podía apreciarse la integración de conceptos organicistas con conceptos propios del psicoanálisis (Murguía y Soiza, 1987: 177). De allí en adelante este esfuerzo de integración sería permanente en la psiquiatría uruguaya. García Austt tenía profundos conocimientos de filosofía, historia, sociología, y era considerado un humanista por sus colegas (Murguía, 2000a). Venía de Europa con la convicción, tomada de los psiquiatras franceses, de que la psiquiatría debía ser una rama independiente del resto de la medicina, por lo que continuó los esfuerzos de sus predecesores para hacer de la psiquiatría uruguaya una especialidad médica con identidad propia. A pesar de que en ese momento la psiquiatría alemana también tenía un desarrollo muy vigoroso e influyente, la cátedra se inspiró en la escuela francesa no solo

43 Cuando era profesor Agregado de Psiquiatría realizó distintas estancias en la clínica del profesor Claude en París, en el asilo de Sainte Anne y con el profesor Guillaín en La Salpêtrière y visitó, además, diversas clínicas psiquiátricas en Florencia, Viena, Berlín y Hamburgo.

44 Su propuesta nunca fue puesta en práctica (Puppo Touriz, 1983).

en este punto, sino también en los enfoques psicopatológicos que sostuvo.⁴⁵ De todas formas, la psiquiatría uruguaya estaba abierta a distintos enfoques, como los de Kraepelin o Freud, y la dirección de García Austt solo puso de manifiesto la tendencia hacia la variedad de perspectivas teóricas y prácticas que la cátedra venía gestando desde principios de los años cuarenta.

En cuanto a la organización de las actividades de la cátedra de Psiquiatría, García Austt instituiría la realización de los llamados *Cursos de Perfeccionamiento para Psiquiatras* que se realizaron en noviembre y diciembre de 1952 (Coll, 2004; Puppo, 1983). Estos «cursos» se inspiraban en el seminario promovido por Sicco en 1943 y consistían en el dictado de conferencias sobre las que luego se abría un debate. Las modificaciones experimentadas por la psiquiatría uruguaya durante los casi diez años que separan la realización del primer seminario organizado por Sicco y los cursos de perfeccionamiento organizados por Austt se vieron reflejadas en los trabajos presentados en noviembre y diciembre de 1952. Mientras los trabajos de 1943 respondían todos a un enfoque biológico o neuropsiquiátrico, los trabajos de 1952 mostraban una diversidad de orientaciones notoria (Coll, 2004: 47). Se presentarían trabajos de corte biológico, pero también trabajos inspirados en la teoría psicoanalítica y en el conductismo. Como veremos más adelante, los años cincuenta serían testigo de la consolidación no solo de la psiquiatría nacional, con la creación de los estudios de especialización en la Universidad de la República, sino también de la consolidación del movimiento psicoanalítico uruguayo y de la psicología nacional. La cátedra de psiquiatría no se mantendría ajena a ello y muchos de sus integrantes jugarían un papel importante en el psicoanálisis y la psicología uruguayos.

Por esta misma época, la Facultad de Medicina comienza a pensar la manera de regularizar la formación en psiquiatría, lo que finalmente se logra en 1958. Como hemos visto, antes de esa fecha la formación en psiquiatría no estaba formalizada y se obtenía asistiendo libremente a los cursos dictados por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad o estudiando en el exterior. A fines de década de los cincuenta la Facultad de Medicina reglamenta sus especialidades y la enseñanza de la psiquiatría se convierte en un curso para graduados al que se accede luego de obtenido el título de médico general. Al mismo tiempo se crean la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) y la Licenciatura en Psicología en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad de la República.

Con este nuevo marco institucional, algunos psiquiatras uruguayos se interesarían por el psicoanálisis y su influencia llegaría a la propia Cátedra de Psiquiatría. Por ejemplo, el doctor Fortunato Ramírez, quien en 1956 sucedería a García Austt en la dirección de la cátedra, comenzaría su propia formación en psicoanálisis con los miembros fundadores de la APU e impulsaría la enseñanza y la práctica de la psicoterapia en el marco de la nueva Clínica de

45 En términos generales puede decirse que no solo la medicina psiquiátrica uruguaya sino toda la medicina uruguaya se conformó con una fuerte impronta francesa.

Psiquiatría ubicada en el recientemente construido Hospital de Clínicas universitario (Coll, 2004: 48).⁴⁶

A pesar de ello, durante esos años la Clínica Psiquiátrica se mostraría receptiva no solo del psicoanálisis sino también de los nuevos aportes de las incipientes neurociencias y otras corrientes psicopatológicas y psicoterapéuticas (Ginés, 1999), y durante los años sesenta tanto psiquiatras biomédicos como psicoanalistas participarían en las enseñanzas que se impartían en la Facultad de Medicina.

En este contexto la Cátedra de Psiquiatría dio cabida en su seno a las distintas corrientes psiquiátricas. Podría pensarse entonces, que a mediados de siglo XX la psiquiatría uruguaya se había convertido en una disciplina ecléctica y conciliadora, pero para el profesor Daniel Murguía, quien integró la cátedra durante casi medio siglo, esto no haría de la psiquiatría uruguaya ni una disciplina dogmática, ni ecléctica sino, por el contrario, una disciplina crítica y abierta (López Mercao, 2000: 60).

Pero incluso si esta apertura hacía de la psiquiatría uruguaya una disciplina plural, ello no significaba que para algunos no fuese importante poder identificar un núcleo disciplinar unificador. En 1972, por ejemplo, esta heterogeneidad de la psiquiatría uruguaya promovería la búsqueda de un «denominador común» por parte del equipo docente de la cátedra. En una reflexión sobre la enseñanza de la psiquiatría en el Uruguay, el equipo afirmaría, no sin preocupación, que los docentes de la Clínica compartían solo un marco referencial nosografista y algunos aportes teóricos provenientes de la psicopatología, la fenomenología existencial y la psicología genética evolutiva, que calificaban de no sistematizados, erráticos y dependientes de la formación personal de cada docente (Clínica Psiquiátrica, 1975: 5-6). El equipo veía la formación que se ofrecía a los estudiantes del posgrado en psiquiatría como seriamente deficiente en psicofarmacología y en tratamientos biológicos, nula en psicoterapia y escasa en psicología. En el caso de los tratamientos, el denominador común lo constituían, según estos docentes, las terapéuticas biológicas tradicionales mientras que la psicoterapia constituía un campo polémico en la formación de los psiquiatras (Clínica Psiquiátrica, 1975: 9).

En suma, hacia los años setenta la psiquiatría uruguaya se pensaba a sí misma como una disciplina unida fundamentalmente por la nosografía y las terapéuticas biológicas. Los tratamientos psicoterapéuticos podían ser emprendidos por algunos psiquiatras pero siempre en la medida de que su interés personal los llevara a buscar la formación necesaria para ello, pues a pesar de algunos esfuerzos puntuales, la Cátedra de Psiquiatría no impartía cursos de formación en psicoterapia. Por otra parte, la formación en el uso de terapéuticas biológicas resultaba también problemática, pues la cátedra carecía de docentes con

46 El Hospital de Clínicas Doctor Manuel Quintela, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, fue inaugurado, luego de veintidós años de construcción, el 21 de setiembre de 1953.

conocimientos sólidos en psicofarmacología. La psiquiatría se había orientado fundamentalmente a la práctica clínica y la mayoría de los psiquiatras tenían un perfil profesional, pocos se dedicaban a la investigación en psiquiatría y mucho menos a la investigación básica.

Ello no impidió, sin embargo, que en el marco de la Clínica Psiquiátrica se llevaran adelante distintas experiencias clínicas con psicofármacos y que algunos psiquiatras, como Jorge Galeano Muñoz, trabajaran en relación estrecha con algunos laboratorios farmacéuticos desde los años cincuenta. De hecho, a partir de la introducción en el Uruguay de las primeras sustancias psicofarmacológicas, la Clínica Psiquiátrica realizó ensayos clínicos con psicofármacos de forma casi permanente. Los resultados de estos ensayos fueron presentados en varios de los cursos de perfeccionamiento y publicados en diversos medios especializados, como los *Anales de la Clínica Psiquiátrica*, la revista de la Sociedad de Psiquiatría o *El Día Médico Uruguayo*, periódico científico mensual que el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) impulsó desde 1933 a 1978. Como veremos más adelante, estos ensayos eran realizados en su mayoría por iniciativa de los propios laboratorios farmacéuticos y no representaban una línea de investigación independiente llevada adelante por la clínica.

La Clínica Psiquiátrica se embarcaría en actividades de investigación sistemática hacia principios de los años ochenta cuando regresara al país, luego de finalizada una estancia de investigación de un año en el Instituto Karolinska de Suecia, el doctor Federico Dajas. Dajas había completado su formación como psiquiatra en la Universidad de la República en 1976 y trabajaba desde 1970 en el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE), centro perteneciente al MEC. A su regreso de Suecia, Dajas lideró un equipo de investigación en el que colaboraban varios miembros de la Clínica Psiquiátrica. Héctor Puppo Touriz, director de la cátedra del momento, les permitió utilizar una sala que la Clínica Psiquiátrica tenía a su cargo en el Hospital Musto, uno de los hospitales psiquiátricos públicos de Montevideo, para la realización de proyectos de investigación y formar así un departamento de investigación dentro de la Clínica Psiquiátrica.⁴⁷ El grupo trabajó en varios ensayos clínicos relacionados con la industria farmacéutica y al mismo tiempo sostuvo una línea independiente de investigación en neuroquímica. De forma paralela, otros miembros de la Clínica Psiquiátrica, también atraídos por la farmacología, trabajarían en el área de farmacología de la Facultad de Medicina de la Udelar, coordinados por el doctor Jaime Monti, quien sostuvo por largo tiempo una línea de investigación sobre benzodiazepinas y el sueño.

Si bien la dictadura militar menguó las actividades de la clínica, especialmente durante los primeros años del gobierno militar, estas líneas de investigación se desarrollaron y mantuvieron durante los años ochenta.⁴⁸ Con el regreso de la

⁴⁷ Entrevista realizada por la autora al doctor Héctor Puppo Touriz el 22 de agosto de 2002.

⁴⁸ El Uruguay vivió una dictadura militar desde 1973 a 1984, en cuyo período la Universidad de la República fue intervenida por el gobierno castrense.

democracia en 1985 la Clínica Psiquiátrica recobró parte de su antiguo empuje, y hacia 1986 intervino activamente en la creación del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, al mismo tiempo que implementaba el Programa de Psicoterapias de la Clínica Psiquiátrica (Ginés, 2000, 1999, s/f). Este último programa reflejaba de manera cabal la flexibilidad que la psiquiatría uruguaya había presentado durante todo su desarrollo y constituyó una verdadera novedad dentro de los servicios de atención que ofrecía la Clínica. Uno de los objetivos del programa era hacer de las psicoterapias un recurso de salud accesible a la población y para ello comenzó a brindarse atención gratuita en psicoterapia dentro de la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República. La propuesta pretendía ser una propuesta plural, por lo que en ella se ofrecían psicoterapias de diversa orientación teórica y técnica: psicoanalítica, conductual, individual, grupal o familiar, entre otras. Con ello la Clínica procuraba establecer una colaboración firme entre sus servicios de asistencia y las distintas instituciones científicas y escuelas de psicoterapia del país (Ginés, s/f). Así, en los diferentes subprogramas que constituían la propuesta se incorporaban al trabajo, muchas veces de manera honoraria, integrantes de las distintas asociaciones científicas. Por ejemplo, dentro del subprograma de Psicoterapia Psicoanalítica Individual muchos supervisores o consultantes pertenecían a la Asociación Psicoanalítica del Uruguay o la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica del Uruguay. Es necesario tener en cuenta, además, que el programa se inició cuando dirigía la Clínica Psiquiátrica el doctor Enrique Probst, reconocido psiquiatra y psicoanalista del medio, y continuó de manera ininterrumpida durante la dirección del doctor Ángel Ginés, también psiquiatra y psicoanalista, quien sustituyó a Probst desde 1996. A pesar de ser desarrollado por la Clínica Psiquiátrica y de que pretendía ser una propuesta docente-asistencial para la formación de médicos psiquiatras, el programa resultó un espacio de formación principalmente para psicólogos. A finales de los años noventa, el plantel de psicoterapeutas en formación estaba integrado en un 95 % por psicólogos que realizaban sus tareas asistenciales en forma honoraria (Ginés, s/f: 4). Además de las tareas de formación y asistencia, el programa integraría actividades de investigación con el objetivo de evaluar la efectividad de las psicoterapias y la persistencia de sus efectos de manera cuantitativa (Puerto *et al.*, 1994; Ginés *et al.*, 1996). Durante la dirección de Ginés se pretendió impulsar la investigación en psiquiatría, que se encontraba con cierto rezago con respecto a la investigación básica del resto de la Facultad de Medicina, pero una investigación con un interés fundamentalmente clínico. Además de la línea de investigación en psicoterapia se desarrollan líneas de investigación en trastornos mentales graves, muerte violenta y en neuropsiquiatría.⁴⁹

Hacia finales del siglo XX, por consiguiente, el afán integracionista de la psiquiatría uruguaya aún estaba presente. El entonces director de la cátedra, Ángel Ginés, consideraba como condición indispensable para el desarrollo futuro de la

49 Entrevista realizada por la autora al doctor Ángel Ginés el 16 de agosto de 2002.

psiquiatría que se debía tener en cuenta lo que llamaba la diversidad epistemológica convergente en psiquiatría (Ginés, 1999: 10), entendiendo por ello que la psiquiatría se compone por un entramado de conocimientos teóricos, valores y procedimientos diversos. A pesar de los votos explícitos de pluralidad que la psiquiatría uruguaya había realizado en distintos momentos de su consolidación, las distintas vertientes llegarían a desarrollar por sí mismas algunos procesos de institucionalización independiente.

Además de la Cátedra de Psiquiatría, otra organización fundamental para la psiquiatría uruguaya es la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, fundada en 1923 por la primera generación de psiquiatras formados por Etchepare y aún en funcionamiento. Siempre en contacto estrecho con la cátedra, allí se reprodujo la misma intencionalidad de integración y, por ejemplo, su publicación oficial estaría abierta a trabajos de todas las corrientes de los saberes psicológicos. La *Revista de Psiquiatría del Uruguay* editaría sus primeros números en 1929 y 1930, y luego de cinco años sin publicar ningún ejemplar por razones económicas, inicia una segunda época que se extiende ininterrumpidamente desde 1935 hasta la actualidad. Se publicaban allí los trabajos presentados en las reuniones de la Sociedad de Psiquiatría, conferencias dictadas en Montevideo por psiquiatras visitantes y en sus primeros tiempos contaba con la colaboración periódica de médicos argentinos (Murguía, 1985a: 90-91). Es en este órgano de prensa especializada, por ejemplo, donde los primeros trabajos de psiquiatras psicoanalistas uruguayos serían publicados.

Pero si bien en el marco de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay convivirían en contacto estrecho las distintas corrientes del pensamiento psiquiátrico, ello no impediría que durante la segunda mitad del siglo XX estas corrientes crearan sus propias sociedades. Así, surgirían la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay y la Sociedad de Psiquiatría Social que comenzarían a impulsar actividades académicas de manera independiente. El enfoque integrador hacia el que apuntó la psiquiatría uruguaya, en última instancia, no pudo evitar los fraccionamientos del campo de los saberes psicológicos.

El psicoanálisis en el Uruguay

Sin lugar a dudas, el psicoanálisis es una de las vertientes más fuertes dentro de los saberes psicológicos del Uruguay. A lo largo de los años, su influjo sería notable no solo en el pensamiento psiquiátrico uruguayo sino también en la psicología nacional y, ciertamente, las tres disciplinas mostrarían una interconexión importante en sus procesos de constitución. Casi al mismo tiempo, durante los años cincuenta, se producirían la institucionalización del psicoanálisis, la institucionalización de la psicología y la institucionalización final de la especialización en psiquiatría. Contando con una trayectoria histórica más amplia, la psiquiatría sería uno de los canales por los que el psicoanálisis y la psicología se introducirían en el medio intelectual uruguayo e incluso en virtud de su consolidación más

temprana, algunos integrantes de esta disciplina intervendrían activamente en los procesos de consolidación de los saberes psicológicos y psicoanalíticos.

Durante la primera mitad del siglo XX, la psiquiatría uruguaya no había permanecido ajena a los aportes del psicoanálisis. A principios de siglo, los autores de las primeras publicaciones uruguayas sobre psicoanálisis fueron algunos psiquiatras que no contaban con una formación específica en teoría psicoanalítica ni habían renunciado al enfoque biologicista que imperaba en la Clínica Psiquiátrica en ese entonces. La presencia del psicoanálisis en el país en esas primeras décadas respondía al interés aislado de algunos médicos y psiquiatras que realizaron algunos intentos acotados de aplicación clínica, pero que no bregaron por un espacio independiente para el desarrollo del psicoanálisis. No sería a través de esta primera tanda de profesionales en psiquiatría que el psicoanálisis se constituiría como escuela en el Uruguay. Habría que esperar hasta mediados de siglo para que ello tuviera lugar.

Hacia 1950, cristalizaría en el Uruguay un afán por la formación en profundidad en la teoría y la práctica del psicoanálisis que pretendía, además, incluirse formalmente dentro del movimiento psicoanalítico internacional. Los primeros esfuerzos por estudiar sistemáticamente la obra de Sigmund Freud los realizaría Valentín Pérez Pastorini, un médico psiquiatra que desde la década de los treinta se interesaba por el psicoanálisis (Pérez Gambini, 1999: 98). Pérez Pastorini, quien era Jefe de Clínica de la Cátedra de Psiquiatría y presidió también la Sociedad de Psiquiatría, se vinculó rápidamente con los pioneros del psicoanálisis argentino y durante los años cuarenta viajó regularmente a Buenos Aires para analizarse allí con uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).⁵⁰ Al poco tiempo, Pérez Pastorini lideraría en el Uruguay un primer círculo de estudiosos del psicoanálisis, algunos de los cuales impulsarían posteriormente la formación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Freire de Garbarino, 1988). Pérez Pastorini se encargaría no solamente de guiar las lecturas de este grupo sino que tomaría en análisis a algunos de sus integrantes. Desde el primer momento del liderazgo de Pérez Pastorini, e incluso luego de su muerte en 1948, el grupo de estudio tomaría a la Asociación Psicoanalítica Argentina como institución referencial. En la medida en que el núcleo uruguayo pretendía ser reconocido por la IPA desde muy temprano enviaba informes a la APA y, por un corto período, algunos de sus miembros se instalaron en la ciudad de Buenos Aires para estudiar en dicha institución. La IPA exigía a cualquier asociación que pretendiera integrarse en ella que contara con un analista didacta, por lo tanto, el grupo uruguayo esperaba que algunos de sus miembros obtuvieran dicha acreditación a través de la APA. Cuando a principios de los

50 La Asociación Psicoanalítica Argentina se creó en 1942. Su aparición impuso algunas pautas estandarizadas para la formación en psicoanálisis en Argentina que venían respaldadas internacionalmente. Esto fue un factor importante en la separación de la práctica clínica de psiquiatras y psicoanalistas en ese país (Plotkin, 2003: 193). Podemos pensar que la creación de una asociación similar en el Uruguay tuvo consecuencias semejantes.

años cincuenta las tensiones entre el gobierno uruguayo y el gobierno argentino, presidido por Juan Domingo Perón, llegaron a un punto máximo, las esperanzas de continuar con la formación en Argentina se vieron interrumpidas y quienes habían viajado a Buenos Aires para formarse en la Asociación Psicoanalítica Argentina debieron regresar al Uruguay sin haber acabado la acreditación de analista didacta (Bruno, 2001; Freire de Garbarino, 1988).

Ante la imposibilidad de que alguno de ellos pudiese convertirse en analista didacta, el círculo comenzó a contactar a diferentes psicoanalistas didactas extranjeros para que vinieran a instalarse en el Uruguay. Finalmente, en 1954, un matrimonio de psicoanalistas franceses que había completado su formación en Argentina, y vivía desde hacía un tiempo en Buenos Aires, decidió establecerse en Montevideo. La presencia en el país de estos psicoanalistas, Willy y Madeleine Baranger, fue decisiva para la creación de una asociación psicoanalítica en el Uruguay (Pérez Gambini, 1999: 99). Willy Baranger se encargó del análisis didáctico de las once personas que conformaban el grupo inicial de uruguayos interesados en convertirse en psicoanalistas, mientras que se esposa, Madeleine Baranger, se encargó de la dirección del instituto de psicoanálisis, de organizar y de dictar los seminarios de formación en teoría psicoanalítica (Bruno, s/f). Los Baranger y los integrantes de la primera generación de candidatos a psicoanalistas fueron los fundadores de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, que obtuvo su personería jurídica en 1956. Ese grupo estaba conformado por personas con distintas trayectorias intelectuales: psiquiatras, maestras y estudiantes de los primeros cursos de psicología universitarios. Junto a los fundadores iniciaría su formación en psicoanálisis el doctor Fortunato Ramírez, en el mismo momento en que tomaba la dirección de la Cátedra de Psiquiatría (Freire de Garbarino, 1988: 8). En ese año también se crearía el Grupo de Amigos del Psicoanálisis que tendría como uno de sus propósitos difundir el psicoanálisis a través de conferencias de divulgación (Korovsky, 1985: 33).

Tan solo dos años después de su creación, los primeros integrantes uruguayos de la asociación comenzaron a dictar parte de los seminarios del instituto, pero la presencia de los psicoanalistas franceses fue necesaria por algún tiempo más. El matrimonio Baranger permaneció en el Uruguay hasta 1965, cuando la APU ya había obtenido el reconocimiento de la IPA⁵¹ y cuando los primeros candidatos uruguayos ya habían obtenido la acreditación de didactas como para poder asumir la función que los esposos desempeñaban.⁵²

Mientras tanto la asociación había atraído a varias generaciones de candidatos a psicoanalista conformadas fundamentalmente por psiquiatras y por los primeros estudiantes y egresados de la nueva Licenciatura de Psicología que se había iniciado en la Universidad de la República también en los años

51 El reconocimiento de la APU por la IPA se obtuvo en el Congreso de Psicoanálisis de Edimburgo en 1961.

52 En 1964 habían sido nombrados Laura Achard, Mercedes Garbarino y Héctor Garbarino como los primeros analistas didactas uruguayos de la asociación (Freire de Garbarino, 1988: 10).

cincuenta. La institución no exigiría nunca a sus candidatos ser titulados en medicina lo que le acarrearía serias disputas con el cuerpo médico uruguayo. Al mismo tiempo algunos de sus miembros habían comenzado a participar directamente en la enseñanza de psicoanálisis y psicología en distintos espacios universitarios. Desde su apertura, Willy Baranger participaba como docente en la Licenciatura de Psicología y en 1965, cuando dejó el país, el curso dictado por él fue retomado por el doctor Héctor Garbarino, miembro fundador de la APU. Asimismo, de 1960 a 1973 el Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina incorporó a su propuesta docente a varios miembros de la APU (Korovsky, 1985: 38). Ello posibilitó que con el correr de los años se multiplicaran los espacios institucionales en los que entrar en contacto con la teoría psicoanalítica. De esta manera, el psicoanálisis comenzó a ejercer una influencia que fue más allá del espacio concreto que la APU representaba.

Por otra parte, desde finales de los años sesenta un número importante de psicólogos y psiquiatras que no se habían incorporado como miembros estables a la APU obtendría su formación en teoría psicoanalítica a través de cursos, grupos de estudios y supervisiones dictados por los propios miembros de la APU fuera del marco institucional o por psicoanalistas argentinos que viajaban regularmente al Uruguay (Korovsky, 1985: 41).

A pesar de que la APU se mantuvo con una integración sin rupturas, en los años ochenta surgirían en el horizonte psicoanalítico del Uruguay al menos otras dos instituciones que permanecerían con vida hasta el presente. El psicoanálisis del Río de la Plata mostraba desde sus inicios una clara influencia de la teoría de Melanie Klein, pero otras corrientes del psicoanálisis se harían presentes en la región a partir de los años setenta. Así, en 1977 se forma en Uruguay un grupo de estudio sobre la obra de Jacques Lacan, que daría lugar, en 1982, a la fundación de la Escuela Freudiana de Montevideo.⁵³ Un año antes, varios psiquiatras y psicólogos entre los que se contaban algunos integrantes de la APU fundarían la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP) (Korovsky, 1985: 42).

Con este marco institucional, el psicoanálisis encontraría en el Uruguay un lugar de vigoroso desarrollo que le aseguraría una fuerte presencia en los medios universitarios y académicos del país. Las distintas asociaciones ofrecían los espacios y los medios necesarios para que la producción de los psicoanalistas saliera a la luz a través de la organización periódica de congresos, encuentros y seminarios, y sobre todo con la creación de publicaciones regulares. La APU, por ejemplo, mantendría desde 1956 hasta el día de hoy la edición de la *Revista de Uruguay de Psicoanálisis*. La Escuela Freudiana de Montevideo publicaría desde sus inicios hasta los años noventa los *Cuadernos Freudianos de Psicoanálisis*, mientras que AUDEPP editaría también desde sus inicios y hasta el presente la *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*.

53 La Escuela Freudiana de Buenos Aires se había creado en 1974. Algunos de sus miembros trabajarían con el primer Grupo de Trabajo Freudiano de Montevideo.

El movimiento psicoanalítico uruguayo, por consiguiente, lograría mantenerse como un movimiento independiente, que mantendría así lazos con la psiquiatría y la psicología, pero que no sería acaparado por ninguna de ellas.⁵⁴

La psicología en el Uruguay

La enseñanza de la psicología estaba presente en el Uruguay desde la creación de la Universidad de la República a mediados del siglo XIX. En esos momentos, y por largo tiempo, la psicología aparecería permanentemente dentro de los programas de estudio de Filosofía y como tema relevante en la formación de los maestros, pero no lograría imponerse como disciplina independiente hasta bien entrado el siglo XX. A lo largo de las primeras tres décadas de ese siglo, la psicología sería dominio de distintos intelectuales que no contaban con formación específica en psicología, como Carlos Vaz Ferreira y Clemente Estable, provenientes de la filosofía y el magisterio respectivamente.⁵⁵ Estos intelectuales impulsaron la creación de los primeros laboratorios de psicología experimental del país, se preocuparon por difundir los conocimientos psicológicos y esbozar algunos campos de aplicación, pero no llegaron a actuar profesionalmente como psicólogos ni a concebir una psicología separada de la matriz de la filosofía o de la pedagogía.

En el terreno de la educación, por ejemplo, ámbito en el que la psicología encontró una inserción temprana y posibilidades de desarrollo y aplicación concretas, se sucedieron un sinnúmero de proyectos de creación de laboratorios, institutos de psicopedagogía y psicología desde por lo menos 1915, pero ninguno vio concreción hasta los años treinta. En 1934 el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal crea el Laboratorio de Psicopedagogía Experimental que daría cabida en los años siguientes al desarrollo de una psicología psicométrica en la que muchos maestros se capacitarían (Pérez Gambini, 1999: 44-50). Otro laboratorio de psicología experimental aparecería en la Fuerza Aérea por esa misma época (1927), sus actividades se centrarían en la selección de aviadores y control regular de sus habilidades.

En la década de los treinta la psicología uruguaya seguiría fuertemente ligada a la pedagogía y en esa época se concretaría la instalación de algunos laboratorios más en esta área. A esas alturas ya existían varios núcleos de intelectuales interesados en el estudio y aplicación de la Psicología en el país, conformados fundamentalmente por médicos y maestros.

Durante los años cuarenta la puesta a punto de estos laboratorios psicológicos de la órbita estatal haría emerger una demanda creciente por especialistas en

54 Como señala Mariano Plotkin (2003), esto mismo sucedería con el psicoanálisis en Argentina.

55 Carlos Vaz Ferreira (1872-1958) fue un destacado escritor y filósofo uruguayo, rector de la Universidad de la República y decano de la Facultad de Humanidades y Ciencias. Clemente Estable (1894-1976) comenzaría su carrera intelectual como maestro de enseñanza primaria, interesándose por temas de pedagogía, pero desarrollaría posteriormente una exitosa trayectoria en el área de las ciencias biológicas.

psicología. Como el país no contaba aún con formación de psicólogos, la participación de algunos psicólogos formados en el extranjero fue decisiva. Por ejemplo, la reorganización del laboratorio de la Escuela de Aviación estuvo a cargo del psicólogo polaco, Wacław Radecki, contratado especialmente para esta tarea. Radecki había participado en la enseñanza de la psicología en la Universidad de la República en 1933, y desde ese momento se había convertido en una figura decisiva para el desarrollo de la psicología tanto a nivel público como privado. Radecki formaría uno de los primeros centros de enseñanza de psicología en el país, el Centro de Estudios Psicológicos de Montevideo en 1945, que se transformaría, en 1952, en la Facultad Libre de Psicología, una institución privada sin vinculación con la Universidad de la República que tuvo pocos años de vida (Pérez Gambini, 1999: 79-85).

El ámbito universitario, hasta principios de los años cincuenta, había incluido la enseñanza de temas de psicología en distintos planes de estudio de diferentes disciplinas, y había desarrollado también algunos cursos específicos de psicología sin establecer una enseñanza de la misma como carrera independiente. Desde la implementación del plan de estudios de 1929, la Facultad de Medicina incorporaba algunos tópicos de psicología en sus cursos prácticos. Por su parte, la Clínica Psiquiátrica de esta facultad había incluido algunos temas de psicología en la formación de los estudiantes, pero recién en 1942 se realizaron las primeras acciones para incorporar cursos completos de psicología en la formación médica. Antonio Sicco, catedrático de psiquiatría, proponía en su informe anual correspondiente a ese año, que la cátedra se encargara de la organización de cursos de psicología y psicoterapia hasta que se creara en la Facultad una Cátedra de Psicología Médica. Al año siguiente, Sicco daría comienzo al curso de psicoterapia con una conferencia sobre esta técnica terapéutica. Sicco también crearía un Laboratorio de Psicología dentro del marco de la Cátedra de Psiquiatría que funcionó en el Hospital Vilardebó. Allí se realizaban estudios psicológicos de los pacientes del Hospital. El psiquiatra Mario Berta, primer jefe del laboratorio en 1950, sería luego uno de los impulsores de la creación de la Licenciatura en Psicología dentro de la Universidad de la República y los primeros ayudantes del laboratorio, el profesor Juan Carlos Carrasco y el doctor Jorge Galeano Muñoz, también se convertirían luego en figuras destacadas en el desarrollo de la licenciatura.

En los años cuarenta la psicología sería tema de estudio en Sociología y en Economía Política. Existieron también otros espacios institucionales fuera de la Universidad en los que la psicología estaría presente, como el Consejo del Niño, algunos asilos y hospitales, o los institutos penales, entre otros.

Uno de los ámbitos no universitarios que mayor influencia tendría en el desarrollo de la psicología en el Uruguay estaría ubicado en el Hospital Doctor Pedro Visca, el hospital de niños de Montevideo. En 1947 comienza a funcionar allí la Clínica Médico-Psicológica en la que se incorpora, además de secciones de pediatría y psiquiatría, una sección de psicotecnia. Los integrantes de la

clínica realizaban diagnóstico, tratamiento y orientación de niños, pero además enseñaban algunos temas de psicología en el marco de los cursos de la Facultad de Medicina. La actividad docente de la clínica daría lugar, a comienzos de los años cincuenta, a los Cursos de Psicología Aplicada a la Infancia en la órbita de la Sección de Auxiliares del Médico de la Facultad de Medicina, primer ámbito de formación curricular en psicología dentro de la Universidad de la República. A lo largo de las décadas el curso sufriría algunas modificaciones y en 1967 comenzaría a otorgar a sus egresados el título de Técnico en Psicología Infantil. El curso persistiría hasta su integración en 1988 en el Instituto de Psicología de la Universidad de la República.

Así, a principios de los años cincuenta comenzarían a llevarse adelante distintos cursos de psicología, en el ámbito universitario, que darían lugar posteriormente a la creación a la primera licenciatura en psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad de la República (Pérez Gambini, 1999: 111-115). Aunque las primeras iniciativas para crearla se venían realizando desde 1950, la licenciatura sería finalmente abierta en 1956 (Berta y Silveira, 1959: 4) sobre la base del Instituto de Psicología de la Facultad que había sido fundado en 1951. La creación de la APU en ese mismo año daría comienzo a una creciente influencia de la corriente psicoanalítica en la psicología del país, orientándola principalmente a la actividad clínica. En 1958 la licenciatura de Psicología incorporaría como docente a Willy Baranger para dictar los cursos de Psicoanálisis (Berta y Silveira, 1959: 9). Muchos estudiantes de la licenciatura se incorporarían a los seminarios de formación impartidos en la APU. De hecho, en la segunda mitad del siglo XX la psicopedagogía y la psicología experimental irían perdiendo terreno en la psicología uruguaya mientras que la psicología clínica se expandiría enormemente. Como veremos más adelante con más detalle, la orientación clínica de la psicología uruguaya encontró resistencia dentro de la psiquiatría, del mismo modo que la actividad terapéutica desarrollada por psicoanalistas sin formación médica también fue resistida por los médicos psiquiatras.

La licenciatura funcionaría normalmente durante los años sesenta, pero en 1973 la dictadura militar la cerraría definitivamente, mientras que el curso de Psicología Infantil se suspendería por dos años. La Universidad de la República volvería a ofrecer formación expresa en psicología en 1978, con la creación de la Escuela Universitaria de Psicología. Por consiguiente, en el período en que la licenciatura permaneció cerrada, la enseñanza de la psicología se realizaría a nivel privado.⁵⁶ La Sociedad de Psicología del Uruguay que había sido creada en 1953, a partir de la iniciativa de Juan Carlos Carrasco y los doctores Jorge Galeano Muñoz y Washington Risso, organizaría durante los años de dictadura distintos cursos de psicología. De forma paralela, el Instituto de Filosofía,

⁵⁶ Es común la formación a nivel privado en Uruguay a través de los llamados «grupos de estudio» dirigidos por un psicólogo o psiquiatra de trayectoria, esto caracteriza particularmente la formación en psicoanálisis y en psicología clínica.

Ciencias y Letras perteneciente a la Iglesia Católica, que impartía cursos de nivel terciario desde mediados de la década de los cincuenta, se convertiría en otro de los espacios fundamentales en el mantenimiento de la enseñanza de la psicología durante los años dictatoriales. En 1969 había integrado en su seno a docentes y estudiantes del Instituto Lumen, una organización privada que trabajaba desde los lineamientos de la psicología de la personalidad alemana e incorporaba aportes de Radecki, y a partir de ese momento el Instituto de Filosofía, Ciencias y Letras comenzaría la tarea continuada de formación en psicología. Por dos años sería el único instituto de nivel terciario que ofrecería estudios de psicología en el país. En ese período parte de los docentes y estudiantes de la antigua licenciatura de la Universidad de la República engrosarían las filas del instituto. Muchos psicoanalistas llegarían a impartir clases allí también por este motivo. La importancia de estos docentes psicoanalistas dentro del instituto llegaría a tal punto que en 1980 algunos miembros de la APU organizarían allí un posgrado en Psicoterapia Psicoanalítica con un equipo docente conformado básicamente por miembros de dicha asociación.

Al mismo tiempo, en la medida en que la Universidad de la República se encontraba intervenida por el gobierno militar, la Escuela Universitaria de Psicología no alcanzaba en esos años un mayor nivel académico. La Escuela carecía de docentes de escalafón superior, no generaba líneas de investigación y se limitaba a formar profesionales para la realización de psicodiagnósticos. Con el retorno de la democracia al país, la enseñanza de la psicología en el marco de la Universidad de la República vuelve a experimentar transformaciones. Se inicia un proceso de unificación de esta enseñanza con vistas a la creación de un único centro de formación que pudiese ofrecer estudios de grado y de posgrado y elevar el nivel académico que se había visto menguado durante los años de dictadura militar. Finalmente, en diciembre de 1987 la Escuela Universitaria de Psicología y el curso de Psicología Infantil serían integrados al nuevo el Instituto de Psicología de la Universidad de la República. Dicho instituto buscaría articular en su plan de estudios las diferentes corrientes del saber psicológico, por lo que en este centro encontrarían lugar la psicología social, el psicoanálisis, la psicología gestáltica, la psicología comunitaria y el conductismo, entre otros enfoques. En 1994 el instituto se transformaría en facultad.⁵⁷

Paralelamente, también luego de la recuperación de la democracia, la enseñanza terciaria privada en psicología seguiría un proceso similar de consolidación. En 1985 el Instituto de Filosofía, Ciencias y Letras se transformaría en la Universidad Católica Dámaso Antonio Larrañaga (Ucudal), primera universidad privada del país, que conforma su Licenciatura en Psicología a partir de la experiencia ya acumulada durante los años de dictadura. Desde ese entonces, la Universidad Católica y la Universidad de la República son las principales instituciones uruguayas que brindan formación en psicología estando abiertas a la

⁵⁷ Información tomada del sitio web de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República <www.psico.edu.uy/historia/index.htm>, consultado el 21 de noviembre de 2007.

mayoría de las corrientes psicológicas, pero mostrando un fuerte interés por la psicología clínica y comunitaria más que por la psicología experimental, que no encontró mayor desarrollo en el país.

Los psicólogos también crearían distintas instituciones de carácter científico y gremial fuera del ámbito universitario. Como hemos mencionado, en 1953 aparecería la Sociedad de Psicología del Uruguay. En sus inicios integraría a varios destacados psiquiatras del medio, como los doctores Fortunato Ramírez, Elio García Austt, Isidro Más de Ayala y Mario Berta, a intelectuales reconocidos del medio como el profesor Clemente Estable, junto con los primeros interesados en la psicología provenientes de otros campos. Los impulsores de la sociedad habían buscado en estos intelectuales el respaldo necesario para abrirse camino, pues si bien varios psiquiatras y médicos dieron su apoyo a la iniciativa, lo cierto es que el discurso psicológico no era visto con buenos ojos por la mayoría de los médicos.⁵⁸ Más tarde, los primeros psicólogos egresados de las carreras universitarias constituirían la Asociación de Psicólogos Universitarios del Uruguay, la Asociación de Psicólogos Universitarios Egresados de la Escuela de Tecnología Médica, la Asociación de Egresados de la Escuela Universitaria de Psicología y la Asociación de Psicólogos Egresados del Instituto de Filosofía, Ciencias y Letras. De la unión de estas asociaciones emergería la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, que agrupa desde 1987 a los psicólogos universitarios del país.⁵⁹ Estas asociaciones de carácter fundamentalmente gremial intentarían también promover la producción académica, pero no serían capaces de sostener sus propuestas en el tiempo, como sí lo fueron las asociaciones científicas como la APU o la Sociedad de Psiquiatría. En distintos momentos realizarían la edición de revistas de psicología, pero estas, en la mayor parte de los casos, tendrían una corta vida.

Los psicólogos, a pesar de superar largamente en número a psicoanalistas y psiquiatras, no alcanzarían a constituir asociaciones con la misma solidez que aquellas formadas por psicoanalistas o psiquiatras. Incluso a la hora de su inserción en los servicios de salud pública y privada tendrían una escasa presencia comparada con la de psiquiatras y psicoanalistas. Tampoco desarrollarían publicaciones estables para difundir sus producciones académicas, probablemente porque la formación en diversas corrientes de psicología tendía a disgregarlos.

⁵⁸ Así lo señala, por ejemplo, Juan Carlos Carrasco quien relata que fueron a buscar el apoyo de Clemente Estable, que en esa época era doctor Honoris Causa de la Facultad de Medicina, con la idea de que si obtenían su respaldo sería más fácil obtener luego el de otras personas prominentes (Oiberman, 2001: 33-34).

⁵⁹ Información tomada del sitio web de la Coordinadora de Psicólogos, <www.psicologos.org.uy>, consultado el 5 de julio de 2003.

La disputa de los espacios clínicos

Para cuando en los años cincuenta se consolidaron institucionalmente el psicoanálisis y la psicología en el país, la psiquiatría nacional ya contaba con la solidez suficiente como para intentar intervenir en ambos procesos. Los psiquiatras, particularmente a través de la Sociedad de Psiquiatría, mostraron un especial interés sobre las atribuciones que estas dos disciplinas se estaban otorgando a sí mismas para el ejercicio profesional. Dos aspectos fueron fundamentalmente los que promovieron la intervención de los psiquiatras: la relación de estas disciplinas con la psiquiatría en cuanto saberes independientes o dependientes de esta y, sobre todo, el ejercicio clínico por parte de no médicos.

Por la vía de los hechos, los psiquiatras contaban con el respaldo legal necesario para poner en cuestión que psicoanalistas y psicólogos se embarcaran en prácticas curativas. El Estado pretendía, desde principios de siglo XX, erradicar el ejercicio ilegal de la medicina y para ello había consagrado legalmente el monopolio de las prácticas curativas en manos de los médicos. En los años cincuenta la psiquiatría no hizo más que intentar conservar este monopolio para el caso concreto de la curación de las enfermedades mentales. A través de la Sociedad de Psiquiatría, los médicos psiquiatras realizaron gestiones precisas para lograr que el ejercicio de la psicoterapia, que los psicólogos comenzaban a reclamar como tarea propia, y la práctica del psicoanálisis, que los miembros de la APU realizaban desde mediados de la década, quedaran habilitados únicamente para aquellos que contaban con formación médica.

En este sentido, a poco tiempo de la creación de la Licenciatura en Psicología en la Facultad de Humanidades, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay solicitó al director de la misma, que era médico, un informe sobre los límites y alcances de la profesión del psicólogo, informe que fue publicado en 1958 por la Facultad de Humanidades. En ese informe, el director de la licenciatura, el doctor Mario Berta (1958), aunque admitía una importante interconexión entre la psiquiatría y la psicología, argumentaba a favor de la autonomía de la psicología en tres campos específicos: el campo teórico, el campo metodológico y en el ejercicio de la psicoterapia. Sobre este último, sostenía que la ley que consagraba el ejercicio legal de la medicina hacía referencia al «arte de curar o tratar» al enfermo, basándose en un concepto de enfermedad que en el caso de la salud mental es difícil de delimitar. Toda una serie de estados cercanos a la enfermedad mental pero no asimilables a ella caían, por consiguiente, fuera de la normativa, y del mismo modo ni la guía ni la orientación psicológica podían estar dentro del alcance de la ley. En salud mental existiría una serie de estados intermedios de «difícil adjudicación» a un grupo concreto de especialistas (Berta, 1958: 6).

De todas formas, la práctica de la psicoterapia por parte de los psicólogos estaría en cuestión por largo tiempo y volvería a ser tema de debate en reiteradas oportunidades. Así, casi veinte años más tarde, el entonces decano de la Facultad

de Medicina consultaría a Élide Tuana, presidenta de la Sociedad de Psicología, sobre si los psicólogos podían ejercer la psicoterapia. La Sociedad respondió a favor de este ejercicio, argumentando que era necesario crear una Facultad de Psicología que se encargara de su formación como psicoterapeutas (Oiberman, 2001: 39). En ese mismo año la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* publicaría un editorial dedicado por entero a la discusión sobre «la injerencia del psicólogo en el campo de la terapéutica psíquica» (R. T., 1974: 1). Allí se volvía a hacer referencia a las normas legales que instauran el monopolio médico para la curación y se afirmaba que la curación del enfermo mental era potestad exclusiva del médico psiquiatra. En base a la formación universitaria recibida, el psicólogo debía actuar como un auxiliar del psiquiatra, pero no como titular de una práctica terapéutica en el campo de la salud mental. Las palabras vertidas en el editorial son claras al respecto:

La formación que da nuestra Facultad de Humanidades⁶⁰ es fundamentalmente teórica, no clínica como la del psiquiatra egresado de la Facultad de Medicina. La formación clínica, indispensable por lo demás, se adquiere en un ejercicio profesional [de] posgrado, sin los debidos contralores si él se deja librado a una labor profesional liberal. El psicólogo aprendería clínica psíquica formativa luego de graduarse, es decir, fuera de las normas formativas emanadas de la docencia organizada. El psiquiatra en cambio, se forma como clínico antes de graduarse. La graduación implica pues una autorización oficial y oficializada para ejercer la profesión cuyas directivas formativas cumplió previamente a esa autorización.

Ambas situaciones son pues bien dispares; solo puede actuar como clínico quien fue formado y autorizado para hacerlo.

Siempre enfrentándonos con el status actual, el psicólogo tendría vedado el campo de la gestión terapéutica.

Ahora bien ¿le quedan interdichas al psicólogo todas las posibilidades de acción en el campo de la medicina mental? De ningún modo, pero limitadas al carácter de un auxiliar del clínico, como psicotécnico e incluso, como ejecutor de determinadas actividades terapéicas, para las que haya demostrado capacidad ejecutiva, no en forma autónoma e independiente, sino mediante indicación médica y contralor de igual procedencia.

(R. T., 1974: 2-3)

El editorial era publicado en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* tan solo un año antes de que la misma revista publicara el informe sobre el estado de la enseñanza de la psiquiatría en el Uruguay en el que se señalaban las carencias de la formación de los psiquiatras para el empleo, entre otras terapéuticas, de la psicoterapia (Clínica Psiquiátrica, 1975). Si el editorial intentaba, entonces, plantear la disputa de competencias entre la psiquiatría y la psicología en la práctica clínica como un tema de formación adecuada o inadecuada, la disputa entre la psiquiatría y el psicoanálisis mostraría que más que de un tema de formación

60 Es necesario recordar que la Licenciatura en Psicología se dictaba en esos momentos dentro de esa facultad de la Universidad de la República.

y entrenamiento se trataba de una coyuntura en la que los médicos psiquiatras veían peligrar su monopolio sobre las prácticas curativas debido al surgimiento de instituciones que impulsaban la práctica clínica en la esfera de las enfermedades psíquicas y que contaban, además, con el reconocimiento del Estado.

Ante la creación de la APU, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay comenzaría una querrela más frontal y directa. De hecho, se establece un debate entre ambas instituciones que toma estado público a través de la prensa nacional. Psiquiatras y psicoanalistas cruzan fuertes acusaciones bajo la sombra de la posibilidad real de que los primeros denunciaran a los segundos por ejercicio ilegal de la medicina.

Mercedes Freire de Garbarino, fundadora de la APU, recordaría esta querrela de la siguiente manera:

El año 1956 y parte del [19]57 fueron muy duros dado que hubo una campaña periodística en donde nos denunciaban como sujetos que hacíamos uso ilegal de la medicina. El ataque era dirigido en forma directa a los no médicos. Decimos en forma directa porque lo que subyacía era el ataque al psicoanálisis. Los diarios habían tomado el tema con sensacionalismo ya que la gente se interesaba y comentaba cada artículo publicado. Aparecían grandes titulares en primera página y el contenido de los artículos era sumamente ofensivo para el psicoanálisis. Recuerdo uno de los títulos: «El psicoanalista busca enamorar a sus pacientes». Se hacían reuniones para discutir el tema en las diferentes sociedades médicas y legales. Al final intervino el Sindicato Médico [del Uruguay] que fue quien dirimió el problema poniéndose a favor nuestro; así llegó la calma (Freire de Garbarino, 1988: 8).

Madeleine Baranger describe esos momentos también como momentos muy difíciles, en los que la Sociedad de Psiquiatría y la APU intercambiaron comunicados en diarios y radios durante meses hasta que se nombró como árbitro al SMU (Bruno, s/f). El Sindicato concluyó que no se podía vedar la formación y la práctica del psicoanálisis a quienes no fueran médicos, puesto que ninguna carrera universitaria pide un título previo para ingresar a ella y la APU ya exigía que quienes comenzaran la carrera analítica tuvieran un título universitario previo.

En el año 1958 Willy Baranger publicaría en la *Revista de Psicoanálisis del Uruguay* editada por la APU, un artículo sobre el ejercicio del psicoanálisis, en el que argumentaba que el psicoanálisis no es una ciencia médica, pues no todos los que emprenden un análisis son enfermos. Por consiguiente, tampoco sería necesario que quienes ejercieran el psicoanálisis fuesen médicos. Baranger diferenciaba psicoanálisis y psiquiatría en la medida en que el primero no buscaría la supresión de síntomas como las ciencias médicas, sino la modificación de la personalidad. El síntoma, que aparecería en el texto como el «demarcador» de la psiquiatría y el psicoanálisis, ya había sido utilizado con anterioridad por el propio Freud para establecer las diferencias entre el tratamiento psicoanalítico y los tratamientos médicos y psiquiátricos del malestar psíquico. En su

conferencia titulada *Psicoanálisis y psiquiatría*, Freud (1916a) insistiría en que la respuesta habitual del psiquiatra ante los síntomas neuróticos era francamente disímil a la respuesta del psicoanalista. El psiquiatra se detendría justo allí donde el psicoanalista se atrevería a proseguir: en la indagación del contenido y la manifestación individual del síntoma. Freud volvería sobre esta idea en su conferencia *El sentido de los síntomas* (1916b) y la retomaría, en parte, cuando en la década de los veinte el movimiento psicoanalítico en Austria se enfrentara a los mismos problemas legales que el movimiento psicoanalítico uruguayo enfrentaría posteriormente. En su célebre escrito *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* Freud (1926) defendería la idea de que el psicoanálisis podía ser ejercido por no médicos intentando subrayar las diferencias entre el saber médico y el saber psicoanalítico, así como la diferencia entre los enfermos que acuden al análisis y los enfermos que acuden al médico.

Baranger recurría entonces a un argumento sólido dentro del psicoanálisis para diferenciarlo de la práctica médica, el de la naturaleza radicalmente diferente del padecer del que se hace cargo. Este argumento se instalaría también en el Uruguay con fuerza. Casi cuarenta años más tarde sería vuelto a utilizar por el profesor Probst en un trabajo titulado como el de Freud, *Psiquiatría y psicoanálisis* (1991), y atravesaría toda la discusión que psiquiatría y psicoanálisis desarrollarían en torno a los psicofármacos.⁶¹

Lo cierto es que, casi al mismo tiempo que el psicoanálisis y la psicología adquirirían una presencia firme en el Uruguay, los antidepresivos hacían su entrada al país. La confrontación entre la Sociedad de Psiquiatría y la APU y el pedido de informe de la Sociedad de Psiquiatría a la Licenciatura de Psicología precedían el ingreso de estos nuevos medicamentos tan solo en un par de años. Por consiguiente, cuando los antidepresivos arriban al Uruguay, las disciplinas psicológicas ya habían mantenido algunos frentes de polémica entre ellas. En mayor o en menor medida, los antidepresivos vendrían a sumarse al cruce de argumentos y con el paso del tiempo se instalarían como un elemento más del resquebrajamiento del campo uruguayo de los saberes psicológicos que, a pesar de los esfuerzos de algunas instituciones como la Cátedra de Psiquiatría, terminaría por establecerse.

61 Probst afirmaría: «La obra de Freud permitió ir creando una original noción del síntoma. Este pasó a estar vinculado al desarrollo de técnicas defensivas frente a un mundo interno pulsional, orientado en pos de deseos no aceptados por el propio sujeto, en interrelación con una realidad externa significativamente conflictiva. La teoría del síntoma siguió a partir de entonces un complejo desarrollo. Pero el mismo Freud se preocupó en señalar que, para el Psicoanálisis, el síntoma estaba lejos de ser el objeto privilegiado de la investigación, como lo era para la Psiquiatría de su época, cuya aspiración era borrarlo lo más rápidamente posible» (1991: 64).

Antidepresivos: un terreno médico por ley

Ahora bien, la querella entre psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos por el ejercicio de su práctica clínica no se instalaría sobre la prescripción de los psicofármacos en general ni sobre la de los antidepresivos en particular. Las reglamentaciones existentes sobre la prescripción de medicamentos impidieron, en cierta medida, que esto sucediera.

Los medicamentos con efectos psicoactivos han sido históricamente objeto de una fuerte fiscalización por parte del Estado. Cuando los primeros psicofármacos entraron en el país, el MSP regulaba la circulación, prescripción y dispensación de todo tipo de medicamentos desde su creación en 1934. Era la institución encargada de determinar las condiciones que deben cumplir todas las sustancias a las que se les atribuyen propiedades curativas, ejercer su control y fiscalización. A principios de los años cincuenta, el MSP ya había establecido la distinción entre medicamentos de venta libre y bajo receta médica, por lo que los médicos se encontraban en una posición privilegiada como para acaparar la prescripción de medicamentos psicoactivos.⁶² En esa época el sistema regulatorio uruguayo ya había entrado en un proceso similar al de los sistemas regulatorios de Estados Unidos y Europa en los que se tendía progresivamente, desde los años treinta, a

62 El Estado uruguayo mostraba ya desde principios de siglo XX su intención de monopolizar no solo el control de los asuntos sanitarios en general, sino también la circulación de los productos medicamentosos. A principios del siglo XX existía en Uruguay el llamado Consejo Nacional de Higiene que establecía las normativas que regulaban los distintos establecimientos terapéuticos y la circulación de medicamentos. Este consejo realizó tempranamente un intento de distinguir medicamentos de venta bajo receta y medicamentos de venta libre (distinción escasamente acatada por la población en general), y de regular la presentación de los productos, su etiquetado e información. Las primeras normativas del siglo XX recogen en gran medida los problemas delimitados ya por las ordenanzas de fines del siglo XIX. Estas ordenanzas hacían especial hincapié en la regulación de las sustancias que debían disponerse obligatoriamente en las farmacias, las farmacopeas que debían manejarse y el control de las sustancias venenosas que podían despacharse solo para uso industrial o aniquilación de animales peligrosos. El Reglamento del 28 de diciembre de 1908, por ejemplo, que dicta las normas que regulan las farmacias y droguerías, establece las potestades que corresponden a médicos y farmacéuticos en la prescripción y dispensación de medicamentos. En esa época los controles se dirigían principalmente a combatir la existencia de farmacias clandestinas, el ejercicio ilegal de la medicina y el uso de drogas tóxicas, identificadas en muchas de las reglamentaciones del momento como «venenos». Las normativas impuestas por el reglamento de 1908 cobran carácter de ley través de la Ley 3.609 de 25 de abril de 1910, llamada la Ley de Farmacias. De hecho, el *Reglamento de Farmacias y Droguerías* de 1908 pasa a ser la reglamentación de esta ley el 20 de junio de 1910. En esta ley se establece claramente que el Consejo Nacional de Higiene es la figura encargada del control de las especialidades farmacéuticas que circulan en el país. El Consejo autorizará la venta de especialidades a partir de los informes presentados por su laboratorio y establecerá cuáles son las farmacopeas vigentes en el territorio nacional. Esta ley le permite al gobierno poder realizar análisis químicos sobre los medicamentos y constituye un primer paso de interconexión entre el sistema regulatorio y la ciencia. Este enlace también se puede constatar con la ciencia médica, en la medida en que las sustancias tóxicas debían ser expendidas solo bajo receta médica y que la ley permitía la venta de sustancias no autorizadas por el Consejo solo cuando esta se hacía con receta médica.

que los medicamentos quedaran fuera del alcance directo de los consumidores y se hiciera necesaria e inevitable la intervención médica. La compra de productos quimioterápicos se integró a una jerarquía médica existente pues se exigía que los medicamentos tuvieran receta para ser adquiridos, pero también que quienes expidieran esas recetas fueran médicos autorizados (Temin, 1980). En otras palabras, los sistemas regulatorios tendían a restringir el acceso a los medicamentos a través de la figura del médico.

Las restricciones al acceso de los distintos tipos de medicamentos se fueron estableciendo paulatinamente al mismo tiempo que se controlaba la llegada de los medicamentos a los mercados. En ambos planos, fueron las drogas narcóticas las primeras que sufrieron un tratamiento legal especial.⁶³ Las sustancias narcóticas eran identificadas como aquellas que podían perjudicar al consumidor, y la intervención gubernamental pretendía, con este tipo de regulación, asegurar que el público no consumiera drogas y medicamentos que le hicieran daño.

En el momento en que ingresan los primeros psicofármacos al Uruguay, la reglamentación existente establecía un control riguroso para la circulación de estupefacientes. Con la Ley 9.692 de 1937, se había establecido el monopolio del Estado sobre la importación de sustancias como la coca, el opio, la morfina, la cocaína y el hachisch.⁶⁴ El público en general solo podía adquirir este tipo de sustancias presentando receta médica, odontológica o veterinaria. El Estado pretendía con estas normativas asegurar que el uso de los estupefacientes se hiciera exclusivamente con fines terapéuticos. Las farmacias y droguerías que quisieran comercializar estas sustancias o elaborar productos a partir de ellas, solo podían adquirirlas del Estado y debían poseer las autorizaciones correspondientes para poder comercializarlas. Como es lógico, por las fechas en las que había sido creada, esta ley no hacía ninguna referencia a los psicofármacos, pero sentaba un claro precedente sobre la necesidad de que los expertos médicos mediaran el acceso a las sustancias con efectos psicoactivos. Por otra parte, los laboratorios contactaban preferentemente a médicos psiquiatras para difundir los nuevos psicofármacos en el país, por lo que psicoanalistas y psicólogos sin formación médica no tenían mayores posibilidades de entrar en contacto directo con estas sustancias como para poder disputar el derecho a su prescripción.

63 En países como Estados Unidos que han liderado la implementación de leyes y normas regulatorias de la venta de drogas, hasta los años treinta la mayoría de los medicamentos eran comercializados sin la necesidad de que los médicos realizaran su prescripción, tampoco se necesitaba una receta médica para la compra de drogas psicoactivas. La publicidad era dirigida en su mayoría directamente al público general, siendo muy escasa aquella publicidad sobre medicamentos dirigida expresamente a los médicos (Temin, 1980: 46). En Estados Unidos la ley de 1938 fue determinante, limitó por un lado el libre acceso del público a los remedios y por otro, la introducción de nuevas drogas al mercado.

64 El establecimiento de esta ley es en fechas similares al establecimiento del control de drogas narcóticas en Estados Unidos y para su reglamentación se tuvo en cuenta los acuerdos internacionales establecidos en la Conferencia de Ginebra para la limitación de estupefacientes del año 1931 y la Convención del Opio de Ginebra de 1925.

De todas formas, habría que esperar más de treinta años para que los psicofármacos fueran incorporados expresamente a la legislación sobre sustancias con efectos psicoactivos. Ello tendría lugar recién en 1974, a través de la Ley 14.294 sobre psicofármacos y estupefacientes. Dicha ley mantenía la presentación de receta médica⁶⁵ para acceder a los narcóticos y extendía la presentación de receta médica a los psicofármacos. El MSP llevaría el registro de cada receta que se expidiera. Desde ese momento hasta la actualidad, por tanto, en las recetas de psicofármacos deben figurar dirección y nombre de quien la expide, fecha, dirección y nombre de quien recibe la receta, el producto, su potencia y número de unidades a suministrar, instrucciones de uso y número de veces que puede repetirse la prescripción. El MSP entrega incluso las recetas en las que deben ser prescritos estos medicamentos y los duplicados de las mismas le deben ser remitidos.⁶⁶

En definitiva, el sistema regulatorio uruguayo, con las normas que establece, reconoce que el consumo de cualquier medicamento implica un riesgo, pero le asigna a los psicofármacos un riesgo comparable únicamente al de las sustancias estupefacientes. Sobre ningún otro tipo de droga impone un conjunto de normas de fiscalización y control tan estrictas como los que impone para estos dos tipos de sustancias. Se controla su ingreso al mercado, su circulación y por sobre todo el acceso de los consumidores a estas. Pero a su vez, con la implantación de estas medidas, se refuerza el protagonismo del experto médico. Si bien en el momento del ingreso de los antidepresivos al Uruguay todavía las leyes no establecían el monopolio médico sobre su prescripción, la reglamentación vendría hacia los años setenta a reforzar el papel de los médicos psiquiatras como los usuarios y receptores inmediatos de los psicofármacos, algo que ya se había establecido a través de las prácticas concretas de difusión de sus medicamentos desarrollados por los laboratorios farmacéuticos. Es decir, la ley promulgaría lo que ya era medianamente una práctica establecida.

De este modo, los psicofármacos se convertirían en herramientas terapéuticas a las que podían recurrir únicamente los médicos y por lo tanto ellos monopolizarían también el saber necesario para su uso. Ni psicoanalistas ni psicólogos contarían con la formación necesaria para poder recetarlos, y los cursos de formación en psicofarmacología serían terreno exclusivo por muchos años de psiquiatras y médicos en general. Esto facilitó que la práctica clínica psiquiátrica pudiese identificarse directamente con el uso de psicofármacos y la práctica clínica de psicoanalistas y psicólogos con el uso de la psicoterapia. Por otra parte, como veremos en los capítulos siguientes, la psiquiatría ya había recurrido con anterioridad al uso de drogas, por lo que le fue posible integrar los nuevos psicofármacos a su arsenal de terapéuticas sin establecer rupturas tajantes con su práctica clínica tradicional y diferenciarse de aquellas prácticas clínicas que

65 Expedidas por médicos, odontólogos o veterinarios.

66 El Decreto 537/978 establece el color verde para las recetas médicas de psicofármacos, por lo que los psicofármacos han pasado a llamarse coloquialmente «medicamentos de receta verde».

no recurrían al uso de medicamentos. En el nivel de la práctica clínica los antidepresivos se transformarían en controvertidos fundamentalmente para quienes pretendía a un tiempo combinarlos con las psicoterapias.

El sistema regulatorio, junto con los procesos de institucionalización ocurridos durante los años cincuenta, ayudaría, en definitiva, a delimitar los grupos de actores que dentro de los saberes psicológicos del país desplegarían puntos de vistas dispares sobre los antidepresivos, esgrimirían argumentos contrapuestos sobre su eficacia, desarrollarían prácticas clínicas diferentes y estrategias distintas ante el avance creciente del consumo de psicofármacos. Las agrupaciones como la Sociedad de Psiquiatría y la APU o los centros universitarios como la Cátedra de Psiquiatría suministrarían los canales por los que las diferentes tomas de posición se manifestarían. Contaban con órganos de prensa especializada, asumían la iniciativa de publicaciones puntuales y la organización de eventos académicos como para que ello fuese posible. En otras palabras, estas instituciones permiten circunscribir con bastante nitidez los grupos de psicoanalistas y psiquiatras más cercanos a los enfoques biomédicos que expresamente verterán sus opiniones sobre los antidepresivos. Dentro de estos grupos, los profesores destacados o profesionales reconocidos en el medio se constituirían en claros portavoces. Por ejemplo, los sucesivos directores de la cátedra de psiquiatría posteriores al desarrollo de los antidepresivos, producirán en un momento u otros trabajos sobre depresión o antidepresivos o simplemente serían convocados para emitir sus juicios sobre el tema. Los catedráticos Fortunato Ramírez, Héctor Puppo Touriz y Enrique Probst, quienes dirigieron la cátedra entre 1956 y 1972, 1980 y 1984 y entre 1985 y 1996 respectivamente, a lo largo de su carrera trabajarían desde diferentes puntos de vista sobre los antidepresivos y la depresión, tema, este último, que corrió de forma paralela cada vez que se dijo algo sobre estos medicamentos. Del mismo modo, docentes de importante trayectoria como Daniel Murguía generarían una amplia producción de artículos sobre la depresión durante toda su carrera profesional vinculándola de una manera u otra a las terapias psicofarmacológicas.

Serían los psiquiatras quienes mantendrían un rol más activo a la hora de presentar sus puntos de vista sobre los antidepresivos, ya fuese que lo hicieran desde un enfoque psicoanalítico o biomédico. El hecho de que los laboratorios los contactaran directamente para realizar ensayos clínicos con cada nueva molécula que ingresaba al país, y que la ley los consagrara como los únicos profesionales de la salud mental aptos para la prescripción de psicofármacos, los convirtió en los grandes difusores de los antidepresivos entre la población consumidora, pero también los ubicó como aquellos que poseían un saber experto sobre los mismos, lo que les obligaba de alguna forma a una producción académica constante sobre ellos. Seguramente ligada a la información científica que los propios laboratorios proporcionaban sobre los antidepresivos, toda una serie de trabajos desarrollados en el seno de la Cátedra de Psiquiatría discutirían las ventajas y desventajas de los diferentes antidepresivos, examinarían las mejores

formas de prescripción y combinación con otros psicofármacos, evaluarían su efectividad o explicarían su éxito en base a enfoques bioquímicos y biomédicos, apuntando en última instancia a las reglas de uso concreto de estas terapéuticas. Las intervenciones de los psiquiatras en el debate sobre los antidepresivos tendrían siempre como trasfondo el hecho de que son ellos los verdaderos usuarios de los psicofármacos. Psicoanalistas y psicólogos,⁶⁷ por el contrario, recurrirían a un saber experto menos específico y más abarcativo sobre la práctica clínica en general para sostener sus argumentos. Las querellas se ubicarían entonces en los bordes en los que psicofármacos y otras tecnologías terapéuticas se pisaban unas a otras, es decir, en la medida en que las explicaciones del funcionamiento psíquico, los métodos de investigación sobre las terapéuticas, las nociones de salud y curación, comenzaban a estar implicados.

De algún modo, el hecho de que el marco institucional de la psicología fuera más débil, hizo que los protagonistas principales de la polémica se encontraran en las filas del psicoanálisis y de la psiquiatría biomédica, mientras que los psicólogos constituían un grupo más difuso y menos sólido en la creación de puntos de vista y la difusión de los mismos. Como veremos, en las oportunidades que intentaron sumarse a ella, psiquiatras y psicoanalistas terminaron por jugar un rol protagónico también en los espacios de discusión abiertos por los psicólogos.

Por otra parte, las veces que el debate superó los límites del ámbito académico, fueron aquellos profesionales que tenían mayor acceso a los medios de comunicación masiva quienes dieron el tono de la discusión. Mientras la psiquiatría biomédica llegó a ocupar espacios en los periódicos nacionales, los psicoanalistas mantuvieron sus intervenciones dentro de la academia.

En suma, la consolidación institucional que los saberes psicológicos habían logrado hacia finales de la década de los cincuenta en el Uruguay permitió el surgimiento y delimitación de distintas voces en torno a la llegada de los antidepresivos.

67 Excepto, claro está, de aquellos que a su vez habían completado la formación en psiquiatría.

La depresión: una silueta imprecisa

Medicamentos y enfermedades específicos

Los antidepresivos precisan de una definición concreta de la depresión que justifique su existencia. Para ser prescriptos, para demostrar su eficacia o para ser elegidos como tratamientos de primera línea entre todos los existentes, se debe poder dar respuesta a cómo se reconoce la depresión, a si existen o no diferentes formas mórbidas de la misma y a cuáles de ellas le corresponde cada una de las sustancias antidepresivas existentes. Los antidepresivos son en sí mismos una tecnología que requiere de definiciones propias, que exige una circunscripción afinada de la enfermedad que tienen en la mira. Para ello, la enfermedad en cuestión debe ser definida universalmente, especificada hasta lograr una delimitación precisa del blanco al que los antidepresivos están destinados.

Con esta exigencia, los antidepresivos no han hecho más que retomar el camino del modelo terapéutico de mayor difusión en la medicina en general: el modelo de la especificidad. Ya en 1964 el filósofo François Dagognet indicaba que este modelo era una de las principales ilusiones de la medicina occidental, que llevaba hasta sus últimas consecuencias la creencia en la existencia de enfermedades bien demarcadas a las que les correspondía una terapéutica concreta. Este esquema del pensamiento médico, por consiguiente, se sustenta en al menos dos supuestos: por un lado, el de las enfermedades como entidades discretas, exteriores e independientes del sujeto enfermo, y por otro, el de la existencia de tratamientos especiales para cada tipo de entidad patológica reconocible. La especificidad, en este sentido, es una especificidad de la enfermedad, pero también una especificidad de los métodos de curación. El uso del término «especialidad farmacéutica» con el que a veces se designa a los medicamentos retoma en sí mismo la noción de especificidad de las sustancias curativas. A ciencia cierta, la mayoría de las terapéuticas y medicamentos de la medicina occidental se respaldan en esta concepción desde épocas anteriores incluso a la aparición de los psicofármacos y a la producción industrial de medicamentos. Por ejemplo, la búsqueda incesante realizada por la química del siglo XIX de los principios activos de las sustancias naturales, como la cocaína y el opio, respondía también a esta idea directriz. Pero fue, sin lugar a dudas, el éxito de los trabajos en bacteriología, con las drogas que permitieron dominar las enfermedades infecciosas, el que impulsó la difusión de este modelo de la especificidad desde el campo de estas afecciones al resto de la medicina.

El dominio de las enfermedades bacteriológicas, a través de la identificación del organismo causante de la enfermedad y de la consiguiente aplicación del antídoto justo, permitió la consolidación de un patrón terapéutico según el cual es posible suprimir, exterminar, desalojar del cuerpo humano la causa misma de su mal cuando se conocen las herramientas necesarias. A partir del auge del esquema bacteriológico, por consiguiente, el modelo de la especificidad además de sustentarse en los supuestos básicos de las enfermedades delimitables y de la relación de reciprocidad entre estas enfermedades y sus tratamientos, se sustenta también en la noción de que la curación responde a la supresión de las causas de la afección, en tanto causas aislables, identificables y también precisas. El medicamento se convierte, de esta forma, no solo en una terapéutica única y específica, sino también en una terapéutica causal (Dagognet, 1964).

Dada la influencia que los avances en microbiología de fines del siglo XIX tuvieron en la consolidación de este modelo, algunos autores lo han llamado modelo pasteuriano (Laplantine, 1986), en referencia directa a los trabajos de Louis Pasteur, mientras que otros han preferido resaltar el papel de los descubrimientos de Robert Koch y Paul Ehrlich sobre la tuberculosis en el afianzamiento del medicamento moderno (Healy, 1997; 2002). En última instancia, los trabajos de todos ellos partían de la noción de base de que las enfermedades infecciosas eran el producto de la presencia en el cuerpo humano de un agente microbiano proveniente del exterior que podía ser identificado y, por consiguiente, suprimido. Pasteur expuso esta concepción hacia 1870 en su teoría germinal de las enfermedades infecciosas según la cual para producir una cura es necesario encontrar el germen que causa la enfermedad para poder, a su vez, encontrar las terapéuticas que puedan combatirlo. Este esquema lo llevó en la práctica al reconocimiento de bacterias tales como los estafilococos, los estreptococos y los neumococos responsables de varias enfermedades de las cuales hasta ese momento se desconocían sus causas. En la década de los ochenta del siglo XVIII los trabajos de Robert Koch ayudaron a que la tesis de Pasteur, que había sido recibida en un primer momento con escepticismo, fuera aceptada por el medio científico de la época, cuando presentó en 1882, el descubrimiento del bacilo del ántrax y, más tarde, aisló el bacilo responsable de la tuberculosis. Estos descubrimientos se respaldaban en los experimentos que Paul Ehrlich había desarrollado con el uso de tinturas en sus trabajos histológicos. Ehrlich había determinado que algunos colorantes elaborados por la industria farmacéutica reaccionaban de distinta forma de acuerdo al tipo de tejido con los que entraban en contacto, tiñéndolos de manera selectiva. De acuerdo a la tintura que se utilizara, en algunos casos, las distintas partes de las células de los tejidos tomaban colores específicos, y en otros era posible dar color únicamente a las bacterias presentes sin necesariamente teñir al propio tejido en el que estas se encontraban. Con la ayuda de estas técnicas, utilizando azul de metileno, Koch logró identificar la bacteria causante de la tuberculosis. Al mismo tiempo, la selectividad con que las bacterias podían ser teñidas llevó a Ehrlich a desarrollar la idea de la «bala

mágica», es decir, la posibilidad de la existencia de medicamentos que atacaran selectivamente al agente patógeno. Si era posible crear tinturas que colorearan selectivamente estas bacterias, también era posible entonces desarrollar sustancias tóxicas que se liberaran solamente al entrar en contacto con estas bacterias sin atacar al resto del organismo. En definitiva, estas nociones manejadas por los precursores de la microbiología de finales del siglo XIX lograron dar sustento a la idea de la especificidad en el pensamiento médico al menos en tres dimensiones: la patológica, la terapéutica y la etiológica.

Estas tres dimensiones se articulan en una lógica, la lógica de la especificidad, que hace que enfermedades, terapéuticas y causas se correspondan una a una, eso sí, en un antagonismo irreconciliable. Para combatir la tuberculosis, será entonces necesario desarrollar un medicamento antituberculoso que ataque el bacilo de Koch; para combatir la meningitis un medicamento que ataque el meningococo. Este modelo en el que se asiste a una lucha frontal entre enfermedades y terapéuticas, en la que se juega el destino del enfermo pero también el del agente patógeno, en donde los enemigos se confrontan y batallan, coexiste en las sociedades occidentales con una serie diversa de representaciones de la enfermedad y de las terapéuticas. A la noción de especificidad patológica, es habitual que se le sume la noción de la enfermedad como una agresión externa al individuo, en otras palabras, es habitual que se articule con la noción de la exogeneidad de la enfermedad. A la noción de especificidad terapéutica, por su parte, es habitual que se le sume la idea de que las curas deben realizarse por extracción o eliminación de aquello que llegó del exterior (Laplantine, 1986). Pero, en definitiva, es el modelo de la especificidad, en sus tres dimensiones, el que tiene la primacía en el conjunto de las representaciones occidentales sobre la enfermedad y sus terapéuticas, y el que sin duda ha marcado el origen del medicamento moderno, tal como lo conocemos en la actualidad.

Ahora bien, en el campo médico, el modelo de la especificidad se ha puesto en marcha a través de una serie de elementos propios de su práctica y de su saber, entre los cuales el diagnóstico juega un papel principal. Este modelo confía en las posibilidades de la medicina de establecer diagnósticos certeros y en la capacidad de esta disciplina para poder correlacionarlos con etiologías y tratamientos concretos. El acto diagnóstico se ha convertido en uno de los elementos esenciales de la medicina de los últimos doscientos años en el que se entrecruzan el conocimiento médico y la práctica clínica, y ha permeado diversos ámbitos de acción médica tales como el manejo administrativo de las enfermedades, las políticas sanitarias o las relaciones entre las distintas especialidades médicas (Rosenberg, 2002). También para el despliegue de las potencialidades terapéuticas del medicamento, el diagnóstico y la realización del mismo han adquirido un lugar central pues, de hecho, el diagnóstico suele señalarse como la pieza clave en la práctica clínica sobre la que descansan las intervenciones terapéuticas. Sobre el diagnóstico se apoya la elección del tratamiento y cualquier debate acerca de

la pertinencia de una terapéutica determinada en una situación dada llevará forzosamente a una discusión sobre la pertinencia del diagnóstico efectuado.

Al igual que en el resto de las ramas de la medicina, también en la psiquiatría diagnóstico y tratamiento encajan el uno sobre el otro, bajo la idea de que a un diagnóstico psiquiátrico concreto corresponde una acción terapéutica específica, y bajo la idea de que un tratamiento determinado se administra sobre diagnósticos particulares y no sobre otros. En esta perspectiva tratamientos y diagnósticos psiquiátricos funcionarían en armoniosa correspondencia identificando entidades nosológicas precisas a las que se les adjudican tratamientos concretos. Los tratamientos que corresponden a una entidad nosológica no serían adecuados para otras y viceversa. También en psiquiatría, la especificidad de ambos elementos constituye el conocimiento que la disciplina pone en juego en su práctica, la cual permite conectar diagnósticos y tratamientos de manera adecuada y beneficiosa para los pacientes. La práctica psiquiátrica debe, por consiguiente, poder distinguir, conocer y reconocer las entidades nosológicas que discriminan el fenómeno de la enfermedad mental, pero también debe conocer y reconocer las acciones específicas de las terapéuticas a su alcance.

La psiquiatría reedita el modelo de la especificidad enfermedad-tratamiento en la articulación de entidades nosológicas discretas con terapéuticas antagónicas cuando propone para la curación de la depresión la utilización de antidepresivos, para la curación de las psicosis la utilización de antipsicóticos. El psicofármaco también es un medicamento moderno concebido para actuar selectivamente sobre el blanco de la enfermedad concreta y para ello necesita un conjunto de herramientas y procedimientos que permitan establecer esta conexión entre la droga y el diagnóstico psiquiátrico. Pero, a diferencia de los medicamentos antituberculosos o antibióticos, los psicofármacos carecen del germen causante de la enfermedad que actúe como nexo entre ellos y la dolencia. Bacterias y bacilos, representan el agente patógeno al que los medicamentos antibióticos o antituberculosos están prontos para atacar, son la causa mórbida que estos deben suprimir para eliminar, en última instancia, la enfermedad. En el caso de antidepresivos o antipsicóticos, si bien han sido concebidos para eliminar la enfermedad específica, no existe ningún agente patógeno, ninguna causa mórbida concreta al que estos puedan atacar para suprimir la enfermedad. Para el desarrollo inaugural de los primeros antipsicóticos y antidepresivos ningún agente patógeno fue aislado para la elaboración de su antídoto químico. En definitiva, la noción de bala mágica, en la que se inspiran los medicamentos modernos, y en la que, en tanto tales, también se inspiran los psicofármacos, posee algunas dificultades para su aplicación cabal en el campo de las enfermedades mentales. Si psicosis y antipsicóticos, depresiones y antidepresivos quedaron unidos por la psicofarmacología en el modelo de la especificidad es, en alguna medida, porque de las tres dimensiones del mismo, la especificidad etiológica no era del todo necesaria en psiquiatría.

De todas formas, por una vía o por otra, la correspondencia entre enfermedad y tratamiento en el campo de los malestares psiquiátricos estaría presente; y podría afirmarse, además, que el modelo de la especificidad habría llegado a este campo incluso antes del desarrollo de los psicofármacos, y a pesar de que las terapéuticas psiquiátricas anteriores fueran mucho más inespecíficas que estos. El modelo de la especificidad, aunque con algunas libertades, estaba presente cuando se recomendaba durante los años treinta el coma insulínico para el tratamiento de las esquizofrenias o incluso cuando se debatía sobre la inespecificidad de dicha terapéutica.⁶⁸ Estaba presente también cuando en los años cuarenta se recomendaba el uso del *electroshock* para el tratamiento de las melancolías o cuando se quería delimitar su indicación precisa. La aparición de la terapia electroconvulsiva en 1938 generó una serie de discusiones sobre los estados depresivos que apuntaban a precisar el tipo de dolencia para la que esta terapia debería ser indicada. En poco tiempo esta terapia se mostró altamente exitosa para mitigar los síntomas emocionales de las enfermedades mentales, pero los síntomas afectivos se encontraban no solo en la melancolía sino también en la esquizofrenia y en otras enfermedades mentales, por lo que la utilización del *electroshock* promovió la reflexión acerca de su aplicación específica. Es decir, los síntomas afectivos podían encontrarse no solo en la melancolía sino también en otras afecciones y en virtud de ello el debate giró en torno a la aplicación de esta nueva terapéutica en este u otro tipo de casos. La esfera de las alteraciones emocionales precisó, por lo tanto, de un esfuerzo de clarificación que redundó en un énfasis en los afectos como línea demarcatoria de los diferentes trastornos psiquiátricos. En este sentido, se retomó con más fuerza la noción de humor, propia de algunas descripciones psiquiátricas de la melancolía de fines del siglo XIX. Emergieron de esta forma los llamados trastornos del humor en los que ubicar los diversos estados depresivos objeto de la cura por *electroshock*. Para el sociólogo francés Alain Ehrenberg (1998: 60-61), el *electroshock* impulsó el debate nosológico sobre las depresiones preparando el terreno para la discusión que los antidepresivos promoverían posteriormente sobre este mismo punto. La terapia electroconvulsiva habría inaugurado la serie de terapéuticas psiquiátricas que permiten establecer una correlación permanente y sostenida entre tratamiento y depresión.

Los psicofármacos serían, entonces, un eslabón más de la cadena de terapéuticas que en psiquiatría se inspiran en el modelo de la especificidad. Ello no

68 Por ejemplo, en el Uruguay de finales de los años treinta los psiquiatras de la época deliberaban sobre la especificidad de la inyección de insulina y de la cardiazolterapia (el cardiazol es un derivado del alcanfor que se utilizaba en psiquiatría para provocar convulsiones, al igual que la inyección de insulina) analizando las ventajas y desventajas de estos tratamientos teniendo en cuenta una especificidad etiológica y una especificidad patológica. «La convulsoterapia no parece obrar como medicación etiológica. No es, por lo mismo, una medicación específica. Con igual éxito se aplica a la demencia precoz como a las psicosis, a la confusión mental como a las psiconeurosis. Por estas razones sus indicaciones no pueden establecerse con un rígido criterio nosográfico», afirmaban los doctores Sicco y Brito del Pino (1939: 61).

impidió, sin embargo, que en el caso de los antidepresivos, la fidelidad a este modelo tuviera consecuencias novedosas. Pues de hecho, son los psicofármacos, y en especial los antidepresivos, los que llevaron este modelo hasta sus últimas consecuencias, es decir, hasta la creación misma de hipótesis etiológicas que propusieran, a falta de agente patógeno específico, la existencia de agentes bioquímicos específicos responsables de la enfermedad mental. En la última generación de antidepresivos, la especificidad se ha instalado también en el campo farmacológico. Los ISRS, por ejemplo, son psicofármacos a los que se les imputa la capacidad de actuar específicamente no solo sobre una enfermedad psiquiátrica concreta, sino también sobre las bases neuroquímicas de esta enfermedad: la serotonina y sus receptores. Los antidepresivos de última generación serían medicamentos con acción específica sobre las causas químicas específicas de la depresión, y los laboratorios estarían en condiciones entonces de producir medicamentos de manera racional, es decir, sabiendo de antemano el tipo de sustancia que deben producir para atacar y corregir las causas bioquímicas de las enfermedades mentales.⁶⁹

Claro está que, con o sin estas hipótesis bioquímicas de la depresión, el nexo entre depresión y antidepresivos se afianzó de todas formas. Como hemos visto, la exigencia de los sistemas regulatorios fue uno de los principales promotores de este afianzamiento, que puso en movimiento una larga serie de herramientas y procedimientos que tendieron los lazos entre psicofármacos específicos y diagnósticos psiquiátricos específicos. En el ámbito de los ensayos clínicos, los diagnósticos se precisaron, uniformizaron y estabilizaron. Con la creación de protocolos para la evaluación de las drogas, la depresión, por ejemplo, pudo ser evaluada en su intensidad, seguida en su evolución, diferenciada en su pronóstico. Se pudo hacer de ella un diagnóstico concreto, que respondía en sus diferentes presentaciones a distintos tipos de antidepresivos. Con las primeras generaciones de antidepresivos se sostuvo, por ejemplo, que la depresión con un componente ansioso mejoraba con la amitriptilina, la depresión endógena con la pionera imipramina. Con la última generación de antidepresivos se sostuvo que la depresión distímica mejoraba con los ISRS, mientras que las depresiones más graves podían responder mejor a los antidepresivos clásicos.

La correlación entre un tipo de depresión y un tipo de antidepresivo, un tipo de acción y un tipo de respuesta, es en sí misma el producto de la puesta en marcha de la especificidad psicofarmacológica, especificidad construida en gran medida sobre el éxito de los ensayos clínicos y el de todas las herramientas utilizadas en estos. Los ensayos clínicos exigieron la puesta a punto de sistemas diagnósticos que pudiesen ser válidos y confiables, que arrojaran los mismos resultados fuesen empleados por quien fuesen empleados, que permitieran crear grupos de pacientes homogéneos y comparables. Exigieron que cuando se diera

69 Discutiremos más adelante con más profundidad los alcances y límites de este tipo de psicofarmacología racional que la industria farmacológica afirma estar en condiciones de desarrollar actualmente.

un diagnóstico este fuese invariable, que cuando se observaran los efectos de una droga, la enfermedad pudiese ser valorada en su evolución, y que esto pudiese ser medido y cuantificado. La estandarización de las herramientas diagnósticas, de las categorías nosológicas propiamente dichas y de los instrumentos de valoración de las enfermedades fue al mismo tiempo causa y resultado del modelo de la especificidad enfermedad-tratamiento en psiquiatría.⁷⁰

Ahora bien, en su análisis filosófico sobre el medicamento moderno Dagognet (1964) comparó el modelo terapéutico de la especificidad con un mito, y si ha sido posible para Dagognet comparar el modelo terapéutico de la especificidad con una mitología, es porque el modelo no siempre explica todos los procesos curativos. Sus dos supuestos básicos, la noción de la existencia de enfermedades delimitables y la noción de la existencia de terapéuticas que les corresponden unívocamente, presentan ciertas dificultades a la hora de su aplicación, especialmente en el terreno de la psiquiatría.⁷¹ Tanto en el plano del diagnóstico psiquiátrico como en el plano de los efectos terapéuticos de los psicofármacos el modelo pierde su sustento.

Todas las categorías diagnósticas en psiquiatría han estado, desde los inicios de la disciplina, lejos de ser entidades nosológicas estables. El problema que presenta la psiquiatría a la hora de delimitar claramente la enfermedad mental a la que se enfrenta, es un problema que ninguna otra rama de la medicina experimenta con igual magnitud y que por mucho tiempo la ha colocado en un segundo plano respecto al resto de especialidades médicas. La noción de depresión ha presentado durante todo el siglo XX una cierta resistencia a su especificación, manifiesta en la propia oscilación que las distintas clasificaciones psiquiátricas presentan en el uso singular o plural del término, y observable también en la heterogeneidad de los malestares que engloba, referidos como estados, síndromes depresivos o trastornos del humor con distintas subcategorizaciones. Definir con precisión qué es la depresión resulta una tarea improbable. Por esta razón se habla más frecuentemente de «depresiones» que de «depresión», para poder abarcar la heterogeneidad de estados que la categoría engloba. La proliferación de sistemas nosológicos en psiquiatría también ha recogido esta heterogeneidad, y sea cual sea el sistema de la clasificación de enfermedades mentales que se utilice, siempre se encontrará una pluralidad de categorías para abarcar el fenómeno depresivo.

Por otra parte, la mayoría de los antidepresivos que se encuentran en el mercado producen una amplia gama de efectos que sobrepasan los límites del

70 Recordemos que Andrew Lakoff (2005) señalaba la idea de la especificidad de los psicofármacos como uno de los rasgos principales de la «razón farmacéutica» y atribuía su afianzamiento a la conexión que la industria farmacéutica y la psiquiatría biológica habían sido capaces de establecer entre diagnósticos y tratamientos.

71 Ciertamente el modelo también presenta sus dificultades de aplicación en otras ramas de la medicina, pero no entraremos aquí en ello, pues la discusión excede los límites del presente trabajo.

tratamiento de la depresión. Los antidepresivos son utilizados en la clínica para combatir la depresión, aunque producen un abanico más amplio de efectos. Algunos antidepresivos, por ejemplo, se han utilizado también en el tratamiento de trastornos obsesivos compulsivos o en el tratamiento de la anorexia. Entre la serie de efectos que producen se pueden contar, además, un sinnúmero de efectos secundarios que varían de acuerdo con cuál sea la sustancia antidepresiva que se esté utilizando.

El efecto antidepresivo de estas sustancias, que es el que se pone a prueba en los ensayos clínicos, es en realidad uno de los tantos efectos que ellas producen. Quizás sería más apropiado hablar del efecto antidepresivo como el efecto deseado y del resto de efectos, más que como efectos laterales o secundarios, como efectos no deseados. Es el énfasis puesto por el desarrollo industrial en uno de estos efectos, su voluntad e intención, lo que también se pone a prueba en los ensayos clínicos.

Es necesario tener en cuenta, además, que la industria farmacéutica no siempre ha mantenido la misma actitud frente a la especificidad de los psicofármacos y en particular los antidepresivos. En los inicios de la era psicofarmacológica, los laboratorios tendían a alentar las indicaciones para distintas enfermedades de los medicamentos neurolépticos y antidepresivos. En años más recientes, aunque ha mantenido un fuerte *marketing* centrado en los antidepresivos y la curación de los estados depresivos, no ha dudado tampoco en promocionar algunas de estas sustancias como óptimas para otros trastornos psíquicos y conseguir los permisos necesarios de comercialización, incluso para corregir hábitos como el del tabaquismo, que no es considerado ni una enfermedad mental ni una enfermedad somática por sí misma.⁷² De todas formas, los laboratorios, aunque hayan promocionado en algunas oportunidades un uso diversificado de sus psicofármacos, siempre han intentado ligarlos a las categorías diagnósticas disponibles en el momento. Solo en pocas oportunidades han promocionado sus medicamentos con nombres generales como energizantes o estimulantes, y en cuanto han podido han cambiado estos términos por otros que hacen referencia específica a la patología, por ejemplo, como los antipsicóticos o los antidepresivos. En esto, la industria farmacéutica ha obedecido a la lógica propuesta por los sistemas regulatorios a la hora de establecer las autorizaciones para los medicamentos. Las sustancias son autorizadas siempre para una prescripción determinada y cuando se encuentra que tienen alguna otra aplicación, los permisos deben tramitarse nuevamente para esta nueva indicación. Este modelo de la especificidad es el que ha regulado la producción de medicamentos, en la medida en que los nuevos

⁷² En algunos países el bupropion, el antidepresivo que tiene esta doble indicación, ha sido vendido bajo nombres comerciales diferentes cuando se promociona como antidepresivo y cuando se promociona como medicamento para dejar de fumar. Con ello se consigue mantener la ilusión del modelo de la especificidad. En el Uruguay esta sustancia está a la venta bajo un único nombre comercial.

medicamentos deben probar que curan la enfermedad específica para la que han sido desarrollados.

Pero incluso la versión más moderna de la especificidad, la especificidad farmacológica de los antidepresivos de última generación, con la que se lograría la especificidad etiológica de la que los tratamientos psiquiátricos han carecido tradicionalmente, tiene sus propias dificultades de aplicación. Que algunos antidepresivos actúen sobre receptores específicos de los neurotransmisores no significa necesariamente que esta especificidad pueda ser extendida a la curación de una dolencia mental concreta. Hasta el momento, las investigaciones neuroquímicas tienden a señalar que los mismos receptores y neurotransmisores pueden estar involucrados en muchas enfermedades mentales a la vez y, por otra parte, que la acción específica de los psicofármacos sobre receptores concretos suele ser tan solo el primer momento de una larga serie de efectos químicos que los psicofármacos producen cuando entran en el organismo humano (Valenstein, 1998: 225-226).

En los siguientes apartados veremos cómo los antidepresivos irrumpieron en el Uruguay profundizando el modelo de la especificidad y exigiendo, por un lado, la estabilización de la noción de depresión y, por otro, la adhesión de la psiquiatría uruguaya a los diagnósticos internacionales que rápidamente se difundieron para la evaluación de este tipo de drogas. Pero veremos también cómo este proceso tuvo lugar enfrentando las dificultades que el modelo de la especificidad tiene para su aplicación en psiquiatría y respetando la idiosincrasia del medio psiquiátrico nacional, que no fue estrictamente fiel en la reproducción de lo sucedido a la psiquiatría internacional. Para ello será necesario primero revisar el surgimiento de la noción de depresión y los sistemas diagnósticos que la psiquiatría tomó como referencia en los distintos momentos del desarrollo de la disciplina para diagnosticar esta dolencia.

De la melancolía a la depresión

Autores como David Healy (1997, 2004) y Philippe Pignarre (1995, 1997, 2001) han señalado que las depresiones, antes del desarrollo de los antidepresivos, no eran una de las preocupaciones centrales ni de la psiquiatría ni de la psicología. Antes de los años cincuenta la literatura internacional se ocupaba escasamente de esa enfermedad y, en el mejor de los casos, entre las dolencias mentales vinculadas a la variación de los estados de ánimo, era la melancolía la entidad que más atención suscitaba. En el Uruguay prácticamente no existen artículos o publicaciones que aborden de lleno la depresión ni como trastorno, ni como objeto de la exploración terapéutica antes de la entrada de los antidepresivos en el país. Los primeros trabajos en los que la depresión comienza a hacer su aparición son, en verdad, los propios ensayos clínicos que los laboratorios impulsaron con los primeros antidepresivos.

Todo parece indicar, pues, que antes de la aparición de los antidepresivos, la depresión no ocupaba un lugar relevante como dolencia psiquiátrica ni como categoría diagnóstica. A principios del siglo XX hubiese sido impensable que la depresión llegaría a obtener hacia los años noventa la categoría de epidemia y que la OMS lanzaría advertencias a nivel mundial contra ella y la consideraría el trastorno mental más difundido de comienzos del siglo XXI. En estos tiempos la depresión parece haber tomado el lugar central que antaño ocupaban la histeria o la neurastenia en el escenario de las enfermedades psíquicas. Y efectivamente, si la depresión puede ser considerada el malestar del siglo XXI, es en gran medida porque su existencia como entidad clínica es relativamente reciente. La categoría «depresión» hizo su aparición en los manuales médicos durante la década de los sesenta del siglo XVIII y se transformó en un diagnóstico habitual recién a mediados del siglo XX (Shorter, 2002).

Esto no quiere decir, sin embargo, que muchos de los síntomas que conforman las actuales depresiones no hayan sido observados con anterioridad por el cuerpo médico. En verdad, historiadores como Jackson (1986) han sostenido que puede trazarse una historia del conjunto de síndromes clínicos que desde la antigüedad clásica se encuentran emparentados con la actual depresión, tomando como método la revisión de las descripciones clínicas que la literatura médica ha producido en el correr de los siglos. La dificultad inherente a este esfuerzo estriba en poder reconocer en distintas dolencias mentales, que no necesariamente se han denominado depresión, un núcleo básico de síntomas que se mantenga estable a la largo del tiempo. Una vez delimitado este conjunto de síntomas, es posible rastrear a través de las descripciones clínicas las teorías etiológicas y los tratamientos que la han acompañado en los distintos momentos históricos. Tal perspectiva une inevitablemente la depresión a la larga tradición del pensamiento occidental sobre la melancolía. La depresión actual mantiene con esta categoría ciertas similitudes y diferencias que hace que algunos sostengan la existencia de una continuidad entre ambas nociones, siendo la depresión tan solo el nombre moderno de la vieja melancolía (Jackson, 1986), mientras que para otros esta continuidad difícilmente puede sostenerse sin conflicto, a pesar de las similitudes que puedan encontrarse en la descripción de ambas enfermedades a lo largo de la historia (Radden, 2000, 2003).⁷³ Pero más allá de la reflexión forzosa sobre la ontología de la depresión y la melancolía que supone el intentar equipararlas o diferenciarlas, lo cierto es que en la taxonomía psiquiátrica estas categorías han estado emparentadas desde los inicios de la disciplina y continúan estando emparentadas incluso al día de hoy. Es posible explorar una ligazón entre depresión y melancolía en la historia a largo plazo de la medicina,

73 Para Jennifer Radden (2000, 2003) establecer similitudes o diferencias entre las descripciones de la depresión clínica y los documentos de la antigüedad sobre la melancolía implica decisiones metodológicas y ontológicas, pero sobre todo dar respuesta a qué tipo de entidades son la depresión y la melancolía. Es allí donde reside la dificultad de sostener una consistencia entre ambas categorías.

pero también es posible explorar una ligazón entre melancolía y depresión en la historia reciente de la psiquiatría.

En efecto, puede constatarse en los escritos médicos un paso de la melancolía a la depresión que se produce bajo un mecanismo de delimitación y acotamiento creciente de las enfermedades afectivas. Ello supuso primero una patologización de la melancolía, luego su separación de los trastornos de la razón y su delimitación como enfermedad del afecto para que luego pudiera pasarse al terreno de la depresión.

El término melancolía fue utilizado durante dos mil años para hacer referencia a estados de pesadumbre y enlentecimiento que algunas veces eran considerados una enfermedad y otras una forma de temperamento.⁷⁴ La antigua melancolía abarcaba, entonces, una serie de rasgos más amplios que los de la depresión actual e incluso algunos de ellos no se encontraban patologizados. La melancolía griega, por ejemplo, presentaba un cuadro clínico en el que se combinaban como síntomas básicos la tristeza, el miedo y la desesperación, pero también se incluía en los diferentes escritos de autores hipocráticos otra serie de síntomas como la aversión a la comida, el insomnio o la irritabilidad. En los escritos de la tradición hipocrática y galénica la melancolía abarcaba alucinaciones, delirios e ideas persecutorias. La amplitud de la noción de melancolía incluyó, además, el encadenamiento del carácter melancólico con la genialidad y la creatividad.⁷⁵

El cuadro clínico varió escasamente hasta el siglo XIX, pero durante el siglo anterior se había ampliado su contenido incorporando en él los síntomas del enlentecimiento motor y el agotamiento físico. Por otra parte, a nivel popular la melancolía había tomado un lugar destacado durante el siglo XVIII. El temperamento melancólico se asociaba al refinamiento y agudeza mental y la literatura recogía estos puntos de vista a través de novelas, poemas y artículos de divulgación sobre la salud. La figura romántica del melancólico fue llevada a su paroxismo

74 Procedente de los términos griegos *melaina* chole, que significan bilis negra, llegó a las lenguas vernáculas a través de su transliteración latina *melancholia*. La bilis negra era uno de los cuatro humores que conformaban la teoría de los Humores, teoría que estará vigente desde la antigüedad clásica hasta el renacimiento. En ella la bilis negra era causa de la melancolía como trastorno mental de tristeza y miedo crónicos y de los temperamentos melancólicos (Jackson, 1986: 16). En español, términos como *malenconía*, eran comunes entre los siglos XIII y XVI. Hacia el 1600 se emplean *malanconía*, *malancolia*, *malencolía* y *malencólico* (Corominas y Pascual, 1985). Vocablos similares aparecen en las restantes lenguas vernáculas aproximadamente durante la misma época. Estos vocablos se empleaban para referir a la enfermedad, el humor melancólico, el temperamento y la bilis negra (Jackson, 1986: 17).

75 El Problema XXX (escolio 1) atribuido a Aristóteles fue decisivo en la difusión de esta asociación. Aunque hace una primera referencia a la tristeza sin causa aparente, noción que será fundamental para caracterizar la melancolía a lo largo de toda su historia, la tesis central de estos escritos que será recogida por el mundo médico será la que conecta melancolía y genialidad artística. Las descripciones clínicas y populares posteriores de la melancolía y el carácter melancólico retomarán esta relación en reiteradas oportunidades.

a finales del 1700 como la de aquel sujeto capaz de experimentar como ningún otro la tristeza, la nostalgia y la desesperación (Radden, 2000).

En síntesis, el uso médico que se hacía del término melancolía desde la antigüedad clásica incluía elementos que la psiquiatría del siglo XX no ubicaría dentro de la melancolía y, por otra parte, no enfatizaba otros que serían fundamentales en su definición para esta disciplina. En sus orígenes la melancolía llegaba incluso a designar la «locura» en sentido amplio y, por mucho tiempo, aunque la tristeza figuraba como uno de sus síntomas no constituía su rasgo esencial. Sería durante el siglo XIX, cuando la melancolía experimentaría un cambio semántico, que se iniciaría el camino para el surgimiento de categorías nosográficas para los afectos patológicos (Berrios, 1988). La psiquiatría decimonónica realizaría una reducción del cuadro melancólico, pero también operaría en la distinción creciente entre la melancolía y la figura popular del melancólico y en la distinción entre melancolía y depresión (Jackson, 1986; Radden, 2000).

Melancolía y depresión en el siglo XIX

Hacia fines del siglo XVIII Philippe Pinel prepararía el terreno para las transformaciones que la noción de melancolía experimentaría durante el siglo XIX. La presentación que Pinel realizó de la melancolía en 1801 como una de las cuatro enfermedades mentales de su nosografía lanzó por delante la noción de enfermedad parcial con más fuerza que en los siglos anteriores.⁷⁶ El cuadro clínico quedó conformado por delirios fijados en un solo tema, síntomas de pesadumbre, preferencia por la soledad y sospechas lúgubres, que afectaban preferentemente una esfera del funcionamiento psíquico: la esfera emocional. A pesar de ello, en medicina la melancolía siguió cubriendo una disparidad de síntomas de diversa naturaleza durante casi todo el siglo XIX, mientras que a nivel popular se afianzó como un término que describía los estados de tristeza. Debido a esta pluralidad de sentidos del término, al poco tiempo comenzó a pensarse que no era un vocablo apropiado para ser empleado en medicina.

Esquirol, discípulo directo de Pinel, fue el primer alienista en descartar expresamente el término melancolía para nominar los estados patológicos caracterizados por el delirio, la ausencia de fiebre, el miedo y la tristeza prolongada. Abandona su uso, pues lo consideraba fuertemente asociado a la antigua teoría humoral que consideraba perimida y encontraba, además, que poseía un uso popular confuso que englobaba distintos tipos de tristeza. En busca de una terminología psiquiátrica más precisa y una distinción más fina de los estados patológicos del humor, en 1820 propuso el uso del vocablo *lipemanía*, que combinaba las palabras griegas para designar la tristeza (*lype*) y la locura (*manía*). Esquirol ubicaba la lipemanía dentro de lo que denominaba monomanías. Las monomanías designaban los delirios parciales con talante triste o alegre indistintamente y abarcaban, por un lado, la monomanía propiamente dicha en la

⁷⁶ Las restantes enfermedades eran la manía, la demencia y el idiotismo.

que ubicaba los estados exaltados y alegres y, por otro lado, la lipemania que comprendía los estados de tristeza. Con esta división de la monomanía en dos caras, Esquirol trataba de separar los cuadros de tristeza y manía que desde la antigüedad clásica venían siendo considerados una misma enfermedad. Por esta vía, además, al proponer el neologismo de la lipemania realizó una reducción del contenido del cuadro de la melancolía limitándolo a las perturbaciones emocionales.

El vocablo propuesto por Esquirol no tuvo fuera de las fronteras de Francia gran popularidad, pero sirvió como un término puente entre los de melancolía y depresión, pues delimitó la necesidad de una terminología específica para los trastornos emocionales, que dejara fuera los trastornos intelectuales o volitivos. De esta forma, luego de Esquirol, varios alienistas procuraron avanzar en la distinción entre enfermedades emocionales con y sin trastornos de la esfera intelectual. La ausencia o presencia de delirio o de estados de confusión se transformó paulatinamente en un elemento diferenciador de los cuadros clínicos. Kraft-Ebbing, por ejemplo, señaló que el rasgo principal de la melancolía era una *depresión emocional penosa* sin causa aparente y con inhibición de las funciones mentales. Reconoció también dos tipos de melancolía, a las que denominó melancolía simple y melancolía con estupor. Esta última incluía estados en los que la melancolía se agrava agregando a la inhibición psíquica la inhibición orgánica. La primera, por tanto, sería aquella melancolía más leve en la que únicamente se apreciarían síntomas psíquicos. Esta forma incluía un conjunto de subtipos entre los que se encontraban las formas sin delirio, los estados agitados y la melancolía con delirio, entre otras. En la década de los ochenta del siglo XVIII Magnan distinguió entre la manía y la melancolía psicóticas como *elementos simples* e independientes de los estados maniáticos y depresiones propios de otras enfermedades, al mismo tiempo refería la existencia de estados maniáticos o melancólicos en los que se mantenía la razón. Con ello sentó uno de los primeros antecedentes de la distinción de la melancolía como enfermedad psicótica, en la que la esfera intelectual se encuentra afectada principalmente por los delirios y la depresión como enfermedad neurótica, sin perturbaciones intelectuales, distinción que sería habitual durante el siglo XX (Quinet, 1997: 44). En 1894 Jules Séglas realizó una distinción similar describiendo el cuadro de la melancolía simple como melancolía con conciencia o sin delirio (Quinet, 1997: 45). De esta forma, se iba configurando la noción de estados leves de tristeza y con ausencia de síntomas intelectuales que permitiría, por ejemplo, la aparición en ese siglo de la categoría de neurastenia entendida como agotamiento de la fuerza nerviosa.

También luego de la contribución de Esquirol, las descripciones clínicas se preocuparon por el curso y el devenir de las enfermedades emocionales, lo que implicó una vuelta a la revisión de los vínculos entre melancolía y manía. La discusión se centró en la existencia o no de entidades con una sola forma de talante entristecido o de entidades con alternancia de estados melancólicos y maniáticos. Dos alumnos de Esquirol tomarían protagonismo en este punto. Jules

Baillarger propuso la existencia de una enfermedad distinta de la melancolía y de la manía pero que poseía las características de ambas a un tiempo y que denominó, en 1854, *locura con doble forma* (*folie à double forme*). La enfermedad poseía episodios maníacos y depresivos que se alternaban regularmente. Poco tiempo después, Jean-Pierre Falret se atribuyó a sí mismo y a sus colaboradores el establecimiento, desde 1851, de la *locura circular* (*folie circulaire*), un cuadro patológico muy similar al descrito por Baillarger. Esta enfermedad se componía también de la alternancia de estados maníacos y melancólicos pero con intervalos de normalidad de duración variable. Baillarger abandonó el uso del término melancolía y optó por el empleo del término depresión para describir el polo de abatimiento de la enfermedad (Tendlarz, 1997: 24-25). A pesar de las similitudes de los cuadros descriptos por ambos psiquiatras existen varias divergencias en sus apreciaciones. Baillarger concordaba con las monomanías de Esquirol, es decir, con la existencia de estados maníacos o melancólicos independientes mientras que Falret no concuerda con ello. Esta discrepancia daría lugar en el correr del propio siglo XIX a una postura que siguiendo a Falret, unificaría los episodios maníacos y melancólicos en estados mixtos, y a otra que siguiendo a Baillarger, sostendría la independencia de la melancolía como dolencia aislada (Tendlarz, 1997: 25).

Este debate se zanjaría a fines del siglo XIX y principios del XX con los trabajos de Emil Kraepelin, quien sistematizaría el cuadro de las psicosis maníaco-depresivas.⁷⁷ En este cuadro Kraepelin incluía estados simples y estados mixtos, por lo que era posible entonces considerar la melancolía primero y luego de la depresión como cuadros independientes y recoger, al mismo tiempo, la noción de la melancolía y la manía como dos manifestaciones distintas de un único proceso mórbido.

En líneas generales las psicosis maníaco-depresivas se distinguían por tres pares opuestos de síntomas: las emociones exaltadas o deprimidas, la fuga de ideas o inhibición del pensamiento y la inhibición de movimiento o agitación motriz, lo que le permitía englobar los polos maníacos y melancólicos bajo una misma enfermedad. La predominancia de uno y otro y su virtual equilibrio se manifestaba en las formas maníacas, depresivas o mixtas de la psicosis

⁷⁷ Emil Kraepelin marcó el rumbo de la psiquiatría con las sucesivas ediciones de su *Tratado de Psiquiatría* en 1883, 1887, 1889, 1893, 1896 y 1899. En las tres primeras ediciones Kraepelin utilizó los sistemas clasificatorios en boga durante el siglo XIX para la melancolía: melancolía simple o sin delirio y melancolía con delirio, melancolía activa, melancolía periódica. Es en la quinta edición de 1896 en la que Kraepelin presentó una nosología original y novedosa. Dividió las enfermedades mentales en psicosis deteriorantes y no deteriorantes. En esta última categoría incluyó la melancolía, la manía y la locura circular llamándolas también psicosis periódicas. Estas eran consideradas enfermedades constitucionales, mientras que las psicosis deteriorantes respondían a causas exógenas o adquiridas. En 1899 las psicosis deteriorantes fueron sustituidas por la categoría de demencia precoz y las psicosis periódicas por la de psicosis maníaco-depresiva que englobaba estados maníacos, depresivos o mixtos. A principios del siglo XX, Kraepelin profundizaría el alcance de estas nociones, precisando con más detalle las características de cada forma de psicosis maníaco-depresiva.

maníaco-depresiva. Cada una de estas formas comprendía también una serie de estados de gravedad creciente.

La nosología de Kraepelin reflejaba, además, cómo hacia finales del siglo XIX la depresión comenzó a sustituir en su uso técnico al término de melancolía y esta pasó a ser un tipo de enfermedad incluida dentro de la categoría de las depresiones psicóticas. A mediados del siglo XIX el término depresión había comenzado a ser utilizado en medicina para designar los síntomas de pesadumbre que por momentos podían referir tanto a aspectos fisiológicos como emocionales.⁷⁸ Podía emplearse para señalar una reducción de la actividad general de los individuos y para oponer estos estados a los de manía o excitación. En los textos médicos de la primera mitad del siglo se utilizó preferentemente para describir los afectos correspondientes a los trastornos melancólicos, siendo aún impensable su uso como categoría diagnóstica (Jackson, 1986: 17). El uso diagnóstico del término tuvo una primera aproximación a mediados de siglo cuando Wilhelm Griesinger propuso la categoría de estados de depresión mental como equivalente a la melancolía. Sin embargo, durante el resto de la centuria el término melancolía continuó siendo la noción diagnóstica fundamental y el término depresión siguió siendo empleado descriptivamente. Con la introducción por Kraepelin de la categoría genérica de *estados depresivos* el vocablo depresión se convirtió, a fines de siglo, en un sinónimo de la melancolía y pudo recoger en su uso técnico parte del uso popular en el que la melancolía describía los estados de tristeza. Ciertamente la melancolía simple era la entidad que luego de despejada de los rasgos delirantes, daría lugar a las depresiones como trastornos del humor desligados de la locura. La definición de Séglas de 1894 de melancolía con conciencia proporcionaba el sustento del surgimiento de las depresiones actuales en el campo de la psiquiatría, pues establecía sólidamente la idea de que era posible diferenciar las perturbaciones del humor y del afecto de las perturbaciones del juicio. Era posible, por tanto, un sufrimiento en el campo de los afectos desligado de la pérdida de lucidez. La psiquiatría, de allí en adelante, no cesaría en el esfuerzo de explicar las variaciones del humor y de la timia como dolencias mentales.⁷⁹

En suma, los cambios experimentados durante el siglo XIX por la noción de melancolía suponen un esfuerzo evidente de los alienistas de la época por

78 El término depresión deriva del latín de *y premere* cuyas acepciones son oprimir, apretar, abatir y *deprimere* que significa empujar hacia abajo, hundir (Jackson, 1986: 17). Se constata su uso en textos en español hacia el siglo XVI y alrededor de 1800 aparecen términos tales como depresivo (Corominas y Pascual, 1985). Su empleo en el ámbito de las dolencias mentales, es mucho más reciente que el del término melancolía. Aun cuando se utilizaba desde el siglo XVIII en el campo médico y cuando algunos pacientes empleaban el término para describir los síntomas que experimentaban (Shorter, 2002: 26), su uso se generalizó en las lenguas europeas durante el siglo XIX.

79 En psiquiatría los términos humor y timia se utilizan muchas veces como sinónimos para describir el estado de ánimo de un sujeto. Sin embargo, puede establecerse una pequeña diferencia entre ambos: el humor refiere la disposición afectiva de base de los individuos, mientras que la timia designa los cambios momentáneos en la expresión de la afectividad.

delimitarla con precisión y diferenciarla de las distintas dolencias mentales. Este esfuerzo redundó en la proliferación de nosografías de las que emergieron una gran variedad de tipos y subtipos de melancolía, llegándose a contabilizar en algunos casos cerca de medio centenar de categorías.⁸⁰ No obstante, dicha noción sufrió, a principios de ese siglo, un recorte importante en su contenido a partir de la propuesta nosológica de Esquirol que la dibujó más nítidamente como una dolencia caracterizada fundamentalmente por el talante depresivo grave. Una vez dado este paso, la melancolía ya no fue asociada tan frecuentemente con el delirio lo que permitió que apareciera la distinción entre melancolía con delirio y sin delirio. El componente básico de las descripciones clínicas se centró en los estados de angustia y la inhibición de las facultades mentales. Posteriormente, en la medida en que el delirio pasó a ser un rasgo accesorio de la enfermedad, esta dejó de ser considerada una locura parcial y la propuesta de Esquirol fue dejada de lado. Según Berrios (1988, 1996) la categoría de lipemanía propuesta por Esquirol sirvió para promover el paso de una concepción de la melancolía como una dolencia que afectaba sobre todo la esfera intelectual a una dolencia propia de la esfera afectiva. Toda la elaboración psiquiátrica del siglo XIX comprendida entre los trabajos de Esquirol y Kraepelin habría representado un período en el que la disciplina afianzó la noción de que los trastornos psiquiátricos no solo eran enfermedades que afectaban las facultades intelectuales sino también enfermedades de las emociones y que estas emociones podían, además, constituirse en trastornos afectivos por sí mismos con una psicopatología estable. A partir de los trabajos de Emil Kraepelin el vocablo depresión encontró un lugar más sólido como diagnóstico psiquiátrico. La introducción en 1899 de la noción de locura maníaco-depresiva impulsada por este psiquiatra abrió paso al desarrollo de la noción de depresión como dolencia mental sustitutiva de la antigua noción de melancolía e indujo a la especificación tanto de una como de otra. Así, de allí en adelante, la melancolía fue identificada con una enfermedad con un tipo específico de humor, perturbaciones psicomotoras y signos vegetativos (Fink y Taylor, 2007: 15). A pesar de que las descripciones de la melancolía variaban de un autor a otro, fue definida constantemente como una enfermedad que incluye síntomas del humor como la culpa, sentimientos de desvalorización, pérdida de interés, ideación suicida, tristeza inmotivada, y signos vegetativos como pérdida de apetito, insomnio, y trastornos psicomotores como agitación o enlentecimiento de movimientos. La tristeza inmotivada, promovió una visión tradicional de la melancolía en la que esta era vista como fundamentalmente «biológica» o «endógena», en oposición a la tristeza motivada que más tarde sería identificada con la depresión reactiva.

80 En el *Dictionary of Psychological Medicine* de Tuke, aparecido en 1892, figuran cincuenta y cuatro tipos distintos de melancolía (Jackson, 1986: 171).

Hacia la proliferación de taxonomías

Es el siglo XX el que asistirá al cambio definitivo del polo de la sin razón al terreno de los afectos penosos. Durante este siglo la tristeza pasará de un simple rasgo sintomático a sostener la noción de depresión como entidad nosológica, en un claro movimiento expansivo del dominio de lo patológico. En la medida en que la categoría de depresión comenzaría a tomar consistencia, esta experimentaría un proceso paradójico por el que, al mismo tiempo que se intentaba pintar un cuadro patológico claro, este se desdibujaba con la proliferación de sistemas clasificatorios diversos.⁸¹

La clasificación de estos desórdenes suscitó una serie de debates en los que se delinearon un conjunto de dicotomías que habría de sobrevivir durante toda la centuria. Heredada de los trabajos de Paul Moebius de 1893, la oposición entre trastornos psiquiátricos de etiología endógena y exógena fue fundamental para la construcción de nosografías y la recomendación de tratamientos. Esta oposición ponía en relación las nociones de herencia y constitución ampliamente utilizadas durante el siglo XIX y la idea de la existencia de traumatismos y de agentes patógenos. Kraepelin fue la figura decisiva que influyó en la generalización de la misma en la psiquiatría al incorporarla en la sexta edición de 1896 de su famoso manual. En los primeros tiempos, tanto lo endógeno como lo exógeno referían a causas biológicas, pero en la medida en que algunos autores comenzaron a incluir elementos psicológicos dentro de las etiologías exógenas, la dicotomía pasó a significar la oposición entre causas hereditarias y causas psicológicas. Prontamente la dicotomía endógeno-exógeno incluyó también la idea de reactividad. Con ello se transformó en el par endógeno-reactivo que más tarde derivó en las oposiciones endógeno-neurótico y psicótico-neurótico. Así, las depresiones han sido clasificadas durante el siglo XX utilizando sucesivamente estas oposiciones.

Adolf Meyer, un psiquiatra norteamericano y contemporáneo de Kraepelin, al contrario de este enfatizó la importancia de los acontecimientos vividos por el enfermo en la génesis de las enfermedades. Según Meyer las enfermedades mentales eran consecuencia de reacciones inadecuadas dependientes tanto de la constitución del individuo como de su historia de vida. Si bien estuvo de acuerdo con la clasificación de Kraepelin, observó un conjunto de formas depresivas no relacionadas con la psicosis maníaco-depresiva. Para Meyer la melancolía y sus distintos tipos no eran otra cosa que una forma de englobar un conjunto de enfermedades diferentes dominadas por la depresión. Siguiendo este razonamiento propuso en 1908 la eliminación del término melancolía y su sustitución por el de depresión, a la vez que profundizó sus ideas acerca de las enfermedades reactivas. En base a esta noción construyó una tipología con seis clases de desórdenes de reacción entre las cuales ubicó el grupo de reacción afectiva como reemplazo de las psicosis maníaco-depresivas de la nosología de Kraepelin. Al describir

81 En el Anexo I se muestran esquemáticamente las principales clasificaciones de la depresión utilizadas en el siglo XX.

los estados depresivos como enfermedades reactivas menos dependientes de los factores constitucionales, Meyer abrió la puerta a los tratamientos psicoterapéuticos de las depresiones. El cuadro reactivo permitía modificaciones y cambios en base al examen de la historia de vida del propio paciente.

Los tipos reactivos de Meyer tuvieron su versión inglesa en el manual de psiquiatría publicado en Gran Bretaña en 1927 por David Henderson y Robert Gillespie, texto que fuera reeditado al menos hasta 1962. Estos autores combinaron los tipos reactivos afectivos de Meyer con la visión de Kraepelin, haciendo aparecer la psicosis maníaco-depresiva y la melancolía involutiva como subtipos dentro del conjunto de enfermedades afectivas reactivas. Si bien su concepción de la melancolía y la depresión se mantuvo constante durante varios años, la edición de 1962 transformó la presentación de los estados depresivos en tipos de reacción neuróticos, y con ello fue posible distinguir depresiones psicóticas de depresiones neuróticas.

El par psicótico-neurótico suponía además de las diferencias etiológicas, la ausencia o presencia de determinados síntomas y también se asociaba a distintos grados de gravedad, siendo la depresión psicótica la más inhabilitante. La aparición del *electroshock* pareció validar la oposición entre depresiones endógenas y reactivas en la medida en que se encontró que solo las primeras respondían a este tratamiento.

Autores más recientes han señalado los inconvenientes de estas dicotomías pero, sin lograr desembarazarse de la construcción de pares opuestos, han propuesto otro conjunto de ellos. Van Praag elaboró las categorías de depresión vital y depresión personal, Leonhard la de depresión bipolar y monopolar, Perris depresión bipolar y unipolar. Estos últimos pares de opuestos volvían a marcar la importancia de la recurrencia y periodicidad de la enfermedad.

En verdad, la noción de depresión como cuadro independiente se estabilizó hacia 1940. En esa época la psiquiatría se mostró preocupada por los numerosos casos de enfermedades mentales sin delirio que acudían a la consulta tanto de medicina general como de psiquiatría. Muchos de estos casos, caracterizados por una fuerte fatiga se diagnosticaban como neurastenia y muchos otros, dominados por el síntoma de abatimiento, se englobaban bajo la rúbrica de los estados depresivos.⁸²

En 1946 Jean Delay publicó un libro en el que abordó específicamente las alteraciones del humor oponiendo la esfera mental a la esfera tímica, en la que se conjugan emociones y estados de ánimo (Ehrenberg, 1998: 82). Pero esta esfera tímica será finalmente desmembrada en una serie de trastornos afectivos distintos que frecuentemente se distribuirían de acuerdo a una vasta serie de oposiciones binarias.

82 Permanentemente la psiquiatría del siglo XX empleará indistintamente la expresión «estados depresivos» o los términos «depresión» y «depresiones», denotando de esta forma la dificultad de definición que supone para la disciplina este cuadro clínico (Ehrenberg, 1998: 90).

A mediados de la década de los cincuenta, en el campo de las depresiones, la discusión acerca de las distintas categorías diagnósticas puso un mayor énfasis en los síntomas descriptivos de las mismas y en el abandono de los criterios etiológicos como fundamento nosográfico. De hecho, las distinciones entre depresión endógena y exógena, neurótica y psicótica remitían a causas que en el marco de las nuevas terapéuticas biológicas basadas ante todo en bases neuroquímicas entraban en conflicto con las hipótesis etiológicas derivadas del descubrimiento de los antidepresivos. Los criterios nosológicos de la psiquiatría clásica dieron paso a categorías descriptivas de conjuntos sintomáticos sobre todo porque los nuevos antidepresivos enfocaban a la remisión de síntomas.

Durante la década de los setenta los trastornos del humor reconfigurarán las nosologías abandonando parte de las dicotomías anteriores, particularmente la de depresiones neuróticas y psicóticas y ya no ubicando la tristeza como rasgo fundamental de los estados depresivos. La categoría de depresión enmascarada, elaborada por Kielholz en 1973 y de uso extendido en los años siguientes, es muestra cabal de esto último (Ehrenberg, 1998: 163-67). En la depresión enmascarada no es necesario que el enfermo sienta que está deprimido, por el contrario, en estos casos el enfermo solo percibe malestares físicos que no puede vincular directamente con su estado emocional y que, por consiguiente, ocultan y velan los síntomas depresivos de orden psíquico.

La psiquiatría norteamericana fue la principal protagonista de este cambio de rumbo acaecido durante los años setenta, pues durante la segunda mitad del siglo XX logró consolidarse como la más influyente dentro del campo disciplinario a nivel internacional y sus sistemas clasificatorios llegaron a todos los rincones del mundo.

Las primeras nosologías elaboradas por organismos oficiales de Estados Unidos se inspiraban en los trabajos de Kraepelin y dentro de las enfermedades depresivas reconocía la psicosis maníaco-depresiva y la melancolía. En 1935, por la influencia de Meyer, las clasificaciones oficiales incluyeron la categoría de depresión, englobándola dentro de los trastornos psiconeuróticos. En 1951 la clasificación elaborada por la Standard Veteran's Administration distinguía la reacción maníaco-depresiva, la reacción depresiva psicótica y la melancolía involutiva bajo la categoría de trastornos de afectividad. En 1952 la American Psychiatric Association preparó su propio sistema nosológico de las enfermedades mentales que fue reflejando los cambios en la visión psiquiátrica en sus sucesivas ediciones. La primera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)* se mantenía apegada a la clasificación de la Standard Veteran's Administration aunque renombraba los trastornos afectivos como reacciones afectivas y ubicaba la melancolía involutiva dentro de los trastornos del metabolismo. La segunda versión del manual diagnóstico, de 1968, por el contrario, mostraba la influencia de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8)* y su énfasis en la dicotomía endógeno-reactivo. El DSM-II transformaba las reacciones afectivas del *DSM-I* en trastornos afectivos

graves emulando las psicosis afectivas del *CIE-8* y englobando la psicosis maníaco-depresiva y la melancolía involutiva. Al mismo tiempo sustituyó la reacción depresiva del *DSM-I* por la neurosis depresiva, mientras conservaba la personalidad ciclotímica como categoría.

En la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, de 1980, las depresiones fueron clasificadas dentro de los trastornos afectivos. Esta categoría se divide en trastornos afectivos mayores que a su vez incluyen los trastornos bipolares (mixtos, maníacos o depresivos) y las depresiones mayores (con episodio único o recurrente); otros trastornos afectivos específicos, que comprenden los trastornos ciclotímicos y distímicos (neurosis depresivas); y trastornos afectivos atípicos subdivididos en trastornos bipolares atípicos y depresiones atípicas (American Psychiatric Association, 1980).

La etiología se empleó como criterio clasificatorio únicamente cuando se tenía certeza de ella y en el resto de los casos se agruparon los trastornos de acuerdo a la presencia de rasgos descriptivos comunes sin importar su gravedad. De todas formas, el *DSM-III* recogió la noción de endógeno —aunque no retoma el término— al tratar de incluir en su clasificación las depresiones que responden a las terapias biológicas, y con ello reflató el antiguo término de melancolía pero solo para designar un rasgo de las depresiones graves, que fueron llamadas trastornos depresivos mayores. La depresión era en ese momento la categoría central de los trastornos del humor y la melancolía un subtipo que se identificaba más fácilmente como un tipo más biológico de depresión en la medida en que los trastornos psicomotores fueron tomados como su rasgo definitorio.

Hubo una segunda versión revisada del *DSM III*, el *DSM III-R*, publicada en 1987, que básicamente seguía los mismos lineamientos que la primera versión, aunque reagrupó los trastornos afectivos indicados en el *DSM-III* bajo el nombre de trastornos del estado de ánimo. Los trastornos del estado de ánimo fueron divididos en trastornos depresivos y trastornos depresivos bipolares. Dentro de los trastornos depresivos se incluyeron el trastorno depresivo mayor y la distimia. Dentro de los trastornos bipolares se distinguió el trastorno bipolar, la ciclotimia y los trastornos bipolares no especificados (American Psychiatric Association, 1987).

La cuarta edición del manual (*DSM-IV*), aparecida en 1994, eliminó por entero los términos de neurosis y melancolía. Su gran aporte en la clasificación específica de los trastornos del estado de ánimo fue la diferenciación dentro de los trastornos bipolares del trastorno bipolar I —que alterna episodios maníacos con episodios depresivos mayores—, del trastorno bipolar II —que alterna episodios depresivos mayores con episodios hipomaníacos— (American Psychiatric Association, 1995 [1994]).

Psicoanálisis, melancolía y depresión

Paralelamente al desarrollo de la psiquiatría, el psicoanálisis hizo sus propias contribuciones a la comprensión de la melancolía y la depresión. El trabajo capital del que partieron todas los aportes posteriores de la corriente psicoanalítica fue el artículo, ya clásico, *Duelo y Melancolía* escrito por Sigmund Freud y publicado en 1917. En este ensayo Freud toma el término melancolía de la tradición psiquiátrica, pero reemplaza el interés de la psiquiatría por especificar los signos y síntomas observables de la melancolía por un interés en el proceso psíquico que tenía lugar en esta dolencia. Freud señala lo equívoco de la categoría de melancolía, en la medida en que parece agrupar distintos tipos de enfermedades psicógenas y somáticas, pero no se ocupa en delimitar una nosología propia. Utiliza los términos melancolía y depresión como eran empleados en su momento: depresión para la descripción de síntomas y melancolía para la enfermedad de carácter psicótico. Básicamente presenta una explicación psicodinámica de la melancolía comparándola con la situación normal de duelo en la que se experimenta dolor por la pérdida de un ser querido. De allí en adelante, la melancolía y las depresiones serán explicadas en base el modelo de la pérdida como formas patológicas de una reacción normal. En el duelo el sujeto realiza un trabajo de desligazón de sus afectos del objeto perdido, trabajo que le produce un dolor que remitirá al final del proceso. Por el contrario, en la melancolía el dolor del sujeto está relacionado con la pérdida de un objeto que escapa a la conciencia. Mientras que en el duelo se llora la pérdida de un ser querido, en la melancolía abundan los autorreproches. Para Freud estos autorreproches irían en verdad dirigidos a otra persona, es decir, a un objeto perdido, pero de cuya pérdida el sujeto no está advertido. El sujeto se ha identificado con este objeto y es sobre él mismo que caen los reproches y lamentos.

En 1911 Karl Abraham había abordado el tema de la depresión considerando, junto con la ansiedad, el afecto más común entre las distintas formas de neurosis y psicosis. Distinguía la depresión neurótica motivada por el inconsciente del sentimiento normal de pena o tristeza motivada por causas concretas de la vida del sujeto. Hacia 1924 Abraham retoma sus trabajos sobre la depresión, particularmente sobre la depresión melancólica, señalando que la misma es una reedición del dolor sufrido por una privación temprana.

También dentro de la corriente psicoanalítica Melanie Klein impulsó su propia teoría sobre la depresión en vinculación con su original concepción del desarrollo normal del niño. En este desarrollo el niño pasaría por distintas fases: la posición esquizoparanoide y la posición depresiva. Esta última posición, que se ubica temporalmente entre los seis y doce meses de vida se asocia al enojo, la culpa y la tristeza ante la frustración que le produce al niño el no poder controlar plenamente a su madre como proveedora de cariño y alimento. Esta madre, que no responde a todas las demandas del niño, pasa a ser vivida en esas instancias como frustrante y ante ella se experimentan sentimientos ambivalentes. La etapa

depresiva se resuelve finalmente cuando el sujeto puede reconocer que es la misma madre la que en ocasiones gratifica y en ocasiones frustra, es decir, cuando puede integrar en un mismo objeto los aspectos buenos y malos. Una resolución inadecuada de esta etapa hará que, en la vida adulta posterior, el sujeto se encuentre detenido en esta fase, sin haber superado la ansiedad y la depresión propias de la misma.

La contribución freudiana al estudio de las depresiones marcó el rumbo de las consideraciones psicoanalíticas de las mismas a través de dos ejes principales: la pérdida como causa y los sentimientos de autorreproche. Esta última observación clínica derivaría en la noción de la falta de autoestima, noción que tomaría amplia difusión en el mundo psiquiátrico y legó como distintiva de los estados depresivos. La pérdida como causa suponía una complejización y un desarrollo más elaborado de lo que ya otros autores habían señalado como posible etiología de los episodios melancólicos. La teoría freudiana ubica esta pérdida en un marco referencial que pretende brindar una explicación psicodinámica de los acontecimientos subjetivos.

Los primeros años de desconcierto depresivo

Cuando los antidepresivos hicieron su aparición la categoría de depresión había alcanzado cierta consistencia, pero navegaba aún en aguas turbulentas. En las diversas regiones del globo se encendió el interés por especificar el contorno y el contenido del diagnóstico de depresión, y los debates y discusiones sobre la taxonomía de la depresión se desarrollaron a lo largo de las décadas. En el medio académico uruguayo es posible rastrear, a través de los años, un sinnúmero de clasificaciones de la depresión dispares en sus supuestos teóricos, en el uso de criterios de categorización de las enfermedades o trastornos mentales y en la terminología que utilizan. Las categorías diagnósticas se suceden unas a otras, se superponen y diversifican, con ritmo cada vez más acelerado desde la introducción de los antidepresivos en el país, lo que contrasta con el relativo poco entusiasmo que la categoría había generado en los saberes psicológicos del medio con anterioridad.

Antes de los años cincuenta casi no existen trabajos puntuales sobre la depresión en el medio uruguayo y, en verdad, desde esa década hasta finales de los años sesenta y mediados de los años setenta, la psiquiatría nacional mostrará ante este cuadro patológico un desconcierto clasificatorio que, ante todo, dejaba en evidencia la dificultad de especificación que la depresión ofrecía como enfermedad concreta. Hacia finales de los años cincuenta, las depresiones no detentaban en el Uruguay un lugar central ni para la reflexión psiquiátrica de corte psicoanalítico ni para las experiencias clínicas con psicofármacos que se realizarían en la época. Se mantenía aún una relación estrecha entre melancolía y estados depresivos, siendo en verdad la primera la que recibía la mayor atención del cuerpo psiquiátrico.

Antes de los años sesenta, el artículo publicado por los doctores Ofelia Bachini y Héctor Garbarino (1956), de clara orientación psicoanalítica, es uno de los pocos trabajos que abordan el tema de la depresión sin estar ligados a la experiencia clínica de ninguna sustancia psicofarmacológica ni relacionado con eventos impulsados por la industria farmacéutica.

En este antecedente temprano es posible reconocer el modo en que la psiquiatría del momento abordaba los casos clínicos catalogados como depresivos: el estudio «caso a caso» a través de una descripción psiquiátrica detallada del cuadro y sus antecedentes. El artículo de los doctores Ofelia Bachini y Héctor Garbarino presenta dos casos clínicos que, de acuerdo con el título que los autores dieron a su trabajo, en principio se tratarían de dos casos de depresión distímica, cuya etiología es clara: la no resolución del trabajo de duelo.⁸³ Parten, por tanto, de la teoría psicoanalítica para dar una explicación psicodinámica de los casos clínicos que presentan. La nosografía no es un punto de discusión central para el artículo, pero, en el cuerpo del trabajo, lo que al inicio parecían dos casos de un mismo tipo de depresión resultan dos ejemplos representantes de la oposición depresión neurótica-melancolía. Uno de los casos es un ejemplo de depresión vinculada a los rasgos neuróticos de personalidad de la paciente y el otro un ejemplo de episodio depresivo vinculado a una melancolía. El término depresión, más que como categoría independiente que describe una enfermedad concreta, funciona en la presentación y análisis de ambos casos clínicos como un término que, por un lado, describe los momentos por los que atraviesan las pacientes como distintos episodios depresivos y, por otro, engloba de forma general distintos fenómenos patológicos bajo la rúbrica de estados de depresión. Estos estados de depresión se expresan en casos clínicos que pueden ser clasificados de acuerdo a la polaridad endógeno-reactivo que, como hemos visto, había derivado a finales de los años veinte de la polaridad endógeno-exógeno propia de la psiquiatría del siglo XIX. Es interesante observar que, cuando este trabajo se publica, los antidepresivos aún no habían hecho su aparición en el mercado mundial. Sin embargo, ya en este artículo se esboza una actitud ante la tecnificación de los tratamientos psiquiátricos que más tarde también observaremos una vez introducidas las drogas antidepresivas:

En cuanto a la terapéutica, sabemos de la eficacia de la convulsoterapia en las depresiones tanto endógenas como reaccionales para yugular la crisis pero acompañada y seguida de una psicoterapia individual o colectiva lo más activa posible porque mientras no se resuelven los conflictos se está en las mejores condiciones para que cualquier acontecimiento por insignificante que sea desencadene una nueva crisis ya sea de depresión angustiosa o de estirpe histeriforme como la que tuvo antes del ingreso esta paciente (Bachini y Garbarino, 1956: 40).

83 La depresión distímica es considerada una depresión leve que a veces suele identificarse con la depresión neurótica.

Este párrafo contiene dos nociones básicas observables de aquí en adelante con regularidad en las elaboraciones de la psiquiatría uruguaya: la idea de especificidad de los distintos tipos de tratamientos y la diferencia existente entre la cura de la enfermedad y la cura sintomática. El entrecruzamiento de estas dos nociones da como resultado una división de competencias entre tratamientos somáticos y psicoterapias que antecede a la introducción de los antidepresivos, pero que se mantendrá junto a ellos desde el primer instante de su aparición en el territorio.

En el momento en que escriben los doctores Bachini y Garbarino, nos encontramos en un período en el que el lugar del tratamiento específico para la depresión es concedido a las terapias de choque y a las psicoterapias, pero ello en virtud de que cada uno de ellos representa un modo de aproximación divergente permitido por una bipartición eficiente: los tratamientos somáticos tendrían efectividad sobre los síntomas, pero no curarían al sujeto al que sí curaría la psicoterapia.⁸⁴ Es decir, se establece una división entre tratamientos psicológicos y tratamientos somáticos en la que a cada uno le corresponde una dimensión particular de los trastornos psíquicos. Siguiendo esta bipartición se ordenarán efectivamente, de allí en adelante, los trabajos que hablen de la depresión a través del sendero de la experiencia clínica con antidepresivos, y los trabajos que hablen de la depresión a través del sendero de la experiencia clínica psicoanalítica. La especificidad que posteriormente reclamarán los antidepresivos para actuar quedará indefectiblemente enlazada a la especificidad reconocida, ya antes de su aparición, a los tratamientos somáticos y los tratamientos psicológicos.

La explicación psicoanalítica de los estados depresivos introducida por Bachini y Garbarino en 1956 sería reanudada algunos años más tarde por este último, quien se convertiría en uno de los mayores exponentes uruguayos del psicoanálisis. El doctor Garbarino en 1959 publica un artículo en los *Anales de la Clínica Psiquiátrica* en el que realiza una articulación temprana de la visión psicoanalítica kleiniana sobre la melancolía. En este trabajo, la depresión prácticamente no es mencionada y cuando lo es funciona como una categoría emparentada con la melancolía y el duelo patológico, pero también con el duelo normal, que en sí mismo no constituiría un fenómeno mórbido. Garbarino utiliza la noción de cuadros depresivos para englobar estas cuatro formas de la experiencia adulta de abatimiento que reviven, según la teoría psicoanalítica de Melanie Klein, la posición depresiva infantil. Un enfoque similar sería el que Willy Baranger, quien ocupaba un lugar decisivo dentro de la APU, desarrollaría en un artículo publicado en 1962 en la revista de dicha asociación. Estos aspectos, el de centrarse en la categoría de melancolía más que en la de depresión y, en todo caso, abordar esta última solo en función de las explicaciones psicodinámicas,

84 Se debe tener en cuenta que para la psiquiatría francesa de los años cincuenta y sesenta en la que se inspiraba la psiquiatría uruguaya del momento, el verdadero tratamiento psiquiátrico que llevaba a la curación era la psicoterapia, mientras que los tratamientos somáticos eran considerados principalmente como paliativos sintomáticos (Ehrenberg, 1998).

serían dos rasgos que el movimiento psicoanalítico uruguayo mantendría a lo largo de las décadas en sus aportes sobre las enfermedades afectivas.

Además de los dos artículos referidos no existen, entre los años cincuenta y sesenta, muchos más trabajos que aborden la depresión. Como veremos, en las experiencias clínicas realizadas hacia finales de la década (Galeano Muñoz y Ramírez, 1961; Ramírez y Badano, 1961), las depresiones figuran al lado de un sinnúmero de dolencias en las que también se ensayaron estas drogas. En la medida en que se utilizan taxonomías que incluyen dentro de los estados depresivos tanto melancolías como depresiones neuróticas, y que se fundan también en la polaridad neurótico-psicótico, estas drogas se utilizan en ambos tipos de cuadros al mismo tiempo, es decir, en dolencias que son consideradas neuróticas y en dolencias que son consideradas psicóticas. En el caso de la depresión, las mismas sustancias se ensayan tanto en depresiones psicóticas como en depresiones neuróticas. La especificidad de la correlación entre los psicofármacos con las distintas categorías diagnósticas no se encontraba aún en su máxima expresión, y psicosis y neurosis todavía podían recibir potencialmente el mismo tratamiento psicofarmacológico. Más aun, todavía se estaba en un período en que los nuevos psicofármacos estaban siendo ensayados en distintas patologías con el fin de encontrar cuál de ellas ofrecía el terreno más adecuado para que estos expresaran todas sus potencialidades terapéuticas.

A principios de los años sesenta, la depresión sigue siendo escasamente abordada como una enfermedad independiente excepto en los artículos publicados sobre ensayos clínicos con antidepresivos. Los pocos trabajos teóricos o clínicos, en los que aparece sin vinculación directa a estos psicofármacos, la unen a otro tipo de patologías, ya sea como episodios depresivos de otra entidad nosológica o la circunscriben a situaciones particulares de vida, incluso en artículos de los mismos autores que habían tratado con ella a la hora de las experiencias con las nuevas drogas antidepresivas. Por ejemplo, en 1960, en un trabajo publicado por el profesor Fortunato Ramírez, la depresión aparece como tema secundario al hastío, tema central del artículo, aun cuando el año anterior Ramírez había realizado experiencias clínicas con imipramina en algunos estados melancólicos pero también en estados depresivos. En este artículo se encuentra una frase que representa en gran medida la visión que la psiquiatría tenía de los estados depresivos:

Todos los estados depresivos del niño o del adulto, ya sean de tipo melancólico, reactivo, sintomático o neurótico pueden ser comprendidos en su esencia, conociendo lo que la psicoanalista Melanie Klein describió como «posición depresiva». Se trata de un modo especial de existir —el niño— en el mundo, que acontece por primera vez dentro del primer año de vida —y que se repetirá no solo en el niño sino en el adulto «normal».

(Ramírez, 1960: 21-22)

La teorización kleiniana sirvió en cierta medida como plataforma de base para una cierta especificación diagnóstica de la depresión, pero en todo caso, lo

hizo esclavizando siempre la noción de depresión al concepto teórico de «posición» y sin pretender proporcionar un verdadero sistema nosográfico. En trabajos como el del psiquiatra y psicoanalista Galeano Muñoz (1961) sobre depresión paranoide en el que parece esbozarse un cierto robustecimiento de la noción de depresión, esta nunca deja de ser tributaria de categorías diagnósticas más sólidas como la melancolía o la esquizofrenia.

La corriente teórica que da el marco a las reflexiones del momento es preferentemente la psicoanalítica, pero ello no impedía que, al mismo tiempo, incluso los mismos autores que escribían ensayos psicoanalíticos sobre el tema, llevaran adelante ensayos clínicos con antidepresivos que no exigían una explicación dinámica de los estados depresivos. Durante los años sesenta la depresión aparece referida principalmente bajo la forma del cuadro depresivo y el distímico, del síndrome depresivo o de los estados depresivos (Ramírez, 1960; Genis, 1960; Bedó, 1961; Murguía, 1966; Galeano Muñoz y Dokow, 1967; Goldstein y Morelli, 1968), nociones que evitan una especificación tajante de la depresión, y otorgan la libertad, por un lado, de integrarlas como episodios puntuales que surgen a partir de otras patologías de base y, por otro, de integrar en ellas una variedad amplia de categorías como las de melancolía, depresión psicótica, depresión neurótica y depresión reactiva que representan un esfuerzo de especificación mayor, pero que al ser utilizadas con cierta soltura impiden cualquier intento de especificación diagnóstica más estricto. Por ejemplo, el doctor Abraham Genis (1960) describe tres casos diagnosticados como parafrenias que atiende en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó hacia fines de la década de los cincuenta y que trata con clorpromazina. A lo largo del tratamiento, los tres casos desarrollan lo que él denomina síndromes depresivos, y que describe como una mutación en el curso de la enfermedad, pero que en ningún caso identifica como una entidad independiente. Poco tiempo después Genis (1961) profundiza esta idea en otro artículo en el que sostiene que los síndromes depresivos que se encuentran en pacientes psicóticos a lo largo del tratamiento con clorpromazina pueden llegar a considerarse síndromes depresivos melancólicos. La melancolía, más que la depresión, continúa siendo la categoría diagnóstica principal.

La noción de síndrome depresivo ofrece la ventaja de abarcar un conjunto amplio de síntomas que engloban el fenómeno depresivo sin tener que optar por ninguna entidad patológica específica ni por ninguna hipótesis etiológica que explique el origen del trastorno. De forma similar, la idea de cuadro o estado depresivo recoge la intención descriptiva de la noción médica de cuadro clínico, apegada en primera instancia a la observación directa de los signos y síntomas que el paciente muestra en el encuentro con el médico. Lehmann, uno de los psiquiatras de más relieve internacional del momento, reconocía en 1959 que la palabra depresión recubría en psiquiatría al menos tres significados: en tanto síntoma, síndrome y categoría nosológica. En el Uruguay de los años sesenta el término de depresión era utilizado en estas tres variantes, es decir, para la descripción del talante entristecido de las variaciones del estado de ánimo, para

englobar un conjunto de síntomas que se observan juntos como la tristeza, la inhibición, insomnio y cefaleas y, aunque en menor medida, para designar una patología concreta relativa al humor entristecido. Con ello, se seguía de cerca la vaguedad y la imprecisión que la noción de depresión poseía para la psiquiatría mundial en esa época.

En 1960 la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* publica un artículo tomado de *La prensa médica argentina*, que a su vez lo había tomado de *The Canadian Medical Journal*. Se trata de un escrito de Lehmann de 1958 en el que se presentan las últimas drogas en uso en el mercado mundial. De esta forma, los psiquiatras del momento estaban al tanto de lo que tenía lugar a nivel de la psiquiatría internacional y de los centros de producción de punta, así poseían información sobre drogas que incluso aún no habían llegado al mercado uruguayo. Si nos guiamos por las propias palabras de Lehmann, se constata que los psiquiatras uruguayos utilizaban las categorías nosográficas que eran empleadas a nivel internacional.

La psiquiatría de los años cincuenta y también la de los años sesenta tendía a clasificar las depresiones en depresiones endógenas, exógenas y psicógenas, pero no con ello lograba superar la multiplicidad de formas de presentación de los estados depresivos y las dificultades que esto suponía para su taxonomía. La noción de depresión poseía una variabilidad que preocupaba a quienes pretendían delimitarla y esta preocupación alcanzaba a la psiquiatría de todos los continentes.

El Coloquio Internacional sobre Estados Depresivos realizado en la ciudad de Buenos Aires en marzo de 1960 fue uno de los primeros eventos académicos específicos sobre depresión en los que participaron varios psiquiatras uruguayos. En dicho coloquio, que contó con una asistencia compuesta por una mayoría de psiquiatras latinoamericanos pero también por algunos psiquiatras de renombre provenientes de Estados Unidos, Europa y Canadá (de la Fuente, 1960: 23), se delinearon los principales ejes sobre los que giraba la reflexión de la psiquiatría internacional sobre las depresiones en ese momento, es decir, pocos años después de que los antidepresivos hubieran hecho su entrada en el mercado farmacéutico mundial. Ya en ese entonces se encuentran algunos tópicos que persistirían por mucho tiempo en la producción académica sobre las depresiones, como por ejemplo, la existencia de la depresión enmascarada en amplios sectores de la población, la mala identificación que hacen de ellas los médicos generales a los que consulta preferentemente este tipo de deprimidos y, sobre todo, la ausencia de criterios consensuales para la clasificación de la depresión y la ausencia de un acuerdo sobre las explicaciones causales del desarrollo de la enfermedad. Las palabras del profesor de la Fuente, de la Universidad Autónoma de México, autor de la relatoría del coloquio son elocuentes al respecto:

Fue notable ver que existe en nuestro campo de la psiquiatría todavía una falta de congruencia importante, tanto en lo que se refiere a las clasificaciones, como en lo que se refiere a otros conceptos básicos relativos

a la etiología que corresponde a su particular marco de devoción y de orientación y esto no deja de tener sus inconvenientes, porque condujo en ocasiones a discusiones un tanto bizantinas, cuando en realidad no estaba en discusión algún aspecto básico; sino simplemente una manera de decir las cosas, esto quiere decir, que en la época actual del desarrollo psiquiátrico, sería de la mayor importancia que se llegara a una cierta unificación de los criterios clasificatorios y de la nomenclatura empleada (1960: 24).

La discusión de un problema llevaba forzosamente a la consideración del otro. Para la psiquiatría de los años sesenta, taxonomías y etiologías estaban ligadas indefectiblemente. Las categorías disponibles para la clasificación de las depresiones como las depresiones endógenas, las depresiones neuróticas o reactivas, avivaron en el coloquio un debate que, desde posiciones inspiradas en una psiquiatría fenomenológica, una psiquiatría influida por el psicoanálisis o en una psiquiatría descriptiva, intentaba circunscribir el papel de los factores endógenos, ambientales o de personalidad en el desarrollo de la enfermedad. Pero el evento contó con una propuesta innovadora en materia de taxonomía psiquiátrica que pretendía terminar con el callejón sin salida en el que las nosologías psiquiátricas habituales parecían estancarse:

Una de las aportaciones originales importantes, por lo menos a mí me parecieron originales y de importancia, fue el trabajo del Dr. Cameron de la Universidad de McGill, quien propuso abandonar nuestra estereotipia en la concepción de los estados depresivos, dejar un poco a un lado la clasificación clásica y tradicional, para buscar otros medios que nos permitan clasificar las depresiones de acuerdo a sus respuestas a la terapéutica. Al hacer un intento de clasificación señaló un hecho que me parece de la mayor importancia para todos lo que tenemos interés en hacer investigación clínica en estos problemas, que quizás los casos más interesantes, los que pueden arrojar más luz, no son los casos que se curan, no son los que responden en forma dramática al *electroshock* o las psicodrogas, sino son aquellos casos en que se produce un fracaso terapéutico. Este trabajo del Dr. Cameron no fue generalmente aceptado; su punto de vista pues representa un intento de avanzar en la psiquiatría aprovechando la experiencia en otros campos de la medicina, en los cuales el descubrimiento de nuevos medios terapéuticos ha permitido hacer una reclasificación y una revalorización de los cuadros clínicos (de la Fuente, 1960: 26-27).

Como relata de la Fuente, la propuesta del doctor Cameron resultó una novedad para un auditorio mayoritariamente latinoamericano, pues revelaba un hecho que hasta el momento no se había hecho presente en la región: la fundamentación del diagnóstico psiquiátrico a través de las terapéuticas disponibles. En Latinoamérica aún estaban en boga criterios de clasificación respaldados sobre todo en la etiología de la enfermedad y en su descripción sintomática. En este mismo coloquio en el que intervino el doctor Cameron, uno de los psiquiatras latinoamericanos más reconocidos de la época, el peruano Honorio Delgado, había

realizada una exposición sobre la depresión clínica en la que se apelaba todavía a este tipo de criterios.

Algunos años más tarde los ecos de este encuentro aún se hacían sentir. Uno de los primeros trabajos publicados por psiquiatras uruguayos, en los que se analiza los estados depresivos sin estar asociado a algún ensayo clínico con los nuevos antidepresivos, recoge las principales características de esta pequeña controversia sucedida en el Coloquio Internacional. El profesor Fortunato Ramírez (1963), como testigo de lo sucedido, expone en este artículo uno de los problemas inmediatos que se instalaron al tiempo que ingresaban los antidepresivos al Uruguay: la dificultad en establecer una clasificación de las depresiones satisfactoria y unánime. Ramírez sostiene que:

Si se examinan, aunque más no sea someramente, las diversas clasificaciones de los cuadros depresivos, desde el punto de vista psiquiátrico, se echa de ver la falta de uniformidad, no solo en las formas clínicas encontradas, sino también en los criterios adoptados para lograrlas. (Ramírez, 1963: 8-9)

Habiendo escuchado las conferencias del doctor Cameron y la del doctor Delgado, Ramírez explica que cada uno de ellos manejó un criterio de clasificación distinto para categorizar las depresiones. Mientras el doctor Cameron utilizó un criterio que Ramírez denomina terapéutico, el doctor Delgado habría apelado a un criterio etiológico para distinguir y describir los distintos tipos de depresión. El criterio terapéutico habría llevado al doctor Cameron a reconocer las depresiones con inhibición como aquellas que responden favorablemente al *electroshock* y a psicofármacos tales como la imipramina, las depresiones neuróticas como aquellas que responden a la psicoterapia y a las depresiones sintomáticas, asociadas a otras patologías, como aquellas que mejoran con el tratamiento del trastorno de base y la depresión ansiosa como un tipo distinto de las depresiones anteriores, porque se agrava si es tratada con *electroshock* y no responde ni a los antidepresivos ni a la psicoterapia (Ramírez, 1963: 9). Los tratamientos, por consiguiente, serían los que permiten distinguir entre estos distintos tipos y, con ello, el modelo de la especificidad patológica y terapéutica podía encontrar un lugar determinante dentro del edificio psiquiátrico. Por el contrario, el doctor Delgado, distingue las entidades nosológicas depresivas de acuerdo a los factores endógenos o psicógenos que llevan, por ejemplo, a la depresión melancólica o reactiva. Para Ramírez la salida a estas categorizaciones antagónicas sería la descripción estructural del cuadro depresivo tomando como base la distinción tradicional entre depresiones neuróticas y psicóticas o melancólicas y reconociendo la base común que existe en ambas. El criterio terapéutico, por ejemplo, no sería suficiente porque, de hecho, las depresiones neuróticas graves pueden ser curadas por el *electroshock*.

El pequeño debate que describen tanto de la Fuente como Ramírez es una versión temprana de una discusión que persistiría en el ámbito tanto de la psiquiatría internacional como de la psiquiatría uruguaya. Discusión que resurgiría una y otra vez en la medida en que los psicofármacos fueron ganando espacio

como terapéutica de primera línea y también como punto de partida de conceptualizaciones teóricas y técnicas. Los antidepresivos realizaban peticiones concretas a la psiquiatría en el campo de las elaboraciones conceptuales, y en este campo, sobre los sistemas nosológicos en especial. Proponer a los propios antidepresivos como la herramienta propicia para dirimir las discrepancias diagnósticas era, en última instancia, una reversión paradójica de un problema que había sido planteado con la introducción misma de estas nuevas tecnologías. Es decir que se intentaba dar un cierre al problema de la especificidad nosológica utilizando la propia tecnología que lo había dejado abierto.

Jennifer Radden (2003: 38) llama a este fenómeno, que ubica como una tendencia de la clasificación psiquiátrica actual impulsada por los avances en psicofarmacología de los años noventa, *cartografía de las drogas*.⁸⁵ Las entidades diagnósticas de la psiquiatría estarían siendo reformadas, ya no en base al conjunto de síntomas clásicamente observados en la clínica psiquiátrica ni de acuerdo a los factores etiológicos habituales, sino a partir de los efectos que los psicofármacos producen. De esta manera, una depresión es una depresión, se cataloga como tal, porque los antidepresivos pueden curarla. Radden identifica la noción de taxonomía de las enfermedades mentales en base a los efectos de los psicofármacos como un concepto introducido por el controvertido Peter Kramer quien, a principios de la década de los noventa, advertía un cambio en el diagnóstico de la depresión por el hecho de que una variedad importante de personas respondían favorablemente a la fluoxetina (1993: 326). Evidentemente podemos pensar que mucho antes de esa década, e incluso a poco tiempo de desarrollados los psicofármacos, esta cartografía basada en las drogas ya comenzaba a tomar perfil. Lo sucedido en el Coloquio de Buenos Aires de marzo de 1960 es una prueba de ello. Pero además, el mecanismo implícito en la cartografía psicofarmacológica de Radden no es para nada nuevo en el terreno del diagnóstico médico y psiquiátrico. Recurrir a las terapéuticas disponibles en cada época para establecer diagnósticos es un recurso que ciertamente se ha utilizado en diferentes momentos en el campo psiquiátrico. Andrew Lakoff (2005) prefiere echar mano al concepto de prueba terapéutica, utilizado largamente en medicina, para describir el mecanismo por el cual es posible que la cartografía de las drogas de Radden sea elaborada. Lakoff no duda en rastrear este mecanismo hasta los escritos freudianos iniciales.

Los primeros éxitos de la cura catártica empleada por Freud y Breuer a finales del siglo XIX habían llevado a estos médicos a afirmar que si sus curas eran exitosas era porque efectivamente estaban frente a casos de histeria y no de epilepsia, diagnóstico con el cual solían confundirse los ataques histéricos. Así, la propia cura catártica servía de instrumento para establecer un diagnóstico diferencial entre ambas patologías, y las respuestas favorables que la cura catártica obtenía servían de confirmación del diagnóstico de histeria. Alain Ehrenberg (1998) subraya que la prueba terapéutica en psiquiatría habría entrado en una

85 «Drug cartography», en el inglés original.

etapa de *disección farmacológica* con la introducción primero del *electroshock* y luego de los psicofármacos, pues ambas terapéuticas biológicas son mucho más específicas que las que la psiquiatría poseía hasta el momento de su aparición. La confirmación del diagnóstico psiquiátrico por vía del éxito de la terapéutica empleada se respalda en la especificidad de esta para sustentar la especificidad de la patología mental.

La legitimidad de este recurso para delimitar enfermedades mentales tiene, al día de hoy, críticos severos, pues pasa por alto todas las formas en que una respuesta positiva a un tratamiento dado puede obtenerse, sin que necesariamente se esté frente a una patología específica. Los fenómenos de la sugestión, por ejemplo, serían algunos de los problemas que contaminarían un diagnóstico basado en la prueba terapéutica. A pesar de ello, este mecanismo alcanzó también a los antidepresivos y se proclamó no solo como una forma de diagnosticar la depresión, sino también como un instrumento para delimitar sus distintos tipos. Los antidepresivos no solo pusieron al alcance de los psiquiatras nuevas posibilidades terapéuticas, sino también nuevas posibilidades diagnósticas porque la psiquiatría ya permitía dentro de su marco un tipo de operación diagnóstica en el que las terapéuticas no solo podían ser correlacionadas con patologías específicas sino también podían ser garantes de esa especificidad. No por azar, en uno de los tratados de psiquiatría de mayor influencia en el Uruguay de los años setenta y ochenta los autores citaban el aforismo hipocrático que afirma que «el tratamiento es en definitiva el que revela la naturaleza de la enfermedad», cuando señalaban que las terapéuticas antidepresivas disponibles en el momento estaban promoviendo una revisión de la nosografía de los estados depresivos. Estos psicofármacos aportaban datos novedosos sobre la forma en que cada tipo de depresión respondía a ellos (Ey, Bernard y Brisset, 1965: 226).

En 1966 el profesor Ramírez proponería una clasificación de los síndromes depresivos de elaboración propia que intentaba superar tanto las dificultades que un criterio terapéutico ofrecía como las dificultades de un criterio patogénico para la taxonomía psiquiátrica. Retomaba los términos clásicos de depresión psicótica y neurótica fundándolos en un enfoque fenomenológico que permitiese diferenciar estos distintos tipos clínicos de depresión, pero que a su vez acepta la posibilidad de pasaje de un tipo al otro en el transcurso de la enfermedad.⁸⁶

Durante los años setenta la idea de que la psicofarmacología había cambiado el diagnóstico psiquiátrico continuará siendo una idea potente y aparecerá expresada de distinta manera especialmente por aquellos psiquiatras que realizaban experiencias clínicas con los nuevos antidepresivos del momento. Varios psiquiatras vinculados a la Clínica Psiquiátrica abren la presentación de

86 La propuesta de Ramírez fue desarrollada en el artículo de su autoría «Delimitación de tipos de síndromes depresivos» que apareció en el año 1966 en *Medicina en el Uruguay*, una publicación periódica que el laboratorio Warner Chilcott editó durante los años sesenta. Lamentablemente no hemos podido localizar ningún ejemplar de este trabajo.

la experiencia clínica con uno de estos medicamentos indicando el modo en que la psicofarmacología ha cambiado la nosografía psiquiátrica:

La era psicofarmacológica no solo se caracteriza por la disponibilidad de ciertos nuevos recursos terapéuticos. Su rasgo dominante tal vez sea un cambio profundo en la concepción de la enfermedad mental, con caída de falsas fronteras nosográficas y evidencia mayor de su causalidad multifactorial (Bayardo, Puppo Touriz, Alterwain y Rossi, 1975: 47).

En ese mismo año, en otro artículo sobre depresiones en la ancianidad, los mismos autores (Rossi, Alterwain, Bayardo y Puppo Touriz, 1975), no recurrirán a una nosografía respaldada en los tratamientos. Mantendrán una noción de depresión fundada en la observación clínica aunque, eso sí, más independiente de otras patologías y despegada de las categorías habituales utilizadas para la clasificación de los trastornos depresivos en las décadas anteriores. Estos autores muestran un interés específico por el fenómeno de la depresión, por poder delimitar la autonomía que puede otorgársele a esta noción en las diferentes formas de su presentación clínica y señalan las dificultades existentes en tratar de distinguir depresiones puramente endógenas de depresiones puramente reactivas cuando se aborda la depresión en la vejez. Dos años más tarde, incluso llegarían a afirmar que una distinción radical entre depresiones neuróticas y psicóticas es difícil de sostener (Bayardo, Puppo Touriz, Rossi y Alterwain, 1977: 40). La depresión vuelve a plantear dificultades en su clasificación también para las depresiones en la vejez, y estos psiquiatras se encuentran en la encrucijada de tener que optar por las propuestas nosológicas de las diferentes escuelas francesas, alemanas, española y norteamericana, encrucijada que intentan salvar apelando a la taxonomía propuesta por el profesor Ramírez en el ámbito nacional a finales de los años sesenta. Pero más allá de las reservas que estos psiquiatras anotan sobre uno u otro sistema de clasificación y la opción definitiva que realizan, la discusión sobre la taxonomía de la depresión integra como una dato ya aceptado lo que poco más de quince años atrás había suscitado dudas y desconcierto entre el público latinoamericano del Coloquio de marzo de 1960. En 1977, si bien entienden que el conocimiento del momento no permite aún taxonomías precisas, no dudan en afirmar que:

Hoy día cabe pensar que el avance de la psicofarmacología y la farmacopsiquiatría obligarán a reemplazar aquellas clasificaciones de base preferentemente patogénica o de concepción clínica por otras de base bioquímica, mejor ajustadas a nuestros recursos. (Bayardo, Puppo Touriz, Rossi, Alterwain, 1977: 40)

Citan, por ejemplo, el papel que el litio ha jugado en la diferenciación de las depresiones monopolares y bipolares puesto que ha permitido aislarlas en la medida en que únicamente las depresiones bipolares responden favorablemente al efecto estabilizador del litio.

Se acepte o no el papel de las terapéuticas psicofarmacológicas en el diagnóstico de la depresión, lo cierto es que durante los años setenta la discusión

sobre la clasificación de este cuadro clínico será sostenida por aquellos docentes de la Clínica Psiquiátrica embarcados directamente en la prueba y ensayo de los nuevos antidepresivos de la época, o en la revisión teórica de los tratamientos antidepresivos. En esos años no se llegaría a resolver la disparidad de clasificaciones existentes ni las dificultades que ello suponía para el diagnóstico psiquiátrico de la depresión, pero quedarían establecidas dos vías por las que continuaría el debate sobre la clasificación de esta: la independencia de la noción de depresión de otras categorías diagnósticas y la interdependencia de su diagnóstico con los tratamientos psicofarmacológicos. Hacia finales de la década la complejidad del diagnóstico de depresión integraría diversas dimensiones que de una manera u otra respondían a esta independencia y a esta interconexión.

La década cerraría con el esfuerzo concreto del doctor Julio Rosa Doti (1979), que integraría la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, por reconstruir la evolución del concepto de depresión durante el siglo XX. En su trabajo publicado en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* Rosa realiza una apretada presentación de las diferentes aristas que el diagnóstico psiquiátrico de la depresión muestra a finales de los años setenta.⁸⁷ Junto a la discusión sobre los tipos clásicos de depresión endógena y reactiva, la depresión vital y enmascarada, neurótica y psicótica, Rosa expone las categorías diagnósticas más recientes de la depresión, pero también los aspectos epidemiológicos, genéticos y bioquímicos de la depresión. El diagnóstico de la depresión es evasivo a finales de los años setenta no solo por la proliferación de sistemas taxonómicos, sino también por la complejidad de elementos que comienzan a integrarse en este. Esta complejidad es un tema recurrente en los trabajos de esos años. En el Primer Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur de actualización en Terapéutica Psicofarmacológica, organizado por la Escuela de Graduados y la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina en 1978, la complejidad del reconocimiento de la depresión se recoge cuando diagnóstico y antidepresivos se implican el uno al otro para poder establecer la elección del antidepresivo adecuado, pero también cuando se postulan como necesarios una larga serie de procedimientos que desbordan el acto diagnóstico basado únicamente en el encuentro del médico con el paciente:

El diagnóstico nosológico de la depresión requiere un exhaustivo estudio clínico, un examen somático, un estudio de la herencia del paciente, una completa biografía, un estudio de la personalidad premórbida y exámenes paraclínicos completos donde van cobrando cada vez más importancia los conocimientos bioquímicos en virtud de los notables avances que han tenido en los últimos años estos aspectos en las depresiones.

El conocimiento clínico de las depresiones interesa también en los aspectos fenomenológicos en que junto al descenso del estado de ánimo, hay dos

87 El trabajo recogía lo elaborado por el autor en la monografía final de la especialización en psiquiatría que presentara a la Clínica de Psiquiatría de la Universidad de la República en el año 1978 bajo el mismo título que el artículo publicado un año más tarde.

síntomas acompañantes que son la inhibición y la ansiedad que interesa conocer sobre todo para la elección de la droga (Ramírez, Sazbón y Ricci, 1978: 110).

El Segundo Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur, también organizado por la Clínica Psiquiátrica y realizado del 11 al 13 de octubre de 1979, estaría destinado por entero a las depresiones⁸⁸. Si bien tampoco en dicho evento se llega a una noción consensual de lo que son las depresiones ni a una clasificación unánime, la discusión se da bajo el término convocante de depresión. Se organizan mesas de discusión y conferencias sobre el concepto de depresión, clínica de las depresiones, la depresión en el niño, psicobiología de las depresiones, psicopatología de las depresiones, entre otros, en las que es notoria la ausencia de otros términos como el de melancolía, estados o síndromes depresivos, que poco tiempo atrás funcionaban a veces de manera intercambiable con el de depresión. Los participantes, ciertamente, no dejaron de utilizar estos términos en sus presentaciones individuales —el profesor Murguía (1980), por ejemplo, sigue utilizando en su intervención la noción de síndromes depresivos—, pero la convocatoria del evento a discutir y pensar sobre la depresión es, sin lugar a dudas, una señal de la creciente independencia que esta estaba tomando como concepto en el horizonte psiquiátrico. Este evento adelanta lo que en la década siguiente tomaría la forma de una reflexión continuada y específica sobre la naturaleza y la taxonomía de la depresión por sí misma y anticipa el uso diferencial que psiquiatras y psicoanalistas realizarán del término. De hecho, las depresiones pasarían a ser, en los años siguientes, terreno casi exclusivo de los psiquiatras, mientras que los psicoanalistas se adueñarían de la noción de melancolía, que en psiquiatría comenzaba a convertirse en una categoría marginal.

En definitiva, hacia finales de los años setenta, la psiquiatría uruguaya se encontraba discutiendo, sobre la base común de algunos síntomas y rasgos como la tristeza, la desesperanza y la inhibición motora, una disparidad de clasificaciones de depresión, dando con ello en realidad un lugar propio a la depresión en tanto fenómeno mórbido dentro del campo de las enfermedades mentales. Esto permitía además la proliferación de distintos sistemas clasificatorios de la depresión sin establecer una verdadera ruptura entre ellos. Con ello la psiquiatría uruguaya no se distanciaba de la situación que la depresión sustentaba en la psiquiatría europea o anglosajona. La diversidad y complejidad de la clasificación de los estados depresivos supuso un núcleo de permanente controversia para la psiquiatría mundial que fue explícitamente abordado en 1976 por el psiquiatra británico R. E. Kendell. Kendell (1976: 15) argumenta que el debate sobre la clasificación de las depresiones ha sido mucho más provocador que el debate sobre cualquier

88 La noticia acerca del Segundo Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur sobre «Actualización en Depresiones» aparece en el vol. 44, n.º 262 de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, pp. 175-177. No hubo una publicación de los trabajos allí presentados, pero algunos de los ponentes, como el profesor Murguía, publicaron posteriormente y de forma independiente sus intervenciones.

otro tipo de trastorno mental porque en este se discuten temas que en realidad implican asuntos más generales que la depresión en sí misma. La gran variedad de rasgos que el fenómeno depresivo presenta ha obligado al debate a llegar hasta la propia naturaleza del concepto de enfermedad mental. La depresión tiene la particularidad de presentarse en ambos polos de la tensión endógeno-reactiva y de la tensión neurosis-psicosis, por lo que levanta algunas interrogantes no solo sobre su clasificación sino también sobre la clasificación del resto de trastornos mentales. Parte de estas incógnitas se plantean en torno a si estos trastornos son entidades naturales independientes o categorías arbitrarias, a si la clasificación de las enfermedades mentales debe realizarse en base a la sintomatología del cuadro o en base a criterios etiológicos, a si esta clasificación debe presentarse en categorías discretas o a lo largo de un continuo indiviso. Además, los debates se han visto complejizados en la medida en que los términos que han estado en juego, como los de depresión neurótica y psicótica, depresión endógena y reactiva, han carecido de una definición precisa, que ha llevado incluso a que algunos de estos términos se hayan utilizado como si fueran equivalentes, por ejemplo, la depresión psicótica con la endógena o la neurótica con la reactiva. En definitiva, una clasificación unánime sobre la depresión debería resolver si esta es una enfermedad única con diferentes variantes o polos, o si se encuentra compuesta por enfermedades diferentes de distinta naturaleza y gravedad. Para autores como Alain Ehrenberg (1998) este estado de confusión en torno al fenómeno depresivo no es más que una muestra de la inespecificidad que, a pesar de los esfuerzos de la psiquiatría y de la psicofarmacología, encierra el concepto de depresión. La depresión es un fenómeno tan diverso y a la vez tan frecuente en la experiencia de vida humana que se resistiría a ser encasillado en una categoría psiquiátrica homogénea.

Ciertamente, la solución a estos problemas no provendría ni de los sistemas nosológicos utilizados en los años sesenta ni de los utilizados en los años setenta. A ciencia cierta, los debates sobre la clasificación de la depresión no desembocaron en un consenso ni sobre su naturaleza ni sobre su clasificación, pero sí tuvieron como consecuencia no menor, la virtud de robustecer la noción de depresión en tanto patología mental y la de abrir la puerta a la correlación definitiva entre terapéuticas y diagnósticos. El cuadro que a principios de los años cincuenta aparecía escasamente mencionado sería, hacia fines de los años setenta, una entidad patológica con todas sus credenciales.

Los antidepresivos: surgimiento y expansión

Las drogas antidepresivas

En 1957 los trabajos paralelos realizados por dos psiquiatras, uno ubicado en Estados Unidos y el otro en Suiza, llevaron al desarrollo de los dos tipos más antiguos de antidepresivos: los IMAO y los llamados tricíclicos. Ambos desarrollos contaron con la participación activa de la industria farmacéutica, siendo el laboratorio Hoffman-la-Roche el impulsor de los IMAO y el laboratorio Geigy el impulsor de los tricíclicos. A partir de ese momento inaugural, la búsqueda de nuevas sustancias antidepresivas se volvió habitual en las actividades de investigación y desarrollo de los grandes laboratorios farmacéuticos.

El desarrollo simultáneo de los principales antidepresivos tuvo su origen en un elemento en común: hacer de los efectos imprevistos de algunas drogas el efecto buscado por los antidepresivos. Tanto Nathan Kline en Estados Unidos como Roland Kuhn en Suiza, trabajaron en esta zona de invención en la que la indeterminación pasa a ser domesticada. El momento de «descubrimiento» de las sustancias antidepresivas muestra un proceso en el cual pueden reconocerse una lógica de invención de lo nuevo: experimentación con una sustancia destinada a una enfermedad somática, observación de efectos indeseados sobre el sistema nervioso central, búsqueda de una posible aplicación de estos efectos indeseados sobre una enfermedad mental específica, síntesis de una sustancia específica con estos efectos a nivel del sistema nervioso central específicos. Es decir que el proceso supone el viraje de una prescripción hacia otra a través de la transformación en efectos positivos de efectos considerados, en principio, como negativos.

En el momento de la aparición de los primeros psicofármacos este pasaje de efectos indeseados a efectos deseados se produjo gracias a la mirada de los médicos clínicos. Esta mirada atenta no se realizaba al azar ni correspondía a la perspicacia de un solo individuo. Por el contrario, durante los años cincuenta, muchos médicos estaban prestos a observar los efectos psicotrópicos de las sustancias químicas. Así, que los efectos antipsicóticos de la clorpromazina, primera sustancia en la que se identificaron propiedades psicoactivas, fueran establecidos en 1952 fue un hecho no menor para la aparición de las sustancias antidepresivas y de otros psicofármacos. Un campo de búsqueda quedaba establecido a través de la consolidación de la idea de que era posible la producción de drogas específicas para enfermedades psíquicas específicas.

Esta mirada activa del cuerpo médico puede rastrearse en las intervenciones que llevaron al desarrollo de los IMAO y los tricíclicos. No obstante, ella parece

no haber sido condición suficiente para el advenimiento de estas nuevas sustancias. Paralelamente a las observaciones clínicas, la síntesis química de sustancias se ofrecía como telón de fondo de la experimentación de drogas en pacientes con problemas mentales. La química como disciplina hizo las veces de proveedora de la materia prima sobre la que se dio forma a los antidepresivos.

Los mismos elementos que estuvieron en juego en el establecimiento de las propiedades psicotrópicas de la clorpromazina guiaron el desarrollo de los primeros antidepresivos.

La feniotazina, sustancia de la que deriva la clorpromazina, fue sintetizada por primera vez en 1883, sin que se tuviera noción de sus posibles aplicaciones. El laboratorio Rhône-Poulenc, que impulsara el desarrollo de la clorpromazina, sintetizó durante los años cuarenta una serie de feniotazinas en el marco de sus investigaciones sobre productos para combatir la malaria y los parásitos, pues se creía que los compuestos fenotiazínicos podían tener utilidad en este campo. Las investigaciones no encontraron propiedades antimaláricas en estas sustancias, pero los investigadores del laboratorio, que también estaban trabajando en la búsqueda de sustancias antihistamínicas, vieron sus posibles aplicaciones como antialérgicos.⁸⁹ Fue en 1949, gracias a las experiencias que el doctor Henri Laborit estaba realizando para poder potenciar con el empleo conjunto de feniotazinas los anestésicos utilizados en las cirugías, cuando el laboratorio comenzó a pensar en las feniotazinas como sustancias con efectos en el sistema nervioso central. Laborit empleó la clorpromazina y observó que además de ser útil en la mesa de operaciones, producía en los pacientes un cierto desinterés por el mundo exterior. En 1951, al ser distribuida a un gran número de médicos en Francia para que la probaran, la observación de que los pacientes mostraban rasgos de indiferencia llevó a la idea de que podía ser una droga con usos psiquiátricos (Healy, 1997: 44-45; Shorter, 1997: 248-250).

Como vemos, el papel de la industria farmacéutica fue determinante en la orientación de las líneas de investigación. Y, particularmente entre los años 1953 y 1958, los grandes laboratorios como Geigy, Ciba, Roche y Rhône-Poulenc financiaron una serie de eventos académicos que dieron origen al Colegio Internacional de Neuropsicofarmacología, sentando las bases del desarrollo de una nueva disciplina. Lehman y Delay, psiquiatras que estuvieron vinculados a la introducción de la clorpromazina en Norteamérica y a las primeras experiencias clínicas con ella en Francia, también experimentaron con posibles sustancias antidepresivas e incluso Delay publicó sobre los efectos antidepresivos de una sustancia antituberculosa en 1952,⁹⁰ lo que pasó totalmente desapercibido en su momento (Healy, 1997: 47-48).

89 Los antihistamínicos son medicamentos que mitigan los síntomas alérgicos al bloquear los receptores de la histamina, sustancia del organismo implicada en las reacciones alérgicas.

90 Se trataba de la isoniazida que había sido sintetizada por primera vez en 1912, pero sobre la que se trabajó nuevamente a principios de los años cincuenta con vistas a crear un medicamento antituberculoso.

En la industria farmacéutica los directores químicos habían establecido como práctica la búsqueda de sustancia con efectos médicos a partir del estudio de drogas con estructuras químicas similares a las que ya habían sido sintetizadas y cuyo efecto era comprobado. Esta práctica marcó el desarrollo de la primera serie de sustancias de las que derivaron los antidepresivos. En la búsqueda de sustancias con efectos antihistamínicos, el laboratorio Geigy tomó la decisión de estudiar todas las sustancias de estructura similar en un amplio rango. Geigy, por ejemplo, guardaba un archivo de todas las sustancias que habían sido sintetizadas en los años precedentes y de ese modo centró su atención en una droga sintetizada tan tempranamente como 1898, el iminodibenzyl, cuya estructura era similar a la de las fenotiazinas y de la que derivarían posteriormente los antidepresivos tricíclicos (Healy, 1997: 48; Sulser y Mishra, 1983). Los anuncios realizados por Henri Laborit sobre los efectos anestésicos de la fenotiazina hicieron que Geigy apresurara sus investigaciones y pidiera a sus químicos la obtención de una serie de derivados. Mientras no fueron anunciados los efectos psicotrópicos de la clorpromazina, Geigy siguió estudiando los derivados de la iminodibenzyl como posibles anestésicos e hipnóticos, sin pensar en sus posibles aplicaciones en la depresión. Los estudios prosiguieron en animales y en los propios empleados del laboratorio. Una de las múltiples sustancias que se sintetizaron y que se puso a prueba clínica fue la G 22150, de la que fuera derivada posteriormente la imipramina.

Este lado químico de la invención de los psicofármacos acompañó paso a paso la actividad de los médicos clínicos, abasteciendo constantemente a los equipos clínicos con sustancias para la experimentación. Lo que tuvo lugar durante los años cincuenta fue la puesta a punto de la idea de la existencia de drogas que pudieran tener efectos sobre las enfermedades mentales. Kline y Kuhn son las figuras visibles de un conjunto de actores que en esa década se encontraban abocados al trabajo de creación de nuevos medicamentos. Lo novedoso en materia de medicamentos ya tenía en ese momento una larga historia por detrás en la que los actores claves para la creación de medicamentos ya habían tomado sus posiciones.

La química, en tanto base de todas las innovaciones medicamentosas, ya se había transformado, para mediados del siglo XX, en el fundamento de varias disciplinas como la física o la biología y de distintos sectores de la producción industrial (Bensade-Vincent y Stengers, 1993: 319). El aislamiento de los principios activos de distintos productos naturales había guiado la investigación química durante todo el siglo XIX, y la química sintética, base de la investigación farmacológica, era un programa de investigación sistemática ya desde 1860 como medio de composición y construcción de nuevas sustancias (Bensade-Vincent y Stengers, 1993; Chast, 1999). Las primeras sustancias preparadas por la química con intenciones terapéuticas datan de las primeras décadas de ese siglo y el aislamiento de los principios activos sentó las bases de la producción «racional» de medicamentos. En un primer momento, la preparación

decimonónica de medicamentos se inspiró en la copia de las moléculas naturales cuyos principios activos habían sido identificados, y a partir de modificaciones estructurales de estas moléculas copiadas se obtenían productos con mejores resultados que los naturales.

La química sintética permitió la proliferación de medicamentos que nada tenían en común con las drogas derivadas de las plantas y vegetales (Dousset, 1985). El paso siguiente fue la industrialización de la química farmacéutica que llegó incluso a modificar las formas particulares de los medicamentos con la proliferación de comprimidos y píldoras elaboradas para facilitar el consumo de los productos medicamentosos. Pero en este pasaje, la química sintética, ahora al servicio de las grandes empresas farmacéuticas, mantuvo de su herencia decimonónica el procedimiento de estudio de las nuevas sustancias a partir de la analogía estructural. El procedimiento empírico de síntesis de varias moléculas similares para la exploración de sus efectos terapéuticos había sido utilizado ya para la producción de los barbitúricos en 1903 (Dousset, 1985) y tuvo un rol importante en el descubrimiento de los antidepresivos.

Por ello, si bien se habla de azar en el modo en que fueron identificadas las propiedades antidepresivas de las sustancias sobre las que Kuhn y Kline estaban trabajando, quizá sería más acertado reconocer este tipo de procedimientos que balizan el camino de la invención y los descubrimientos en la psicofarmacología. Como vemos, la química, una de las disciplinas fundamentales en esta área, ya tenía establecido un procedimiento de síntesis de series de sustancias similares en estructura, que había demostrado ser exitoso en la creación de otras drogas con aplicación médica. Aquello que podía haber de azaroso, en todo caso, se encontraba en el campo de la experimentación con medicamentos en psiquiatría.

En la década de los cincuenta, la exploración psiquiátrica de las propiedades de sustancias sintetizadas se hacía sin un patrón universalmente establecido, o al menos, con procedimientos que podían variar de un investigador a otro. Las pruebas determinantes de la eficacia de los productos se realizaban siempre en última instancia sobre sujetos que poseían los rasgos característicos de la población a la que el medicamento podía ser destinado, pero los caminos que se seguían entre la síntesis de las moléculas y su aplicación en las poblaciones objetivo eran múltiples. Algunos investigadores probaban primeramente las sustancias en sí mismos o en el personal que trabajaba con ellos, otros en un amplio conjunto de pacientes que cubrían distintas categorías psicopatológicas. Los ensayos se realizaban sobre un número variable de personas que iba desde algunas pocas decenas hasta algunos cientos, y los pacientes se reclutaban de la práctica clínica privada de los investigadores o en los hospitales psiquiátricos sin establecer distinciones en ello.

Esta relativa libertad, que los primeros psiquiatras que trabajaron en psicofarmacología parecían poseer, se verá claramente coartada en las décadas siguientes. Las nuevas generaciones de antidepresivos diferirán más con sus antecesoras en la forma en que fueron concebidas que en su eficacia concreta sobre

el tratamiento de las depresiones. De hecho, no es que los descubrimientos de la década de los cincuenta se hayan realizado sin método alguno, sino que la psicofarmacología pasó de la primacía del método clínico, sustentado en la observación atenta de los pacientes, al imperio de los ensayos clínicos como metodología fundamental.

De los antihistamínicos a los antidepresivos: la imipramina

En 1950 el laboratorio farmacéutico Geigy, cuya sede se ubicaba en la ciudad de Basilea, se encontraba abocado al desarrollo de sustancias antihistamínicas y en ese marco solicitó al equipo de psiquiatras del hospital psiquiátrico suizo de Münsterlingen que estudiara una de estas sustancias como posible droga inductora del sueño. El equipo no encontró que esta sustancia fuera útil como inductor del sueño, pero sugirió que podría servir como antipsicótico, alternativa que, sin embargo, fue dejada de lado por el laboratorio (Shorter, 1997: 258).

La difusión del desarrollo de la clorpromazina como antipsicótico en 1952 cambió el rumbo de las cosas. La clorpromazina llegó a Suiza a través del profesor de psiquiatría Paul Kielholz, quien organizó una reunión con distintos colegas para la discusión del uso de la sustancia, reunión a la que asistió Roland Kuhn (Healy, 1997: 50). A principios de 1954 el equipo suizo solicitó a Geigy la sustancia anteriormente estudiada para proseguir las investigaciones sobre sus posibles propiedades antipsicóticas. Dicha sustancia, el antihistamínico iminodibenzyl G 22150, aunque con cierto grado de efectividad resultó descartada definitivamente pues no mostraba una acción antipsicótica clara. Roland Kuhn, que integraba este equipo de psiquiatras, prosiguió las investigaciones con otro compuesto del laboratorio Geigy, el G 22355, perteneciente a esta misma serie de antihistamínicos, y que también había sido enviado a otros médicos clínicos. Otto Kym y Paul Schmidlin fueron los técnicos de laboratorio que trabajaron junto a él.

Al probar la sustancia G 22355 en un grupo de pacientes con esquizofrenia, algunos de ellos empeoraron, mostrando síntomas de agitación. Teniendo en cuenta estos efectos, el estudio fue suspendido, pero en 1955 Kuhn probó dicha sustancia en pacientes deprimidos obteniendo resultados inmediatos (Shorter, 1997: 259-260). Otra versión de los hechos sostiene que fue Paul Schmidlin, técnico que trabajaba en Geigy, quien sugirió que la sustancia G 22355 producía efectos sobre el humor (Healy, 1997: 52).

Kuhn comunicó las propiedades de esta droga en el Segundo Congreso Mundial de Psiquiatría de Zurich en 1957, a un público escaso y, al año siguiente, lo volvió a hacer en una visita a los Estados Unidos. En 1957 Geigy lanzó esta sustancia, llamada imipramina, al mercado suizo bajo el nombre de Tofranil, al año siguiente lo hizo en otros países europeos y en 1959 en Estados Unidos (Healy, 1997; Sulser y Mishra, 1983). Pocos años después una serie de sustancias competidoras fueron elaboradas por otros laboratorios en base a estudios sobre compuestos con estructuras químicas similares a la imipramina.

La estructura química de tres anillos de la imipramina es la que dio nombre de tricíclicos a estos antidepresivos.

Durante 1956 y 1957 Geigy siguió probando los hallazgos de Kuhn antes de arrojarlos al mercado. Dos elementos fueron decisivos en el lanzamiento de la imipramina por el laboratorio. Por un lado, la noticia de que en abril de 1957 otra sustancia con efectos antidepresivos estaba ya al alcance de la psiquiatría y, por otro, los efectos antidepresivos que habían conseguido por separado uno de los accionistas de la compañía y el profesor Paul Kielholz. El accionista había probado el medicamento en uno de sus familiares más cercanos obteniendo una pronta recuperación y el profesor Kielholz había preparado un informe en el que indicaba que también había conseguido efectos antidepresivos usando imipramina (Healy, 1997: 59).

Si bien todas las comunicaciones que se realizaron sobre la imipramina llevan el único nombre de Roland Kuhn, es difícil precisar quién descubrió los efectos antidepresivos de esta droga. Como vimos antes, existe una versión del descubrimiento de las propiedades antidepresivas de la imipramina que pone en cuestión el protagonismo de Kuhn. Específicamente, algunos empleados de Geigy del momento, señalaban que la idea provino de uno de los técnicos del propio laboratorio. Sea cual sea la respuesta precisa a esta pregunta, lo que se torna evidente es que es el trabajo en equipo el que llevaba a la producción de nuevas drogas. Nathan Kline, que estuviera vinculado al descubrimiento de los IMAO, incluso resaltó el papel de aquellos que tenían contacto directo con los pacientes observados, como las enfermeras, en la percepción de los efectos de estos nuevos medicamentos (Healy, 1997: 54).

La historia de Roland Kuhn con la imipramina ilustra una experiencia similar a la que, como veremos, había tenido Nathan Kline con la iproniazida, solo que en el caso de Kuhn el punto de partida no fue una droga que ya estuviera a la venta en el mercado. El equipo de Kuhn se sumó a los esfuerzos que el laboratorio Geigy ya venía realizando en pos de la puesta a punto de nuevos medicamentos y la búsqueda de nuevas prescripciones. Tuvo a su cargo la reorientación de esta búsqueda desde la expectativa de producir un inductor del sueño, pasando por la expectativa de producir un antipsicótico hasta la consecución de un antidepresivo. Como sucedería también en el caso de los IMAO, la disputa por la paternidad de los tricíclicos tiene lugar en torno a la ocurrencia de la posibilidad de contar con una droga con efectos antidepresivos, y es particularmente sobre este punto que se insiste en la intervención de la creatividad de un único investigador. De hecho, la imipramina compartía una estructura química similar a la de las drogas antipsicóticas que se encontraban en el mercado y producía algunos efectos anticolinérgicos,⁹¹ antihistamínicos y sedativos comparables a los pro-

91 Los medicamentos anticolinérgicos suelen utilizarse para aliviar los espasmos estomacales, pero existen otros medicamentos que también producen efectos anticolinérgicos, pues poseen la capacidad de inhibir los efectos de la acetilcolina sobre el sistema nervioso. En estos otros medicamentos los efectos anticolinérgicos suelen considerarse efectos no deseados.

ducidos por estas últimas. Estas propiedades, en la imipramina, son notorias en sus efectos colaterales como sequedad de boca, visión borrosa y náuseas, entre otros. Pero a pesar de las similitudes entre la imipramina y los antipsicóticos, los estudios farmacológicos existentes en el momento no permitían vislumbrar en ninguna sustancia derivada de los antipsicóticos el efecto antidepresivo que Kuhn pudo observar en la imipramina (Sulser y Mishra, 1983). El Tofranil, nombre comercial con el que Geigy lanzó la imipramina al mercado, fue el primer psicofármaco que se puso a punto específicamente como un antidepresivo. Sin embargo, el ejemplo de la imipramina muestra claramente que la ocurrencia en sí misma no fue un factor suficiente para su emergencia como psicofármaco, sino que fue necesaria la intervención de actores tan distantes de la propia actividad de investigación como lo es un accionista.

La imipramina rápidamente se situó como el antidepresivo de referencia y su difusión en el mundo se valió, en parte, de la disposición de los médicos a experimentar con nuevas drogas. Al poco tiempo de haberla lanzado en el mercado suizo, el laboratorio Geigy la lleva al resto de los países europeos y a Estados Unidos. En 1959 ya circulaba entre los psiquiatras de América Latina. Hacia principios de la década de los sesenta Geigy había conseguido imponer un medicamento que afectaba el estado de ánimo de los pacientes, de modificar la timia.

En un principio, Kuhn sostuvo que había descubierto, más que una sustancia con efectos antidepresivos, un tipo de depresión que respondía a un tratamiento concreto (Healy, 1997). Insistió en que la imipramina no era un estimulante y que era efectiva en aquellas depresiones endógenas que respondían a la terapia electroconvulsiva y no en otras, como las depresiones reactivas, que podían ser tratadas con psicoterapia (Kuhn, 1958). Esto dificultó, en alguna manera, las posibilidades de Geigy para establecer un perfil de la droga y encontrar un mercado amplio para la misma. El laboratorio pareció dudar del descubrimiento de Kuhn puesto que durante los años 1956 y 1957 contrató a varios consultores para que establecieran si existía un mercado posible para la imipramina (Healy, 1997). Kuhn, por su parte, estaba altamente interesado en las consecuencias sobre la teoría psicopatológica de su descubrimiento y hasta llegó a proponer una categoría concreta de depresión, la depresión vital, como el tipo principal de depresión sobre la que el tratamiento con imipramina era efectivo. La depresión vital designaba los cambios de humor que se manifiestan sobre todo a través de síntomas como fatiga, pesadumbre, inhibición y lentitud del pensamiento y dificultades en la toma de decisiones, además de incapacidad de experimentar alegría, o mostrar interés y los síntomas de tristeza o angustia. Difícilmente se presentaba en estado puro y había que realizar una pormenorizada anamnesis para poder diagnosticarla, pues frecuentemente se presentaba enmascarada bajo síntomas somáticos o clasificables también dentro de otras categorías psiquiátricas y podía responder a distintas etiologías (Kuhn, 1958). Kuhn (1979) sostuvo esta indicación preferencial incluso veinte años más tarde de su descubrimiento, argumentando que la comunicación presentada en 1957

seguía siendo vigente. Geigy, además, acuñó el término timolépticos, con el que promovió la imipramina en varios países, para poder diferenciar su producto de lo que popularmente se entendía por antidepresivos pues, generalmente se recetaban estimulantes, psicotónicos o atarácicos⁹² para el tratamiento de las depresiones (Kielholz, 1961). A diferencia de estas sustancias, los timolépticos tendrían un efecto específico sobre el humor. Algunos autores (Healy, 1997) sostienen que este término se utilizó preferentemente en Suiza y Alemania durante las décadas del sesenta y del setenta, pero ciertamente también alcanzó cierta popularidad en Uruguay en donde es utilizado en varias publicaciones nacionales de esos años (Ramírez y Badano, 1961).

Sin embargo, las elaboraciones teóricas de Kuhn no tuvieron la misma recepción que la propia imipramina como medicamento. La depresión vital, a pesar de las advertencias de Kuhn, rápidamente se igualó a la depresión endógena, tal vez porque tanto el propio Kuhn (1979) como el profesor Kielholz (1961) sostenían que el Tofranil era más eficaz en aquellas depresiones con un componente endógeno más claro.⁹³ Ciertamente, las contribuciones de otros psiquiatras fueron más decisivas que los aportes de Kuhn a la hora de crearle un perfil a la imipramina. En particular, las clasificaciones de las sustancias antidepresivas realizadas por Kielholz y Delay fueron recogidas en el medio psiquiátrico uruguayo. Por ejemplo, en el Curso de Actualización en Psicofarmacología realizado en 1978 por la Clínica Psiquiátrica, los trabajos presentados sobre antidepresivos retomaban estas clasificaciones y la caracterización de la imipramina como una sustancia que modificaba sobre todo el humor en contraposición a los IMAO que actuaban sobre la inhibición en las depresiones (Ramírez, Sazbón y Ricci, 1978; Sazbón, 1978).

Pero a pesar de su acción sobre el humor, la imipramina labró su fama de medicamento apropiado para las depresiones endógenas durante los primeros años de su uso, sobre todo por su acción eficaz en los síntomas de inhibición psíquica y motora. Los antidepresivos, por consiguiente, irrumpieron en la escena de la psiquiatría mundial, asegurando por un lado que existía una dolencia específica para su uso, la depresión, pero al mismo tiempo estableciendo una diferenciación temprana dentro de esta enfermedad. La diversificación de la depresión, la pluralidad de las «depresiones», estará presente en cada una de las diferentes oleadas de antidepresivos que ingresen al mercado como un contrapunto esencial a la variedad de medicamentos antidepresivos que constantemente fueron introducidos en el mercado desde el descubrimiento de las primeras sustancias de este tipo en 1957.

92 Hacia finales de los años cincuenta se designaba como medicamentos atarácicos a aquellos que tenían la propiedad de tranquilizar y calmar y se clasificaba como medicamentos psicotónicos a aquellos que tenían efectos psicoestimulantes más atenuados que los estimulantes clásicos como las amfetaminas.

93 Kuhn (1979) creía que la noción de depresión endógena no proporcionaba una buena base sobre la cual realizar la elección del tratamiento psicofarmacológico.

La caída de una droga antituberculosa y el surgimiento de un antidepresivo: la iproniazida

Los trabajos de Nathan Kline sobre antidepresivos se realizaron teniendo en cuenta ciertos conocimientos teóricos sobre la química del sistema nervioso central. Durante los años treinta se había establecido que algunos neurotransmisores eran metabolizados por una enzima que fue llamada aminooxidasa. En 1951 los laboratorios Hoffman-la-Roche en Nueva Jersey sintetizaron la iproniazida, una sustancia que fue estudiada inicialmente como sustancia antituberculosa. Un año más tarde Al Zeller, quien ya había detectado que las drogas antituberculosas inhibían la enzima diaminooxidasa, encontró que la iproniazida era capaz de generar esa misma acción. Teniendo esto en cuenta, sugirió que esta inhibición incrementaba los niveles en el cerebro de neurotransmisores del grupo de monoaminas, posiblemente responsables de los efectos secundarios que se observaban a nivel mental con el empleo de este compuesto. Poco tiempo después se estableció que la iproniazida inhibía la monoaminooxidasa (Healy, 1997: 61-62).

El empleo de la iproniazida como medicamento antituberculoso permitió observar rápidamente los efectos colaterales que esta sustancia tenía sobre el estado mental de los pacientes, pues los pacientes tratados con este medicamento se mostraban marcadamente animados. Las observaciones de los médicos clínicos alertaron acerca del posible efecto favorable de la droga en los trastornos mentales y esta posibilidad fue difundida tempranamente en 1953, luego de los estudios de Jackson Smith sobre este aspecto. Smith, que se encontraba evaluando la iproniazida como un posible tranquilizante, pensó que la droga podría ser utilizada como tónico debido a sus propiedades de estimulación mental y su efecto de aumento de peso, pero no como antidepresivo y, por supuesto, concluyó que se trataba de un pésimo tranquilizante. Otros informes clínicos advertían también sobre la euforia y el aumento de sociabilidad que los pacientes tratados por tuberculosis experimentaban con la iproniazida, pero eso no llevó a ningún médico a proponer que se podría usar esa sustancia como un antidepresivo (Lehmann y Kline, 1983). Paralelamente en París, Deniker y Delay y Buisson estaban probando los efectos antidepresivos de la iproniazida sobre sus pacientes ya en 1952, pero ninguno de ellos reclamó posteriormente haber tenido algún crédito en la invención de los antidepresivos (Healy, 1997: 62).

La paradoja es que, para 1956, los efectos mentales de la iproniazida se estaban convirtiendo en un problema, lo que hizo que se la abandonara como prescripción para la tuberculosis, puesto que a las grandes dosis a las que se usaba con este fin, los efectos secundarios producían una fuerte confusión mental.

En ese mismo año George Crane realizó una revisión de los distintos reportes que diferentes médicos habían realizado sobre la droga y sus efectos a nivel del sistema nervioso central en Norteamérica. Si bien algunos clínicos habían probado la droga en pacientes depresivos, ninguno había tomado seriamente este línea de investigación y fue Crane quien profundizó en ella. Atraído por

las posibilidades estimulantes de la droga, comenzó a experimentar con dosis más pequeñas con la idea de que desaparecerían los efectos colaterales que la iproniazida producía y que desembocaban en la confusión mental. Pero no pudo lograr que ninguno de sus pacientes tolerara la droga a pesar del cambio de dosis (Healy, 1997: 63). Sus trabajos fueron publicados en 1956 y en ellos hacía referencia explícita a los efectos antidepresivos de la droga. Sin embargo, el mérito del descubrimiento de la iproniazida como antidepresivo fue para Nathan Kline, un profesor de Psiquiatría de la Universidad de Columbia y director del área de investigación de un hospital de Nueva York.

Entre 1953 y 1954 Kline había sido pionero en proponer al laboratorio Ciba el estudio de los efectos tranquilizantes de la reserpina que, debido a sus trabajos, fuera, poco tiempo antes, introducida en el mercado como antipsicótico. Kline se interesó en los posibles usos de la iproniazida en la medida en que esta droga, combinada con el uso de reserpina, respondía a las hipótesis teóricas que manejaba en ese momento sobre la psicopatología. De acuerdo con su particular concepción de la represión de la energía psíquica, gran parte de la energía del Yo era utilizada en la represión de la energía instintual, por lo tanto, si una droga conseguía retirar del Yo esa energía destinada a la represión, la energía instintual sufriría una liberación. Una droga que pudiera realizar eso, sería por tanto un energizante psíquico, y eso fue lo que Kline leyó en los informes realizados sobre la iproniazida (Healy, 1997: 66).

Con esa idea en mente, Kline contactó al laboratorio Roche en 1956 y puso en marcha su investigación junto con Jack Saunders y Harry Loomer. El proyecto de investigación inicial suponía el tratamiento de los pacientes en primera instancia con iproniazida y luego con reserpina, pero el período de tratamiento con iproniazida fue bastante largo como para poder observar los efectos que esta sustancia provocaba por sí misma (Lehmann y Kline, 1983).

A los pocos meses de comenzado el estudio se reparó en los efectos que esta droga tenía sobre el humor. Durante 1957 Kline presentó los datos en distintos eventos académicos, al mismo tiempo que Loomer, otro integrante del equipo de investigación. Sin embargo la noticia fue difundida por el *New York Times* como obra exclusiva de Kline. Puesto que la iproniazida ya se encontraba en el mercado, su aplicación como antidepresivo se difundió en muy poco tiempo.⁹⁴

En 1964 Kline recibió el premio Lasker por sus aportes a la psiquiatría, en reconocimiento a su trabajo con antidepresivos. Publicó un artículo de aceptación del premio en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)* en el que esbozaba el proceso de descubrimiento de las propiedades antidepresivas de la iproniazida. En esa oportunidad, Saunders, que había trabajado junto a Kline y Loomer sobre la iproniazida, respondió a este hecho también a través del *JAMA*

⁹⁴ La iproniazida había sido desarrollada por la filial del laboratorio Hoffman-la-Roche en Nutley, Nueva Jersey en 1951 y estuvo disponible como turbercolostático desde 1952 (Healy, 1997; Zeller, 1983; Peyer, 1996).

señalando que Kline había mostrado interés en la droga como antidepresivo solo después de que Saunders y Loomer prepararan una ponencia para ser presentada ante la American Psychiatric Association en 1957. Saunders y Loomer impugnaron la entrega del premio a Kline y, tras la intervención jurídica, una parte del premio fue otorgado a Saunders, pues para el momento del fallo judicial Loomer ya había retirado su demanda⁹⁵ (Healy, 1997: 68-69; Shorter, 1997).

Finalmente, al cabo de un año, la iproniazida fue retirada del mercado por sus graves efectos colaterales, especialmente porque producía ictericia (Healy, 1997: 70). En verdad, el laboratorio Roche nunca patentó la iproniazida como un antidepresivo y tampoco le dio el respaldo suficiente como para que la droga se impusiera en tanto tal. Sí la comercializó bajo el nombre de Marsilid como medicamento antituberculoso. En el Uruguay, por ejemplo, promovió ensayos clínicos como droga útil en cardiología pero no para su uso en psiquiatría. Otros inhibidores de la monoaminooxidasa, desarrollados por distintos laboratorios, incluido el laboratorio Roche, tomaron posteriormente su lugar.

Para que la iproniazida se transformara de un medicamento antituberculoso en un psicofármaco antidepresivo fue necesario, en primera instancia, que transcurriera un período de varios años entre 1951 y 1956 en el que la observación de los efectos de la sustancia puso a los investigadores sobre la pista de sus posibles aplicaciones psiquiátricas. La idea de que podía ser utilizada como antidepresivo estaba presente desde los trabajos de Crane en 1956, y el equipo de Kline fue el que consiguió consolidar esta idea y encontrar una dosificación que hiciera posible su empleo por cierto tiempo. La disputa entre los miembros de

95 Más allá de las disputas acerca de la paternidad del descubrimiento de los antidepresivos que tuvieron lugar entre los integrantes de los equipos de investigación estadounidense y suizo, existe otro hecho que aumenta la complejidad de esta historia: el total olvido de los aportes realizados por un tercer grupo de investigadores.

Harry Salzer y Max Lurie, dos profesores de la Universidad de Cincinnati, habían presentado en 1953 los resultados sobre su trabajo con isoniazida en pacientes ansiosos y depresivos y continuaron sus trabajos durante 1954. Por consiguiente, la original idea que se le atribuye a Kline y a Kuhn de la posibilidad de contar con sustancias antidepresivas no solo había sido señalada por otros investigadores, sino que había sido experimentada clínicamente con anterioridad a los hallazgos simultáneos de 1957.

Es difícil poder dar cuenta de los factores que llevaron a que los trabajos de Salzer y Lurie fueran ignorados. David Healy (1997: 73), en su análisis sobre el surgimiento de los antidepresivos, propone una serie de hipótesis para explicar el poco reconocimiento que los trabajos de estos psiquiatras recibieron en la creación de los antidepresivos, poniendo énfasis particular en la posición que ambos ocupaban en el campo académico. A pesar de su inserción universitaria, Salzer y Lurie trabajaban preferentemente en la clínica privada sin contar con el apoyo de ningún departamento de investigación académico ni hospitalario, ni el apoyo de algún laboratorio en particular. Tampoco se encontraban en contacto con las asociaciones académicas del momento que surgía en torno a la psicofarmacología y neuropsicofarmacología.

Más allá de aceptar o no aceptar las conjeturas de Healy, lo que sí es cierto es que los trabajos de Salzer y Lurie no permitieron el viraje de una droga somática a una psicofarmacológica y carecieron de los aportes de la síntesis química. Se ubicaron al margen de toda una organización compleja de producción de novedades medicamentosas para las enfermedades mentales.

este equipo por los créditos del descubrimiento indica que el verdadero hallazgo de la época era la invención de una nueva aplicación para las drogas psicofarmacológicas, es decir, la depresión. Por ello, los restantes IMAO que vieron la luz en los años siguientes no fueron catalogados como descubrimientos aun después de que la iproniazida fuera definitivamente dejada de lado.

Al igual que Geigy lo hiciera para la imipramina, también Kline acuñó una clasificación específica para la iproniazida. Aun cuando las propiedades anti-depresivas del Marsilid eran descritas por otros psiquiatras como psicoestimulantes, Kline sostuvo que la iproniazida era en realidad un energizante psíquico que se diferenciaba profundamente de los primeros en que esta aumentaba los niveles de energía psíquica del paciente (Healy, 1997: 70). La noción de psicoenergizante tampoco prosperó, pues una de las principales críticas que se le hicieron fue que no hacía referencia a ningún concepto clínico o científico preciso (Lehmann, 1958) y, al igual que el término timoléptico, fue desplazada por el de «antidepresivos» que aseguraba una especificidad mórbida para la cual estaba preparada la psiquiatría del momento. La imipramina y la iproniazida ponían de revés las clasificaciones que hasta el momento se habían hecho de las sustancias con efectos sobre el sistema nervioso central, que distinguían principalmente entre drogas inhibitorias cerebrales,⁹⁶ drogas excitantes⁹⁷ y drogas alucinógenas. Ambas sustancias tenían efectos antidepresivos pero la primera los conseguía a través de la inhibición cerebral y la segunda a través de la estimulación cerebral, por lo que la clasificación tradicional obligaba a colocar en categorías distintas a la imipramina y la iproniazida cuando en realidad tenían un mismo empleo.

Antidepresivos en el Uruguay: la primera generación

La llegada de los antidepresivos al Uruguay se produjo en diferentes oleadas, como reflejo directo de las sucesivas generaciones de antidepresivos que los laboratorios internacionales produjeron desde la invención de los antidepresivos clásicos en 1957 y a lo largo de toda la segunda mitad del siglo XX. Los antidepresivos hicieron su entrada en Uruguay con el mismo tipo de sustancias que lo habían hecho en los países centrales, es decir, tricíclicos e IMAO, pues la industria farmacéutica del momento ya actuaba a nivel mundial.

Hacia mediados del siglo XX la industria uruguaya había sido capaz de desarrollarse a cierta escala a partir de capitales nacionales. Sin embargo, en el sector de la producción de medicamentos, los capitales extranjeros eran predominantes. La producción de medicamentos en el Uruguay, en el momento de la entrada de los antidepresivos en el país, estaba mayoritariamente en manos de laboratorios extranjeros que realizaban en territorio uruguayo los procesos

⁹⁶ Esta categoría comprendía sustancias como el alcohol, los barbitúricos, el hidrato de cloral y la clorpromazina.

⁹⁷ La cafeína y las anfetaminas, entre otras.

finales de elaboración de los medicamentos. A finales de los años cuarenta un pequeño número de empresas nacionales producían medicamentos para el mercado interno. Este mercado se abastecía también con la importación de medicamentos por parte de agentes o representantes de laboratorios extranjeros que distribuían los medicamentos ya elaborados en el exterior. En la década de los cincuenta varios laboratorios internacionales comenzaron a desarrollar en el país algunas etapas de la producción de medicamentos, debido, en parte, a las trabas arancelarias que la política económica del momento imponía a la importación de productos. Los laboratorios también encontraron ventajas económicas para la fabricación en territorio uruguayo. La importación de los medicamentos en polvo y granulados, sustituyó, por ejemplo, la importación de pastillas y grageas ya prontas para el consumo, en la medida en que comprimir, fraccionar y envasar los productos en el Uruguay abarataba los costos de traslado desde las casas matrices (Álvarez *et al.*, 1972). Durante los años cincuenta, sesenta y setenta la producción de medicamentos en el país dependió del grado de elaboración con que los laboratorios extranjeros introducían los medicamentos en el mercado nacional. De hecho, las posibilidades de elaboración de medicamentos en el Uruguay estaban limitadas por la tecnología existente en el territorio y la disponibilidad de las materias primas.

Los laboratorios extranjeros, de acuerdo a sus intereses económicos y al tipo de plantas industriales que poseían en el país, decidían el tipo de producción que desarrollaban en el Uruguay. Algunos laboratorios se limitaban a fraccionar o envasar los medicamentos y para ello habían instalado en el país plantas industriales pequeñas. Todos ellos, de alguna manera u otra, dependían de la importación de medicamentos del exterior con diferente grado de elaboración, pero hacia 1972 la gran mayoría de los medicamentos comercializados en el Uruguay experimentaba algún tipo de elaboración en las plantas industriales existentes en Montevideo (Álvarez *et al.*, 1972). La política de protección industrial desarrollada en esa época promovió la sustitución de importaciones y la industria del medicamento uruguayo adquirió cierto impulso. La instalación de estas plantas hizo que durante los años cincuenta y sesenta la producción de medicamentos aumentara. Los laboratorios extranjeros introdujeron tecnologías de producción que estaban diseñadas para cubrir los mercados de los países de origen, por lo que en el Uruguay, con un mercado relativamente pequeño, estos equipos funcionaban por debajo de su capacidad productiva (Álvarez, Grasso *et al.*, 1972). Las empresas extranjeras estaban así equipadas para poder enfrentar posibles aumentos de la demanda de medicamentos.

Los laboratorios de capitales nacionales oficiaban, además, de representantes de las empresas extranjeras que no poseían filiales en el país, por lo que la industria farmacéutica nacional se veía cercada por la industria farmacéutica internacional por vía doble. Los laboratorios nacionales, en esas décadas, eran más pequeños que los extranjeros. Estos últimos tenían una participación mayoritaria en el mercado de medicamentos. En 1972 se creía que la industria del

medicamento del Uruguay estaba destinada a permanecer bajo el dominio de los laboratorios extranjeros por largo tiempo (Álvarez *et al.*, 1972). De todas formas, los laboratorios nacionales también se beneficiaron de la política de sustitución de importaciones que se implantó en el país luego de la Segunda Guerra Mundial y, aunque actualmente existen en el sector laboratorios creados hace apenas diez años junto a otros de larga trayectoria, en promedio, los laboratorios nacionales emergieron en los años cincuenta y con el transcurso del tiempo mejoraron su posición en el mercado interno.

Durante los años cincuenta, sesenta y setenta la estrategia de la mayoría de los laboratorios para maximizar sus ganancias fue la diversificación de sus productos. Cada laboratorio, por tanto, intentaba comercializar la mayor variedad posible de especialidades farmacéuticas y al menos uno de los tipos de medicamentos de mayor consumo. A principios de la década de los setenta los psicofármacos ya se vislumbraban como una de las líneas medicamentosas de mayor venta en el mercado farmacéutico uruguayo y los laboratorios competían entre ellos ofreciendo al público una gran diversidad de productos con los mismos principios activos y que variaban entre sí ligeramente. Durante los años sesenta, por ejemplo, la producción de psicofármacos en el Uruguay fue en aumento constante y de 1962 a 1967 se multiplicó por cuatro (Álvarez *et al.*, 1972: 157).

Las primeras sustancias antidepresivas desarrolladas a fines de los años cincuenta llegaron al Uruguay en relativamente poco tiempo. La imipramina, el primer antidepresivo tricíclico desarrollado por el laboratorio Geigy a partir de los trabajos de Kuhn, fue lanzada en los mercados europeos en 1958 y en Estados Unidos hacia en 1959 y llegó al Uruguay a principios de los años sesenta.⁹⁸ Existen trabajos publicados por importantes psiquiatras uruguayos del momento que indican que estos médicos ya estaban en contacto con la sustancia incluso antes de las fechas que los registros oficiales marcan para su entrada en el mercado nacional. Fortunato Ramírez, quien fuera director de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de la República entre 1956 y 1972, relata que en 1959 viajó a la ciudad de Buenos Aires junto con otros psiquiatras uruguayos para asistir al primer Simposio que se realizó sobre imipramina en América Latina (Ramírez, 1980: 163). En ese mismo año Ramírez y otro colega realizaban una de las primeras experiencias nacionales que se encuentra documentada, con el Tofranil (nombre comercial de la imipramina) del laboratorio Geigy (Ramírez y Badano, 1961). Si bien no es posible establecer que hubiera un uso extendido de este antidepresivo clásico a fines de los años cincuenta en el Uruguay, sí es posible afirmar que la psiquiatría uruguaya había entrado en contacto con los antidepresivos de una forma bastante rápida. Tan solo un año después de su lanzamiento en Europa y en el mismo año de su lanzamiento en Estados Unidos, la imipramina se encontraba en el Río de la Plata.

⁹⁸ Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

Con los antidepresivos IMAO había sucedido algo similar. La iproniazida del laboratorio Roche había sido utilizada en experiencias clínicas en el Uruguay en la segunda mitad del año 1957 (Dighiero *et al.*, 1958), esta vez, en el mismo año en que Kline presentó sus datos sobre el uso antidepresivo que podía adjudicársele a este compuesto. El Marsilid, nombre comercial que se le dio, no se comercializó como antidepresivo en Uruguay⁹⁹ pues fue retirado del mercado internacional muy rápidamente debido a sus graves efectos secundarios. Sin embargo, el estudio publicado en 1958, realizado para explorar el uso de esta droga en cardiología, deja en evidencia la relativa facilidad con que los nuevos medicamentos llegaban a las manos del cuerpo médico, aun cuando no contaban con la autorización oficial para ser comercializados, y la relativa libertad que se poseía en ese momento para explorar nuevas indicaciones de sustancias ya empleadas con otros fines terapéuticos.¹⁰⁰ Además, los psiquiatras del medio conocían la aplicación del Marsilid en el campo psiquiátrico, como puede observarse en trabajos de autores nacionales que lo clasifican dentro de las drogas psicotrópicas y en las reimpresiones, en las revistas del medio, de artículos internacionales en los que se discute las características de este medicamento (Lehmann, 1958). De hecho, probablemente se conocieron primero los usos del Marsilid en la depresión antes que los del Tofranil, pues las conferencias dictadas en el Tercer Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras organizado por la Cátedra de Psiquiatría en 1958 se nombra el Marsilid entre los psicofármacos existentes en el momento, pero no se hace ninguna referencia al Tofranil (Murguía, 1959; Vidal Beretervide, 1959).

El contacto del cuerpo médico con otros psicofármacos en el Uruguay había sido casi inmediato también en el caso de los antipsicóticos, que habían aparecido en el concierto de la psiquiatría mundial en 1952. Apenas dos años más tarde, un grupo de psiquiatras destacados de la misma Cátedra de Psiquiatría, en el que también participó Fortunato Ramírez, publicó un trabajo en el que se muestran los resultados de la utilización en la técnica de hibernación moderada de las sustancia 4560 R.P, que Rhône-Poulenc diera a conocer con gran éxito bajo el nombre comercial de Largactil (García Austt *et al.*, 1954). Pocos meses después Ramírez también publicaría, esta vez, por su cuenta, una experiencia sobre el uso de este mismo antipsicótico en cuarenta pacientes (Ramírez, 1954).

Por esos años, los psicofármacos, en tanto nuevas herramientas terapéuticas, acaparaban la atención de la Cátedra y de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. En 1956 el profesor Isidro Mas de Ayala, quien contaba con gran prestigio como médico psiquiatra, dedicó uno de sus artículos a la revisión de los

99 Según el actual Director Médico del Laboratorio Roche en Uruguay, el doctor Gustavo Arroyo, el Marsilid no llegó a comercializarse en el Uruguay y solo se realizaron con esta sustancia estudios explorativos (comunicación personal). En el trabajo de los doctores Dighiero, Mazan, Aguirre y Rudif el Marsilid se ensayó para su uso en cardiología aunque ellos mismos señalan que existen otras indicaciones de la iproniazida en el campo de la psiquiatría que fueron investigadas a nivel internacional (1958: 2194).

100 Otro ejemplo uruguayo de la exploración del uso del Marsilid en cardiología se encuentra en el trabajo publicado por el doctor Walter Reyes en 1960.

mecanismos de acción de la clorpromazina y su importancia en la práctica clínica psiquiátrica. Al año siguiente, la Sociedad de Psiquiatría publicó un número especial de su revista oficial que recogía los trabajos presentados en la mesa redonda *Nuevas drogas en la terapéutica psiquiátrica* organizada por esa Sociedad a mediados de año y consagrada por entero a los psicofármacos conocidos en el momento. Los trabajos versaron sobre las características y la clasificación de los distintos psicofármacos (Da Costa y Bachini, 1957), sobre experiencias clínicas con clorpromazina y reserpina (Ramírez *et al.*, 1957) o sobre su uso en patologías específicas (Murguía y Reyes Terra, 1957; Ramírez, Goldstein y Reisiger, 1957; Mas de Ayala, 1957; Tobler, 1957).

En definitiva, a pesar de la marcha atrás de Roche con el Marsilid, los IMAO se instalaron en el mercado uruguayo y en el mercado mundial con una variedad de principios activos que aparecieron inmediatamente después de que esta sustancia fue retirada hacia 1959. Prácticamente en el mismo momento se lanzaron cuatro nuevos IMAO: la fenelzina, la nialamida, la isocarboxazida y la feniprazina (Olie, s/f), de los cuales solo los tres primeros fueron comercializados en el Uruguay.

El laboratorio Roche siguió desarrollando este tipo de antidepresivos y en 1960 comenzó a comercializar en Europa el Marplan (isocarboxazida) medicamento que también fuera dejado de producir posteriormente, a causa de sus efectos secundarios (Peyer, 1996). En el Uruguay, el Marplan llegó a las manos de los médicos casi inmediatamente, pues existe un artículo sobre esta sustancia publicado ni bien se comienza a comercializar en Europa (Soriano, 1960a) y circuló en el mercado hasta por lo menos 1984. Entre estos nuevos IMAO la fenelzina fue una de las más conocidas y el laboratorio Warner-Chilcott la comercializó en el Uruguay bajo el nombre de Nardelzine desde principios de los años sesenta hasta por lo menos mediados de los años ochenta. La nialamida fue comercializada en el Uruguay por el laboratorio Pfizer bajo el nombre de Niamida y permaneció en el medio hasta por lo menos mediados de los años ochenta.

En cuanto a los tricíclicos, luego de la introducción de la imipramina, rápidamente llegaron al Uruguay otras sustancias de este grupo. La amitriptilina, el tricíclico de mayor éxito que siguió a la imipramina, fue lanzada en 1961 y las autoridades uruguayas de la salud poseen registros de la misma desde 1963.¹⁰¹ También para esta sustancia se realizaron ensayos clínicos anteriores a su lanzamiento comercial en el país. Los laboratorios Merck, Lundbeck y Roche habían logrado cada uno por su cuenta el desarrollo de la amitriptilina y los tres introdujeron el producto en los mercados farmacéuticos internacionales en la misma época (Healy, 1997). En el Uruguay, el laboratorio Roche, aprovechando las facilidades que le daba su filial en Montevideo, puso al cuerpo médico en contacto con esta sustancia casi al mismo tiempo que la introdujo en el mercado europeo. Esta sustancia se utilizó a principios de los años sesenta en una experiencia clí-

101 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

nica realizada por el doctor Bedó (1961) en setenta pacientes, cuando todavía no había ingresado al mercado uruguayo. La amitriptilina fue particularmente exitosa hacia finales de los años sesenta, cuando Roche la promocionó combinada con un tranquilizante (el clordiazepóxido) bajo el nombre comercial de Limbitrol (Ro4-6270). Por esa misma época el laboratorio Rhône-Poulenc, que actuaba en el Uruguay bajo el nombre de Rodhia, lanzó en el medio el Surmontil (trimipramina) que promocionara como un antidepresivo de amplio espectro y que luego fue retirado del mercado uruguayo por su escaso éxito comercial. Debería transcurrir aún un tiempo considerable para que este laboratorio asumiera un rol similar al que mantenía el laboratorio Roche en el Uruguay con respecto a la realización de ensayos clínicos.

Durante los años setenta ingresaron al Uruguay nuevos antidepresivos que se diferenciaban poco de los clásicos tricíclicos e IMAO. La nortriptilina llegó al país hacia fines de 1969 y la clomipramina a mediados de 1971,¹⁰² ambos tricíclicos que presentaban pocas ventajas en relación con la imipramina o la amitriptilina. En esa década se introdujeron también algunas sustancias atípicas como el trazodone (Manegan, comercializado en la región por Química Argentina), que tuvieron escaso éxito, o como la viloxazina (Vicilan, comercializado por el laboratorio Duperial). También con estas sustancias se realizaron ensayos clínicos a poco tiempo de su ingreso en el país. En 1975 se publica un ensayo clínico con trazodone inyectable realizado por miembros de la Clínica Psiquiátrica (Bayardo *et al.*, 1975) en el que los autores afirman que la presentación oral de este medicamento era de uso habitual en el país desde el año anterior. Existe también un ensayo clínico sobre viloxazina publicado en 1980 (Rey Tosar, Caetano y Domínguez, 1980) cuando su ingreso al país se realiza en 1978.¹⁰³ Los ensayos clínicos de antidepresivos introducidos por laboratorios que no contaban con filiales propias en el Uruguay fueron más bien escasos y no parecen haber tenido mayor apoyo de los representantes nacionales.

Durante la década de los setenta llegó al Uruguay otro antidepresivo atípico, la maprotilina (Ludiomil de Ciba-Geigy), que había sido desarrollada en 1972. El Ludiomil es una excepción a esta regla, pues se registra un primer ensayo clínico con esta droga hacia 1987, cuando ya hacía varios años que la sustancia se encontraba en el medio (desde abril de 1973)¹⁰⁴ y había sido lanzada a nivel mundial en el año 1972. Probablemente, esta demora en la realización de ensayos clínicos con este compuesto pueda explicarse en la medida en que el Ludiomil fue impulsado comercialmente con más fuerza durante los años ochenta.

102 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

103 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

104 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

La puja entre tricíclicos e IMAO

Los antidepresivos desarrollados durante los años setenta y ochenta a partir de las tricíclicos y los IMAO clásicos fueron denominados antidepresivos de segunda generación. Se llamaron así porque mantenían mínimas diferencias con los primeros antidepresivos, especialmente en sus niveles de eficacia, pero los aventajaban al generar efectos secundarios menos graves y más tolerables. Fueron desarrollados en su mayoría por los mismos laboratorios que habían destacado ya en la elaboración de antidepresivos clásicos o en psicofármacos en general. Los productos de esta generación salieron en su mayoría de los departamentos de I+D de los laboratorios Roche, Ciba-Geigy y Rhône-Poulenc.

El laboratorio Ciba-Geigy había lanzado su antidepresivo de segunda generación más notorio en 1972, el Ludiomil (maprotilina), que resultaba un inhibidor potente de la recaptación de catecolaminas.¹⁰⁵ Ciba-Geigy continuó, durante toda la década de los setenta y parte de la década de los ochenta, buscando el desarrollo de otros antidepresivos IMAO de segunda generación que no produjeran los peligrosos efectos secundarios de los primeros IMAO. Estos antidepresivos tempranos producían dolores de cabeza, crisis hipertensivas, convulsiones e insomnio, entre otros problemas. Los médicos pudieron observar que estos síntomas molestos aparecían preferentemente luego de que los pacientes comieran queso. Se pudo determinar que los IMAO, al inhibir la enzima monoaminooxidasa, permitían que mayor proporción de la tiramina de los alimentos ricos en esta pasara a la corriente sanguínea luego de su ingesta. El queso es uno de este tipo de alimentos, por lo que la interacción de los IMAO con los alimentos ricos en tiramina se dio a conocer como el «efecto queso». Finalmente Ciba-Geigy no lanzó ningún otro antidepresivo de segunda generación porque perdió la carrera frente a la moclobemida, un nuevo producto que el laboratorio Roche tuvo listo en 1989 (Healy, 1997).

Esto dejó el campo libre para otro laboratorio que intentó competir en el mercado de los antidepresivos, cuando en verdad su principal fuerte eran los antipsicóticos. El laboratorio Rhône-Poulenc había abierto el camino de la producción de psicofármacos con el desarrollo de la clorpromazina, el primer neuroléptico, en el año 1952. Durante los años setenta había incursionado tímidamente el camino de los antidepresivos con el lanzamiento del Surmontil pero, durante la década siguiente, se sumó activamente a la carrera por la generación de antidepresivos de segunda generación, particularmente del tipo IMAO. Estos medicamentos llegan a ser comercializados en el Uruguay hacia fines de los años ochenta.

A mediados de los años ochenta, Rhône-Poulenc lanza al mercado uruguayo el Timaxel (metapramina), una molécula emparentada con la imipramina, y que mantiene por varios años en el medio. Como hiciera el laboratorio Roche en los años sesenta y setenta, Rhône-Poulenc promueve la realización de ensayos clínicos con cada una de las moléculas que lanza durante el período. En el año

105 Los laboratorios Ciba y Geigy se fusionaron en 1970.

1985 un equipo integrado por profesores de la Clínica Psiquiátrica publicó los resultados de un ensayo abierto con el medicamento para comprobar su acción antidepresiva y dos años más tarde este mismo equipo divulgaba los resultados de otra prueba en la que se había comparado la metapramina contra la imipramina (Puppo Touriz *et al.*, 1987).¹⁰⁶

También a fines de la década de los ochenta, Rhône-Poulenc intentó hacerse un lugar en el mercado de los antidepresivos con la introducción de otra sustancia vinculada químicamente con el grupo de los tricíclicos. La carpipramina era conocida en el medio europeo desde principios de los años setenta y se consideraba una sustancia que podía funcionar tanto como neuroléptico o como regulador del humor. Rhône-Poulenc la introdujo en el Uruguay en 1989¹⁰⁷ bajo el nombre de Prazinil y, aunque su espectro de utilización es amplio, se impuso en el mercado sobre todo para el tratamiento de esquizofrenias combinadas con estados depresivos, más que como antidepresivo clásico. De hecho, el ensayo clínico realizado el mismo año de su ingreso en el Uruguay por algunos psiquiatras del medio incluyó una amplia variedad de patologías clínicas con inhibición psicomotriz para, justamente, comprobar la eficacia del fármaco sin importar la etiología psiquiátrica del trastorno (Puppo Touriz *et al.*, 1989). Ello no evitó, de todas formas, que la sustancia se impusiera en el medio como un antidepresivo más. Según el Director Médico del laboratorio de entonces, el relativo fracaso del Prazinil se debió a que se trataba de una molécula que los médicos no incorporaron porque no comprendieron su mecanismo de acción.¹⁰⁸

Si bien Rhône-Poulenc no desarrolló por sí mismo ninguna sustancia del grupo de los IMAO, intentó de todas formas competir también con este tipo de sustancias. A través de un acuerdo empresarial, Rhône-Poulenc comenzó a comercializar la toloxatona (Humoryl), molécula original del laboratorio francés Delalande. Es con esta molécula con la que Rhône-Poulenc intentó competir contra la moclobemida de Roche. Ambas sustancias ingresaron al Uruguay casi al mismo tiempo, pero la moclobemida de Roche era conocida por los médicos con anterioridad, había sido utilizada en ensayos clínicos, cuyos resultados se habían dado a conocer en publicaciones académicas nacionales, varios años antes de su lanzamiento comercial (Dajas *et al.*, 1984). Que Rhône-Poulenc no fuera el laboratorio que desarrolló la toloxatona, impidió que pudiese impulsar ensayos clínicos con tanta antelación a su comercialización como lo hizo el laboratorio Roche. Los ensayos clínicos que se llevaron adelante con toloxatona fueron muy cercanos al momento de su introducción en el medio uruguayo en 1988. En la

106 Los resultados del primer ensayo fueron publicados en el trabajo *Estudio clínico en 40 pacientes deprimidos utilizando metapramina* del doctor Héctor Puppo Touriz y colaboradores (cit. en Puppo Touriz *et al.*, 1987). Lamentablemente no hemos podido localizar ninguna copia de este trabajo.

107 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

108 Entrevista realizada por la autora al doctor Guillermo Caetano en agosto de 2002.

Revista de Psiquiatría del Uruguay se encuentra publicado un primer trabajo en ese mismo año, trabajo en el que se comparan los efectos del Humoryl con los de la imipramina (Puppo Touriz *et al.*, 1988), cuando pocos meses antes, el psiquiatra Guillermo Caetano (1988), que trabajaba en la filial uruguaya de Rhône-Poulenc, había publicado una revisión bibliográfica sobre esta droga. En 1991 se publica en esta misma revista un trabajo realizado conjuntamente entre psiquiatras argentinos y uruguayos sobre el tratamiento con toloxatona de las depresiones resistentes (Fernández Labriola *et al.*, 1991).

La estrategia del laboratorio para imponer el Humoryl se basó en la revalorización de la utilidad de los IMAO en el tratamiento de las depresiones. Los anuncios que el laboratorio lanzó sobre este antidepresivo hablaban del «renacimiento IMAO». A decir verdad, los IMAO contaban con una mala reputación desde el momento mismo de su aparición. El «efecto queso» y otros peligros asociados a su uso combinado con otros medicamentos habían creado su mala fama. Rhône-Poulenc, además de las monografías que habitualmente repartía sobre sus nuevos medicamentos en las que se describían sus características y propiedades principales, difundió en el medio psiquiátrico uruguayo una publicación que contaba con el desafiante título *La psiquiatría ¿puede prescindir de los IMAO?* (Olie, s/f). El volumen analiza la historia de los IMAO, las hipótesis biológicas que explican su eficacia y las razones de su pérdida de popularidad y concluye que esta ha sido, en cierta medida, injustificada.

Ciertamente los IMAO perdían terreno también en Uruguay. Los volúmenes de ventas de este tipo de antidepresivos no superaban los volúmenes de ventas de los tricíclicos. Los estudios de mercado de la época¹⁰⁹ indican que los productos líderes en ventas de antidepresivos eran aquellos comercializados por el laboratorio Ciba-Geigy y, si bien Rhône-Poulenc logra hacerse un lugar en el mercado

109 Desde 1978 hasta 1985, los volúmenes de ventas del mercado farmacéutico uruguayo fueron estudiados por la consultora económica nacional Oikos, que realizaba el estudio de forma privada para una serie de clientes, entre los que se encontraban los principales laboratorios farmacéuticos del medio. Estos estudios que se realizaban de forma anual, en un principio, y luego de forma semestral, fueron los primeros de su género en realizarse en el país. Estimaban los volúmenes de ventas en unidades y en valores según los distintos canales de distribución de todos los productos farmacéuticos existentes en el país. Pretendía, por lo tanto, tener un alcance nacional, si bien no llegaban a cubrir toda la demanda existente en esta materia, pues se dejaban fuera del estudio los medicamentos dispensados a través de hospitales y sanatorios públicos o de clínicas privadas no pertenecientes al sistema del mutualismo. En suma, estos estudios cubrían las ventas realizadas en el país a través de mutualistas, droguerías y farmacias. Los estudios presentaban la síntesis de ventas por grupos terapéuticos, la síntesis de ventas por laboratorios, la venta de los cien productos más vendidos, las ventas de laboratorios por tipo de producto y presentación de los mismos, las ventas de grupos terapéuticos y sus subgrupos. Con estos estudios se podía establecer el tamaño del mercado farmacéutico uruguayo. Aunque no incluían las ventas al sector público, se podía tener una buena aproximación al mismo. A mediados de los años ochenta Oikos vende sus derechos a la consultora internacional IMS que estudia el mercado farmacéutico en varios países del mundo y genera datos a escala global. No hemos podido tener acceso a la información generada para Uruguay por IMS.

de antidepresivos, cuando salga a competir con el Timaxel nunca logrará superar las ventas alcanzadas por Ciba-Geigy.

Ciba-Geigy lideró el mercado de antidepresivos en el Uruguay de 1978 a 1989.¹¹⁰ El Tofranil (imipramina), comercializado por este laboratorio, fue el antidepresivo con mayores volúmenes de venta desde 1978 a 1981 y ocupó los primeros lugares de venta entre los productos del laboratorio durante todo el período, aunque fue cayendo paulatinamente desde estos lugares de ventas hasta posiciones más bajas (Oikos, 1978, 1979, 1980, 1981a, 1982a, 1983a, 1984a, 1985). En 1982 fue superado por primera vez por un antidepresivo introducido por el laboratorio Hoechst en 1979. Hoechst había introducido el nomifensin (Merital), una sustancia heterocíclica que comercializó con éxito hasta mediados de los años ochenta. Los tricíclicos, además, fueron el tipo de psicofármacos más vendido luego de las benzodiazepinas desde 1978 a 1984 con excepción del año 1980. Hacia 1982 el Ludiomil de Ciba-Geigy comienza a superar al Tofranil en ventas y eso se mantiene así hasta finales de década. En 1988 Ciba-Geigy lidera las ventas de antidepresivos con este producto. Debemos recordar, como indicamos con anterioridad, que es en este momento, en el que el Ludiomil tiene un lugar destacado en el mercado, cuando se realiza un ensayo clínico con esta sustancia.

Cuando Rhône-Poulenc y Roche introducen en el mercado sus IMAO de segunda generación, este grupo, entonces, había experimentado también en Uruguay una derrota frente a los tricíclicos. Estos, además, ofrecían una amplia gama de efectos con sustancias diversas como la nortriptilina, que actuaba a nivel del humor y la actividad psicomotora, o como la amitriptilina, con claros efectos sobre el humor pero también con efectos sedantes, mientras que los IMAO ofrecían principalmente efectos psicomotores (Ramírez, Sazbón y Ricci, 1978; Sazbón, 1978). Pero tampoco las sustancias emparentadas con los tricíclicos, que introdujo el laboratorio Rhône-Poulenc en el mercado en los ochenta, pudieron desplazar el liderazgo de los productos de Ciba-Geigy. Únicamente el propio laboratorio consiguió imponer en el mercado otro producto que superase la popularidad de la imipramina y eso solo en forma relativa, porque tanto el Tofranil como el Anafranil (clorimipramina) siguieron ocupando lugares importantes. En verdad, las sustancias que lograrían desplazar definitivamente a los tricíclicos de Ciba-Geigy serían los llamados antidepresivos de última generación.

Mientras tanto, el prestigio adquirido por los tricíclicos sería aprovechado desde mediados de los años setenta por los laboratorios nacionales, que en algunos casos representaban a laboratorios extranjeros sin filial en el país que habían desarrollado tricíclicos, pero que también comenzarían a comercializar copias de las moléculas originales amparados por las reglamentaciones de propiedad

110 Es posible que lo liderara ya de antes. La imipramina (Tofranil), molécula original de Geigy, se había convertido a nivel mundial en el antidepresivo de referencia casi inmediatamente luego de su entrada al mercado. Debemos recordar que no existen en el Uruguay datos anteriores a los estudios realizados por la consultora Oikos desde mediados de los años setenta.

intelectual uruguayas que en el momento no consideraban patentables los medicamentos.¹¹¹ El laboratorio Dispert, por ejemplo, comercializaría la amitriptilina (Sarotex) en representación del laboratorio Lundbeck, pero también vendería una copia del clorhidrato de imipramina. Varios laboratorios uruguayos intentarían participar en el mercado de los antidepresivos ofreciendo copias de tricíclicos e IMAO de primera generación combinados con sedantes, y lo mismo harían con los de segunda generación.

111 La Ley de patentes 10.089 del año 1941 excluía expresamente las composiciones medicinales y los productos químicos como invenciones patentables. Esta ley estuvo vigente hasta el año 2001. La industria farmacéutica nacional pudo florecer al lado de los laboratorios extranjeros que se instalaron en el país, en parte por la permisividad de esta ley, que era similar en este aspecto a las leyes sobre patentes de la región (Santoro, 2002). En la década de los ochenta los laboratorios internacionales comenzaron a ejercer presiones sobre los gobiernos de la región para la actualización de sus leyes de propiedad intelectual. Estos cambios se dieron en distintos momentos y no sin largas discusiones. En Uruguay, por ejemplo, el tratamiento de la nueva ley de patentes estuvo en el Parlamento por una década. Hacia 1998 Uruguay era uno de los pocos países de la región que no había actualizado su ley sobre la propiedad intelectual (Argentina y Brasil lo habían hecho en 1996) según lo establecido en los acuerdos de 1984 de la Organización Mundial de Comercio sobre los derechos de propiedad intelectual. La creación de una nueva ley de patentes suscitó fuertes negociaciones entre los laboratorios nacionales, el Poder Legislativo y las delegaciones diplomáticas de Estados Unidos durante los años 1998 y 1999. A partir de los contactos del entonces presidente de la República, el doctor Julio María Sanguinetti, y las autoridades del gobierno norteamericano, se creó una comisión bilateral para impulsar la actualización de la antigua Ley nacional de 1941. El proyecto de ley emergente, que fuera aprobado posteriormente en 1999, volvía patentables los productos farmacéuticos y químicos como exigen los acuerdos de 1984 firmados por Uruguay. Esto supuso un enfrentamiento entre laboratorios nacionales e internacionales, pero ambos, a través de sus gremiales, participaron en la elaboración del proyecto de ley pues integraron el Comité Técnico de Patentes que tuvo a su cargo la elaboración de la Ley 17.164 de 1999.

Por otra parte, también la legislación existente sobre nombres comerciales, es decir, denominaciones de marca, permitió que, sin la necesidad de la propiedad de una patente o licencia sobre la misma, los productos, al menos en su denominación, fueran propiedad del laboratorio que lo registró. Las marcas, en el mercado farmacéutico, funcionan como un identificador de medicamentos exitosos, pues los médicos tienden a recetar utilizando estos nombres de fantasía (en Uruguay en los últimos tiempos se han establecido diferentes reglamentaciones para evitar esto). También funcionan como identificador del laboratorio que la fabrica. Son una estrategia esencial para la competencia en el mercado pues permiten la circulación de medicamentos con el mismo principio activo pero bajo distintas denominación, según el laboratorio que los fabrique. Los laboratorios defienden la existencia de marcas en las especialidades farmacéuticas argumentado que en verdad los medicamentos en base al mismo principio activo no son necesariamente iguales, pues difieren en elementos tales como los excipientes, grado de pureza del principio activo, que hacen que el medicamento sea diferente en cuanto a su absorción, estabilidad, tolerancia y efectos secundarios. En definitiva, que no se trata del mismo producto.

La última generación

A finales del año noventa la moclobemida, otro antidepresivo IMAO de segunda generación, cuyo desarrollo le había tomado al laboratorio Roche catorce años, entró en el mercado uruguayo bajo el nombre de Aurorix.¹¹² Su llegada había sucedido demasiado tarde como para que este medicamento pudiera situarse de forma contundente entre los tratamientos de primera elección para la depresión. Ese mismo año había entrado al país un representante de la última generación de antidepresivos, los ISRS, que llegarían rápidamente a liderar el mercado de los antidepresivos en todo el mundo, y Uruguay no sería la excepción.

Los ISRS son sustancias muy recientes y constituyen los llamados antidepresivos de última generación. A diferencia de los antidepresivos pioneros, estos antidepresivos fueron desarrollados cuando ya se conocía certeramente la posibilidad de poder obtener medicamentos con efectos concretos sobre el humor. Por lo tanto, fueron pensados como nuevas sustancias que mejorarían la eficacia antidepressiva y, sobre todo, que evitarían las reacciones adversas suscitadas por los antidepresivos más antiguos. De hecho, los efectos colaterales de estas drogas son más leves que los producidos por los clásicos tricíclicos e IMAO y se traducen en síntomas gastrointestinales (especialmente náuseas y pérdida de peso), dificultades en el sueño y dificultades a nivel sexual.

Como su nombre indica, se clasifican dentro de este grupo aquellas sustancias cuyo mecanismo de acción es la inhibición selectiva de la recaptación de serotonina. La inhibición de esta recaptación hace que se incremente la concentración de este neurotransmisor en la hendidura sináptica. Los ISRS no presentan interacciones con otros neurotransmisores ni receptores del sistema nervioso central o periférico, lo que los hace extremadamente ventajosos a la hora de comparar sus efectos colaterales con los efectos secundarios de IMAO o tricíclicos, a la vez que son muchos más seguros que estos, pues los riesgos letales por sobredosis son significativamente menores. La zimelidina fue el primer ISRS desarrollado y luego le siguieron otras sustancias de perfil farmacológico similar como la fluvoxamina, la fluoxetina, el citalopram, la paroxetina y la sertralina. Estas sustancias tienen como indicación principal la depresión, sin embargo se han mostrado útiles también en otros tipos de trastornos como el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de las conductas alimentarias.

Las investigaciones que se venían realizando desde 1953, tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos, acerca del papel de la serotonina en la neuroquímica cerebral, prepararon el camino para el desarrollo de los ISRS.

John Gaddum, un psicofarmacólogo británico, subrayó tempranamente el rol que este neurotransmisor parecía cumplir en la salud mental, por lo que se supuso que el aumento de la disponibilidad de la serotonina en el cerebro podría contrarrestar las enfermedades mentales. A partir de esta idea varios

112 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

farmacólogos intentaron establecer la relación entre los niveles de serotonina en el cerebro y la presencia o ausencia de trastornos psíquicos. En 1963, por ejemplo, el farmacólogo Alec Coppen determinó que sustancias similares a la serotonina podían mejorar los niveles de recuperación en la depresión, a través de una prueba experimental en la que combinó la administración del triptófano, un precursor de la serotonina, con la administración de una IMAO (Healy, 1997; Shorter, 1997). Hacia finales de la década, esta idea fue retomada por otro investigador, Arvid Carlsson, que asesoraba al laboratorio Astra en Suecia. En 1982, este laboratorio, lanzó en varios países de Europa la zimelidina, el primer ISRS, cinco años antes de que Eli Lilly lanzara su mundialmente famoso Prozac (fluoxetina), luego de varios años de trabajo en el desarrollo de un inhibidor de la recaptación de serotonina. Pero al poco tiempo de su uso comercial este primer ISRS fue retirado del mercado antes incluso de que pudiese entrar en mercados importantes como los de Estados Unidos, pues provocaba el síndrome de Guillain-Barré que derivaba en una grave debilidad muscular con serios riesgos de muerte (Healy, 1997; Shorter, 1997).

Carlsson también intervino en el desarrollo del citalopram en el laboratorio Lundbeck de Dinamarca, otro ISRS que entró en el mercado farmacéutico europeo a mediados de los años ochenta. Otros laboratorios también siguieron la pista de los ISRS, algunos, como Ciba-Geigy, elaborando sustancias que nunca se llegaron a comercializar (Healy, 1997) y otros, como el laboratorio Eli Lilly, desarrollando uno de los antidepresivos más exitosos de los últimos tiempos.

En 1971 el laboratorio Eli Lilly de Indianápolis incorporó a su plantilla al farmacólogo Ray Fuller quien, al tanto de los estudios internacionales sobre la serotonina, intentó guiar los trabajos de la compañía sobre los posibles efectos antidepresivos de esta sustancia (Shorter, 1997: 321-322). Al mismo tiempo, el laboratorio conformó un grupo de investigación sobre serotonina y un grupo de investigación para el desarrollo de antidepresivos con efectos secundarios más leves que los de los tricíclicos. Este último equipo encontró que estas sustancias inhibían la recaptación de serotonina durante la sinapsis. Desde 1974 a 1980 el compuesto Lilly 110140 (fluoxetina) estuvo bajo estudio, siendo probado por clínicos en la primera mitad de los años ochenta. Esta droga mostró no solo menos reacciones adversas que los tricíclicos sino que uno de sus efectos secundarios resultó ser el adelgazamiento, lo que en algunos casos parecía ser una ventaja (Shorter, 1997: 322-323). Es más, si bien desde un principio fue claro para el laboratorio que se trataba de una droga inhibidora de la recaptación de serotonina, no siempre estuvo clara cuál sería su indicación final (Healy, 1997: 167), y por momentos se dudó entre desarrollar una droga para adelgazar o un antidepresivo.

El primer ISRS que se desarrolló y se mantuvo en el mercado, la fluvoxamina del laboratorio Solvay-Duphar-Upjohn, fue uno de los últimos antidepresivos de esta clase en llegar al Uruguay. Fue la fluoxetina (Prozac), el ISRS elaborado por Eli Lilly y lanzado al mercado internacional en 1987 (Healy, 1997), el primero

de esta clase en entrar en el mercado farmacéutico uruguayo en 1990.¹¹³ Este laboratorio no poseía filial en el Uruguay,¹¹⁴ por lo que el ingreso de la fluoxetina en el país estuvo a cargo de los laboratorios nacionales que introdujeron copias de la molécula original que no pudieron venderse, por consiguiente, con el nombre de Prozac. En poco tiempo, los laboratorios nacionales y regionales comenzaron a ofrecer una gran variedad de copias de este producto que fue, hasta la entrada de la sertralina, el único ISRS que podía conseguirse en el medio. Casi en el mismo momento, los laboratorios uruguayos Gautier, Urufarma y el argentino Gador registraron en 1990 ante el MSP sus marcas comerciales (Floxet, Conexine y Foxetin, respectivamente) con las que la fluoxetina salió al mercado. Al año siguiente lo hicieron el laboratorio argentino Pharma Investi y el uruguayo Haymann, ingresando el primero el nombre de marca Fluodep y el segundo Depreless. Y en 1992 registraron sus copias de fluoxetina el laboratorio chileno Andrómaco con el Mitilase, el laboratorio de capitales uruguayos y argentinos Gramón Bagó con el Neupax y el laboratorio uruguayo Sumilco con el Vidacil.¹¹⁵

La sertralina fue puesta a la venta en el Uruguay en 1993 por el laboratorio Pfizer¹¹⁶ bajo el nombre comercial de Zoloft. Las copias nacionales y regionales de la sustancia comenzaron a aparecer hacia 1997, cuando el laboratorio Gautier registró la Sertrina. Al año siguiente el laboratorio Andrómaco registró el Sertralix y el laboratorio Haymann el Sertrol, mientras que dos años más tarde el laboratorio Urufarma registraría el Senpur y el laboratorio Servimedic el Trialine.¹¹⁷ Durante la primera mitad de la década, por tanto, los ISRS a disposición fueron la sertralina de Pfizer y las copias nacionales y regionales de la fluoxetina.

Hubo que esperar hasta la segunda mitad de la década de los noventa para que ingresaran los otros ISRS existentes en el mercado internacional. La paroxetina (Aropax) de SmithKlineBeecham fue registrada en 1997 y las copias nacionales aparecieron en el año 2000 con el Dispax de Dispert y el Prexetin de Haymann. El citalopram del laboratorio Lundbeck fue introducido hacia 1997

113 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

114 El laboratorio Roche ha representado, en distintas ocasiones, al laboratorio Eli Lilly en el Uruguay, pero nunca para la venta de productos psicofarmacológicos.

115 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

116 Datos proporcionados por el propio laboratorio Pfizer. En este caso los datos del MSP indicaban que la sertralina había sido registrada en Uruguay por el laboratorio Pfizer en 1990, pero ello no se correspondía con la información brindada ni por el propio laboratorio, ni por los informantes calificados consultados, ni por los artículos y documentos científicos existentes en el medio. Por ejemplo, varias monografías realizadas en los años 1990 por médicos estudiantes de la especialización en Psiquiatría de la Universidad de la República indican que la fluoxetina fue introducida en 1990 y la sertralina en 1993 (Muñoz, Sassano, 1993; Olivera Guerra y Espíndola Ferrer, 1997).

117 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

por representación del laboratorio regional Elvetium, bajo el nombre comercial de Seropram. La fluvoxamina del laboratorio Solvay-Duphar-Upjhon fue introducida por su representante en el país, el laboratorio Galien, bajo el nombre comercial de Dumirox hacia 1998.¹¹⁸

En definitiva, a diferencia de los antidepresivos clásicos y los de segunda generación, los ISRS tardaron algún tiempo más en llegar al Uruguay luego de que fueran lanzados en mercados de Europa o Estados Unidos. La fluoxetina lo hizo tres años más tarde que en Estados Unidos y la paroxetina alrededor de cinco años más tarde.¹¹⁹ La fluvoxamina y el citalopram unos diez años más tarde que en Europa.¹²⁰ Probablemente ello se deba, por un lado, a que ninguno de los laboratorios internacionales que dominaban el mercado de los psicofármacos en el Uruguay desarrolló ISRS y, por otro, a que la presencia de la industria farmacéutica internacional en el Uruguay se modificó sustancialmente en esos años.

A mediados de los años noventa, la industria farmacéutica uruguaya experimentó un cambio profundo en su estructura que hizo que los laboratorios nacionales pasaran a dominar el sector. Ya en la década anterior se había observado una tendencia a la disminución de la participación de las empresas transnacionales en el medio local,¹²¹ lo que se agudizó en los años siguientes debido sobre todo a la decisión de los laboratorios internacionales de centralizar su producción en América Latina en pocos países que abastecerían el resto de la región (Departamento de Estudios Económicos-CIU, 2000). La producción se concentraría en un solo país de América Latina, evitando las capacidades ociosas de las plantas ubicadas en mercados pequeños como el de Uruguay y ahorrando inversión en nuevas tecnologías al poner a punto un único centro de producción en la región. La apertura comercial que el Uruguay estaba impulsando en esos momentos hacía posible, entonces, la introducción de productos fabricados en países vecinos sin mayores dificultades. Ya no resultaba ventajoso para estos la-

118 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

119 La fluoxetina fue lanzada en Estados Unidos en 1987 y la paroxetina en 1993, habiendo sido lanzada en Gran Bretaña el año anterior (Healy, 1997).

120 La fluvoxamina llegó al mercado europeo en 1983 y el citalopram comenzó a comercializarse en Dinamarca en 1986 (Healy, 1997).

121 En 1968 los laboratorios extranjeros alcanzaban el 53 % de las ventas de medicamentos en el país (Álvarez, Grasso *et al.*, 1972), porcentaje que se incrementaría en los años siguientes. Desde 1972 hasta 1985 las ventas de los laboratorios transnacionales dominaron el mercado, oscilando a la baja entre el 68 % y el 60 % de las ventas (Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo-Uruguay, 1985). Los laboratorios con capital de origen extranjero dominaban hacia 1980 el 69 % de las ventas, y de modo consistente, los diez laboratorios con mayores ventas en el país eran multinacionales (Margolis, 1981). Sin embargo, a partir de mediados de la década la posición de los laboratorios nacionales en el *ranking* de ventas comenzaría a mejorar. A principios del decenio los laboratorios nacionales ocupaban los lugares 15 y 17, mientras que cuatro años más tarde se encontraban en los lugares 10, 11, 13 y 18 (Margolis, 1981; Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo-Uruguay, 1985). Hacia 1985, los volúmenes de ventas de las compañías multinacionales habían descendido a un 60,3 %.

laboratorios mantener sus plantas de producción en el Uruguay, pues el mercado uruguayo poseía un tamaño pequeño que bien podía ser cubierto sin necesidad de mantener una producción local. Sin retirarse totalmente, los laboratorios internacionales se mantuvieron presentes en el Uruguay a través de la importación de medicamentos desde las filiales instaladas en Argentina y Brasil, y se deshicieron de sus plantas industriales que fueron compradas en su mayoría por empresas farmacéuticas nacionales (Departamento de Estudios Económicos-CIU, 2000). Laboratorios como Glaxo, Bayer, Hoechst, Ciba-Geigy, Sandoz, Rhône-Poulenc, Schering, Abbot, Pfizer y Warner, que tenían producción local durante los años ochenta y que eran también los líderes del mercado interno, cerraron sus plantas en los años noventa, con algunas excepciones como las del laboratorio Roche que mantuvo la suya hasta hace muy poco tiempo. Con la desaparición de las multinacionales de la producción industrial en el país las plantas existentes se redujeron de cincuenta a treinta aproximadamente, y el abastecimiento de productos pasó a ser liderado por los laboratorios nacionales.¹²² De todas formas, los laboratorios multinacionales siguieron manteniendo una posición importante dentro del país.¹²³ Actualmente, sus productos específicos continúan liderando el mercado gracias a la reputación con la que cuentan sus marcas. Los laboratorios nacionales, si bien los aventajan en precios,¹²⁴ no han desarrollado actividades de I+D y siguen dependiendo de la acción de los laboratorios internacionales tanto para la introducción de nuevos medicamentos como para la obtención de materias primas para la fabricación de las especialidades.¹²⁵

A pesar de la gran variedad de medicamentos ISRS genéricos ofrecidos por los laboratorios nacionales, fue la sertralina de Pfizer (Zoloft) la que lideró el mercado de los antidepresivos desde mediados de los años noventa.

¹²² Los laboratorios de capital uruguayo a fines de los años noventa tenían en sus manos más del 60% de la oferta de medicamentos (Departamento de Estudios Económicos-CIU, 2000). Las empresas con capitales de origen regional, especialmente de Argentina, también se vieron beneficiadas por esta nueva situación y crecieron dentro del mercado uruguayo.

¹²³ A finales de los años noventa poseían aún el 44 % de las ventas en valores (Departamento de Estudios Económicos-CIU, 2000).

¹²⁴ En 1998, por ejemplo, los productos de los laboratorios internacionales eran en promedio un 62 % más caros que los de los laboratorios nacionales (Departamento de Estudios Económicos-CIU, 2000).

¹²⁵ Prácticamente no existe producción de sustancias químicas básicas en el Uruguay, por lo que las materias primas utilizadas en la producción de medicamentos siempre han sido mayoritariamente importadas. Cuando los laboratorios internacionales tenían una presencia importante en el país, estas materias primas provenían de sus casas matrices ubicadas en Estados Unidos o Europa. Ahora bien, con el cierre de plantas de estas empresas se ha dado un cambio en los países de origen de estos fármacos básicos. En los últimos tiempos, ya casi no se realizan importaciones de las casas matrices de los laboratorios internacionales, sino que han pasado a cobrar peso las materias primas provenientes de otros proveedores como la India. Puede afirmarse que esta situación es similar en toda América Latina, incluso para países como Argentina, Brasil y México que han logrado una producción nacional importante y exportan para la región.

Al igual que sucediera con los antidepresivos más antiguos, varios profesionales del medio se preocuparon por publicar reseñas sobre los ISRS y sus aplicaciones en psiquiatría y sobre las hipótesis que explicaban su funcionamiento químico. En la revisión que realizó el profesor Lista Varela (1994, 1996) sobre este tipo de antidepresivos, además de ser definidos como el «antidepresivo ideal», los distintos ISRS se diferencian unos de otros por un listado de efectos adversos y por la dosificación y forma de administración. Por esa misma época se realizaría un ensayo clínico con la sertralina de Pfizer cuyos resultados serían presentados a los psiquiatras uruguayos en un evento especial en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.¹²⁶

Durante la década de los noventa, además de la llegada de los ISRS, se verificó la introducción de otras tres sustancias: la venlafaxina, la mirtazapina y el bupropion. Estos antidepresivos llegaban al Uruguay casi al mismo tiempo que los ISRS, pero a nivel internacional dos de ellos habían sido lanzados posteriormente a que se desarrollaran los ISRS más antiguos. La venlafaxina (Efexor) se comercializaba en Estados Unidos desde 1993, la mirtazapina (Remeron) se comercializaba internacionalmente desde 1996. El antidepresivo que llegaba al Uruguay con un franco retraso era el bupropion (Wellbutrin) que había sido introducido en el mercado estadounidense en 1985 y comenzaba a ser comercializado en el país a fines de 1999.¹²⁷

Para la introducción de estos antidepresivos se intentó maximizar sus diferencias con los ISRS, enfatizando sus ventajas en relación con los efectos adversos. Sustancias como la mirtazapina (Remeron) y la venlafaxina, que dicen ser inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, en realidad no se diferencian radicalmente de los ISRS (Healy, 1997), y fueron lanzadas en el Uruguay enfatizando esta misma estrategia: la sutil diferenciación entre la recaptación de la serotonina a secas y la recaptación de serotonina y noradrenalina. A la venlafaxina, por ejemplo, se la promocionó como un antidepresivo que generaba una remisión más rápida que los ISRS. Además, los antidepresivos que fueron lanzados después que los ISRS también intentaron diferenciarse de estos a partir de los efectos no deseados. También se llevaron adelante pruebas clínicas con ellos, pero mucho más limitadas que las que se había realizado con los antidepresivos de primera y segunda generación.

A mediados del año 2000 el mercado farmacéutico uruguayo contaba entonces con una amplia variedad de antidepresivos entre los que se encontraban los productos clásicos como IMAO y tricíclicos, algunos copias de estos, antidepresivos de segunda generación, los ISRS y antidepresivos posteriores que se clasificaron de acuerdo con su mecanismo de acción como inhibidores selectivos de la recaptación de catecolaminas (ISRC), categoría en la que se incluyó el

¹²⁶ Comunicación personal del doctor Álvaro Lista.

¹²⁷ Si bien el bupropion fue introducido en los Estados Unidos en 1985 había sido retirado en 1986 porque causaba episodios convulsivos. En 1989 fue reintroducido nuevamente con una variación en su dosis.

bupropion, por ejemplo, y en antagonistas específicos de noradrenalina y serotonina, grupo en el que se incluyó la mirtazapina.¹²⁸

Con el transcurso de los años algunas sustancias, como el Nardelzine del laboratorio Warner-Chilcott, el Surmontil del laboratorio Rhône-Poulenc o el Marplan del laboratorio Roche, se dejaron de comercializar. Sin embargo, el número de antidepresivos disponibles en plaza se mantuvo más o menos constante durante las décadas del setenta y del ochenta. Esta situación cambiaría radicalmente, luego de la introducción de los ISRS, produciéndose un incremento notorio de la cantidad y tipo de antidepresivos existentes en el mercado farmacéutico uruguayo. En 1977 estaban disponibles en plaza veintisiete antidepresivos incluyendo moléculas originales y copias (Ministerio de Salud Pública, 1977). En 1987 los antidepresivos, contando moléculas originales y copias, totalizaban unos veinticinco (Ministerio de Salud Pública, 1987) mientras que para 1998 esta cifra había alcanzado los cuarenta y cuatro (González Machado y Montes, 1998).

Los ISRS llegan en un momento en el que el mercado de antidepresivos en el Uruguay estaba sólidamente conformado, luego de varias décadas del ingreso constante de nuevas moléculas antidepresivas y de difusión permanente de sus características, ventajas y desventajas, así como de las teorías que explicaban su funcionamiento o de las características de la propia depresión.

El despliegue de la artillería farmacéutica: ciencia y estrategias comerciales

La facilidad con que los médicos y psiquiatras uruguayos podían acceder a los nuevos psicofármacos se debía a la presencia de los laboratorios internacionales en la región y en el país, y a las estrategias que estos y sus representantes nacionales desarrollaban para acercar los nuevos medicamentos a los expertos.

Desde finales de los años cincuenta los laboratorios desplegaron distintas técnicas para afianzar el uso de los antidepresivos entre los médicos uruguayos al igual que lo estaban haciendo en el resto del mundo. Es necesario tener en cuenta que a la hora de la llegada de los antidepresivos al Uruguay, la industria farmacéutica ya había adquirido gran parte de las principales características que mantiene hasta el presente: actuaba a escala mundial, se mostraba fuertemente innovadora, y respaldaba estas innovaciones y su difusión en la ciencia.

En cierta medida la fuerte vinculación que el sector farmacéutico había establecido con la empresa científica se había convertido en la clave del éxito de los laboratorios pues, que la industria farmacéutica se hubiese convertido, desde

¹²⁸ De hecho, la forma de clasificación de los antidepresivos varió sustancialmente con el correr del tiempo. Las clasificaciones actuales se basan en los mecanismos de acción de las moléculas sobre la química cerebral. En las guías farmacológicas de principios de los años 2000, por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos aparecen junto a otros antidepresivos catalogados como inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (NA/DA/5-HT) (Azanza Perea, 2001). Ver en el Anexo II las distintas clasificaciones de los medicamentos antidepresivos.

finales del siglo XIX, en una de las industrias más rentables a nivel mundial, se ligaba sin lugar a dudas a la fuerte tendencia del sector a introducir constantemente nuevos productos frutos de la I+D. Su supervivencia y crecimiento se basaba en gran medida en su capacidad de dejar de lado viejos productos, impulsar los más recientes, abrir nuevos mercados y adaptarse a los cambios permanentes en las condiciones de competitividad (Achilladelis y Antonakis, 2001).¹²⁹

En verdad, la mayoría de los medicamentos modernos comenzaron a ser introducidos a partir de principios del siglo XX, en la medida en que los laboratorios se arriesgaron a poner en práctica los avances científicos y tecnológicos que llegaban a sus manos. Desde ese momento el sector se respalda fuertemente en la investigación científica, especialmente en áreas como la química, la farmacología, la biología y la medicina. Algunas nuevas drogas, generadas a partir de la intersección de los laboratorios farmacéuticos y la investigación científica, abrieron nuevos sectores en esta industria, como fue el caso de los neurolépticos¹³⁰ que impulsaron el surgimiento de los productos farmacológicos con aplicación psiquiátrica. Todas estas nuevas drogas generaron fuertes ganancias, lo que permitió a los laboratorios arriesgarse a la introducción constante de nuevos productos, pues la inversión en la generación de cada nuevo producto sería recuperada posteriormente con amplios márgenes de ganancias.

Ciertamente, la relación entre la industria farmacéutica y la ciencia fue permanente desde mediados del siglo XIX, pero en el pasaje del siglo XIX al XX experimentó un cambio fundamental a partir del que la industria farmacéutica adquirió su estructura actual (Liebenau, 1987). Mientras que durante el siglo XIX los investigadores que realizaron contribuciones importantes para el sector no se encontraban trabajando dentro de este, es decir, no se encargaron de la producción directa de los productos medicamentosos derivados de sus aportes científicos¹³¹, durante el siglo XX los avances científicos serían muchas veces realizados dentro del propio sector farmacéutico, y la cooperación entre la industria y la academia se volvería cada vez más frecuente. De hecho, la industria farmacéutica

129 Evidentemente estas no han sido las únicas razones del éxito del sector farmacéutico. También hay que tener en cuenta que la mayoría de las innovaciones fueron introducidas por un número relativamente pequeño de laboratorios de larga trayectoria en el sector, ubicados en unos pocos países como Francia, Suiza, Alemania, Reino Unido y Estados Unidos. Estos laboratorios han logrado permanecer en el tiempo porque su producción era diversificada y lograron generar productos medicinales con distintas aplicaciones que abrieron mercados terapéuticos variados, algunas veces, y complementarios, otras. La fusión entre laboratorios también aseguró esta diversificación, pues algunos laboratorios compraron otros para incorporar sectores específicos de producción medicamentosa y alcanzar así nuevos mercados (Achilladelis y Antonakis, 2001).

130 Los neurolépticos, también conocidos como antipsicóticos o tranquilizantes mayores, son medicamentos que se utilizan en estados delirantes y alucinatorios agudos o crónicos.

131 Ese fue el caso, por ejemplo, de los primeros antisépticos, hipnóticos y anestésicos. Los médicos e investigadores que trabajaron en su desarrollo continuaron con sus actividades académicas y profesionales sin lanzarse a formar empresas farmacéuticas (Achilladelis y Antonakis, 2001: 541).

se estructuró tomando como modelo para esta cooperación el tipo de relación entre industria farmacéutica y academia que las primeras empresas químicas alemanas habían establecido a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Por ello los primeros en adoptar una estructura de intercambios intensivos con la academia dentro del sector farmacéutico fueron los laboratorios alemanes que provenían de la industria química. El modelo se extendería, con el tiempo, al resto de laboratorios europeos y estadounidenses, y la ciencia jugaría un papel importante no solo en la producción de los medicamentos sino también en su promoción (Achilladelis y Antonakis, 2001).

Ahora bien, el cambio ocurrido en la estructura de la industria farmacéutica en el pasaje del siglo XIX al XX afectó no solo el modo en que esta industria se vinculaba con la investigación científica, sino también el tipo de productos que esta generaba. Durante el siglo XIX la industria farmacéutica produjo un primer tipo de medicamentos, fruto de la aplicación del método experimental y de los avances de la química de la época, basándose en el aislamiento de los principios activos de las plantas medicinales y de la síntesis de sustancias químicas orgánicas simples con propiedades medicinales extraídas de plantas o derivadas del carbón como el éter, el cloroformo o el ácido salicílico. El aislamiento de los principios activos fue entonces el primer paso para el surgimiento de la farmacología, pues ello permitió el estudio sistemático de los efectos de estas sustancias sobre los individuos.

Durante esta época, las farmacias del momento se limitaban a importar o exportar sustancias con efectos medicamentosos sin necesidad de estar al corriente de los avances que la ciencia química estaba realizando. Aún no se producían medicamentos a gran escala, pues no se contaba con la tecnología necesaria para ello. Los medicamentos eran elaborados por el farmacéutico y los vendía él mismo, o a veces el médico, en pequeñas cantidades. Las empresas químicas, se dedicaban a la producción de componentes químicos inorgánicos, como los ácidos, necesarios en los procesos de producción de otras industrias, tales como la textil o la del vidrio. La mayoría de los nuevos medicamentos del momento fueron introducidos por científicos que actuaban en la academia, por lo que las empresas y farmacias poco tuvieron que ver en ello (Achilladelis y Antonakis, 2001).

Con la introducción de nuevas tecnologías de producción, algunas pequeñas farmacias pudieron convertirse en productoras de medicamentos en gran escala. Las máquinas de fabricación de píldoras, por ejemplo, transformaron la producción artesanal que se venía realizando, pues les permitió poner a la venta medicamentos elaborados en su totalidad, que se podían comercializar con nombres de marcas registradas en un mercado más amplio. Hacia los años treinta los avances científicos generados en la academia hicieron que la investigación universitaria fuera determinante en la introducción de innovaciones en la industria farmacéutica, especialmente los avances relacionados con la síntesis de productos químicos orgánicos, los métodos de determinación de la composición de estructuras de las sustancias químicas, los métodos de evaluación

de las propiedades químicas de las sustancias en sus receptores biológicos y la microbiología. En aquellos lugares donde la cooperación de la academia con la industria fue más fuerte, fue donde se desarrolló la mayor cantidad de medicamentos nuevos. Al mismo tiempo, durante la Segunda Guerra Mundial, los gobiernos impulsaron la invención y producción de nuevos medicamentos para los militares y la población en general. De esta manera las pequeñas industrias de producción farmacéutica se convirtieron en grandes empresas basadas en la investigación científica. En los años cincuenta el mercado se vio ampliado a todo el mundo, y los laboratorios introdujeron uno de los métodos que más resultados le dio en sus ventas: el *marketing* dirigido a médicos, instituciones de la salud y farmacéuticos. Esta estrategia de comercialización apuntó desde sus inicios a los sectores expertos en salud y se dirigía a ellos en los términos de la ciencia, pero intentaba también aprovechar los mecanismos de circulación de información habituales en el cuerpo médico. Como señala Jonathan Liebenau (1987) la industria farmacéutica construyó una «imagen científica» de sí misma porque sus innovaciones se basaban en la investigación científica, pero también porque debía establecer relaciones con los integrantes de la ciencia médica para difundir sus productos. Lograr que el cuerpo médico adoptara el uso de los nuevos medicamentos era el paso fundamental para alcanzar la venta final de los productos y para ello los laboratorios necesitaban «educar» a estos potenciales usuarios.

La industria farmacéutica, por consiguiente, comprendió rápidamente que era de importancia capital que la información sobre los medicamentos llegara a los médicos a través de canales que el sector pudiera controlar. La figura de los visitantes médicos fue uno de los recursos más efectivos, pero el sector utilizó además una amplia serie de mecanismos que incluyeron la organización de eventos científicos, la generación de literatura promocional de inspiración académica y la publicación de anuncios en revistas especializadas. De todas formas, una de las mejores maneras para que los médicos incorporaran los nuevos medicamentos a sus hábitos de prescripción era que ellos mismos pudiesen realizar experiencias clínicas con las nuevas sustancias y generar algún tipo de información científica que pudiesen, además, compartir con sus pares. Durante todas las etapas de desarrollo de las sucesivas generaciones de antidepresivos, los laboratorios que contaban con moléculas originales pusieron al alcance de médicos psiquiatras de todas las latitudes los nuevos medicamentos para que estos realizaran distintas pruebas clínicas. Algunas de estas pruebas se incorporaban a los procesos de puesta a punto de los nuevos medicamentos, pero la gran mayoría de ellas se realizaban cuando el medicamento ya estaba muy pronto a ser lanzando a los distintos mercados farmacéuticos del globo o incluso cuando el medicamento había comenzado a comercializarse. Veremos cómo estos procesos tuvieron lugar en el Uruguay a lo largo de la llegada de las diferentes generaciones de antidepresivos.

Estrategias farmacéuticas en el Uruguay

En el Uruguay, la misma industria farmacéutica que en el resto del mundo impulsaba una «imagen científica» de sí misma (Liebenau, 1987), también se apegó a los valores científicos y académicos para la promoción de sus productos. Esta industria aplicó en los países periféricos aquellos mismos métodos que le habían sido útiles para ampliar el mercado de los medicamentos en los países centrales, pero también jugó con las ventajas que los sistemas regulatorios de estos países, aún en pañales, le podían ofrecer para la introducción de sus productos. En el Uruguay, los laboratorios utilizarían como herramientas para la difusión de los antidepresivos a los visitantes médicos, la literatura promocional de corte científico, los anuncios en revistas especializadas y la realización de ensayos clínicos. Algunas de estas herramientas apuntarían al relacionamiento directo con el médico y otras a un relacionamiento mediatizado. Por ejemplo, el establecimiento de lazos directos con el cuerpo médico se realizaba por lo menos desde la década de los cincuenta a través de la figura clave del visitador médico (Álvarez *et al.*, 1972). El visitador médico proporciona información de primera mano al psiquiatra que visita directamente en su consultorio y monitorea las prescripciones que este realiza para establecer si el médico ha aceptado el producto o no. El objetivo de las empresas farmacéuticas es llegar a todos los médicos dentro de la especialidad, y a través del trabajo personalizado lograr identificar los médicos que recetan el producto y aquellos que no lo hacen. Otra estrategia de relacionamiento directo era la promoción de experiencias clínicas con los nuevos medicamentos. A través de estas experiencias, los laboratorios lograban vínculos duraderos con profesionales de renombre que ocupaban un lugar central en la psiquiatría uruguaya y servían como voceros de las novedades farmacéuticas.

Todas estas estrategias recurrirían de una manera u otra a la ciencia y reflejarían la capacidad de los laboratorios de poner en movimiento los distintos elementos de lo farmacéutico: medicamentos, saberes, padecimientos, instrumentos diagnósticos, procedimientos de prueba de sustancias, entre otros. En este sentido, serían sobre todo los laboratorios internacionales los que mostrarían un gran potencial para hacer funcionar en conjunto y a su favor los elementos propagandísticos y las prácticas académicas y profesionales. El papel de los laboratorios nacionales en la introducción y difusión de los antidepresivos sería mucho más limitado y, en todo caso, cobraría mayor protagonismo cuando llegaran al Uruguay los antidepresivos de última generación.

La estructura de los laboratorios internacionales era la que les permitía establecer técnicas de comercialización más activas y diversificadas. Especialmente en el momento de la introducción de los primeros antidepresivos, mientras los laboratorios nacionales que poseían la representación de algunos laboratorios extranjeros se limitaban a publicar anuncios escuetos de los pocos antidepresivos que comercializaban, los laboratorios internacionales recurrían a anuncios más elaborados y con citas reiteradas a artículos científicos, se preocupaban por poner a disposición de los médicos información sobre la depresión, fomentaban la

realización de ensayos clínicos y fomentaban la publicación de sus resultados en la prensa científica del medio.

Estas estrategias comerciales, como veremos, no solo modificarían el arsenal de medicamentos que los psiquiatras tendrían a su alcance, sino que introducirían además cambios en el seno mismo de los saberes psicológicos del Uruguay, en la medida en que podían reclutar a parte de sus integrantes en la puesta en marcha de un complejo farmacéutico multifacético. Las herramientas de *marketing* utilizadas no solo promoverían los antidepresivos, sino que impulsarían una nueva forma de entender la depresión, limitarla y explicarla, enfatizarían una relación unívoca entre tratamiento y enfermedad y vigorizarían un cierto tipo de investigación más cercana a los procedimientos de desarrollo de medicamentos que a la práctica clínica cotidiana. Su sola presencia no era suficiente para cambiar la faz de los saberes psicológicos, pero sí tenían la potencialidad de establecer la dirección hacia la cual debían avanzar los vectores fundamentales de lo farmacéutico. Una de estas direcciones fue el afianzamiento del modelo de la especificidad en el campo de los saberes psicológicos, otra, el afianzamiento de la investigación cuantitativa. Estos vectores pueden reconocerse en la literatura promocional, en los avisos comerciales y en una combinación particular de presentación de resultados científicos y propaganda comercial.

Promocionando la especificidad

El uso que la industria realizó de la ciencia en sus estrategias de promoción comercial en el Uruguay puede encontrarse en los materiales informativos que daba a conocer a los médicos, en los que el lenguaje científico es utilizado pensando en un público erudito y experto unas veces, pero también utilizando un lenguaje científico de complejidad media que permitiera al mismo tiempo llegar también a un público más amplio. Esta estrategia de *marketing* ya había sido probada por largo tiempo. Cuando le llegó el turno a los antidepresivos, la literatura promocional de corte científico tenía al menos unos sesenta años de uso y práctica en la promoción de productos farmacéuticos. Esta literatura aportaba datos científicos sobre el modo de empleo de los nuevos psicofármacos, su eficacia, rangos de seguridad y, además, elementos útiles para distinguir la depresión y evaluarla.

Los laboratorios solían preparar volúmenes monográficos sobre cada nuevo medicamento que hacían circular entre el cuerpo médico, pero también publicaban otro tipo de documentos que a veces reproducían trabajos de psiquiatras de renombre internacional, artículos científicos o artículos preparados por los propios médicos uruguayos. Este tipo de publicaciones no se limitaban a las sustancias medicamentosas sino que cubrían, además, el tema de la depresión. Mucho antes de que se hablara de la existencia de una epidemia de depresión, los laboratorios ya insistían en que los médicos debían poner especial atención en detectarla. Los productores de un tipo de psicofármaco específico ponían un énfasis particular en la patología ligada a estos. Si autores como Hacking (1995, 1998) y Borch-Jacobsen

(2001) o Lakoff (2005) repararían recientemente en la naturaleza flexible de las categorías nosológicas de la psiquiatría, los laboratorios responsables de la llegada de los primeros antidepresivos en el Uruguay intentarían desde los primeros tiempos robustecer la categoría de la depresión y alentar su diagnóstico entre médicos generales y psiquiatras. Ya en la promoción de los primeros tricíclicos e IMAO emergería una ensambladura fundamental de lo farmacéutico, ensambladura que actuaría como principio lógico de orden y funcionamiento de las estrategias de expansión de los antidepresivos: el nexo entre psicofármacos y diagnóstico psiquiátrico. Este nexo se exaltaría en los avisos publicitarios de los antidepresivos y en la literatura promocional, pero también a través de la realización de ensayos clínicos. En consecuencia, aun cuando, como hemos visto en el capítulo anterior, la noción de depresión estaría en discusión durante los años sesenta y setenta y ofrecería resistencias a su especificación, en esas mismas décadas los laboratorios farmacéuticos incitarían al afinamiento de su diagnóstico. El modelo de la especificidad enfermedad-tratamiento, que propone la articulación entre categorías nosológicas concretas y herramientas terapéuticas que le serían antagónicas, jalonaría toda la información de corte científico generada por la industria farmacéutica.

Así, con la llegada de los primeros antidepresivos al Uruguay, la relación entre antidepresivos y depresión sería prontamente puesta en relieve. A pocos años del lanzamiento mundial de la imipramina el laboratorio Geigy prepararía un volumen a cargo del psiquiatra suizo Paul Kielholz (1961) dedicado por entero a la psicopatología de los estados depresivos. En enero de 1961 el laboratorio imprimiría la edición hispanoamericana del trabajo en el segundo número de su *Acta Psychosomatica*, publicación que formaba parte de los documentos científicos que Geigy distribuía entre los médicos. Este número, que circuló en el Uruguay a principios de los años sesenta, mostraba que la difusión de la información sobre los medicamentos antidepresivos era inseparable de la difusión de información sobre la patología que pretendía combatir. Además de discutir las depresiones reactivas, depresiones por agotamiento, depresiones neuróticas, depresiones endógenas y las depresiones involutivas, el volumen incluía avisos publicitarios sobre el Tofranil, y poseía un capítulo específico en el que se comparaban las ventajas y desventajas de este antidepresivo con otras terapéuticas en el tratamiento de las depresiones.

evolucionan de manera más lenta después de los 50 años, los enfermos no necesitan ya tratamiento clínico alguno.

La discrepancia entre los resultados de los diversos autores se explica muy bien, ya que unos han basado sus estudios principalmente en formas cíclicas; otros en las periódicas, y otros por último en ambas formas de la psicosis maniaco-depresiva. En resumen, los resultados obtenidos por nosotros son los siguientes:

- Los intervalos libres suelen ser más cortos después de cada fase sucesiva.
- Pasados los 50 años de edad, los intervalos libres se mantienen más o menos constantes, mientras que las fases depresivas tienden francamente a seguir una evolución más lenta.
- Las formas cíclicas muestran desde el principio intervalos libres más cortos que las melancolías periódicas.
- Las manías periódicas, de observación rara son las que presentan mayor tendencia al acortamiento de los intervalos libres.

9. Correlaciones psicofísicas en las melancolías

A pesar de los extensos estudios efectuados, no se ha conseguido descubrir aún en las melancolías signos específicos, fisiopatológicos o endocrinológicos. Pero existen múltiples síntomas somáticos inespecíficos que nos permiten establecer el diagnóstico. Si bien el aspecto del enfermo sugiere una *neurastenia*, no resulta fácil descubrir trastornos somáticos evidentes. A menudo se observa un emparejamiento aparente, fáciles cansados, de decaimiento y pena, mirada sin brillo, turbia y velada, piel seca, macilenta y pálida, falta de secreción lagrimal y sudoral, boca seca, lengua saburral, respiración superficial y estrebimiento. La presión arterial suele estar elevada, con escasa amplitud; el pulso retardado, la temperatura algo baja, como el metabolismo basal, y el intestino grueso atónico. Mas, cuando los estados depresivos adquieren un sello de angustia, se hallan signos totalmente opuestos.

La curva ponderal suministra algunos indicios sobre la evolución del proceso depresivo, pues, paralelamente a la agravación de la depresión, aparece una pérdida de peso. El incremento de éste suele ser el primer síntoma de la mejoría del estado depresivo. Rara vez se aprecia en los melancólicos un curso opuesto de la curva del peso. Muchos autores consideran una pérdida notable de peso como un indicio de melancolía; pero también se han visto grandes reducciones ponderales en depresiones psicógenas y esquizofrenias.

Los exámenes del cuadro hemático, del metabolismo mineral y del metabolismo hormonal y regional proporcionan datos tan ambiguos, que hasta ahora no permiten formular ningún juicio diagnóstico preciso. En cambio, entre los análisis de laboratorio, las pruebas de sobrecarga de colesteroles y de glucosa prestan a veces datos diagnósticos fidedignos.

GEORGI, en 1924 llamó por primera vez la atención sobre los trastornos del metabolismo de la colesteroles en las psicosis maniaco-depresivas, y demostró que la colesteroemia en ayunas suele hallarse aumentada en los melancólicos, y que, contrariamente a los individuos sanos, tiende a disminuir durante las horas siguientes al despertar. Hemos seguido el curso de la colesteroemia por el método de GEORGI, en 80 enfermos con diversos estados depresivos, habiendo confirmado en parte los resultados por él obtenidos.

32

Tofranil® Timoléptico

en la distimia depresiva vital

Los autores han señalado la importancia de explicar la hiperactividad, según STARK, en 60 con depresiones psicógenas. La carga se mantuvieron dentro de los límites de los trastornos de matiz angustioso.

En la distimia, encontramos una evolución más lenta de la curva de la depresión, en ensayos prolongados, típica de las depresiones. Por lo tanto, la inhibición de la colesteroemia. Como en la melancolía, si bien

en la melancolía endocrinológica, comprobamos fluctuaciones. Pero los signos anormales dentro de los resultados aprovechados de estos datos, deberían ser considerados como reacciones corticoadrenales e

los procesos depresivos se acentúan a veces semanas. Entonces, los ensayos de un suceso superpuesto precioso. A causa del avance por la melancolía. Naturalmente no es una; en cualquier alteración de los, las disgregaciones pertinentes, una evolución endógena.

Figura 1. Anuncio de Tofranil intercalado en el trabajo del profesor Kielholz (1961) en la edición hispanoamericana *del Acta Psychosomatica* edita por el laboratorio Geigy.

Al mismo tiempo, Kielholz insistía sobre el aumento constante de los estados depresivos que llegaban a la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Basilea en la que trabajaba. Si bien no hablaba de ninguna epidemia de depresión, adelantaba, de esta forma, la noción de que la depresión era una patología en expansión. Noción que sería retomada posteriormente a nivel mundial y también por los psiquiatras uruguayos.

Este tipo de literatura promocional se utilizaría al mismo tiempo para la promoción de los IMAO. El laboratorio Warner-Chilcott, que comercializaba en el Uruguay la fenelzina, también recurría en la literatura promocional de corte científico a la promoción del nexo entre este producto y la depresión. Durante la década de los sesenta el laboratorio distribuyó una publicación bianual¹³² en la que los médicos uruguayos escribían sobre distintas patologías, para las que en su gran mayoría el laboratorio contaba con productos específicos. Uno de sus volúmenes incluiría un trabajo del catedrático en psiquiatría, Fortunato Ramírez, en el que proponía una clasificación original de los estados depresivos.¹³³

¹³² Esta publicación se llamaba *Medicina en el Uruguay* y era editada en Montevideo por el propio laboratorio.

¹³³ Se trataba del trabajo «Delimitación de tipos de síndromes depresivos» publicado en *Medicina en el Uruguay* en el año 1966, que ya hemos mencionado en la nota diecinueve del capítulo anterior.

Asimismo, en los años setenta el departamento médico difundiría una pequeña publicación titulada *Notas Clínicas* en la que se presentaba a los médicos textos cortos, sobre distintos temas de psicopatología, confeccionados en base a diversos artículos científicos internacionales que eran citados como fuentes bibliográficas (figura 2). En ambas publicaciones los artículos presentados eran acompañados por avisos comerciales de los medicamentos de Warner-Chilcott. El Nardelzine no faltó entre ellos y adquirió un protagonismo tal que, por ejemplo, en el segundo número de las *Notas Clínicas* —en el que parte de los textos se consagraban a temas vinculados con la depresión—,¹³⁴ el nombre del medicamento figuraba en la portada del volumen, cerraba cada uno de los capítulos, y volvía a aparecer al final del mismo en un anuncio en el que se describían sus propiedades terapéuticas.

La promoción conjunta de antidepresivos y depresión alcanzaba igualmente los avisos publicitarios costeados por la industria farmacéutica. Aunque existían otras publicaciones científicas médicas en el país, los laboratorios eligieron la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* como uno de los principales medios para anunciar los antidepresivos, probablemente porque de esta forma tenían un acceso inmediato y asegurado a casi todos los psiquiatras del país.¹³⁵ Desde los años sesenta en adelante es posible encontrar allí avisos de antidepresivos.

En esa década, el laboratorio Warner-Chilcott, por ejemplo, publicitaba en dicha revista el Nardelzine, dirigiéndose directamente a los médicos en términos académicos con dos tipos de anuncios sobre el medicamento: uno en el que describe las características del Nardelzine (figura 3) y otro en el que incita a los médicos a diagnosticar debidamente la depresión (figura 4). En ambos casos, respalda sus afirmaciones con citas de publicaciones científicas tal como se haría en cualquier artículo académico que fuese preparado para aparecer en revistas de psiquiatría o medicina. El laboratorio, a través de estos anuncios, promovía ciertamente el uso del Nardelzine, pero promovía también ciertos valores vinculados a la práctica científica, cierto modo de hacer con la depresión y de interpretar los efectos de la droga. Proponía las nociones de eficacia y seguridad como nociones clave para evaluar el desempeño

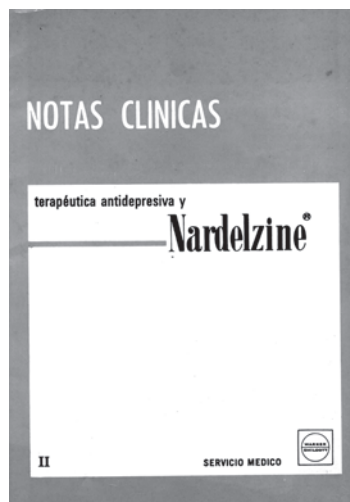


Figura 2. Portada del segundo número de las *Notas Clínicas* publicadas por el laboratorio Warner Chilcott durante los años setenta.

¹³⁴ Los capítulos del número trataban, entre otros temas, sobre llanto en la depresión, la relación entre ansiedad y depresión y la clasificación de los estados depresivos.

¹³⁵ Tanto en el *Diario Médico Uruguayo*, que apareció entre 1933 y 1978, como en la *Revista Médica del Uruguay*, que aparece desde 1974 hasta el momento, los anuncios de antidepresivos son notoriamente escasos.

de la fenelzina como antidepresivo. La proponía, asimismo, como un antidepresivo apropiado para el tratamiento de pacientes que no necesitaban internación y que eliminaba la tensión y la agitación facilitando así un buen relacionamiento entre el médico y el paciente. Y respaldaba en la metodología experimental de los ensayos clínicos los buenos resultados que podían obtenerse con el uso del medicamento.

**MAXIMA OPORTUNIDAD
DE EXITO CLINICO CON ELEVADO
PORCENTAJE DE RESPUESTAS FAVORABLES**

Por su alto grado de seguridad y eficacia, **NARDELZINE** (sulfato de fenelzina) es la droga de elección para el tratamiento ambulatorio. Su empleo refuerza sin peligro alguno la terapéutica de sostenimiento.

NARDELZINE es "un antidepresivo muy eficaz"¹ que ayuda a disminuir la tensión y la agitación; el paciente vence el bloqueo terapéutico y aumenta su capacidad de respuesta estableciéndose una mejor relación. La terapéutica de discernimiento y la interpretación pueden, a menudo, iniciarse más pronto.² Además, la terapéutica con **NARDELZINE** reduce la necesidad de la terapéutica electroconvulsiva.^{3,5}

Numerosos investigadores han demostrado la efectividad clínica de **NARDELZINE** (sulfato de fenelzina) en el tratamiento de la depresión. (En experiencias controladas, **NARDELZINE** ha alcanzado un 87% de resultados excelentes-buenos).^{4,5}

1. Rothman, I.: J. Am. Osteopathic A. 60: 643, 191.
2. Dunlop, E.: Psychosomatics 3: 53, 1962.
3. Furst, W.: J. M. Soc. New Jersey 57: 113, 1960.
4. Evans, W. L.: Psychosomatics 1: 263 (set.-oct.), 1960.
5. Arnow, L. E.: Clin. Med. 6: 1573, 1959.

NARDELZINE
sulfato de fenelzina

 **Símbolo de servicio**
para el paciente y para el médico

Figura 3. Aviso aparecido en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 34, n.º 201 de 1969.

Al enfatizar el éxito de la fenelzina como antidepresivo eficaz, el laboratorio debía, por un lado, reforzar las ventajas del Nardelzine sobre otro tipo de medicamentos y terapéuticas utilizadas en el tratamiento de la depresión, y por otro, evitar que los casos de depresión se confundieran con otras patologías que podían ser tratadas con otras herramientas psicofarmacológicas. Para ello, en sus anuncios se insistiría en que el uso del Nardelzine disminuía la necesidad de recurrir al uso de la terapia electroconvulsiva, a la vez que se establecería una lucha frontal con los ansiolíticos, otros de los psicofármacos de mayor éxito mundial.

El laboratorio intentaría imponer su antidepresivo, reduciendo las posibilidades de aplicación en la depresión que tenía este tipo de medicamento. En ello el diagnóstico preciso de la depresión era un requisito esencial. El anuncio de Nardelzine (figura 4) aparecido en el volumen 28 de la *Revista de Psiquiatría*

del Uruguay del año 1963, por ejemplo, le advierte al cuerpo médico que «antes de tranquilizar a su paciente ansioso descarte la depresión».

doctor: ...Diagnostique DEPRESION oportunamente y con precisión
antes de tranquilizar a su paciente ansioso **DESCARTE LA DEPRESION**

explora la "triada de síntomas"

Como el examen a menudo lo revela, la ansiedad puede ser una reacción a las dificultades de la vida, o uno de los varios síntomas que son manifestaciones evidentes de depresión. La administración de tranquilizantes o barbitúricos al paciente deprimido con ansiedad evidente puede ser contraindicada. 1,2 Ayd establece una "triada de síntomas", físicos, emocionales y mentales en la depresión 3. En historias de casos típicos, la ausencia de enfermedad orgánica y la presencia de la triada de síntomas, particularmente de los cambios mentales, **DIAGNOSTICAN** la depresión.

LA DEPRESION EXISTE EN TRES NIVELES		SIN SINTOMAS DE ENFERMEDAD ORGANICA, PERO...	NARDELZINE ELIMINA LA "TRIADA DE SINTOMAS"
FISICO	disturbios del sueño fatiga disturbios del apetito trastornos somáticos	descanso irregular pérdida de peso	establece los veles normales : sueño y peso.
EMOCIONAL	ansiedad decaimiento espiritual irritabilidad inquietud	ansiedad tensión crisis de llanto	disminuye la ansiedad y la tensión, y elimina las crisis de llanto.
MENTAL (el síntoma decisivo)	pérdida del interés incapacidad de concentración indecisión obsesión	auto desprecio pérdida del interés	restaura la confianza, aumenta el interés.

Referencias: 1. Hobbs, L. F.: Virginia M. Month. 86:692, 1959. 2. Frohman, I. P.: Journal - Lancet 79:121, 1959. 3. Ayd, F. J., Jr.: Recognizing the Depressed Patient, New York, Grune & Stratton, 1961.

**elimina la depresión,
raíz de muchos problemas médicos**

NARDELZINE

LAB. WARNER LAMBERT S. A.
Gregorio Funes 3022 - Tel. 5 58 33 - Montevideo

Figura 4. Aviso publicado en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 28, n.º 163 de 1963.

En el anuncio el laboratorio explicaba que los expertos habían determinado que la ansiedad era uno más de una «triada de síntomas» que caracterizaban la depresión. Prescribir ansiolíticos a un paciente deprimido equivalía, entonces, a pasar por alto la complejidad de los estados depresivos y dejar sin remedio los síntomas físicos y mentales de la patología. El Nardelzine era presentado como el medicamento adecuado para mitigar los tres tipos de síntomas a la vez.

Lo cierto es que la publicidad de los antidepresivos concentraba, en el espacio mínimo de los anuncios gráficos, algunos tópicos que aparecerán luego retomados por los discursos académicos del medio. El diagnóstico preciso de la depresión era uno de ellos, pero también lo era la seguridad y eficacia de los antidepresivos, la vinculación entre los psicofármacos y el tratamiento psicoterapéutico, así como las hipótesis biológicas que explican el funcionamiento de los antidepresivos.¹³⁶

Con la introducción de los antidepresivos de segunda generación, los laboratorios volverían a desplegar la práctica de la promoción a un tiempo de la depresión y los antidepresivos. Por ejemplo, cuando el laboratorio alemán Hoechst introdujera a finales de los años setenta el nomifensin (Merital), un antidepresivo heterocíclico, haría circular entre los médicos uruguayos un volumen titulado

¹³⁶ El anuncio de Nardelzine aparecido en el volumen 34 de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* del año 1969 (figura 3) afirma que con el uso de este antidepresivo «[l]a terapéutica de discernimiento y la interpretación, pueden, a menudo, iniciarse más pronto».

Reconocimiento del síndrome depresivo escrito por el doctor O. Benkert (1981), jefe de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Munich. El material estaba dirigido a los médicos generales e insistía en prepararlos para poder identificar rápidamente el síndrome depresivo. Allí se le indicaba al médico que pocas veces los pacientes expresan de forma directa que padecen depresión, por lo que era él quien debía reconocer la depresión a través de preguntas específicas. Para ello el manual proponía ocho preguntas simples y concisas que el médico debía tener presentes cuando se enfrentara a un posible paciente deprimido (figura 5).

8

3 Ocho preguntas clave para el diagnóstico

1 “¿Es usted todavía capaz de alegrarse?”	2 “¿Le resulta a usted difícil últimamente tomar decisiones?”	3 “¿Le cuesta trabajo a usted últimamente ocupar su tiempo?”
4 “¿Ha notado usted tener menos interés últimamente?”	5 “¿Tiene usted últimamente tendencia a cavilar continuamente?”	6 “¿Padece usted trastornos del sueño?”
7 “¿Se siente usted cansado y sin vitalidad?”	8 “¿Le atormenta la sensación de que su vida no tiene sentido?”	

Sólo muy esporádicamente manifiestan los pacientes al médico en forma directa que padecen depresiones. Con mucho mayor frecuencia el médico debe hacer preguntas especialmente dirigidas a reconocer el síndrome depresivo. El primer paso para ello se efectúa mediante estas ocho preguntas que han sido expuestas para facilitar el diagnóstico. Cuando la primera pregunta se contesta negativamente,

es muy probable que exista un síndrome depresivo. Cuando una de las preguntas siguientes recibe contestación afirmativa es necesario, asimismo, pensar en un diagnóstico de depresión empleando medios necesariamente más profundos.

Figura 5. Preguntas que el médico debe realizar al paciente para el diagnóstico de la depresión según el manual sobre el síndrome depresivo editado por el laboratorio Hoechst en los años ochenta (Benkert, 1981: 8).

Debemos tener presente que la promoción del diagnóstico de depresión y la promoción de los antidepresivos se daba, en esos años, con el telón de fondo de las discusiones académicas sobre la noción de depresión y la utilidad de los propios antidepresivos para dirimir entre uno u otro tipo de trastorno depresivo. Posiblemente por ello, tanto esta propuesta diagnóstica de Hoechst como la propuesta diagnóstica de Warner-Chilcott, aparecida en el anuncio de Nardelzine del año 1963, apuntaban a un diagnóstico laxo del síndrome depresivo, sin un mayor afinamiento de las categorías utilizadas. Este afinamiento se haría presente cuando la competencia entre antidepresivos distintos fuera más abierta y dura.

El juego de las diferencias

Con la llegada al Uruguay de los antidepresivos de segunda y tercera generación, el modelo de la especificidad, que guió la publicidad y la promoción de los antidepresivos de primera generación, fue llevado a sus extremos. La existencia de diversos medicamentos antidepresivos en el mercado farmacéutico hizo necesario que se insistiera en sus diferencias para que cada uno de ellos pudiese conservar una tajada de dicho mercado. Ello llevó a que la noción de especificidad se profundizara y enfatizara en dos aspectos principales. Por un lado, en la búsqueda de elementos específicos en el síndrome depresivo que pudiesen ser ligados a las nuevas sustancias y, por otro, en la búsqueda de aspectos específicos en los efectos producidos por los nuevos medicamentos. Se instalaría una tendencia a la descomposición de los estados depresivos en sus rasgos más específicos y una tendencia a la acentuación de los efectos singulares de cada antidepresivo.

A lo largo de la década de los ochenta la competencia por copar el mercado de los antidepresivos, que mantuvieron los laboratorios Rhône-Poulenc y Ciba-Geigy, se traduciría en la puesta en marcha de estrategias publicitarias que inundarían la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. En ellas es posible observar cómo se desplegó un juego que intentó maximizar las diferencias. Los artículos sobre depresión y antidepresivos que dicha revista publicaría en esa época serían frecuentemente flanqueados por anuncios de Timaxel, Anafranil y Ludiomil, todos antidepresivos de segunda generación. Incluso un mismo artículo, como el publicado por el doctor Guillermo Caetano (1988) sobre la toloxatona, podía

La depresión
debuta con el enlentecimiento...

Timaxel
Metapramina

actúa específicamente
sobre el enlentecimiento
ideomotor

Detiene la evolución del proceso depresivo

RHÔNE-POULENC

Figura 6. Aviso de Timaxel que acompañaba al artículo de Guillermo Caetano aparecido en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 53, n.º 311 de 1988. En su reverso el anuncio describe las características del medicamento.

Por su parte, el laboratorio Ciba-Geigy promocionaría su producto Ludiomil subrayando las ventajas de su perfil de acción. El ensayo clínico realizado por Federico Dajas, Álvaro Nin y Susana Martínez (1987) con la maprotilina, por ejemplo, estaba precedido por un anuncio de dicho antidepresivo que en letra muy apretada presentaba información para el médico que pretendía ser útil para la prescripción del medicamento, y lo presentaba como un antidepresivo rápido, seguro, de acción equilibrada que permitía simplificar el tratamiento de la depresión (figura 7).

Figura 7. Aviso de Ludiomil que precedía al artículo de Dajas, Nin y Martínez (1987) en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 52, n.º 308 de 1987.

Este tipo de esfuerzos por maximizar las desigualdades entre los productos antidepresivos se reiterarían cuando los ISRS ingresaran en el mercado uruguayo. La búsqueda de especificidades diferenciadoras sufriría en ese momento una pequeña torsión, pues si bien el modelo de la especificidad terapéutica continuaría en vigor, los laboratorios no dudarían en sugerir usos diversificados de estos antidepresivos con el fin de asegurarles cierta singularidad entre el basto arsenal de las drogas de última generación.

Los nuevos ISRS fueron diferenciados unos de otros con estrategias de *marketing* que explotaban sus pequeñas disparidades, especialmente las existentes a partir de sus efectos secundarios y a partir de sus indicaciones alternativas en otros trastornos mentales. El laboratorio GlaxoSmithKline, por ejemplo, promocionó la paroxetina (Aropax) como un ISRS con efectos antidepresivos más rápidos que los de la fluoxetina y como un antidepresivo útil en la eliminación de ataques de pánico. La fluvoxamina fue promocionada por el laboratorio Galien como un medicamento apropiado para la depresión y para los síntomas de ansiedad. Pfizer promocionó la sertralina como un antidepresivo apto también para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo.

Asimismo, los antidepresivos que ingresaron después que los ISRS fueron difundidos resaltando las diferencias que tenían con estos. Las supuestas disfunciones sexuales que el tratamiento con ISRS parecería provocar fue uno de los ejes sobre el que se desarrolló el *marketing* de estos antidepresivos. GlaxoSmithKline hizo circular en Uruguay un folleto en el que citaba para la promoción del Wellbutrin (bupropion) un ensayo clínico en el que se comparaba la función sexual entre pacientes tratados con esta sustancia y pacientes tratados con sertralina. Los pacientes tratados con sertralina mostraban un porcentaje significativamente mayor de disfunciones sexuales que los tratados con bupropion y ese dato estaba expresamente resaltado en el folleto. El bupropion y la mirtazapina circulaban además en las guías farmacológicas nacionales como antidepresivos indicados en los casos de disfunciones sexuales provocadas por el tratamiento con ISRS (González Marchado y Montes, 2000).

El juego de las diferencias, que permitía la competencia entre los distintos productos y laboratorios, alcanzaría también la puja entre laboratorios extranjeros y nacionales cuando estos últimos, en base a la venta de medicamentos genéricos, lograron acaparar buena parte del mercado farmacéutico uruguayo.

La competencia entre laboratorios extranjeros y nacionales se estructuró desde esos años en base a precios y prestigio. Los laboratorios nacionales, al comercializar copias de los medicamentos originales, sin pagar las regalías correspondientes, dadas las leyes vigentes en el país en el momento, podían ofrecer precios más baratos que los laboratorios extranjeros. Los laboratorios extranjeros, por su parte, respaldaban sus ventas en la confianza y la lealtad de los consumidores hacia las marcas originales y en la introducción constante de nuevos medicamentos.

El laboratorio Roche, por ejemplo, salió al paso de esta competencia con la publicación en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* y en el *Farmanuario* 90/91 (González Machado, Montes y Rey Álvarez, 1990), no solo de sus avisos habituales sobre los medicamentos de la firma, sino también avisos advirtiendo sobre los peligros de la copia de las moléculas originales. El laboratorio hacía hincapié en las ventajas que la I+D daba a sus productos, sabiendo, seguramente, que la industria farmacéutica nacional invertía escasamente en I+D. El aviso de Roche titulado *Imitar* aparecido en el volumen 54, número 318 de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* en 1989 (figura 8), afirmaba, entre otras cosas, que «Roche, crea, investiga y produce medicamentos originales, con técnicas y controles de calidad originales, y los somete a la consideración de los señores médicos, los únicos que tienen la responsabilidad y la capacidad para decidir.»

El laboratorio Roche introducía una diferencia clave entre sus productos y los productos de los laboratorios nacionales que, por otra parte, había sabido utilizar desde el desarrollo de los primeros antidepresivos no solo como mecanismo de puesta a punto de nuevos medicamentos, sino también como mecanismo de promoción. Los ensayos clínicos de sus nuevas sustancias habían sido permanentes en el Uruguay desde los años cincuenta y habían precedido por poco tiempo la introducción de cada nuevo medicamento elaborado por el laboratorio. De esta forma, los médicos uruguayos habían tenido la posibilidad de entrar en contacto rápidamente con las nuevas sustancias.

Los lazos con el prestigio

Desde el mismo momento de la llegada de los primeros antidepresivos al Uruguay los laboratorios promovieron la realización de ensayos clínicos por parte de psiquiatras reconocidos en el medio. Estos ensayos fueron incluidos en las estrategias de *marketing* de los laboratorios de distintas formas, algunos de ellos simplemente cumpliendo la función de difusión de la droga al ser publicados en revistas científicas del medio, otros formando parte de los eventos de lanzamiento de los medicamentos organizados por las empresas y pocos, ciertamente, como experiencias que aportarían datos necesarios para el desarrollo de los nuevos medicamentos.

Imitar

Imitar (del latín imitare) es hacer una cosa a ejemplo o semejanza de otra.
 La otra es el original.
 Y el original es lo que se imita o se copia.
 Se copian las obras de arte con reproducciones, se imitan las joyas con fantasías y hasta las flores con material plástico.
 También se imitan los gestos, las palabras y por qué no, los medicamentos.
 Pero las imitaciones, son imitaciones.
 Y las copias son copias.
 Roche crea, investiga y produce medicamentos originales, con técnicas y controles de calidad originales, y los somete a la consideración de los señores médicos, los únicos que tienen la responsabilidad y la capacidad para decidir.

Porque cuando está en juego la vida,
sólo es bueno lo mejor.

 INVESTIGACION
CREADORA

Figura 8. Aviso «Imitar» del laboratorio Roche aparecido hacia finales de los años ochenta y principios de los años noventa en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* y en *Farmanuario* 90/91, p. 358.

Los laboratorios internacionales que poseían un fuerte base en la I+D para la elaboración de sus productos y, por consiguiente, podían disponer de las nuevas sustancias antes de su introducción formal al Uruguay, promovieron con cada nueva generación de antidepresivos la realización de ensayos clínicos. Los laboratorios más activos en esta práctica fueron el laboratorio Roche, el laboratorio Rhône-Poulenc y, en menor medida, el laboratorio Ciba-Geigy.

Por lo tanto, los ensayos clínicos desarrollados por los psiquiatras uruguayos con cada nueva generación de antidepresivos que ingresaba al país permiten trazar una secuencia cronológica del contacto que el cuerpo médico tuvo con estas nuevas drogas a lo largo de los años. Desde finales de los años cincuenta hasta el día de hoy, los ensayos clínicos funcionaron como una de las distintas vías de difusión de estos medicamentos, constituyendo muchas veces las primeras oportunidades que parte del cuerpo médico uruguayo tenía para realizar una primera aproximación a estas sustancias novedosas, incluso antes de que estas entraran en el mercado y estuviesen disponibles para el cuerpo médico en su totalidad. La introducción comercial de la imipramina al Uruguay, así como de otros antidepresivos de primera generación, fue precedida por contactos entre laboratorios y miembros de la «academia» psiquiátrica nacional, y lo mismo se verificó años más tarde con la introducción de los antidepresivos de segunda generación. Las características del sistema regulatorio del momento permitían una cierta flexibilidad en el uso de los medicamentos que aún no habían sido aprobados para su comercialización por parte de las autoridades, lo que facilitaba la relación entre el cuerpo médico y los laboratorios para la realización de primeras experiencias terapéuticas con estos medicamentos. Es decir que la misma libertad con la que contaban los laboratorios para poder hacer llegar los nuevos medicamentos a los médicos, también la poseían los propios psiquiatras para poder prescribir a sus pacientes los medicamentos aún no autorizados para su comercialización.¹³⁷

Los laboratorios proporcionaban las sustancias para la realización de pruebas clínicas a psiquiatras del medio que contaban con una reputación académica importante, eran docentes de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina o tenían cargos en los grandes hospitales del país. Todos ellos, por su posición dentro del campo médico e institucional, tenían acceso a un número significativo de pacientes en los cuales poder ensayar los nuevos tratamientos medicamentosos, y poseían la capacidad de generar tendencias en la prescripción de medicamentos que serían seguidas por el resto de los psiquiatras. Para los

137 El siguiente episodio que relataba uno de los psiquiatras entrevistados para la realización de este trabajo ilustra este punto: «Yo me acuerdo que siendo yo niño, yo nací en el cincuenta y cuatro, en la década de los sesenta iba a la escuela. Me acuerdo de esto, un familiar mío iba a un psiquiatra, el psiquiatra le daba unas pastillas que mi familiar me comentaba que no eran productos que compraba en la farmacia, se los daba el psiquiatra en un frasquito. Con esa cosa que tiene la mente de un niño que registra cosas insólitas, yo me acuerdo que el frasquito decía Ro-4 1038. ¿Ro qué era? Era Roche. Lo que seguramente estaban probando con él era o el Valium o el Lexotan.» La sustancia Ro-4 1038 era la isopropil-hidrazida, un compuesto que el laboratorio Roche estaba explorando como antidepresivo.

laboratorios, estos médicos eran evidentes líderes de opinión con los cuales era necesario establecer uniones duraderas, pues a través de ellos la información de los nuevos antidepresivos se diseminaba al resto de los profesionales. Esto estaba asegurando ya que varios de estos psiquiatras eran docentes influyentes, incluso algunos eran los directores o habían sido directores de la Clínica Psiquiátrica, que no solo tenían a su cargo la formación de los futuros psiquiatras, sino que generalmente realizaban intervenciones en los cursos de actualización y en distintas reuniones académicas a las que concurrían los médicos psiquiatras ya recibidos. Quienes participaban en la realización de ensayos clínicos también eran las figuras de la psiquiatría uruguaya que más publicaban en el medio, y los resultados de estas pruebas se integrarían a la serie de artículos de estos autores que aparecerían en los *Anales de la Clínica Psiquiátrica*, en *El Diario Médico Uruguayo* y en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Al mismo tiempo, estos trabajos darían lugar a presentaciones en congresos de psiquiatría, sobre todo en países de la región como Argentina y Brasil.

El lazo entre laboratorios y líderes de opinión resultaba provechoso para ambos bandos. Los laboratorios accedían a través de estos a un número no menor de pacientes que se convertían en consumidores de las nuevas sustancias, y lograban diseminar información sobre sus productos a través de figuras académicamente influyentes. Los psiquiatras encontraban en la realización de las pruebas terapéuticas un medio para afianzar su jerarquía y prestigio dentro del campo uruguayo de la psiquiatría, pues tenían acceso a información experta preferencial, lograban vincularse con instituciones líderes en la investigación psicofarmacológica y asegurarse, además, circuitos de circulación y divulgación de sus trabajos. En algunos casos concretos, el acceso rápido a sustancias radicalmente nuevas les abrió a estos psiquiatras la posibilidad de publicar en revistas internacionales, lo que era, y es aún al día de hoy, extremadamente raro entre los psiquiatras uruguayos.

La industria farmacéutica sería muy cuidadosa en el establecimiento de los lazos con estos líderes de opinión y confiaría esta tarea no a sus departamentos de *marketing* sino a sus departamentos científicos. Las relaciones personales entre los directores científicos o médicos de los laboratorios y los profesores de psiquiatría serían muchas veces la clave del éxito del vínculo entre la industria farmacéutica y la academia.

Durante los años sesenta el laboratorio Roche fue el mayor promotor de las experiencias clínicas con medicamentos que se realizaban en el país. Buena parte de estas experiencias se efectuaban con benzodiazepinas y en menor medida con antidepresivos y neurolépticos, pues el laboratorio producía mayor diversidad del primer tipo de psicofármacos.

El trabajo de los doctores Dighiero, Mazan, Aguirre y Rudif, del Laboratorio de Cardiología del Hospital de Clínicas, además de ser probablemente la primera experiencia nacional que se publica utilizando la iproniazida, es por demás

interesante en la medida en que describe el procedimiento realizado por el laboratorio Roche para acercarse al cuerpo médico:

En el segundo semestre del año 1957, nuestra atención fue atraída por el Departamento Científico de la representación local de los Laboratorios Roche, sobre la acción de la Iproniazida —un derivado de la Isoniazida— sobre el dolor anginoso, el cual, —se nos dijo—, sería grandemente disminuido —e incluso podría desaparecer— por la acción de dicha droga. Se nos hizo saber que Cesarman en el Instituto de Cardiología de México, había hecho una experiencia altamente favorable con esta medicación, y que era inminente la publicación de un trabajo, en el que se resumían sus experiencias.

De inmediato, nos abocamos al estudio farmacológico disponible sobre la droga y nos dispusimos a comprobar su acción en los pacientes que concurrían al Laboratorio Cardiológico del Hospital de Clínicas de Montevideo. (1958: 2192)

El laboratorio Roche, a través de su departamento científico, contactaba de forma activa a los médicos nacionales que podían tener acceso a un número importante de pacientes como para poder llevar adelante experiencias con nuevas drogas. Utilizando la investigación científica como justificativo y la competencia con pares de otros países a modo de incentivo, como se desprende del relato de estos médicos uruguayos, el laboratorio lograba captar el interés de los profesionales del medio y acercarlos a las nuevas drogas que aún no se conocían en la práctica médica.

El laboratorio Roche poseía una filial en el Uruguay desde 1947, y aunque inauguró su planta industrial veintiún años más tarde, ello no le impidió trasladar sus productos desde su casa matriz con celeridad. En el momento en que el laboratorio lanzaba la iproniazida en los mercados europeos y en Estados Unidos, esta filial era utilizada para introducir nuevas sustancias no solo al Uruguay sino a toda la región. Las reglamentaciones de la época hacían posible que los productos pudieran entregarse entre los médicos para su prueba sin mayor control por parte del sistema regulatorio nacional. El laboratorio utilizó este mecanismo de manera constante para la introducción de los psicofármacos que comercializó entre los años sesenta y ochenta en el país, promoviendo la realización de ensayos clínicos antes y después de que estos fuesen comercializados.

Seguramente, la existencia de esta filial del laboratorio Roche en Uruguay facilitó la promoción de los ensayos clínicos con antidepresivos de primera generación, pues no sucedió lo mismo con los antidepresivos clásicos comercializados por laboratorios que no contaban con filiales en el país. Por ejemplo, cuando el laboratorio Geigy lanzó la imipramina, no poseía filial en el Uruguay, sino que actuaba a través de la firma Eduardo Marques Castro SA, empresa que durante parte de los años cincuenta también representó al laboratorio Rhône-Poulenc. Probablemente esto haya incidido de forma negativa en las posibilidades de promoción de sus medicamentos a través de la realización de ensayos

clínicos, pues hemos podido localizar un único ensayo clínico realizado en el país con imipramina.¹³⁸

Por otra parte, el laboratorio Warner-Chilcott que sí contaba con una dependencia en el país durante la década de los sesenta tampoco parece haber promovido la realización de ensayos clínicos con las sustancias antidepresivas que comercializó. De este modo, desde finales de los años cincuenta hasta entrados los años ochenta el laboratorio Roche fue, en el Uruguay, el principal promotor de pruebas terapéuticas con medicamentos. En el caso de los antidepresivos, facilitó los ensayos con antidepresivos de primera generación (iproniazida, fenelzina, amitriptilina) y de segunda generación (moclobemida).

En verdad, buena parte de los ensayos, especialmente los realizados en la década de los sesenta, eran realizados poco tiempo antes de que los medicamentos se encontraran a la venta en el Uruguay y casi al mismo tiempo que eran introducidos en el mercado europeo, o se trataba de experiencias con sustancias ya comercializadas a las que se les buscaba una nueva aplicación. Si se tiene en cuenta las fechas de publicación en las revistas uruguayas este patrón resulta claro. El ensayo realizado con iproniazida (Dighiero *et al.*, 1958), en verdad, no exploraba su uso como antidepresivo y se realizaba hacia 1957 cuando el Marsilid, la iproniazida de Roche, había sido introducida en los mercados internacionales en 1951. El ensayo realizado con isocarboxazida (Soriano, 1960a), el Marplan, se realizaba hacia 1959, un año antes de su lanzamiento en Europa y Uruguay. La experiencia registrada con el Laroxyl (Bedo, 1961), la amitriptilina de Roche, tenía lugar hacia 1961, dos años antes de su introducción en el Uruguay, pero en el mismo año de su lanzamiento europeo. Los ensayos con el Limbitrol, una combinación de la amitriptilina y el clordiazepóxido, databan de 1966 (Goldstein, 1966; Galeano y Dokow, 1967b), cuando el medicamento comenzó a comercializarse en Europa en 1967.

Es difícil establecer en qué medida estos ensayos servían solo a fines promocionales o eran parte de los estudios necesarios para establecer la eficacia y la seguridad de los nuevos antidepresivos desarrollados por Roche. El laboratorio poseía en esos años un vínculo estable con el psiquiatra y psicoanalista Jorge Galeano Muñoz, quien realizaría durante esa época ensayos clínicos con los tres tipos de psicofármacos producidos por Roche, es decir, con antidepresivos, benzodiazepinas y neurolépticos e incluiría en estos trabajos a sus compañeros de docencia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Aún hoy los psiquiatras uruguayos reconocen en él una figura pionera en el desarrollo de la psicofarmacología del país y sostienen que sus trabajos eran parte de las etapas

¹³⁸ Se trata de la experiencia clínica realizada por Fortunato Ramírez y Juan Carlos Badano (1961) comentada en los párrafos anteriores. Según lo expuesto por los autores, la sustancia ensayada se correspondería con el nombre comercial del Tofranil cuyo principio activo es la imipramina. Sin embargo, utilizan el código de referencia G22150, código que según la literatura internacional corresponde a una sustancia que fue descartada por el laboratorio Geigy en el proceso de desarrollo de la imipramina. El código de la imipramina es el G22355.

tempranas de desarrollo de los nuevos medicamentos del laboratorio Roche.¹³⁹ Otro psiquiatra que realizó varios estudios con los tranquilizantes del laboratorio fue el doctor Nelson Goldstein quien quizás haya también participado en los primeros momentos de puesta a punto de dichos medicamentos. De hecho, algunas sustancias que se ensayaron a principios de los años sesenta para explorar su uso como antidepresivos, como la isopropil-hidrazida, no fueron comercializadas posteriormente en el país (Soriano, 1960b). Sea como sea, lo que sí es seguro es que la publicación y difusión de los resultados de estos ensayos impulsados por el laboratorio Roche servían, sobre todo, para la familiarización del cuerpo médico con estas sustancias y para crear un fuerte lazo entre el laboratorio y los líderes de opinión.

La situación cambiaría hacia los años setenta cuando los ensayos clínicos se convertirían en las herramientas principales para demostrar la eficacia y seguridad de los nuevos medicamentos. De estas demostraciones dependería la autorización para la introducción en el mercado de nuevos productos en Europa y Estados Unidos, con lo que el valor de los ensayos realizados antes o después de la comercialización de los productos sería sustancialmente diferente para la industria farmacéutica.¹⁴⁰ De esta forma, los ensayos clínicos promovidos en el Uruguay antes del lanzamiento de los productos en Estados Unidos y Europa serían integrados al proceso de puesta a punto de nuevos medicamentos, mientras que los ensayos clínicos realizados antes del ingreso de la sustancia al Uruguay, pero después del lanzamiento de la sustancia en Europa o Estados Unidos, no realizarían aportes directos al desarrollo de nuevos medicamentos. Para ese entonces los laboratorios necesitaban reclutar un número importante de sujetos para la implementación de los ensayos, y una forma de conseguirlo era la realización de estudios que incluyeran centros de investigación ubicados en distintos países. Los laboratorios comenzaron a actuar a escala regional y para ello establecieron centros coordinadores regionales y subregionales para la organización de los ensayos clínicos multicéntricos que formarían parte del desarrollo nuevos medicamentos.

En este nuevo marco, en Uruguay se realizaron ensayos clínicos con psicofármacos para el laboratorio francés Russell, el laboratorio alemán Hoechst, el laboratorio Sandoz, el laboratorio Ciba-Geigy y el laboratorio Roche.¹⁴¹ Este último laboratorio emprendería durante la década de los ochenta el desarrollo de dos sustancias antidepresivas: la moclobemida y la cianopramina. Con esas sustancias se realizarían ensayos clínicos en el Uruguay (Dajas *et al.*, 1984; Dajas, Lista y Barbeito, 1984) que integrarían verdaderamente el proceso de puesta

139 Entrevistas realizadas por la autora a los doctores Pablo Alterwain (2 de setiembre de 2002), Federico Dajas (21 de marzo de 2002), Álvaro D'Ottone (28 de junio de 2002), Ángel Ginés (16 de agosto de 2002), Jaime Monti (29 de julio de 2002).

140 Abundaremos en detalle sobre este punto en el capítulo siguiente.

141 Entrevistas realizadas por la autora a los doctores Pablo Alterwain (2 de setiembre de 2002) y Federico Dajas (21 de marzo de 2002).

a punto de nuevos antidepresivos, pues la cianopramina nunca llegaría a ser comercializada y la moclobemida (Aurorix) se lanzaría en Europa hacia 1989 y en Uruguay hacia 1990. Los investigadores se integrarían a un estudio multicéntrico con este último compuesto que incluía, además del equipo uruguayo, a equipos de otros países latinoamericanos como Argentina y Brasil. A partir de esta colaboración se publicaría un estudio comparativo de moclobemida contra la imipramina en el *British Journal of Psychiatry* (Versiani *et al.*, 1989).

La moclobemida promovería, además, estudios realizados por otros equipos uruguayos que no participarían directamente en el desarrollo del antidepresivo, pero que contarían con la sustancia también antes de que esta comenzara a ser comercializada. Así, durante esa década, en el Departamento de Farmacología y Terapéutica del Hospital de Clínicas se estudió sus efectos en el sueño (Monti, Alterwain y Monti, 1990a; Monti, Alterwain y Monti, 1990b). Posteriormente a su comercialización se realizaría un ensayo clínico con miembros de la Clínica Psiquiátrica comparándola con la maprotilina.¹⁴² Los resultados de este ensayo se presentarían en el Noveno Congreso Mundial de Psiquiatría que tuvo lugar en Río de Janeiro en el año 1993.¹⁴³ En ese mismo año se publicaría otro ensayo, esta vez multicéntrico, en el que se contrastaba la moclobemida con la tranilcipromina. Habían participado en el mismo médicos psiquiatras de México, Chile, Suiza y, por Uruguay, el doctor Jorge Galeano Muñoz (Heinze *et al.*, 1993).

Como hemos visto en los apartados precedentes, en esa misma época en que el laboratorio Roche daba un empuje a la moclobemida, el laboratorio Rhône-Poulenc comenzaría a impulsar la realización de ensayos clínicos con cada nuevo antidepresivo que la empresa ingresaría al Uruguay. Si bien algunos de ellos serían ensayos de precomercialización, la gran mayoría de estos serían realizados poco tiempo antes del lanzamiento del medicamento en el mercado farmacéutico uruguayo, por lo que los resultados de estas pruebas no se integraban al proceso de desarrollo de las sustancias. Así, la metapramina (Timaxel) contaría con dos ensayos clínicos, uno en el que se probaba la sustancia en cuarenta pacientes con depresión y era realizado casi al mismo tiempo en que el medicamento se lanzaba en el mercado uruguayo y otro, de aproximadamente 1986, en el que se la contrastaba con la imipramina, cuando ambas sustancias ya se comercializaba en el Uruguay (Puppo Touriz *et al.*, 1987). La toloxatona (Humoryl), por su parte, se ensayaría hacia 1987 e ingresaría en el mercado uruguayo hacia julio de 1988 (Puppo Touriz *et al.*, 1988).¹⁴⁴ En torno al año 1990 se realizaría con esta sustancia un ensayo de poscomercialización en el que participarían médicos uruguayos y argentinos (Fernández Labriola *et al.*, 1991), mientras que la carpipramina

¹⁴² Participarían en este ensayo los doctores Álvaro Lista, Álvaro D'Ottone, O. López, Gonzalo Valiño y Enrique Probst. Este último, en ese momento, director de la Cátedra de Psiquiatría.

¹⁴³ Entrevista a Álvaro D'Ottone (28 de junio de 2002).

¹⁴⁴ Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

(Prazinil) contaría con un ensayo de precomercialización poco tiempo antes de su ingreso oficial en Uruguay en enero de 1989 (Puppo Touriz *et al.*, 1989).

En realidad, la gran mayoría de los ensayos clínicos que tuvieron lugar a partir del segundo lustro de la década de los ochenta no formarían parte de los procesos de puesta a punto de los nuevos medicamentos. Ello fue así especialmente en el caso de los ISRS y de los antidepresivos posteriores, ya fuesen productos originales comercializados directamente en el país por los laboratorios internacionales o productos representados por los laboratorios nacionales.¹⁴⁵

En este sentido, al poco tiempo de su lanzamiento en el Uruguay, se realizó un ensayo clínico con venlafaxina, molécula original de laboratorio Wyeth Ayerst, representado por el laboratorio Servimedic. La venlafaxina (Efexor) había sido lanzada en Estados Unidos en 1993 y había ingresado al Uruguay en noviembre de 1994.¹⁴⁶ El ensayo clínico promovido por Servimedic se llevó a cabo durante 1995. Por su parte, el laboratorio Pfizer también promovió un ensayo clínico con sertralina algunos meses más tarde de que comenzara a ser comercializada en el Uruguay. La sustancia había salido a la venta en el país en 1993 y al año siguiente se realizó dicho ensayo. La mirtazapina salió a la venta en el Uruguay en setiembre de 1999 y en el mes de noviembre se comenzó a realizar un ensayo clínico con ese medicamento, cuyos resultados se publicaron un año más tarde (Blengio, 2000). Siendo una molécula original del laboratorio holandés Organon, el ensayo clínico fue realizado enteramente por interés del laboratorio local Gramón Bagó que lo representaba.¹⁴⁷

Estos ensayos eran claramente de poscomercialización, y si había otra diferencia entre estos ensayos y los realizados en las décadas precedentes, era que sus resultados ya no se difundían a través de la publicación de artículos en las revistas científicas del medio, sino que se prefería la organización de eventos especiales para ello impulsados por los propios laboratorios. Por ejemplo, los resultados del ensayo clínico realizado con el mirtazapina (Remerón) a fines de la década de los noventa fueron presentados en una reunión organizada por el laboratorio Gramón Bagó en agosto del año 2000, en la que se entregó a los psiquiatras invitados el material impreso de la experiencia uruguaya con el medicamento.¹⁴⁸ De forma similar el estudio realizado con sertralina fue presentado en una reunión realizada en la Sociedad de Psiquiatría.¹⁴⁹

En suma, el ingreso de las distintas generaciones de antidepresivos en el Uruguay fue acompañado sistemáticamente por el contacto directo y activo que los laboratorios establecían con profesionales destacados del medio a los que

145 No hemos encontrado ningún ensayo clínico impulsado por laboratorios nacionales que comercializaran copias de los ISRS.

146 Datos proporcionados por el Laboratorio de Control de Productos del MSP de la República Oriental del Uruguay.

147 Entrevista realizada por la autora al doctor Eduardo Blengio el 2 de setiembre de 2002.

148 Información proporcionada por el doctor Eduardo Blengio, coordinador del estudio, en entrevista personal el 2 de setiembre de 2002.

149 Comunicación personal del doctor Álvaro Lista, agosto de 2002.

les proporcionaban la oportunidad de tener acceso, antes que al resto de sus colegas, a los nuevos medicamentos. Ello se hacía a través de la implementación de ensayos clínicos que la mayoría de las veces se realizaban por iniciativa de los laboratorios. Ante todo, esta fue una estrategia desplegada por los laboratorios internacionales que contaban con filiales en el país. Con esta estrategia los laboratorios conseguían crear un núcleo de avanzada en la utilización de medicamentos «de punta» que tenía la posibilidad, por contar con este acceso preferencial y experto a nuevas terapéuticas, de generar cambios en los hábitos de prescripción de sus colegas. Este tipo de relación entre empresas y cuerpo médico, que se desplazaba permanentemente entre la tensión del interés científico y el interés comercial, fue al mismo tiempo, uno de los puntos de encuentro y desencuentro entre una lógica empresarial y una lógica académica. Pero fue, además, uno de los instrumentos de carácter científico en los que se cristalizó toda una serie de elementos que llegaron al país junto con los antidepresivos: una nueva manera de hacer investigación científica en psiquiatría, una nueva preocupación por el diagnóstico de las depresiones y un nuevo conjunto de hipótesis sobre la naturaleza de la depresión y de la enfermedad mental.

Hemos podido observar, entonces, que los primeros antidepresivos arribaron al Uruguay muy poco tiempo después de que fueran desarrollados, gracias a que los laboratorios farmacéuticos que los habían creado contaban con una infraestructura regional y local que permitió hacerlos entrar rápidamente en el mercado uruguayo. A través de esta infraestructura, constituida por filiales o representaciones locales, las empresas farmacéuticas desplegaron una serie de estrategias de promoción comercial que siguieron dos ejes principales: el de la insistencia en la categoría de depresión y el de la difusión de información sobre los antidepresivos. En consecuencia, lo que se veía reforzado era la idea de que depresión y antidepresivos se correlacionaban en virtud de las propiedades específicas de estos medicamentos y ello, en el entendido, de que terapéuticas y patologías constituyen un par antagónico inseparable. Ilustramos este punto con algunos ejemplos tomados de la literatura promocional utilizada en Uruguay y de anuncios propagandísticos, y examinamos el modo en que la generación de información local sobre los nuevos antidepresivos, a través de los ensayos clínicos, facilitaba la familiarización de los médicos con los nuevos medicamentos. Pero, ciertamente, las consecuencias de la generalización de estos ensayos no se limitarían a esta familiarización.

En el apartado siguiente, analizaremos en mayor profundidad cómo surgió la práctica de la realización de ensayos clínicos en el Uruguay, cuál era su lugar dentro de la investigación científica nacional e internacional, qué repercusiones tuvo dentro del campo de los saberes psicológicos uruguayos y examinaremos con detenimiento las otras transformaciones en estos saberes a las que se ligó.

Segunda parte
Saberes en transformación

Conocimiento terapéutico y ensayos clínicos

La investigación reglada

Que la llegada de cada antidepresivo en el Uruguay fuera precedida y seguida prontamente por la realización de un ensayo clínico con el nuevo medicamento obedecía, además de a razones comerciales, a que este tipo de método experimental se había convertido, en todas las ramas de la medicina, en el principal instrumento de generación de información y conocimiento sobre las terapéuticas medicamentosas. Ello, evidentemente, no sucedió de forma inmediata, pero lo cierto es que, desde hace ya un buen tiempo, los ensayos clínicos constituyen la prueba inexcusable que las sustancias candidatas a convertirse en medicamentos deben rendir. A través de estos deben demostrar ser eficaces y seguras, para así obtener la autorización de los sistemas regulatorios necesaria para entrar en los mercados.

Al día de hoy, los ensayos clínicos se incorporan en un proceso pautado de desarrollo de medicamentos que establece una primera distinción entre los estudios realizados antes de que se obtengan los permisos correspondientes para la comercialización del producto y los estudios realizados luego de autorizada su venta. La instauración y cumplimiento del ciclo discrimina, entonces, entre estudios de precomercialización o premercado y estudios de poscomercialización o posmercado.

Los estudios de precomercialización incluyen una etapa correspondiente a las pruebas de laboratorio y cuatro etapas subsiguientes correspondientes a la investigación clínica propiamente dicha. Esta sucesión de etapas y fases es concebida como una sucesión lógica y necesaria entre los distintos momentos de la investigación farmacológica para dar lugar al desarrollo de medicamentos eficaces y seguros, pues en cada una de ellas las pruebas realizadas tienen un objetivo específico y particular. Después de que la sustancia es estudiada en animales, en la etapa que se conoce como fase de laboratorio, la sustancia entra entonces en la fase de experimentación clínica en la que los ensayos clínicos son la herramienta principal de investigación. Es allí donde se distinguen cuatro fases que tienen como objetivo estudiar la sustancia directamente en humanos. En la primera etapa, conocida como Fase I, la sustancia en estudio se prueba en un número reducido de entre veinte y ochenta voluntarios sanos para evaluar su tolerancia y seguridad y detectar también sus posibles efectos secundarios; en esta fase los

ensayos clínicos buscan determinar las acciones farmacológicas de la sustancia en personas sanas. En la Fase II la sustancia es suministrada a aquellos pacientes que poseen la enfermedad a la cual será destinado el futuro medicamento, es decir, a quienes poseen una dolencia precisa, alcanzando a grupos de entre cien y trescientos sujetos; los ensayos clínicos en esta etapa pretenden evaluar la eficacia de la sustancia para una enfermedad determinada. En la Fase III la sustancia se prueba en pacientes representativos de la población objetivo, en grandes números de mil a tres mil sujetos, y se compara con medicamentos ya comercializados para confirmar su eficacia y evaluar el valor terapéutico relativo; es decir, que los ensayos clínicos de esta etapa pretenden evaluar a gran escala la relación costos-beneficios del nuevo medicamento. Después de superada esta fase es cuando se solicitan los permisos a las autoridades sanitarias para introducir el nuevo medicamento al mercado. En la Fase IV se realizan estudios sobre el medicamento ya comercializado para establecer sus ventajas con respecto a otros medicamentos y su uso más adecuado, es decir, para proporcionar información adicional útil para la utilización del medicamento.

Ahora bien, los ensayos implementados en esta etapa de experimentación clínica poseen una estructura peculiar en la que se despliegan una serie de controles metodológicos para asegurar la obtención de información objetiva y confiable sobre el desempeño de las sustancia en estudio. En virtud de ellos estos ensayos son conocidos como ensayos clínicos controlados. Los procedimientos de control más habituales que suelen incorporar son la aleatorización y la técnica denominada de doble ciego. Más adelante explicaremos con más detalle en qué consisten estos mecanismos, por ahora nos contentaremos con señalar que su implementación implica la constitución de dos situaciones experimentales entrelazadas. En una de ellas se trabajará con el grupo «verdaderamente» experimental, al que se le administrará la sustancia que se pretende evaluar y, en la otra, se trabajará con un grupo testigo o de control, al que se le administrará un placebo, o un medicamento con la misma indicación que la sustancia en estudio pero con eficacia reconocida. En función de la aleatorización, los sujetos que participan en el ensayo se asignan al azar al grupo experimental o al grupo de control. En función de la técnica a doble ciego, ni los investigadores ni los sujetos saben ni a quién se le está administrando la sustancia sometida a prueba ni a quién el placebo o el medicamento ya aprobado.

Por consiguiente, el principal objetivo de los ensayos clínicos controlados es la generación de información y conocimiento sobre los medicamentos, con los cuales poder establecer si estos son seguros y eficaces, independientemente de las creencias de médicos, pacientes y laboratorios. Con ellos se obtiene el conocimiento farmacológico necesario para los sistemas regulatorios, pero también el conocimiento farmacológico que la práctica médica requiere para poder seleccionar las terapéuticas más convenientes. Desde esta óptica, el conocimiento farmacológico se convierte en un conocimiento terapéutico exclusivo, que tiene

la ventaja de respaldarse en un gran número de casos y experiencias que difícilmente el médico en su práctica clínica habitual podría alcanzar.

Ahora bien, si los ensayos clínicos controlados se convirtieron en la metodología universal de evaluación de terapéuticas, ello no fue ni es sin debates y controversias. Como veremos en los apartados siguientes, desde su propia aparición en el campo de la medicina se objetó que la estructura experimental de estos ensayos hacía que los medicamentos se estudiaran en condiciones que poco tenían con ver con las condiciones reales en las que los medicamentos deben actuar en la práctica clínica. Aún hoy hay quienes insisten en que los ensayos clínicos no poseen relevancia clínica genuina, en la medida en que están indefectiblemente alejados de lo que sucede en los encuentros cotidianos entre médicos y pacientes. En el caso de los psicofármacos, y especialmente de los antidepresivos, se suele esgrimir que los ensayos clínicos controlados no brindan información sobre una serie de aspectos vitales para la práctica médica (Cohen y Jacobs, 2007). Por ejemplo, mientras los ensayos clínicos tienen una duración máxima de entre seis y ocho semanas, es habitual que los medicamentos, especialmente los antidepresivos, se receten por períodos más largos. Una parte importante de los efectos adversos y secundarios de los medicamentos aparecen cuando los sujetos han estado largo tiempo bajo tratamiento, por lo que los ensayos clínicos estarían dejando de lado estos aspectos de las terapéuticas o incluso algunos más importantes, como las consecuencias a largo plazo sobre el sistema nervioso central que la ingesta de psicofármacos por períodos largos puede ocasionar. Asimismo, mientras que generalmente los pacientes toman más de un psicofármaco a la vez, en los ensayos clínicos se administra la sustancia que se pretende evaluar sin combinarla con ningún medicamento puesto que, precisamente, se pretenden aislar sus efectos. Incluso los ensayos clínicos tampoco brindan información sobre un hecho recurrente en los tratamientos con psicofármacos como el de que un número importante de pacientes abandonan los tratamientos luego de dos o tres meses de iniciados. Por otra parte, la relevancia clínica de los ensayos clínicos controlados sería a su vez limitada, dado que estos proporcionarían conocimiento solo sobre los medicamentos, es decir, solo sobre uno de los diversos elementos implicados en los procesos terapéuticos. Con ellos no se obtiene mayor conocimiento sobre las enfermedades que pretenden curar, ni sobre lo que experimentan en su vida diaria los sujetos bajo tratamiento.

Pero más allá de las objeciones o elogios que puedan destinarse a los ensayos clínicos controlados, lo cierto es que su incorporación como método experimental de evaluación de terapéuticas imprimió modificaciones de largo aliento en la investigación y la práctica médica, pues logró establecer con éxito la idea de que ya no es posible que el médico por sí solo sepa qué terapéutica utilizar y cómo utilizarla, sino que es necesario un conocimiento terapéutico generado en condiciones especiales que respalde sus intervenciones. A nivel internacional ello derivó en un divorcio irreversible entre la investigación experimental y la

práctica clínica, y en el Uruguay, como veremos, actuó como un eje de ruptura del campo de los saberes psicológicos.

En los próximos apartados analizaremos, en primer término, de qué modo los ensayos clínicos adquirieron su configuración actual y cuáles fueron sus principales consecuencias para la medicina, para luego centrarnos en las características que el proceso de adopción de esta metodología mantuvo en la psiquiatría uruguaya.

Del estudio de casos al ensayo clínico controlado

Las observaciones clínicas que condujeron a Roland Kuhn a establecer las propiedades antidepresivas de la imipramina, así como los trabajos de Nathan Kline con la isoniazida, habían tenido lugar en un momento en que la búsqueda de nuevos medicamentos que tuviesen una aplicación psiquiátrica se realizaba aún con un fuerte respaldo en el método clínico de investigación médica. Este método otorgaba un rol preponderante a la mirada activa del propio médico investigador y a la proximidad existente entre este y sus pacientes. Existía sí un interés por la observación rigurosa y la posible cuantificación de los datos obtenidos a través de esta, pero todavía no se había producido la estandarización de un procedimiento de desarrollo y testeo de medicamentos como sucedería algunos años más tarde. La evaluación de los nuevos medicamentos tenía un diseño experimental que, en última instancia, era garantizado por la generación de información a través de una serie bien lograda de casos clínicos descritos con minuciosidad por el médico investigador. Kuhn (1998), por ejemplo, descubrió los efectos antidepresivos de la imipramina a través del seguimiento diario de sus pacientes, a los que entrevistaba individualmente varias veces durante el día, y a quienes mantenía bajo tratamiento por períodos no menores al año y medio. Respalda sus observaciones también en los datos que le proporcionaba el personal de enfermería que tenía a su cargo el cuidado de estos pacientes y en ningún momento utilizó protocolos estandarizados de observación.

A decir verdad, a mediados del siglo XX, en el campo de la incipiente psicofarmacología, se asistía a una doble invención que concernía por un lado, a los propios medicamentos con efectos probados sobre el sistema nervioso central, y por otro, no menos importante, a los propios métodos de producción de novedades medicamentosas. Durante la década de los cincuenta un fuerte aluvión de nuevos medicamentos inundó el mercado farmacéutico cubriendo diferentes campos de especialización médica. Los procedimientos de producción y generación de medicamentos, entonces, fueron ajustados no solo en el campo de la producción de medicamentos psiquiátricos, sino también para la producción de medicamentos en general. En el momento inaugural de la psicofarmacología en el que neurolépticos y, un poco después, los antidepresivos, ampliaron las posibilidades terapéuticas de la psiquiatría, varios de los componentes del dispositivo que más tarde sería el procedimiento «princeps» de desarrollo de medicamentos

ya eran conocidos, pero aún no se habían combinado en la configuración precisa que tomarían hacia los años sesenta. Los antidepresivos de primera generación entraron en el mercado gracias a las observaciones recogidas a través del método clínico, pero las generaciones siguientes de antidepresivos, en cambio, fueron desarrolladas a partir de la utilización de una metodología concreta que se elaboró específicamente para la experimentación con terapéuticas: los ensayos clínicos aleatorizados y a doble ciego.

Puede establecerse una fractura entre este primer momento de la psicofarmacología en el que se realizaron grandes descubrimientos gracias a la utilización de la observación clínica y un segundo momento, en el que a través de los ensayos clínicos al azar y a doble ciego se puso a punto una segunda serie de drogas que pretendían superar a las anteriores en seguridad y eficacia. El pasaje de este primer al segundo momento implicó varias transformaciones en el proceso de desarrollo de medicamentos que superaron las estrictas fronteras de la investigación farmacológica y se internaron en el cuerpo mismo de la medicina. En este pasaje, la cuantificación y las estadísticas se hicieron un lugar en los métodos de investigación de la psicofarmacología y, por el mismo camino, en los métodos de investigación de la medicina y de la psiquiatría.

Como toda transformación disciplinaria, este proceso, que podríamos llamar de sustitución de la observación clínica por el de los ensayos clínicos aleatorizados y a doble ciego en la investigación de las terapéuticas en medicina, tuvo sus defensores y también sus detractores. En países como Estados Unidos el pasaje de un método a otro se dio en medio de importantes debates, con el intercambio de argumentos a favor de uno u otro método, pero ante todo reflejó una modificación profunda en la concepción de la investigación en medicina y en las nociones hasta el momento prevalecientes de legitimación de las verdades médicas referidas a las herramientas terapéuticas (Marks, 1997). El método clínico había hecho de la observación de signos y síntomas de la enfermedad el instrumento privilegiado del saber médico. La cercanía entre el médico y el paciente facilitaba la mirada de este sobre el cuerpo del otro, mirada que desentrañaba las formas de presentación de la enfermedad, que preveía además su desarrollo y su pronóstico. El conocimiento médico se generaba al lado del lecho del enfermo, en el escudriñamiento minucioso de sus cambios, mejorías y recaídas. Incluso el conocimiento sobre las terapias y métodos curativos provenía de esta experiencia de la proximidad, de la práctica clínica cotidiana, del saber acumulado por el médico a lo largo de sus años de consulta, sin la necesidad de recurrir a los grandes números para establecerse como válido. El dictamen del médico era suficiente para garantizar la pertinencia de los tratamientos.

Sea como sea, a partir de los años cincuenta la investigación sobre las terapéuticas en medicina tomó un rumbo que fue guiado por la introducción de métodos estadísticos y procedimientos experimentales específicos que propiciaron una diferenciación creciente entre la práctica clínica cotidiana y la investigación médica. Esta última pretendió transformarse en la garante de la

primera, desarrollando un fundamento racional y objetivo para la práctica clínica. Aspiraba a proporcionar un fundamento racional para el uso de medicamentos, es decir, poder establecer los mecanismos de acción y determinar con precisión los efectos de las drogas antes de que estas fueran utilizadas en el consultorio médico. En otras palabras, proporcionarle al médico el conocimiento farmacológico necesario para que este pudiese elegir el medicamento correcto e indicar las dosis justas para cada prescripción. Las experiencias con medicamentos y otras terapéuticas en general comenzaron a llevarse adelante a través de la realización de ensayos clínicos en condiciones de control estabilizadas, para el logro de una prueba clínica que pudiese generar un conocimiento terapéutico independiente de las habilidades de observación de cada médico particular. El conocimiento impersonal es una de las aspiraciones de la ciencia, y por consiguiente, los nuevos ensayos clínicos controlados fueron, para muchos, el símbolo de que la investigación médica alcanzaba, por fin, los estándares de la investigación científica.

Con la instauración de estos métodos reglados de experimentación se pretendía controlar el excesivo entusiasmo que los médicos clínicos mostraban ante las nuevas drogas y eliminar los sesgos que la propia industria farmacéutica introducía en la difusión de las propiedades benéficas de dichas sustancias. En otras palabras, se pretendía proporcionar una fuente de evaluación de nuevos medicamentos más confiable que el propio criterio de los médicos clínicos y que la información proporcionada por los laboratorios, una fuente de evaluación que pudiese extirpar todo tipo de opinión subjetiva o interesada sobre la eficacia de los medicamentos (Marks, 1997). Los ensayos clínicos a doble ciego y al azar desplazaron la confianza que, por lo menos, hasta la primera mitad del siglo XX, la investigación médica depositaba en sus investigadores de más larga trayectoria para erigirse en el sustento de un conocimiento científico válido y confiable sobre los efectos de las distintas drogas medicamentosas. Se convirtieron, además, en un instrumento de prueba ante el cual cada nueva droga debía someterse para convertirse en un medicamento que pudiese ingresar al mercado farmacéutico. Los ensayos clínicos deberían aportar la evidencia suficiente para corroborar la pretensión terapéutica del medicamento o, por el contrario, generar la evidencia que pudiese refutarla. De hecho, se convirtieron en la herramienta que los sistemas regulatorios de los distintos países centrales adoptarían hacia los años sesenta y setenta para distinguir entre aquellas drogas que tenían cierta capacidad curativa y las que no la tenían.

Esta distinción jamás había sido sencilla a lo largo de toda la historia de la medicina. Los médicos ya se habían topado con el problema de las curas o recuperaciones espontáneas, con las mejorías provocadas por la sola presencia del médico o las provocadas por la ingestión de sustancias terapéuticamente inocuas. Estos fenómenos, de un modo u otro, generaban el peligro de que el médico diera por efectivos instrumentos terapéuticos que, en tanto tales, poseían únicamente un efecto terapéutico quimérico. Durante la primera mitad del siglo XX la medicina procuró dominar este efecto curativo aparente a través

de distintos controles experimentales que, más que nada, recurrían a la acumulación de una casuística numerosa basada en la descripción y comparación minuciosa de los efectos producidos por las distintas terapéuticas sobre los pacientes (Marks, 1997). La experimentación médica del momento estaba lejos de intentar un control estricto sobre todas las posibles causas de una recuperación, e incluso lejos de poder afianzar un procedimiento experimental que permitiese estimar el peso de uno u otro factor o que pudiese deslindar entre uno u otro. La aplicación de terapéuticas llevaba un grado de incertidumbre sobre la eficacia de las mismas que únicamente era contrarrestado por la combinación de la experiencia acumulada sobre el uso de la terapéutica con la agudeza de las observaciones realizadas por el investigador. El diseño de las experiencias terapéuticas, entonces, variaba con la información existente sobre la enfermedad y la propia terapéutica, y con las posibilidades que cada investigador poseía de poder identificar y minimizar las distorsiones provenientes de otros factores tales como la edad de los pacientes o la incidencia de otras enfermedades.

Lo que los ensayos clínicos posteriores a la década de los cincuenta introdujeron fue la posibilidad de integrar la indeterminación existente en la experimentación terapéutica a través del dominio del azar por métodos estadísticos y por estrategias experimentales específicas, pues la idea de experimentación en medicina ya había encontrado su lugar en este campo hacía bastante tiempo. Por lo menos desde principios del siglo XX, los estudios experimentales eran elegidos por aquellos que realizaban investigación sobre los tratamientos y las enfermedades como uno de los instrumentos derivados de la exitosa investigación de laboratorio que permitían producir conocimiento crítico sobre las terapéuticas clínicas. Conocimiento crítico y experimental que, además, tenía la pretensión de imponerse al resto de los médicos que no realizaban investigación para la evaluación de sus recursos terapéuticos. Estos ensayos combinaron en sí mismos algunos elementos que ya habían sido utilizados por separado en la experimentación médica: la evaluación de terapéuticas en situación de ignorancia intencionalmente buscada, la introducción de elementos con los cuales poder comparar los efectos de la terapéutica y la utilización del azar en la puesta en marcha de todos estos mecanismos.¹⁵⁰ La introducción de la ignorancia dentro del diseño

150 Es difícil establecer con certeza los antecedentes históricos de los ensayos clínicos controlados. Para algunos autores como Pignarre (1995), si bien es posible encontrar el uso de mecanismos experimentales para la prueba de medicamentos antes de los años cincuenta, la configuración específica de los ensayos clínicos controlados al azar y a doble ciego constituye una novedad sin precedente alguno. Otros autores, a pesar de reconocer que los ensayos clínicos realizan una combinación particular de ciertos procedimientos experimentales, sostienen que los ensayos clínicos modernos poseen antecedentes que se remontan a finales del siglo XVIII. El olvido de estos antecedentes tempranos obedece en realidad a una «historia oficial» que la medicina ha narrado sobre sus procedimientos de investigación para enfatizar el carácter de herramienta científica innovadora y vanguardista de este tipo de ensayos clínicos (Kaptchuk, 1998). Desde esta perspectiva, habría tenido lugar un traslado del uso de estos mecanismos en los ámbitos periféricos de la medicina hacia los núcleos de investigación más influyentes de la disciplina. Por ejemplo, los mecanismos de enmascaramiento habrían sido utilizados en

del ensayo clínico estaba destinada a eliminar los sesgos que el entusiasmo de los participantes del ensayo podía introducir en la valoración de la terapéutica. Esta ignorancia se lograba ocultando, enmascarando, alguno de los componentes de la prueba, de modo que los participantes no pudiesen detectar en qué momento se estaba utilizando realmente la terapéutica en evaluación. Los elementos para poder cotejar los efectos de la terapéutica pretendían ofrecer un patrón comparativo para poder establecer que esta tenía reales propiedades curativas, lo que se obtenía duplicando en el diseño experimental la situación de prueba, es decir, creando una situación en la que se ponían en acción la terapéutica en evaluación y otra paralela que remedaba la situación de prueba, pero en la que en verdad se utilizaba una segunda sustancia. Esta segunda sustancia podía ser un placebo, en cuyo caso la terapéutica evaluada debía mostrar su superioridad, o un medicamento ya conocido, en cuyo caso la terapéutica evaluada debía mostrar al menos una tasa de curación equivalente. La presencia del azar en el funcionamiento de estos componentes actuaba como otro resguardo para evitar desvíos en el desarrollo de la prueba. En la caracterización de los ensayos clínicos que se impuso desde mediados de siglo XX estos componentes fueron considerados los controles necesarios para lograr una evaluación confiable de los medicamentos.

En la evaluación de medicamentos, la técnica de doble ciego fue el mecanismo de enmascaramiento que se consideró más seguro. Con esta técnica ni los pacientes involucrados ni el experimentador saben a quién se le está suministrando el fármaco en estudio. Antes de su utilización, se había empleado la «ceguera» únicamente en los pacientes, pues fue en ellos donde primeramente se reparó que la expectativa por recibir tratamiento podría por sí sola producir efectos curativos. Pero este procedimiento no eliminaba los sesgos que el entusiasmo del propio médico podía introducir en la prueba. El doble ciego permitía, entonces, poner coto a las distorsiones experimentales introducidas tanto por el paciente como por el médico.

Era a su vez importante, para que el enmascaramiento fuese exitoso, que los ensayos controlados pudiesen emular al máximo las condiciones reales de las

los intentos de la medicina por deslindarse de actividades de curación no ortodoxa, como el mesmerismo a finales del siglo XVIII, en una serie de pruebas para corroborar las propiedades de dicha terapéutica, y también cuando la medicina homeopática del siglo XIX intentó probar los efectos terapéuticos de sus medicamentos incluyendo, además de los mecanismos de enmascaramiento, la administración de sustancias inertes. El empleo de estos mecanismos de experimentación también habría tenido lugar en la investigación psicológica de fines del siglo XIX para estudiar los fenómenos telepáticos, integrando ya para principios del siglo XX el uso de la aleatorización en sus experimentos (Hacking, 1988). A partir de los años treinta la evaluación a ciegas, la contrastación contra placebo y los grupos de control habrían ingresado en su etapa más reciente en medicina, etapa que desembocaría en la adopción de los ensayos clínicos controlados a doble ciego y al azar por parte de la investigación psicofarmacológica, en la medida en que la medicina, tanto europea como estadounidense, habría comprendido la utilidad de estos como método de evaluación de terapéuticas. El primer ensayo clínico controlado que se utilizó para la evaluación de terapéuticas, fue realizado en Gran Bretaña en 1946 y diseñado por Bradford Hill para el estudio de la estreptomina.

intervenciones curativas, pero permitir, al mismo tiempo, establecer diferencias entre las situaciones que llevaban a una verdadera recuperación y las que no. El establecimiento de dos flancos en la situación de prueba, uno en el que se realizaba la verdadera intervención curativa y otro en el que se simulaba llevarla adelante, era clave para asegurar la buena marcha del ensayo. Existía, entonces, en este tipo de ensayos una dimensión ficcional que emergía a partir de la utilización de placebos (sustancias que generaban efectos curativos quiméricos) y a partir de la conformación de grupos testigos lo más parecidos posible al verdadero grupo bajo prueba. Tanto la administración del placebo y del medicamento a evaluar, como la distribución de los sujetos en el grupo de prueba o en el grupo testigo, deberían realizarse al azar para evitar que quien estuviese a cargo de ambas tareas pudiese introducir criterios suplementarios distorsionantes en el diseño de la prueba.

Cualquiera de estos mecanismos suponía una restricción en la intervención del investigador sobre el diseño y el desarrollo de la prueba pues este pasaba, por un lado, a perder el control de la selección de los individuos que participarían en el ensayo del medicamento y, por otro, a perder también el control sobre la administración de la droga en estudio. La puesta en juego del placebo o de sustancias equivalentes a la droga a evaluar intentaría reducir el sesgo proveniente por parte del paciente involucrado en el ensayo, es decir, controlar o eliminar como posible fuente de error su tendencia a mostrar respuestas positivas ante la sola intervención médica o ante cualquier sustancia que tenga el valor de medicamento. El uso del azar dominaría la variabilidad inherente a la experimentación en medicina.¹⁵¹

151 La aleatorización entró en los ensayos clínicos bajo una lectura médica, realizada sobre todo por Bradford Hill, del modelo estadístico propuesto por R. A. Fisher para experimentación en agronomía. El diseño experimental propuesto por Fisher intentaba llevar a su mínima expresión las posibilidades de error al realizar una prueba experimental o, dicho de otra forma, intentaba buscar la manera de maximizar la información que se podía obtener de la realización de un solo experimento y establecer el grado de confianza que se podía esperar de los resultados arrojados por el mismo. Fisher, que hacia los años veinte se encontraba estudiando las diferencias entre distintos cultivos de papas, quería establecer de forma sólida cuáles eran los factores a los que respondían dichas diferencias, es decir, en qué medida los cultivos estaban siendo afectados por las propias características de las semillas utilizadas, el clima, o por el terreno de cultivo. Para ello descartó los conocimientos que el propio experimentador podía tener sobre los cultivos estudiados y se respaldó en el uso del azar como mecanismo para asegurar la validez de las inferencias realizadas a partir de los estudios experimentales. El azar le permitía proceder al análisis de la varianza y establecer si existía o no alguna asociación significativa entre las variables en juego en la experiencia experimental. Sus análisis pusieron de relieve la relación existente entre los diseños experimentales y las posibilidades de realizar una inferencia fiable a partir de ellos. La emergencia del error podía provenir, para Fisher, tanto de las características del objeto estudiado, de las condiciones del diseño del experimento, como del investigador. La lectura realizada por la medicina de su modelo de inferencia estadística, sin embargo, pondrá mayor atención en las posibilidades de error provenientes del médico experimentador que en las inherentes al objeto de estudio (Marks, 1997). Algo similar habría sucedido en la apropiación del modelo estadístico de Fisher por

Los ensayos clínicos modernos, por consiguiente, procuran establecer una experimentación lo más controlada posible que permita determinar que una sustancia es curativa, pues la propia evaluación terapéutica adolece de un problema de difícil solución, a saber: que los datos o la evidencia que arroja no permiten establecer demostraciones concluyentes. La evidencia puede ser, por consiguiente, engañosa si no se intenta establecer un método que permita calcular la relación adecuada de los datos en favor de la sustancia que se somete a prueba, relación que, por otra parte, la medicina de la segunda mitad del siglo XX pretende medir en términos numéricos. Con ello, los métodos estadísticos llegaron al seno del estudio de las terapéuticas médicas y, como veremos más adelante, el recurso o no a estos establecerá distinciones dentro de la propia disciplina psiquiátrica así como con el resto de las disciplinas psicológicas, pero en un primer término supondrán una transformación y también una estabilización de los procedimientos de desarrollo de sustancias medicamentosas. No faltó quien aseguró que el uso de ensayos clínicos diseñados con rigurosidad en la investigación médica hizo de esta un investigación verdaderamente científica, en contraposición a las evaluaciones terapéuticas anteriores que dependían más de un criterio de autoridad médica, pues de hecho, la tensión entre los ensayos clínicos controlados y el método clínico recubre una discusión más basta sobre el conocimiento objetivo.¹⁵² La estandarización de los ensayos clínicos afrontó uno de los problemas más acuciantes de la investigación médica: el de la variabilidad de la observación y la recogida de datos.

Además del problema, común a otras ciencias, de las diferencias que las observaciones realizadas por dos investigadores distintos sobre un mismo fenómeno podrían arrojar, la investigación en medicina también se veía afectada por una dificultad inherente a su práctica, a saber, que ningún médico podría jamás observar, dada la variabilidad humana, todas las respuestas posibles antes una terapéutica dada. Los ensayos clínicos controlados buscaron resolver este dilema al proporcionar un mecanismo de incremento de la evidencia disponible,

parte de la psicología experimental, cuando esta intentó sobre todo acercarse a los ideales del determinismo científico y de la objetividad, al tratar de controlar, a través de las estadísticas, el papel del investigador en la experimentación (Gigerenzer, 1987).

- 152 Judith Sadler (1978) ha llamado la atención sobre la existencia de dos creencias dentro de la medicina acerca de lo que la práctica y la investigación médicas deben ser; dos ideologías, como ella las llama, que se encuentran en tensión y lucha desde el siglo XIX. Una de ellas define la medicina como un arte y la otra la define como una ciencia. La primera es una concepción históricamente más temprana que la segunda y se ha visto parcialmente desplazada por esta en un proceso de cientificación que, si bien lo ha intentado, no ha podido ser completo. La medicina como arte entiende la producción de conocimiento en esta área como una actividad cercana a la experiencia y la tradición, como producto de cierta práctica que no se puede explicitar abiertamente o transmitir en forma de reglas precisas. Por el contrario, la medicina como ciencia entiende el conocimiento médico como generado por la aplicación de procedimientos estrictos, que pueden aprenderse formalmente y que no dependen de la experiencia clínica ni de las características personales del médico. El pasaje de la observación clínica a los ensayos clínicos controlados también puede interpretarse como un aspecto más de esta pugna entre ideologías médicas.

ya fuera por la inclusión de una cantidad importante de pacientes en las pruebas, como por la inclusión de una cantidad importante de investigadores. A través del uso de mecanismos y reglas explícitas se conseguía una objetividad generada por la sola aplicación de los procedimientos adecuados. La imparcialidad de los resultados se aseguraba por un cambio en los métodos de testeo de las terapéuticas que intentaba integrar los grandes números y las probabilidades. Pero la imposición de este tipo de ensayos, en última instancia, no fue únicamente una transformación en la metodología de investigación en medicina, sino una transformación en la propia comunidad médica que modificó los valores en los que respaldaba su práctica clínica, modificación que ha sido estudiada sobre todo para Estados Unidos, país que ha liderado la institucionalización de los ensayos clínicos controlados (Marks, 1997).

Como indican algunos autores (Porter, 1995), la medicina del siglo XIX se resistía a integrar las estadísticas en sus métodos de investigación, justamente, porque las tildaba de impersonales y las consideraba alejadas de la práctica clínica. Los médicos más cercanos a la atención clínica fueron los que más se opusieron al matrimonio entre medicina y estadísticas, y solo aquellos médicos que la mayor parte de su tiempo lo dedicaban a la investigación vieron con buenos ojos la introducción de estos métodos. La discusión entre aquellos que eran favorables a las estadísticas y aquellos médicos dedicados preferentemente a la clínica giraba en torno al tipo de pruebas que era necesario poseer para poder llevar adelante la actividad médica. Tanto los médicos clínicos como los investigadores pretendían una evidencia rigurosa, pero los mecanismos que eran necesarios para generarla estaban en cuestión. Por ello la gran aceptación que los ensayos clínicos obtuvieron luego de los años cincuenta como garantes de esta rigurosidad resulta un fenómeno complejo de explicar. Algunos autores han sostenido que el interés por los ensayos clínicos no provino de parte de los médicos clínicos, ni surgió de manera espontánea de los médicos dedicados a las actividades de investigación, sino que su mayor impulso provino de los sistemas regulatorios que necesitaban una herramienta universal para el control de los medicamentos y que lograron imponerlos, además, por la debilidad interna de la propia medicina como disciplina científica (Porter, 1995). En poco tiempo, fue notoria su utilidad como diseños metodológicos para la evaluación de las drogas y los organismos de control, tales como la Food and Drug Administration de Estados Unidos (FDA), impulsaron su uso en farmacología al tomarlos como criterio oficial de evaluación.¹⁵³

Para algunos el peso de los accidentes que se produjeron con el uso de algunos remedios fue decisivo a la hora del triunfo de los ensayos clínicos como herramientas de evaluación de medicamentos. A principios de los años sesenta, el desastre de la talidomida puso en tela de juicio los mecanismos de controles

153 La FDA es la agencia gubernamental de los Estados Unidos encargada del control de los productos alimenticios, medicamentosos y cosméticos que se producen y consumen en dicho país.

sanitarios sobre los medicamentos que existían hasta el momento. Entre 1960 y 1965 se registró una alta frecuencia de nacimientos de niños con malformaciones, especialmente en los brazos, que pudo correlacionarse con el suministro de la talidomida a mujeres que cursaban sus primeros meses de embarazo. Hasta ese entonces, las agencias regulatorias solían dejar en manos de los expertos que trabajaban en ellas la evaluación de los nuevos medicamentos, pero a partir de los años sesenta las agencias regulatorias comenzaron a solicitar a los laboratorios la presentación de pruebas que acreditaran la eficacia de las drogas. En el año 1962, la FDA fue la primera agencia regulatoria a la que le fue otorgada por ley la potestad de exigir la presentación de pruebas de eficacia por parte de los laboratorios para la aprobación de los nuevos medicamentos. Es decir, que incluyó la eficacia como criterio de evaluación de drogas y, además, se convirtió en la autoridad capaz de decir cuál era el mejor tipo de prueba a presentar, en la medida en que cualquier cambio en los protocolos de los ensayos debía ser aprobado por la institución (Temin, 1980; Bodewitz, Buurma, de Vries, 1989).¹⁵⁴ Los ensayos clínicos controlados fueron la herramienta que la FDA consideró como la más adecuada para proporcionar datos concluyentes sobre eficacia y, de hecho, los laboratorios comenzaron a utilizarlos para la presentación de sus solicitudes de registro de nuevos medicamentos ante dicho organismo. A partir de 1970 la FDA comenzó a exigirlos de forma obligatoria y a regular explícitamente el diseño de los mismos. Al poco tiempo, las agencias de regulación europeas también exigieron esta metodología para la evaluación de los nuevos medicamentos, y hacia finales de los años setenta las agencias regulatorias de la mayoría de los países industriales respaldaban sus decisiones en los ensayos clínicos al azar y a doble ciego. Por ello, para los análisis históricos y sociológicos de la implantación de los ensayos clínicos controlados, como los de Rosser Matthews (1995), que la sociedad haya comprendido la necesidad de contar con mecanismos que regulasen, en general, más estrictamente las intervenciones médicas y, en particular, la prescripción de medicamentos, fue un factor más decisivo para la imposición de los ensayos clínicos controlados que las posibles discusiones internas de la medicina en torno a la validez de estos como herramienta de evaluación.¹⁵⁵

154 La enmienda a la ley que regulaba a la FDA, aprobada en 1962, exigía, entre otras cosas, que los laboratorios presentaran pruebas de eficacia de la droga, pero también que se indicara claramente en las etiquetas de los medicamentos sus contraindicaciones, las precauciones que debían tomarse para su uso y sus posibles efectos secundarios. La enmienda intentaba legislar al mismo tiempo sobre dos temas en cuestión, la eficacia y la seguridad de los medicamentos, pero fue innovadora sobre todo en cuanto a la legislación sobre la eficacia, pues las normativas anteriores se habían concentrado casi exclusivamente sobre la seguridad.

155 Es posible que el papel de este tipo de tragedias que tuvieron repercusión a nivel mundial, hayan generado sobre todo una preocupación por la seguridad de los medicamentos, sin embargo, no necesariamente tienen que haber contribuido a la aceptación de los ensayos clínicos como herramienta para la evaluación de nuevos medicamentos. Como señalan Bodewitz, Buurma y de Vries (1989) los ensayos clínicos fueron una herramienta aceptada rápidamente para la evaluación de la eficacia y no para la evaluación de la seguridad de las drogas. Ningún procedimiento concreto para la evaluación de la seguridad, que generalmente se respalda en

Otros autores han intentado identificar a los grupos sociales concretos que se vieron involucrados en este proceso de cambio, en particular el sucedido en Estados Unidos, y han determinado la existencia de un núcleo de médicos y científicos, con lazos con la industria farmacéutica, pero también han identificado la participación en este proceso de farmacólogos, médicos clínicos, y también profesionales no médicos provenientes de disciplinas cuantitativas como la estadística y la epidemiología, miembros de la administración gubernamental así como editores de revistas científicas (Marks, 1997). Por la vía de los hechos, la propia imposición de los ensayos clínicos controlados generó una escisión entre distintos grupos dentro de la medicina. Estableció una frontera entre quienes realizaban investigación experimental y quienes se dedicaban a la práctica clínica, pues los conocimientos necesarios para poder actuar en uno u otro campo no eran los mismos. Quienes querían realizar investigación debían poseer conocimientos específicos para el adecuado diseño de los ensayos clínicos que no solo no se adquirirían en la práctica clínica, sino que además debían deslindarse de esta, ya que en muchos aspectos la situación experimental así lo requería. Los ensayos clínicos, por un lado, pretendían acercarse a la clínica dándole un fundamento para su práctica con la investigación en pacientes concretos, pero se alejaban de ella al producir un encuentro artificial con estos mismos pacientes y desplazar de este dispositivo a la gran mayoría de los médicos que no tenían acceso a la producción directa de este conocimiento experimental. Los ensayos clínicos generaron, entonces, la aparición de un grupo especializado, que se dedica a la producción del conocimiento terapéutico que luego le será transmitido al resto de los médicos.

En el Uruguay, el uso de los ensayos clínicos para la experimentación con los nuevos antidepresivos siguió un proceso de estandarización de los procedimientos de investigación clínica, que desembocó también, como en Estados Unidos y en Europa, en la aceptación de los ensayos clínicos aleatorizados y al azar como la herramienta apropiada para realizar investigación en medicamentos. Sin embargo, dicho proceso no siguió al pie de la letra lo ocurrido en los países centrales.

Primeras pruebas terapéuticas en el Uruguay

Hemos visto que a pesar de los cambios que tuvieron lugar en la definición del tipo de experiencia clínica más conveniente para la investigación farmacológica, las pruebas terapéuticas se mantuvieron a lo largo de todo el proceso de difusión de cada nueva generación de antidepresivos en el Uruguay como uno de los recursos permanentes a los que la industria farmacéutica apeló para dar a conocer sus innovaciones en materia de medicamentos. Una primera consecuencia

la investigación toxicológica sobre animales y luego en la investigación clínica, ha contado hasta el momento con una aceptación unánime como la que tuvieron los ensayos clínicos controlados en materia de evaluación de eficacia.

de ello es que en países periféricos a la producción de psicofármacos, y a la propia producción de herramientas científicas de investigación en psicofarmacología, la realización de estas pruebas terapéuticas reflejó los cambios experimentados por estas, pero sin el debate que acompañó a dichos cambios en países como Estados Unidos, o al menos, sin que estos debates se hiciesen públicos y quedaran registrados en las revistas científicas nacionales. Poco se dice acerca de los beneficios de utilizar un esquema controlado para la evaluación de los medicamentos o las ventajas de permanecer fieles a la observación clínica caso a caso. Simplemente, los mecanismos de control, como la administración de las drogas a doble ciego o la constitución de un grupo testigo, se van sumando paulatinamente a los ensayos de nuevos medicamentos a medida que pasa el tiempo.

En consecuencia, las primeras experiencias con antidepresivos que fueron hechas públicas en Uruguay consisten en una primera utilización de la droga, muchas veces en cuadros patológicos diversos, con el fin de corroborar las propiedades que los propios laboratorios indicaban que estas sustancias poseían. Por ejemplo, la experiencia clínica realizada con la imipramina de Geigy por los profesores Ramírez y Badano (1961) a finales de la década de los cincuenta, concluyó que los efectos de la imipramina eran más notorios sobre los cuadros depresivos neuróticos que sobre los cuadros de depresión endógena, al contrario de lo que Geigy promocionaba sobre su producto a través de las opiniones de psiquiatras de renombre como Kielholz, pero ello no afectó ni modificó el perfil que el laboratorio estaba difundiendo sobre esta sustancia. Recordemos que muchas de las pruebas clínicas realizadas en esos momentos en el Uruguay, difícilmente estaban destinadas a ser integradas en el proceso de desarrollo de los nuevos antidepresivos, pues si bien se realizaban mayoritariamente antes de que ingresaran al mercado farmacéutico uruguayo, generalmente tenían lugar luego de que dichas sustancias ya habían ingresado en los mercados de Estados Unidos o Europa, es decir, cuando el proceso de su desarrollo ya había finalizado. A pesar de ello, estas pruebas pretendían organizar de manera científica la experiencia con la nueva droga experimentada, y ponían especial atención en la presentación de los métodos utilizados para la realización de la experiencia y la organización y cuantificación de los resultados obtenidos.

Ramírez y Badano, integrantes de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, describen los problemas que tuvieron al realizar la experiencia con imipramina y los pasos que dieron para llevarla adelante, pero están lejos de presentar la metodología de ensayos clínicos a doble ciego o contra placebo, o de hacer algún comentario sobre la misma:

Nosotros, lo hemos usado en la Policlínica psiquiátrica del Hospital de Clínicas y en la actividad privada, en un grupo de 61 enfermos, de los cuales solamente 54 han podido ser seguidos, pues los ocho restantes no concurrieron más por motivos que ignoramos. Por el carácter de la policlínica y las condiciones de la actividad privada, en algunos casos la investigación se vio perturbada por razones prácticas o económicas, de modo

que nuestras observaciones son, sobre todo, de carácter clínico, aunque en 15 pudimos realizar funcionalidad hepática, orina y hemogramalidad. Lo mismo ocurrió con la presión arterial y el ritmo cardíaco. Tres de los enfermos se negaron a extraerse sangre, en relación con su cuadro neurótico (1961: 117).

Las preocupaciones metodológicas de estos psiquiatras son sobre todo acerca del seguimiento de los pacientes en el transcurso de los meses y sobre los exámenes de laboratorio que pretendían realizar para complementar sus observaciones clínicas. La organización del ensayo en sí, los mecanismos necesarios para poner a prueba la droga, no parece ser motivo de alarma. Hacia finales de los años cincuenta, entonces, la psiquiatría uruguaya se encontraría aún realizando pruebas con drogas a través de una observación clínica no controlada, aceptada como la herramienta adecuada para ello.

Las experiencias realizadas con antidepresivos no eran experiencias aisladas, sino que se incluían dentro de una corriente mayor de experiencias terapéuticas que abarcaba otros psicofármacos, y también otro tipo de drogas de medicina general. De hecho, los neurolépticos ya habían sido utilizados en algunos ensayos antes de la propia llegada de los antidepresivos al país. La clorpromazina (Largactil) del laboratorio Rhône-Poulenc había sido ensayada hacia 1954 por el profesor Fortunato Ramírez, quien dirigiría la Clínica Psiquiatría desde 1956, y por el doctor Abraham Genis hacia 1957. La Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina fue desde el primer momento de la llegada de los antidepresivos al país uno de los blancos principales de los laboratorios para la realización de las experiencias clínicas con los nuevos antidepresivos, así como de neurolépticos y tranquilizantes. En el año 1959, por ejemplo, algunos profesores de la Clínica se encontraban ensayando al mismo tiempo un serie de tranquilizantes mayores y algunas sustancias antidepresivas cuyos informes fueron publicados un par de años más tarde. El catedrático Fortunato Ramírez participó en la mayoría de estas experiencias, incluida la experiencia con imipramina ya referida. La Clínica Psiquiátrica contaba para la formación de sus alumnos con el acceso a salas de distintos hospitales, incluido el Hospital de Clínicas, el hospital universitario inaugurado en 1953, y el Hospital Vilardebó de enfermos psiquiátricos. Sus docentes, por consiguiente, podían reclutar pacientes de estas instituciones para la realización de experiencias con nuevas drogas, pero también incluían en estas a pacientes provenientes de su actividad privada. La mayoría de ellos mantenía una actividad clínica privada paralelamente a la actividad universitaria e incluso el hecho de ser profesores de la Clínica Psiquiátrica les proporcionaba un prestigio que se traducía positivamente sobre esta. Esta doble estrategia de incorporación de pacientes les permitía reunir un conjunto de casos considerable para la realización de las pruebas, pero sin embargo, no incorporaban métodos estadísticos en la realización de las mismas. A decir verdad, a finales de la década de los cincuenta la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina se encontraba realizando experiencias clínicas con diferentes tipos de psicofármacos proporcionados, como hemos visto, principalmente por el laboratorio Roche, empleando a

veces el control contra medicamentos de eficacia comprobada, pero sin hacerlo en la totalidad de experiencias que llevaba adelante, realizando también estas experiencias sin incorporar mecanismos de aleatorización o grupos de control, ni mecanismo de ciego o doble-cego y utilizando de forma laxa la prescripción de los medicamentos que se ensayaban.

Por ejemplo, en trabajos como los de Fortunato Ramírez y Olga Alfonso (1961) no se recurre a ningún mecanismo de control de la experiencia. Ambos psiquiatras ensayan la fluorpromazina, un derivado fluorado de la promazina, que les había sido proporcionada por el laboratorio Squibb a la Clínica Psiquiátrica antes de su puesta a la venta como neuroléptico. Luego de realizar un pequeño reporte de experiencias internacionales con la droga, describen la utilización del medicamento en pacientes que ambos doctores atienden en hospitales públicos. Si bien la experiencia adelanta algunos de los rasgos de los ensayos clínicos posteriores, como la comparación del fármaco con la droga de referencia de su clase, la clorpromazina no integra en su organización ni la selección de los pacientes al azar, ni la administración de la droga al azar, ni procedimientos de ocultamiento. Además, si bien se trata de un neuroléptico, utilizan este medicamento en trastornos tanto psicóticos como neuróticos, realizando un uso diversificado y bastante libre de la sustancia. La experiencia que relatan se basa enteramente en la compilación de los casos clínicos.

Por esa misma época Jorge Galeano Muñoz y Fortunato Ramírez (1961) realizan una experiencia con el Taractan (tioxateno) del laboratorio Roche, que también usan para una diversidad de afecciones psiquiátricas, entre las que se encuentran algunas neurosis y melancolías, pues lo definen como un medicamento de doble acción neuroléptica y timoléptica. Tienen cierta dificultad en precisar qué tipo de medicamento es y esta misma dificultad la encuentran en las clasificaciones internacionales a las que recurren. El interés del ensayo es delimitar cuáles son los efectos clínicos de la droga, y la utilizan en un número no menor de 250 casos, pero en ningún momento se proponen establecer el grado de eficacia de esta ni recurren a las estadísticas para el análisis de los datos. Existe otro informe sobre el uso del Taractan por parte de la Clínica Psiquiátrica en el que se ensaya la droga en esquizofrenias, melancolías, episodios delirantes paranoides y neurosis obsesivas graves (Galeano Muñoz, Ramírez y Pla, 1959).

También en ese mismo momento los profesores Ramírez, Galeano, Bedó y Pla (1960 y 1961) se encontraban trabajando con el Librium (clordiazepóxido), esta vez un medicamento antipsicótico proporcionado por el Laboratorio Roche. En la experiencia que llevan adelante combinan el Librium con el anti-depresivo Ro4-1575 (la amitriptilina producida por Roche) y el Marplan, otro antidepresivo IMAO, también del laboratorio Roche.¹⁵⁶ Ensayan el Librium en una diversidad de cuadros patológicos, pues consideran que se trata de un tran-

¹⁵⁶ El laboratorio Roche comercializaría la amitriptilina en distintos países bajo el nombre de Laroxyl a partir de 1962. No se ha podido establecer que esta marca corresponda a la amitriptilina que se encuentra registrada en Uruguay desde 1963.

quilizante de amplio espectro. Realizan el estudio en cien pacientes, pero tampoco recurren a ningún procedimiento de control de la experiencia. Concluyen que el medicamento funciona como un antidepresivo exitoso en las depresiones neuróticas, aunque también tiene utilidad en enfermedades como las neurosis obsesivas, fobias y melancolías.

Estas experiencias con psicofármacos publicadas por la Clínica Psiquiátrica, hacia finales de los años cincuenta y principios de los años sesenta, indican que para sus integrantes aún no se había estabilizado un uso exclusivo como antidepresivo o antipsicótico de las mismas drogas que luego se convertirían en los representantes clásicos de estos tipos de psicofármacos y muestran, además, que estos médicos psiquiatras estaban acostumbrados a explorar abiertamente las posibles indicaciones de las drogas que les llegaban a sus manos.

Incluso el Tofranil (imipramina) se utilizó en una diversidad de dolencias en el ensayo que los doctores Ramírez y Badano (1961) realizaron con tantas dificultades. Los autores de este ensayo simplemente señalan que existe una similitud entre la acción del Marsilid (iproniazida) y el Tofranil, pues ambos poseen un mecanismo químico similar. Están al tanto de que autores internacionales señalan que con estos medicamentos las ideas depresivas tienden a desaparecer pero aún no los llaman antidepresivos ni los utilizan exclusivamente en el tratamiento de depresiones. El Tofranil parece tener indicaciones predominantes, pero puede ser eficaz de forma variable en distintas enfermedades. Es posible que al encontrarse insertos en una institución académica, intentaran apartarse intencionalmente de los perfiles de las drogas promocionados por los laboratorios, para mantener un cierto grado de investigación original. Pero lo cierto es que en esos años los laboratorios, al mismo tiempo que proporcionaban psicofármacos a la Clínica Psiquiátrica para su prueba en enfermos psiquiátricos, facilitaban los mismos medicamentos a médicos que los ensayaban en otro tipo de dolencias. Psicofármacos como el Librium y el Taractan del laboratorio Roche estaban siendo también ensayados, por médicos que trabajan en distintos hospitales públicos, en cuadros vertiginosos (Griot, 1960), en anestesiología (Vega, 1960; Grois, 1961), en la epilepsia (Soriano, 1961) y en trastornos de carácter y conducta (Griot, 1961).¹⁵⁷

157 Es necesario tener en cuenta que entre 1957 y 1961 se multiplican los ensayos con sustancias proporcionadas por el laboratorio Roche tanto a nivel de la Facultad de Medicina como en hospitales públicos del país. A partir de 1961 aparecen los trabajos con benzodiazepinas proporcionadas por este laboratorio. El Valium (Ro5-2807) se ensayó intensamente entre los años 1961 y 1963 (Galeano Muñoz y Bedo, 1961; Goldstein, 1963a, Goldstein, 1963b; Ferrari Forcade y Alfonso Trindade, 1963), el Mogadon (Ro4-5360) en 1964 (Galeano Muñoz, Ulriksen de Viñar y Viñar, 1964; Rey Tosar, 1964). El Diazepam en 1965 (Vega, 1965), el Nobrium (Ro5-4556) hacia fines de la década (Galeano Muñoz y Dokow, 1967a; Goldstein, 1967; Vega, 1968; Galeano Muñoz, 1969; Goldstein, 1969). En realidad, durante la década de los sesenta son las benzodiazepinas las que atraen toda la atención de los médicos que ensayan drogas, siempre productos de Roche. Los estudios clínicos con productos de otros laboratorios son escasos, Nelly Bianculli (1967), Tiscornia (1967) y Caetano (1968) ensayan un producto del laboratorio Boehringer Sohn-Ingelheim, el Catovit, un liberador de

Algo distinto sucedería, sin embargo, casi al mismo tiempo. Por esa misma época el psiquiatra Víctor Soriano (1960b) con inserción en distintos hospitales y clínicas privadas se encontraba trabajando con la isopropil-hidrazida de la DL-Serina (Ro4-1038) en depresiones, otro IMAO proporcionado por el laboratorio Roche, empleando la droga en cincuenta y cuatro pacientes. El artículo de Soriano es el primero de los trabajos publicados en el que se ensaya una nueva droga específicamente en deprimidos. Esto es altamente significativo, puesto que cuando los ensayos clínicos controlados son utilizados como herramienta para evaluar la eficacia de una droga, esto se hace con respecto a una indicación específica, es decir, una enfermedad concreta a la que el fármaco en cuestión supuestamente curaría. O sea que, para que un antidepresivo sea considerado eficaz debe haber demostrado que es eficaz ante las depresiones y no otro tipo de enfermedades. Debe igualmente poder establecer en qué grado se ha corroborado la mejoría y para ello los ensayos clínicos controlados incorporaron una serie de herramientas para la medición y cuantificación de esta mejoría. Esto se tradujo en la elaboración de escalas estandarizadas que miden los distintos grados de depresión al inicio y al final de la prueba. En este trabajo, Soriano clasifica las depresiones en depresiones de moderada intensidad y depresiones profundas, incluyendo de este modo un aspecto que los ensayos clínicos controlados tienen en cuenta. A pesar de ello, Soriano omite otros procedimientos de control, prueba la sustancia también en esquizofrenias y estados de inhibición psicomotora, y complementa la cuantificación de los datos presentando algunas historias clínicas significativas. Unos meses más tarde, ese mismo año, Soriano (1960a) publica un ensayo sobre la isocarboxazida (Marplan), otro IMAO también proporcionado por Roche. Ensayó este producto en cincuenta pacientes de la clínica privada, del hospital y consultorio externo, que define como deprimidos, tristes y pesimistas, y utiliza, además, una clasificación de depresiones que distingue entre depresiones reactivas, endógenas y seniles. Soriano incorpora también en este trabajo algunas historias clínicas significativas ubicándose en una situación intermedia entre la adopción de algunos aspectos de los ensayos clínicos modernos y la fidelidad a la observación clínica caso por caso.

Es particularmente interesante que en el mismo año en que se publican los trabajos de Soriano en *El Día Médico Uruguayo*, la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* realiza la transcripción de una comunicación sobre experiencias con Marplan llevada adelante en el Hospital de Fairfield State de Connecticut, Estados Unidos (Oltman y Friedman, 1960) y de un artículo realizado por un equipo de investigación de Facultad de Medicina de Carolina del Sur de Estados Unidos (Ford *et al.*, 1960), en el que se ensayaba el Marplan en comparación con el Marsilid utilizando la técnica de doble ciego, técnica que en Uruguay tardaría aún algunos años en adoptarse y que notoriamente no se utilizó para las experiencias realizadas con esa misma sustancia en esa misma época por los médicos

energía que se usa con resultados buenos en esquizofrénicos y depresivos, y Galeano Muñoz y colaboradores (1967) ensayan un producto del laboratorio Pfizer.

del país. Además, ambas experiencias se preocupaban por la cuantificación de los datos con fines de comparación estadística y no apelaban a la descripción de casos clínicos como solían hacer los psiquiatras uruguayos.

A partir de los trabajos de Soriano de 1960, todas las experiencias y ensayos clínicos realizados con algún tipo de antidepresivo incorporarán exclusivamente a sujetos diagnosticados con algún tipo de depresión, de acuerdo al modelo de la especificidad enfermedad-terapéutica que ya por ese mismo momento los laboratorios enfatizaban en sus materiales de propaganda. Pero, a pesar de estar al tanto de las técnicas de doble ciego y de aleatorización, como se desprende de las publicaciones de experiencias internacionales en revistas del medio nacional, seguirán sin incorporar estos mecanismos. En el año 1961 el doctor Bedo, vinculado a la Clínica Psiquiátrica, publicó una experiencia con amitriptilina, también proporcionada por el laboratorio Roche, que ensayó específicamente sobre depresiones neuróticas, reactivas e involutivas en setenta casos. Al igual que Soriano, presenta un breve comentario de algunos de los casos estudiados apelando expresamente a la pertinencia de la observación clínica.

El laboratorio Roche en la segunda mitad de la década de los sesenta lanzó el Limbitrol (Ro4-6270), un antidepresivo que combinaba la amitriptilina con el clordiazepóxido, y ese fue el antidepresivo con el que se realizaron ensayos clínicos en esos años.¹⁵⁸ El doctor Nelson Goldstein (1966), con inserción en el Hospital de Clínicas y el Hospital Maciel, realizó un estudio clínico de la sustancia en geriatría, y Jorge Galeano Muñoz y Federico Dokow (1967b) la estudiaron en doscientos cincuenta casos de depresión grave, también manteniendo la especificidad del diagnóstico de los sujetos involucrados en los estudios, pero sin apelar a otros mecanismos de control de la experiencia.¹⁵⁹ Hacia la segunda mitad de los años sesenta las escalas para la medición de la depresión ya habían comenzado a utilizarse en los ensayos clínicos, pero ninguna de estas dos experiencias recurre a ellas.

Los ensayos clínicos realizados con psicofármacos en Uruguay desde finales de los años cincuenta y durante la década de los sesenta muestran una preocupación por la regularización de los procedimientos de experimentación con medicamentos, pero sin tener en cuenta los procedimientos estandarizados que conformaban los ensayos clínicos controlados que se realizaban en Estados Unidos y Europa en esa misma época.

En psiquiatría, a fines de los años cincuenta los ensayos clínicos aleatorizados y a doble ciego fueron utilizados por algunos investigadores en la evaluación de

158 Recordemos que el Limbitrol fue lanzado a los mercados por el laboratorio Roche en 1967 por lo que algunos de los ensayos clínicos realizados en Uruguay son previos, aunque por poco tiempo, a su comercialización.

159 Esta experiencia con el Limbitrol es uno de los pocos ensayos clínicos que hemos encontrado realizados en el marco del Instituto de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias. En esa época Jorge Galeano Muñoz se desempeñaba como director de la licenciatura y del Instituto de Psicología de dicha facultad.

sustancias cuyas propiedades terapéuticas ya habían sido señaladas previamente por otros investigadores a través de observaciones clínicas: la iproniazida, la reserpina, fueron sometidas a estos ensayos para determinar su eficacia (Healy, 1997). En esos momentos los investigadores independientes, estaban un paso adelante de los laboratorios farmacéuticos en la utilización de los ensayos clínicos y, por ello, los primeros ensayos clínicos controlados con antidepresivos se realizaron fuera del circuito empresarial. El primer ensayo clínico controlado realizado en psiquiatría se llevó adelante en Gran Bretaña a principios de los años cincuenta, a pedido del laboratorio Messrs May & Baker que había adquirido los derechos de comercialización en Gran Bretaña de la clorpromazina elaborada por Rhône-Poulenc. En 1952 se había comenzado un estudio controlado con el litio que fue publicado en 1954 y entre 1953, y 1954 se ensayaron de forma controlada la clorpromazina y la reserpina (Healy, 1998). El primer ensayo clínico controlado de la fenelzina, uno de los IMAO más antiguos que se mantiene aún en el mercado mundial, fue realizado en Gran Bretaña por psiquiatras sin vinculación directa con los laboratorios, poco tiempo después de que se ensayara también por primera vez de forma controlada, en ese mismo lugar y por el mismo equipo liderado por el doctor Linford Rees, la iproniazida hacia finales de la década de los cincuenta (Rees, 1998). Rees había empleado en psiquiatría los ensayos clínicos controlados desde principios de la década de los cincuenta para la comparación de la eficacia entre distintas terapéuticas como la terapia electroconvulsiva, la insulina y la electronarcosis, y la evaluación del empleo de la cortisona en esquizofrénicos. Así como Gran Bretaña había liderado la utilización de los ensayos clínicos en medicina general, también lo hizo en psiquiatría. A pesar de que la mayoría de los grandes descubrimientos en psicofarmacología de la época habían tenido lugar en Francia, la utilización de los ensayos clínicos controlados para el estudio de los nuevos medicamentos fue un procedimiento principalmente anglosajón. El empleo de esta metodología para el ensayo de los nuevos psicofármacos parece haber comenzado a ser implementado por diversos investigadores instalados en Gran Bretaña casi al mismo tiempo de manera independiente (Healy, 1998), pero ninguna de estas pruebas se utilizó en el desarrollo de las primeras generaciones ni de neurolépticos ni de antidepresivos.

De hecho, los ensayos clínicos realizados en el Uruguay desde mediados de los años cincuenta hasta finales de los años sesenta se asemejan más al tipo de observaciones clínicas realizadas por Roland Kuhn y Nathan Kline en el desarrollo de la imipramina y la iproniazida, que a los ensayos clínicos controlados que comenzaban a implementarse en el mundo de la psiquiatría anglosajona de la época. Por ejemplo, Kline (1970) había reclutado a algunos de los pacientes de uno de sus primeros estudios con la iproniazida entre los pacientes de su actividad profesional privada, tal como sucedió en varios de los ensayos clínicos realizados en Uruguay. Había incorporado también a sus estudios pacientes con diferentes diagnósticos, siendo la depresión uno entre otros, como también se verificó en los ensayos clínicos uruguayos, y no había implementado técnicas de

control en sus experiencias. Es probable que los ensayos clínicos en el país se hayan inspirado sobre todo en los procedimientos empleados en el desarrollo de estos antidepresivos clásicos, pero además debe tenerse en cuenta que la psiquiatría uruguaya estaba fuertemente influida por la psiquiatría francesa, que solo después de que la psiquiatría anglosajona adoptara el uso de los ensayos clínicos controlados comenzó a mostrar interés en esta metodología.

Los ensayos clínicos realizados en Uruguay con antidepresivos durante los años cincuenta y sesenta, por consiguiente, son mayoritariamente ensayos no controlados, sin la conformación de un grupo testigo, sin las precauciones que se utilizan para la aleatorización de la selección de las pacientes, ni el suministro de la sustancia a ensayar a doble ciego, ni, en algunos casos, una estabilización en la prescripción precisa de la droga. Tampoco se contrasta la eficacia del medicamento a ensayar contra placebo y, si bien se pretende evaluar y medir los efectos clínicos de las sustancias, no se utilizan escalas estandarizadas para ello. En otras palabras, aún no se habían configurado como la prueba experimental que los ensayos clínicos controlados representaban para la demarcación entre medicamentos eficaces y medicamentos no eficaces en Europa o Estados Unidos y esto, probablemente, porque no era, en varios sentidos, necesario. En primer lugar, la producción de medicamentos innovadores no se realizaba en el Uruguay, y el país se limitaba a recibir los nuevos medicamentos generados por los laboratorios internacionales una vez que estos ya habían sido lanzados en sus países de origen. Es posible que los estudios clínicos realizados durante los años cincuenta y sesenta hayan contribuido de alguna manera a incrementar las bases de datos de los laboratorios internacionales. Algunos de los estudios reseñados muestran un número considerable de sujetos involucrados por lo que es dable pensar que existía alguna especie de retroalimentación entre las pruebas realizadas en el medio y los laboratorios que las impulsaban. Hay que tener en cuenta, además, que posiblemente existiesen informes elevados a la industria farmacéutica paralelamente a los informes publicados en las revistas del medio.¹⁶⁰ Sin embargo, ninguno de estos trabajos dio lugar a líneas de investigación independientes en psicofarmacología, incluso cuando muchos de estos eran llevados adelante por miembros de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, y se encontraban, al menos institucionalmente, más cercanos a las actividades de investigación que los médicos que realizaban estudios clínicos gracias a sus cargos en los centros de asistencia pública. La Cátedra de Psiquiatría realizó ensayos clínicos de manera constante desde la introducción de los primeros neurolépticos a principios de la década de los cincuenta hasta entrados los años noventa, pero resulta forzado establecer una conexión directa o una tradición disciplinaria consolidada entre los diferentes grupos de profesores que se fueron relevando en el transcurso de los años en la realización de estos ensayos. La única excepción a la regla parecerían ser los trabajos llevados adelante por el psiquiatra y psicoanalista

160 Lamentablemente la filial uruguaya del laboratorio Roche dice no haber guardado ningún registro de los estudios realizados en esos años.

Jorge Galeano Muñoz, quien es reconocido por los psiquiatras uruguayos de hoy como uno de los pioneros en investigación psicofarmacológica en benzodiazepinas gracias a un vínculo duradero con el laboratorio Roche.¹⁶¹ Galeano Muñoz hizo los primeros ensayos clínicos con el nitrazepam (Mogadon, del laboratorio Roche) durante la década de los sesenta, el primer benzodiazepínico hipnótico, en los que estableció sus propiedades inductoras del sueño antes incluso que otros investigadores lo hicieran a nivel internacional. Sus hallazgos fueron posteriormente corroborados a nivel de estudio de laboratorio por Jaime Monti quien instaló el primer laboratorio del sueño del Uruguay y de América Latina hacia los años setenta.¹⁶² Los estudios con otros psicofármacos, sin embargo, no generaron una línea de trabajo que fuese continuada a lo largo del tiempo.

Parece entonces limitado el valor de las experiencias clínicas en la generación de conocimiento novedoso sobre los medicamentos estudiados, pero también parece limitado su valor como herramienta de prueba para la eficacia de las drogas. Por la vía de los hechos, muchos de estos estudios no pretendían establecer la eficacia de los medicamentos, sino explorar los efectos clínicos de su uso en diferentes enfermedades. Además, para la introducción de medicamentos al país tampoco era necesario, de acuerdo a las exigencias de las normas vigentes en el momento, la realización de ensayos clínicos controlados como sí lo fue en Estados Unidos desde 1962. La Ley 11.641 de 1951, vigente en el Uruguay al momento del ingreso de los primeros neurolépticos y antidepresivos, que establecía las potestades de la Comisión Honoraria de Contralor de Medicamentos como organismo encargado de aprobar la introducción de medicamentos al país, nada decía acerca de la exigencia de ensayos clínicos controlados para permitir la circulación de estos productos. La Comisión Honoraria de Contralor de Medicamentos había sido creada pocos años antes por la Ley 11.015 de 1948, que prohibía expresamente la venta de todo medicamento que no hubiese sido aprobado por dicho organismo y obligaba a los fabricantes de medicamentos o importadores a presentar toda la información sobre los productos. Este organismo había sido pensado como un organismo de expertos con delegados de las Facultades de Medicina, Química, y del Sindicato Médico, entre otros. La Ley de 1951 modificaba ligeramente su integración incluyendo un delegado de la gremial farmacéutica, y mantenía casi en los mismos términos las potestades de control de la comisión para proteger a la población en la elección de los productos para el cuidado de la salud, pero sin legislar sobre el tipo de información que los laboratorios y sus representantes debían presentar sobre los nuevos medicamentos. Estas leyes estuvieron vigentes hasta 1983 y las modificaciones a la legislación sobre el control de medicamentos se realizaron a través de decretos presidenciales que en 1970 permitieron la creación de la Comisión de Control de Calidad de Medicamentos (Decreto 232/970) que aseguraba la instalación

161 Actualmente muchos psiquiatras suponen que Galeano Muñoz presentaba informes sobre sus experiencias con los medicamentos al laboratorio Roche que nunca circularon públicamente.

162 Entrevista realizada por la autora al profesor Jaime Monti el 29 de julio de 2002.

de un Laboratorio estatal de Control de Calidad. Las medidas administrativas tomadas apuntaban más a los controles químicos que debían realizarse sobre los medicamentos que a los estudios clínicos.

Faltaba en el país, por tanto, uno de los factores que impulsó más claramente la aceptación y propagación de los ensayos clínicos controlados en Estados Unidos. Las normativas uruguayas reconocerían de forma indirecta la importancia de la realización de los ensayos clínicos controlados recién en los años ochenta, cuando exigirían a los productos contar con la aprobación previa de la FDA o la Unión Europea, a través de la Ley 15.443 de 1983, pero nunca exigirían la realización de ensayos clínicos nacionales para la aprobación de un medicamento. La información presentada a las autoridades sanitarias por parte de los laboratorios o sus representantes nacionales seguramente incluía los resultados obtenidos a través de los ensayos clínicos realizados para la obtención de los permisos ante las agencias regulatorias de Europa y Estados Unidos antes de esa fecha, por lo que es posible que los ensayos clínicos controlados hayan llegado a las autoridades antes de que ellas los hayan exigido.

Emparentadas, sin lugar a dudas, con los procedimientos de evaluación que los laboratorios llevaban adelante para la puesta a punto de los medicamentos, vinculadas además con los ensayos realizados por académicos internacionales que eran publicados en revistas y presentados en congresos a los que los psiquiatras uruguayos tenían acceso, estas experiencias clínicas tempranas de la psiquiatría uruguaya atestiguan la voluntad de los médicos de la época de mantenerse a la par de los investigadores internacionales. Son testimonio del acuerdo que los médicos uruguayos hacen con la tendencia internacional a sustentar el estudio de los medicamentos sobre el modelo de los ensayos clínicos, aun cuando todavía no hayan incorporado las últimas exigencias de la investigación psicofarmacológica internacional.

Quienes realizaban estos ensayos ponían en práctica un conocimiento específico, un procedimiento concreto de investigación que suponía una forma experimental de acercamiento a la evaluación de las terapéuticas, es decir, una elección de método. En la medida en que estos métodos eran también los métodos de investigación de la industria farmacéutica y las oportunidades de investigación surgían a propuesta de esta última, la elección indicaba, al menos, la manera en que la psiquiatría nacional reflejaba en sus prácticas los cambios producidos en la investigación farmacéutica, aunque la adopción de estas transformaciones no fuese automática, como hemos visto, y no se equiparara totalmente a las transformaciones acaecidas en Estados Unidos y Europa en torno a la investigación biomédica. Pues, si bien solo un grupo reducido de psiquiatras realizaba experiencias clínicas con nuevos medicamentos, no puede establecerse una separación neta entre grupos que realizan exclusivamente investigación y grupos que se dedican exclusivamente a la práctica clínica, como en Estados Unidos o Europa. Por el contrario, quienes realizan investigación tienen una

extensa práctica clínica y es gracias a ella que muchas veces pueden conseguir y reclutar sujetos para los estudios de medicamentos.

De forma similar, tampoco puede sostenerse que quienes realizan estos ensayos clínicos tempranos se inclinan únicamente hacia una visión biomédica de las enfermedades mentales. Como se mencionó anteriormente, el propio catedrático de psiquiatría, Fortunato Ramírez, al mismo tiempo que ensayaba los nuevos antidepresivos, se encontraba iniciando su formación en psicoanálisis junto a los primeros miembros de la APU. Jorge Galeano Muñoz, que sería recordado como uno de los pioneros de la investigación con nuevos psicofármacos, mientras realizaba ensayos con benzodiazepinas y antidepresivos, mostraba interés en la psicología y el psicoanálisis. Integraría el Laboratorio de Psicología de la Clínica Psiquiátrica, participaría desde su apertura como docente en los cursos dictados en la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Humanidades, llegando a dirigirla por un breve período en los años sesenta, y sería uno de los fundadores de la Sociedad de Psicología. En 1958 iniciaría su asistencia a los seminarios de psicoanálisis dictados por la APU, para convertirse luego en integrante de esa asociación.

Es decir que el mismo grupo de psiquiatras que iniciaba sus primeras experiencias clínicas con los nuevos psicofármacos se acercaba en el mismo momento al psicoanálisis, sin que ello implicara optar por el uso excluyente de una u otra terapéutica. Aún era posible explorar con cierta libertad ambas terapéuticas, sostener simultáneamente una práctica psicoanalítica y una práctica psiquiátrica basada en el uso de herramientas de curación somática sin entrar en conflicto. De todas formas, si bien los ensayos clínicos tempranos no servían aún, en el campo de los saberes psicológicos, como demarcador de prácticas clínicas opuestas, ni como delimitador de grupos profesionales diferentes, sentaban las bases de una primera fragmentación de estos saberes, delimitando un tipo de experiencia y modo de investigación al que tendrían acceso casi exclusivamente los médicos psiquiatras, pues, de forma claramente marginal, solo algunos pocos psicólogos y psicoanalistas sin titulación médica participarían en ellos.

La incorporación de otros mecanismos de control: hacia el ensayo clínico controlado

Durante los años setenta la psiquiatría uruguaya continúa incorporando paulatinamente procedimientos de control en las experiencias clínicas realizadas con psicofármacos. Por ejemplo, en el terreno de los antidepresivos, a la especificidad del diagnóstico se le sumará en esa década la utilización de las escalas de medición de depresión que se habían elaborado en los años sesenta y también la técnica de doble ciego.

La escala de medición que se utilizó más frecuentemente en los ensayos clínicos fue la *Escala de Hamilton para la Medición de la Depresión*. Creada por Max Hamilton en 1960, la escala puntúa la gravedad de los distintos síntomas

que se creen vinculados con la depresión, como el estado de ánimo, el insomnio, la ansiedad, los sentimientos de culpa o las tendencias suicidas, entre otros. Es de fácil aplicación pues consiste en un cuestionario compuesto por una veintena de preguntas cerradas. Durante los ensayos clínicos la escala se utilizó al inicio de la prueba, durante la misma y al final para contar con datos que puedan dar cuenta que la depresión está siendo modificada por la utilización de la sustancia a prueba. En 1970 los psiquiatras Roberto Martínez Tehaldo y Zapicán Regules evalúan en veinte pacientes un producto del laboratorio Pfizer, la doxepina (P-3693 A), una sustancia de estructura química del tipo de la amitriptilina y la imipramina, utilizando la escala de Hamilton.¹⁶³ En 1975 la Clínica Psiquiátrica realiza un ensayo clínico con el trazodone en treinta y dos pacientes, en el cual emplea, además de la escala de Hamilton, el procedimiento a doble ciego para contrastar la sustancia con la clorimipramina (Bayardo *et al.*, 1975). Durante esos años las benzodiazepinas del laboratorio Roche fueron los psicofármacos ensayados en el Uruguay con más frecuencia.¹⁶⁴ Estos ensayos incorporaron mecanismos de control incluso antes de que las autoridades uruguayas exigieran la presentación de datos de eficacia generados a partir de ensayos clínicos controlados, pero los incorporaron en un momento en el que estos ya se habían convertido en una práctica corriente en la industria farmacéutica internacional para el desarrollo de nuevos medicamentos, y cuando ya se había generalizado su uso también en la investigación psicofarmacológica académica internacional. Por consiguiente, las explicaciones sociológicas sobre la generalización del uso de los ensayos clínicos controlados a partir de las exigencias de los sistemas regulatorios nacionales difícilmente pueden aplicarse al caso uruguayo. Los sistemas regulatorios habían sí ayudado a afianzar esta metodología a nivel internacional, especialmente luego de la imitación de las medidas legales tomadas por la FDA por parte de las autoridades sanitarias de los países industrializados. Pero, en verdad, llegaron al Uruguay luego de que los ensayos clínicos controlados pasaran de la órbita académica a la órbita de la investigación farmacéutica realizada en los laboratorios, es decir luego de que se convirtieran en la herramienta esencial del

163 La doxepina del laboratorio Pfizer había conseguido, en setiembre de 1969, la aprobación de la FDA para su comercialización en Estados Unidos, sin embargo no llegó a comercializarse en el Uruguay.

164 Por lo que puede desprenderse de los artículos aparecidos en esa época en las publicaciones del medio, los ensayos clínicos con benzodiazepinas proporcionadas por el laboratorio Roche se extendieron no solo más allá de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, sino más allá de la ciudad de Montevideo. El doctor Andrés Folle de María (1973), quien realizaba su práctica psiquiátrica privada en la ciudad de Mercedes, al oeste del país, publicaría a principios de la década de los setenta su experiencia con el oxazepan proporcionado por el laboratorio Wyeth. El flunirazepan (Rohypnol) del laboratorio Roche sería ensayado hacia principios de la década por la médica Galina Solovey, con inserción en el Hospital Pereira Rossel, en varias oportunidades (Solovey y Odell, 1973; Solovey, 1974) y a mitad del decenio por el doctor Dardo E. Vega (1976), entonces médico jefe del departamento de anestesia de la Asociación Española de Socorros Mutuos, una de las instituciones de asistencia médica colectivizadas más importantes del país.

procedimiento de desarrollo de novedades medicamentosas dentro de la industria farmacéutica. Parecería, entonces, más acertado buscar una explicación para la expansión de los ensayos clínicos controlados en el Uruguay en el interés de los médicos del medio por mantenerse a tono con las metodologías internacionales de investigación. Los laboratorios internacionales, al proponer activamente la realización de pruebas con las nuevas drogas, daban la oportunidad para que los núcleos académicos nacionales pudiesen poner en práctica las metodologías de investigación internacionalmente aceptadas como las más adecuadas para la experimentación con nuevos medicamentos.

A partir de los años ochenta la mayoría de los ensayos clínicos realizados con antidepresivos en el Uruguay incorporan los controles de los ensayos clínicos a doble ciego y al azar y la utilización de la escala de Hamilton para la medición de la depresión, incluso aquellos que no estaban siendo realizados en las etapas tempranas de desarrollo de medicamentos; pero la utilidad de estos en la investigación psicofarmacológica será evaluada por los propios investigadores con respecto al lugar que ocupen en el ciclo de desarrollo de medicamentos. Será determinante si estos ensayos pertenecen a las fases de precomercialización o postcomercialización para su valoración como generadores de conocimiento original, independientemente de la metodología que se ponga en juego. Las distintas fases del ciclo de desarrollo de nuevos medicamentos permitió trazar una línea divisoria entre los distintos tipos de actividad científica en psiquiatría, que durante los años cincuenta y sesenta no estaba dibujada con nitidez en el país.

Desde los años ochenta en adelante, los ensayos clínicos realizados con antidepresivos toman el lugar preponderante que en los años setenta fuera ocupado por las benzodiazepinas. En esa década, los laboratorios se lanzan a la carrera para el desarrollo de nuevos antidepresivos de segunda generación. Tengamos presente que los laboratorios Rhône-Poulenc y Roche intentaban, con la introducción de nuevas moléculas, disputar en el Uruguay el mercado de los antidepresivos liderado por el laboratorio Ciba-Geigy. Ambos laboratorios impulsaron la realización de ensayos clínicos durante esos años, aunque de manera diferente. Rhône-Poulenc, en contacto estrecho con profesores de la Clínica Psiquiátrica, promocionó el ensayo de cada uno de los antidepresivos que introdujo durante el período 1985-1990. Los resultados de los ensayos eran publicados con cierta sistematicidad en las revistas médicas del medio, al poco tiempo de la aprobación de los medicamentos estudiados por las autoridades sanitarias nacionales. El laboratorio Roche, por el contrario, durante la segunda mitad de los años ochenta, limitó la realización de los ensayos clínicos a la moclobemida y a la cianopramina, sustancias antidepresivas que tenía en ese entonces bajo investigación¹⁶⁵. Excepcionalmente los laboratorios Duperial (representante de AstraZeneca) y Ciba-Geigy promovieron los ensayos clínicos con antidepresivos. En 1980 los

¹⁶⁵ Los estudios realizados en Uruguay con estas sustancias fueron de precomercialización y estuvieron a cargo del equipo dirigido por el doctor Federico Dajas (entrevista a Álvaro D'Ottone, 28 de junio de 2002).

doctores Rey Tosar, Caetano y Domínguez publicaron los resultados de un ensayo realizado con la viloxazina de Duperial, un antidepresivo ingresado al Uruguay hacia 1979. En 1987 Dajas, Nin y Martínez publicaron el informe sobre un ensayo clínico con la maprotilina (Ludiomil) de Ciba-Geigy, sustancia que se encontraba en el mercado desde principios de los años setenta.

Mientras que en las décadas del sesenta y del setenta los profesores de la Clínica Psiquiátrica fueron quienes realizaron la mayoría de los ensayos clínicos con antidepresivos, durante la década de los ochenta la situación sería distinta, pues investigadores de otras instituciones comenzarían a desarrollar ensayos clínicos. La Clínica Psiquiátrica continuó, eso sí, manteniendo un rol prominente, pues de una manera u otra, todos aquellos que se embarcaron en la realización de estos ensayos poseían alguna vinculación con ella, ya fuera por que habían sido integrantes de la misma en algún momento, o porque realizaban los estudios en cooperación con algunos de sus docentes. Los dos grupos de psiquiatras que realizaron con más frecuencia ensayos clínicos en esos años estaban conformados con la participación de docentes de la clínica. El grupo que realizó los estudios con las moléculas del laboratorio Rhône-Poulenc estaba liderado por quien fuera director de la clínica en la primera mitad de los años ochenta, el profesor Héctor Puppo Touriz. El grupo que realizó estudios con el laboratorio Roche, estaba liderado por el doctor Federico Dajas que formalmente no pertenecía a la clínica, pero que trabajaba con muchos de sus integrantes. Dajas, psiquiatra de formación, había regresado al país hacia 1980 luego de una estancia de investigación en el Instituto Karolinska de Suecia. Había conseguido insertarse en el IIBCE en 1970, y en los años ochenta impulsó dentro de dicha institución el primer laboratorio del país consagrado al estudio de la química del cerebro. En el marco de la Clínica Psiquiátrica coordinó el departamento de psicofarmacología entre los años 1984 y 1992. Era uno de los pocos psiquiatras del momento que contaban con una formación en investigación básica realizada, además, en el exterior y que contaba con el conocimiento actualizado del estado del arte en la investigación psicofarmacológica a nivel internacional. En sus trabajos intentó seguir estos estándares de investigación internacionales y su grupo fue uno de los pocos vinculados a la Clínica Psiquiátrica que logró participar en las fases de investigación clínica más temprana de medicamentos participando incluso en estudios multicéntricos, pues de hecho, el grupo liderado por el profesor Puppo Touriz trabajó sobre todo en estudios con sustancias que ya habían completado su ciclo de desarrollo.

De todas formas, los ensayos clínicos con antidepresivos realizados por cualquiera de los dos grupos, adoptaron la metodología estandarizada de investigación de los ensayos clínicos controlados. El diseño de estos ensayos es acorde a los diseños regulares de la investigación psicofarmacológica internacional: administración de una droga a pacientes con el diagnóstico para el que esta droga se supone eficaz, medición de la intensidad de la sintomatología depresiva de los sujetos involucrados en el estudio al inicio del ensayo, a mediados del mismo y

al final, contrastación de la eficacia de la droga con otro medicamento de eficacia ya verificada o contra placebo, y administración a doble ciego. En suma, en mayor o en menor medida siguen la metodología ya universal y uniformizada de evaluación de medicamentos, pero con la salvedad de que emplean esta metodología, en la mayoría de los casos, para establecer la eficacia de productos; eficacia, en verdad, que ya había sido establecida en ensayos realizados por las casas matrices de los laboratorios internacionales. De hecho, los ensayos clínicos al azar y a doble ciego propiamente dichos, dentro del proceso de desarrollo de medicamentos se llevan adelante principalmente en la Fase III, mientras que en la Fase IV los estudios con medicamentos ya comercializados en gran medida se llevan adelante a través de estudios observacionales con el fin de poder realizar un seguimiento de farmacovigilancia. Por consiguiente, algunos de los ensayos realizados durante la década de los ochenta en el Uruguay emplearán estudios típicos de la Fase III durante la Fase IV del producto, y algo similar se verificará también en los años noventa en el momento de la introducción de los antidepresivos de última generación. Podría pensarse que ni los ensayos de Fase III eran genuinos ensayos de Fase III, ni los ensayos de Fase IV genuinos ensayos de Fase IV, sino un instrumento de promoción comercial. Por ejemplo, los estudios realizados con los productos proporcionados por el laboratorio Rhône-Poulenc se concentrarán principalmente en el establecimiento de la eficacia de los antidepresivos a ensayar en relación con los antidepresivos clásicos. Hacia 1987, Puppo y sus colaboradores contrastaron la metapramina (Timaxel) contra la imipramina, en cincuenta y ocho pacientes, realizando un ensayo clínico cerrado a doble ciego en el que los síntomas de depresión eran medidos a través de la escala de Hamilton. En 1988 el equipo de Puppo publica los resultados de otro estudio sobre la eficacia de toloxatona (Humoryl) que también comparan con la imipramina utilizando nuevamente la técnica a doble ciego y la escala de Hamilton. Estos ensayos, como era de esperar, confirman los resultados obtenidos en los ensayos clínicos controlados realizados durante el proceso de desarrollo de estos medicamentos, y no agregan ninguna información adicional sobre las características de la droga.

Si los ensayos clínicos controlados se impusieron, entre otras razones, como una forma de contrarrestar los posibles sesgos de la información generada sobre los medicamentos por los propios laboratorios que los producían, y en última instancia para establecer un coto a los intereses comerciales de la industria farmacéutica, paradójicamente, la realización de ensayos clínicos controlados impulsados por la industria farmacéutica en el Uruguay contó con una clara intencionalidad de promoción comercial. La utilización de los ensayos clínicos controlados como una forma de estrategia de *marketing* por parte de las empresas farmacéuticas ya había sido señalada en Estados Unidos hacia finales de los años cincuenta y principios de los años sesenta, cuando aún no se establecía una separación nítida entre estudios precomerciales y poscomerciales (Marks, 1997: 159), y continúa siendo denunciada hasta el día de hoy, cuando se espera que los

estudios de Fase IV agreguen información sobre los nuevos medicamentos que no se puede obtener durante los estudios precomerciales por la limitación temporal de estos y por la limitación del número de los sujetos en los que se ensaya la nueva droga.¹⁶⁶ En la región rioplatense, no solo en Uruguay, los ensayos de Fase IV están alejados de estos objetivos. En Argentina estos ensayos tienen la misma finalidad comercial y algunos laboratorios llegan incluso a financiar los viajes de los autores jóvenes a eventos internacionales con el fin de asegurarse vínculos directos con los futuros líderes de opinión (Lakoff, 2004: 263).

Los psiquiatras que llevaron adelante los ensayos clínicos controlados sobre antidepresivos en los años ochenta en el Uruguay reconocen el interés comercial que los laboratorios internacionales tenían al promover ensayos clínicos con sus nuevos antidepresivos y son conscientes, además, de las escasas oportunidades de generar conocimiento original que tenían al evaluar medicamentos ya comercializados. Igualmente encuentran beneficios concretos en la realización de estos ensayos que tienen una lógica propia dentro de la psiquiatría nacional. Ven como ventajosa la oportunidad de ganar experiencia en el empleo de los productos de última generación con cierta antelación al resto de los psiquiatras, ello les otorga la oportunidad de generar publicaciones en las revistas científicas del medio y, por consiguiente, de acumular los méritos necesarios para desarrollar una carrera académica exitosa y ser reconocidos como los especialistas en el conocimiento profundo de los psicofármacos que el resto de los psiquiatras simplemente recetan.¹⁶⁷ Esto es así tanto para aquellos psiquiatras que implementaron los ensayos clínicos como para aquellos que desde sus puestos en las filiales uruguayas de los laboratorios internacionales impulsaban la realización de estos estudios. En definitiva, los ensayos clínicos de Fase IV brindaban la oportunidad de generar experiencias nacionales y transmitir las en congresos incluso regionales, y de generar una cierta corriente de pensamiento en psiquiatría que diferenciaría a los psiquiatras embarcados en ellos del resto de sus colegas. De hecho, parte de los implicados en los ensayos promovidos por Rhône-Poulenc habían fundado en 1979 la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay y parte de quienes posteriormente participarían en los ensayos clínicos de los años noventa se integrarían a ella.

166 Por ejemplo, Philippe Pignarre (2003) en varios tramos de uno de sus libros más recientes afirma insistentemente que los ensayos clínicos de Fase IV tienen como único objetivo modificar los hábitos de prescripción de los médicos a través de la familiarización con los nuevos medicamentos que supone la realización de ensayos clínicos. La doctora Marcia Angell (2004), en esta misma línea, sostiene que los ensayos clínicos de Fase IV son una parodia de la investigación psicofarmacológica de calidad, pues sus resultados casi nunca se publican o, en todo caso, aparecen en revistas científicas marginales. A pesar de que podrían tener la finalidad de explorar nuevos usos para medicamentos en venta o de buscar efectos secundarios no detectados en los estudios precomerciales, para Angell, estos ensayos clínicos son en verdad una estrategia de *marketing* de la industria farmacéutica.

167 Entrevista realizada por la autora a Héctor Puppo Touriz el 22 de agosto de 2002.

De todas formas, la vinculación entre la industria farmacéutica y los investigadores ya fueran de la Clínica Psiquiátrica, independientes o de otros ámbitos institucionales, permaneció desde los años setenta hasta finales de los años noventa bajo sospecha, incluso para los psiquiatras que participaron en ensayos clínicos anteriores a la comercialización del medicamento.

La visión de la investigación llevada adelante por los laboratorios internacionales que, por ejemplo, nos ofrece el psiquiatra uruguayo Abraham Genis a principios de los años setenta cuando intenta explicar la situación de la psiquiatría del momento a un público no médico, delata no solo el lugar marginal de la psiquiatría uruguaya respecto a esta, sino también las nociones e ideales sobre la investigación científica que durante las dos décadas siguientes circundarán la investigación psiquiátrica con medicamentos:

En todos los psicofármacos no podemos citar nombres precisos de investigadores.

Todos estos medicamentos son productos de la actividad empresarial, de la iniciativa privada de los laboratorios comerciales. [...]

Obsérvese cómo la actividad científica va cambiando de aspecto.

Lo que en un primer momento son investigadores geniales, que realizan su trabajo por amor a la ciencia, pasan a ser posteriormente, empleados a sueldo de empresas comerciales que, por serlo, no dejan de rendir un inmenso aporte a la salud y a la felicidad de la humanidad (Genis, 1973: 46).

En las palabras de Genis, los investigadores quedan sumidos en el anonimato detrás del prestigio del propio laboratorio, siendo los psicofármacos entendidos como un producto exclusivo de la iniciativa empresarial. Desde este punto de vista, academia y médicos clínicos quedan excluidos completamente del proceso de invención de los psicofármacos, lo que se asemeja, en verdad, más a la situación uruguaya frente la industria farmacéutica internacional que a lo que realmente pasaba en los centros de investigación de los laboratorios extranjeros. Pero, sobre todo, las afirmaciones de Genis ponen en juego un ideal de la investigación científica como una empresa desinteresada, lejana a los asuntos económicos en los que está envuelta la industria farmacéutica y también un ideal de la investigación científica como actividad independiente. Los investigadores añorados por Genis son aquellos que aparentan no poseer ningún otro interés más que el amor a la ciencia y los investigadores de los laboratorios aquellos que solo contribuyen al avance de la ciencia a causa del dinero.¹⁶⁸

La presencia del dinero como pago por los «servicios» prestados por los investigadores a la industria farmacéutica es, en verdad, el único tipo de interés que es reconocido como tal en la psiquiatría uruguaya, que funciona, además, como tema tabú, pues los pagos que realiza la industria farmacéutica por la

¹⁶⁸ Genis, probablemente sin saberlo, evocaba el conjunto de valores descrito por Merton como guías de la actividad llevada adelante por la comunidad científica. Nótese, por ejemplo, la similitud de su visión de los investigadores como sujetos que trabajan por amor a la ciencia con el ideal del desinterés descrito por Merton según el cual la ciencia se cultiva por ella misma.

aplicación de sus protocolos de investigación están cubiertos por un manto de silencio.¹⁶⁹ Los psiquiatras justificaban su participación en los ensayos clínicos controlados de psicofármacos por las oportunidades de generación de méritos que ello les suponía. A partir de estos ensayos podían producir publicaciones, realizar presentaciones en congresos nacionales y extranjeros y estar de algún modo en contacto con la investigación internacional produciendo trabajos sobre medicamentos nuevos de interés mundial. Todo ello, obviamente, solo cobra valor en función de los intereses que los psiquiatras poseen dentro del campo académico en el que se encuentran. Aún más, sus intereses se amalgaman con los de la industria farmacéutica en la medida en que la realización de estos ensayos clínicos de Fase IV permiten, por un lado, promocionar las nuevas sustancias que los laboratorios ponen a la venta, pero permiten también a los psiquiatras ganar prestigio entre sus pares, es decir, conseguir una cierta promoción de sus carreras. Sin embargo, ello no será reconocido como la puesta en juego de un interés en tanto tal, sino más bien como una de las condiciones de desarrollo de la investigación en el Uruguay.

Para el equipo de Federico Dajas, por ejemplo, la participación en ensayos clínicos era un medio también para la satisfacción de algunos de sus intereses académicos. De hecho, su equipo tenía un doble objetivo que era llevar adelante investigación clínica en psiquiatría, pero también llevar adelante investigación básica sobre la neuroquímica de los trastornos mentales. La participación en ensayos clínicos promovidos por los laboratorios internacionales hacía las veces de financiación indirecta de la línea de investigación básica. El equipo pudo, desde principios de los años ochenta hasta 1988, implementar en los mismos ensayos clínicos pruebas paralelas útiles para su línea de investigación en determinación de catecolaminas en sangre. Incluso, en base al financiamiento recibido de la industria farmacéutica, pudo instalar en el Hospital Psiquiátrico Musto una sala de investigación con ocho camas.¹⁷⁰ Varios de los integrantes del equipo lograron realizar algunas publicaciones con la presentación de resultados originales en revistas internacionales de psiquiatría de prestigio, y los resultados de los ensayos clínicos que publicaron en revistas nacionales fueron de los pocos que se publicaron en el país sin el fin de determinar la eficacia de la sustancia a prueba. En 1984 publicaron en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* los resultados de un ensayo clínico en el que intentaban buscar un marcador biológico de la depresión (Dajas *et al.*, 1984), y algunos años más tarde, cuando ensayaron la maprotilina de Ciba-Geigy que ya se encontraba en el mercado, intentaron delimitar el perfil clínico de los pacientes que respondían a la sustancia en vez de determinar la eficacia de la misma (Dajas, Nin y Martínez, 1987). En este caso, el interés comercial del laboratorio es contrarrestado con el intento de producir un conocimiento científico original, que no por ello deja de ser un interés en tanto tal.

169 Uno de los psiquiatras entrevistados señalaba sobre este punto que «eso no se dice».

170 Entrevistas realizadas por la autora a Federico Dajas (21 de marzo de 2002), Álvaro Lista (6 de junio de 2002) y Álvaro Nin (13 de agosto de 2002).

Pues de hecho, circulaba en el país una pretendida distinción entre verdadera investigación científica en farmacología y falsa investigación científica o investigación espuria en la que estaban implicados todos los actores del momento, y seguirían luego implicados también quienes participarían en los ensayos clínicos de la década de los noventa.

Así como para la industria farmacéutica la «imagen científica» que pretendió promover para sí misma ha resultado, en algunos aspectos, un callejón sin salida, pues aseguró sin duda su expansión, la conquista de mercados y facilitó el relacionamiento con el mundo médico y académico, al mismo tiempo que la arrojó al mundo de los valores de la ciencia en los que los intereses económicos son vistos como intereses espurios, y por tanto es foco de críticas incesantes, la investigación ligada a la industria farmacéutica se encuentra encerrada en ese mismo callejón. Toda esta fuerte atención puesta en la moralidad de las decisiones empresariales de los laboratorios parece ser la contrapartida de las estrategias de *marketing* que el sector ha puesto en práctica desde hace varios años. Liebenau (1987) sostiene que fueron los propios laboratorios los que en el proceso de consolidación eligieron asimilarse a las ciencias de la salud, tanto en el respaldo científico sobre las que estas disciplinas se fundan, como en los principios éticos que pautan las intervenciones clínicas. Para Liebenau la industria farmacéutica se comporta como cualquier otro sector empresarial, y por pretenderse equiparable a las ciencias de la salud es que salen a la luz los problemas éticos. Para los investigadores próximos a los laboratorios es la distinción tajante entre ciencia desinteresada y ciencia interesada la que los encierra en una contradicción infértil.

Durante los años noventa, el papel de los ensayos clínicos con antidepresivos en la psiquiatría nacional tomará un lugar mucho más fijado a los intereses comerciales de los laboratorios que el de sus antecesores. Por lo pronto, serán más escasos y la publicación de sus resultados en revistas nacionales y extranjeras casi inexistente.

Lejos de la originalidad: la rutinización de los ensayos clínicos controlados

Hacia principios de los años noventa la utilización de los ensayos clínicos controlados en las experiencias con nuevos medicamentos ya se había estabilizado en la psiquiatría uruguaya. Pero uno de los grandes problemas que había surgido era que las pocas oportunidades que los laboratorios internacionales habían proporcionado a los psiquiatras del medio para participar en estudios precomerciales comenzaban a ser cada vez más escasas. Los sistemas regulatorios de los países europeos y de Norteamérica comenzaban a ser cada vez más exigentes, y los ensayos realizados en países del cono sur empezaron a ser rechazados, pues no se confiaba en que los grupos locales pudiesen generar investigación científica de calidad. Al mismo tiempo, los laboratorios abandonaron la organización de los ensayos clínicos por su cuenta y contrataron a distintas empresas especializadas

en investigación biomédica para la realización de los mismos. Estas empresas dejaron de utilizar la infraestructura de filiales regionales de los laboratorios internacionales y con ello ya no se incluyó al Uruguay en los estudios multicéntricos destinados al desarrollo de sus nuevos medicamentos.¹⁷¹

A pesar de ello, con el ingreso de los ISRS al país, la realización de ensayos clínicos en psiquiatría continuó teniendo lugar, pero los estudios se restringieron a ensayos de poscomercialización. La presentación de los resultados de estos estudios quedó limitada en gran medida a los informes publicados por los propios laboratorios o a los eventos puntuales de lanzamiento de nuevas drogas.

En el año 1993 se realizó la presentación, en el Congreso Mundial de Psiquiatría de Río de Janeiro, de uno de los últimos estudios a nivel de práctica clínica privada con un IMAO, la moclobemida.¹⁷² De ahí en adelante, los ensayos clínicos se centraron en algunas de las nuevas sustancias antidepresivas del momento: la sertralina, la venlafaxina y la mirtazapina.

Recordemos que en 1995 la Clínica Psiquiátrica participó en un estudio multicéntrico para el laboratorio Wyeth Ayerst, representado a nivel nacional por el laboratorio Servimedica, en el que se contrastaba la venlafaxina (Efexor) contra la sertralina.¹⁷³ Hacia esa misma época el laboratorio Pfizer promovió la realización de un estudio multicéntrico, también a nivel privado, de tratamiento de depresión con sertralina. Los resultados de este ensayo fueron presentados en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.¹⁷⁴ En noviembre de 1999, también a nivel privado, se realiza un ensayo clínico con mirtazapina, a pedido del laboratorio uruguayoargentino Gramón Bagó, representante nacional del laboratorio Organon. El estudio fue realizado por interés exclusivo del laboratorio representante, fue coordinado por el doctor Eduardo Blengio, y participaron en el mismo ocho psiquiatras de reconocida trayectoria en el medio (Blengio, 2000).¹⁷⁵ Los datos fueron presentados en agosto del 2000 ante un público compuesto mayormente por psiquiatras.¹⁷⁶

Durante los años noventa, la Clínica Psiquiátrica, que hasta el momento se había mostrado receptiva a las propuestas de los laboratorios para realizar experiencias con sus nuevos psicofármacos, se mostrará más selectiva en su participación en este tipo de ensayos. Algunas propuestas fueron rechazadas por razones éticas, especialmente cuando, existiendo una droga específica con eficacia comprobada, los ensayos incluían la utilización del placebo en el grupo de control. Y aquellas que sí fueron aceptadas, lo fueron en la medida en que representaban

171 Entrevistas realizadas por la autora a Paulo Alterwain (2 de setiembre de 2002) y Federico Dajas (21 de marzo de 2002).

172 Entrevista realizada por la autora a Álvaro D'Ottone el 28 de junio de 2002.

173 Entrevista realizada por la autora a Álvaro D'Ottone, el 28 de junio de 2002.

174 Comunicación personal del doctor Álvaro Lista.

175 Los participantes en el ensayo fueron los doctores Marcos Atchugarry, Pedro Bustelo, Milton Gagliardi, Álvaro Lista, Teresa Pereira, Enrique Probst, Juan Carlos Rey y Raquel Zamora.

176 Entrevista realizada por la autora a Eduardo Blengio, el 2 de setiembre de 2002.

una oportunidad clara de formación de docentes en la investigación clínica de fármacos.¹⁷⁷ Por ejemplo, el estudio del laboratorio Servimedica permitió el entrenamiento en el uso de protocolos de varios docentes de la Clínica, pero la gran oportunidad de formación llegó a finales de la década a través del laboratorio Novartis que estaba investigando un nuevo neuroléptico para el que necesitaba realizar estudios de Fase III a escala mundial. La Clínica Psiquiátrica había sido elegida como uno de los centros que participarían en el estudio e incluso algunos de sus docentes llegaron a viajar al exterior para recibir el entrenamiento necesario. Sin embargo, el equipo de la Clínica Psiquiátrica finalmente no participó en el estudio debido a que las autoridades nacionales no proporcionaron la autorización correspondiente a tiempo.¹⁷⁸ El sistema regulatorio nacional se había propuesto ponerse a tono con las reglamentaciones internacionales sobre la investigación farmacológica en humanos y desde 1998 controlaba la realización de ensayos clínicos en el país. El *Reglamento de Buenas Prácticas de Investigación de Farmacología Clínica*, inspirado en las pautas de *Good Clinical Practice* lanzadas inicialmente por la FDA en los años setenta y adoptadas luego por la comunidad internacional como el patrón ético y científico adecuado para el diseño de los ensayos clínicos con seres humanos, había sido aprobado primero, en 1996, como una normativa general del Grupo del Mercado Común del Mercosur y puesto en vigor en el Uruguay en julio de 1998. El MSP ya no solo era el organismo regulador de la introducción de medicamentos al país, sino que también pasaba a regular todas las investigaciones clínicas farmacológicas realizadas en el territorio. El reglamento instituía oficialmente las características que debían poseer los ensayos clínicos en cada fase de la investigación psicofarmacológica y atribuía a las autoridades nacionales la potestad de autorizar o rechazar los ensayos clínicos antes de que estos comenzaran a realizarse.¹⁷⁹

La pérdida de la oportunidad de participar en el estudio de precomercialización impulsado por Novartis, debido a una nueva práctica administrativa instaurada por las autoridades sanitarias uruguayas, era verdaderamente un cambio radical en un medio que hasta ese momento, e incluso después, realizaba los ensayos clínicos con cierta independencia del sistema regulatorio. Por la vía de los hechos, la investigación precomercial que necesitaba de permisos no solo para realizar los ensayos clínicos sino también para introducir al país las sustancias que no contaban con aprobación de comercialización, se vio más afectada que la investigación poscomercial, que continuó realizando ensayos clínicos sin necesidad de recurrir a las autoridades sanitarias, dado que los medicamentos ya

177 Entrevista realizada por la autora a Ángel Gines, el 16 de agosto de 2002.

178 Entrevistas realizadas por la autora a las doctoras María Boussard (27 de agosto de 2002) y Patricia Labraga (4 de setiembre de 2002).

179 Entrevista realizada por la autora a la doctora Delia Sánchez, de la División de Control de Medicamentos y Afines del MSP, el 23 de noviembre de 2002.

se encontraban en el medio y podía, por consiguiente, realizar los ensayos sin mayor conocimiento de ello por parte del Ministerio de Salud Pública.¹⁸⁰

Por otra parte, la industria farmacéutica uruguaya, si bien promocionó la realización de ensayos clínicos con algunos de los antidepresivos que representaba, nunca abordó el desarrollo de nuevos psicofármacos que permitieran la realización de estudios de precomercialización. Lo que se conoce como la primera fase en el desarrollo de medicamentos, es decir, la búsqueda de nuevas sustancias químicas con efectos terapéuticos precisos, no se ha puesto en práctica en el país. Las relaciones de la industria farmacéutica uruguaya con la academia siempre han sido escasas, y los laboratorios nacionales no demuestran mayor interés en acercarse a los centros de investigación ubicados principalmente en la Universidad de la República, argumentado que la lógica de la academia no es compatible con la lógica empresarial. No figura, dentro de las estrategias de desarrollo de los laboratorios, la producción de nuevos productos a partir de la investigación científica, por lo que las oportunidades de participar en investigaciones de precomercialización para los psiquiatras uruguayos se han visto cada vez más limitadas.¹⁸¹

Los estudios con antidepresivos de la década de los noventa, por consiguiente, muestran una utilización rutinizada de la metodología de los ensayos clínicos, sin ninguna innovación o discusión crítica sobre la misma y sin la pretensión de generar conocimiento original.

Esta esterilidad de los ensayos clínicos como herramienta de generación de conocimiento original también ha sido puesta en relieve aun en los países donde se realizan estudios en las fases tempranas del ciclo de desarrollo de medicamentos.

El propio Roland Kuhn, luego de pasados más de cuarenta años de sus aportes a la psicofarmacología, ha sostenido recientemente que desde fines de la década de los cincuenta y principios de los años sesenta no se han producido verdaderos hallazgos en la materia. Las palabras de Kuhn son elocuentes al respecto:

los descubrimientos realmente fundamentales y esenciales de la psicofarmacología actual fueron hechos, todos, en los años cincuenta y poco después. Más aún, se lograron sin estadística operacional, sino basados en ¡observaciones puramente clínicas! Desde entonces, en los últimos treinta años, se recopilaban en esta área, con los métodos exactos, muchos datos en parte muy interesantes, en parte superfluos, pero ¡no se descubrió nada esencialmente nuevo desde el punto de vista clínico! (Kuhn, 2002: 111)

180 El MSP no posee información, en los registros iniciados sistemáticamente desde 1998, sobre la realización de ningún ensayo clínico con psicofármacos.

181 Esta situación ha cambiado levemente en los últimos tiempos. Son los laboratorios nacionales los que participan en mayor medida en la actualidad en proyectos conjuntos con la Universidad, y en particular con la Facultad de Química, aunque todavía no se esté en el camino de desarrollar nuevos psicofármacos y se exploren, sobre todo, los medicamentos fitoterápicos.

Lo que Kuhn critica bajo el rótulo de «métodos exactos» y «estadística operacional» es nada más ni nada menos que el ciclo organizado de generación de nuevas drogas basado en los ensayos clínicos controlados. La noción de descubrimiento que Kuhn emplea conlleva un grado de libertad creadora que los años subsiguientes de investigación psicofarmacológica se encargaron de reducir al eliminar las observaciones que el autor llama «puramente clínicas». La aparente contradicción entre lo imprevisible que resultan los descubrimientos y la planificación de producción de lo nuevo, típica de los psicofármacos de segunda y tercera generación, supone para Kuhn un escollo para la aparición de verdaderas novedades en psicofarmacología. De sus palabras se desprende que no solo los ensayos clínicos de Fase IV, a los que puede imputárseles fines preferentemente comerciales, poseen escaso valor para la práctica clínica y limitan el alcance de la investigación e innovación psicofarmacológicas, sino que todo el proceso pautado de desarrollo de medicamentos en su conjunto resulta infructífero a la hora de generar productos radicalmente nuevos. Y en efecto, en los últimos tiempos, las innovaciones medicamentosas producidas como resultado de la I+D de los laboratorios farmacéuticos se han limitado en buena medida a lo que se conoce como *me too drugs*, nuevas sustancias cuya estructura se diferencia mínimamente de la de los medicamentos ya en uso, producen efectos similares y se utilizan para los mismos fines.¹⁸² La falta de originalidad, por tanto, se encuentra en los métodos experimentales pero también en los productos que se obtienen.

Exceptuando los primeros antidepresivos resultantes de los trabajos de Kuhn y Kline, buena parte de los antidepresivos caen dentro de esta categoría, pues ellos se obtuvieron a partir de pequeñas modificaciones de las moléculas de los antidepresivos clásicos. Fueron desarrollados en un proceso en el que los ensayos clínicos reproducen a escala experimental un modelo concreto de acción terapéutica, según el cual a una enfermedad determinada le corresponde una terapéutica específica, lo que suponía mantener las investigaciones dentro de los límites de las indicaciones terapéuticas exploradas previamente. Pero ha sido justamente a partir de las indicaciones imprevistas de los medicamentos ya utilizados en la clínica que se han producido los grandes avances en psicofarmacología. Como indican Healy (1991) y Pignarre (2003) han sido los trasvases de una especialidad a otra de la medicina, de un diagnóstico a otro, los que han permitido el surgimiento de verdaderas novedades en terapéutica farmacológica. Si los ensayos clínicos suponen la comprobación de los efectos terapéuticos de una sustancia dada sobre una indicación precisa, con ese modelo difícilmente pueda salirse de los caminos abiertos por los psicofármacos clásicos.

En el caso de los antidepresivos, dicho modelo sugiere que estos medicamentos actúan sobre las bases neuroquímicas de la depresión para devolver a

¹⁸² La producción de este tipo de medicamentos suele justificarse, por un lado, alegando que una mayor oferta de sustancias similares tendería a bajar los precios de los medicamentos y, por otro, que la existencia de una mayor variedad de medicamentos útiles para combatir una misma dolencia brindaría mayores posibilidades para la curación de los casos resistentes.

los sujetos deprimidos a un hipotético estado de salud que se habría perdido. Ateniéndose únicamente a esto, el resto de efectos que producen los antidepresivos, así como la variedad de efectos que producen los distintos tipos de antidepresivos, no encuentran una valoración justa del papel que pueden estar jugando en la acción de estos medicamentos. Pueden estarse confundiendo los cambios observados en los sujetos bajo tratamiento con verdaderas modificaciones en los procesos mórbidos, cuando es posible que estos cambios obedezcan simplemente al hecho de encontrarse en un estado de toxicidad producido por la ingesta de las sustancias medicamentosas (Moncrieff y Cohen, 2006). En esta perspectiva, el modelo explicativo de la acción de los psicofármacos sobre el que descansan los ensayos clínicos controlados posee varios puntos ciegos que cierra puertas al descubrimiento de nuevos hallazgos en psicofarmacología, al estudiar los medicamentos solo en relación con enfermedades determinadas. En los últimos tiempos han sido propuestas algunas alternativas que intentan descentrar los ensayos clínicos de su relación directa con la nosología psiquiátrica que sostiene la existencia de entidades patológicas discretas. Una de estas alternativas propone fundar el modelo explicativo de la acción de los antidepresivos con relación a la combinación de disfunciones psicológicas como, por ejemplo, la combinación entre agresividad, ansiedad y problemas del humor, que suele dar una descripción más fiel a los verdaderos problemas que presentan los pacientes, que las categorías diagnósticas clásicas de depresión (van Praag, 1998). Otra alternativa plantea que la investigación psicofarmacológica se vería beneficiada por la adopción de un modelo centrado en las propias drogas, es decir, centrado en el estudio de los efectos fisiológicos y subjetivos que los psicofármacos producen en cualquier caso y no solo en sus efectos sobre las enfermedades (Moncrieff y Cohen, 2006). Para esta propuesta, los antidepresivos producirían estados cerebrales anormales que aliviarían los síntomas depresivos sin necesariamente estar vinculados con los procesos patológicos que sustentan la depresión.

Tanto las críticas de Kuhn al enfoque cuantitativo de los ensayos clínicos como las críticas dirigidas al modelo que los sustenta, plantean la cuestión de qué tipo de observación es la más adecuada para hacer avanzar el conocimiento sobre las terapéuticas médicas. Bajo otros velos, reencontramos aquí la distancia problemática existente entre los métodos experimentales de evaluación de terapéuticas y la práctica clínica cotidiana. Es en esta brecha en la que se encontrarían los caminos más fecundos para generar conocimiento original y novedoso sobre los psicofármacos. Sin embargo, no fue por estos caminos por los que incursionaron los últimos ensayos clínicos realizados en el Uruguay. Su esterilidad como instrumentos para generar nuevos conocimientos se debió, en parte, a que quedaron adheridos al modelo predominante de investigación psicofarmacológica que estaba siendo censurado, en esa misma época, ya no solo por su futilidad a nivel de los ensayos clínicos de posmercado sino también en el nivel de los estudios de premercado.

En definitiva, la llegada de cada generación de antidepresivos al país, contribuyó a la instalación en el ámbito de los saberes psicológicos del Uruguay de un tipo de dispositivo de investigación específico, dependiente de los laboratorios farmacéuticos, al menos para el acceso a las drogas en estudio. Con ello, la «agenda de investigación» de aquellos interesados en los psicofármacos quedaba supeditada a las propuestas de la industria y cada vez que esta impulsaba un nuevo producto, los «temas» en investigación se modificaban.¹⁸³ Pero si bien no era posible establecer una continuidad en las líneas de investigación, sí fue posible el establecimiento de grupos de psiquiatras que se familiarizarían con la metodología de los ensayos clínicos, y serían reconocidos por el resto de sus colegas como poseedores de un saber experto sobre los psicofármacos. Si bien no se instaló una diferenciación radical entre investigadores en psicofarmacología y entre psiquiatras clínicos, pues quienes realizaban los ensayos poseían en verdad un extensa práctica clínica, sí se instaló una cierta zona de especificidad que distinguía a quienes realizaban ensayos clínicos de los psiquiatras que no los realizaban y de psicoanalistas y psicólogos sin titulación médica que se encontraban aún más lejos de estas experiencias. Los ensayos clínicos fueron uno de los ejes de ruptura del campo de los saberes psicológicos, aun cuando en sus inicios fueran puestos en marcha por psiquiatras con intereses en la psicología y el psicoanálisis. Hacia los años ochenta, por ejemplo, gran parte de quienes se involucraban en los ensayos con antidepresivos, serían miembros de la Sociedad de Psiquiatría Biológica.

Por otra parte, el proceso de estabilización de los ensayos clínicos, agudizaría las diferencias entre métodos de investigación y presentación de casos clínicos empleados por las disciplinas psicológicas. Los antidepresivos y las experiencias clínicas con ellos irían de la mano de una cuantificación creciente de la presentación de resultados de investigación que paulatinamente diferenciaría el modo de generación y transmisión de conocimiento de la psiquiatría biomédica del modo de generación y transmisión de conocimiento del psicoanálisis y la psicología clínica. Los trabajos publicados a partir de las experiencias clínicas desde finales de los años cincuenta en adelante mostrarían una preocupación creciente por la confiabilidad, la representatividad, la validez de los datos obtenidos que harían abandonar la descripción caso a caso, que se encontraba en los primeros ensayos clínicos realizados con psicofármacos en el país, por el tratamiento estadístico del conjunto de casos. El estudio de caso, la descripción pormenorizada de unos pocos pacientes y la incorporación de viñetas clínicas se convertirían, hacia los años ochenta y noventa, en metodologías válidas para los integrantes de las instituciones vinculadas con la corriente psicoanalítica, pero ya no para la psiquiatría biomédica (Bielli, 2006).

183 Existen algunas pocas excepciones a esto, como los trabajos de largo aliento de Jaime Monti sobre psicofármacos y sueño. El profesor Monti en muchas oportunidades era quien solicitaba el tipo de droga a investigar a los laboratorios y no estos los que le proponían con qué droga trabajar (entrevista realizada por la autora a Jaime Monti el 29 de julio de 2002).

Los antidepresivos, por consiguiente, no llegarían solos al Uruguay, sino que estarían acompañados de nuevos elementos, como los ensayos clínicos, en torno a los que la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología se ubicarían de forma diferencial. En este sentido, los antidepresivos, así como el resto de los nuevos psicofármacos, exigían la puesta en práctica de un nuevo método de investigación que comenzaría a marcar distinciones entre los saberes psicológicos de país. Y, como veremos en el próximo capítulo, la estabilización de los ensayos clínicos encorsetó no solo los métodos de investigación en psicofarmacología, las posibilidades de desarrollo de conocimiento original de los psiquiatras en países como el Uruguay, en los que el desarrollo de psicofármacos es inexistente, sino también el reconocimiento de enfermedades mentales. Los antidepresivos, y los ensayos clínicos con ellos, necesitarían de una definición de depresión que también pondría en marcha a los saberes psicológicos del país.

El problema del diagnóstico y sus posibles soluciones

El *DSM-III* y la esperanza biológica

Una vez que las discusiones sobre la taxonomía de la depresión, que tuvieron lugar durante las décadas del sesenta y del setenta, vigorizaron el propio cuadro patológico y la idea de la especificidad de los antidepresivos se asentó, en lo sucesivo, se asistió a un esfuerzo sostenido por aprehender el fenómeno depresivo en todas sus aristas.

Los años ochenta marcaron para el Uruguay un período de producción profusa sobre la depresión. Fue un período en el que la realización de ensayos clínicos con antidepresivos aumentó sensiblemente con respecto a la década anterior, pero también un período en el que la depresión promovió la celebración de una serie de eventos académicos y la publicación de varios artículos en las revistas especializadas del medio. En esta década la depresión logró convertirse en un tema de interés para todas las corrientes psiquiátricas del país y cada una de ellas tuvo algo que decir sobre esta dolencia.

Año a año, durante ese decenio, la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* publicó diversos artículos relacionados de una manera u otra con la depresión o los antidepresivos, llegando incluso a lanzar un número especial en el año 1985 dedicado por entero a la depresión. Este volumen recogía todas las ponencias presentadas en la jornada *Actualización sobre aspectos clínicos y terapéuticos de los estados depresivos* organizada en noviembre de ese año por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay junto a la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. La jornada contó con cuatro paneles que agrupaban, por un lado, trabajos sobre consideraciones de psiquiatría clínica (Galeano Muñoz, 1985; Gaspar, 1985; Martínez Pesquera, 1985; Orrego Bonavita, 1985a; Rey Tosar y Dajas, 1985; Rossi, 1985a; Sazbón, 1985) y, por otro, los aportes sobre la depresión desde el psicoanálisis (Bedo, 1985; Cherro, 1985; Brum, 1985a; Garbarino, 1985; Acevedo de Mendilaharsu, 1985; Probst, 1985; Restaino, 1985; Rolando, 1985; Rosa, 1985), desde el conductismo (Chertok, 1985; Trenchi, 1985; Silvera Galasso, 1985) y desde el psicodrama (Doce Pouso, 1985; Ithurralde y Forselledo, 1985; Montenegro, 1985; Orrego Bonavita, 1985b; Severino, 1985). En cada panel participaron integrantes de la Clínica Psiquiátrica, de las distintas asociaciones científicas del medio y representantes de las diferentes corrientes psiquiátricas existentes en el país. Para la publicación de los veinticuatro trabajos presentados en esa ocasión se contó con el apoyo del

laboratorio Roche que en esa época se encontraba desarrollando la moclobemida, un antidepresivo IMAO de segunda generación.

En un movimiento similar, el laboratorio Ciba-Geigy había apoyado el año anterior la publicación de un libro sobre depresiones a cargo de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (Puppo Touriz *et al.*, 1984), en el que los integrantes de la cátedra presentaban un análisis sistemático de los problemas conceptuales y clínicos de la depresión, dirigido a médicos de otras especialidades. La publicación recogía de forma parcial algunos temas que ya habían sido presentados en las *Jornadas de Actualización sobre depresión para médicos generales*, realizadas en noviembre de 1980 y organizadas por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, en las que algunos miembros de la Clínica Psiquiátrica habían intervenido.¹⁸⁴ Abordaba específicamente el problema de la clasificación y diagnóstico de la depresión, la diferenciación entre sus distintos tipos y su relación con otras enfermedades somáticas. Tanto el volumen publicado con apoyo del laboratorio Roche como el editado con el apoyo del laboratorio Ciba-Geigy pretendían presentar una visión amplia del fenómeno depresivo y, aunque partían de la fuerza que la categoría de depresión había adquirido durante los años setenta, mostraban que su definición y clasificación era aún, a mediados de los años ochenta, un terreno resbaladizo.

En los años previos a la publicación de ambos volúmenes la depresión había sido objeto de un sinnúmero de trabajos que repetían la disparidad taxonómica observada en las décadas anteriores. En 1980 los doctores Juan Carlos Rey, Guillermo Caetano y Dinorah Domínguez continuaban empleando la categorización de depresiones reactivas y endógenas en su ensayo clínico con viloxazina. En el Cuarto Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur sobre «Aspectos psiquiátricos y psicológicos de la involución y la vejez», organizado por la Clínica Psiquiátrica en octubre de 1981, los trastornos afectivos en la vejez eran pensados en relación con las categorías de melancolía, depresión neurótica y endógena (Puppo Touriz y Puppo Bosch, 1982) o con relación a términos más vagos como el de estados depresivos (Murguía, 1982). Tres años más tarde los miembros de la Clínica Psiquiátrica tratarían de ordenar la clasificación de la depresión (Puppo Touriz, Martínez Pesquera y Puppo Bosch, 1984) siguiendo la línea marcada por el profesor Fortunato Ramírez desde los años sesenta, distinguiendo depresiones endógenas y psicógenas, depresiones primarias y secundarias mientras que, en la jornada de 1985 sobre estados depresivos, gran parte de los trabajos presentados mantenían categorías como las de depresión neurótica, endógena y reactiva.

De todas formas, aunque el uso de las categorías clásicas de clasificación de la depresión siguiera teniendo lugar durante los años ochenta, la psiquiatría

184 El anuncio de las jornadas aparece en el vol. 45, n.º 269 de 1980 de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, p. 236. En esa ocasión se organizaron distintas mesas redondas y conferencias sobre el concepto de depresión, la depresión y la enfermedad clínica, depresiones sintomáticas y enmascaradas, depresión y enfermedad terminal y terapéuticas biológicas, entre otros temas.

uruguay comenzó a señalar su disconformidad con estas. A principios de la década, el doctor Álvaro Pérez Fontana, profesor adjunto de la Clínica Psiquiátrica, sostenía, por ejemplo, a propósito de la noción de depresión psicótica, que era «una depresión muy genérica, que comienza a tener como otras muchas denominaciones procedentes de la clínica, un dejo de vejez, de inadecuación frente a las exigencias de precisión que las nuevas terapéuticas plantean» (1981: 56). Con esta afirmación introducía el problema que las clasificaciones utilizadas hasta el momento comenzaban a desvelar a la hora de la utilización de los nuevos medicamentos antidepressivos. Si la categoría de depresión psicótica emergía ante la mirada de Pérez Fontana como muy genérica con relación a las nuevas terapéuticas, lo era en virtud de que la noción de enfermedades y terapéuticas específicas, noción central de «lo farmacéutico», funcionaba como eje ordenador de las nociones de depresión y de las intervenciones curativas.

En este sentido, la diversidad de sistemas clasificatorios que nominaron y categorizaron la depresión, de acuerdo a criterios divergentes y dentro de sistemas taxonómicos divergentes, supuso una cierta dificultad para la estabilización de la noción de depresión y, por lo tanto, para la relación armónica entre diagnóstico y tratamiento que el modelo de la especificidad proponía para la psiquiatría. Varios psiquiatras uruguayos insistían, a mediados de los años ochenta, en que era indispensable lograr una mejora en las herramientas diagnósticas puesto que la proliferación de antidepressivos así lo exigía:

dado el gran arsenal de drogas antidepressivas actualmente a disposición del clínico y la diferente respuesta de los pacientes depresivos a estas drogas, se hace imperiosa la necesidad de delimitar constelaciones sintomáticas, psicopatológicas y biológicas que faciliten aproximaciones terapéuticas diferenciales (Dajas *et al.*, 1984: 110).

Se buscaba una distinción cada vez más profunda y específica de los distintos tipos de depresión porque la diversidad de los nuevos antidepressivos así lo exigía, y por este camino, se llegaba a conceptualizar el diagnóstico psiquiátrico como problema. El escollo que la depresión suponía para la psiquiatría representaba, por un lado, un índice de la frágil situación del diagnóstico psiquiátrico en general y, por otro, un índice de la incierta relación que la psiquiatría mantiene con el modelo médico. En este sentido, el profesor Murguía, expresaba que:

En Psiquiatría la carencia de un modelo tal como el que rige en la medicina general, en el cual una etiología origina una lesión objetivable, determina una alteración fisiopatológica y genera síntomas agrupables, crea un vacío en el plano nosológico. Excepcionalmente en Psiquiatría se conocen las causas; muy pocas veces pueden detectarse lesiones y solo se dispone de hipótesis psicopatológicas; menos veces se pueden plantear hipótesis fisiopatológicas y en general solo se dispone de conjuntos sindrómicos (Murguía, 1986a: 135-136).

En los años ochenta, por consiguiente, se asistió, junto al incremento sustancial del interés de las disciplinas psicológicas por la depresión, al aumento

de la desconfianza en los sistemas nosológicos clásicos que la psiquiatría utilizaba para su delimitación. La crítica a la nosología psiquiátrica tradicional llega a alcanzar la clasificación de Kraepelin, por ejemplo, en el trabajo de los docentes de la Clínica Psiquiátrica Mario Orrego Bonavita y Álvaro Ramírez de 1982, cuando abordan el análisis del concepto de depresión paranoide, y condujo al profesor Daniel Murguía (1983) a realizar una revisión sopesada del conjunto de clasificaciones existentes en ese momento.¹⁸⁵ Murguía intentaba ordenar estas clasificaciones de acuerdo a los criterios de base que cada una de ellas utilizaba pero, en definitiva, no optaba por ninguna de ellas. Se limitaba simplemente a exponer las ventajas y desventajas de los diferentes sistemas de clasificación de la depresión, sin darle un cierre concreto al dilema de la nosografía de los estados depresivos.

De todas formas, paralelamente a esta creciente desconfianza en los sistemas clasificatorios, se perfiló en las filas de la psiquiatría uruguaya un nuevo entusiasmo por las posibilidades que la bioquímica podía brindar en este terreno. Cada vez con más insistencia se argumentó que una de las principales causas de que los sistemas clasificatorios representaran dificultades era el hecho de que estos estaban basados en la experiencia clínica. Por consiguiente, las dificultades que presentaban las clasificaciones basadas en la clínica, para algunos, podían ser resueltas por una clasificación biológica en la que los criterios de identificación de las enfermedades estarían sustentados en la información bioquímica. Ya en la segunda mitad de los años setenta los profesores Eugenio Bayardo, Héctor Puppo Touriz, Jorge Rossi y Paulo Alterwain sostenían que:

Hoy día cabe pensar que el avance de la psicofarmacología y la farmacopsiquiatría obligará a reemplazar aquellas clasificaciones de base pretendidamente patogénica o de concepción clínica por otras de base bioquímica, mejor ajustadas a nuestros recursos (1977: 40).

La preocupación de un cierto sector de la psiquiatría nacional, retomaba, por un lado lo que en el año 1960 había resultado una novedad para los psiquiatras de la región, es decir, la esperanza en una clasificación psicofarmacológica de la depresión que eliminara las ambigüedades de las clasificaciones psiquiátricas clásicas, y por otro, hacía una fuerte apuesta a favor de los aportes que la biología podía realizar al diagnóstico psiquiátrico.¹⁸⁶ Existía un cierto acuerdo entre los psiquiatras interesados en las nuevas terapéuticas farmacológicas en que la biología que podía dar la clave para una distinción de las depresiones, y de

185 Originalmente el trabajo de los profesores Orrego Bonavita y Ramírez había sido presentado en el Segundo Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur que había tenido lugar en 1979, por lo que su publicación en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* llegaba con tres años de retraso. Por su parte, el trabajo del profesor Murguía había sido presentado en el Tercer Congreso Uruguayo de Psiquiatría en 1983, el mismo año de su publicación.

186 Recordemos el impacto que había causado en la audiencia la intervención del doctor Cameron, de la Universidad de McGill, en el Coloquio Internacional sobre Estados Depresivos realizado en Buenos Aires hacia 1960, cuando proponía abandonar las clasificaciones tradicionales por clasificaciones basadas en las respuestas a las terapéuticas.

las enfermedades mentales en general, era la biología más cercana a la química. Por ello, hacia finales de los años setenta, aunque fuera aún apresurado, dado los desarrollos con los que se contaba en el momento, algunos psiquiatras uruguayos no temían afirmar que:

Como todos sabemos hoy han cobrado cada vez más importancia el conocimiento de la bioquímica de las depresiones y si bien es cierto que el estudio de las aminor biógenas y sus metabolitos en humores y órganos de excreción se han mostrado a veces contradictorios; se tiene cada vez más la esperanza de llegar a conocer tanto sobre el metabolismo en las depresiones de tal modo que no estaríamos tan lejos de poder encontrar el antidepresivo adecuado en la dosis adecuada para cada tipo bioquímico de depresión. Pero si bien se ha adelantado mucho en estos conocimientos, estamos hoy aún lejos de esta quimera (Ramírez, Sazbón y Ricci, 1978: 110-111).

Tratamientos y diagnóstico quedaban otra vez forzosamente unidos, y eso en virtud, nuevamente, del modelo de la especificidad. Las opiniones vertidas en los años ochenta sobre la esperanza de una clasificación biológica de la depresión son, en definitiva, un paso más en la profundización de este modelo y en las ansias de lograr una adecuación precisa entre diagnóstico y tratamiento, que se integra como otro elemento de «lo farmacéutico». En palabras del doctor Alvaro Pérez Fontana, profesor adjunto de la Clínica Psiquiátrica durante los años ochenta:

El sustento orgánico de la depresión es el tema que vamos a encarar en un intento de ver las posibilidades de una clasificación biológica de los síndromes depresivos y las ventajas terapéuticas que estas clasificaciones acarrearían, nacidas en la determinación de subgrupos depresivos que detectados por el laboratorio crearían una sólida correlación del gesto terapéutico con la alteración biológica tratada (Pérez Fontana, 1984: 3).

Una clasificación biológica de la depresión, por consiguiente, confiaría justamente en aquello más radicalmente distante de la práctica clínica: el laboratorio. Las dificultades de la clasificación psiquiátrica, clasificación que en última instancia depende de la evaluación directa del paciente por el psiquiatra, quedarían saldadas en un espacio en el que ni la presencia del psiquiatra, ni la presencia del paciente serían necesarias. La desconfianza en los sistemas nosológicos existentes era, en última instancia, una desconfianza en la información que la clínica podía aportar para la realización del acto diagnóstico. Teniendo esto en cuenta puede comprenderse que el profesor Murguía afirmara en esos años que «la dificultad para situar la depresión adecuadamente en un contexto nosológico no puede resolverse a través de la sola investigación clínica» (1986a: 137). Así como la estandarización de las pruebas clínicas de drogas había intentado limitar la autoridad del psiquiatra en la evaluación de estas y la había alejado de la práctica clínica, una clasificación biológica intentaría limitar el papel del encuentro clínico y del juicio personal del psiquiatra en la identificación de las depresiones. Evidentemente, la experiencia clínica había dado sustento, por igual, a un

conjunto dispar de clasificaciones de la depresión que hacían del cuadro una entidad confusa. La biología vendría a dirimir esta contienda taxonómica. Como afirmaba el profesor Murguía:

Ante ese problema entre la aparente multiplicidad de la depresión y la supuesta unidad dada la existencia, siempre, de una inflexión del ánimo verdadero denominador común que vertebraba todas las formas de presentación, creemos nosotros que el estudio neurofisiológico puede proporcionar una respuesta (1986a: 138).

En esta apuesta por la biología como solución al problema diagnóstico, el lenguaje biologicista inundaría las nuevas propuestas de clasificación de la depresión, y la noción de marcador biológico, por ejemplo, pasaría a tomar un rol central en estas.¹⁸⁷ En un trabajo incluido en el volumen sobre depresiones publicado por la Clínica Psiquiátrica con el apoyo del laboratorio Ciba-Geigy, los avances que la biología ha permitido en la búsqueda de marcadores biológicos de la depresión son revisados uno a uno. Las alteraciones del sueño, los neurotransmisores y los factores neuroendocrinos parecerían ser la pista a seguir para la elaboración de una clasificación sólida de las depresiones. Claro está que la obtención de los marcadores biológicos necesita de una serie de procedimientos, intervenciones e instrumentos que no son propios de la práctica clínica. Toda una dimensión paraclínica se abriría de este modo como acompañante de la psiquiatría:

Es de esperar que en un futuro cercano, se contará en psiquiatría con exámenes paraclínicos que permitirán clasificar biológicamente las depresiones, lo cual hasta ahora se realiza desde el punto de vista clínico. Los marcadores biológicos harán posible —como dijimos— clasificar las depresiones, pero además, permitirán la identificación de los cuadros atípicos linderos con la esquizofrenia y propiciarán el diagnóstico diferencial entre los trastornos distímicos y los ansiosos (Puppo Touriz, Martínez Pesquera y Puppo Bosch, 1984: 26).

La búsqueda de marcadores biológicos y el respaldo en las pruebas paraclínicas aseguraban, además de una correcta especificación de la depresión, un acercamiento de la psiquiatría al resto de la medicina. Así lo manifestaban algunos psiquiatras integrantes del Instituto de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina: «[...] no debemos cejar en nuestro esfuerzo por encontrar marcadores biológicos, como se hace en todas las demás especialidades médicas, que objetivicen y cuantifiquen la patología» (Lyford-Pike, Flores, Castro y Atchugarry, 1989: 237).

Recordemos que en los países centrales, el modelo de la especificidad en psiquiatría había impulsado la concepción biológica de la enfermedad y con ello el resurgimiento de la psiquiatría biológica. La psiquiatría biológica de la segunda

¹⁸⁷ Un marcador biológico de una enfermedad mental es una modificación de orden biológico que se encuentra exclusivamente asociado a dicha enfermedad. En otras palabras, constituye el testimonio de un disturbio cerebral de orden etiológico.

mitad del siglo XX se inspiraría, a diferencia de la primera psiquiatría biológica de finales de siglo XIX, en la psicofarmacología. Pero no sería esta vía, el único camino por el que avanzó la psiquiatría para encontrar una solución al problema de la indeterminación diagnóstica. Una nueva clasificación más cercana a la práctica clínica psiquiátrica tradicional, pero también con grandes diferencias con esta, surgiría en 1980 en los Estados Unidos. En Uruguay, estos aportes llegarían en el momento justo en que la depresión y los ensayos clínicos con antidepresivos de segunda generación estaban experimentando un nuevo impulso.

Hacia el diagnóstico preciso de la depresión

En 1980 la American Psychiatric Association publicó un sistema clasificatorio de los trastornos mentales que intentó solucionar los problemas clásicos que el diagnóstico en psiquiatría presentaba. El *DSM-III*, que se promovió como un sistema de clasificación basado en la ciencia, fue designado, al igual que los primeros psicofármacos, como una revolución en psiquiatría que rompió con los sistemas diagnósticos clásicos.¹⁸⁸ Sin embargo, el surgimiento del *DSM-III* no respondió a una preocupación sostenida por todo el cuerpo psiquiátrico, sino a la preocupación de un grupo limitado de investigadores. La propuesta, además, no incorporaba nuevas explicaciones sobre la enfermedad mental, ni era motivada por la existencia de nuevos trastornos que no tuvieran cabida en los sistemas de clasificación anteriores. El aporte del *DSM-III* fue descrito por sus defensores como la llegada de la psiquiatría científica y la derrota de la psiquiatría basada en el psicoanálisis. Esta psiquiatría científica estaría sustentada no en la autoridad de sus defensores, como sería el caso del psicoanálisis, sino en los datos empíricos aportados por la investigación científica. El *DSM-III* se jacta de rechazar expresamente las explicaciones teóricas de dudosa validez y fundarse exclusivamente en datos empíricos. Lo que diferenciaría esta nueva psiquiatría de la psiquiatría anterior sería, entonces, la elisión de la teoría de cualquier sistema diagnóstico que se pretende objetivo y válido, el abandono de las explicaciones etiológicas de las enfermedades mentales, y la incorporación de una perspectiva empirista a la categorización de las enfermedades mentales.

De hecho, el *DSM-III* afianzó su lugar de predominio en la psiquiatría norteamericana y mundial en base a la crítica de los sistemas nosológicos anteriores, denunciado sus errores, debilidades e inconsistencias. Los dos aspectos más fuertemente atacados fueron la confiabilidad y la validez de estos sistemas. La inconsistencia en los diagnósticos psiquiátricos fue señalada como un problema

¹⁸⁸ En 1982 en el 135.º encuentro anual de la American Psychiatric Association, por ejemplo, el profesor Gerald Klerman de la Universidad de Harvard afirmaba que «[...] the collective decision on the part of the psychiatric profession to develop *DSM-III* represents another major turning point similar to the acceptance of chlorpromazine» (la decisión colectiva de desarrollar el *DSM-III*, tomada por parte de la profesión psiquiátrica, representa un importante punto de inflexión similar a la aceptación de la clorpromazina (Klerman *et al.*, 1984: 539) [La traducción es nuestra]).

fundamental que podía resolverse por medios técnicos y por el trabajo de expertos y para ello se designó a los grupos de trabajo que participaron en la creación del *DSM-III*. Es decir que, en primera instancia, estos problemas fueron visualizados, recortados en tanto tales, pero fueron también formulados como problemas pasibles de solución, solución que sería aportada por la elaboración de este nuevo sistema de clasificación diagnóstica que estaría construido atendiendo específicamente a ellos. La construcción de este sistema estaría respaldada por la investigación científica; y todo el lenguaje de la investigación científica, de sus métodos, problemas y definiciones entraría entonces en la propia construcción del *DSM-III* y desplazaría, en parte, a los conceptos y nociones provenientes de la práctica clínica (Kirk y Kutchins, 1992).

En verdad, muchas de las clasificaciones anteriores al *DSM-III*, particularmente los *DSM-I* y *DSM-II*, no ofrecían ninguna definición precisa de enfermedad mental; incluso, la caracterización de enfermedades concretas tendía a variar con el paso del tiempo, y aquello que era considerado como enfermedad mental una vez podía ser dejado de considerarse patológico luego. Esto reflejaba la falta de consenso en la disciplina sobre la definición de la enfermedad mental y la carencia de conceptos y teorías estables que dieran fundamento a los sistemas clasificatorios. Además, el diagnóstico psiquiátrico frente a un mismo caso, muchas veces variaba de un psiquiatra a otro, dejando en evidencia que los sistemas diagnósticos tenían una capacidad limitada de asegurar que, como instrumentos, dieran los mismos resultados al ser manejados por expertos distintos. La confiabilidad de estas nosologías suponía una dificultad no menor en la medida en que los psiquiatras pocas veces coincidían en el diagnóstico concreto de casos determinados. Los diagnósticos psiquiátricos, por consiguiente, mostraban variaciones tanto por el tipo de información que los psiquiatras recogían para emitir sus juicios, como por el tipo de criterios que estos ponían en juego. Es decir que la divergencia de los diagnósticos podría estar basada en la variación de la información recogida frente a un mismo paciente por distintos psiquiatras, pero también en la diferente ponderación que estos hacían de los datos.¹⁸⁹

189 La psiquiatría norteamericana llegó a experimentar el caos diagnóstico de la depresión en las salas mismas de los tribunales, cuando el caso del doctor Osheroff puso en las manos de la justicia los problemas que una clasificación cambiante y controvertida de la depresión podían causar. Con este caso quedaba atestado frente al poder público que la psiquiatría podía llegar a pronunciar una variedad de diagnósticos contradictorios frente a un mismo paciente, pues la depresión no era una categoría unánime, pero además porque el diagnóstico psiquiátrico no era un instrumento preciso.

Durante los años ochenta Raphael J. Osheroff inició un juicio por mala praxis contra el hospital psiquiátrico Chestnut Lodge en el que había estado internado durante siete meses. Los defensores de Osheroff argumentaba que, en ese momento, existían tratamientos probados contra la depresión que Osheroff sufría, y que durante su internación en el hospital Chestnut Lodge esos tratamientos le habían sido negados. Osheroff acusaba al hospital de negligencia por haberlo tratado únicamente con psicoterapia individual —tratamiento que, por otra parte, no había logrado curarlo— sin haberle dispensado, además, ningún medicamento psicofarmacológico cuya eficacia está comprobada. Al no haber mejorado, su vida personal así

Esto suponía un grave problema sobre todo para las prácticas de investigación científica en psiquiatría, pues la variabilidad de los diagnósticos dificulta la obtención de datos confiables tanto para investigaciones etiológicas, como para investigaciones de efectividad de psicofármacos, y más aún cuando estas se quieren hacer comparando información recabada en distintos lugares y momentos. La industria farmacéutica, como hemos visto, necesita de diagnósticos claros y precisos para poder llevar adelante los ensayos clínicos que los sistemas regulatorios le exigen para poder lanzar sus productos al mercado.

El problema que las herramientas utilizadas en psiquiatría presentaban para la recogida de datos había sido atisbado en los años previos a la elaboración del *DSM-III*. Durante la década de los sesenta, se habían realizado en Estados Unidos una serie de estudios sobre la confiabilidad de los sistemas diagnósticos en los que se encontró que, incluso a partir de una misma entrevista, los psiquiatras pocas veces coincidían en el diagnóstico. Además, antes de la elaboración del *DSM-III*, ya se había tratado de controlar la dispersión de la información derivada de la variación de los criterios tomados en cuenta a la hora del diagnóstico, intentado estructurar y estandarizar la propia entrevista psiquiátrica, a través de la cual se recoge la información sobre la que se realiza el diagnóstico. El llamado

como su carrera profesional se habían visto seriamente afectadas, y sus defensores responsabilizaban a la institución hospitalaria por ello. Por otra parte, la familia había consultado con otro psiquiatra que había aconsejado incluir antidepresivos en el tratamiento de Osheroff, pero el hospital, aun estando al tanto de esto, decidió continuar con las estrategias terapéuticas que había desarrollado hasta el momento, en base al diagnóstico de una depresión sobre trastorno de personalidad narcisística. Al cabo de un tiempo Osheroff cambió de centro asistencial y en el nuevo centro se descartó el diagnóstico de trastorno de personalidad. Allí se le diagnosticó como depresivo, y en virtud de ello se le prescribió un tratamiento con fenotiazina y antidepresivos tricíclicos. En un período relativamente corto, Osheroff fue dado de alta de este segundo centro asistencial.

Durante su tratamiento, Osheroff había sido diagnosticado de manera diferente por distintos psiquiatras. Algunos habían diagnosticado una reacción psicótica depresiva, otros lo habían catalogado como un maníaco-depresivo y otros habían incluido su enfermedad dentro de los trastornos narcisísticos de personalidad. Durante el juicio, parte de las dificultades surgieron en el momento en que se quiso determinar qué sistema de diagnóstico se había utilizado. El tratamiento de Osheroff se había realizado durante un período extenso en el que, por ejemplo, los sistemas de clasificación de la American Psychiatric Association habían sido modificados y algunos de los trastornos imputados a Osheroff, como el de personalidad narcisística, habían desaparecido y vuelto a aparecer en las distintas versiones de los manuales diagnósticos oficiales de la American Psychiatric Association. El juicio se resolvió finalmente fuera de tribunales con un acuerdo entre las partes, pero más allá de las consecuencias financieras que tuvo para ambos bandos, esta querella dejó en evidencia que el diagnóstico en la práctica psiquiátrica puede ser un instrumento problemático, en la medida en que está lejos de ser unívoco y consensual. En verdad, el caso puso de relieve las discrepancias entre psiquiatras con formación psicoanalítica y psiquiatras con formación biológica, sus divisiones y tensiones, y el status relativo de la científicidad de la propia disciplina psiquiátrica. No son pocos los que sostiene que el caso Osheroff develó las disputas de índole ideológica que existen en el seno de la psiquiatría (Healy, 1997; Kirk y Kutchins, 1992), una psiquiatría que, por un lado, cree en la promesa de los psicofármacos y en el saber biológico y que, por otro, se aferra a la explicación psicodinámica de las enfermedades mentales.

grupo de San Luis, de investigación en psiquiatría, construyó las primeras pautas estandarizadas para el uso de la evaluación psiquiátrica en investigación, y desarrolló criterios diagnósticos para quince trastornos mentales en 1972, con el fin de establecer pautas claras para determinar si una persona sufría un trastorno concreto o no. Estos criterios intentaban ser específicos, detallando síntomas que debían estar presentes para poder establecer un diagnóstico certero. Poco tiempo después, un grupo de psiquiatras liderado por Robert Spitzer, desarrolló también entrevistas estructuradas y, en base al trabajo del grupo de San Luis, una serie de criterios diagnósticos para ser aplicados en investigación, conocidos en inglés como los *Research Diagnostic Criteria* (RDC). Ambos instrumentos fueron propuestos para su uso en investigación y fueron los antecedentes inmediatos del *DSM-III*.¹⁹⁰

Luego de su publicación en Estados Unidos en 1980, rápidamente el *DSM-III* se expandió por el mundo entero y su influencia llegó a todos los puntos de la psiquiatría internacional. Este nuevo sistema clasificatorio ofrecía varias ventajas que facilitaron su adopción mundial. Proponía un lenguaje supuestamente desprovisto de carga teórica que hacía a las categorías nosológicas fácilmente aceptables por psiquiatras de distintas corrientes, brindaba un listado claro y conciso de síntomas que debían ser explorados a la hora del diagnóstico y, sobre todo, ofrecía la posibilidad de estandarización de las enfermedades mentales volviéndolas comparables en cualquier ámbito de la exploración y la práctica psiquiátrica. De hecho, el *DSM-III* se convirtió en una herramienta útil en los casos en que la información estandarizada era necesaria, es decir, tanto para la investigación psicofarmacológica, para la investigación epidemiológica como para los sistemas de salud en los que los seguros médicos precisaban de diagnósticos certeros para poder funcionar.¹⁹¹

Por este camino, el nuevo manual conducía la psiquiatría hacia un acercamiento al modelo biomédico de la enfermedad, enfatizando el diagnóstico descriptivo y transformando una psiquiatría que antaño se apegaba al estudio pormenorizado de la historia individual de cada sujeto enfermo, en una psiquiatría interesada en el conocimiento cuantitativo, la medición y la información arrojada por la acumulación de los grandes números (Wilson, 1993; Lakoff, 2005). El énfasis puesto en el diagnóstico descriptivo limitaba el papel de la teoría en la elaboración del diagnóstico, y procuraba generar una suerte de consenso disciplinario a partir de los rasgos observables de cada patología. A través de la enumeración del número preciso de condiciones que cada individuo debe

190 Robert Spitzer lideraría el grupo encargado de la edición del *DSM-III*.

191 El papel de los seguros médicos en la expansión del uso del *DSM-III* fue particularmente notorio en los Estados Unidos, pues los médicos se veían en la exigencia de tener que cumplir con requerimientos administrativos que exigían el uso de las categorías diagnósticas del *DSM-III*. Como indica Lakoff (2005) en países como Argentina, en los que los sistemas de salud no tienen estas exigencias, el uso del *DSM-III* es mucho más limitado. En el Uruguay los sistemas de salud tampoco requieren de sus médicos la utilización de ningún sistema diagnóstico concreto, si bien en los servicios de atención de salud pública suele utilizarse el *CIE-10*.

cumplir para ser diagnosticado, el *DSM-III* pretendía operacionalizar sus categorías nosológicas para que estas pudieran ser utilizadas de manera homogénea por los psiquiatras. En definitiva, con el mismo movimiento con el que pretendía eliminar la teoría del acto diagnóstico, proponía eliminar también los elementos subjetivos que calaban la evaluación psiquiátrica tradicional, más dependiente de las habilidades interpretativas de cada psiquiatra. El *DSM-III*, de esta forma, avanzaba una concepción positivista de la psiquiatría que recogía las recomendaciones que Carl Hempel había efectuando a la American Psychopathological Society durante los años sesenta (Stein, 1991). Hempel sostenía que la psiquiatría era una disciplina que, al ocuparse de síntomas y síndromes, funcionaba en el nivel descriptivo de las ciencias. El aire positivista y empirista del *DSM-III* se mantenía sobre todo en la diferenciación estricta entre teoría y descripción, y en la pretendida neutralidad valorativa que esta distinción aporta.

Un sistema de diagnóstico «ateórico» se daría de bruces en cualquier medio epistemológico donde las teorías, especialmente la freudiana, balizaban el terreno. El *DSM-III* se proponía a sí mismo como un sistema construido en base a la descripción de comportamientos directamente observables, y por consiguiente, libre de la carga teórica que podía encontrarse en las nosologías anteriores. Poniendo énfasis sobre los síntomas y descartando las explicaciones etiológicas de los mismos, el *DSM-III* entraba en confrontación directa con aquellas teorías, como la psicoanalítica, que buscaban la explicación de los fenómenos mentales patológicos en las causas psicodinámicas de los mismos.

En Estados Unidos, la elaboración del *DSM-III*, ocurrida durante los años setenta, generó controversias y fricciones en el seno de la American Psychiatric Association, enfrentando a los psiquiatras de orientación psicoanalítica con los psiquiatras más biologicistas que apoyaban la creación del manual.¹⁹² Los debates generados en torno al *DSM-III* rápidamente entraron en la arena política. El célebre debate sobre la homosexualidad, la eliminación del término «neurosis» y otros elementos de la teoría psicoanalítica que figuraban en el *DSM-II* y que se vinculaban directamente con la definición de enfermedad mental, fueron algunos de los aspectos en torno a los que giró la controversia. Como la disputa sobre la inclusión de la homosexualidad como trastorno mental indica, las controversias fueron resueltas sin apelar a elementos de índole técnica o científica, sino a través de negociaciones entre los distintos grupos sociales involucrados en ellas. La dificultad para proporcionar una definición de enfermedad mental válida y que no cambiara bajo la presión de grupos quedó al descubierto en este episodio.¹⁹³

192 Es necesario tener en cuenta que hasta el momento la American Psychiatric Association había estado dominada por una psiquiatría de orientación psicoanalítica.

193 Las asociaciones de homosexuales presionaron fuertemente al equipo que estaba encargado de la elaboración del manual, interrumpiendo conferencias y reuniones, llegando a los grandes medios de comunicación, para que la homosexualidad fuera retirada del manual como categoría de trastorno mental. Un primer intento para resolver el problema de si la homosexualidad era o no una enfermedad fue dar una definición precisa de enfermedad mental. La identificación de trastornos específicos dependía de la definición general de trastornos

La expansión del *DSM-III* también tuvo consecuencias directas sobre el relacionamiento de las distintas disciplinas psicológicas entre sí, es decir, consecuencias que impactaron directamente sobre la política de los saberes y las ciencias, la manera en que estas logran organizar su autonomía relativa, el dominio de sus objetos de estudio, su potestad de producir conocimiento sobre un terreno dado (Stengers, 1996). Una de las consecuencias más inmediatas fue el fuerte reclamo que la psiquiatría hacía, en tanto conocimiento especializado y experto, sobre una zona de intervención, problemas y objetos de estudio hasta el momento compartido por un conjunto de disciplinas diferentes.

Aun cuando el *DSM-III* se pretendía libre de compromisos teóricos, promovía una noción biologicista de la enfermedad mental. De hecho, fue elaborado por psiquiatras que afirmaban que la enfermedad mental pertenecía al campo de la medicina y que este manual ayudaría a la psiquiatría a acercarse al resto de las ramas de la medicina. En 1976 se propuso definir los trastornos mentales como un subconjunto de los trastornos médicos. Esto generó una fuerte reacción por parte de las asociaciones de psicólogos de Estados Unidos que argumentaron que en la mayoría de trastornos mentales más importantes no se puede establecer una etiología biológica clara ni precisa. La American Psychological Association llegó incluso a amenazar con elaborar y promover su propio sistema de clasificación, pues consideraba que el *DSM-III* había sido creado para darle a la psiquiatría hegemonía sobre las otras disciplinas de la salud mental.¹⁹⁴ El debate entre los psicólogos norteamericanos y el equipo encargado de elaborar el *DSM-III* fue importante y se dio a lo largo de su elaboración y también luego de su publicación. Las psicoterapeutas feministas también debatieron con el *DSM-III*, especialmente con el *DSM-III-R* en el que se proponía incluir nuevos diagnósticos, como el síndrome premenstrual, que se consideraban discriminaban a la mujer.

A pesar de las controversias que el *DSM-III* suscitó durante y luego de su elaboración, ninguno de estos debates fue retomado con fuerza en el Uruguay. El manual llegó al país como un producto científico acabado, como una caja negra de la cual nada puede decirse de sus procesos internos, de los caminos que llevaron a su configuración actual, y, sobre todo, como un producto en gran medida aporético y sin contradicciones.¹⁹⁵ Y en algunos espacios concre-

mentales. Spitzer propuso durante el desarrollo del debate que todo trastorno mental implica sufrimiento subjetivo o alguna clase de inhibición social por quien lo padece. Por lo tanto, aquellos homosexuales que no experimentaran ninguna inhibición o sufrimiento por su condición de tales, no podría ser considerados enfermos mentales. Para aquellos que sí experimentaban malestar respecto a su homosexualidad, Spitzer propuso primero el término de trastorno de orientación sexual y luego el de homosexualidad ego distónica, para poder distinguir la homosexualidad en general que en sí no constituiría un trastorno psiquiátrico. Así como se intentó eliminar, y de hecho se logró, la homosexualidad de las categorías diagnósticas del *DSM-III*, también se intentaron incluir otros trastornos mentales, como el racismo, que no prosperaron como categorías diagnósticas.

194 Ello, en realidad, nunca se llevó a la práctica.

195 En cierta medida como lo que Latour (1987) denomina «la ciencia como producto».

tos del mundo psicológico uruguayo fue recibido como la solución esperada al problema de las clasificaciones psiquiátricas.

El *DSM-III* en el Uruguay

El *DSM-III* puede pensarse como el producto de un grupo concreto de investigadores en psiquiatría en Estados Unidos que tenía la preocupación por solucionar los problemas del diagnóstico para darle validez y confiabilidad a un instrumento que, según sus intenciones, debería ser un instrumento de detección y medición precisa de las diversas enfermedades mentales. Esta preocupación no se encuentra expresada de esa forma, o al menos no hay rastros de ella, en la psiquiatría uruguaya de esos tiempos. Como hemos señalado, en los inicios de la década de los ochenta existía en Uruguay una creciente desconfianza en los sistemas de clasificación clásicos, especialmente cuando se quería tener un panorama global de dolencias como la depresión, pero las críticas a estos sistemas no se formulaban en términos ni de confiabilidad ni de validez. A pesar de ello, la llegada del *DSM-III* al Uruguay estuvo acompañada de la idea de que el *DSM-III* resolvía estos problemas. Los primeros artículos nacionales que comentaban las ventajas y desventajas de este nuevo sistema nosológico, se apegaban al discurso sostenido por los defensores del *DSM-III*, y lo presentaban también como un sistema sensiblemente mejor en confiabilidad y validez que los sistemas nosológicos anteriores.

Por otra parte, el *DSM-III* llega al Uruguay sin reparar en los pasos previos que habían conducido a su elaboración en el seno de la American Psychiatric Association, y prescindiendo casi por completo de las controversias y problemas generados durante su elaboración. Al menos los puntos de tensión de esas controversias estuvieron en gran medida ausentes en el medio epistemológico del país. El *DSM-III* llega como un producto cerrado, aproblemático y consensual, cuando la historia de su creación muestra todo lo contrario.

La primera traducción al español del manual apareció en junio de 1983, tres años más tarde que la versión original en inglés. Por ello, durante los primeros años de la década de los ochenta los psiquiatras uruguayos tuvieron acceso al manual principalmente a través de las presentaciones en eventos y artículos publicados en revistas por aquellos psiquiatras, tanto nacionales como extranjeros, que tenían acceso a la versión original del libro. Incluso había escasos ejemplares de la primera traducción al español disponibles en las bibliotecas nacionales y fue recién la edición revisada, el *DSM-III-R*, publicada en inglés en 1987 y con traducción al español casi inmediata, a la que podía tenerse acceso con cierta facilidad en los ámbitos académicos uruguayos.

Durante la primera mitad de los años ochenta, por tanto, el *DSM-III* suscitó más que una adopción rápida, una corriente de reflexión sobre sus ventajas y desventajas. Ya en la segunda mitad de ese decenio el uso concreto del manual comenzaba a apreciarse en algunos ámbitos específicos de la psiquiatría. Por

ejemplo, su uso era cada vez más marcado en la enseñanza de la psiquiatría. En las monografías finales realizadas sobre las patologías del humor por los estudiantes de la especialización en psiquiatría de la Universidad de la República, el *DSM-III* aparecía citado sistemáticamente desde 1984.¹⁹⁶ No obstante, muchos de estos trabajos seguían haciendo referencia a los sistemas clasificatorios anteriores y los que se inclinaban claramente por el punto de vista psicoanalítico prácticamente no lo utilizaban. Sería a partir del año 1987 que las monografías incrementarían las citas al *DSM-III*, y en la medida en que había sido elaborado como un manual de diagnóstico particularmente útil para la investigación, sus categorías comenzarían a aparecer en los ensayos clínicos realizados en el Uruguay también a partir de ese mismo año.

De todas formas, sería aventurado asegurar que el uso del *DSM-III* se extiende en el Uruguay en todos los ámbitos de la práctica psiquiátrica, pues si bien las referencias a sus categorizaciones son materia obligada en los ensayos clínicos y en las monografías de especialización en psiquiatría de la segunda mitad de los años ochenta, resulta limitado el impacto que ambos tienen en el campo de los saberes psicológicos en general. La interconexión entre *DSM-III* y ensayos clínicos los coloca como un complejo tecnológico propio de la investigación en psiquiatría y psicofarmacológica, y es en esta interfaz que el *DSM-III* tendrá un lugar preciso, delineado y hasta natural o evidente en el campo uruguayo de los saberes psicológicos. Por su parte, las monografías indicaban que el *DSM-III* había alcanzado la formación universitaria en psiquiatría, pero ello no impedía que gran parte de los psiquiatras y psicólogos siguieran utilizando en sus trabajos escritos las nosologías clásicas, al menos durante la década de los ochenta.

En verdad, la percepción de la psiquiatría y la psicología uruguayas sobre el uso del *DSM-III* en el país es variada. Para algunos el *DSM-III* y sus posteriores secuelas, el *DSM-III-R* y el *DSM-IV*, no han alcanzado la difusión que sí han alcanzado los sistemas clasificatorios elaborados por la OMS.¹⁹⁷ Para otros el *DSM-III* es solo un modo de ordenar un lenguaje otrora heterogéneo, y no más que eso, que ha alcanzado una relativa difusión en el país sobre todo para su uso en investigación, pero que ha resultado inútil a la hora de la comprensión del paciente individual.¹⁹⁸ Sin embargo, es claro que las modificaciones introducidas en materia diagnóstica por el *DSM-III* están insertas en el medio nacional. Aunque los sistemas diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud tengan cierta prevalencia es necesario tener en cuenta que, especialmente sus últimas versio-

196 Para la realización del presente trabajo de investigación se revisaron las monografías finales que los estudiantes de la especialización de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República deben entregar para obtener su título. El período relevado comprendió los trabajos presentados entre 1970 y 1999.

197 Por ejemplo, esta era la opinión del doctor Álvaro Lista con quien mantuve una entrevista en junio de 2002.

198 Así lo expresaba el doctor Lizardo Valdés, encargado desde mediados de los años noventa del área de psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en un encuentro personal hacia setiembre del año 2002.

nes, han sido fuertemente influidas por el sistema diagnóstico de la American Psychiatric Association. Además, fundamentalmente a partir de la aparición del *DSM-IV* en la segunda mitad de la década de los noventa, los manuales de la American Psychiatric Association se han convertido en una herramienta referencial para el medio psicológico uruguayo, aunque estos no sean utilizados con una fidelidad intachable.

Ciertamente, el campo de los saberes psicológicos hace un uso discrecional de estos manuales, equiparando a veces categorías diagnósticas más antiguas y categorías diagnósticas preferidas por el psicoanálisis con las del *DSM-III* y el *DSM-IV*. Por ejemplo, la depresión mayor y la distimia que aparecen en estos manuales se equiparan habitualmente con la depresión psicótica y neurótica. El *DSM-III*, en verdad, preveía por sí mismo una cierta correspondencia entre algunas de sus categorías y las neurosis, pues incluía las depresiones neuróticas en el grupo de los trastornos afectivos.¹⁹⁹ Dentro de estos últimos distinguía los trastornos afectivos mayores, los trastornos afectivos específicos y los trastornos afectivos atípicos. Los trastornos afectivos atípicos abarcaban los trastornos bipolares atípicos y las depresiones atípicas. Los trastornos afectivos mayores, por su parte, englobaban el trastorno bipolar (mixto, maníaco y depresivo) y la depresión mayor con episodio único o recurrente. Los trastornos afectivos específicos incluían el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico, categoría al lado de la cual figuraba entre paréntesis el término de neurosis depresiva. Durante la elaboración del *DSM-III* existieron fuertes controversias en el seno de la American Psychiatric Association en torno a la eliminación de la noción de neurosis. La propuesta de supresión de esta categoría fue vista como un ataque directo a la corriente psicoanalítica (Wilson, 1993). La confrontación se resolvió manteniendo entre paréntesis la denominación de neurosis al lado de la nueva denominación de algunos trastornos. Finalmente, los trastornos neuróticos figuraron únicamente como subtipos de los trastornos afectivos, ansiosos, somatiformes, disociativos y psicosexuales (American Psychiatric Association, 1980).

A través de una clasificación de los trastornos afectivos que incluía tres tipos diferentes, los autores del *DSM-III* pretendían aventajar las clasificaciones habituales de la depresión que no lograban superar las dicotomías neurosis-psicosis y endógeno-reactivo. Sin embargo, el uso que los psiquiatras uruguayos hicieron de la clasificación de las depresiones propuesta por el *DSM-III* la remitía constantemente a estas dicotomías. Es decir que conceptos y nociones diagnósticas fueron transformados de acuerdo a las características de un medio epistemológico apegado fuertemente a la psiquiatría dinámica que habitualmente hacía uso de estas dicotomías para comprender el fenómeno depresivo, aun cuando las intenciones del *DSM-III* eran romper con ellas.

A pesar de que la traducción al español del manual tardó algunos años en llegar al país, el medio tuvo noticia de la existencia del *DSM-III* con rapidez.

199 Ver en el Anexo I el esquema de la clasificación de los trastornos afectivos del *DSM-III*.

Durante los primeros años de la década, las menciones al *DSM-III* fueron cada vez más frecuentes cuando los temas nosológicos se ponían en discusión. El campo de las depresiones, con su constante revisión, proporcionó una excusa propicia para la introducción del *DSM-III*. Así, en el Cuarto Curso de Perfeccionamiento para psiquiatras del Cono Sur, realizado en Montevideo en octubre de 1981, el director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Perú, al abordar en una conferencia el tema de los trastornos afectivos y la vejez, hacía referencia de paso al *DSM-III* cuando tomaba como categorías diagnósticas las desarrolladas por la escuela de San Luis (Mariátegui, 1982). De modo similar, los doctores uruguayos Héctor Puppo Touriz y Dagoberto Puppo Bosch (1982) en ese mismo curso discuten la independencia nosológica de las melancolías de involución propuestas por Kraepelin y señalan su exclusión de los sistemas más recientes de clasificaciones en ese momento: el *CIE-9* de la OMS y el *DSM-III*. Este trabajo recoge las dificultades indicadas por los creadores del *DSM-III* sobre la uniformización de los criterios semiológicos para distinguir las distintas formas de depresión neurótica, pero lo hace de manera marginal, sin abocarse de lleno a un análisis al respecto. En verdad, tampoco utilizan la clasificación de los trastornos afectivos propuesta por el *DSM-III*. Ninguno de estos trabajos se detiene a reflexionar críticamente sobre el *DSM-III* como lo harán los trabajos posteriores que comenzaron a circular en el medio. Solo indican que en el país se tuvo prontamente conocimiento de este sistema diagnóstico luego de su publicación en Estados Unidos en 1980.

A pesar de la aparente novedad del *DSM-III* en el medio y en otros países de América del Sur, dos años más tarde, en el III Congreso Uruguayo de Psiquiatría, realizado en Montevideo en noviembre de 1983, dos psiquiatras latinoamericanos presentaron comunicaciones sobre la nueva clasificación propuesta por este manual, indicando su creciente uso en países de la región como Chile y Brasil. El congreso preveía la realización de tres mesas redondas: una primera sobre depresiones, una segunda sobre tratamientos en psiquiatría y una tercera sobre psiquiatría, agonía y muerte. Durante la reunión también se dictarían conferencias sobre depresiones y clasificación en psiquiatría, entre otras, en las que encontraron lugar las intervenciones de los doctores Mauricio Levy, de Brasil, y Armando Roa, de Chile.²⁰⁰

Estos participantes extranjeros, en sus comunicaciones, introducen al público uruguayo parte de los debates que rodearon al *DSM-III* en su país de origen. El doctor Mauricio Levy de Brasil aborda específicamente la exclusión de la homosexualidad del conjunto de trastornos mentales que el *DSM-III* realiza. Según el doctor Levy esta es una de las fallas más graves que el manual presenta pues puede acarrear consecuencias negativas para la prevención y la terapéutica de estos trastornos. El objetivo explícito de Levy es:

200 Se puede encontrar información sobre el congreso en la gacetilla publicada en el vol 48, n.º 280 de 1983 de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

por um lado, refutar a opinião dos que afirmam ser a homossexualidade uma forma de atividade sexual tão válida, satisfatória, sadia e normal quanto a heterossexualidade e, por outro, opor-se ao ponto de vista adotado pela Associação Americana de Psiquitria e pelo *DSM-III* que apenas considera um distúrbio psíquico a «homossexualidade ego-distônica», ou seja, aqueles casos dos indivíduos que sofrem por causa de suas tendências homossexuais (1983: 335).²⁰¹

Este intento por rebatir la opinión del *DSM-III* sobre la homosexualidad lo lleva indefectiblemente a cuestionar los criterios que el manual propone para que una condición sea considerada como un trastorno mental. Levy entra en discusión, entonces, con la idea presentada en el *DSM-III* de que un trastorno mental debe suponer una perturbación o incapacidad para el sujeto.²⁰² Revisa críticamente, además, los conceptos de normalidad en psiquiatría y finaliza su exposición afirmando que el retiro de la homosexualidad del *DSM-III* «se debe sobretudo a motivos completamente alheios à ciência e aos conhecimentos psiquiátricos (por exemplo, pressões políticas dos homossexuais, tentativas para protegê-los contra discriminações, etcétera)»²⁰³ (Levy, 1983: 342).

El doctor Armando Roa de la Universidad de Chile, en ese mismo congreso, también hace una presentación crítica del *DSM-III*, señalando varios de sus frentes frágiles. Pone en tela de juicio la pretendida novedad del *DSM-III* y en ello coincide con algunas de las críticas realizadas en Norteamérica al manual. En sus palabras:

Así, como lo expresan notables psiquiatras norteamericanos, aludiendo al *DSM-III*, se trata apenas de ordenar de nuevo, lo ya dicho por Kraepelin respecto a los trastornos afectivos, por Bleuler respecto a los esquizofrénicos, y por Freud, respecto a los trastornos neuróticos y de la personalidad, a lo cual se agrega el cambiar de nombre a las antiguas perversiones sexuales, —ahora parafilias—, y agregar con muchos titubeos, un campo al parecer nuevo, el de los desórdenes fronterizos (Roa, 1983: 345-346).

De todas formas, reconoce que este cambio de nombres de los cuadros clínicos psiquiátricos intenta evitar la estigmatización social que algunas categorías

201 «[...] por una parte, refutar la opinión de los que afirman que la homosexualidad es una forma de actividad sexual tan válida, satisfactoria, sana y normal como la heterosexualidad y, por otra parte, oponerse al punto de vista adoptado por la Asociación Americana de Psiquiatría y por el *DSM-III* que solamente considera un trastorno psíquico a la «homosexualidad ego-distónica», o sea, aquellos individuos que sufren por causa de sus tendencias homosexuales». (La traducción es nuestra).

202 El *DSM-III* en su introducción reconoce la dificultad de definir con precisión los trastornos mentales, pero, de todas formas, propone que un estado mórbido sea considerado como tal cuando está asociado a síntomas perturbadores o incapacitantes. Los trastornos, por consiguiente, son concebidos como disfunciones ya sea en el plano psicológico, biológico o conductual de un sujeto (American Psychiatric Association, 1980).

203 «Se debe sobre todo a motivos completamente ajenos a la ciencia y a los conocimientos psiquiátricos (por ejemplo, expresiones políticas de los homosexuales, intentos de protegerlos contra la discriminación, etcétera)». (La traducción es nuestra).

psiquiátricas clásicas, como la de psicosis o perversiones, implicaban. Roa analiza cada uno de estos términos y los cambios que han sufrido en el *DSM-III*. Cuando se dedica de lleno a analizar el cambio de las perversiones clásicas al de las nuevas parafilias no puede evitar abordar el tema de la exclusión de la homosexualidad egosintónica, es decir, aquella que no produce ningún sufrimiento al sujeto que la padece. En las consideraciones que realiza sobre este punto Roa reconoce como un acierto el intento de buscar términos de valoración social neutra como los de egosintónico y egodistónico para describir la homosexualidad. Sin embargo, encuentra cierta dificultad al tratar de delimitar el criterio que se tuvo en cuenta para esta búsqueda:

Al colocar fuera de la psiquiatría a la homosexualidad egosintónica se ha tenido en cuenta, parece, un criterio valorativo o sociológico, en todo caso no concordante con el observado frente a otros trastornos, pues si lo considerado es que ella no molesta al individuo, —como se deduciría del hecho de que la homosexualidad egodistónica por angustiar, avergonzar o estimarse anormal, es que se la incluye entre los trastornos—, tampoco decimos, debieran incluirse entre los trastornos las manías, la mayoría de las cuales son una especie de fiesta para el individuo (Roa, 1983: 348).

No es posible asegurar si Roa desconocía o no las negociaciones entre grupos de militantes homosexuales y el grupo de trabajo encargado de la construcción del *DSM-III*, y la posterior votación que tuvo lugar en el seno de la American Psychiatric Association para dirimir el tema de la homosexualidad como categoría diagnóstica, pero lo que sí resulta claro es que la omisión de estos hechos desconoce la raíz histórica y social de la elaboración del *DSM-III*, y sigue transmitiendo una imagen del mismo como un producto científico salido de la investigación pura y exclusivamente científica, desprovista de intereses.

A pesar de que las intervenciones de los doctores Levy y Roa apuntaban directamente a las aristas controvertidas del *DSM-III*, estas aristas no fueron retomadas ni en ese evento académico ni en eventos posteriores por los psiquiatras uruguayos. El camino de las controversias sobre el *DSM-III* fue, de alguna manera, dejado de lado por el conjunto de las disciplinas psicológicas del Uruguay, limitándose a expresiones mínimas.

Por ejemplo, en ese congreso de 1983, algunos de los docentes de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de la República realizan menciones al *DSM-III* únicamente en la medida en que ello era indispensable para la revisión crítica de las clasificaciones de las depresiones que pretendían presentar a la audiencia. En la mesa sobre depresiones que tuvo lugar en el marco del congreso, el profesor asistente Julio Rosa Doti (1984) refería rápidamente al lugar que se le daba en el *DSM-III* a las depresiones con síntomas psicóticos mientras efectuaba una revisión detallada de las distintas clasificaciones contemporáneas de las depresiones paranoides. De forma similar, el profesor Álvaro Pérez Fontana (1984) se ve obligado a aludir al *DSM-III* cuando reseña los últimos trabajos sobre las bases biológicas de la depresión realizados en Europa y Estados Unidos.

Evidentemente, aunque aún no lo emplearan habitualmente, los psiquiatras sabían del *DSM-III* a través de su aplicación en la psiquiatría mundial y comenzaban a mostrar sus opiniones acerca del manual.

Los profesores Daniel Murguía, por un lado, y Esteban Gaspar y Fortunato Ramírez, por otro, muestran en sus intervenciones una divisoria en la interpretación que el medio uruguayo hacía del nuevo sistema de clasificación. Resulta por demás interesante que mientras el profesor Murguía se refiere al *DSM-III* como una clasificación «*revolucionaria*» (1983: 317) aunque no desarrolla exactamente por qué la denomina como tal, Gaspar y Ramírez (1983) realizan un fuerte crítica al mismo en tanto elimina la categoría de depresiones psicógenas. Murguía, retomaba, quizás sin saberlo, la interpretación que la nueva psiquiatría biológica norteamericana realizaba del *DSM-III* como un hito disciplinario, al tiempo que los profesores Gaspar y Ramírez hacían eco de los reparos que la psiquiatría dinámica y la psicología de Estados Unidos efectuaban acerca del *DSM-III*, pero eso sí, sin hacer mención directa a ninguno de los debates sucedidos en ese país. La noción de enfermedades mentales psicógenas, es decir, la idea de que existen patologías mentales que obedecen a conflictos internos del sujeto, había sido un aporte freudiano primordial. Esta noción permitía concebir la existencia de enfermedades mentales endógenas que podían ser de origen psíquico, por lo cual, lo exógeno no siempre tenía que ser equiparado a lo psicógeno. Los autores subrayan que «frente a esa gruesa negación de la realidad clínica, hemos sentido la necesidad de hablar de ese subgrupo de síndromes depresivos» (Gaspar y Ramírez, 1983: 327). El grupo liderado por el profesor Gaspar representaba dentro de la Clínica Psiquiátrica la vertiente psicoanalítica que intentaba rescatar la existencia de las depresiones psicógenas en base a la clasificación elaborada por el psiquiatra suizo Paul Kielholz en la que estas jugaban un papel primordial. La supresión de la categoría de depresiones psicógenas en el *DSM-III* suponía una clara amenaza de desplazamiento del psicoanálisis dentro de la psiquiatría, y en el Uruguay esto fue entendido como un grave error empírico al que había que responder aportando datos tomados de la práctica clínica. Los puntos de vista divergentes que Murguía, Gaspar y Ramírez presentaron en el III Congreso Uruguayo de Psiquiatría bien podían haber sido el inicio de una fuerte controversia en el país sobre las ventajas y desventajas del *DSM-III*, sin embargo no es posible constatar en las publicaciones académicas del medio que esta polémica haya tenido lugar de forma pública y notoria. En verdad, gran parte de los psiquiatras y psicólogos uruguayos continuaron durante esos años utilizando las categorías clásicas como depresión y melancolía. Esto puede observarse con nitidez en las ponencias presentadas en la Jornada sobre Depresión organizada por la Sociedad de Psiquiatría y la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina en noviembre de 1985.

La división de las aguas diagnósticas

En esa ocasión, uno de los pocos trabajos dedicados por entero al *DSM-III* fue la ponencia presentada por el doctor Jorge Rossi, quien había participado en distintos ensayos clínicos con antidepresivos en el marco de la Clínica Psiquiátrica. Algunos meses antes del evento, la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* había publicado un breve anuncio en el que se adelantaba que las características de la depresión en el país, sus diferentes formas clínicas y su relación con el *DSM-III* sería uno de los temas a ser abordado en la jornada.²⁰⁴ Es decir que la intervención del doctor Rossi respondía a los intereses directos de las entidades organizadoras. El trabajo de Rossi pretendía proporcionar al público presente un análisis del lugar que se le asigna, dentro del manual diagnóstico, a lo que él llama estados depresivos. Al intentar cumplir con este propósito, Rossi hacía uso del lenguaje particular del *DSM-III* y exponía la visión que en este manual se presenta sobre el valor del diagnóstico en psiquiatría. Retomaba términos como confiabilidad y certeza, pero no lo hacía en contraposición con otros sistemas diagnósticos, sino que en la presentación de Rossi, estos términos se convertían en las características definitorias y necesarias de cualquier intento de clasificación de los trastornos mentales. El trabajo de Rossi carecía de toda crítica a los sistemas nosológicos anteriores. Rossi se limitaba a reproducir las concepciones que Spitzer y su equipo ponían en juego sobre la tarea de clasificación y de esta forma recogía, tal vez sin estar al tanto de ello, la estrategia que el grupo había desarrollado para respaldar al *DSM-III*, es decir, definir los rasgos necesarios del diagnóstico psiquiátrico y proponer al *DSM-III* como el único sistema que cumple con ellos satisfactoriamente.

Rossi pretendía realizar también una evaluación crítica del *DSM-III* enumerando las ventajas y desventajas que se han señalado respecto a este sistema diagnóstico. Presentaba como ventajas la aproximación descriptiva que el *DSM-III* ofrece de los trastornos basada en datos clínicos que permiten establecer criterios claros de inclusión o exclusión, y la incorporación de un sistema multiaxial que permitiría incluir en el diagnóstico dimensiones biopsicosociales.²⁰⁵ Por último, el *DSM-III* cumplía con las condiciones de confiabilidad que el diagnóstico psiquiátrico debe poseer (Rossi, 1985a: 143). Eran desventajas en el *DSM-III* el gran número de categorías diagnósticas que presenta de forma discontinua, el hecho de que confunde algunas categorías diagnósticas con los estados evolutivos de algunos trastornos, el hecho de que enfatiza la confiabilidad de las categorías sobre la validez de las mismas y el hecho de que omite las dimensiones dinámicas

204 La noticia acerca de la Jornada de Depresión aparece en la página 46 del vol. 50, n.º 296, de 1985 de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

205 El *DSM-III* y sus posteriores versiones incluyen como novedad un sistema multiaxial de evaluación, es decir, un sistema compuesto por cinco ejes distintos que deben ser tenidos en cuenta en el acto diagnóstico. Los ejes I y II cubren la evaluación de los trastornos mentales, el eje III la evaluación de los trastornos somáticos y los ejes IV y V permiten una valoración de la carga psicosocial del malestar.

y emocionales de los trastornos. Resultaba, además, una herramienta con sesgos culturales, propios del lugar en el que fue elaborado, que dificultan su uso en otras regiones (Rossi, 1985a: 143-144). Sin detenerse a profundizar en ninguno de estos puntos, Rossi recogía en esta enumeración de ventajas y desventajas algunos elementos que figuraban al mismo tiempo, aunque expresados de forma un poco distinta, en ambas enumeraciones. Por ejemplo, la aproximación descriptiva que se designaba como ventaja en virtud de que deja de lado la causalidad de los trastornos mentales en la medida en que no existen acuerdos sobre la misma, aparecía luego como desventaja cuando se criticaba la omisión de los aspectos dinámicos de las categorías mentales. De forma similar, Rossi indicaba que el *DSM-III* cumple con los criterios de confiabilidad, pero subrayaba que el manual tiene difícil aplicación fuera de los Estados Unidos, lo que evidentemente es una crítica a la confiabilidad de este sistema diagnóstico.

La presentación de Rossi no permite entonces establecer cuál es la posición del autor con respecto al *DSM-III*, ni cuál es la intensidad de la discusión que se estaban dando en el país sobre el mismo en ese momento, si es que existía alguna. Indica, sobre todo, que los debates que habían tenido lugar en Estados Unidos durante el desarrollo del manual y luego de su publicación no estaban siendo recogidos en el Uruguay. La presentación de Rossi, si bien pretende ser a un tiempo un comentario introductorio y una presentación crítica sobre el *DSM-III* parece, sin embargo, aceptar acríticamente varios de los supuestos que el *DSM-III* propone, como la definición del problema de la confiabilidad, la necesidad de control de método por el cual se realizan los diagnósticos en base a la estructuración de la entrevista psiquiátrica y a la construcción de criterios diagnósticos precisos. Aunque anunciada al principio de la comunicación, tampoco existe una evaluación de la clasificación que el *DSM-III* realiza de los estados depresivos. En verdad, los estados depresivos funcionan como excusa para la presentación del *DSM-III* en un evento destinado a la discusión de la depresión y no de los sistemas nosológicos psiquiátricos.

Por otra parte, la pretendida crítica al *DSM-III* que Rossi emprende tampoco recoge los problemas filosóficos que están presentes en la estructuración del manual. El trabajo arroja pistas de cómo se produjo la recepción de este nuevo sistema clasificatorio en el país: sin un debate profundo que recogiera por entero los debates que habían tenido lugar en la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis en los que surgió el *DSM-III*, y sin un análisis profundo de los supuestos ontológicos y epistemológicos sobre los que este descansa.²⁰⁶

206 La filosofía de la psiquiatría ha señalado en reiteradas oportunidades los problemas filosóficos a los que se enfrenta la clasificación psiquiátrica. Los más aludidos son el estatus ontológico de la enfermedad mental y de las entidades y categorías diagnósticas, la diversidad de enfoques epistemológicos de la psicopatología, los problemas metafísicos de la relación mente-cuerpo y los límites entre lo normal y lo patológico. El estatus ontológico de la enfermedad mental y de las categorías diagnósticas encuentra dentro de la psiquiatría posturas contrapuestas. La postura realista, siguiendo el modelo biomédico de la enfermedad, sostiene que la enfermedad mental y su clasificación obedecen a entidades naturales que

De hecho, las restantes presentaciones de la Jornada seguían explorando y utilizando clasificaciones de la depresión elaboradas con anterioridad a la aparición del *DSM-III* e integrando criterios etiológicos en la conformación de los cuadros clínicos. El reconocido psiquiatra y psicoanalista Jorge Galeano Muñoz (1985) aún utilizaba en su ponencia criterios psicodinámicos para presentar los distintos tipos de depresión, relacionando la distimia depresiva con conflictivas mal elaboradas, la melancolía crónica con la intensidad de la pulsión de muerte.

poseen una existencia objetiva e independiente, mientras que posturas nominalistas e incluso pragmáticas sostienen que las enfermedades mentales son categorías creadas por la propia clasificación y por el uso concreto de los sistemas taxonómicos. En cuanto a los enfoques epistemológicos de la psicopatología, existirían enfoques que argumentan que dada la naturaleza esquiva del fenómeno de la enfermedad mental la psicopatología debe permanecer en un nivel ideográfico o descriptivo, mientras que otros insisten en que la psicopatología puede alcanzar la explicación etiopatológica de la enfermedad mental. El problema metafísico de la dicotomía mente-cuerpo se traduce en psiquiatría en las oposiciones de enfermedad orgánica y funcional, enfermedad mental y enfermedad somática y también en la oposición entre la dimensión moral y la dimensión orgánica de la enfermedad mental, oposiciones entre las que oscila la psiquiatría desde sus inicios como disciplina. Los límites en la distinción entre lo normal y lo patológico suelen concebirse como límites precisos e infranqueables desde abordajes categoriales de la enfermedad mental que entienden que cada tipo de patología mental constituye una categoría excluyente y precisa, mientras que los abordajes dimensionales establecen una relación entre lo normal y lo patológico como los dos polos extremos de un continuo en el que pueden establecerse diferencias solo de grado. Con respecto al *DSM-III* y al *DSM-IV*, los abordajes filosóficos han reparado en la toma de posición que suponen ambas obras con respecto a estos problemas. Por un lado, se ha señalado que ambas ediciones representan un enfoque realista de la enfermedad mental y empirista de la psicopatología que cae en un rechazo no deseable de la teoría, o por lo menos ingenuo, en la medida en que la filosofía de la ciencia ha señalado desde hace tiempo la imposibilidad radical de realizar descripciones sin la utilización de conceptos (cargados necesariamente de teoría) (Birley, 1990; Spitzer, 1990). En cuanto a la oposición mente-cuerpo los manuales han conservado el término de trastorno mental que integra aún esta oposición y han clasificado de forma distinta los trastornos con origen orgánico evidente (Stein, 1991; Frances *et al.*, 1994). La toma de partido del *DSM-III* y *DSM-IV* sobre temas filosóficos también se observa en su preferencia por un enfoque categorial de los trastornos mentales (Oepen, Harrington y Füngeld, 1990; Stein, 1991; France *et al.*, 1994; Haslam, 2003) que se ha reflejado en la tendencia de ambos libros a incrementar el número de categorías diagnósticas disponibles. Los trastornos son representados como ausentes o presentes usando como límite un puntaje específico que se obtiene a partir de una lista de síntomas. Se le imputa a este sistema un reduccionismo que se impone en términos de ausencia y presencia sobre un fenómeno que puede también concebirse como una cuestión de grados. El problema es si existen o no discontinuidades en el campo de la enfermedad mental. En el caso concreto de las depresiones este problema resulta un primer escollo para cualquier intento de aprehensión del fenómeno depresivo y subyace en los debates sobre esta categoría diagnóstica. ¿Puede diferenciarse la depresión de las tristezas inevitables de la vida? ¿La depresión conforma un continuo con la tristeza normal? ¿Pueden las escalas psicométricas establecer un límite preciso entre una y otra? ¿Si no es posible establecer un límite, debe abandonarse la pretensión de diagnosticar la depresión? El *DSM*, en sus últimas versiones, dirá que no deberá abandonarse esta pretensión, que no solo es posible sino necesario establecer el diagnóstico en categorías discretas que permitan delinear tratamientos y brindarle atención clínica a aquellos que poseen una enfermedad distinta y más grave que la tristeza común y cotidiana.

Un año antes, Galeano Muñoz (1984) había publicado un análisis del cuadro melancólico en el que apelaba a la teoría freudiana para explicar su etiología. Del mismo modo, el psiquiatra y psicoanalista Héctor Garbarino (1985) identificaba el cuadro de las depresiones narcisistas a partir de la estructura del yo y sus contradicciones en las representaciones conscientes y preconscientes del sí mismo. La médica y psicoanalista Sélka Acevedo de Mendilaharsu (1985) explicaba las depresiones neuróticas utilizando el concepto freudiano de pérdida mientras que el profesor Enrique Probst (1985), director de la Clínica Psiquiátrica del momento, apelaba a la noción psicoanalítica de duelo para hablar de las melancolías y la depresión a secas. Por su parte, el doctor Danilo Rolando (1985) utilizaba incluso una clasificación elaborada por el psicoanalista argentino Hugo Bleichmar que distinguía entre depresiones narcisistas, culposas, mixtas y por pérdida simple de objeto, a partir de criterios psicopatológicos.

Pero no solo los psiquiatras pertenecientes a la corriente psicoanalítica del país utilizaban categorías clásicas en la clasificación de las depresiones. El doctor Hugo Trenchi (1985), que abordaba la depresión a través de un enfoque conductual, empleaba la noción de depresión neurótica. De modo similar, el doctor Julio Ithurralde y el psicólogo Ariel Forselledo (1985), que presentaban su trabajo con psicodrama en depresiones involutivas y seniles, empleaban esta misma categoría. El doctor Mario Orrego Bonavita (1985a), profesor Agregado honorario de la Clínica Psiquiátrica en ese entonces y también psicodramatista, al analizar los episodios depresivos en la esquizofrenia continuaba empleando términos como depresión psicótica y depresión reactiva, y al analizar los aportes del psicodrama al tratamiento de la depresión retomaba las nociones de depresión endógena y depresión reactiva (Orrego Bonavita, 1985b). El también profesor Agregado honorario de la Clínica, el doctor Clemente Sazbón (1985), encontraba cierta dificultad en emplear la clasificación del *DSM-III* y prefería hablar de depresiones por agotamiento somato-psíquico, depresiones disfóricas, depresiones paranoides y depresiones iatrogénicas, generadas en los pacientes por el mal funcionamiento de los equipos de salud.

Algunos médicos no abandonarían nunca la utilización de las categorías de depresión neurótica, reactiva y endógena. El profesor Daniel Murguía, uno de los psiquiatras uruguayos que más artículos publicó sobre el tema de la depresión, aun cuando conocía el *DSM-III*, seguiría utilizando durante la segunda mitad de los años ochenta la noción de depresión endógena, a través de la estrategia de situarla dentro de los trastornos afectivos mayores definidos por el manual (Murguía, 1986b).²⁰⁷ A mediados de los años noventa volvería a referirse a la depresión empleando las categorías de depresión neurótica, reactiva y endógena (Murguía, 1994), e incluso a finales del año 2000, en una entrevista concedida

²⁰⁷ Según Casarotti (2003: 156) la depresión fue uno de los temas preferidos por Murguía, constituyendo cerca de la sexta parte de los trabajos que publicó en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

a la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, hablaría de la gran incidencia de la depresión reactiva en el mundo moderno (Murguía, 2000b: 451).

El *DSM-III* tendría una aceptación parcial en el Uruguay. Psiquiatras como el doctor Guzmán Martínez Pesquera (1988), que había participado en la realización de varios ensayos clínicos con el equipo de Héctor Puppo Touriz en los que se había utilizado la clasificación de depresión del *DSM-III*, llegarían a sostener, aun aceptando la popularidad mundial que el *DSM-III* y el *CIE 9* habían logrado, que América Latina necesitaba de una clasificación regional basada en criterios formulados por los psiquiatras de la región.

A grandes rasgos, aquellos psiquiatras más cercanos a la investigación psicofarmacológica y epidemiológica fueron los que utilizaron con más precisión las divisiones de los trastornos afectivos propuestas por el *DSM-III* durante la segunda mitad de los años ochenta y la primera mitad de los años noventa mientras que los psiquiatras más cercanos a la práctica clínica, fueran psicoanalistas o no, siguieron utilizando las clasificaciones más antiguas. Los ensayos clínicos realizados de 1987 en adelante incluirían de ahí en más, en su gran mayoría, las definiciones de depresión del *DSM-III*, *DSM-III-R* y *DSM-IV*. El ensayo realizado por el equipo de Federico Dajas (Dajas, Nin y Martínez, 1987), que intentaba determinar el perfil clínico de los pacientes que responden a la maprotilina, incorporó el *DSM-III* para el diagnóstico de los sujetos incluidos en la prueba. Los autores suponían que no existía hasta el momento ningún ensayo de la droga que hubiese empleado dicho sistema diagnóstico. El grupo de Héctor Puppo Touriz (Puppo Touriz *et al.*, 1987) incorporó también hacia 1987 el uso del *DSM-III* como herramienta diagnóstica en el ensayo clínico en el que comparaban el perfil clínico de la metapramina con el de la imipramina. Lo utilizó asimismo en el ensayo clínico en el que contrastaba la toloxatona con imipramina (Puppo Touriz *et al.*, 1988).

Otros investigadores también adoptaron el uso del *DSM-III-R* en sus investigaciones y más tarde el *DSM-IV*, como en los estudios sobre el sueño que el Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina venía realizando (Boussard, 1993; Monti *et al.*, 1999; Monti y Monti, 2000; Monti, Alvariño y Monti, 2000).

Es necesario tener en cuenta que estos grupos de investigación tenían un contacto más firme con investigadores de Europa y Estados Unidos; además, publicaban parte de los resultados de sus estudios en revistas internacionales, por lo que evidentemente debían estar al tanto de las herramientas diagnósticas que se utilizaban en la investigación en los grandes centros de desarrollo de la psiquiatría.

Como hemos visto, el equipo liderado por Dajas luego de usar los RDC (Research Diagnostic Criteria) utilizaría el *DSM-III* en sus ensayos clínicos.²⁰⁸

208 En una entrevista mantenida con la autora en el año 2002, uno de los integrantes del equipo liderado por Dajas recordaba de la siguiente manera las herramientas diagnósticas que el grupo adoptaría en esa época: «... nos interesaba esquizofrenia y depresión, estábamos

Más tarde, cuando Dajas dirigiera una investigación en colaboración con Suecia para el estudio de las bases biológicas de la depresión y el suicidio utilizaría el *DSM-III-R* (Dajas *et al.*, 1998), y cuando liderara también los primeros estudios sistemáticos sobre epidemiología del suicidio en Uruguay utilizaría el *DSM-IV* (Bailador, Viscardi y Dajas, 1997).

A pesar de todos los esfuerzos realizados por la psiquiatría uruguaya de los años ochenta para delimitar una categoría precisa de depresión, los años noventa comenzarían con la publicación de un artículo del doctor Fernando González Gentile (1990) en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* en el que aún se señalaban los problemas nosográficos que la clasificación de la depresión presentaba. Sin embargo, es notorio que en este artículo la controversia sobre las limitaciones de la nosología psiquiátrica recoge los términos claves que los autores del *DSM-III* habían señalado como los principales criterios que el diagnóstico psiquiátrico debe asegurar para ser considerado científico: la confiabilidad y la validez. Por lo tanto, si bien la discusión sobre la clasificación de la depresión no estaba saldada y el *DSM-III* nunca llegaría a dominar por entero el diagnóstico psiquiátrico en Uruguay, las bases formales de su propuesta comenzaban a ser aceptadas.

La influencia ejercida por el *DSM-III* en la psiquiatría uruguaya y en la clasificación de las depresiones, en verdad, sería más notoria a partir de la segunda mitad de los años noventa, en la medida en que comenzó a ser más generalizado el uso del *DSM-IV*. Casi la totalidad de las monografías finales de los estudiantes de la especialización en psiquiatría de la Universidad de la República, que versaban sobre depresión y antidepresivos, harían referencia a alguna de estas dos versiones del *DSM*. En 1994, el mismo año de la edición del *DSM-IV*, por ejemplo, al menos uno de los trabajos presentados en las III Jornadas Científicas en Psiquiatría organizadas por la Clínica de Psiquiatría ya utilizaban los criterios clasificatorios del *DSM-IV* (Clínica Psiquiátrica, 2004: 249). Aquellos que se encontraban trabajando desde la perspectiva de la psiquiatría biológica fueron quienes utilizaron los *DSM* con más frecuencia. En las jornadas de 1995 la investigación sobre depresión y función tiroidea presentada por el doctor Álvaro D'Ottone y otros colegas utilizaría también la cuarta edición del *DSM* (Clínica Psiquiátrica, 2004: 263), y la experiencia clínica con fluoxetina y metilfenidato

trabajando y éramos los únicos que estábamos haciendo algo en Uruguay y publicando a nivel internacional, lo que realmente es difícil. Incluso no se tenía conciencia de la depresión como enfermedad como la que hoy conocemos, una enfermedad severísima, crónica, que a su vez aumenta enormemente la morbimortalidad, que es tan frecuente, eso no se sabía, se hablaba del 1 %, del 2 %, no se sabía en aquella época, incluso se seguía hablando de depresión endógena, de depresión reactiva, se seguía hablando de depresión neurótica, se estaba gestando el *DSM-III*, después el *DSM III R*. Nosotros en aquel momento usábamos los criterios que se llaman RDC (Research Diagnostic Criteria), de la escuela de San Luis, de Estados Unidos, nos parecían más adecuados que los criterios del *DSM-II*. Los criterios del *DSM-II* simplemente eran criterios muy psicopatológicos y no clínicos y entonces son difíciles de aplicar en la investigación clínica que tiene que ser muchísimo más severa, estandarizada, vos no podés hacer interpretaciones.»

en adolescentes presentada por Guillermo Castro Quintela y Ariel Gold la versión revisada del *DSM-III* (Clínica Psiquiátrica, 2004: 264). Asimismo, el *DSM-IV* era empleado por Raquel Zamora y Airam Martínez cuando analizaban el tratamiento combinado del trastorno obsesivo-compulsivo con terapia cognitivo-comportamental y psicofármacos (Clínica Psiquiátrica, 2004: 271). En acuerdo o en desacuerdo con él, el *DSM-IV* sería de ahí en adelante un punto de referencia para la nosografía.

Desde finales los años ochenta y durante los años noventa los psiquiatras y psicólogos integrantes de la corriente psicoanalítica acusarían, la mayoría de las veces, únicamente recibo de la existencia del manual, y continuarían empleando las nociones de depresión neurótica y melancolía. Así, los doctores Sélka Acevedo de Mendilaharsu y Carlos Mendilaharsu (1987), en un artículo publicado en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, enumerarían la clasificación de los trastornos afectivos realizados por el *DSM-III* para luego continuar trabajando sobre las clásicas melancolías y depresiones neuróticas del psicoanálisis. Once años más tarde, en un tomo de la misma revista dedicado al duelo, si bien algunos autores como las psicoanalistas Clara Uriarte (1998) y Laura Veríssimo de Posadas (1998) logran abordar el tema de la depresión y el duelo sin hacer referencia alguna al *DSM-III* o al *DSM-IV*, la discusión con el *DSM-III* y el *DSM-IV* se ve en la búsqueda de definiciones precisas de depresión. En el artículo del psicoanalista Saúl Paciuk (1998) el diálogo con las categorías de estos manuales alcanza también la temática del duelo, objeto típicamente del psicoanálisis. Hacia el año 2000, sucedería algo similar en el 1.º Congreso Uruguayo de Psicoanálisis y 11.ª Jornadas Científicas denominado *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*, organizado por la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Mientras un gran número de ponencias abordarían el tema del duelo y de la depresión sin necesidad de recurrir a las categorías diagnósticas del *DSM-III* y el *DSM-IV*, se apelaría a estos en el momento de intentar definirlos (Angulo, Buka y González, 2000). La popularidad con que el *DSM-III* y el *DSM-IV* contaban en la psiquiatría internacional, evidentemente, empujaba a los saberes psicológicos uruguayos a tomarlos como referencia obligada, pero eso sí, con ciertas libertades.

Lo cierto es que mientras un sector de la psiquiatría, desde la década de los ochenta, se esforzaba por lograr un sistema de clasificación nuevo que permitiese una delimitación estricta de la depresión y sus diferentes subtipos, otro sector se configuraba como el heredero de las viejas categorías nosológicas de la depresión e incluso de la melancolía. A lo largo de los años ochenta la psiquiatría discutía sobre cuáles eran las mejores maneras de distinguir y etiquetar las depresiones, pero ya no dudaba en la consistencia de esta noción y menos aún la confundía con la vieja melancolía. La psiquiatría de inspiración psicoanalítica, los psicoanalistas, así como la psicología más cercana al psicoanálisis seguirían utilizando los viejos términos de depresión psicógena y neurótica. Parte de los psicoanalistas del medio sostendría aún que la depresión era un síntoma que se desplegaba en el horizonte de las estructuras psicopatológicas distinguidas por el psicoanálisis: las

clásicas neurosis, psicosis y perversiones. Esta repartición de la nomenclatura de las depresiones de acuerdo a las corrientes teóricas que se abrazaran seguiría vigente hasta el día de hoy, pero ante todo marcaría una serie de reparticiones que estas escuelas y disciplinas realizarían a partir de la consolidación de la noción de depresión impulsada por la psicofarmacología. De hecho, el *DSM-III* y sus sucesivas revisiones rápidamente se convirtieron en el sistema diagnóstico estable que los ensayos clínicos estaban necesitando y de forma simultánea las críticas a los viejos sistemas diagnósticos y la insistencia en la necesidad de encontrar una definición precisa de la depresión fueron cesando. Durante los años noventa se emplearán o no el *DSM-III* o el *DSM-IV*, se realizarán o no las equivalencias entre sus categorías y las categorías más antiguas, pero ya no se abogará por la necesidad de un nuevo sistema diagnóstico que dé cuenta de la complejidad del fenómeno depresivo. La depresión ya no sería más una categoría móvil, encontraría su vigor y vigencia a partir de los subtipos propuestos por el manual. La creciente densidad de la noción de depresión, supuso un quiebre con las categorías psicopatológicas clásicas de la psiquiatría a las que apelaba tradicionalmente el psicoanálisis, pero también el quiebre con otros aspectos fundamentales para esta corriente: la etiología psicodinámica y la cura por la palabra. Con ello, la depresión logró definirse como un tema eminentemente psiquiátrico sobre el que el psicoanálisis y la psicología hacían aportes tangenciales. Y logró definirse, además, dentro de la psiquiatría, como el dominio concreto de investigación y de intervención de una psiquiatría biológica renovada. En los siguientes capítulos veremos cómo los saberes psicológicos, de acuerdo a su filiación teórica, se alinearon en tensión en torno a estos ejes y cambios.

De la química del cerebro al consenso biopsicosocial

Las raíces biológicas

Del mismo modo que los marcadores biológicos representaron una «esperanza biológica» para la solución del problema diagnóstico y del mismo modo en que se creyó que los psicofármacos podrían servir de herramienta distintiva entre uno y otro tipo de dolencia mental, las teorías bioquímicas que explicaban el funcionamiento de los antidepresivos, también fueron vistas como la respuesta al dilema del funcionamiento y etiología de la depresión. Veremos cómo en el Uruguay la presencia de estas teorías bioquímicas de la depresión impulsaba, por un lado, la ruptura del campo de los saberes psicológicos, dando una versión del modelo de la especificidad, esta vez centrado en la correlación unívoca entre enfermedad y mecanismos de neurotransmisión, que parecía reforzar la presencia de la psiquiatría biológica en el país. Mientras que, por otro lado, se instalaba en el medio una lectura particular de las explicaciones bioquímicas de los antidepresivos y la depresión, que lejos de enterrar definitivamente las explicaciones psicodinámicas y sociales de la enfermedad mental, permitía llegar a la elaboración de una fórmula conciliadora de las perspectivas biológicas, psicodinámicas y sociales.

Desde muy temprano la psiquiatría manejó la idea de que las enfermedades mentales poseían una raíz biológica. A finales del siglo XIX, una primera psiquiatría de tendencia biológica se propuso delimitar a través de la investigación sistemática las relaciones existentes entre las enfermedades mentales y el cerebro (Shorter, 1997). Una serie de experimentos en animales así como el estudio minucioso del cerebro de los enfermos mentales luego de su muerte, lideraron la búsqueda de las causas de la enfermedad mental en el propio organismo de los enfermos mientras que un conjunto de hipótesis daban crédito, especialmente a través de la teoría de la degeneración, a la herencia como factor determinante en el desarrollo de este tipo de dolencias. Pero la fuerza que poseían las teorías biológicas de la enfermedad mental en las últimas décadas del siglo XIX, daría paso luego al vigor de las hipótesis psicodinámicas, que dominarían el panorama psiquiátrico durante buen parte del siglo XX. No obstante, el predominio sucesivo de una u otra perspectiva no finalizaría allí.

De hecho, el saber psiquiátrico ha oscilado durante todo su desarrollo entre explicaciones fisicalistas y explicaciones moralistas de la enfermedad mental.²⁰⁹

²⁰⁹ Una metáfora recurrente en las reflexiones que los psiquiatras realizan sobre el desarrollo de la disciplina es la que explica estos movimientos como la trayectoria de un péndulo que se

De acuerdo a las primeras, la enfermedad mental obedece fundamentalmente a causas orgánicas, es decir, está determinada por causas físicas que se desencadenan principalmente a nivel cerebral, mientras que de acuerdo a las segundas la enfermedad mental es la expresión de la naturaleza del espíritu, la razón y los comportamientos humanos. La oscilación reiterada entre uno y otro polo que la psiquiatría ha efectuado a lo largo de su historia ha respondido en parte a la incapacidad de las teorías, emergidas tanto de un extremo como del otro, para dar cuenta cabal del fenómeno de la enfermedad mental. Si esta oscilación ha sido posible es en la medida en que tanto las explicaciones fisicalistas como las explicaciones moralistas han fracasado, al menos parcialmente, en proporcionar explicaciones causales que fuesen aceptadas como válidas por el conjunto del cuerpo psiquiátrico.

En este constante vaivén, hacia la segunda mitad del siglo XX las concepciones biológicas de la enfermedad mental tomaron un nuevo impulso. Los aportes que la genética y la biología molecular estaban realizando para la identificación de los genes causantes de enfermedades tales como la esquizofrenia, ayudaron a este renacimiento de la psiquiatría biológica (Shorter, 1997). Pero el impulso más fuerte para la reanimación de las hipótesis fisicalistas en la segunda mitad de siglo XX provino fundamentalmente del desarrollo de los psicofármacos. Estos nuevos medicamentos, que sin lugar a dudas actuaban a nivel físico, proporcionaban nuevas pruebas en favor de las hipótesis biológicas de las enfermedades mentales, pero además abrían un nuevo ámbito de investigación que reeditaba con renovada fuerza la vinculación entre estas enfermedades y el cerebro.

Más estrictamente, el surgimiento de las drogas antidepresivas, por ejemplo, puso en marcha paralelamente una línea de investigación con el objetivo de buscar explicaciones sobre el éxito de estas drogas en la cura de los estados depresivos. Casi de forma inmediata a su desarrollo se realizaron intentos por establecer los mecanismos de acción de estos psicofármacos, intentos que vigorizaron la investigación sistemática sobre la química cerebral. La psiquiatría biológica que resurgiría en esta época buscaría el substrato biológico de estas enfermedades, en particular, en el funcionamiento bioquímico del sistema nervioso central.

Paradójicamente, en el momento en que los antidepresivos fueron desarrollados e introducidos en el mercado farmacéutico mundial los conocimientos existentes sobre el funcionamiento bioquímico del cerebro eran relativamente escasos. Luego de que a principios del siglo XX los trabajos de Ramón y Cajal determinaran que las células del sistema nervioso central no eran continuas, las investigaciones prosiguieron intentando explicar cómo se realizaba la comunicación entre ellas. Las primeras hipótesis que se elaboraron postularon que las neuronas se comunicaban a través de impulsos eléctricos y esta tesis se vio respaldada en los años veinte por las primeras grabaciones de ondas cerebrales que llevarían luego a la creación del electroencefalograma (Healy, 1997: 144-145).

desplaza alternadamente entre un polo fisicalista y un polo moral.

Sin embargo, desde los primeros años del siglo XX, ya se tenía noción de que, de algún modo, había sustancias químicas implicadas en esta transmisión. Durante la primera mitad del siglo varios experimentos comenzaron a indicar la importancia de la transmisión química en la comunicación neuronal, y progresivamente se comenzó a reconocer, aislar y determinar la presencia en el sistema nervioso central de las sustancias químicas involucradas en esta comunicación. Estas sustancias, denominadas luego neurotransmisores, terminarían siendo consideradas elementos fundamentales para la explicación de los mecanismos de acción de los psicofármacos y para la explicación del desarrollo de algunas enfermedades mentales. Entre la diversidad de neurotransmisores existentes, fueron la acetilcolina, la dopamina, la noradrenalina y la serotonina las protagonistas de este tipo de explicaciones.

Aunque la presencia de acetilcolina en las terminales nerviosas del sistema parasimpático se determinó en los años veinte, la identificación de los neurotransmisores tuvo lugar, sobre todo, en torno a los años cincuenta. Particularmente, la presencia de la mayoría de los neurotransmisores que serían considerados relevantes en los mecanismos de acción de los psicofármacos, y en especial de los antidepresivos, se determinó casi al mismo tiempo que estos nuevos medicamentos estaban siendo desarrollados. La presencia de serotonina en el cerebro y en otros tejidos se verificó en 1947. En 1952 se comprobó la presencia de noradrenalina en el sistema nervioso central y en 1958 farmacólogos de Suecia descubrieron las propiedades transmisoras de la dopamina y establecieron su presencia en el cerebro.

A pesar de estos hallazgos, la idea de que la transmisión química era uno de los modos claves de la comunicación neuronal era todavía difícil de aceptar a principios de los años sesenta, por lo que las primeras hipótesis que, por ese entonces, propusieron una vinculación entre los neurotransmisores y las enfermedades mentales fueron verdaderas apuestas renovadoras (Healy, 1997; Valenstein, 1998). Los estudios sobre los modos de acción de los IMAO y los tricíclicos comenzaron a otorgarle un papel central a los neurotrasmisores, enfatizando su vinculación con cierto tipo de estados emocionales. Cuando en 1952 se determinó que la iproniazida inhibía la monoaminaoxidasa, enzima de la que dependen la destrucción de la noradrenalina, la serotonina y la dopamina, se dedujo que ello aumentaba los niveles de estos neurotrasmisores en el cerebro. Casi inmediatamente después del descubrimiento de los efectos antidepresivos de la iproniazida, surgió una versión temprana de lo que posteriormente se conocería como *hipótesis catecolamínica* de la depresión que implicaba a los neurotransmisores de este tipo en la génesis de la dolencia. Ya en 1958 se realizaban experimentos para comprobar la hipótesis. Asimismo, durante los años sesenta se comenzó a estudiar la relación entre la dopamina y los antipsicóticos. Se creía que altos niveles de dopamina podían acarrear síntomas de esquizofrenia. A su

vez, por esos años, se determinó el papel de este neurotransmisor en la enfermedad de Parkinson (Healy, 1997: 150-151).²¹⁰

En resumidas cuentas, a fines de la década de los sesenta el modelo de la especificidad de las enfermedades había llegado también a los neurotransmisores, pues las explicaciones biológicas de las enfermedades mentales basadas en la neuroquímica propondrían una relación uno a uno entre estas enfermedades y los mediadores neuronales. Cada uno por separado o en los grupos en los que se clasifican, fueron relacionados con los mayores trastornos mentales.²¹¹ El sustento empírico para estas hipótesis provino en gran medida de la observación de que los psicofármacos que aliviaban estos trastornos producían modificaciones en neurotransmisores concretos, y también de la observación de que los sujetos afectados con enfermedades mentales concretas mostraban modificaciones en los niveles de neurotransmisores en el cerebro.

Así como lo fue la correlación unívoca entre tratamiento y enfermedad, esta correlación entre enfermedad y neurotransmisores fue una noción útil para la industria farmacéutica, pues inmediatamente se transformó en una correspondencia que significó una relación de causalidad. Sobre esta relación de causalidad, la correspondencia enfermedad-neurotransmisores se tradujo en distintas hipótesis etiológicas de las enfermedades mentales que fueron potentes en la guía de la investigación básica y, sobre todo, psicofarmacológica. Así, las condiciones estaban dadas para que se lanzara una teoría que explicaba también la depresión en base a la neurotransmisión (Healy, 1997: 156). De tal suerte, tanto los diferentes tipos de mediadores neuronales así como las distintas etapas de

210 Es necesario tener en cuenta que de los más de cien neurotransmisores que hoy se conocen, en ese momento, solo se habían aislado media decena y, además, no existía aún en esa época la tecnología necesaria que permitiera medir los niveles de estos mediadores químicos en el cerebro. A partir de estos niveles se puede dirimir si los neurotransmisores tienen importancia funcional o no, información que hubiera facilitado el establecimiento de correlaciones entre las modificaciones conductuales y las modificaciones en los niveles de los neurotransmisores provocadas por los antidepresivos. No obstante, a pesar de la falta de las tecnologías apropiadas, esta relación se estableció en el correr de esa misma década a partir de la experimentación con psicofármacos. El papel de la reserpina fue clave, por ejemplo, en el establecimiento de una relación entre las alteraciones del comportamiento y los niveles de serotonina. En 1955 se observó que en aquellos animales a los que se les había administrado reserpina por largo tiempo, la serotonina tendía a desaparecer. Los efectos que la reserpina generaba como potente tranquilizante eran similares a los síntomas depresivos por lo que se pensó que si la reserpina descendía los niveles de serotonina, este neurotransmisor podría estar implicado en los fenómenos depresivos. De hecho, la reserpina provocaba en los animales de laboratorio un estado letárgico que fue utilizado como modelo experimental análogo a la depresión humana (Valenstein, 1998: 97-98).

211 Existe una gran variedad de neurotransmisores, todos de diversa naturaleza química. Los neurotransmisores que se han vinculado con las enfermedades mentales suelen clasificarse, de acuerdo a esta naturaleza, en monoaminas o aminas biógenas. Estas engloban a su vez el grupo de las catecolaminas entre las que se encuentra la dopamina, la noradrenalina y la adrenalina y el grupo de las indolaminas en el que se incluye la serotonina. A grandes rasgos, la noradrenalina estaría implicada en los trastornos del humor, la dopamina en la psicosis, la serotonina en la ansiedad y la acetilcolina, otro neurotransmisor, en las demencias.

la neurotransmisión²¹² sirvieron de soporte para la elaboración de las hipótesis bioquímicas de la depresión.

Hipótesis monoaminérgicas de la depresión

Poco después de la introducción de los IMAO y los tricíclicos, varios estudios señalaron que sus efectos se debían a su acción sobre un tipo particular de neurotransmisores: las catecolaminas. Aunque en este grupo se clasifican tanto la noradrenalina como la dopamina, inicialmente se dio importancia a la noradrenalina porque primero pudo demostrarse que los IMAO y tricíclicos aumentaban su concentración cerebral. La imipramina, por ejemplo, bloqueando la recaptación de las catecolaminas, los IMAO impidiendo su destrucción. Además, en el momento tampoco existían psicofármacos que afectaran los niveles de serotonina, por lo que en primera instancia este neurotransmisor no fue tenido en cuenta en la formulación de las hipótesis neuroquímicas de la depresión.

En 1965 apareció la primera formulación de una hipótesis concreta que enfatizaba el papel de las catecolaminas en la aparición de los síntomas depresivos, propuesta por el psiquiatra Joseph Schildkraut (Healy, 1997: 156). Esta incidencia se conocía desde finales de los años cincuenta gracias a los estudios realizados con reserpina. Concretamente se sostuvo que el déficit de noradrenalina provoca la sintomatología depresiva y que, por el contrario, su presencia excesiva sería responsable de la manía. En la medida en que se comprobó que ni los IMAO ni los tricíclicos actúan únicamente sobre las catecolaminas, sino que pueden afectar también a la serotonina, perteneciente al grupo de las indolaminas, esta hipótesis se pasó a llamar, a finales de los años sesenta, *hipótesis monoaminérgica*. Esta hipótesis postuló que tanto la noradrenalina como la serotonina, a su vez pertenecientes ambas a la gran categoría de las monoaminas, estaban implicadas en la depresión.

Pero si bien la hipótesis monoaminérgica encontraba su apoyo en los mecanismos de acción de los antidepresivos, el funcionamiento de estos también proporcionó las bases para las principales críticas a este supuesto. La isoniazida,

²¹² La comunicación neuronal es concebida como un intercambio de información producida a través de señales químicas liberadas por las células nerviosas. Cada una de estas células posee las enzimas necesarias para sintetizar estas sustancias y las almacena en su cuerpo hasta que recibe el estímulo que promueve su liberación hacia la zona de contacto entre las células, llamada sinapsis. Una vez que se encuentran en la hendidura sináptica se unen a un receptor específico ubicado en la neurona que recibe la información. Luego de producida esta unión la transmisión ha tenido lugar, y la asociación entre neurotransmisor y el receptor debe ser desactivada para garantizar la precisión de la transmisión. Esto se produce ya sea a través de enzimas que destruyen el neurotransmisor o porque este vuelve a ser captado por la neurona que lo liberó. Los diferentes antidepresivos actúan de manera diversa sobre cada uno de estos momentos y teniendo en cuenta estas diferencias se formularon distintas hipótesis bioquímicas de la depresión.

por ejemplo, que tiene también propiedades antidepresivas, no inhibe la monoaminooxidasa y mientras que está claro que los tricíclicos inhiben la recaptación de las monoaminas, no está claro que ello lleve necesariamente a un aumento de su concentración en la hendidura sináptica. La recaptación es un mecanismo que conserva los neurotransmisores e inhibir ese mecanismo podría llevar, por consiguiente, más que a su incremento a la pérdida de estos. En estudios en animales a los que se les administraron tricíclicos a largo plazo, en efecto, se observó una disminución de estos neurotransmisores. Además, los tratamientos que intentaban aumentar directamente los niveles de catecolaminas nunca mejoraron la performance de los antidepresivos. Por otra parte, los tricíclicos no solo modifican los niveles de noradrenalina y de serotonina, sino que también afectan la acetilcolina, por lo que cabría la posibilidad de la que las monoaminas no fuesen los únicos neurotransmisores implicados en la génesis de las depresiones. Incluso a medida que los tratamientos avanzan el tipo de modificaciones ocurridas a nivel cerebral aumenta, lo que hace difícil aislar las causas específicas de los efectos terapéuticos de los antidepresivos (Valenstein, 1998: 99). Existen también algunas contradicciones planteadas por los modos de acción de los IMAO y los tricíclicos. Por ejemplo, algunos tricíclicos que inhibían también la monoaminooxidasa, no eran energizantes como los IMAO, sino que tendían a sedar.

El imperio de la serotonina

Consecuentemente, hacia 1970, las hipótesis sobre la química de las depresiones viraron de los niveles de la noradrenalina a la importancia de los receptores neuronales. Una vez determinado que varias sustancias que carecían de efectos antidepresivos, como la cocaína y las anfetaminas, bloqueaban la recaptación de monoaminas, la hipótesis monoaminérgica de la depresión quedó en entredicho (Healy, 1997: 161; Valenstein, 1998: 98-99). También había algunas sustancias con efectos antidepresivos, como la mianserina y el iprindol, que no bloqueaban la recaptación de monoaminas y tampoco inhibían la monoaminooxidasa, sino que se ligaban a receptores cerebrales. Además, los antidepresivos tricíclicos e IMAO bloqueaban tanto los mecanismos de recaptación como de inhibición tan solo en una hora mientras que sus efectos antidepresivos tardaban varios días en aparecer. Por lo tanto, la idea de que los sistemas de receptores estaban en juego comenzó a tomar peso, pues serían más estables y las drogas tardarían más en modificarlos.²¹³

En 1972 se formuló una nueva hipótesis neuroquímica que traducía la hipótesis monoaminérgica de la depresión en términos de receptores. Se encontró que todos los antidepresivos modificaban los receptores beta-adrenérgicos, incluso aquellos antidepresivos que no bloqueaban la recaptación de catecolaminas. Dicha modificación tardaba de una a dos semanas en aparecer, lo que

²¹³ Ahora se sabe que los antidepresivos actúan igual de rápido sobre los receptores que sobre los mecanismos de inhibición.

coincidía con el tiempo de aparición de los efectos de los antidepresivos. Estos hallazgos llevaron a que en 1976 se propusiera que el mecanismo de acción de los antidepresivos era la modificación de los receptores beta-adrenérgicos. Durante los años setenta las enfermedades psiquiátricas comenzaron a ser consideradas no solo trastornos de un único sistema de neurotransmisión sino también de sus receptores específicos. A pesar de las críticas que podían realizarse a la hipótesis monoaminérgica, la introducción de los receptores en la explicación causal de las enfermedades permitió que la hipótesis se mantuviera firme por un buen tiempo. Solo empezó a ser verdaderamente cuestionada cuando los ISRS entraron al mercado a finales de los años ochenta.

Con el desarrollo de los antidepresivos ISRS, la serotonina pasó a tomar un papel central en las hipótesis neuroquímicas de la depresión. En la medida en que era claro que estas nuevas sustancias inhibían la recaptación de este neurotransmisor sin afectar al resto de los mediadores neuronales, el papel de la serotonina en la génesis de las depresiones ganó lugar.

En 1963 se había comprobado que al añadir a los IMAO el precursor de la serotonina, el triptófano, era posible potenciar los efectos de estos antidepresivos. Por otra parte, también se había descubierto que un metabolito de la serotonina, el 5HIAA, estaba descendido en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes deprimidos, por lo que se concluía que debía existir alguna alteración de la serotonina en los deprimidos. En 1967, con la transformación de la hipótesis catecolaminérgica en la hipótesis monoaminérgica, se reconoció el rol de la serotonina en el desarrollo de los estados depresivos. La farmacología de algunos antidepresivos, como la clorimipramina, que eran inhibidores de la recaptación de serotonina, dio la clave para poner atención en este mecanismo. Además, varias investigaciones realizadas durante los años setenta sugerían una vinculación entre la falta de serotonina y la depresión. Por ejemplo, estudios realizados en Estocolmo vinculaban la baja del principal metabolito de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo a la tendencia al suicidio. Aunque estos estudios no fueron concluyentes, lograron promover la idea de que existía una conexión entre la serotonina, la depresión y la impulsividad y, por sobre todo, lograron imponer la noción de que la serotonina era más determinante que el resto de los neurotransmisores en esta conexión. De hecho, la serotonina acaparó la atención de la mayoría de las investigaciones de desde mediados de los años setenta en adelante y, sin lugar a dudas, pasó a ser el neurotransmisor protagonista de la psicofarmacología y la psiquiatría de los últimos tiempos.

La preeminencia de la serotonina finalmente alcanzó el modelo de la especificidad patológica bajo la *hipótesis serotoninérgica* de la depresión. Esta hipótesis postula que un déficit de dicho neurotransmisor sería el responsable de la sintomatología depresiva. El desarrollo de los ISRS validó, de alguna forma, la importancia de la serotonina en el desarrollo de los estados depresivos, pues el mecanismo de acción de estos antidepresivos se basa en el bloqueo de la recaptación

principalmente de la serotonina. Aumentan la concentración de este neurotransmisor en la hendidura sináptica y de esta manera se prolonga su actividad.

En cierta manera, la especificidad de estos nuevos antidepresivos se trasladó de los efectos terapéuticos a los mecanismos de acción y, sobre todo, a los efectos psicofarmacológicos concretos a nivel cerebral (Valenstein, 1998: 106), al punto que cada nuevo ISRS fue introducido como una sustancia más específica que sus predecesores del mismo grupo, argumentándose que cada uno actuaba sobre receptores distintos de la serotonina. La especificidad de los mecanismos de acción llegaría incluso a ser determinante durante los años noventa para la clasificación de los antidepresivos, como el propio nombre de los ISRS lo atestigua.²¹⁴ Siguiendo su ejemplo, surgieron nuevos términos como inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas, en los que se integró a los antiguos tricíclicos, ISRC, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), antagonistas específicos de noradrenalina y serotonina (NASSA).

Por otra parte, el papel de los receptores también es importante en la hipótesis serotoninérgica de la depresión. Ellos explican en gran medida las discrepancias existentes entre los efectos secundarios producidos por los distintos ISRS y también el período de quince días que es necesario esperar para que sean apreciados sus efectos terapéuticos. La serotonina produce sus efectos biológicos a través de receptores postsinápticos diferentes. Esos receptores poseen características variadas y debido a ello la serotonina produce efectos distintos según el receptor que active. Los receptores también tienen una distribución diferente en el sistema nervioso central, lo que explica la gran variedad de efectos secundarios que estas sustancias producen. Los efectos secundarios son los primeros efectos que estas sustancias generan y posteriormente aparecen los efectos terapéuticos por lo que se supone que los ISRS aumentan la serotonina en regiones distintas del cuerpo (Stahl, 1998).

Ahora bien, por más que la hipótesis serotoninérgica de la depresión llevó al desarrollo de antidepresivos más seguros, lo cierto es que los ISRS alcanzan niveles de eficacia iguales a los de los antidepresivos más antiguos, que son activos en más de un sistema neurotransmisor a la vez. Asimismo, sustancias como el bupropion con efectos antidepresivos claros, no actúan sobre la serotonina

²¹⁴ A pesar de ello, la especificidad vinculada a este neurotransmisor es difícil de sostener. Ciertamente, el papel de la serotonina en la bioquímica cerebral y la acción de las drogas que actúan sobre ella se ve complejizado por la gran cantidad de diversas funciones en las que este neurotransmisor se encuentra implicado. La serotonina se encuentra en todo el cuerpo y especialmente en altas concentraciones en las paredes de los vasos sanguíneos, en las plaquetas sanguíneas, en las paredes del intestino y en el cerebro. En este último se encuentra en áreas que controlan diferentes funciones como el sistema respiratorio y el cardíaco y también las zonas que controlan el apetito. Por lo tanto las drogas que actúan sobre el sistema serotoninérgico tienen un amplio rango de acción sobre diferentes funciones biológicas y por ello podrían actuar, por ejemplo, como antihipertensivos, además de antidepresivos, y de hecho se emplean en el tratamiento de otras dolencias mentales como la anorexia y el trastorno obsesivo compulsivo.

sino sobre la noradrenalina y la dopamina. Todo ello hace pensar, a pesar de la insistencia en el uso del modelo de la especificidad en materia bioquímica, que la depresión no es una enfermedad que se deba a un único neurotransmisor. Ajustándose a estos hechos, en la década de los noventa se propuso que el déficit en la actividad serotoninérgica, si bien no explicaba exhaustivamente los estados depresivos, constituía un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de las depresiones. Se conseguía con ello mantener la primacía de la serotonina en la explicación del funcionamiento de los estados depresivos y los antidepresivos, sosteniendo el modelo de la especificidad aunque fuese al precio de rebajar el papel de este neurotransmisor a una simple predisposición.

Veremos que aun bajo importantes críticas tanto la hipótesis catecolaminérgica, la monoaminérgica, como la serotoninérgica, consiguieron modificar no solo la visión que los saberes psicológicos tenían del fenómeno depresivo sino también la propia correlación de fuerzas dentro de estos saberes.

Las hipótesis bioquímicas y sus efectos secundarios

Además de las contradicciones derivadas del análisis de los mecanismos de acción de los distintos antidepresivos, las hipótesis bioquímicas de la depresión también han recibido críticas a partir de otros modelos biológicos de la depresión. Estas críticas se organizan en tres frentes. Uno en el que se ha explorado la posible participación de otras bases biológicas en la depresión, otro en el que se revisan las limitaciones de las investigaciones lideradas por estas hipótesis y otro en el que se enfatiza su incapacidad como hipótesis guía para el desarrollo de medicamentos más eficaces que los antiguos. Dentro del primer frente, se han tenido en cuenta, por ejemplo, los cambios morfológicos que ocurren en el hipotálamo como consecuencia del estrés y que pueden ser incluso revertidos o prevenidos por el uso de antidepresivos, como posible explicación biológica de la depresión, alternativa a las hipótesis bioquímicas. También otro tipo de modificaciones detectadas en el sistema inmunológico podrían estar implicados en el desarrollo de los estados depresivos (Hindmarch, 2002). El segundo frente, ha puesto énfasis en que las agendas de investigación gobernadas por las hipótesis bioquímicas, han dejado fuera de la exploración científica otro tipo de moléculas no pertenecientes al sistema monoaminérgico que podrían estar participando en los estados depresivos. Por último, para algunos, la pobreza de estas hipótesis tampoco habría permitido avanzar demasiado en el desarrollo de medicamentos radicalmente superiores a los más viejos, ni habría permitido una comprensión más profunda de los mecanismos biológicos de la depresión.

En realidad, todas las hipótesis bioquímicas de las enfermedades mentales han cambiado muy poco desde su formulación hasta el presente. Las hipótesis sobre la depresión tan solo han virado de un tipo de neurotransmisor a otro sin experimentar diferencias sustanciales (Valenstein, 1998: 95) y sin intentar integrar la gran variedad de nuevos neurotransmisores que se han descubierto en los

últimos tiempos. El propio desarrollo de antidepresivos a partir de sustancias similares a las ya probadas como efectivas tampoco ha permitido una renovación radical de terapéuticas que deban explicarse poniendo otras hipótesis en juego. Si bien cada vez se conoce más los efectos de estos medicamentos sobre el funcionamiento bioquímico del cerebro, aún no se tiene una explicación convincente de la relación entre este funcionamiento bioquímico y el desarrollo de las enfermedades mentales. Es decir, el pasaje de las explicaciones a nivel molecular a las explicaciones a nivel de funcionamiento psicológico global del ser humano sigue siendo insatisfactorio. Para algunos la gran falla de las hipótesis bioquímicas es el haber tratado de explicar las enfermedades mentales tomando elementos mínimos de un sistema altamente complejo como el sistema nervioso central. Los neurotransmisores son solo partes de este sistema que no pueden explicar por sí solos el funcionamiento del mismo en su conjunto. Las hipótesis bioquímicas que se basan en estos han fallado en proporcionar un principio integrador que pueda abarcar la relación entre las enfermedades mentales y su sustrato biológico (Rudnick, 2002).

De cierta manera, el éxito de los antidepresivos como herramientas terapéuticas había promovido una equiparación ligera de sus mecanismos de acción con los fundamentos biológicos de la depresión. En sí mismas, las hipótesis monoaminérgicas, catecolaminérgicas y serotoninérgicas de la depresión, reflejan el conocimiento que se tenía en diferentes momentos sobre los mecanismos de acción de los antidepresivos. Y la transformación de este conocimiento en conocimiento sobre la etiología de la depresión suponía una confianza extrema en la relación entre terapéutica y enfermedad y una asimilación inmediata de los efectos bioquímicos de los antidepresivos sobre el cerebro a las causas de la depresión.

Según Healy estas hipótesis, además de dominar rápidamente el campo psiquiátrico, liderar las agendas de investigación y guiar la búsqueda de nuevos medicamentos, supusieron una ruptura interna del campo psiquiátrico que no tenía precedentes en la historia de la disciplina. Si bien las terapéuticas biológicas existían en psiquiatría desde largo tiempo y cualquiera podía hacer uso de ellas sin poner en riesgo sus posiciones teóricas, puesto que estas terapéuticas se fundamentaban escasamente en teorías de la enfermedad mental, la llegada de las teorías biológicas de la depresión modificaría esta libertad. Al momento de la introducción de los antidepresivos, cualquiera podía usarlos sin que ello implicara necesariamente una opción por uno u otro tipo de teoría sobre la enfermedad mental, pero, con la llegada de las hipótesis bioquímicas, el campo psiquiátrico se fracturó y el uso de las terapéuticas fue ligado a la toma de partido entre la psiquiatría biológica y la psiquiatría dinámica (Healy, 1997: 157). De hecho, la hipótesis monoaminérgica de la depresión fue la hipótesis más fuerte durante más de dos décadas. Pudo explicar fenómenos que las hipótesis psicodinámicas no podían, como por ejemplo, el modo de acción de los antidepresivos. También permitía el diseño de pruebas experimentales específicas y desarrollos farmacéuticos concretos, y como teoría designaba carriles precisos

para que la investigación pudiera seguir adelante. Proporcionaba también un modo de comunicación claro entre laboratorios y médicos y entre médicos y pacientes porque permitían explicar cómo funcionaban los antidepresivos aunque esto último no fuera del todo comprobable (Healy, 1997: 159-160). Pero esta hipótesis no explicaba únicamente la etiología de la depresión ni únicamente el funcionamiento de los antidepresivos, sino que proporcionaba una justificación a los nuevos enfoques biológicos de la psiquiatría y justificaban, a su vez, la elección preferencial por los nuevos tratamientos psicofarmacológicos. Se conformaría así la preeminencia de lo que Shorter (1997) identifica bajo el nombre de segunda psiquiatría biológica que llegaría, durante los años setenta y principalmente en Estados Unidos, a desplazar al psicoanálisis como paradigma dominante dentro de la psiquiatría.

Como veremos, la explicación biológica de la depresión también tendría lugar en los saberes psicológicos del Uruguay y su entrada se daría de la mano de los antidepresivos, o al menos, así serían presentadas las hipótesis bioquímicas de la depresión en el país, como fuertemente relacionadas con el desarrollo de estos psicofármacos. Ahora bien, lejos de producir un desplazamiento simple del psicoanálisis por la psiquiatría biológica, el Uruguay tomaría su propio rumbo en la vinculación entre teorías, terapéuticas y composición del campo de los saberes psicológicos.

Hipótesis bioquímicas de la depresión en el Uruguay

La psiquiatría uruguaya recogió las producciones de la psicofarmacología internacional y reprodujo una narración del desarrollo de la disciplina en la que los psicofármacos, al igual que en Europa y Estados Unidos, eran considerados esenciales en la elaboración de las teorías bioquímicas de la enfermedad mental y en el nuevo empuje que la psiquiatría biológica experimentara en la segunda mitad del siglo XX.

Cuando se estaban realizando las primeras experiencias con imipramina en el país, los psicofármacos comenzaron a ser delineados como un factor esencial en el avance del conocimiento psiquiátrico. Esta interpretación daría una visión positiva sobre los psicofármacos que extendía su poder innovador, ubicado inmediatamente en sus efectos terapéuticos, también al campo de la generación de conocimiento. Las nuevas drogas, escribían los profesores de la Clínica Psiquiátrica, Fortunato Ramírez y Juan Carlos Badano, «contribuyen, al mismo tiempo, a esclarecer cuáles son los mecanismos neurológicos que se ponen en juego para provocar alteraciones psíquicas y al mismo tiempo hacer avanzar indudablemente el conocimiento preciso del psiquismo» (1961: 119).

Ahora bien, ese avance en la generación de nuevo conocimiento, a finales de la década de los cincuenta, época en que escribían Ramírez y Badano, podía ser presentado como la profundización en el conocimiento del psiquismo, término que provenía sobre todo de las corrientes dinámicas de la psiquiatría, sin entrar en contradicción directa con las descripciones de los mecanismos neuroquímicos

cerebrales que empezaban a ilustrar el funcionamiento de los psicofármacos. En verdad, aunque evidentemente los psicofármacos eran utilizados sobre todo para la exploración del funcionamiento del cerebro, y se tomaba nota de ello, la formulación del avance del conocimiento impulsado por estos como un avance que vigorizó a la vertiente biológica de la psiquiatría sería, al menos en el Uruguay, una elaboración posterior. Particularmente las décadas del setenta y del ochenta verían difundirse esta versión en los ámbitos psicológicos del país.

Así, a principios de los años ochenta el profesor Fortunato Ramírez describía el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay remarcando que «los psicofármacos nos han ubicado en el terreno de la Psicología Biológica» (1980: 163). Esta idea, aunque con algunas variantes, sería presentada de una u otra forma en los artículos del medio desde los años setenta en adelante. El profesor Murguía subrayaría, cuando la década de los ochenta tocaba a su fin, que:

ese amplio abanico de productos farmacológicos con acción terapéutica indujo a la investigación acerca del lugar de acción de cada uno de ellos y del mecanismo de su actuación. Bajo esta perspectiva la Psiquiatría Biológica propició un notable avance en el terreno de la neurología y la neurofisiología [...]. (1989: 218).

Casi diez años más tarde, por ejemplo, el doctor Humberto Casarotti afirmaría que junto a la constatación de que el psicoanálisis no obtenía los resultados terapéuticos esperados, el hecho de los que «los fármacos “psicoactivos” producían efectos evidentes e incluso específicos sobre los trastornos mentales, llevaron a una toma de conciencia de los factores biológicos en psiquiatría» (1998: 9).

Pero si los psicofármacos guiaron de algún modo la elaboración de las hipótesis bioquímicas de la depresión y llevaron al consiguiente fortalecimiento de los enfoques biológicos de la psiquiatría, la vinculación entre la biología y estas terapéuticas no siempre tuvo como protagonistas a los neurotransmisores. En verdad, las primeras referencias uruguayas a los mecanismos de acción de los psicofármacos y su posible vinculación con la etiología de las enfermedades mentales tomaban como protagonistas otros factores biológicos. En 1955, por ejemplo, la doctora Galina Solovey de Milechnin, médica del Hospital Pediátrico Pereira Rossell de Montevideo, ensayaba una explicación de los modos de acción de los psicofármacos que no recurría a los mediadores químicos del sistema nervioso central:

Al lado de los procedimientos heroicos que se emplean en las psicosis (electrochoque, inhalaciones de anhídrido carbónico, etcétera) y que en algunos casos se han empleado en las neurosis, hay interesantes ensayos con drogas capaces de influir sobre el tono emocional del paciente o sobre las repercusiones periféricas que este puede tener por intermedio del sistema neurovegetativo-endócrino. Entre tales drogas pueden citarse los dimitrilos, el 3-orto-toloxi-1,2-propanediol (Tolserol), el Largactil, los derivados de la Rauwolfia Serpentina, etcétera.

No es teóricamente improbable que en el futuro tengamos un «sedante talámico» o «regulador diencefálico» capaz de hacer desaparecer electivamente los estados de angustia y tensión emocional (Solovey de Milechnin, 1955: 514).

Es necesario tener en cuenta que a mediados de los años cincuenta recién se estaban aislando los diferentes neurotransmisores por lo que era de esperarse que se apelara a otros componentes biológicos. Aun así, ya estaban presentes algunas ideas que más tarde se expresarían en las hipótesis neuroquímicas. La noción de especificidad de los efectos farmacológicos con las bases biológicas que están en juego en los mecanismos de acción de los psicofármacos está presente cuando Solovey de Milechnin guarda esperanzas acerca del desarrollo de sedantes talámicos o reguladores diencefálicos. Algunos años antes el psiquiatra Isidro Mas de Ayala (1953) daba crédito a las investigaciones en endocrinología para explicar los modos de acción de las terapéuticas biológicas, y en artículo publicado en 1956 en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* recurría al sistema reticulado para explicar el mecanismo de acción de la clorpromazina.

De todas formas, el papel de la neurotransmisión en el funcionamiento de los psicofármacos comenzó a ser mencionado casi al mismo tiempo que los anti-depresivos ingresaban al país. Las hipótesis bioquímicas de la depresión tuvieron su presentación por parte de psiquiatras uruguayos desde la segunda mitad de los años setenta, pero la idea de que los neurotransmisores jugaban cierto rol en los mecanismos de acción de los psicofármacos ciertamente estaba en el país desde por lo menos finales de los años cincuenta. En el Curso de Perfeccionamiento de la Clínica Psiquiátrica de 1958 el profesor Daniel Murguía ya apelaba a los neurotransmisores para poder presentar las características de medicamentos como la reserpina, la clorpromazina y la iproniazida, que en ese momento él llamaba drogas modernas. Eso sí, se centraba sobre todo en la revisión de la acetilcolina, neurotransmisor que posteriormente tendría escasa relevancia en las teorías neuroquímicas tanto de la depresión como de otros trastornos mentales. Recogía con ello la tendencia que seguiría liderando los aportes de la bioquímica en psiquiatría: el rol de los psicofármacos en el desarrollo de las teorías biológicas de la enfermedad mental. Así, afirmaba que:

El uso de estas drogas tiene una doble ventaja: por una parte nos permite disponer de compuestos poderosos, capaces de lograr notables mejorías en nuestros enfermos y por otra parte, si bien su uso, primero se hizo en forma empírica, cuando se investigó el modo de actuar de ellos y los niveles del neuroeje en que ejercen su actuación, se logró un amplio avance en el conocimiento de los mediadores sinápticos y se pudo confirmar la importancia de ciertas formaciones neurológicas en el psiquismo normal y patológico. Consecutivamente nos han proporcionado datos importantes para avanzar en el conocimiento de las perturbaciones metabólicas que acompañan o son responsables de algunos trastornos psicopatológicos, así como nos han facilitado la posibilidad de integrar datos obtenidos por la investigación neurológica con datos proporcionados por el estudio experimental,

químico-metabólico y datos de índole psíquicas logrados mediante el estudio psicopatológico de los enfermos (Murguía, 1959: 177).

En ese mismo curso el profesor adjunto de Farmacodinamia y Terapéutica de la Facultad de Medicina, el doctor Kempis Vidal Beretervide (1959), resumía los conocimientos neurofisiológicos del momento que hacían comprensibles los mecanismos de acción de los psicofármacos integrando a la acetilcolina, la noradrenalina y la serotonina como los neurotransmisores más importantes. Los trabajos de Marthe Vogt, quien en 1952 demostrara la presencia de noradrenalina en el sistema nervioso central, son tenidos en cuenta para explicar las formas de acción de los psicofármacos introduciendo una versión temprana del papel de los neurotransmisores, en la que, por ejemplo, todavía no se podía establecer con claridad cuál era la acción de la serotonina en el sistema nervioso central. Incluso le resultaba difícil de admitir la hipótesis de que la iproniazida tenía efectos psicoestimulantes debido al aumento de serotonina que la inhibición de la enzima monoaminooxidasa provocaba (Vidal Beretervide, 1959).

Los psicofármacos aparecerían desde temprano como la prueba de los enfoques biológicos de la enfermedad mental, aunque aún no contaran con la fuerza suficiente como para antagonizar con las explicaciones psicodinámicas que en esos mismos años también comenzaba a extenderse. Los ensayos clínicos realizados en el país a finales de los años cincuenta, por ejemplo, casi no hacían referencia a los mecanismos de acción de las sustancias ni a las explicaciones bioquímicas de las enfermedades mentales. Estaban privados de hipótesis etiológicas y a lo sumo indicaban someramente cómo se creía que funcionaban algunos de los anti-depresivos. Únicamente el ensayo realizado por los profesores Fortunato Ramírez y Juan Carlos Badano (1961) con imipramina, aunque se insistía en que aún no se conocía el mecanismo bioquímico exacto de su funcionamiento, señalaba brevemente que se «ha emitido la hipótesis de que su acción antidepresiva obedece a una sensibilización de las sinapsis adrenérgicas de la formación reticulada del tronco cerebral» (1961: 114-115). Y si bien es cierto que en los años siguientes los psiquiatras partidarios de la psiquiatría biológica en el país serían los mismos que participaban en la realización de ensayos clínicos con drogas, aquellos psiquiatras que más se interesarían por comentar las hipótesis bioquímicas no necesariamente iban a estar involucrados en estos ensayos.

Algún tiempo después podría encontrarse una referencia más precisa al papel de los neurotransmisores en la acción de los psicofármacos. Los doctores Héctor Puppo Touriz, Humberto Casarotti y Guzmán Martínez Pesquera (1969), integrantes de la Clínica Psiquiátrica, manejaban junto a la dimensión neurofisiológica, la dimensión neuroquímica en la que actúan los neurolépticos. Ello los obligaba a efectuar un repaso de las características de las aminas biógenas, su clasificación y posibles funciones. Los antidepresivos IMAO y la reserpina son llamados a la cita en la medida en que proporcionan una explicación de la variación en los niveles de estos neurotransmisores posible de vincular con los efectos terapéuticos de varios psicofármacos.

A pesar de estos artículos, en verdad, es casi imposible encontrar una explicación bioquímica de la depresión antes de los años setenta en el Uruguay. Como hemos visto, los ensayos clínicos realizados con anterioridad no hacen ninguna referencia a la posible explicación etiológica de la depresión, los aspectos bioquímicos son integrados a lo sumo a la hora de explicar los mecanismos de acción de las drogas puestas a prueba, pero ello no necesariamente implicaba una vinculación directa con la génesis de la enfermedad. La formalización de las primeras hipótesis bioquímicas de la depresión había tenido lugar a mediados de los años sesenta, y seguramente tendría que pasar un cierto tiempo para que ellas se afianzaran en el medio psiquiátrico como explicaciones etiológicas potentes.

A finales de los años setenta el panorama ya se mostraba distinto. Las hipótesis que implicaban las anomalías bioquímicas en el surgimiento de las enfermedades mentales eran revisadas, entre otros espacios, en los cursos de perfeccionamiento organizados por la Clínica Psiquiátrica. La doctora Juana Debellis de Garín (1978), profesora asistente de la Clínica, explicaba en su intervención en el Primer Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur, la hipótesis monoaminérgica de la depresión, que circunscribía a la depresión endógena, para luego explayarse sobre las peculiaridades de la investigación de las alteraciones bioquímicas de los neurotransmisores en seres humanos.

En un trabajo de 1979 el doctor Julio Rosa Doti discutía la hipótesis catecolaminérgica de la depresión y sus posibles críticas. Su interés por el origen biológico de las enfermedades mentales también lo llevaría a recorrer, en un artículo publicado el año siguiente en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, los factores genéticos implicados en la psicosis maníaco-depresiva y en la esquizofrenia (Rosa Doti, 1980).

También en 1979 el doctor Pablo Alterwain, junto a otros colegas, hacía un repaso de las propiedades y funciones a los neurotransmisores, señalaba su vinculación con algunos psicofármacos del momento como los IMAO y la reserpina y presentaba lo que llamaba un «modelo neuroquímico de la depresión endógena» que recogía la información experimental que en esa época respaldaba la hipótesis monoaminérgica de la depresión. Se detenía en la presentación de las hipótesis serotoninérgica y catecolaminérgica con la intención de relevar el estado de la corriente biológica de la psiquiatría, pero también advertía sobre la peligrosidad de caer en cualquier reduccionismo biológico.

Hacia la especificidad de los neurotransmisores

A lo largo de los años ochenta las referencias al papel de los neurotransmisores en la génesis de la depresión serían permanentes. En 1981 el doctor Álvaro Pérez Fontana analizaría los mecanismos de acción de varios antidepresivos en las depresiones psicóticas teniendo en cuenta que en esta enfermedad «el fenómeno subyacente es un desarreglo de mediadores químicos» (1981: 56) e indicaba que en los trastornos depresivos las concentraciones de monoaminas eran insuficientes. Este

mismo autor volvería a insistir en la validez de la hipótesis monoaminérgica algunos años más tarde (Pérez Fontana, 1984). La hipótesis monoaminérgica también será presentada con un balance de sus virtudes y deficiencias en el trabajo de los doctores Puppo Touriz, Martínez Pesquera y Puppo Bosch (1984) incluido en el volumen sobre depresión publicado por la Clínica Psiquiátrica en 1984. En el VI Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur, realizado a mediados de octubre de 1984, Jorge Rossi (1985b), al revisar detalladamente los mecanismos de acción de los antidepresivos, reproduce parte de los conocimientos del momento acerca del papel de los sistemas monoaminérgicos. Todas estas presentaciones de la hipótesis monoaminérgicas retomaban de una manera u otra los conceptos y nociones fundamentales que la psiquiatría biológica de Estados Unidos y Europa había acuñado. No solo reproducían los fundamentos neuroquímicos implicados en ella, sino también las nociones sobre la causación de la enfermedad mental implícitas en esta hipótesis. La especificidad enfermedad-neurotransmisor, por ejemplo, sería presentada por el profesor Daniel Murguía en un artículo de 1986 en el que sostenía que de acuerdo a cuál de los sistemas de células noradrenérgicas, dopaminérgicas o colinérgicas estuviera afectado, la expresión depresiva variaría (Murguía, 1986a: 140). Esta misma relación de especificidad sería estudiada por el equipo del profesor Federico Dajas en algunos de sus ensayos clínicos con antidepresivos como, por ejemplo, la relación entre la noradrenalina y la moclobemida (Dajas *et al.*, 1984; Dajas, Lista y Barbeito, 1984; Dajas y Barbeito, 1986) y la noradrenalina y la maprotilina (Dajas, Nin y Martínez, 1987), como búsqueda de marcadores biológicos para la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia. Incluso durante los primeros años del decenio del noventa la noción de especificidad entre enfermedad y neurotransmisor llegaría a presentarse bajo la forma de la teoría dopaminérgica de la depresión (Caetano Esquivel, Dibbern y Boado, 1993), aunque esta nunca llegó a contar, ni en el país ni a nivel internacional, con la misma popularidad que tenía la teoría noradrenérgica ni la que posteriormente alcanzaría la teoría serotoninérgica de la depresión.

Los procesos de neurotransmisión continúan siendo los principales protagonistas de las explicaciones sobre la eficacia de los antidepresivos y la etiología biológica de la depresión durante los años noventa, pero en dicha década, es el sistema serotoninérgico el que pasa a predominar, bajo la forma de la hipótesis serotoninérgica de la depresión, no solo en las explicaciones causales de esta dolencia sino también en el modo de acción de los antidepresivos ISRS, que en esos años logran posicionarse como los psicofármacos contra la depresión de primera elección. Con ello, la psiquiatría uruguaya emulaba, una vez más, los cambios acaecidos en el conocimiento psiquiátrico internacional. La hipótesis serotoninérgica de la depresión guiaba desde hacía algún tiempo las investigaciones en psicofarmacología de los países centrales. El Uruguay atestiguaría el creciente predominio de esta hipótesis en los trabajos de psiquiatría nacionales de la década, de clara orientación biológica.

A principios de los años noventa, el profesor Jaime Monti del Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina, en el Primer Congreso Uruguayo de Farmacología Clínica y Terapéutica, señalaría el interés creciente de la investigación internacional por la serotonina y los receptores serotoninérgicos en relación con diversas afecciones y las nuevas formas de terapia (Monti, 1993). El profesor Monti sería durante el decenio uno de los principales exponentes de esta teoría en el medio y la abordaría en profundidad hacia 1998 en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Pero, sobre todo, la importancia de la serotonina en la depresión quedaría plasmada en aquellos trabajos que abordaban las características farmacológicas de los ISRS y la neurobiología de este mediador. El doctor Álvaro Lista desde mediados de la década publicó varios trabajos sobre los ISRS (1994, 1996, 1999) y otros que trataban particularmente sobre serotonina que leyó en distintos congresos regionales e internacionales y publicó en revistas nacionales y del Cono Sur. Por ejemplo, en 1993 en las II Jornadas Científicas de Psiquiatría organizadas por la Clínica Psiquiátrica presentó un trabajo sobre los efectos de una sustancia agonista de la serotonina (Clínica Psiquiátrica, 2004: 234).

En el IIBCE, el doctor Federico Dajas, una vez abandonados los estudios con antidepresivos, continuó la línea de investigación sobre trastornos del humor, durante los años noventa, enfatizando la relación entre suicidio y depresión. En algunos de estos trabajos se pretende establecer marcadores biológicos que puedan dar cuenta del riesgo suicida. La serotonina juega su papel principal siguiendo las tendencias internacionales. En un estudio realizado en colaboración con el Hospital Karolinska de Estocolmo, Dajas y su equipo uruguayo intentan, a través del estudio comparativo de las tendencias suicidas en Uruguay y en Suecia, encontrar cambios metabólicos universales que puedan explicar la relación entre condiciones socio-familiares, concentración de neurotransmisores y comportamiento suicida (Dajas *et al.*, 1998). Luego de constatar una relación entre la severidad del intento suicida y la menor concentración de 5-HIAA²¹⁵ los autores afirman:

Mientras tanto, lo importante es que dispondríamos ya de indicadores que pueden orientar el diagnóstico. El hecho de que, a pesar de los diferentes contextos socio-culturales y *los diferentes niveles de estrés* psicosocial, se encuentren los mismos cambios metabólicos estaría apuntado hacia *un rasgo biológico, quizás indicador de una mayor susceptibilidad* (Dajas *et al.*, 1998: 28).²¹⁶

El rol protagonista de la serotonina encuentra, en el mismo número en que se publica el artículo de Dajas y sus colaboradores, una exposición exhaustiva de la hipótesis serotoninérgica de la depresión y sus últimas variantes (Monti, 1998). En el número siguiente de la revista un artículo tomado de la *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia* volvía

215 Ácido 5-hidroxi-indol-acético, metabolito principal de la serotonina.

216 En cursiva en el original.

a tener la serotonina como protagonista, esta vez al revisar los ISRS para su uso por niños y adolescentes (Leonard *et al.*, 1998). Estos artículos muestran una fuerte influencia de la psiquiatría biológica y el interés por la dirección de la revista en estar al día con las publicaciones más recientes sobre la depresión a nivel internacional. Ello lleva al medio uruguayo a encontrarse con expresiones más explícitamente antagónicas sobre la rivalidad entre las hipótesis bioquímicas de la depresión y las teorías psicógenas de la depresión que en el medio serían difíciles de observar de otra forma.

Aunque no se ataque expresamente a las teorías psicoanalíticas de la depresión, son las teorías biológicas las que parecen avanzar en los últimos tiempos sobre la base de una complejización creciente de los factores biológicos implicados en las depresiones. En tiempos recientes la explicación biológica de la depresión llega a criticarse a sí misma, pero se presenta, de todas formas, como más preparada para poder dilucidar el fenómeno depresivo e incluso para concebir una interconexión más acabada entre factores de orden biológico, social o psicológico en la génesis de la depresión. Un artículo publicado en diciembre del 2000 en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* y tomado de *Medscape Neurology* ilustra estos cambios de la siguiente manera:

Nuestro concepto de la etiología de la depresión ha cambiado de modelos muy simplistas a modelos complejos. Se está volviendo cada vez más evidente que la depresión es una enfermedad sistémica heterogénea, que involucra un conjunto de neurotransmisores diferentes, neurohormonas y vías neuronales. La noción de que la depresión es el resultado de un simple proceso hereditario, o de un evento vital traumático que en última instancia lleva a la deficiencia de un neurotransmisor único, es simplemente insostenible por la evidencia (Sadek y Nemeroff, 2000: 477).

En efecto, la presentación de las hipótesis bioquímicas de la depresión en el país, desde sus primeros esbozos hasta sus formas últimas, sigue de cerca los pasos que habían sido necesarios dar para su elaboración en la psiquiatría norteamericana y europea. Antes de los años setenta, por lo tanto, la psiquiatría nacional reconoce el papel de la neurotransmisión en las enfermedades mentales, noción que ingresa al medio junto con los primeros psicofármacos. Y a partir de esa década, comenzará a manejar versiones estabilizadas de las hipótesis bioquímicas de las enfermedades mentales, como las hipótesis catecolaminérgica y monoaminérgica de la depresión. El lazo inmediato que se estableció en la narrativa de la psiquiatría uruguaya entre psicofármacos y avance del conocimiento psiquiátrico, además de remedar la narrativa de la psiquiatría de los países centrales, coincidía con los intereses de la industria farmacéutica que utilizaba, en la propaganda que realizaba sobre los antidepresivos, concepciones biológicas de la depresión. Así, el laboratorio Warner Chilcott promovía hacia finales de los años sesenta su antidepresivo Nardelzine ofreciendo definiciones biológicas de la depresión que incluían elementos básicos de la bioquímica cerebral (figura 9). Y aunque la promoción de los antidepresivos no siempre apelara directamente a definiciones biológicas

de la depresión, la comprensión y familiarización de los psiquiatras con los anti-depresivos estaría mediada por las explicaciones bioquímicas de sus mecanismos de acción. Se delineaba, de esta forma, una relación particular entre las nuevas tecnologías psicofarmacológicas de intervención terapéutica y el conocimiento necesario para utilizarlas. De hecho, este conocimiento, que se definió ante todo como un conocimiento biológico y bioquímico, no solo actuó como fundamento del buen empleo de los psicofármacos, sino también como fundamento para la afirmación de las hipótesis bioquímicas de la depresión. La tecnología respaldaba y guiaba, esta vez, el conocimiento científico compartiendo con este, de algún modo, el prestigio y la legitimidad que había adquirido al introducir medicamentos imposibles de igualar en eficacia por aquellos que se conocían anteriormente en psiquiatría. Ahora bien, la recepción y difusión de las hipótesis bioquímicas implicaba necesariamente revisar las explicaciones etiológicas utilizadas hasta el momento, encontrar los puntos de encuentro y divergencia entre estas y, sobre todo, determinar si podían coexistir sin entrar en contradicciones insuperables. Como vimos en los primeros capítulos, en la psiquiatría, particularmente en la anglosajona, la fuerza de las hipótesis bioquímicas se tradujo inmediatamente en términos políticos y condujo a un fortalecimiento de la psiquiatría biológica con respecto a otras corrientes psiquiátricas.

Depresión
 en sentido fisiológico, significa **depleción de serotonina, norepinefrina y epinefrina** a nivel de los centros cerebrales superiores.

Nardelzine
 Sulfato dihidrogenado de fenelzina Warner-Chilcott

eleva el nivel fisiológico de serotonina, norepinefrina y epinefrina en los centros cerebrales superiores.

Depresión
 en sentido farmacológico, significa **destrucción de las aminas cerebrales** debido a la presencia de grandes cantidades de **monoamino oxidasa** en los centros cerebrales.

Nardelzine
 Sulfato dihidrogenado de fenelzina Warner-Chilcott

inhibe **selectivamente la monoamino oxidasa cerebral** en forma **rápida, efectiva y sostenida**.

Depresión
 en sentido semiológico, significa **ansiedad - preocupación - ideación obsesiva - anorexia - autodesprecio - autoculpabilidad - insomnio - tristeza - letargo - apatía - astenia psíquica - falta de interés - tendencia al suicidio**.

Nardelzine
 Sulfato dihidrogenado de fenelzina Warner-Chilcott

ES EL AGENTE ANTIDEPRESIVO DE ELECCION
 EN TODOS LOS TIPOS CLINICOS DE DEPRESION.

 **Símbolo de servicio**
 para el paciente y para el médico

Figura 9. Aviso aparecido en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 34, n.º 200, 1969.

La psiquiatría uruguaya, así como la psiquiatría de otras latitudes, se entregó también a esta tarea, pero a diferencia de lo ocurrido en la psiquiatría de los países centrales, el pensamiento biológico en el Uruguay buscaría tender puentes con el resto de las corrientes psicológicas. Será difícil encontrar en los textos nacionales afirmaciones como las de la psiquiatría biológica norteamericana que insisten en la derrota del psicoanálisis. De hecho, la aceptación de las hipótesis bioquímicas de la enfermedad mental, si bien impulsarían también en el Uruguay la psiquiatría biológica, no necesariamente implicaría la muerte del psicoanálisis.

El pensamiento biológico en la psiquiatría uruguaya

El pensamiento biológico estaba presente en la psiquiatría uruguaya mucho antes de la aparición de las teorías bioquímicas de la depresión. El primer catedrático de psiquiatría, Bernardo Etchepare, que fuera director de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de la República entre 1908 y 1925, se alineaba con las corrientes anátomo-funcionalistas desarrolladas principalmente en Francia y características de la psiquiatría del 900. Su sucesor inmediato como director de la Cátedra, Santín Carlos Rossi, que ocupara el cargo de director hasta 1936, tenía una concepción también biológica de la psiquiatría. De igual modo, el doctor Antonio Sicco que ocupara la dirección de la cátedra luego de la muerte de Rossi, aunque mostró un marcado interés por los aportes de las corrientes psicodinámicas, poseía una orientación preferentemente biológica, (Murguía y Soiza Larrosa, 1987: 175-176). En términos generales la psiquiatría uruguaya anterior a los años cuarenta, de fuerte sesgo biológico, se interesaba sobre todo en los aspectos anatómicos y fisiológicos de la enfermedad mental. Luego del afianzamiento del psicoanálisis en el país, a mitad de siglo XX, las décadas siguientes mostrarían un fuerte esfuerzo de todos los directores de la Cátedra por integrar las vertientes biologicistas y psicodinámicas.

De todas formas, algunos procesos de institucionalización producidos fuera de la órbita de la Facultad de Medicina mostrarían que el carácter de la psiquiatría biológica de la segunda mitad del siglo XX en Uruguay difería de la psiquiatría biológica de la primera mitad, al menos en su pretensión de afirmación y consolidación de una línea de trabajo diferente a las corrientes psicodinámicas. En 1979 se crea la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría Biológica que se integraría en la Federación Latinoamericana de Psiquiatría Biológica, de la que formarían parte muchos de los docentes de la Clínica Psiquiátrica más activos en la experimentación de psicofármacos y en la difusión en trabajos nacionales de las teorías bioquímicas de la enfermedad mental.

Si David Healy (1997) sostenía que estas teorías significaron un quiebre en el campo psiquiátrico europeo y estadounidense, en el Uruguay, este quiebre puede observarse sobre todo en el desarrollo de instituciones que darían cobijo a los representantes de la psiquiatría biológica y en la creciente diferenciación de los ámbitos de intercambio académico. Pues los psiquiatras pertenecientes

a las corrientes psicodinámicas también pasarían a integrar las instituciones no universitarias como la APU. Es en este marco que la Clínica Psiquiátrica mantendría su vocación de integración haciendo lugar a las diferentes corrientes dentro de su plantel docente, contrarrestando el quiebre que fuera de ella pareciera instalarse. La psiquiatría biológica de la segunda mitad del siglo XX tuvo una pretensión de universalidad que llegó a manifestarse en el medio uruguayo de manera paradójica.

En verdad, es posible reconocer una corriente dentro de la psiquiatría biológica uruguaya que, al contrario de la psiquiatría norteamericana que interpretaba la llegada de los psicofármacos y de la psicofarmacología como la muerte definitiva del psicoanálisis y las teorías dinámicas de la enfermedad mental, pretendía establecer una integración entre las perspectivas biológicas, psicodinámicas y sociales, incluso antes de que a nivel internacional se formalizara el modelo biopsicosocial para la medicina y la psiquiatría.²¹⁷ Se debe tener en cuenta, además, que varios de los profesores de la Clínica Psiquiátrica que comenzaron a realizar las primeras experiencias con antidepresivos y psicofármacos en general, como los profesores Galeano Muñoz y Fortunato Ramírez, integraron también las filas del psicoanálisis, aunque alguno de ellos lo hiciera temporalmente. Esta permeabilidad de las fronteras entre una y otra vertiente del conocimiento y la práctica psiquiátrica se tradujo también en intentos precoces de integración de estos saberes que perduraron por largo tiempo. En fechas tan tempranas como 1943 ya podían encontrarse en el medio uruguayo antecedentes claros de lo que posteriormente sería conceptualizado como la naturaleza multifactorial de la enfermedad mental. El prestigioso psiquiatra Isidro Mas de Ayala, en un pasaje que recuerda las ideas freudianas sobre las series complementarias explicativas de la etiología de las neurosis, apelaba a una combinación de factores para dar cuenta de las causas de la enfermedad mental:

El error de los psiquiatras que intentaron explicar la causa de la locura fue querer hacerlo por un factor solo. Y este no es suficiente. Se recordará así que el psicoanálisis quiso explicarlo todo por la sola existencia de un trauma sexual infantil. Pero hubo de dejarse esta exclusiva explicación reparando que muchas personas han sufrido cuando niños tal trauma sin haber luego jamás enfermado; y que otros, en cambio, llegaron a la neurosis sin que pueda señalarse aquel traumatismo en su niñez.

La explicación de las enfermedades mentales se encuentra en una serie etiológica constituida por tres factores: factor biológico, la predisposición constitucional; un factor psicológico, la situación en la vida; un factor circunstancial, un accidente (emotivo, tóxico o infeccioso). Por más grande que sean las conmociones que sacudan a una persona, esta no hará perturbaciones mentales si no tiene una fragilidad constitucional en su psiquismo. Forman legión las personas que no podrán enloquecer jamás y

²¹⁷ Evidentemente parte de la psiquiatría norteamericana también era partidaria de una integración entre perspectivas biológicas, psicodinámicas y sociales, pero su psiquiatría biológica fue casi monolítica en oponerse al psicoanálisis.

sobrepasan considerablemente a aquellas susceptibles de perder su equilibrio anímico. Veremos que no se enloquece quien quiere (1943: 7).

Esta noción de complementariedad entre factores etiológicos perduraría a lo largo del tiempo en la psiquiatría uruguaya. El profesor Fortunato Ramírez, por ejemplo, desde finales de los años sesenta a principios de los años ochenta, elaboró una serie de artículos publicados en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, en los que ensayaba la articulación de las vertientes biológicas y psicológicas de la psiquiatría. En 1967 pretendía superar el dualismo entre «soma» y «psiquis» que atraviesa la psiquiatría y la psicología postulando un principio integrador y jerárquico por el cual lo psíquico sería el orden mayor de lo biológico (Ramírez, 1967a: 50). La cibernética, como la ciencia de los mecanismos de control, superaría el dualismo existente en psiquiatría que hace que psicoanalistas y psiquiatras caigan respectivamente en posturas psicologistas y mecanicistas infértiles (Ramírez, 1967b:23-28). Sostendría una tesis similar en el artículo *Diencéfalo y Psiquiatría* de 1969 y en los artículos *Hacia las fuentes integradoras de la conducta humana* y *El problema psicosocial de la agresión*, ambos publicados en 1978. En el primero de ellos, que reproduce una conferencia dictada por Ramírez en Buenos Aires en abril de 1969 en el marco del II Congreso Argentino de Ciencias Neurológicas, Psiquiátricas y Neuroquirúrgicas, el profesor insiste en que:

es inadecuado separar lo fisiológico de lo psicológico. Ambas actividades expresan el funcionamiento real del sistema nervioso (o del cuerpo en general, a través del sistema nervioso) en cuanto capacitado para enfrentarse y reaccionar por y para el mundo. Fisiología y psicología son dos maneras sucesivas de apreciar esta especial modalidad del ser-en-el-mundo, en que lo psicológico es el modo más altamente jerarquizado, más integrado, que tiene la máquina humana para reflejar el mundo y manejarlo (1969: 27).

A mediados de la década de los setenta expondría en el curso de actualización sobre *Aspectos Básicos del Comportamiento en la Escala Zoológica*, llevado a cabo en el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE), su visión integrada del comportamiento humano explorando con distintos ejemplos la vinculación entre bases biológicas y conductas afectivas e inteligentes del ser humano (Ramírez, 1978a). En 1977, ante la Academia Nacional de Medicina, el problema de la agresión le serviría de excusa para incluir los aportes psicobiológicos, neurofisiológicos, etológicos y antropológicos para explicar esta conducta (Ramírez, 1978b).

En una conferencia pronunciada en la Academia Nacional de Medicina del Uruguay en el año 1980 Ramírez (1981) volvería a insistir en la integración de lo psicógeno y lo orgánico. El papel central de los psicofármacos y en especial de los antidepresivos en el desarrollo de los conocimientos más recientes sobre el funcionamiento del cerebro, lo obligan a presentar someramente las hipótesis monoaminérgicas de la depresión y dopaminérgicas de la esquizofrenia, para luego postular una vez más que estos nuevos conocimientos bioquímicos

se incluyen en una organización de estructuras y funciones del sistema nervioso central que se integran en una jerarquía creciente y cuya expresión más compleja es la psiquis.

La pretensión integradora también podía apreciarse en el relato oficial realizado por Casarotti en el VII Congreso Latinoamericano de psiquiatría y I Congreso Uruguayo de Psiquiatría Uruguay, realizado en Punta del Este, en diciembre de 1972. En este relato se presentaban los distintos campos de investigación en los que la psiquiatría uruguaya había incursionado hasta el momento, sin establecer una distinción neta de la psiquiatría biológica, integrando los aportes realizados por los miembros de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, fueran ellos psiquiatras o no lo fueran y reconociendo incluso los aportes realizados por psicólogos (Casarotti, 1974).

Si hay algo de lo que intenta cuidarse la psiquiatría uruguaya más próxima a las vertientes biológicas es de caer en una defensa ciega de sus teorías en detrimento de otras alternativas explicativas y también terapéuticas. En verdad, aquellos psiquiatras interesados en estos aspectos insistirán sobre todo en que más que una prueba de las hipótesis bioquímicas de la depresión, la psicofarmacología brindaba una demostración de la causalidad multifactorial de la enfermedad mental:

Estamos ya integrando y reconociendo que la etiopatogenia de lo mental es multifactorial y que estos factores se entrelazan en forma altamente compleja y con proporciones diversas en los diferentes casos. De ahí que lo sostengamos como modelo de tarea terapéutica. Siempre debe plantearse la perspectiva multifactorial biopsicosocial, por la cual el Psiquiatra aun cuando no domine totalmente cada uno de esos campos debe ser quien mantenga tal perspectiva para reconocer la influencia de los factores y diseñar el 'qué y el cómo' de la acción aunque lo delegue más tarde. Ya no se puede sostener su trabajo aislado, sino que el equipo multiprofesional especializado en Salud Mental se impone como instrumento efectivo para ello (Alterwain *et al.*, 1979: 111).

Algo similar habían señalado cuatro años antes los doctores Bayardo, Puppo Touriz, Alterwain y Rossi en el ensayo clínico realizado con Trazodone, pues afirmaban que:

La era psicofarmacológica no solo se caracteriza por la disponibilidad de ciertos nuevos recursos terapéuticos [...]. Su rasgo dominante tal vez sea un cambio profundo de la concepción de la enfermedad mental, con caída de falsas fronteras nosográficas y evidencia mayor de su causalidad multifactorial (1975: 47).

Desde esa década los psicofármacos y las explicaciones bioquímicas de las enfermedades mentales y en particular, de la depresión, se interpretarían como una demostración de la validez del modelo biopsicosocial de la enfermedad mental.

De todas formas, la creciente legitimidad de la vertiente biológica de la psiquiatría forzó a los saberes psicológicos del Uruguay a realizar varios movimientos interpretativos de lo que estaba sucediendo, pero también a tomar acciones precisas y concretas.

Los años ochenta encontraban los saberes psicológicos del Uruguay en un momento en el que las teorías biológicas de la enfermedad mental, y en particular de la depresión, tomaban fuerza, pero también en un momento en que las distintas corrientes se afianzaban institucionalmente. A las ya veteranas Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y APU se sumaban, por esos años, la creación de distintas sociedades científicas de corte psicoanalítico, conductual y biológico que agrupaban tanto profesionales de la psicología como de la psiquiatría.

La intención de la Clínica Psiquiátrica, en esos tiempos, de contrarrestar esa división cristalizó en las publicaciones sobre depresión de 1984 y 1985, de las que hemos hablado en capítulos anteriores. En ellas se habían incluido contribuciones de psiquiatras de todas las corrientes. Esa intencionalidad superó incluso el cambio de director de la Clínica que se produjo en ese momento y fue plasmada en la publicación sobre depresiones patrocinada por Ciba-Geigy. En ese volumen, el prólogo escrito por el entonces director de la Clínica Psiquiátrica, Héctor Puppo Touriz, recogía la perspectiva biopsicosocial bajo el rótulo de «*integración psicosomática*» de la siguiente manera:

Este aporte de la Clínica Psiquiátrica a las otras especialidades médicas, sigue la línea de trabajo interdisciplinario que, desde su policlínica del Hospital de Clínicas, viene impulsando una atención somatopsiquiátrica conjunta que contempla el seguimiento evolutivo de los pacientes internados y el encuestamiento del medio sociofamiliar, en sustitución de las poco deseables «consultas puntuales».

Esta integración *psicosomática* apunta hacia una concepción holística de la Medicina, que destierra definitivamente las doctrinas parciales sustentadas en una absurda independencia entre *psiquis* y el *soma*²¹⁸ (Puppo Touriz, 1984: 5).

A penas unos párrafos antes el autor explicaba la interrelación de estos aspectos en las depresiones señalando:

Es así que las *flexiones del ánimo*²¹⁹ vienen aumentando de frecuencia, por razones de índole sociológica que actúan disparando una predisposición somática genéticamente determinada o una alteración preexistente en la estructuración de las instancias del psiquismo. (Puppo Touriz, 1984: 4)

Pero, a pesar del énfasis expuesto en el prólogo sobre esta visión biopsicosocial, el volumen presenta una gran esperanza en los avances que la perspectiva biológica pueda realizar sobre las depresiones, lo que era esperable en la medida en que varios de sus autores integraban o integrarían luego la Sociedad de Psiquiatría Biológica.

218 En negrita en el original.

219 En negrita en el original.

En 1985, la Sociedad de Psiquiatría pidió colaboración expresa a la Cátedra de Psiquiatría para la organización de la jornada académica sobre depresión denominada *Actualización sobre aspectos clínicos y terapéuticos de los estados depresivos*, pero no perdió oportunidad de cursar invitación también a las distintas asociaciones del medio que representaban a las diferentes corrientes psicológicas existentes en el país.

Las palabras que pronunciara el entonces presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay en la apertura de las jornadas recogen algunas características del campo disciplinario del momento: la existencia de distintas instituciones y corrientes psiquiátricas y psicológicas en el medio, pero ante todo la voluntad de superar esas divisiones en un intento de unificación del campo, ya no solo de la psiquiatría sino de todas las disciplinas psicológicas. Las jornadas justificadas por el presidente en la medida en que la depresión sigue aumentando su incidencia, se revisten de un giro políticodisciplinario expresado de esta forma:

No escapa a nadie el profundo sentido que tiene el poder estar reunidos en un intercambio científico distintos modos del pensar psiquiátrico, ya que simbólicamente no solo es un acercamiento, un modo de crear un vínculo y de iniciar un diálogo, sino que también significa romper aquellos cerrados compartimientos estancos que tan poco beneficiaron a nuestras disciplinas; aunque tal vez explicables en su momento ya que eran necesarios para el crecimiento y maduración de cada grupo en particular (Rey Tosar, 1985: 95).

La invitación a mantener un campo de la salud mental que englobe las distintas disciplinas es clara:

Es ya una realidad para todos que si queremos mejorar la salud mental tenemos que trabajar en equipo; y los psiquiatras, los psicólogos, psicoterapeutas y demás miembros que conforman la unidad interdisciplinaria deberán emprender, de aquí en adelante, una modalidad de trabajo donde la comunicación deberá ser abierta, fluida, sin reticencias, sin pérdidas de identidad de cada grupo; pero con sentido finalista, que es, en último término, el conseguir el bienestar del enfermo y poder llevar la prevención primaria a todas las capas sociales (Rey Tosar, 1985: 96).

Claro está que estos esfuerzos, según quién los realizara, pondrían mayor énfasis en una u otra perspectiva teórica e incluso recibirían algunas críticas por sus implicancias teóricas y prácticas. Por ejemplo, los doctores Esteban Gaspar y Álvaro Ramírez, que trabajan desde el psicoanálisis, reconocían hacia 1983, al tratar el tema de la depresión, que las enfermedades mentales suponen una alteración de las coordenadas biológicas, psicológicas y sociales de la existencia humana, pero recalcan que en algunas enfermedades psiquiátricas, una de estas dimensiones encuentra más alterada que las otras (Gaspar y Ramírez, 1983: 327) y lograban, de esa forma, hacer un lugar a la depresión psicógena dentro de la nosografía psiquiátrica. La misma tesis sería reiterada en el artículo *Depresiones psicógenas, neuróticas, de agotamiento, caracteriales y existenciales*,

publicado en el volumen sobre depresiones de 1984 por la Clínica Psiquiátrica con el apoyo de Ciba-Geigy (Gaspar, Ramírez y García, 1984).

De hecho, el enfoque biopsicosocial era utilizado tanto por psiquiatras de la vertiente biológica, como psiquiatras de tendencia psicoanalítica, pero cada uno de ellos enfatizaba la dimensión biológica o la dimensión psicológica de acuerdo a la corriente desde la que trabajaba. Esto es particularmente claro en las Jornadas de sobre depresión de 1985 en la que recurren a esta noción los doctores Galeano, Gaspar, Rey y Dajas, Rossi, Sazbón y Orrego. En muchos casos la noción de etiología multifactorial sustituía a la de biopsicosocial, pero ambas cumplían idéntica función: la de posibilitar un desarrollo biológico o dinámico del tema de las depresiones sin entrar en confrontación directa entre las distintas corrientes. El reconocimiento de la pluralidad de factores causales en la enfermedad mental y en la depresión en particular parecía, en alguna medida, un acuerdo entre caballeros que pretendía velar por la unidad del campo psicológico sin eliminar por ello las divergencias. Además, no faltaron quienes intentaron advertir sobre los riesgos de una práctica psiquiátrica basada únicamente en modelos psicógenos, biológicos o sociales de la enfermedad mental. El doctor Casarotti argumentaba en el IV Congreso Uruguayo de Psiquiatría de 1988, por ejemplo, que este tipo de modelos parciales lleva a errores en los actos diagnósticos y terapéuticos (1989: 73).

Un saber que se piensa a sí mismo

De todas formas, el empuje de la corriente biológica en la psiquiatría de los últimos tiempos, obligaba a llevar la reflexión sobre la propia naturaleza del saber psiquiátrico. Daniel Murguía que, junto con el doctor Casarotti, fuera una de los psiquiatras uruguayos más interesados por la reflexión sobre la propia psiquiatría como disciplina, se adentraría en este terreno en varias oportunidades durante los años ochenta y noventa.

Bajo el título *La psiquiatría biológica, una denominación redundante?*, la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* publicaría en 1988 un editorial escrito por el profesor Daniel Murguía en el que la fuerza de la corriente biológica del pensamiento psiquiátrico uruguayo se haría presente. De hecho, el editorial mostraba parte de los cambios y modificaciones que el pensamiento psiquiátrico uruguayo experimentaba frente al empuje de la última tendencia biológica de la psiquiatría internacional. La llegada de una renovada psiquiatría biológica implicaba incluso un nuevo relato sobre la propia historia de la psiquiatría y la naturaleza de la disciplina. El profesor Murguía presentaba, casi como una consecuencia lógica e inevitable de los avances tecnológicos que permitían un estudio directo de las bases biológicas de la enfermedad mental, la consolidación de la psiquiatría biológica, pero no se detenía únicamente en ese punto, sino que llegaba a sostener la imposibilidad de concebir lo que él llama una psiquiatría «desencarnada», es decir, una psiquiatría que no tuviese en cuenta el soma

(Murguía, 1988: 195). La psiquiatría, por consiguiente, habría sido siempre una psiquiatría biológica tal como los trabajos de Morel, Kraepelin y Clerambault lo atestiguan.²²⁰ En 1993 volvería sobre estas afirmaciones en el prólogo de uno de los tomos de *Psiquiatría Biológica Latinoamericana* reiterando que «la psiquiatría es y fue siempre biológica y es artificial pretender que existe otra psiquiatría paralela o que se le oponga» (1993: 13). En definitiva, a pesar de su insistencia en el carácter biológico de la psiquiatría, Murguía abogaba por una concepción unificada de la psiquiatría que evitara una desintegración de los diferentes aspectos de la enfermedad mental y, sobre todo, mantuviera el campo de la psiquiatría sin rupturas:

Un esfuerzo integrativo es necesario efectuar para que la Psiquiatría se enriquezca con las nuevas adquisiciones que se van logrando y no pierda el carácter holístico que debe mantener. Insistir con la denominación de Psiquiatría Biológica es refrendar el concepto equívoco de «otra» Psiquiatría, subjetivista y paralela y además, si nos remontamos al desarrollo histórico de las ideas psiquiátricas supone una evidente redundancia en cuanto, como dijéramos, la Psiquiatría siempre fue concebida como expresión de descompensación biológica de base, desconocida sí, pero no por ello menos postulable (Murguía, 1988: 195)

La noción de lo biopsicosocial sería la noción a la que Murguía también apelaba para mantener sin fisuras el campo, aun cuando tuviera que realizar exposiciones pormenorizadas sobre las teorías bioquímicas de la depresión. Así, a comienzos de los años noventa, en una conferencia dictada en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, luego de la intervención del profesor Garbarino que expusiera la visión psicoanalítica de la depresión, Murguía se zambulle de lleno en los factores biológicos de la depresión, pero evitando contraponerse a las explicaciones psicodinámicas de la misma. Luego de referirse a las teorías noradrenérgicas y receptoriales de la depresión, que él denomina «etapa bioquímica de la depresión», realiza una fuerte argumentación contra la aparente oposición que parecería estar instalada entre psiquiatría biológica y psiquiatría dinámica:

Pero hay una cosa que quiero señalar: la aparición de estas teorías bioquímicas (por eso yo la llamaba la «etapa bioquímica de la depresión»), pareció confrontar las teorías psicológicas con las teorías bioquímicas; con un reduccionismo extremo, riguroso, anticientífico, se podría decir que la depresión depende de que haya más o menos neurotransmisores y entonces para qué sirve especular sobre una situación defectuosa de relación objeto, ambivalente, etcétera?, o al revés, decir si todo es problema psicológico, si todo gira alrededor de una primera relación objetal defectuosa que después impide la resolución de un duelo, entonces para qué sirven estos

220 Una estrategia discursiva similar sería utilizada hacia la misma época por el psiquiatra Samuel Guze en su famoso artículo titulado *Biological psychiatry: is there any other kind?* publicado en 1989 en la revista *Psychological Medicine*. Guze utilizaba esta pregunta para afirmar que no había psiquiatría que no fuese biológica. Pero a diferencia de Murguía se mostraba menos conciliador con los restantes enfoques.

neurotransmisores? Bien, colocarse en esa posición de antagonismo aparente, de contradicción entre dos teorías, que las dos tienen sus confirmaciones clínicas, es completamente anticientífico. Y ello sucede porque se pierde de vista que la persona es una entidad psicobiológica. Es decir que es una estructura holística, indivisible, en donde lo psicológico [sic], lo biológico y lo bioquímico están íntimamente correlacionados, en interrelación recíproca. Se pierde de vista que la persona es una entidad psicobiológica, que la actividad mental es una actividad psicobiológica, que la depresión, como manifestación de actividad mental, defectuosa o no, es una manifestación psicobiológica; es decir que tiene una vertiente psicológica y una vertiente que en este momento decimos bioquímica (Murguía, 1994: 16).

Minutos antes el doctor Héctor Garbarino perteneciente a la Asociación Psicoanalítica del Uruguay había señalado con un talante similar que «hay realmente una complementación entre aspectos psicológicos y aspectos orgánicos. Es decir que factores genéticos, constitucionales y ambientales intervienen siempre, en realidad la patología es multifactorial» (1994: 6).

Por más de tres décadas los saberes psicológicos en el Uruguay recurrieron a nociones que permitían una posición ecléctica sobre la naturaleza de las enfermedades mentales y, en consecuencia, minimizaban las disputas entre las diversas corrientes teóricas. También en torno a las depresiones floreció lo que podríamos llamar un «armisticio ecléctico» que se expandió a medida que las diferentes figuras de la psiquiatría y del psicoanálisis del país asumieron, de una manera u otra, este compromiso de no agresión. Aún hacia el año 2000 era posible reconocer esta voluntad. Así, Enrique Probst, director de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina entre 1985 y 1995, miembro a su vez de la APU, discutiría los cambios promovidos en la teoría psicoanalítica por los avances de las neurociencias encargándose de aclarar que no estaba nada más lejos de su intención intentar oponer ambas disciplinas (2000: 129). Aun a principios del siglo XXI la policausalidad de la enfermedad mental siguió siendo citada cada vez que fue necesario volver a discutir el escurridizo fenómeno de la depresión.

Sin embargo, no existen indicios de que se haya alcanzado una verdadera integración biopsicosocial en la aproximación de los saberes psicológicos a la enfermedad mental. Ya en 1972 el doctor Casarotti advertía, en el VII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y I Congreso Uruguayo de Psiquiatría, que la psiquiatría uruguaya encontraba una «salida fácil» al problema de génesis de la enfermedad mental al recurrir a la noción de multicausalidad. El dualismo somapsíquico que se pretendía superar era sustituido por un dualismo biopsicosocial no menos encorsetado (Casarotti, 1974: 22). Una de las ventajas que aportaba esta salida rápida era la duplicación de este eclecticismo teórico en un eclecticismo que podríamos llamar terapéutico. Así, a mediados de los años ochenta, este eclecticismo terapéutico permitía a los doctores Héctor Puppo Touriz y Héctor Anastasía sostener que un psiquismo multidimensional reclamaba intervenciones terapéuticas que recurrieran a todas las tecnologías disponibles, incluso aquellas que se mostraban eficaces a pesar de desconocerse sus modos de

acción (Puppo Touriz y Anastasia, 1985: 17). En los años noventa otros psiquiatras del medio propondrían un eclecticismo terapéutico similar bajo el rótulo de «programa terapéutico», en el cual el médico debe elegir, teniendo en cuenta todas las herramientas diagnósticas y todos los tipos de recursos terapéuticos disponibles en el conjunto de los saberes psicológicos, aquellas intervenciones terapéuticas más apropiadas. Para el caso de la depresión la noción de programa terapéutico permitía combinar tratamientos psíquicos con tratamientos somáticos (D'Ottone, 1996a).

Los enfoques multifactoriales o biopsicosociales, en verdad, nunca constituyeron un cuerpo sólido de conocimiento. Desde principios de siglo la policausalidad de la enfermedad mental había sido reconocida, aunque fuera tangencialmente, en la teoría freudiana. El enfoque psicosomático de Adolf Meyer de los años treinta y cuarenta, había pretendido integrar la predisposición biológica con los acontecimientos biográficos del sujeto que conducían a la enfermedad psíquica. Y de uno u otro modo, la noción de que la enfermedad mental era un producto de la interacción entre las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, era manejada con libertad por la psiquiatría de la primera mitad del siglo XX. Esta misma noción, poco formalizada como cuerpo teórico y menos aún como método de curación, fue la que pusieron en juego los psiquiatras uruguayos como respuesta a la creciente relevancia que la psiquiatría biológica tomaba en la segunda mitad de la centuria.

El modelo biopsicosocial tuvo un intento de formalización cuando el médico estadounidense, George Engel, lo propuso como paradigma guía de la investigación, la práctica y la enseñanza médica en 1977. El modelo estaba pensado sobre todo como una alternativa crítica al modelo biomédico de la medicina general practicada en Estados Unidos, modelo que la empujaba, según Engel, hacia un reduccionismo biológico extremo que la hacía menos científica y que redundaba en una atención poco humanitaria de los pacientes. Engel (1980) propondría también este modelo para guiar la investigación, la práctica y la enseñanza en psiquiatría. Consideraba que la psiquiatría, al igual que la medicina general, era víctima del reduccionismo biológico propiciado por el modelo biomédico. Y para evitar las insuficiencias de este último, la enfermedad mental debía ser concebida con relación a la integración en el sujeto de elementos físicos y psicosociales. Engel respaldaba su propuesta en la teoría general de los sistemas desarrollada por Ludwing von Bertalanffy y Paul Weiss, y por ello entendía que estos elementos físicos y psicosociales se integraban en un orden sistémico jerárquico que permitía una aproximación holística y al mismo tiempo plural al problema de la enfermedad mental. Otra de las ventajas de este enfoque era que posibilitaba, además, la articulación de los enfoques científicos y humanísticos en la práctica clínica psiquiátrica. La propuesta de Engel captó el interés de la psiquiatría norteamericana rápidamente, pero hacia finales de los años ochenta había perdido parte de su fuerza, o al menos comenzaba a ser vista como el abrigo al que se recurría porque no se podía determinar certeramente la naturaleza

de la enfermedad mental. El presidente de la American Psychiatric Association se preguntaba hacia 1988 si el término biopsicosocial había perdido su poder explicativo, y había caído en un vacío conceptual que hacía de él un shibboleth (Fink, 1988). Este término, que en inglés es utilizado para referir a ideas o conceptos que han perdido su importancia y vigencia, aparece originalmente en un pasaje bíblico empleado como una contraseña que permite identificar el origen étnico de un individuo.²²¹ Seguramente el término biopsicosocial en el campo de los saberes psicológicos del Uruguay permitía construir un acuerdo tácito entre las distintas vertientes pero, además, permitía reconocer e identificar a quiénes cumplían con él y estaban dispuestos a pertenecer al campo. Es decir que aseguraba un lugar dentro del ámbito de los saberes psicológicos. Quienes preferían abordar la dimensión biológica podían hacerlo, sin tener que enfrentarse con quienes preferían abordar la dimensión psicológica o quienes preferían abordar la dimensión social. Las depresiones, por ejemplo, experimentaron este desmembramiento pretendidamente unificador entre quienes prefirieron ocuparse de las depresiones psicógenas, quienes prefirieron abordar las depresiones endógenas o quienes buscaron las condicionantes sociales de la misma. Por ejemplo, la distinción entre depresiones endógenas y psicógenas permitirá la integración en un mismo volumen de artículos de tendencia biologicista y de artículos con una clara tendencia psicoanalítica, como se puede encontrar en las publicaciones de la Clínica Psiquiátrica sobre depresiones de 1984 y en la publicación de las Jornadas sobre Depresión de 1985. Las elecciones terapéuticas también respetarán esta supuesta unidad biopsicosocial con la idea de la necesidad de intervenciones combinadas, pero, de hecho, las terapéuticas también responderían a la delimitación de ámbitos y psiquiatras biológicos y psicoanalistas administrarían preferentemente psicofármacos los primeros y psicoterapia los segundos.

Con ello, el psicoanálisis, ya fuera representado por psiquiatras o psicólogos, y la nueva psiquiatría biológica seguían su camino con un mínimo de desencuentros, y cada corriente se aseguraba un ámbito de acción que también fue respaldado por el desmembramiento de las depresiones en unidades discretas. Así, los artículos de corte biologicista abordarían algunos las depresiones secundarias (Sazbón, Montalbán y Tellería, 1984; Tutté y Rosa, 1984), las depresiones enmascaradas (Puppo Bosch, 1984), depresiones en la vejez (Ramírez, Ithurrealde, Larrosa y Lyford-Pike, 1984) y depresiones en enfermos terminales (Puppo Touriz *et al.*, 1984b). Los autores de la corriente psicoanalítica elegirían aproximarse a la depresión a través de la depresión en el lactante (Freire de Garbarino, 1989), la depresión en la infancia (Casas de Pereda, 1988; Estable, Porteiro y Ruiz Rossi, 1993), la depresión en la adolescencia (Restaino, 1985) y la depresión en la edad media de la vida (Acevedo de Mendilaharsu, 1985).

221 Cuando los Galaaditas derrotaron a los Efraimitas utilizaron esta palabra para poder detectar entre la población a los Efraimitas que quería salvarse mezclándose entre las gentes del pueblo vencedor. La palabra *shibboleth* no significaba absolutamente nada, pero como no podía ser pronunciada correctamente por los Efraimitas funcionaba como un detector infalible.

Recurrir al modelo biopsicosocial ciertamente dejaba lugar a que las teorías psiquiátricas que tomaban posición sobre la cuestión de la etiología todavía pudiesen ser consideradas como guías importantes de la práctica clínica de las disciplinas psicológicas. De este modo, las disciplinas psicológicas en el Uruguay tomaban un camino diferente a la psiquiatría norteamericana que había preferido suprimir la discusión sobre la causalidad de la enfermedad mental, como se expresa en las distintas ediciones del *DSM-III* y el *DSM-IV*. La opción biopsicosocial quizás fuera también un cierto modo de suprimir la polémica en el Uruguay, porque de hecho ella se evitaba a toda costa en los ambientes psiquiátricos y psicológicos del país. Pero no la borraba por completo.

Ciertamente, el consenso biopsicosocial no era capaz de eliminar todas las asperezas y contradicciones. Aunque es difícil de encontrar en el medio uruguayo críticas directas a la psiquiatría biológica provenientes desde las filas del psicoanálisis y viceversa, en realidad estas sí tuvieron lugar, pero, una vez acallada la discusión sobre la causalidad, se instalaron sobre todo en el terreno de las tecnologías. Tecnologías que, por un lado, fueron asimiladas al avance tecnológico en sí, a un estado de la civilización reciente que provoca cambios en el psiquismo humano, pero que también abarcaron las intervenciones terapéuticas propias de la práctica clínica psiquiátrica y psicoanalítica. De hecho, varias tensiones persistieron entre las vertientes biológicas del saber psiquiátrico y psicológico y las vertientes dinámicas a lo largo del tiempo y las depresiones fueron uno de los ámbitos en los que ellas se hicieron evidentes, fundamentalmente a través de la crítica y debate del uso de los antidepresivos y psicofármacos en general. Como veremos, este desvío en el camino del debate entre ambas vertientes, aunque separó al medio uruguayo de lo que sucedía en la psiquiatría norteamericana y europea de los últimos tiempos, que se lanzaba a una crítica acérrima del psicoanálisis, la reencontró con este debate en algunos tópicos y estrategias. Así como la psiquiatría norteamericana llegaría a temer que la psiquiatría fuese desplazada y absorbida por la neurología, algunas voces pusieron en palabras este mismo temor también en el Uruguay, y así como cierto psicoanálisis prefirió defenderse de los embates de la psiquiatría biológica a través de una renovada apuesta por el humanismo, ciertas estrategias del psicoanálisis uruguayo parecen haberse decidido por este mismo camino.

Tercera parte

Saberes en debate

Las tensiones

La insuficiencia del consenso

El consenso biopsicosocial que se perfiló en los saberes psicológicos uruguayos con especial fuerza a partir de los años setenta se mostraría inoperante a la hora de evitar el surgimiento de contiendas, tensiones y resquebrajamientos. Su relativo fracaso implicaba la aparición de visiones contrapuestas en los saberes psicológicos sobre sus ámbitos de intervención, pero como veremos, estas visiones no se limitarían únicamente a este tópico. Si bien el debate sobre lo tecnológico en la práctica clínica de los saberes psicológicos sería capital, las tensiones se desarrollarían más allá de los aspectos técnicos de las intervenciones terapéuticas y alcanzarían la producción de una serie de metáforas sobre el fenómeno tecnológico en general. Toda una narrativa histórica de los saberes psicológicos, que apelaría a nociones populares del cambio tecnológico teñidas de optimismo, se pondría en funcionamiento para asir el impacto de los nuevos psicofármacos mientras que al mismo tiempo una versión apocalíptica de ese cambio tecnológico auguraría consecuencias nefastas. Es posible recorrer los ejes en los que estas nociones y metáforas expresaron las tensiones reinantes en los saberes psicológicos uruguayos, explorando cómo ellas se alinearon con la división del campo psicológico en corrientes biologicistas o psicodinámicas.

Así, aunque el acuerdo biopsicosocial permitía una convivencia sin sobresaltos entre las distintas vertientes de los saberes psicológicos del Uruguay, en ocasiones, la defensa de este consenso multifactorial permitía también, aunque parezca contradictorio, una crítica punzante entre las distintas corrientes. Incluso, llegando a defender la naturaleza multidimensional del saber psiquiátrico era posible deslizar parte de las tensiones existentes, como lo hacía el doctor Enrique Probst en la Conferencia Internacional de las Américas sobre Salud Mental de 1996. Así, de un modo que hacía recordar a las palabras del profesor Murguía, quien afirmaba en esa misma época que la psiquiatría siempre había sido biológica, Probst abogaba por un enfoque integral de la psique sin perder oportunidad de lanzar sus flechas contra una psiquiatría biológica que estimaba peligrosamente unida a los avances tecnológicos:

Pienso que el entusiasmo que han generado los espectaculares avances de las neurociencias en la última década y la idealización que la cultura postmoderna ha realizado a los avances tecnológicos, han contribuido a estos desarrollos embanderados con el nombre —a mi criterio erróneo— de Psiquiatría biológica. Y digo erróneo porque me resulta imposible pensar

en una Psiquiatría que no amalgame a las clásicas perspectivas biológicas, psicológicas y sociales. Toda la Psiquiatría es biológica como lo es, a su vez, psicológica y social. (Probst, 1996a: 130)

Esta reafirmación de la multidimensionalidad de la psiquiatría tenía la particularidad de situar el empuje de la psiquiatría biológica en dos factores externos a la construcción del saber psiquiátrico: las neurociencias y la tecnología. Con ello, gran parte de los cargos contra esta psiquiatría caían fuera de su corpus teórico y conceptual. El doctor Probst volvería en otras oportunidades a apuntar críticamente a lo que llamará en algunas ocasiones «el paradigma hegemónico de la psiquiatría actual», pero en ningún momento recurrirá a argumentos que ubiquen esta crítica en el plano epistémico. Ni los hallazgos ni la construcción misma del saber de la psiquiatría biológica estarán en cuestión en ningún momento. Por el contrario, reconocerá todos estos aportes como insumos valiosos que necesariamente modifican las teorías dinámicas del psiquismo. Lejos está de las críticas que se centran en las limitadas capacidades explicativas y predictivas de la psiquiatría biológica o de aquellas que procuran establecer qué es lo que realmente se llama biología en psiquiatría biológica. Se suele acusar a la psiquiatría de limitar la biología a las deficiencias del funcionamiento bioquímico, cuando en otros terrenos la biología como empresa de conocimiento posee metas más ambiciosas. Una de las críticas que corre por este carril es la que esgrime Philippe Pignarre. Este autor realiza un análisis mordaz de la psiquiatría biológica señalando que la biología de esta psiquiatría es solo una «pequeña biología», una copia imperfecta de la disciplina biológica que no logra reproducir en la investigación psiquiátrica las características de la investigación en biología (Pignarre, 2001: 87). Esta pequeña biología alcanzaría solo a explicar el modo de acción de los psicofármacos, y permitiría, más que predecir, seleccionar nuevas sustancias medicamentosas. No sería capaz de proporcionar explicaciones causales sobre la enfermedad mental y por lo tanto, no constituiría una verdadera biología. Para Pignarre la biología de la psiquiatría biológica cobra sentido únicamente dentro de los límites de la empresa farmacéutica, pues no sirve más que para seleccionar los nuevos psicofármacos y solo tiene validez dentro del laboratorio farmacéutico, y aún más, depende de la industria farmacéutica para obtener los datos que utiliza (2001: 119).

Si de alguna manera hubo antagonismo con la psiquiatría biológica en el Uruguay, este antagonismo se desarrolló sobre lo que de tecnológico tienen los saberes psicológicos, es decir, a nivel de las herramientas terapéuticas.

Entre las tensiones existentes en el Uruguay, el estatuto o la legitimidad del conocimiento biológico de la psiquiatría biológica no es lo que está en juego en primera instancia. Son los ámbitos de intervención y práctica clínica, y no la producción de conocimiento, los que generan disputas en el campo de las disciplinas psicológicas del país; y ello, seguramente, porque Uruguay se encuentra lejos de los centros de producción más intensivos del saber psiquiátrico y psicológico. Llevadas las disputas al terreno de la práctica clínica, las intervenciones

terapéuticas se convierten en el eje central de todos los debates posibles. En este punto, entran en juego las concepciones que psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas tienen del fenómeno de la técnica y la tecnología, superponiéndose a veces un término a otro, limitando otras la técnica al campo de las intervenciones terapéuticas y la tecnología al mundo de los artefactos, pero manteniendo siempre un eje causal entre el avance tecnológico en general y la modificación de la práctica clínica.

El doctor Probst, con marcada insistencia, efectuaría durante los años noventa llamados de alerta sobre el peligroso uso de las técnicas que estaba teniendo lugar en la psiquiatría y el psicoanálisis del momento. En los años ochenta ya había dictado una conferencia en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay advirtiéndole sobre el uso inconveniente de los psicofármacos en la práctica clínica, conferencia que, como él mismo comentaría años más tarde, había generado un marcado malestar entre la audiencia y en la industria farmacéutica. Probst, en esa ocasión, partía de los alentadores avances de la psicofarmacología para detenerse en los peligros que estos mismos avances habían introducido en la práctica psiquiátrica, y con ello se topaba de frente con los problemas que el progreso de la tecnología impone. El riesgo de la iatrogenia era uno de estos problemas, pero no el más grave. Para Probst el peligro mayor de la psicofarmacología, era la «perversión» que se instalaba en ella. Recurriendo a este término psicoanalítico, equiparaba el mecanismo de renegación (*Verleugnung*) operante en las perversiones psicopatológicas al mecanismo por el cual una parte importante de los psiquiatras renegaban del resto de intervenciones terapéuticas existentes y se dedicaban exclusivamente a recetar psicofármacos a sus pacientes (Probst, 1987). Casi una década más tarde recordaría las repercusiones de esta conferencia de la siguiente manera:

Hace cerca de diez años presenté un trabajo que en el medio en el cual vivo suscitó una cierta inquietud a la industria farmacéutica local. El sobresalto fue provocado por el título del mismo y que figuraba en la invitación formulada por la Sociedad de Psiquiatría de mi país. El título en cuestión se prestaba a múltiples equívocos: «la perversión en la psicofarmacología». Fue claro que el tema era la perversión en la psicofarmacología y no la perversión de la psicofarmacología. Al entenderse mi intención, la industria farmacéutica se tranquilizó, no así un grupo de psiquiatras que se sintieron involucrados. Traté de analizar en dicho trabajo ciertas prácticas psiquiátricas basadas exclusivamente en la administración de psicofármacos. Esa práctica según mi visión se construía frecuentemente en base a un proceso de renegación —entendido dicho término en sentido freudiano— que transformaba la relación terapéutica en una relación perversa. Obviamente el término de perversión no estaba utilizado como exponente de un juicio de valor, sino usado en el sentido que se le da en la teoría psicoanalítica a la estructura perversa, es decir, aquellas basadas fundamentalmente en el mencionado proceso de renegación.

El psiquiatra decía saber que un tratamiento es algo más que una mera prescripción de psicofármacos pero «aun así» seguía intercambiando pastillas por síntomas. Este «aun así» es una feliz expresión que he tomado de O. Mannoni y que el mencionado autor utilizaba para señalar descriptivamente lo que acontecía psicodinámicamente en la renegación. El paciente, a su vez, no queriendo movilizar los presuntos conflictos subyacentes a las formaciones sintomáticas elegía muy cuidadosamente a psiquiatras que solo recetaban psicofármacos y que no perdían el tiempo hablando de problemas que obstinadamente los pacientes decían no tener. El escenario estaba, entonces, de esta manera armado y la pareja psiquiatra-paciente actuaban la mencionada representación perversa que Clavreul tan bien ha descripto.

El trabajo fue recibido, a decir verdad, de manera fría y ligeramente hostil. Se elevaron algunos escuetos comentarios sobre todo centrados en la inadecuación del tema presentado en la Sociedad de Psiquiatría y que era de «índole» filosófica al pensar de algunos. Recuerdo sin embargo que alguien me dijo —y ese alguien era una persona muy valorada y respetada por todos nosotros en nuestro medio— si las cosas pueden suceder de esa manera de acuerdo a tu interpretación, ¿por qué no has mencionado nada acerca de lo que se podría llamar «La perversión en la Psicoterapia»? (Probst, 1996e: 43-44)

El episodio relatado por Probst contiene al menos dos aspectos ilustrativos de la manera en que los psicofármacos habían modificado la escena de los saberes psicológicos en el país. Por un lado, existía una división de la práctica clínica, entre aquellos que preferían únicamente la utilización de psicofármacos y aquellos que preferían únicamente la utilización de la psicoterapia. La pregunta efectuada por el prestigioso colega al que Probst hace referencia, efectivamente apuntaba a hacer aparecer esto, es decir, que existían modos antagónicos de concebir la intervención terapéutica dentro de la práctica clínica.²²² Por otro lado, la fría recepción del trabajo, la inquietud primaria de la industria farmacéutica, y las opiniones sobre lo impropio de la presentación del trabajo ante la Sociedad de Psiquiatría, delimitan la principal estrategia que en el medio se tomaba ante las fracturas que se estaban aglutinando en torno a los psicofármacos: la de no llevar las discrepancias al terreno de la polémica, al terreno del debate público y la confrontación directa de posiciones. Ciertamente, las divergencias eran permitidas, pero debían mantenerse dentro de los límites de un disenso silencioso.

Pese a este episodio, el profesor Probst sería durante la década siguiente uno de los psiquiatras uruguayos más preocupados por despejar la posición que los psicofármacos estaban ocupando en la práctica clínica y trasladar esta preocupación a distintos eventos científicos. En ocasiones, el esfuerzo de análisis desplegado le llevó a analizar las relaciones de la psiquiatría con la tecnología como fenómeno social y cultural amplio.

222 El prestigioso colega era el profesor Daniel Murguía.

En sus trabajos mostraría puntos de encuentro con la reflexión sobre la tecnología y el cambio tecnológico desarrollada por las ciencias sociales y la filosofía, pero también con las nociones populares sobre la experiencia tecnológica moderna que es posible encontrar en las sociedades actuales de diversas partes del mundo. Casi punto por punto, Probst hace uso de las nociones prevalecientes del pensamiento contemporáneo sobre la tecnología que Langdon Winner (1977) había sabido reconocer en los discursos académicos y no académicos contemporáneos. La tecnología aparece como una fuerza poderosa que cambia a ritmo vertiginoso, modifica la sociedad y la vida humana en sus diferentes facetas, y la hace cada vez más compleja. Los avances en la tecnología siempre estarían un paso adelante que las respuestas que los individuos y la sociedad podrían dar a las profundas modificaciones que ellos introducen. La tecnología y el cambio tecnológico se vuelven un fenómeno avasallante que no deja escapar ningún ámbito de la experiencia humana y, por ende, tampoco la psiquiatría. La tecnología representa, para las disciplinas psicológicas como para otros ámbitos, peligros y beneficios. Representa el poderío humano, pero también la pérdida de este poderío, y es percibida bajo la forma de una contradicción que pone en marcha el uso de distintas metáforas, fuerzan un lenguaje específico para explicar el cambio tecnológico y sus consecuencias sobre la práctica clínica.

La preocupación de Probst por el lugar de la técnica y la tecnología en la práctica clínica lo llevaría a proponer en 1996, en el XII Congreso Argentino de Psiquiatría, una reflexión, basada en Heidegger, sobre la esencia de la técnica. En ese trabajo Probst advertía que «es necesario rescatarse de una tendencia, cada vez más manifiesta, a la trivialización de la psiquiatría en función de una reciente preocupación —al igual que en el resto de la medicina— por la técnica» (Probst, 1996b: 102). Un desarrollo excesivo de lo técnico en la práctica clínica, un interés desmedido por técnicas instrumentales caracterizadas como esencialmente manipuladoras, habrían conducido a la psiquiatría y la psicoterapia a promover una enajenación del sujeto enfermo de su propio ser, en la medida en que la técnica expresa, ante todo, una voluntad de dominio que oculta y posterga al ser. Probst tropieza de este modo con un tópico recurrente en casi todas las discusiones y reflexiones sobre la tecnología, tópico que generalmente se plantea bajo la forma del siguiente dilema: ¿es el ser humano el que controla la tecnología o es esta la que controla al ser humano? Ciertamente, el tema del control humano sobre la tecnología impone consideraciones sobre la autonomía del ser humano y el verdadero dominio que este posee sobre el fenómeno tecnológico. La pregunta que surge inmediatamente, entonces, es si la tecnología permite al ser humano ser libre o, por el contrario, lo hace su esclavo. Y esta cuestión es la que permea el análisis que Probst desarrolla sobre el fenómeno técnico en la práctica clínica. De hecho, recurre a Heidegger para proponer junto con él que solo se es libre de la técnica cuando es posible cuestionar su esencia y experimentar sus limitaciones. En último término, las preguntas que Probst sostiene remiten a una disyuntiva fundamental con respecto a la reflexión

sobre el fenómeno tecnológico (Winner, 1977): ¿es la tecnología beneficiosa o perjudicial? Como veremos, esta disyuntiva primordial acompaña todas las consideraciones que psiquiatras y psicólogos uruguayos hacen sobre la tecnología, tomen la forma de la pregunta por la autonomía y el control de la tecnología o por las consecuencias del cambio tecnológico a nivel general, a nivel de los psicofármacos o al nivel más particular de los antidepresivos. Las maneras de encontrar y enumerar los beneficios o los peligros de la tecnología serían diversas, pero el fenómeno tecnológico resultaba para los saberes psicológicos un fenómeno al cual debían responder forzosamente desde las reglas de un dilema moral. Lo bueno y lo malo de la tecnología permean de manera constante las diferentes interpretaciones sobre el encuentro de la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología con los psicofármacos desde los primeros tiempos de su advenimiento. Inmersas en esta polaridad, estas interpretaciones parecen no arribar a ningún acuerdo especialmente en dos planos: el logro de la curación y el futuro y desarrollo de cada una de las disciplinas psicológicas. ¿Son los psicofármacos un avance para la curación de las enfermedades mentales? ¿Son un avance o un riesgo para la psiquiatría, para el psicoanálisis? Con la formulación de estas interrogantes quedaba planteado que en la consolidación e institucionalización de los distintos saberes psicológicos y sus prácticas la tecnología jugaba un papel fundamental, en la medida en que era capaz de afectar a un tiempo el porvenir disciplinario y sus capacidades instrumentales. En el intercambio de argumentos, por momentos, la dimensión tecnológica de los saberes psicológicos parecía ganar un poder generador lo suficientemente fuerte como para imprimir nuevos cursos a estos saberes y sus prácticas.

Cuando Probst prevenía contra la creciente trivialización de la psiquiatría, ciertamente, proporcionaba una respuesta poco alentadora a los dilemas anteriores. Desde su perspectiva, un excesivo interés por las tecnologías modernas había hecho de la psiquiatría actual una disciplina superflua, carente de aportes novedosos. Bajo esta mirada, el fenómeno tecnológico tomaba un cariz negativo que podía encontrarse también en otros ámbitos. La trivialización de la psiquiatría podía ser equiparada a la del resto de la medicina y, en verdad, Probst encontraba en la tecnologización de la medicina y de la sociedad la causa de las transformaciones últimas de la práctica médica:

La revolución tecnológica, sobre todo en el seno de las sociedades industrializadas, ha generado algo así como una falsa «mutación» de la evolución del ser humano. Este cree haber podido concretar el sueño de Descartes, de ser dueño y poseedor de la naturaleza y a su vez, progresivamente, dueño y poseedor de su naturaleza biológica y psíquica. Muchos médicos no han podido evitar esta creencia y esto se ha reflejado en el tipo de praxis desarrollada (Probst, 1996c: 54).

Para Probst la conjunción de medicalización, la cientifización y la tecnologización de la práctica psiquiátrica hacía que se dejara de lado la exploración de

la subjetividad y que se perdiera, por consiguiente, uno de los mayores aportes de la psiquiatría de orientación psicodinámica (Probst, 1996d).

Pero Probst no era el único que mostraba una actitud cautelosa frente a la tecnologización de la práctica clínica. Para quienes se muestran más favorables a los abordajes somáticos de las enfermedades mentales, los psicofármacos representaban al mismo tiempo un avance notable y un riesgo latente en la medida en que sus efectos terapéuticos podían ser acompañados de un sinnúmero de efectos secundarios. Por ejemplo, promediando los años ochenta, el profesor Daniel Murguía (1985b) dedicaría un artículo de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* a la revisión de los efectos indeseados de los antidepresivos, las sales de litio y ansiolíticos, confeccionando una larga lista de síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y musculares, entre otros.

Desde su ingreso al país los psicofármacos, y en ese marco los antidepresivos, habían sido objeto de consideraciones diversas que a lo largo del tiempo se estabilizaron en miradas favorables y desfavorables sobre su eficacia y su verdadero poder de curación. En definitiva, la preocupación de Murguía reflejaba, aunque críticamente, una concepción de los psicofármacos como herramienta poderosa para la curación, mientras que la preocupación de Probst reflejaba la visión de que la curación en psiquiatría no podría lograrse únicamente por el empleo de drogas modernas. Evidentemente, cada interpretación sobre la utilidad y eficacia de los psicofármacos se encuentra ligada a qué se entiende por curación en psiquiatría y también a la comparación de desempeño de las diferentes tecnologías terapéuticas disponibles en el momento. La reputación de los psicofármacos y de los antidepresivos como herramientas innovadoras en la práctica clínica se labró, en gran medida, de la mano de una narrativa que pretendía introducir el progreso en la historia de las disciplinas psicológicas y, particularmente, en la historia de la psiquiatría.

Metáforas de revolución y eras tecnológicas

Esta narrativa, en verdad, no era del todo novedosa, sino que ya había sido empleada en la recepción de otras innovaciones tecnológicas y funcionaba de la mano de algunos tropos del lenguaje, comparaciones tácitas, que le inyectaban una carga de sentido vigorosa. El progreso muchas veces se presentaba bajo la imagen de una genuina revolución, imagen que era aprovechada para situar el cambio tecnológico dentro del campo de la psiquiatría. Los psiquiatras a lo largo de la historia de su disciplina serían altamente propensos a denominar las nuevas terapéuticas como revolucionarias. Pero esta metáfora de la revolución tecnológica, en verdad, no pertenecía únicamente al campo de las transformaciones tecnológicas de la psiquiatría, sino que era una figura común a la que se recurría cuando se quería compendiar la historia del cambio tecnológico en Occidente, y en especial cuando se pretendía mostrar que el cambio tecnológico había penetrado todos los ámbitos de la vida social de forma abrupta e irreversible. Disciplinas

como la economía, la historia y la antropología habían utilizado profusamente la imagen de la revolución tecnológica para describir la alteración total de la vida de los pueblos ocasionada por la aparición inesperada y repentina de nuevas tecnologías. La noción servía, sobre todo, para oponerse a la noción gradualista de la evolución sociocultural y destacar la discontinuidad existente entre sus estadios. La noción de revolución tecnológica, por tanto, lleva implícita la noción de cambio sociocultural. En psiquiatría, la noción de revolución tecnológica llevaría, además, implícita la noción de cambio disciplinario.

En 1951, en la sección sobre «Libros Médicos Franceses Recientes» del *El Día Médico Uruguayo*, por ejemplo, ya podía encontrarse, años antes de la aparición de los neurolépticos y los antidepresivos, la noción de revolución asociada a la incorporación de métodos biológicos en psiquiatría, fuesen estos métodos de diagnóstico o métodos terapéuticos. En esa sección se presentaba el libro de Jean Delay *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique*, señalando que:

Desde los tiempos de Pinel y hasta hace pocos años, la psiquiatría parecía condenada a quedar en el dominio clínico y anátomo-patológico. Esta última década ha asistido a una verdadera revolución: la electroencefalografía permite hoy el estudio de las disritmias cerebrales, las encefalografías gaseosas han preparado el terreno a la psicocirugía.

La terapéutica también ha hecho sus adquisiciones: la penicilina da resultados en la parálisis general a condición de su empleo masivo y prolongado; las psicosis hormonales son hoy diagnosticadas por el laboratorio y curadas; el dinitril-succínico ha dado resultados de valor en el tratamiento de los estados depresivos; los oligofrénicos mejoran con el ácido glutámico; el tratamiento del gran mal de la epilepsia es la asociación gardenal-hidantoínas (I. B., 1951: 400).

Seguramente el autor de la reseña del libro de Delay reproducía en alguna medida el propio entusiasmo que el psiquiatra francés mostraba en esa época respecto a los tratamientos físicos. En los años de entreguerras los tratamientos de *shock*, como el coma insulínico y la convulsoterapia por cardiazol, habían logrado cierta popularidad, que llegó a su punto máximo a finales de los años treinta con la llegada del *electroshock*. El sociólogo Alain Ehrenberg describe la atmósfera que reinaba en la psiquiatría francesa del momento como una atmósfera modernista en la que la noción de revolución era empleada con frecuencia por muchos psiquiatras (1998: 69). Se hablaba de revolución psiquiátrica, pues ciertamente los tratamientos de *shock* eran concebidos como sus catalizadores. Delay estimaba como una de las consecuencias de esta revolución la entrada de la psiquiatría en una etapa más científica de su desarrollo.

Cuando se trata de ilustrar las novedades incorporadas, en último término, se trata de un esfuerzo por dar cuenta de algún modo del cambio tecnológico dentro de la psiquiatría. Para ello sería necesario el despliegue de un lenguaje específico, de un lenguaje del cambio tecnológico, en el que los vocablos no serían elegidos al azar. La metáfora de la revolución se instalaría para enfatizar la idea de cambio abrupto, total e irreversible dentro de la disciplina. Pero además

de bosquejar una concepción del cambio tecnológico como una experiencia extrema, abriría una perspectiva optimista de sustitución de tecnologías obsoletas por tecnologías más avanzadas, perspectiva que sería utilizada luego para calificar el advenimiento de los psicofármacos. Toda una asociación entre cambio tecnológico, revolución y optimismo estaría pronta para movilizarse cuando los antidepresivos entraran en escena. De hecho, la metáfora de la revolución sería una de las metáforas persistentes a lo largo de la segunda mitad del siglo XX en la psiquiatría uruguaya.

Así, el doctor Guzmán Martínez Pesquera, a finales de los años ochenta, intentando establecer la relación de la psiquiatría con el resto de la medicina, ponía en funcionamiento dicha metáfora para destacar los cambios producidos tanto a nivel teórico como en la práctica clínica:

A toda esta avalancha de nuevos conceptos, se suma el descubrimiento y el uso en psiquiatría de diferentes drogas con acción muy específica sobre las funciones psíquicas y sus efectos beneficiosos en un sinnúmero de trastornos psiquiátricos. Estas drogas denominadas psicofármacos han revolucionado a partir de la introducción de los neurolépticos y antidepresivos, las concepciones sobre la enfermedad mental y han modificado profundamente el curso y la evolución en muchas de ellas (Martínez Pesquera, 1988: 22).

La fuerza de esta misma metáfora había permitido, diez años antes, a los profesores Ramírez, Sazbón y Ricci, aprovechar su intervención en el Primer Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur, que en realidad pretendía ser una discusión del tratamiento medicamentoso de la depresión, para introducir en su desarrollo la noción del cambio tecnológico radical en un ámbito acotado como el de los antidepresivos:

Como dijimos anteriormente la introducción de las drogas antidepresivas en 1957 en que Kuhn publica sus casos tratados con imipramina, revolucionó el tratamiento de las depresiones.

Antes de 1957 casi todo se reducía a efectuar tratamiento electroconvulsivo en las depresiones endógenas, psicoterapia en las depresiones psicogenéticas y tratamiento médico sintomático en las depresiones orgánicas (Ramírez, Sazbón y Ricci, 1978: 109).

La metáfora de la revolución, ciertamente, era efectiva porque se establecía una diferenciación entre un antes y un después de la introducción de los psicofármacos. Este momento anterior era caracterizado como una fase tecnológica de los tratamientos psiquiátricos limitada, conclusión a la que se llegaba a través de la comparación de los logros de los psicofármacos con los logros de los tratamientos anteriores. En realidad, el mismo Roland Kuhn recurría a esta estrategia discursiva para describir la magnitud del impacto de la introducción de la imipramina en la práctica clínica desde sus primeros trabajos sobre la sustancia. En este caso, la comparación que se ponía en marcha ligaba los antidepresivos a las técnicas psiquiátricas anteriores, a la vez que los demarcaba, los distinguía de estos. Kuhn (1958) enfatiza los éxitos de la imipramina allí donde el *electroshock*,

la clorpromazina y la psicoterapia han fracasado. El *electroshock* pierde progresivamente su eficacia en la medida que se incrementan sus aplicaciones. La psicoterapia, apropiada únicamente para las depresiones reactivas, es un proceso largo y tedioso de escasa efectividad. Los psicofármacos que existían hasta el momento, como la clorpromazina o los estimulantes, no poseen grandes efectos sobre la depresión. Por todo ello, Kuhn insistía en que para la curación de la depresión era necesaria la aparición de nuevos medicamentos eficaces.²²³ Kuhn realiza una operación simbólica y discursiva en la que describe el campo de la terapéutica psiquiátrica antes de la introducción de los antidepresivos, como carente, falto de terapéuticas con las propiedades que la imipramina posee, y describe la llegada de la imipramina como la llegada de la terapéutica adecuada y específica para dominar las depresiones. Instauro una necesidad, que es el dominio de la enfermedad depresiva, y ofrece su satisfacción a través de los antidepresivos. Este dominio sobre la enfermedad que posee la nueva terapéutica podría llegar al extremo de otorgar el poder al médico psiquiatra de crear o suprimir la depresión según su propia voluntad (Kuhn, 1958: 460). Si tenemos en cuenta que las teorías sobre la innovación aseguran que las innovaciones se convierten en tales porque satisfacen las demandas de aquellos que luego se convertirán en sus usuarios, la operación discursiva de Kuhn adquiere sus verdaderas dimensiones.

Las comparaciones entre antidepresivos y *electroshock* fundamentaron no solo la presentación que Kuhn realizaba de la imipramina, sino también la interpretación favorable que los psiquiatras uruguayos construyeron sobre los antidepresivos. El cotejo entre nuevas y viejas tecnologías fue un mecanismo esencial en la elaboración de una narrativa del cambio tecnológico que permeó la psiquiatría de los países centrales, pero también de países como el Uruguay.

Si una de las primeras ventajas que se indica sobre los psicofármacos antidepresivos en los países que los vieron surgir es, justamente, que permiten abandonar el uso del *electroshock* en un número importante de casos, eso también es señalado por los psiquiatras uruguayos como un progreso evidente, como así lo indicaba Tomás Bedo (1961) cuando realizaba una experiencia temprana con amitriptilina. El *electroshock*, a pesar de haber sido caracterizado él mismo como una revolución, poseía, por lo menos desde principios de los años cincuenta, una leyenda negra que lo describía como un método despiadado y profundamente inhumano. Había sido el primer tratamiento que había logrado cierta especificidad en el tratamiento de las rebeldes melancolías, y quizás, justamente por ello, fue inmediatamente reconocido como aquel tratamiento que los antidepresivos venían a suplantarlo.

223 En palabras de Kuhn: «Many forms of depressions possessed no really adequate treatment till now, and there was nothing much that could be done except wait till the disturbance cleared up on its own.» (1958: 459). («Muchas formas de la depresión no poseían hasta ahora tratamientos realmente adecuados, no había mucho que pudiese hacerse más que esperar hasta que el trastorno remitiera por sí solo.») [La traducción es nuestra].

Las narrativas históricas de la psiquiatría, provengan de las latitudes de la que provengan y sean de la época que sean, suelen coincidir en ello. En la presentación histórica de la psiquiatría que el psiquiatra uruguayo Abraham Genis efectúa a principios de los años setenta, esta comparación está presente en todo el desarrollo que realiza sobre la invención de los psicofármacos. Sobre la imipramina afirma que:

Por primera vez demostró ser un excitante o estimulante específico contra la depresión melancólica.

Los resultados satisfactorios con esta medicación fueron superiores al 60 %.

Se había abierto pues un capítulo más eficiente, en la terapéutica psiquiátrica: el de la melancolía.

Los médicos ya no se veían obligados a indicar, en primera instancia, el electrochoque [sic].

Ya podían brindar a sus pacientes un tratamiento medicamentoso con el cual podían ofrecerles esperanzas de curación superiores al 50 %.

Más aún, en los casos en que la melancolía tendía a hacerse crónica, permanente, y no se podían aplicar tratamientos continuados de electro-choque, la medicación por vía oral era muchos más satisfactoria. (Genis, 1973: 46)

La imipramina, según Genis, habría liberado a los psiquiatras de la carga de tener que recurrir al *electroshock*, y habría desplazado a esta tecnología indicando un punto de quiebre en el desarrollo de la práctica psiquiátrica. Existiría, entonces, un antes dominado por el *electroshock*, y un después, dominado por los antidepresivos.²²⁴

En definitiva, la presentación de un antes y un después de la introducción de los psicofármacos, también posibilitaba la emergencia de otra metáfora que fue ampliamente utilizada: la metáfora de las eras tecnológicas. La metáfora de las eras tecnológicas, al igual que la imagen de la revolución tecnológica, había sido empleada por las ciencias sociales para explicar el cambio sociocultural. Las eras, en la evolución social, se seguían las unas a las otras, y servían para caracterizar un período de tiempo prolongado en el que una tecnología concreta había sido el eje central de la vida social. En psiquiatría, las eras tecnológicas permitían resaltar la sucesión de tecnologías, la sustitución de unas por otras, como si se tratara de los jalones inevitables de un proceso de evolución natural; pero, ante todo, permitía delimitar un período de tiempo en el que una terapéutica concreta, más que cualquier otra, había caracterizado la práctica clínica.

A pocos años de la introducción de los antidepresivos en el país, algunos psiquiatras hablaban de la «era psicofarmacológica» como un estadio de la

²²⁴ La aspiración de la sustitución completa del *electroshock* por los psicofármacos era una de las creencias más arraigadas de los años subsiguientes a la introducción de los antidepresivos. Pero en realidad, los antidepresivos no lograron nunca el desplazamiento total de las terapéuticas que, como el *electroshock*, mostraban cierta eficacia en el tratamiento de los trastornos del humor.

evolución de las ciencias médicas. A principios de los años sesenta los doctores Luis Barindelli Irisarri y Carlos Strazzarino escribían:

Es un hecho evidente tanto para el especializado como para el médico general, que se está viviendo la era de la psicofarmacología. Día a día, nuevas sustancias, algunas derivadas de un grupo estructural básico y otros químicamente [son] libradas al uso médico para el tratamiento de los disturbios psíquicos (1962: 57).

Alrededor de quince años más tarde, el profesor de psiquiatría Carlos Tobler, en el Primer Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur, comentaba: «[a]quellos que comenzamos nuestra práctica en la era del E. S. [*electroshock*] que tanto cambió el panorama psiquiátrico, somos los que vivimos con más admiración el avance farmacológico que se inició en este época» (Tobler, 1978: 13). La era del *electroshock* habría sido sucedida por la era de la psicofarmacología que necesariamente habría llegado bajo el signo de los nuevos tiempos.

Ya fuera bajo la forma de la metáfora de la revolución o de la metáfora de las eras tecnológicas, era estrictamente necesario que se sostuviera la comparación constante entre las modernas drogas y los tratamientos más viejos, que generalmente era desplegada mostrando un fuerte entusiasmo por los psicofármacos. Con entusiasmo se enumeran las ventajas de estas drogas, se festejan los avances que permiten en el campo de la curación, en el conocimiento de la etiología de las enfermedades y en la vida en sociedad, dando a los psicofármacos algunas veces un papel mesiánico. Sin duda, estas interpretaciones del desarrollo de los psicofármacos mostraban un optimismo tecnológico evidente en el uso reiterado de la palabra «esperanza», uso que se encuentra en fechas variadas e incluso distantes.

En 1959, cuando se tenían las primeras experiencias con imipramina en el país, el futuro se mostraba promisorio con la llegada de los psicofármacos, especialmente para el logro de la curación de la enfermedad mental. Así lo expresaban, por ejemplo, los doctores Ramírez y Badano, quienes afirmaban que «[l]a aparición de estas nuevas drogas cuya acción biológica es tan fina y cuyos mecanismos biológicos de acción son a veces tan difíciles de establecer, permite alentar esperanzas sobre la curación en psiquiatría» (1961: 119).

Varios años más tarde las esperanzas aún se seguirían manteniendo en las palabras del psiquiatra Abraham Genis, quien sostenía que estos medicamentos:

Han permitido a la humanidad descargar un inmenso lote pasivo de seres humanos que vegetaban veinte hasta cincuenta o sesenta años de su vida en establecimientos psiquiátricos.

Su aporte ha sido invaluable, y cada día tenemos gracias a ellos más esperanzas (1973: 71).

Pasado el tiempo, más que como un futuro promisorio, se recordaría la entrada de los psicofármacos como un hito fundamental en la historia de la psiquiatría. Para el psiquiatra Abraham Genis la clorpromazina, por ejemplo, superaba como desarrollo las fronteras de la psiquiatría:

Hoy los psicofármacos son los recursos más importantes de que dispone la psiquiatría.

Si tuviéramos que elegir una sola de todas las disciplinas que colaboran con la psiquiatría elegiríamos sin duda la psicofarmacología, y si de todos los psicofármacos tuviéramos que elegir uno solo, elegiríamos sin duda la clorpromazina [...]

La clorpromazina es en psiquiatría lo que fue la insulina en la diabetes; lo que fue el luminal en la epilepsia; lo que fue la penicilina en las enfermedades infecciosas; lo que fue la vacuna contra las pestes epidémicas.

Debe ser considerado uno de los grandes descubrimientos de la humanidad (1973: 43-44).

El profesor Tobler, al cierre de la misma conferencia en la que hablaba de la existencia de una era del *electroshock*, fundamentaba un optimismo tecnológico respecto a la etapa psicofarmacológica apelando a un tiempo a las nociones de dominio, de transformación, de facilitación y esperanza:

En toda esta etapa psicofarmacológica debemos resaltar el desarrollo adquirido por los neurolépticos, los tranquilizantes, y los estimulantes del humor, que han permitido un dominio sobre la enfermedad mental, transformando las condiciones hospitalarias al punto de que una sala de agudos del hospital psiquiátrico no se diferencie de una sala del hospital general. En cuanto a las otras técnicas de tratamiento de psicofarmacología lejos de desplazarlas ha venido a facilitar su aplicación, ya sea la psicoterapia, la terapia ocupacional, las terapias biológicas, etcétera, todas se ven favorecidas por los psicofármacos.

Por último debemos reconocer que la psicofarmacología no ha resuelto ni pretende resolver todos los problemas de la enfermedad mental, pero ha realizado notables conquistas en muy corto tiempo y ha dado impulso a la investigación psiquiátrica en diferentes terrenos. Esto crea la esperanza de que en el mañana se puedan conocer las causas de la enfermedad mental que hasta hoy se ha manejado en el campo de la hipótesis (1978: 14).

Algo similar sostendrían los doctores Ramírez, Sazbon y Ricci sobre los antidepresivos en concreto. Las expectativas, a dos décadas de la introducción de los antidepresivos, llegarían incluso a creer en la posibilidad de curación de todos los tipos de depresión:

Debido al descubrimiento y utilización terapéutica de las modernas drogas antidepresivas en las dos últimas décadas, se ha revolucionado no solamente el tratamiento de las depresiones sino que se han incrementado los trabajos para despistarlos en etapas tempranas y descubrir los factores etiológicos.

El éxito de estas modernas drogas antidepresivas ha creado pues, una doble expectativa: por un lado del público en general que consulta con más asiduidad en el conocimiento de las mejorías obtenidas por otros casos y del médico y el investigador por otro que, acicateados por esos éxitos, buscan a través del uso y la experiencia la curación de todas las depresiones (Ramírez, Sazbon y Ricci, 1978: 109).

Una parte del cuerpo psiquiátrico del Uruguay respondía al dilema planteado por los psicofármacos construyendo una interpretación tecno-optimista que se sostenía, ante todo, enfatizando las ventajas del cambio tecnológico. Denominándolo a veces como revolución, otras recurriendo a la imagen de la evolución tecnológica, pero siempre utilizando un lenguaje propicio para dar cuenta de este cambio y, en definitiva, poniendo en práctica una visión del cambio tecnológico que empleaba las nociones que la sociedad en general suele tener a mano para explicarlo y conceptualizarlo. Por más que se tratara de una innovación tecnológica específica ocurrida en un campo de acción concreto como el de la práctica clínica de las disciplinas psicológicas, por más que se tratara de movilizar ejemplos propios de esta práctica para caracterizar este cambio tecnológico, la visión desplegada sobre los psicofármacos era sustancialmente popular. Recurría a las nociones de dominio, control y progreso. Comulgaba con el determinismo tecnológico y con la noción de evolución tecnológica. Ello sucedía, también, como veremos, en aquellas interpretaciones que en vez de mostrar una orientación optimista hacia los psicofármacos miraban con cautela o desconfianza la llegada de estos medicamentos modernos.

Desde los años cincuenta hasta los años ochenta la figura de la revolución en psiquiatría fue parte fundamental de la narrativa explicativa que la psiquiatría uruguaya desarrolló para dar cuenta de los cambios producidos por la introducción de los psicofármacos. Para los años noventa esta metáfora era cada vez más escasa, justo cuando en las narrativas históricas de otras latitudes volvía a tomar fuerza para significar, sobre todo, la derrota del psicoanálisis. En especial la psiquiatría norteamericana de finales del siglo XX sería la que desplegaría nuevamente una narrativa revolucionaria, que incluso, a la hora de las críticas, llegaría a sostener la metáfora aunque fuese al precio de hablar de una revolución inconclusa (Hobson y Leonard, 2001). La contrapartida de la revolución psiquiátrica, para la psiquiatría norteamericana de los años noventa, sería la crisis del psicoanálisis. Pero si la figura de la revolución tenía su contrapartida, en la psiquiatría uruguaya no necesariamente implicaba el desplazamiento del psicoanálisis.

El revés de la revolución

La noción de revolución en la psiquiatría uruguaya tenía un revés que cubría casi punto por punto los elementos desplegados en esta fórmula, revés que compartía con ella el acuse de recibo de que, efectivamente, la introducción de nuevas tecnologías terapéuticas no había sido sin consecuencias, pero que se distanciaba de la misma al momento de caracterizar el cambio ocurrido. Esta versión revertida del cambio tecnológico en psiquiatría, reconocía las transformaciones que los nuevos psicofármacos habían producido, pero no mostraba el mismo optimismo, ni la misma confianza que sí mostraban quienes hablaban de revolución. En líneas generales, el revés de la revolución sospechaba de los pretendidos beneficios producidos por las nuevas terapéuticas y se mostraba cauteloso al

momento de evaluar su valía. Y así como quienes hablaban de revolución usaban una imagen que ya había sido utilizada en el momento de la introducción de otras tecnologías terapéuticas como el *electroshock*, quienes planteaban el revés de esta revolución actualizaban una crítica que ya se había esgrimido ante los tratamientos físicos predecesores de los modernos psicofármacos.

Habíamos visto que durante los años noventa el profesor Enrique Probst lanzaba advertencias constantes sobre el uso indebido de los psicofármacos en psiquiatría, pero en verdad la posición crítica de Probst ante la tecnología tenía sus antecesores incluso antes de la propia invención de los psicofármacos. En una época en que los tratamientos medicamentosos en psiquiatría aún se consideraban rudimentarios, el psiquiatra uruguayo Isidro Mas de Ayala advertía, a principios de los años cuarenta, sobre los peligros de una medicina aferrada en exceso a los medicamentos químicos. Abogaba por el mantenimiento de la salud mental a través de la psicoterapia, pero también a través de los buenos hábitos como las ocupaciones activas, deportivas, la lectura o la música que deberían «ocupar en el tratamiento de los padeceres psíquicos una buena parte del vasto lugar invadido por todo un ejército de productos químicos, expresión exagerada de la orientación excesivamente organicista de la medicina actual» (Mas de Ayala, 1943: 161).

Delimitaba, de esta forma, los parámetros de una querella que se desarrollaría de allí en adelante sobre tratamientos y saberes acerca del malestar y la enfermedad psíquica. Respondía con una alternativa con cierto aire higienista a una articulación entre tratamientos y saberes biológicos que dejaba cada vez menos margen a otro tipo de tratamientos y enfoques teóricos.

La llegada de los psicofármacos, de algún modo, se encuadró en un antagonismo previo que oponía tratamientos somáticos a tratamientos psíquicos, y cada nuevo tipo de psicofármaco actualizó este debate teniendo en cuenta las características de cada nueva droga y los conocimientos biológicos existentes en el momento. Con ello, la introducción de los antidepresivos en el Uruguay encuentra continuidad con los puntos de tensión que la psiquiatría y las restantes disciplinas psicológicas nacientes ya dibujaban en las décadas anteriores.

Así, un temor similar al experimentado por cierta parte de la psiquiatría uruguaya frente al impacto de las nuevas terapéuticas farmacológicas en el futuro de la psiquiatría, también se insinuaba en épocas más tempranas. Algunos años después de la introducción del *electroshock*, por ejemplo, Mas de Ayala (1953) sostenía que las terapéuticas biológicas habían conseguido un éxito notorio que había promovido profundos cambios en la psiquiatría de su época. Mas de Ayala tenía en cuenta que las transformaciones tecnológicas poseían un correlato en la transformación de la disciplina y no perdía de vista que en algunos casos ello había sido beneficioso para la psiquiatría, pero en otros perjudicial.

El *electroshock*, por ejemplo, así como había posibilitado curaciones que antes eran impensables, había llevado al psiquiatra a perder su protagonismo en el tratamiento de los enfermos mentales y había revelado, como básicamente

inservible, parte del conocimiento psiquiátrico sustentado en la descripción de los casos y en las taxonomías de las enfermedades mentales. Para Mas de Ayala la psiquiatría perdía terreno frente a una tecnología que no requería de un conocimiento específico para su funcionamiento y con ello se ponía en juego el futuro de la psiquiatría:

Y una vez que el electrochoque demostró su rápida eficacia, ocurrió en todo el mundo un hecho significativo. Médicos electrólogos, terapeutas «prácticos» que no necesitaban ser psiquiatras, ex-internos de sanatorios mentales, todo ese mundo de la parapsiquiatría, armados de su aparato transformador, se dieron a hacer electrochoques, a diestra y siniestra a toda clase de enfermos que caían entre sus electrodos. Y lo singular del caso fue que la mayor parte de los enfermos mejoraron, no obstante el empirismo y la falta de conocimientos psiquiátricos del terapeuta. Sin hacer diagnóstico, sin saber los matices de diferenciación entre las diversas clases de estupor, se hacía electrochoque y los enfermos mejoraban. Y aquellos terapeutas de ocasión miraron como a un ser extraño, al que no comprendían, al psiquiatra especialista, persona que durante años había estudiado los misteriosos meandros de la psiquis para llegar al final al mismo resultado que ellos apretando el botón del aparato electrónico (1953: 642).

Según Mas de Ayala, el campo de acción de la psiquiatría estaba siendo puesto en jaque por las nuevas tecnologías. El *electroshock* curaba las psicosis dísticas y los delirios crónicos, pero solamente a través de su aplicación empírica, sin necesidad de ninguna explicación teórica de su funcionamiento y éxito. Pero también el futuro de la psiquiatría estaba siendo amenazado por otra tecnología. Las neurosis, por su lado, aparecían disputadas por el psicoanálisis, que en la década de los cincuenta comenzaba a afianzarse con fuerza en el país. Frente a este panorama, el único dominio que restaba para la psiquiatría serían las esquizofrenias, lo que Mas de Ayala llamaría la «enfermedad psiquiátrica real en su futuro». De acuerdo a Mas de Ayala, en 1953, el campo de acción de la psiquiatría estaba en franco retroceso. El cuadro que Mas de Ayala describe introduce un punto de disloque entre saber e intervención terapéutica que hace posible que el conocimiento psiquiátrico pueda quedar invalidado a partir de una tecnología que prescinde de él para conseguir logros en el mismo campo de su intervención. Con ello, no solo un saber se volvería obsoleto sino también la especificidad de una profesión concreta. No solo la psiquiatría como conjunto de conocimientos, sino también la figura del psiquiatra perdería su lugar. La conexión entre intervención terapéutica y saber psiquiátrico quedaba al desnudo como una conexión, si no innecesaria, por lo menos débil. El cambio tecnológico, podía entonces, modificar la práctica clínica, pero también validar o invalidar conocimientos y teorías y fortalecer o debilitar profesiones. El cambio tecnológico, en definitiva, modificaba la interrelación entre disciplinas y saberes.

Hoy sabemos que el diagnóstico de Mas de Ayala sobre el futuro de la disciplina era equivocado. Lejos de retroceder, en las décadas subsiguientes, el campo de la psiquiatría se expandiría hasta incorporar dolencias que por su levedad antes

no llegaban a una psiquiatría preferentemente hospitalaria. Las relaciones con las otras disciplinas y profesiones del campo psicológico, que parecían peligrosas para la psiquiatría de 1953, habrían cambiado al poco tiempo. Apenas cinco años después, el propio Mas de Ayala se encontraría enumerando las ventajas que otra tecnología terapéutica, los neurolépticos, representaban para la psiquiatría. Pues si bien era uno de los primeros psiquiatras en lanzar una interpretación negativa de los psicofármacos, también tenía en cuenta que los cambios introducidos por los neurolépticos poseían una faz política dentro de la propia medicina que de algún modo había favorecido al cuerpo psiquiátrico:

Como psiquiatra que ha visto la evolución de esta especialidad en los últimos 30 años, séame permitido agregar dos cosas: 1.º Que el empleo de estas drogas medicamentosas ha aproximado y casi homologado la psiquiatría a la medicina interna, con todas las ventajas para los enfermos, el ambiente hospitalario y la psicología del personal; 2.º Que ha llevado al alienista, que vivía antes en el plano dialéctico y de taxonomías, a pensar en términos de funciones nerviosas de ajuste y de coordinación en las que puede intervenir mediante medicamentos de acción neurofisiológica comprobada. Con lo que concluye que el empleo de estas drogas ha beneficiado también al psiquiatra (Mas de Ayala, 1957: 68).

El acercamiento a la medicina que los neurolépticos habían propiciado no solo modificaba el estatuto de la psiquiatría en relación con el resto de las ramas de la medicina, sino que también modificaba este estatuto frente a los otros personajes con que el psiquiatra se cruzaba día a día en el hospital para enfermos mentales. La figura del psiquiatra resultaba fortalecida por una tecnología que, al contrario del *electroshock*, apelaba a un saber preciso para justificar su eficacia. Ese saber se convertiría en el coto privado del psiquiatra quien contaría, de allí en más, con una herramienta distintiva de su práctica clínica capaz de diferenciarse del resto de herramientas terapéuticas utilizadas por las disciplinas psicológicas. Con los psicofármacos, la psiquiatría volvería a recuperar su vasto campo de acción y estaría en condiciones para poder competir, en el campo de las neurosis, con el psicoanálisis y las psicoterapias. En 1957, cuando los únicos psicofármacos con los que se contaba eran los neurolépticos, Mas de Ayala, colocaba sobre el tapete uno de los temas que sería punto de tensión entre las distintas interpretaciones de los psicofármacos, es decir, su relación con el resto de los tratamientos no biológicos:

Contrariamente a la opinión simplista de interpretar estas drogas como si fueran la «aspirina» de la psiquiatría, no se trata solo de dar a tomar al enfermo unos comprimidos. En el tratamiento de las neurosis sigue siendo necesaria la presencia del psicoterapeuta, y en algunos casos es ella condición imprescindible para que el tratamiento se prosiga y la droga neuroléptica pueda tener su acción eficaz (Mas de Ayala, 1957: 67).

Las palabras de Mas de Ayala hacían frente al posible desplazamiento de la figura del psicoterapeuta por los psicofármacos. Es decir, a la sustitución del

ser humano por el producto tecnológico moderno. La versión revolucionaria del cambio tecnológico conceptualizó la primacía de los psicofármacos como una sustitución inevitable de tratamientos más antiguos por tratamientos más modernos, pero no logró incluir en esta cadena de relevos a los tratamientos psíquicos como sí lo había logrado con el *electroshock*, pues los partidarios de dichos tratamientos mostraron resistencias ante un posible desplazamiento de las psicoterapias por los psicofármacos.

Estrictamente la aparición de los psicofármacos no necesariamente debería traer aparejada una disputa con los tratamientos psíquicos. Roland Kuhn, quien desarrollara uno de los primeros antidepresivos, al mismo tiempo que realizaba la operación discursiva por la cual ofrecía la imipramina como el tratamiento indispensable para las depresiones en comparación con los tratamientos más antiguos, desplegó tempranamente la idea de que los antidepresivos, más que sustituir a la psicoterapia facilitaban su aplicación. Sin embargo, la afirmación de Mas de Ayala, que insistía sobre la necesidad del tratamiento psicoterapéutico en las neurosis, aun cuando se contaba con psicofármacos nuevos, dejaba traslucir un enfrentamiento precoz entre ambos tipos de herramientas terapéuticas.

Tratamientos en conflicto

Existía en el Uruguay en ese mismo momento una competencia abierta entre medicina y psicoanálisis. Durante los años cincuenta la APU estaba en plena formación y comenzaba a aceptar entre sus integrantes a psicoanalistas sin estudios médicos. Ello generó una clara oposición por parte de la psiquiatría y la medicina nacional que criticaban fuertemente que los tratamientos psicoterapéuticos fuesen realizados por no médicos. El cuerpo médico pretendió ser el regulador de todas las disciplinas que estuviesen relacionadas de un modo u otro con la salud y ello llevó, en algunos casos, a que la medicina general fuese sugerida como el patrón oro de la terapéutica, relegando a un segundo plano incluso hasta la propia psiquiatría.²²⁵ La necesidad de orden entre las distintas disciplinas emergentes en esa época, coincidió con la llegada de los nuevos psicofármacos

²²⁵ La doctora Galina Solovey de Milechnin, médica general, escribía a mediados de los años cincuenta lo siguiente: «Los neuróticos, que conservan la capacidad de seguir actuando en sus medios familiares, sociales y profesionales, suelen tener la convicción de que su enfermedad es orgánica, o «de los nervios», pero de ningún modo «de la cabeza» y se resisten a consultar al psiquiatra. Como ya dijimos los psicoanalistas no han tenido reparos en crear para estos enfermos una especialidad para-médica, sin atemorizarse ante el riesgo de desconocer y dejar avanzar un componente orgánico que puede ser grave. Creemos firmemente que la psicoterapia hecha por un médico general, por un lado puede ayudar a un número de enfermos infinitamente más extenso que el que pueden atender los psiquiatras, y por otro lado, es incomparablemente menos peligrosa que la psicoterapia realizada por psicoanalistas. Si confiamos en que un médico no rebase la dosis tóxica de un medicamento que puede tener efectos letales, o no seccione un órgano vital al operar en su vecindad,

que ingresaron en este proceso de reorganización de relaciones disciplinarias. Con ello, la adopción de estos tratamientos por el cuerpo psiquiátrico fue también una cuestión de orientación disciplinaria. Si bien en un principio quienes comenzaron a realizar las primeras experiencias con los nuevos psicofármacos practicaban la psiquiatría y el psicoanálisis a la misma vez, al poco tiempo, psicoanalistas y psiquiatras comenzaron a dividir aguas en torno a sus preferencias por los tratamientos psicodinámicos y tratamientos farmacológicos. El uso de los psicofármacos fue promovido por algunos y resistido por otros, y ello no fue un hecho aislado, o exclusivo de los saberes psicológicos uruguayos. En todas las partes del mundo surgieron quienes mostraban preferencia por los tratamientos medicamentosos de la enfermedad mental y quienes mostraban preferencia por los tratamientos psíquicos.

En el Coloquio Internacional sobre Estados Depresivos, realizado en Buenos Aires en marzo de 1960, estas predilecciones aparecieron como uno de los primeros escollos que la introducción de los psicofármacos presentaba en los saberes psicológicos. El autor de la relatoría del evento publicada en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, profesor de la Universidad Nacional de México, expresaba:

Otro aspecto que me parece importante dentro de este evento científico fue el relato del uso de drogas psicotrópicas en el curso de tratamientos psicoanalíticos y de tratamientos psicoterapéuticos individuales y de grupo. En general, y hablo más bien de mi medio, el medio de México, donde la orientación psicoanalítica está bastante desarrollada y el medio de los Estados Unidos, que es con el que tenemos conexiones más íntimas, los psicoanalistas han tenido cierta resistencia para utilizar en el tratamiento de sus enfermos deprimidos, ansiosos o esquizofrénicos medicamentos de acción psicotropa, porque temen que esto crea un elemento nuevo que perturba gravemente la relación médico-enfermo (de la Fuente, 1960: 29).

La noción de los psicofármacos como elemento perturbador, en definitiva, no era exclusiva de los psicoanalistas mexicanos y estadounidenses pues, de hecho, este punto generó una fuerte discusión en el coloquio, en la que intervinieron psiquiatras de distintos países. El debate avanzó sobre si existían verdaderos inconvenientes en el uso de los psicofármacos durante los tratamientos psicoanalíticos, y hubo quienes adelantaron una solución ideal para este dilema apelando a la construcción de una psiquiatría integral. La libertad de cada quien de optar por tratamientos psíquicos o biológicos sería respetada en la medida en que fuese posible seleccionar correctamente a los pacientes que se beneficiarían de cada tipo de tratamiento. Sin mayor profundidad, la reseña del evento deja entrever el resquebrajamiento del campo psiquiátrico que se produce en la práctica clínica diaria con la introducción de los modernos psicofármacos, resquebrajamiento que comienza a hacer uso de la oposición psicótico-neurótico para

también hemos de confiar que él ponga la necesaria sensatez para no hacer daño con la psicoterapia» (1955: 511).

elegir la aplicación de tratamientos medicamentos o psicoterapéuticos y pensar sus posibles combinaciones.

En el Coloquio de 1960 se recomendaba que antes de iniciar un tratamiento psicoterapéutico en esquizofrénicos se administraran neurolépticos para facilitar el contacto del paciente con la realidad. La polaridad psicosis-neurosis entra a contar, entonces, tanto para la afirmación de lo imposible de la sustitución completa de los tratamientos psíquicos por los tratamientos físicos farmacológicos como para la sugerencia de la articulación entre ambos.

En realidad, la noción de la conjunción entre tratamientos biológicos y psicodinámicos se manejaba en la psiquiatría internacional desde el mismo momento de la introducción de los psicofármacos y estas nociones fueron las que acompañaron en principio las reflexiones internacionales que llegaron al Uruguay. En agosto de 1962, por ejemplo, el doctor François Cloutier, director general de la Federación Mundial por la Salud Mental, fue invitado por las Cátedras de Psiquiatría, de Higiene y Clínica Médica de la Facultad de Medicina y por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay para dictar, en la ciudad de Montevideo, una conferencia sobre las transformaciones de la psiquiatría. Cloutier pronunció su conferencia frente a un público compuesto por psiquiatras y médicos de distintas ramas, y en ella analizó los cambios que la psiquiatría venía experimentando en los últimos tiempos. Indicó que el pensamiento psiquiátrico había atravesado diferentes etapas en las que se distinguían un momento descriptivo, un momento dinámico y un momento social. Y llegado a la hora de explicar las transformaciones más importantes de la psiquiatría ocurridas en la época moderna no dudaba en mencionar como hitos fundamentales las terapias de choque y los psicofármacos. No obstante el rol protagónico que les asignaba en la evolución de la psiquiatría actual, Cloutier se cuidaba de promover estas terapéuticas como los tratamientos preferenciales de la psiquiatría. Reconocía sí, la existencia de tratamientos exclusivamente físicos o exclusivamente psíquicos, pero indicaba la combinación de ambos como la terapéutica más expandida:

Los terapeutas han evolucionado siguiendo dos direcciones paralelas a las dos corrientes doctrinarias; se habla ahora de tratamiento psicológico y tratamiento físico o fisiológico, lo mismo que se habla del origen psíquico o del origen orgánico de las enfermedades mentales.

De la misma manera, en el campo de la teoría parece que la evolución se hace hacia una terapéutica que procede de las dos tendencias.

Las diversas técnicas o métodos de tratamiento, lejos de oponerse se completan. Me gusta representarme la serie de las posibilidades terapéuticas en psiquiatría, bajo la forma de una línea recta, en un extremo de la cual figurarían los tratamientos físicos acompañados de un mínimo de componentes psicológicos, tales como el choque eléctrico, y, al otro extremo, el psicoanálisis, bajo su forma clásica.

Todas las gradaciones son posibles, y se sitúan entre los dos extremos. En el centro se encontrarían las técnicas que utilizan al mismo tiempo la psicoterapia y los medicamentos, es decir las técnicas más vigentes hoy día (Cloutier, 1962: 6).

A decir verdad, la descripción de Cloutier, con la velada sugerencia de transitar el término medio de la combinación de psicoterapia y psicofármacos, imitaba en el plano de las intervenciones terapéuticas los esfuerzos teóricos por explicar la enfermedad mental como consecuencia de la policausalidad, y reafirmaba la voluntad de mantener, también en el plano de los tratamientos, la unidad de la psiquiatría.

Empero, la complementariedad de las intervenciones necesitaba de otro tipo de justificación teórica que fuese más allá de la etiología mental y pudiese fundamentar las elecciones de tratamientos y sus combinaciones con un sustento clínico inmediato. Es al momento de ensayar esta justificación cuando las tensiones entre las vertientes fisicalistas y las vertientes psicoanalíticas quedarán más en evidencia. Por esta vía, el significado impreciso del acto terapéutico y de la propia noción de curación empezó a anegar el terreno de las discusiones sobre la combinación de terapéuticas y de las intervenciones terapéuticas en general. En consecuencia, qué se cura con los psicofármacos y qué por medio de las psicoterapias, y qué no se cura con los psicofármacos y qué no se cura por medio de las psicoterapias, qué es curar en psiquiatría y en psicoanálisis, cuál es el ámbito de los actos terapéuticos de psiquiatras y psicoanalistas, pasaron a ser cuestiones cardinales para la interpretación del lugar de los psicofármacos en la práctica clínica.

La psiquiatría uruguaya se hizo eco, como vimos, de esta voluntad de unidad al pretender mantener en armonía las corrientes biológicas y psicoanalíticas y también lo intentaría en el plano de las intervenciones terapéuticas, pero no lo lograría por entero. Toda vez que apostaría por un cierto eclecticismo terapéutico, al mismo tiempo dejaría traslucir la fragmentación que el campo de las disciplinas psicológicas estaba experimentando. Hacia finales de los años sesenta, por ejemplo, el doctor Humberto Casarotti, siguiendo muy de cerca el pensamiento del conocido psiquiatra francés Henri Ey, afirmaría:

Solo hay una terapéutica psiquiátrica,²²⁶ que debe utilizar los medios que la naturaleza de lo patológico mental le ofrece, ya sean estos físicos o psicológicos. Ubicarse en una psiquiatría integral es sostener a la vez la necesidad y plantear los límites de la psicoterapia (1969: 52).

Aun ante la afirmación de la existencia de una intervención terapéutica unificada, la polaridad entre tratamientos físicos y psíquicos seguía presente. En nombre de una psiquiatría integral, era necesario dejar al descubierto las limitaciones de las psicoterapias, pero también precisar el lugar de la psiquiatría dentro del concierto de las ciencias médicas. La puntualización de los riesgos de un tratamiento centrado exclusivamente en la psicoterapia y la delimitación del acto terapéutico en psiquiatría como un acto médico quedaban unidas en un mismo gesto que introducía en el debate sobre los tratamientos físicos y

226 En cursiva en el original.

psíquicos las competencias entre médicos psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos clínicos. Las palabras de Casarotti eran claras a este respecto:

Para plantearse estos problemas hay que aceptar, partiendo de los hechos, que la psiquiatría se ubica en el campo de las ciencias médicas, fundamentalmente por su finalidad terapéutica, aun cuando sus fundamentos estén dados por conocimientos muy heterogéneos.

El acto terapéutico en psiquiatría es un acto médico y debe ser realizado por médicos, aunque de hecho, dada la complejidad de los métodos, creemos que la función terapéutica puede ser delegada en personas no médicas. Pero entonces para que esta función no se deforme por exceso o por defecto es necesario que los terapeutas no médicos comprendan que su luz metodológica, que les posibilita y que les permite manejarse con total libertad en el diagnóstico dinámico y en el hacer terapéutico una vez que se les confía un paciente, por ser una luz que no abarca el ámbito clínico, tienen vedado el diagnóstico clínico, que solo puede ser establecido por un médico (1969: 42).

Ciertamente, la relación entre tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, en ocasiones, bien podía plantearse como la relación política entre las disciplinas psicológicas. Sin nombrarlos nunca, Casarotti se introduce en el plano de las relaciones políticas de psiquiatras con psicoanalistas y psicólogos sin formación médica a los que llama terapeutas no médicos. A ellos les asigna un campo de acción específico, que sería el del diagnóstico psicodinámico, es decir, aquel diagnóstico que puede asir los modos del funcionamiento de la psique del sujeto, pero nunca el diagnóstico clínico que debe ser realizado únicamente por un médico. Guarda para el campo de la medicina la verdadera potestad de circunscribir la enfermedad y decidir los métodos de su curación. Con ello, el campo de la curación queda como dominio exclusivo de la medicina y cualquiera que quiera intervenir en este campo, debería contar con la autorización de un médico competente para ello. El fragmento redactado por Casarotti impone un cierto orden a cumplir, en el cual el médico establecería el diagnóstico y luego le «confiaría el paciente» a los terapeutas no médicos si esto fuese conveniente.

Prontamente, la propia noción de curación fue parte de las disputas sobre el papel de los psicofármacos y los tratamientos psicodinámicos en la práctica clínica. Se intentó delimitar los diferentes niveles o tipos posibles de curación que se correspondieran con cada tipo de tratamiento como otro modo de organización de los ámbitos de intervención de las diferentes disciplinas psicológicas. El término curación, entonces, abarcó la curación de los síntomas, pero también la exploración de la personalidad, y ambos tipos de curación necesitaron una definición de la relación entre ellas que a veces fue de oposición y otras de complementariedad. La combinación de psicofármacos y psicoterapia implicó, entonces, una definición de la relación entre psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas, pero también una definición sobre qué tipo de curación se buscaba con cada tipo de intervención y una definición sobre qué tipo de enfermedad se mitigaba con cada una de ellas.

Todo un esfuerzo por aclarar estas cuestiones se puso en marcha desde mediados de los años setenta. Fueron los psiquiatras que poseían la doble condición de psiquiatras y psicoanalistas quienes pusieron mayor empeño en explicar estas relaciones. Pues aun cuando se afirmara que la psicoterapia debía estar unida a los psicofármacos, y con ello se le otorgaba a los tratamientos psicodinámicos un lugar no menor dentro del arsenal terapéutico de los saberes psicológicos, cualquier afirmación podía llevar a consecuencias notables en el relacionamiento entre estos. Así, cuando los psiquiatras Álvaro Ramírez, Clemente Sazbón y Graciela Ricci sostenían hacia finales de la década de los setenta que «la psicoterapia debe ser asociada a la medicación antidepresiva y como señala Kuhn los antidepresivos tienden a abolir las resistencias y favorecen la transferencia, siendo preferible que el psicoterapeuta maneje personalmente la posología» (1978: 114), no solo promovían la realización de esta, sino que le ponían condiciones bastante precisas, sobre todo, cuando por ley en el Uruguay aquellos que pueden medicar son solo los médicos, odontólogos y veterinarios. Por la vía de los hechos, esta afirmación otorgaba a los psicoterapeutas con formación médica psiquiátrica claras ventajas frente a aquellos psicoterapeutas que carecían de esta formación, pues solo aquellos psicoterapeutas que fuesen a la vez psiquiatras podrían hacerse cargo al mismo tiempo de la prescripción de psicofármacos y de un tratamiento psicoterapéutico. La conjunción de terapias, desde este punto de vista, implicaba también la conjunción de saberes. Y en la medida en que los saberes fueron convocados para esclarecer o respaldar la articulación entre tratamientos dinámicos y tratamientos físicos, no faltaron quienes optaron por explicaciones bioquímicas y quienes optaron por explicaciones psicodinámicas. Aunque los psicofármacos parecieron respaldar la validez de las explicaciones biológicas de la enfermedad mental, algunos psicoanalistas buscaron la mejor manera de utilizar conceptos de la teoría psicoanalítica para dar cuenta del éxito de los psicofármacos y, de esta forma, mostrar la vigencia del psicoanálisis aun en tiempos de innovación de las intervenciones terapéuticas psiquiátricas.

El profesor Estaban Gaspar, psiquiatra y psicoanalista, intentaría en varias oportunidades explicar y delimitar la relación entre psicoterapia y psicofármacos, llegando incluso a ensayar una explicación psicodinámica de las propiedades de estos últimos. En 1978, junto al doctor Laguarda, dedicaría su intervención en el Primer Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur a la elucidación de los aspectos psicológicos de la medicación psicofarmacológica. Esta intervención intenta otorgarle un lugar a la dimensión psicológica en el uso de los psicofármacos en la práctica clínica, dimensión que Gaspar y Laguarda encontraban tanto del lado del paciente como del lado del médico. Así, la explicación psicodinámica, es capaz de esclarecer no solo por qué tienen efectos en el paciente los psicofármacos, sino también por qué los médicos se benefician con la utilización de estos. Del lado del paciente Gaspar y Laguarda encuentran que:

Los psicofármacos por sus efectos específicos ponen orden en el caos y colocan los síntomas al servicio del yo. De esta forma el yo, la parte de la

personalidad que integra y se contacta a la realidad puede acceder al manejo de la fantasía y de los fantasmas que subyacen debajo del síntoma. Los psicofármacos actúan modificando la fuerza de las pulsiones agresivas y libidinales. Han sido utilizados siempre en los cuadros agudos para disminuir el desencadenamiento pulsional y en un sentido inverso en los cuadros depresivos. Modifican la economía pulsional, reinvestiendo los objetos de los cuales en las psicosis la libido se había retirado. Pero el medicamento, además de actuar como modificador de las cargas libidinales, actúa en un sentido simbólico en tanto que elemento de intercambio entre un receptor y un prescriptor, y más allá de un contexto social. La buena relación con el médico y con todo el entorno condicionaría una aceptación positiva de la medicación y refuerza el efecto específico del medicamento (1978: 9).

En definitiva, desde la perspectiva de estos autores la teoría psicoanalítica es capaz, por sí misma, de explicar cómo actúan los psicofármacos. El medicamento se inviste como un buen o mal objeto, da satisfacciones orales, modifica las pulsiones.²²⁷ Pero también la teoría psicoanalítica puede explicar qué significa para el médico la medicación: representa un poder paternalista, un modo de evitar el contacto con el paciente, una forma que el psiquiatra tiene de contener su propia ansiedad frente al paciente, es decir, que la medicación puede calmar al psiquiatra además del enfermo.

Ahora bien, en la pretensión de proporcionar una explicación del funcionamiento de los psicofármacos cualitativamente diferente de las explicaciones bioquímicas, Gaspar y Laguarda echan mano a los aspectos socioculturales del uso de psicofármacos, deteniéndose a analizar el estatus social de enfermo que le da a un paciente la indicación de uso del medicamento y las diferentes reacciones que un mismo psicofármaco puede ocasionar en distintos grupos culturales.

Toda aparición de productos, que el grupo social tome como más eficaces, va a quitar la eficacia a los que ya la tenían, esto vale tanto para los pacientes como para el médico. Para que un medicamento tenga un efecto placebo positivo debe ser aceptado por el grupo social. Vale decir, la influencia de un medicamento expresa una relación significativa entre el individuo y el grupo. La tríada médico-paciente-enfermedad se integra a la diada grupo-medicamento (Gaspar y Laguarda, 1978: 14).

La eficacia, que en psicofarmacología es un asunto inherente a las propiedades del principio activo del medicamento, se convierte así en un fenómeno que puede ser elucidado por fuera de los límites de la química o la biología. Sin renunciar definitivamente a las explicaciones bioquímicas, Gaspar y Laguarda intentan poner de relieve cómo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales inciden

²²⁷ Recordemos que ya se habían ensayado explicaciones del funcionamiento de los psicofármacos utilizando la teoría psicoanalítica. Precisamente, Nathan Kline había inspirado las investigaciones que desembocaron en el desarrollo de los IMAO en su concepción personal de la represión psíquica. Veremos en el próximo capítulo que en los años noventa otros psicoanalistas uruguayos también arriesgarían explicaciones del éxito de los antidepresivos apelando a conceptos psicoanalíticos como el de transferencia.

en la explicación del éxito de los medicamentos. Proporcionan una explicación de la eficacia de los psicofármacos que no se sustenta únicamente en el saber biológico y con este esfuerzo ilustran cómo estas tecnologías exigían no solo una respuesta desde la práctica clínica, sino también desde los constructos teóricos de los saberes psicológicos. Elaboran, de alguna manera, una versión original de la concepción biopsicosocial que se encontrará también en otros autores nacionales cuando reflexionen sobre la enfermedad mental. En último término, este esfuerzo intentaba responder a lo que Gaspar y Laguarda reconocen como «una vieja oposición en la psiquiatría entre quienes creen en las drogas y quienes creen en la psicoterapia» (1978: 9). La vigencia de dicha oposición se mantendría a lo largo del tiempo y se actualizaría en cada oportunidad en que tratamientos y práctica clínica suscitaran la reflexión de los saberes psicológicos en el país.

Hacia finales de los años setenta, entonces, el revés de la imagen revolucionaria de los psicofármacos, enquistado en torno a las cuestiones del progreso o retroceso de las disciplinas, a la sustitución de tecnologías y a la competencia de los cuerpos teóricos, estaría listo para desplegarse una vez más.

Depresión: psicofármacos o psicoterapia

Como hemos visto en capítulos anteriores, durante los años ochenta las depresiones lograrían erigirse como una enfermedad clave en torno a la que giraría gran parte del discurso psiquiátrico y también del discurso psicoanalítico. En 1985 psiquiatras y psicoanalistas convergerían en la realización de la Jornada sobre Depresión, organizada por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, pero ciertamente las depresiones ya habían atraído en años anteriores la atención de ambas disciplinas y lo harían también en años posteriores. En este marco más específico, que centraba la discusión sobre todo en las intervenciones terapéuticas para la lucha contra los estados depresivos, se reiterarían algunos de los ejes principales de las tensiones que se habían tejido en torno a los psicofármacos en las décadas previas: la noción de que tratamientos psicofarmacológicos y psicodinámicos deben ser empleados de forma combinada, la noción de que los psicofármacos facilitan la psicoterapia, y la idea de que psicoterapia y psicofármacos son adecuados para enfermedades distintas. La discusión de los años ochenta parece no traer aparejados elementos nuevos, pero sí ya una cierta estabilización de los puntos de tensión que permanecerían constantes hasta el gran debate de la depresión que tendría lugar a finales de los años noventa.

En el propio terreno de la depresión, por consiguiente, la oposición entre tratamientos aparecería en toda su magnitud. En la Jornada sobre Depresión de 1985, nuevamente serían los médicos con la doble condición de psiquiatras y psicoanalistas para quienes esta antítesis resultaría más problemática y para quienes el propio uso de los antidepresivos resultaría más controvertido. Mientras que algunos integrantes de la Clínica Psiquiátrica, con orientación

biológica, se limitan a discutir sobre las ventajas o desventajas de los diferentes tipos de antidepresivos (Martínez Pesquera, 1985; Orrego Bonavita, 1985a; Sazbón, 1985), los psiquiatras psicoanalistas volverían una y otra vez a intentar esclarecer el lugar de los antidepresivos en la práctica clínica y su relación con el psicoanálisis y la psicoterapia.

Durante los años ochenta, se insiste en la conveniencia de la articulación de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos para la cura de la depresión. Esta articulación, por ejemplo, es recomendada, para beneficio de los pacientes, por los doctores Esteban Gaspar, Álvaro Ramírez y Josefa García en 1984 y se vuelve sobre ella en varias de las intervenciones de la Jornada de Depresión de 1985. Ahora bien, a decir verdad, estas intervenciones dejan traslucir que la combinación de ambos tipos de tratamientos es de algún modo problemática, o que al menos necesita ser discutida. La vehemencia con que uno de los ponentes defiende la utilización de medicamentos en pacientes deprimidos que se encuentran en psicoterapia es índice de la existencia de posturas contrapuestas:

Nosotros estamos absolutamente convencidos de que el paciente deprimido tiene que estar medicado. Y bien medicado. Para hacer psicoterapia tenemos que trabajar con elementos neurológicos lúcidos. Con elementos, diría yo, entre comillas, lo más «ágiles» posible. La medicación es de una ayuda increíble en estas circunstancias (Montenego, 1985: 227).

Muchos de quienes pregonaban la combinación de tratamientos intentaron definir esta combinación como una necesidad y, sobre todo, como una necesidad técnica. Por esa vía se formulaban justificaciones que aspiraban a dar un fundamento tecnológico por el cual ambos tratamientos se potenciaban mutuamente.

Ciertamente la noción de que los psicofármacos facilitan la psicoterapia y el tratamiento psicoanalítico aparece como una de las justificaciones más a mano a la hora de pensar la combinación de ambos tipos de tratamientos. Pero el problema planteado por esta articulación, parafraseando el título de un artículo del doctor José Luis Brum (1985b) publicado en la *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* en esa misma época, trascendía el plano de la instrumentación técnica y llegaba a replantear la relación genérica entre la psiquiatría y el psicoanálisis. El doctor Brum, psiquiatra y psicoanalista, en su artículo define la psiquiatría y el psicoanálisis como «disciplinas afines que se diferencian en los medios instrumentales con que se manejan» (1985b: 75), por lo que efectivamente sus relaciones deben ser revisadas en la medida en que cambian las herramientas terapéuticas disponibles para una y para otra. Para ilustrar esto, Brum analiza las intervenciones terapéuticas llevadas adelante en el tratamiento de un joven que sufría alternativamente episodios psicóticos y episodios depresivos de gravedad. El joven fue visto al mismo tiempo por un psiquiatra, que le prescribió antipsicóticos y antidepresivos, y por un psicoanalista con el que inició un tratamiento psicoanalítico. Según Brum, la articulación de psicoanálisis y medicamentación antipsicótica y antidepresiva requería un contacto estrecho entre el psiquiatra

y el psicoanalista tratantes, para controlar la prescripción de la medicación de acuerdo a las modificaciones del sujeto observadas en el desarrollo del psicoanálisis. Agregaba, además, que este contacto entre profesionales se producía en una época en que las tecnologías disponibles volvían más fluido el diálogo entre psiquiatría y psicoanálisis. Para Brum, la relación entre ambas disciplinas se había visto favorecida con el reemplazo del *electroshock* por el de los psicofármacos. Mientras el anticuado *electroshock* tendía a producir alteraciones de envergadura durante el proceso psicoanalítico y la psicoterapia, los psicofármacos modernos habían facilitado la intervención conjunta del psiquiatra, el psicoanalista y hasta la propia internación. Brum se afiliaba a la idea de que «la medicación actual hace accesible la terapia a pacientes que antes no hubieran podido recibirla, ha disminuido enormemente la necesidad de internaciones y ha permitido una continuidad del tratamiento psicoterapéutico antes imposible» (1985b: 79).

Si la medicación facilitaba el tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico, lo hacía sobre todo en aquellos pacientes que siempre habían sido un desafío para el psicoanálisis: los pacientes psicóticos. En definitiva, la bipartición psicosis-neurosis determinó toda posibilidad de articulación de tratamientos y operó como demarcador de las opciones técnicas de la psiquiatría y el psicoanálisis. Es decir, al mismo tiempo que permitía la práctica de la combinación de psicofármacos con tratamientos psicodinámicos, delimitaba terrenos exclusivos de intervención para cada una de ellas.

Así, en los años ochenta las neurosis y las psicosis atravesaron el terreno de la depresión instalando también una oposición en la que tratamiento psicoterapéutico y tratamiento psicofarmacológico se corresponden a depresiones neuróticas y depresiones psicóticas respectivamente. A principios de la década, el doctor Álvaro Pérez Fontana (1981) insiste en que el tratamiento de la depresión psicótica es, ante todo, farmacológico y solo en un segundo momento la psicoterapia podría ser utilizada en este tipo de trastornos. En la Jornada sobre Depresión de 1985 el profesor Enrique Probst sostendría algo similar:

Es casi consenso que los duelos neuróticos constituyen la gran mayoría de las indicaciones psicoterapéuticas, en cambio los duelos psicóticos son de abordaje extremadamente dificultoso.

[...]. Este otro extremo del espectro requiere un abordaje psiquiátrico inicial, debiendo ser las técnicas psicoterapéuticas pensadas para otro momento, en que las posibilidades sean mayores y los riesgos menores (1985: 182-183).

Aunque parezca un contrasentido, al mismo tiempo que se promovía la combinación de tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, se establecían y separaban los momentos y dominios en los que cada uno de ellos podía reinar. En las depresiones psicóticas, por consiguiente, primero debería aplicarse un tratamiento psicofarmacológico para luego poder establecer un tratamiento psicodinámico. Solo en las depresiones neuróticas, la psicoterapia o el psicoanálisis podían ser aplicados en primera instancia y, en todo caso, el uso

de antidepresivos sería transitorio. Se establecían, de esta forma, los límites de la integración entre tratamientos y las reglas que esta integración debía cumplir. Así, para el profesor Probst, que en su intervención pretendía exponer los procedimientos técnicos de la terapia psicoanalítica para los cuadros depresivos, es necesario contar con una evaluación clínica realizada por el psiquiatra y por el psicoterapeuta para dirimir la oportunidad de medicar al paciente que se encuentra en psicoterapia, pues «debe tenerse claro que el psiquiatra no siempre debe medicar al paciente deprimido que está realizando psicoterapia», ya que, en ocasiones, podría resultar inconveniente para el desarrollo del proceso psicoterapéutico «borrar farmacológicamente las vivencias depresivas» (1985: 183). De modo similar, un psiquiatra de niños y adolescentes describe hacia finales de los años ochenta este uso combinatorio pautado y limitado de psicoterapia y psicofármacos partiendo de la base de que los antidepresivos «son un arsenal formidable si se saben usar con cuidado y por un tiempo limitado: y que su uso es solo transitorio para dar tiempo a que otras técnicas, psicopedagógicas, psicoterápicas y de trabajo con los padres puedan efectivizarse» (Hoffnung, 1989: 35). Se intentaba poner en práctica una racionalidad técnica que, de acuerdo con las características de cada tecnología terapéutica, orientara las intervenciones para cada caso particular de depresión.

En esa misma década el doctor Jorge Galeano Muñoz (1984: 99) afirmaría que «la acción de la psicoterapia es fundamental en la depresión severa o prolongada. En la melancolía es poco efectiva y nunca sustituye a la medicación», con lo que tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico encontraban cada uno su lugar en la práctica clínica. En esta misma línea argumental, en la Jornada de Depresión de 1985, la médica y psicoanalista Sélka Acevedo de Mendilaharsu haría suya la idea de que las depresiones neuróticas y psicóticas requerían intervenciones terapéuticas distintas:

La cura psicoanalítica clásica es el tratamiento de elección en estos cuadros depresivos de stirpe neurótica que si bien ocasionalmente pueden adquirir mayor gravedad nunca desinvisten el mundo externo ni adquieren las características psicóticas que imponen las modificaciones técnicas consiguientes (1985: 179).

En la medida en que se recurrió a categorías nosológicas para otorgarle un lugar específico a cada tipo de intervención terapéutica, se intentó establecer criterios psicopatológicos que ayudasen a elegir el tratamiento correcto para los distintos cuadros depresivos. La noción de especificidad tratamiento-enfermedad se puso en marcha también en este eje de tensión y por momentos se guió de acuerdo a la bipartición neurosis-psicosis, pero también de acuerdo a la bipartición endógeno-reactivo o a la de gravedad-levedad. Al respecto, el psiquiatra Mario Orrego Bonavita afirmaría que:

La asociación con terapéuticas biológicas (psicofármacos y circunstancialmente terapia electroconvulsiva) es imprescindible y necesaria cuando los factores biológicos son los determinantes de la depresión (depresiones

predominantemente endógenas), o existe riesgo cierto de suicidio o sufrimiento intolerable y desorganizante (y esto no sucede solo en los casos de depresiones endógenas) (1985b: 252).

En última instancia, esta oposición entre depresiones neuróticas y depresiones psicóticas servía para plantear otra nueva oposición en la que el psicoanálisis termina siendo equiparado a los tratamientos psicoterapéuticos y la psiquiatría a los tratamientos psicofarmacológicos. Con ello, al mismo tiempo que se conseguía desmembrar la depresión y asegurar un ámbito de acción para cada disciplina, se reforzaba el terreno de intervención de cada tipo de tratamiento en base al modelo de la especificidad enfermedad-tratamiento. Se pretendía, de este modo, administrar los ámbitos de las disciplinas psicológicas y sus tratamientos a través de la segregación de sus herramientas terapéuticas a las que se les asignaba un tipo de depresión correlativa. La combinación de tratamientos era, entonces, uno de estos modos administrativos que limitaba las tensiones existentes entre ambos tipos de intervención, pero no por ello lograba ahogarlas por completo. Precisamente, parte de las justificaciones que se esgrimían para promover la articulación de tratamientos recogían de forma inevitable uno de los puntos capitales de querella. Si la combinación de tratamientos era necesaria y recomendable era en la medida en que ambos tratamientos eran definidos en algún momento como carentes. Es decir, bien se podía fundamentar la necesidad de recurrir a ambos tipos de tratamientos porque los antidepresivos vienen a dar algo más que la psicoterapia no puede proporcionar o, por el contrario, porque la psicoterapia viene a dar algo más que los antidepresivos no pueden proporcionar. Al intentar delimitar ese «algo más» las divergencias se volvían contundentes. De este modo, en las Jornadas de Depresión, era posible encontrar afirmaciones como las del doctor Trenchi, quien, si bien no practicaba el psicoanálisis, sí practicaba psicoterapia conductual, que pretendían resaltar el plus que las psicoterapias aportaban respecto a los psicofármacos:

Las drogas, si bien pueden reducir o eliminar los síntomas de la depresión, no pueden «enseñar» al paciente nuevas habilidades que pueden ser imprescindibles para lograr nuevos reforzamientos luego de la pérdida de los antiguos reforzadores y así suceder la recurrencia de la Depresión. De esto surge pues, que las drogas necesitarían estar combinadas con terapias que fortalezcan al paciente contra su vulnerabilidad a la Depresión debida a un pobre ajuste social (Trenchi, 1985: 213).

Y, al mismo tiempo, afirmaciones como las del doctor Danilo Rolando, psiquiatra y psicoterapeuta psicoanalítico, que subrayaban los límites de la psicoterapia en las depresiones melancólicas, también eran posibles:

En general se está de acuerdo que durante los accesos agudos el paciente es inabordable desde el punto de vista psicoanalítico, al no contar con un «yo razonable» que pueda enfrentar sus conflictos por vía del análisis. En los intervalos libres puede intentarse una terapia analítica pero

los inconvenientes ya señalados la vuelven muy difícil. La posibilidad del suicidio como «acting-out» está siempre presente (1985: 196).

Como vemos, la fundamentación de la necesidad de recurrir a la combinación de tratamientos se mantenía en el plano tecnológico, justificada siempre por los límites del psicoanálisis en un caso, o de los psicofármacos en el otro. Pero no siempre fue posible mantener esta cuestión en este plano. De hecho, los esfuerzos por dar una justificación de la combinación dejaban entrever una pregunta pocas veces expresada explícitamente, pero a la vez muy simple: ¿los antidepresivos y las psicoterapias curan o no curan? Y de esta forma, la eventual racionalidad tecnológica que estaría detrás de la elección de tratamientos se daba de lleno con el problema de la definición de la cura de la enfermedad mental, cuestión en la que estarían en juego valores, pero ciertamente valores no únicamente tecnológicos, en la medida en que la cura, el fin a alcanzar por las tecnologías terapéuticas, era concebida de manera distinta por psiquiatras, psicoanalistas, y psicólogos según la corriente teórica a la que pertenecieran.

En realidad, pocas veces se respondía explícitamente a esta pregunta y son verdaderamente escasas las afirmaciones de que los antidepresivos no curan o de que el psicoanálisis y las psicoterapias no curan, pero sí se efectuaba una distinción entre distintos tipos de cura posibles que obedecía a tipos ideales de curación. Así, las psicoterapias y el psicoanálisis están en ventaja en relación con los psicofármacos porque podían proporcionar una cura distinta a la que ofrecían los tratamientos medicamentosos, en algunos casos señalada como más duradera y en otros, como más profunda. La noción de que los antidepresivos lograban eliminar los síntomas depresivos, pero no lograban desterrar la depresión por completo, fue lanzada sobre todo por quienes practicaban el psicoanálisis y la psicoterapia, estuviesen amparados por el marco teórico que fuese. La cura sintomática fue el perímetro que marcó los límites del tipo de cura que podían proporcionar los antidepresivos y fue a su vez hacia donde se dirigieron las críticas y los argumentos de quienes pretendían justificar la necesidad de las intervenciones psicoterapéuticas. Así, cura sintomática, superficial y transitoria y cura de los basamentos, profunda y duradera constituyeron otro de los ejes de diferenciación entre una cierta psiquiatría y una cierta opción psicodinámica. Enrique Probst en las Jornadas de Depresión describía este eje de la siguiente manera:

Es notoria la diferencia entre la aproximación psiquiátrica que se efectúa a través del síntoma y la psicoanalítica. En esta se privilegia la posibilidad de desarrollo de un discurso que permita, a través del *insight*, la comprensión de los conflictos inconscientes en el marco del proceso que posibilite el despliegue de la transferencia, su estudio e interpretación.

La aspiración del tratamiento psicoanalítico es posibilitar una reorganización tópica del sujeto y un mejor manejo del mundo pulsional, siendo el tratamiento del síntoma depresivo un epifenómeno del proceso mencionado (1985: 182).

Diez años más tarde aún se podía encontrar esta distinción de tipos de cura en los escritos de psicoanalistas y psicoterapeutas uruguayos. Fueron preferentemente quienes trabajaban desde el psicoanálisis los que pusieron especial énfasis en realizar esta diferenciación que llegó a veces al punto de trazar límites no solo entre la cura psiquiátrica y psicoanalítica, sino también entre la cura psicoanalítica y psicoterapéutica. El psiquiatra y psicoterapeuta Danilo Rolando, por ejemplo, haría especial hincapié en la diferenciación de los objetivos tratamientos psiquiátricos, psicoterapéuticos y psicoanalíticos:

En este sentido el acto psicoterapéutico está muy próximo al psiquiátrico y a todo acto médico: lograr la cura o el alivio de los sufrimientos del paciente. El psicoterapeuta está más comprometido que el psicoanalista con el objetivo terapéutico. A su vez está requerido por situaciones clínicas de mayor exigencia. La cura en el ámbito psiquiátrico es sobre todo sintomática. También algunas psicoterapias apuntan fundamentalmente a modificar los síntomas. Por otro lado están las psicoterapias psicoanalíticas que tienden a corregir el trastorno estructural de base. En efecto, el objetivo es promover un cambio global en la personalidad del paciente y no solo la supresión de síntomas. El síntoma desaparece consecutivamente con la modificación de la personalidad (Rolando, 1997:34).

Para poder responder a si los antidepresivos curan o no curan, necesariamente se debía dar respuesta a qué es la curación, pero también se debía responder a qué es una curación obtenida por otros medios tecnológicos como las psicoterapias y el psicoanálisis. En los años noventa estas preguntas aún seguían abiertas, y los esfuerzos por cerrarlas continuarían a lo largo de esos años. El psiquiatra Álvaro D'Ottone intentaría una respuesta simple y precisa que de algún modo retomaría la distinción entre curación sintomática y curación de los basamentos. Para él era claro que sobre los antidepresivos «no se puede decir que «curen» la depresión, ya que si se suspenden precozmente los síntomas depresivos reaparecen» (D'Ottone, 1996b: 104). Por su parte el doctor Álvaro Lista, no respondería directamente a la pregunta sobre la curación, pero repararía en las escasas pruebas que existen sobre el éxito las psicoterapias en la cura de la depresión para respaldar un discurso médico no solo sobre la elección de tratamientos sino también sobre la evaluación de sus resultados. En palabras de Lista:

Como insistimos en este artículo, y es uno de los conceptos fundamentales de la ciencia médica sobre la depresión, para la mayoría de los trastornos depresivos la piedra angular del tratamiento es el uso de antidepresivos. Por ejemplo, el no tratar con antidepresivos a un paciente con depresión mayor es simplemente una mala práctica, con consecuencias clínicas importantes para el paciente y consecuencias legales para el técnico que así no lo hiciera (1999: 66).

Seguidamente agregaría sobre los tratamientos psicológicos de la depresión que:

Del análisis de publicaciones sobre el tema concluimos:

- a) las psicoterapias no tienen indicación en el tratamiento de cuadros depresivos agudos de severidad moderada o marcada;
- b) la psicoterapia tiene su principal indicación en sujetos con problemas maladaptativos y de dificultades en las relaciones interpersonales;
- c) la psicoterapia cognitivo-conductual tiene su aplicación en el manejo de cuadros depresivos leves;
- d) no hay evidencias de que las psicoterapias puedan prevenir la recurrencia de los episodios depresivos;
- e) la combinación con antidepresivos es una estrategia exitosa que no perturba el trabajo psicoterapéutico y puede aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico (Lista, 1999: 66).

En los años noventa, el problema de la curación transitaría dos caminos distintos. En uno de ellos, las pruebas empíricas serían convocadas para dirimir el problema de la curación, de la elección de tratamientos y de la eficacia de anti-depresivos y tratamientos psicodinámicos. En el otro, el problema de la curación se formularía de forma más explícita como un dilema moral en el que el debate recogería las inquietudes de psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras sobre la relación del individuo con los avances tecnológicos del momento. Como veremos, este dilema recubriría aspectos de la práctica clínica así como definiciones más amplias sobre el bienestar psíquico.

El último debate sobre la depresión

Una enfermedad en expansión

Durante los años noventa las tensiones ya existentes en el seno de los saberes psicológicos uruguayos sobre los antidepresivos y la depresión volverían a emerger convocadas, esta vez, por un fenómeno que sembraba gran preocupación entre psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas: la expansión creciente de los casos de depresión. Como se ilustrará en las páginas siguientes, este fenómeno se convertiría en sí mismo en fuente de debates y confrontaciones, alcanzaría estado público y forzaría a los integrantes de los saberes psicológicos a nuevas tomas de partido para las que sería necesario volver a movilizar sus corpus teóricos, volver a revisar los modos administrativos de los saberes psicológicos y sus tratamientos y reavivar la separación de ámbitos de acción entre los distintos enfoques psiquiátricos y psicológicos. La discusión del incremento de la depresión convocaría de manera dispar a psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, obtendría respuestas dispares de cada uno de ellos y mostraría, fundamentalmente, que los nodos controversiales seguían aún vigentes luego de casi cuarenta años de sucedida la introducción de los primeros antidepresivos en el Uruguay, pues la década finalizaba sin ponerle punto final a las polémicas.

Mientras los diferentes miembros de las disciplinas psicológicas parecerían discrepar en cuanto a los tratamientos indicados para cada tipo de estado depresivo, su manera de articularlos y el fin que se busca con cada uno de ellos, mantenían sí un acuerdo casi unánime: la depresión venía avanzando en el Uruguay desde mediados del siglo XX. En efecto, la opinión de que la depresión iba en aumento se reitera de manera casi constante en los trabajos de psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos del país durante la segunda mitad de esa centuria. Con esas afirmaciones el Uruguay parecía compartir con el resto del mundo una misma situación de alarma, pues el incremento de los estados depresivos en la población en general se estaba transformando, casi al mismo tiempo, en una de las principales preocupaciones médicas de muchos países. A partir de los años sesenta los médicos generales de Estados Unidos y Europa habían comenzado a detectar un aumento de esta dolencia y tan solo una década más tarde la psiquiatría internacional no dudaría en considerar la depresión como el trastorno mental más difundido a través del mundo entero. Varios estudios epidemiológicos, realizados durante los años sesenta y setenta por diferentes investigadores independientes, arrojaban cifras de prevalencia de la depresión en la población

general que, de hecho, diferían considerablemente entre sí, pero que coincidían en respaldar la idea de un aumento generalizado de la depresión en distintos puntos del globo. La OMS fue el organismo internacional que hizo más rápidamente suya la bandera de la acelerada expansión de la depresión a escala mundial. También en esos años comenzó a promover estudios epidemiológicos de prevalencia de la enfermedad en la población mundial e implementó otras investigaciones que intentaron comparar las diversas formas clínicas de la depresión en las distintas sociedades y culturas. De esta manera, a lo largo de esas décadas, se fueron consolidando algunos consensos sobre la epidemiología de la depresión que se desprendieron directamente de los estudios realizados tempranamente por investigadores aislados y por la OMS. Por lo menos desde finales de los años sesenta se llegó al acuerdo de que la depresión es un trastorno universal con alta prevalencia entre la población mundial y en franco crecimiento sostenido. Se arribó también a un acuerdo sobre la distribución diferencial de la depresión entre mujeres y hombres. De allí en adelante, se sostuvo que, en todos los países, las mujeres son afectadas por la depresión en porcentajes más altos que los hombres. Asimismo, se estableció de forma unánime que la depresión es una enfermedad subdiagnosticada y poco tratada en el mundo entero.

Hacia 1975 dicha organización estimaba la prevalencia de trastornos afectivos en tasas cercanas al 3 % de la población y pronosticaba un incremento de casos de depresión a través de un trabajo firmado por Norman Sartorius, destacado médico psiquiatra que fuera director del Programa de Salud Mental de la OMS (cit. en Ayuso y Sáiz, 1981: 52-55), y en el que se enumeraban, como algunas de las causas de este incremento, el aumento de la esperanza de vida en la mayoría de los países, las situaciones de tensión debidas a las transformaciones del medio psicosocial, el aumento de enfermedades somáticas a las que se asocian reacciones depresivas y el consumo desmedido de medicamentos que provocan depresión.

La opinión de que la depresión iba en aumento estaba presente en el Uruguay al menos desde los años setenta, aun cuando no existían estudios epidemiológicos en el país que la respaldaran con datos empíricos contrastados. Los médicos uruguayos coincidían, de esta forma, con la percepción que muchos médicos de otros países tenían sobre la situación epidemiológica de la depresión en sus propias comunidades.²²⁸ Los psiquiatras uruguayos prestaban atención a este fenómeno atendiendo en buena medida a la información epidemiológica producida por la psiquiatría de Estados Unidos y Europa. Por momentos, incluso, en la lectura de sus trabajos y conferencias es difícil poder distinguir, cuando se trata del incremento de la depresión, si se hace referencia a la situación del país o a la situación mundial. Uno de los tramos de la intervención de los doctores Ramírez,

228 Por ejemplo, a principios de los años setenta el profesor Juan José López Ibor había realizado una encuesta a poco menos de un millar de médicos generales españoles en la que encontró que el 92 % de estos creía que la depresión estaba en franco incremento (cit. en Ayuso y Sáiz, 1981).

Sazbón y Ricci en el Primer Curso de Perfeccionamiento para psiquiatras del Cono Sur, que tuvo lugar en Montevideo en 1978, ilustra esto con claridad. El crecimiento en el número de casos detectados de depresión es tratado de modo genérico, sin especificar en ningún momento en qué lugar geográfico concreto se estaba registrando ese incremento. Del mismo modo, este aumento de casos se explicaba apelando a características generales que la consulta médica y psiquiátrica había adquirido en los últimos tiempos:

Se sabe además que hoy en día han aumentado los casos de depresiones, este hecho se debe a varios factores: por un lado la mayor cantidad de consultas, por otra la mejor capacidad de reconocimiento y diagnóstico por parte del médico general y por otro porque las depresiones parecen haber ensanchado su campo con el reconocimiento de las depresiones enmascaradas y los equivalentes depresivos²²⁹ que antes pasaban inadvertidos perdidos en el campo de enfermedades somáticas o funcionales (Ramírez, Sazbón y Ricci, 1978: 109)

Las palabras de estos médicos psiquiatras uruguayos coincidían con varias de las ideas sobre la epidemiología de la depresión que se derivaban de las publicaciones de la OMS y que se habían convertido prácticamente en consensos internacionales, y coincidían igualmente con algunas nociones que la psiquiatría de Estados Unidos y Europa comenzaba a manejar a la hora de identificar casos de depresión. El incremento de casos de depresión como consecuencia de la creciente precisión de los diagnósticos psiquiátricos, el reconocimiento de los equivalentes depresivos y la mayor facilidad con que los pacientes accedían a la consulta psiquiátrica, por ejemplo, serían citados, a principios de los años ochenta, como algunas de las razones del incremento de los casos de depresión, por ejemplo, por psiquiatras españoles (Ayuso y Sáiz, 1981). La psiquiatría uruguaya concordaba, por ende, con la psiquiatría internacional tanto en la creencia en un aumento de los casos de depresión, como en algunas otras características de su epidemiología o de su consulta médica. Así, a finales de los años setenta el doctor Julio Rosa Doti (1979: 58) reiteraba en un trabajo publicado en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* la opinión compartida por la psiquiatría mundial de que la depresión iba en aumento, pero coincidía además con otros consensos internacionales: sostenía que la depresión se encontraba subdiagnosticada, y que el tratamiento de la misma enfrentaba el problema de que la mayoría de las consultas se hacían al médico general y no al psiquiatra.

En los años siguientes estas ideas circularían frecuentemente en los eventos y publicaciones sobre depresión realizados en Uruguay. En 1984 el profesor Puppo Touriz en su prólogo a la publicación de la Clínica Psiquiátrica sobre depresiones argumentaba que «las *flexiones del ánimo* vienen aumentando de frecuencia»,²³⁰ para luego agregar que «de este *alud* de enfermos deprimidos,

229 Se llama equivalentes depresivos a los casos de depresión que no son reconocidos por el paciente.

230 En negrita en el original.

la gran mayoría no concurren al psiquiatra sino que acuden a la consulta del médico práctico»²³¹ (Puppo Touriz, 1984: 4). De modo similar las palabras de apertura de la Jornada sobre Depresión de 1985 pronunciadas por el profesor Juan Carlos Rey Tosar, Presidente de la Sociedad de Psiquiatría, señalaban que la depresión era una «afección cuya morbilidad en el momento actual predomina sobre las otras entidades patológicas» (1985: 96).

Si la depresión era considerada una dolencia de grandes números en el Uruguay, se debía en parte al impulso que la psiquiatría de los países centrales había logrado imprimirle a esta idea, pero también a la percepción que los psiquiatras y psicólogos uruguayos tenían sobre el aumento de casos de depresión en su consulta cotidiana. Y ante la falta de cifras oficiales que pudiesen respaldar o tirar por tierra esta percepción, algunos psiquiatras del medio intentarían suplir esta carencia a través de la construcción y reconstrucción de datos epidemiológicos por su propia cuenta.

En las Jornadas sobre Depresión de 1985, el doctor Juan Carlos Rey Tosar presentaría junto al doctor Federico Dajas (1985) un estudio epidemiológico en el que analizaban datos provenientes de la práctica clínica de ambos. Tomaban datos de sus consultorios privados, de los centros de asistencia mutual en salud en los que trabajaban y los complementaba con datos estadísticos de los dos hospitales psiquiátricos existentes en ese momento en la ciudad de Montevideo. Lograban así abarcar un período de tiempo sustancial que iba desde 1956 a 1985. El trabajo corroboraba un aumento notable de la depresión en los últimos años también para el Uruguay, así como una fuerte tendencia a la feminización de esta enfermedad. En la población proveniente de los hospitales encontraban un claro incremento de la depresión frente a otras enfermedades. En 1960 la esquizofrenia era el cuadro más recurrente en los hospitales mientras que a principios de la década de los ochenta la depresión llegaría a duplicar los casos de esquizofrenia. La depresión aumentaba sobre todo en los últimos diez años, lo que los autores relacionaban con la situación sociopolítica y económica del país, que había vivido de 1973 a 1984 una dictadura militar signada por una fuerte crisis económica ocurrida en el año 1982. En esa misma época, en la actividad clínica privada, la depresión alcanzaba a la mitad de los pacientes. En resumidas cuentas, Rey Tosar y Dajas encontraban, desde los años sesenta en adelante, un aumento sostenido de la depresión en el Uruguay para todos los estratos sociales, aumento que se agudizaba sobre todo en el último decenio que cubría el estudio. En el período estudiado se verificaba un incremento del 60 % de la enfermedad siendo, además, mayor su incidencia en las mujeres y mayor la incidencia de un tipo específico de depresión: la depresión unipolar.

Sin lugar a dudas, este trabajo reflejaba la inquietud existente durante los años ochenta entre los psiquiatras por el aumento de la depresión en el Uruguay y trataba de proporcionarle el fundamento empírico que los organismos oficiales

231 En negrita en el original.

no le habían brindado. En cierta medida, representaba también el resultado lógico de las aseveraciones que venían repitiéndose en el país sobre el incremento de los casos de depresión desde los años setenta, por lo menos.

A pesar de esta situación, el incremento de esta dolencia sería un tema abordado de forma más regular y más enfática durante la década siguiente. En los años noventa distintos factores se entrecruzarían para hacer de la depresión el único trastorno mental que ganaría un lugar destacado, tanto en los ambientes académicos como en los encabezados de prensa del país. En verdad, durante los años ochenta, si bien existía entre psiquiatras y psicoanalistas del medio un interés marcado por la depresión, el tema se había mantenido siempre dentro de los ámbitos académicos. Diez años más tarde ello sería sustancialmente diferente, pues la depresión se tornaría en una preocupación que tomaría carácter público.

Alertas depresivas

Al inicio de los años noventa un editorial de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, titulado *La depresión, un desafío para la salud pública* y escrito por el profesor Daniel Murguía, daba el tono de la época. El autor remarcaba el aumento constante que la depresión había experimentado en los últimos años en la población mundial y sostenía que:

No se trata de la llamada de atención de un alarmismo injustificado; la Organización Mundial de la Salud, que en el año 1974 estimaba en cien millones el número de deprimidos del mundo, reconoció que en el año 1983 esa cifra se había duplicado alcanzando a los doscientos millones. En América Latina las estimaciones señalaban, hace pocos años, cifras de 16,5 millones de deprimidos y para Estados Unidos, Sartorius expresa que el 3 % o 4 % de la población general de esa nación padeció o padecerá un cuadro depresivo o maniaco.

Tales cifras despiertan una justificada inquietud pues si asistimos al crecimiento continuo y progresivo de ellas, aun permaneciendo estabilizada, como ya lo expresamos, la cifra de psico-morbilidad, es evidente que condiciones socioculturales variadas están incidiendo de modo decisivo en ese incremento y que de no mediar remedio a ellas la salud mental de nuestra humanidad continuará empeorando en el área depresiva (Murguía, 1990: 1).

El editorial se hacía eco de la preocupación existente a nivel internacional sobre el aumento de depresión respaldando esta preocupación, como ya lo habían hecho otros psiquiatras uruguayos, en las cifras proporcionadas por la OMS. Pero a su vez, el editorial tenía la virtud de convertir esta preocupación en una alerta para las políticas de salud pública nacionales. Murguía se adelantaba de alguna forma a los debates que, hacia finales de la década, signarían la depresión como uno de los principales problemas psiquiátricos de la población uruguaya. De hecho, uno de los motivos recurrentes sobre la depresión durante los años noventa sería el aumento de su prevalencia en la población hasta llegar, a finales de la década, a la afirmación de la existencia de una epidemia de depresión en el país.

Esta afirmación del aumento de casos de depresión también en esta década se realizaría sin estudios epidemiológicos llevados adelante en el país. En este período persistiría aún la carencia de datos oficiales para el Uruguay que pudieran dar cuenta de modo cabal del aumento de los casos de depresión que se pregona. El Ministerio de Salud Pública se mantendría particularmente débil en la recolección de datos epidemiológicos de salud mental hasta la actualidad. Como lo hicieron Rey Tosar y Dajas en los años ochenta, fueron los propios psiquiatras quienes, a base de esfuerzos aislados, intentaron suplir esta carencia con estudios de corto alcance que analizaban los datos a los que se tenía acceso a través de las consultas psiquiátricas en hospitales y en la práctica privada.

Así, entre los meses de junio y agosto de 1991, el profesor Estaban Gaspar y otros psiquiatras analizarían las consultas realizadas en la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas Doctor Manuel Quintela, el hospital universitario ubicado en la capital del país. Concluían que en los pacientes vistos por interconsulta psiquiátrica predominaban los síntomas depresivos y la ansiedad, alcanzando los trastornos afectivos el 22,86 % de los casos, los trastornos por ansiedad el 13,33 % y los trastornos adaptativos un 10,48 % (Gaspar *et al.*, 1993: 55). Estos resultados concordaban, de algún modo, con los resultados obtenidos por el estudio realizado por Rey Tosar y Dajas a mediados de los años ochenta. A principios de los años noventa la depresión continuaba siendo una enfermedad recurrente, al menos, en uno de los principales hospitales uruguayos.

De todas formas, dado el corto alcance de este tipo de estudios, en los años noventa al igual que en los años ochenta, se insistiría en que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes en la consulta médica ya fuera en el hospital general, en las policlínicas o en las consultas privadas, muchas veces respaldándose en datos epidemiológicos de otras latitudes. Álvaro D'Ottone reiteraría hacia 1996, tomando cifras que ya se habían vuelto un lugar común, que:

La depresión es una enfermedad psíquica sumamente frecuente. Algunos estudios epidemiológicos sugieren que cada cinco personas, una sufrirá por lo menos un episodio depresivo a lo largo de su vida. Sin embargo, no todos llegarán a la consulta médica, porque la actitud del público hacia esta enfermedad hace que no se la vea como tal, sino como una oscilación normal del ánimo, una respuesta a las circunstancias de la vida, o una expresión de «flojedad del carácter», o «falta de voluntad» (1996a: 68).

Además, otras características de la consulta por depresión también serían tomadas de estudios provenientes del extranjero. El doctor Álvaro Lista (1994, 1996), por ejemplo, volvería en reiteradas ocasiones a plantear el problema de que la mayoría de las consultas por depresión ocurrían en el consultorio del médico general utilizando datos aparecidos en artículos publicados durante la primera mitad de los años noventa en revistas científicas británicas.

Junto a la idea del incremento de los casos de depresión, se hizo cada vez mayor hincapié en que estos casos no llegaban a los profesionales especializados en la atención de las enfermedades mentales, ya fuese porque eran captados en

primera instancia por el médico general o porque directamente no consultaban a ningún profesional. Se enfatizó, al mismo tiempo, que los tratamientos dispensados no eran los correctos puesto que la mayoría de las consultas quedaban en manos del médico general, quien carecía de formación específica para la cura de las enfermedades mentales. De todo eso se desprendía, además, que los antidepresivos no estaban siendo prescritos en las cantidades necesarias. En la medida en que se volvía una y otra vez sobre el aumento de la depresión, los temas de la prescripción de antidepresivos y de su consumo fueron algunas de las dimensiones en las que necesariamente se tradujo este problema.

Con anterioridad los laboratorios farmacéuticos ya habían reparado en el papel de los médicos generales como principales receptores de consultas de depresión. A través de los materiales de difusión habían tratado de llegar al médico general para que este pudiera identificar la depresión con facilidad y pudiese también proporcionar el tratamiento psicofarmacológico necesario. Los laboratorios estaban interesados en conocer cuáles eran las prácticas de prescripción de las distintas especialidades médicas para poder identificar así quiénes eran los que tenían mayores posibilidades de recetar cada tipo de psicofármacos. Este interés de los laboratorios se plasmaría concretamente en la realización de consultorías específicas. Durante los años ochenta la consultora Oikos llevaría adelante, a pedido de varias empresas farmacéuticas instaladas en el Uruguay, estudios sobre el recetario médico en los que se mostraba cuáles eran los medicamentos que las distintas especialidades médicas recetaban con más frecuencia.

Los estudios de la consultora Oikos, que tuvieron lugar de 1980 a 1984, examinaban el recetario médico en los centros de asistencia médica mutual. Los otros canales de distribución de medicamentos, como farmacias y droguerías, habían sido descartados pues, salvo con algunas excepciones —como los medicamentos psicofarmacológicos—, la dispensación de medicamentos se hace mayoritariamente sin receta médica, lo que no permite establecer con precisión la cantidad de medicamentos expendidos a través de esos canales.

En base, entonces, a las recetas expedidas por los médicos a los asociados de los centros de asistencia médica, la consultora intentaba dar un cuadro descriptivo de los hábitos de prescripción de todas las especialidades médicas. Y los números reafirmaron el papel protagonista de los médicos generales en la administración de la mayoría de los medicamentos. Entre junio de 1980 y julio de 1981 los médicos generales expedían entre el 60 % y el 80 % de las recetas de la mayoría de los grupos terapéuticos medicamentosos (Oikos, 1981). Esta situación se mantuvo durante todos los años en los que la consultora realizó el estudio (Oikos, 1982, 1983, 1984). De 1980 a 1984, para el caso específicos de los psicofármacos,²³² los médicos generales expidieron entre el 56 % y el 60 % de las recetas del grupo, mientras que los psiquiatras expidieron solamente entre

²³² En estos estudios los psicofármacos aparecen clasificados en el grupo terapéutico de los psicotrópicos-antiparkinsonianos.

el 24 y el 26 % de las mismas.²³³ Los estudios mostraban que los psiquiatras eran los mayores prescriptores de antidepresivos, pero en niveles no muy superiores a los médicos generales. Durante los años cubiertos, entre el 46 y 52 % de los antidepresivos tricíclicos fueron recetados por médicos psiquiatras, pero entre el 38 y el 40 % fue recetado por médicos generales. Además, los médicos generales tuvieron un papel más decisivo en la prescripción de los antidepresivos tricíclicos combinados con sedantes. En este grupo terapéutico las recetas de los médicos generales sobrepasaron a las de los psiquiatras durante todo el período. Estos últimos recetaron solo entre el 28 y el 34 % de los antidepresivos tricíclicos combinados con sedantes mientras que los médicos generales recetaron entre el 50 y el 59 % de ellos. Los médicos generales fueron también fuertes prescriptores de tranquilizantes menores benzodiazepínicos mientras que los psiquiatras fueron mayores prescriptores que los médicos generales de antidepresivos tetracíclicos e IMAO además de los tricíclicos, es decir, de aquellos tipos de medicamentos antidepresivos que no contienen sedantes y, en particular, en aquellos con menores niveles de popularidad como los tetracíclicos e IMAO. En esto grupos los psiquiatras efectuaron entre el 51 % y el 69 % de las indicaciones.²³⁴

A partir de estos estudios los laboratorios farmacéuticos podían, entonces, tener certeza de que los médicos generales eran un grupo importante, luego de los psiquiatras, en la prescripción de antidepresivos también en el Uruguay, y hacia ellos fueron dirigidas muchas de las estrategias de *marketing* de los antidepresivos. Eso fue así durante los años ochenta pero también en los años noventa. Asimismo, parte de los artículos elaborados por psiquiatras del medio sobre la depresión en esos años iban dirigidos explícitamente a los médicos generales. Tal es el caso de los trabajos que Álvaro Lista publicara en 1994 y 1996. En ellos se brindaba al médico general información indispensable para el reconocimiento de la depresión, pero también sobre los últimos tratamientos psicofarmacológicos disponibles.

233 Esta misma situación probablemente ya tenía lugar antes de 1981. Según datos de uno de los centros de asistencia médica mutual más importantes del país (CASMU) entre junio de 1978 y junio de 1981 el 5,5 % de los psicofármacos son indicados por médicos generales, el 29 % por psiquiatras y el restante 16 % por distintos especialistas como neurólogos, ginecólogos y pediatras (Margolis, 1981).

234 Es necesario tener en cuenta que los antidepresivos no eran en la primera mitad de los años ochenta los psicofármacos más recetados. En el período 1981-1982 los psiquiatras recetaban mayormente benzodiazepinas (33 %) y en segundo lugar antidepresivos tricíclicos (13 %) (Oikos, 1982). Estos niveles se mantienen en proporciones similares hasta 1984 (Oikos, 1983; Oikos, 1984). Entre 1978 y 1981, los psicofármacos constituyen el 86,3 % de los medicamentos que recetan los psiquiatras, mientras que son solo el 17 % de los medicamentos recetados por médicos generales (Margolis, 1981). Es importante destacar, además, que pocas especialidades médicas son las que recetan cerca del 90 % de los psicofármacos. Ellas son la medicina general, la psiquiatría y la neurología.

En verdad, esta situación, que revelaba la gran injerencia que los médicos generales poseen en la dispensación de tratamientos psicofarmacológicos de las dolencias psíquicas, derivó no solo en una preocupación de los laboratorios para influir las prescripciones realizadas por los médicos generales, sino también en una disputa interna entre el cuerpo médico por las potestades que la medicina general y la psiquiatría pretenden detentar sobre la enfermedad mental. Hacia finales de los años noventa esta tensión se haría evidente en torno a la depresión, cuando esta llegó a capturar la atención de toda la sociedad.

La depresión en la arena pública

En el año 1998 la depresión lograría alcanzar los medios masivos de comunicación del país, arrastrando a la esfera pública los tópicos que en el ámbito de la psiquiatría se desplegaban sobre la misma desde hacía varias décadas. Así, el aumento de la prevalencia de depresión en Uruguay, el papel de los médicos generales como mayores receptores de consultas sobre depresión y también como mayores prescriptores de tratamientos farmacológicos, llegarían a colocarse en el centro de una discusión que tomó estado público. Durante por lo menos dos años consecutivos, la depresión sería motivo para la aparición de algunos psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas en periódicos, radios y programas de televisión. Paralelamente a esta presencia de las disciplinas psicológicas y de la depresión en los medios de comunicación, varias instituciones vinculadas al psicoanálisis, la psiquiatría y la psicología nacionales promovieron la realización de una serie de eventos académicos que intentaban responder desde el ámbito disciplinario al manejo mediático que se estaba haciendo del tema.

En el Uruguay, de 1998 al año 2000, la depresión pudo traspasar los límites de la academia y tornarse objeto de una lectura masiva ofrecida al gran público por los medios de prensa escrita. Los tres periódicos de mayor tiraje en el ámbito nacional, el diario *El País*, *La República* y *El Observador*, así como *Brecha*, uno de los semanarios de más larga trayectoria, dieron cabida en sus páginas al fenómeno de la depresión en sus diferentes formas; pero el rasgo que convocó a los medios de comunicación, fue sin lugar a dudas, el incremento de los casos de depresión en el Uruguay. Algunos artículos periodísticos llegaron a hablar de una epidemia de depresión en el país, y a partir de ellos, el debate sobre la epidemiología de la depresión ganó lugar en el ámbito público.

La mayoría de los artículos publicados en los periódicos tenían la particularidad de abordar el tema como si fuera la primera vez que este era planteado. Cada uno de ellos hablaba en presente, sin guardar en la memoria los elementos señalados por las notas anteriores. Únicamente en el artículo publicado en el semanario *Brecha* se conectan los distintos escritos y programas aparecidos sobre el tema en distintos medios masivos de comunicación. Ello no impidió, sin embargo, que en los eventos académicos o en algunos programas televisivos se diera la discusión sobre la existencia o no de una epidemia de depresión. Con

esta discusión se volvieron a confrontar muchos de los temas que ya estaban en tensión desde hacía tiempo en el campo de los saberes psicológicos.

El artículo que daría inicio al tratamiento periodístico de la depresión saldría publicado en el diario *El País* en su edición dominical del 13 de setiembre de 1998. La necesidad de datos sobre la epidemiología de la depresión, el estudio de las prescripciones y el consumo de antidepresivos convergerían explícitamente cuando, con apoyo financiero del laboratorio Servimedic, el doctor Álvaro Lista desarrollara junto con la consultora Cifra, especializada en sondeos de opinión pública, un estudio de prevalencia de depresión en el Uruguay. El laboratorio Servimedic, de capitales nacionales, vendía antidepresivos en el país desde 1994 y comercializaba desde esa fecha la venlafaxina en representación del laboratorio Wyeth. En diciembre de 1999, poco más de un año después de la aparición de la nota en el diario *El País*, Servimedic introdujo una copia de la sertralina cuya molécula original, perteneciente al laboratorio Pfizer, era el antidepresivo más vendido en el Uruguay en el año 1998.

Los resultados del estudio realizado bajo la dirección del doctor Lista fueron el principal material del artículo publicado a doble página por el diario *El País* en setiembre de 1998. Allí se manejaba públicamente por primera vez la idea de que en el país existía una epidemia de depresión. El artículo (figura 10) se titulaba *Depresión en Uruguay: una epidemia oculta* y venía precedido de una frase que afirmaba que «casi tres de cada diez uruguayos padecieron depresión mayor, menor o síntomas depresivos durante los últimos seis meses» (Cifra, 1998). El copete de la nota reforzaba la idea de la epidemia señalando que:

En los últimos seis meses, el 11 % de los uruguayos sufrió depresión mayor, incluyendo el 16 % de las mujeres y el 6 % de los hombres. Entre los que creen que la situación económica de su familia es muy mala, el porcentaje salta al 38 %. Los uruguayos sufren más depresión que los europeos occidentales (Cifra, 1998).

La referencia a los datos europeos era en cierta manera forzosa, puesto que el estudio reproducía en el Uruguay un estudio sobre prevalencia de depresión que se había realizado en seis países del Viejo Continente durante el año 1995.²³⁵ Los primeros resultados del estudio europeo, denominado DEPRES (*Depression Research in European Society*), habían sido publicados en 1997 y el estudio uruguayo pretendía obtener, a través de la aplicación de las mismas encuestas, resultados que fuesen comparables con los del primer estudio. El trabajo de campo en el Uruguay fue realizado por la consultora CIFRA que entrevistó a 1.300 personas de 17 o más años de edad intentado establecer, a partir de esta muestra representativa de la población urbana del país, cuál había sido la prevalencia de la depresión en la población durante los últimos seis meses.

235 Estos países eran Alemania, Bélgica, España, Holanda, Reino Unido y Francia.

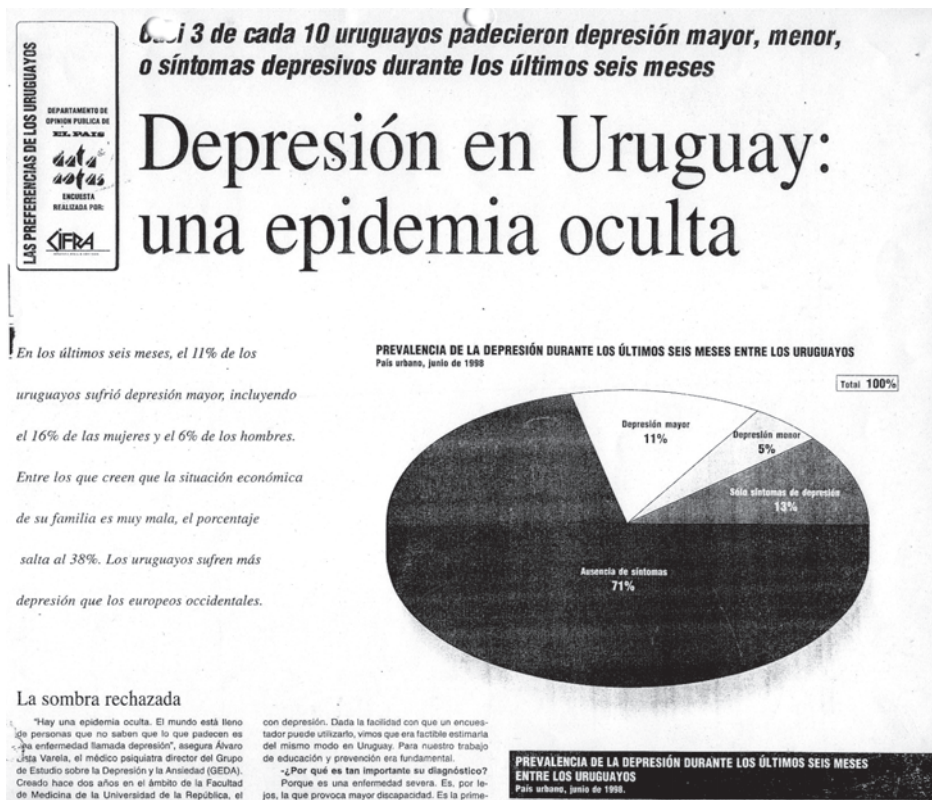


Figura 10. Encabezado del artículo publicado por el diario *El País*, el 13 de setiembre de 1998.

De acuerdo al análisis presentado en esa misma nota por Luis E. González, director de la empresa CIFRA, el 29 % de los uruguayos residentes en centros urbanos había tenido por lo menos algún síntoma de depresión durante el primer semestre de ese año. Con ese guarismo, el Uruguay presentaba niveles de prevalencia de depresión más altos que los que se habían recogido en Europa a través del estudio DEPRES, pero mantenía una misma composición en cuanto a los tipos de depresión. Tanto para los seis países europeos como para el Uruguay, la mayoría de los entrevistados había experimentado solamente síntomas depresivos (13,1 %); quienes habían sufrido de depresión mayor se ubicaban en niveles inferiores a los de este primer grupo (10,8 %) y quienes habían padecido depresión menor se ubicaban aún por debajo de quienes había sufrido depresión mayor (5 %).²³⁶ Estos tres grupos mantenían comportamientos diferenciales en cuanto a la consulta médica. Según los datos obtenidos, el 71 % de quienes habían pa-

²³⁶ Como veremos más adelante, sobre este punto se dispararían gran parte de las críticas a este estudio. La catalogación de depresión mayor, depresión menor y síntomas depresivos implicaba la realización de un diagnóstico que en el trabajo de campo había quedado en manos de encuestadores sin formación psiquiátrica.

decido solo síntomas depresivos no habían consultado a médico alguno mientras que quienes habían experimentado depresión menor no lo habían hecho en el 76 % de los casos, y quienes habían experimentado depresión mayor no lo habían hecho en el 62 % de los casos (Cifra, 1998).

El estudio caracterizaba también el tipo de población que había sufrido depresión de acuerdo a variables de interés como el sexo, la región del país, el estado civil y el nivel socioeconómico. Concluía que las mujeres eran afectadas en mayor proporción que los hombres en la depresión mayor (16 % de mujeres y 6 % de hombres) y en los síntomas depresivos (16 % de mujeres y 10 % de hombres), mientras que la depresión menor alcanzaba a ambos sexos en la misma proporción (5 %). Para las mujeres la depresión mayor era más frecuente entre los 41 y 55 años de edad, pero en el caso de los hombres la depresión era más frecuente entre los menores de 40 años. Existían diferencias también entre casados, solteros, viudos y divorciados, siendo estos últimos los que presentaban una mayor proporción de depresión mayor. La depresión mostraba asimismo una distribución diferencial por nivel socioeconómico y educativo. Los valores más grandes de depresión se encontraban en los niveles más bajos, pero también entre aquellos que tenían una percepción negativa de su situación económica y la del país. Esto le permitía a González explicar por qué el estudio uruguayo arrojaba cifras más altas de depresión que el estudio europeo: la mejor situación económica de los países del viejo continente permitían a sus habitantes sentirse más satisfechos que los uruguayos (Cifra, 1998).

Acompañando las gráficas y tablas que mostraban en números la prevalencia de la depresión entre los uruguayos en los últimos seis meses, una entrevista al doctor Alvaro Lista daba contexto a las cifras. Lista realizaba un ejercicio comparativo de la situación uruguaya con la situación mundial y con la de algunos países concretos. Afirmaba que «hay una epidemia oculta. El mundo está lleno de personas que no saben que lo que padecen es una enfermedad llamada depresión», remitiendo la epidemia de depresión uruguaya a una pretendida epidemia de depresión mundial (Cifra, 1998). Volvía de este modo a respaldar, como se hiciera desde los años setenta, la idea del incremento de casos de depresión en Uruguay en las estadísticas manejadas a nivel internacional. Y en efecto, la noción de epidemia de depresión circulaba en ese momento ya como un problema común a varios países.

En la entrevista, Lista retomaba asimismo otros temas ya clásicos sobre la depresión. Reiteraba que la mayoría de las consultas por depresión las recibe el médico general y volvía a insistir sobre la importancia de prepararlo para poder reconocer y tratar adecuadamente esta enfermedad. Lanzaba también advertencias acerca de la gravedad de la enfermedad y el peligro de que las depresiones no tratadas hicieran aumentar el número de suicidios en el país.

Otra entrevista a otro psiquiatra, el doctor Horacio Porciúncula, director en el momento del Hospital Psiquiátrico Vilardebó, también complementaba los datos estadísticos. Porciúncula resaltaba que la mayoría de las personas

deprimidas no consultan al médico y concluía que, por ello, los costos de la enfermedad son excesivamente altos. Aportaba también algunos datos tomados de las consultas de la emergencia del hospital, señalando que los cuadros depresivos llegaban al 13 % de las consultas, que la edad de los consultantes es cada vez más baja y que las mujeres recurrían a la consulta psiquiátrica con más frecuencia que los hombres (Cifra, 1998).

Álvaro Lista nunca publicaría en revistas académicas este estudio, pero sí presentaría los resultados ante un público académico en las Jornadas Científicas en Psiquiatría del mes de noviembre de 1998, organizadas por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Junto a las doctoras María Boussard, Adriana Labarthe y Patricia Labraga, intervendría en las jornadas con una ponencia cuyo resumen circuló en el libro de resúmenes del evento bajo el título *Depresión en la comunidad: primer estudio en Uruguay*²³⁷ (Clínica Psiquiátrica, 2004: 335).

Algunos días más tarde de que la encuesta saliera publicada en el diario *El País*, tuvo lugar una conferencia organizada por el psiquiatra Pedro Bustelo, docente en ese momento de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en la que participó, entre otros especialistas, el representante en Uruguay de la OPS.²³⁸ Esa conferencia fue ampliamente difundida a través de una invitación por escrito que llegó a muchos medios de prensa y fue dirigida personalmente a muchos profesionales del campo de la salud mental. En el texto de la invitación se resaltaba explícitamente que en la conferencia se expondrían los lineamientos de un plan para minimizar el impacto «de la epidemia uruguaya de depresión y suicidios». De acuerdo a lo relatado por la periodista Rosario Touriño en su artículo «Los uruguayos, ¿todos deprimidos?», aparecido en el semanario *Brecha* el 30 de octubre de 1998, en la emisión central de los noticieros televisivos del mismo día de la conferencia se difundieron datos cuantitativos que reforzaban la noticia de la existencia de una epidemia en el Uruguay.

La depresión continuaría estando presente en los medios de comunicación por esas fechas. En los primeros días del mes de octubre, un importante programa periodístico de la televisión uruguaya denominado *El Reloj* y transmitido regularmente por el *Canal 10* en esos años, realizó una emisión especial sobre el tema. En dicha emisión el propio Bustelo, el psiquiatra Federico Dajas y el sociólogo Carlos Filgueira discutieron sobre la existencia de la epidemia de depresión en el país. Tras el intercambio de algunas opiniones sobre la falta de datos epidemiológicos, los panelistas concordaron en que era imposible afirmar la existencia de una epidemia de depresión. El doctor Dajas fue quien más insistió sobre este punto, pues según su opinión de ninguna manera podía hablarse de epidemia en la medida en que no se disponía para el Uruguay de una medición

²³⁷ Según el doctor Álvaro Lista, este estudio fue el primero que se hizo en el Uruguay sobre epidemiología de la depresión (entrevista personal, junio de 2002).

²³⁸ Dicha conferencia tuvo lugar el 30 de setiembre de 1998.

del número de casos de depresión, ni en el momento actual ni con anterioridad, que permitiera corroborar un incremento de los mismos.²³⁹

Ese no sería el único medio de comunicación en el que se relativizaría la existencia de la epidemia. El artículo de Rosario Touriño (1998) recogía las principales críticas que algunos psiquiatras del medio lanzaban contra los datos que se estaban manejando para respaldar esta idea. Reproducía la opinión de Federico Dajas, quien repetía mayormente los argumentos que ya había esgrimido en el programa *El Reloj*, pero que ponía en cuestión, además, las cifras arrojadas por el estudio impulsado por Álvaro Lista. Dajas no daba mayor crédito a la metodología que se había utilizado al replicar el estudio DEPRES en el Uruguay. En su opinión, los cuestionarios estandarizados no eran de gran utilidad para determinar la incidencia real de una enfermedad en manos de encuestadores sin formación psiquiátrica. En todo caso, a través de ese instrumento se recogería lo que los individuos creen sobre su estado de ánimo, la existencia de síntomas que pueden estar emparentados con la depresión, pero nunca podría diagnosticarse la depresión a través de ellos. Para Dajas, solo los médicos estarían en condiciones de diagnosticar con alto grado de precisión una enfermedad. Dajas se mostraba, además, preocupado por el manejo sensacionalista de lo que consideraba una falsa epidemia de depresión y alertaba que esta falsa alarma podía, justamente, desencadenar lo que antes no existía.²⁴⁰

Ángel Ginés, director de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de la República de ese momento, aseveraría en ese mismo artículo que los diagnósticos sobre los que se basaba la encuesta publicada en el diario *El País* no habían sido validados por psiquiatras.

También en ese artículo el doctor Álvaro Lista explicaba que, si bien era dueño de la empresa Pharma Research Group que asesoraba a varios laboratorios farmacéuticos, no podía suponerse que el estudio que había impulsado tuviera como finalidad promover la venta de psicofármacos. Explicaba, asimismo, que había lanzado el término epidemia de depresión como un llamado de atención

239 Rosario Touriño (1998) relata lo sucedido de la siguiente manera: «En la mesa del programa, el científico Federico Dajas contradijo el alarmismo inicial. “Técnicamente no se puede hablar de epidemia, ya que no poseemos datos anteriores como para afirmar que existió un aumento significativo en el número de casos por encima del promedio”, afirmó tajante. “Quiero saber si todos estamos de acuerdo”, inquirió a renglón seguido, posando sus ojos sobre el resto de los panelistas. Nadie lo desautorizó. Todos —incluso Pedro Bustelo— coincidieron en negar la existencia de una “epidemia”. La carencia de datos ciertos sobre esto y otros temas psiquiátricos fue también señalada por el sociólogo Carlos Filgueira. Ángel María Luna, el conductor del programa, decidió entonces “sacar el término de epidemia de la mesa” y *El Reloj* transcurrió sin mayores desacuerdos».

240 En una entrevista personal que mantuve en marzo del año 2002, el doctor Dajas explicaría lo que sucedió en ese momento, como el resultado de ambiciones personales de algunos psiquiatras uruguayos y el interés de las empresas farmacéuticas en promover la venta de antidepresivos. Dajas llegaría a barajar la posibilidad de que realmente hubiera un aumento de sentimientos depresivos en la población uruguaya, pero ello de todas formas, seguiría siendo insuficiente como para afirmar la existencia de una epidemia de depresión en el país.

para que la comunidad entera, incluyendo médicos, autoridades sanitarias y la población en general, se pusiera en guardia ante el fenómeno depresivo.

El doctor Pedro Bustelo, que también había empleado el término *epidemia de depresión*, insistiría en esa nota en que existían estudios parciales e indicios indirectos en el Uruguay que respaldaban la afirmación de la existencia de la epidemia. Bustelo, con apoyo de la OPS, abriría en esos meses seis centros de atención gratuita en el país, con el fin de promover un sistema de vigilancia epidemiológica de la depresión. Al poco tiempo esos centros darían lugar a la formación de la Fundación Cazabajones bajo su dirección. A través de diversas apariciones del doctor Bustelo en programas radiales y televisivos, durante el mes de octubre de 1998, el tema del aumento de depresión estaría presente en los medios de comunicación. Al mismo tiempo, en los materiales de difusión de la fundación, Bustelo mantendría la idea de la existencia de un incremento alarmante de casos de depresión en el Uruguay. Insistiría, por ejemplo, en la página web que tenía la fundación en el año 2001, en la existencia de una epidemia mundial de depresión, y también en la existencia de una epidemia de depresión en el Uruguay.²⁴¹ Para respaldar esta última no utilizaba los datos elaborados por Lista, sino que citaba datos parciales sobre las consultas a las policlínicas del MSP, datos sobre causas de licencia médicas en empresas públicas y datos sobre los motivos de consulta en el Instituto Nacional de la Juventud (Inju). En la página web también se establecía una relación alarmante entre los casos de depresión y los casos de suicidio en el Uruguay. Junto a la epidemia de depresión, ciertamente, se había manejado también la idea de la existencia de una epidemia de suicidios. Sin ir más lejos, Bustelo había convocado la conferencia del 30 de setiembre de 1998, apelando a ambas epidemias.

A pesar de las críticas que hubo en el primer momento en que se afirmó la existencia de la epidemia de depresión, los medios volverían a pregonar su existencia pocos meses después, vinculándola de uno u otro modo con las altas tasas de suicidio del país.

El domingo 29 de marzo de 1999 el diario *El País* publicaría una nota titulada *La muerte en el espejo* en la que el periodista Jorge González Vieri realizaba una entrevista a la psiquiatra Myriam Calero acerca del alto porcentaje de suicidios que se producen anualmente en el Uruguay.²⁴² El periodista mencionaba que el suicidio en el Uruguay se había convertido prácticamente en una epidemia y pretendía averiguar por qué, a través de una serie de preguntas dirigidas a la figura del experto representada por la psiquiatra. El periodista indagaba sobre los elementos que provocan el suicidio, sus posibles causas e interrogaba sobre qué

241 La página de la fundación <www.erudio.com.uy/cazabajones/club.htm> estuvo disponible en Internet hasta aproximadamente el año 2002. En la actualidad el sitio web de la fundación es <<http://fundacioncazabajones.org>>.

242 La psiquiatra Myriam Calero es conocida particularmente por su trabajo clínico privado como psicoterapeuta conductual de parejas; aun así el artículo le pide su opinión sobre el tema de los suicidios.



Figura 11. Portada del diario *El País* del día viernes 28 de mayo de 1999

La depresión regresaría una vez más a las páginas del diario *El País* el día viernes 28 de mayo de 1999. En esa jornada lograría convertirse en titular de primera plana del periódico. En primera página podía leerse en grandes caracteres: «Uruguayos en problemas: hay 950.000 afectados por la depresión» (figura 11). A pesar de los reparos que se habían hecho sobre los datos epidemiológicos que habían circulado hasta el momento, la nota periodística que seguía al titular indicaba que el 30 % de la población uruguaya presentaba síntomas de depresión. Citaba como fuente al presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, el doctor Ángel Valmaggia, pero los porcentajes repetían los niveles de prevalencia señalados por el trabajo realizado por la consultora Cifra el año anterior. Volvía sobre una presentación clásica de la depresión y sus consecuencias, señalando que

la mayoría de las consultas llegan al médico general, indicando también que la depresión empuja al suicidio a un gran porcentaje de los afectados.

16 / Viernes 28 de Mayo de 1999

INFORMACION

Primera Sección

EL PAÍS

La depresión que exige atención médica afecta ya al treinta por ciento de los uruguayos

Quando la tristeza se convierte en una enfermedad capaz de matarnos



sin EMB. Aunque los depresivos son más numerosos en personas de edad, nadie está a salvo de la enfermedad

El treinta por ciento de los uruguayos presenta cuadros depresivos que requieren atención especializada, según la Sociedad de Siquiatría del Uruguay. La falta de atención temprana y la automedicación son los principales problemas de la creciente población de deprimidos en Uruguay.

"En Uruguay, estudios realizados indican que en el tercio superior de la población existe algún elemento depresivo que amerita consulta especializada", afirmó el presidente de la Sociedad de Siquiatría del Uruguay, Dr. Ángel Valmaggi, explicó a EL PAÍS que desde pequeño se dio cuenta de que la depresión no es solo un estado de ánimo, sino una enfermedad que puede ser mortal.

Detalló en la entrevista que el problema más importante en Uruguay radica en que la mayoría de las pacientes consultan a nivel de medicina general por dolencias físicas y muchas veces, después de ser atendidas por el médico, son remitidas a sus cuadros depresivos. "Hay una gran somatización en las depresiones. Los pacientes que por consultar en lugar de reconocer que se encuentran deprimidos, se somatizan y se refieren a sí mismos como enfermos de diabetes, hipertensión, etc.", dijo.

Aludió en este aspecto que existen actualmente medicaciones adecuadas para tratar el problema de manera totalmente distinta a la que se hacía tan solo una década atrás. "Lo más importante es la consulta a nivel precoz", remató.

se hacia tan solo una década atrás. "Lo más importante es la consulta a nivel precoz", remató.

DEPRESIÓN DESDE BARRIOS A REGIONES

El presidente de la Sociedad de Siquiatría aseguró que Uruguay se encuentra en una posición similar, en cuanto a la número de deprimidos, que Argentina o el área sur del Brasil.

Agregó el médico que "han dubido" las condiciones económicas y sociales que inciden en los cuadros depresivos, algo a lo que Uruguay no es ajeno.

Abundó que el primer 4 de junio, vendió a Uruguay uno de los mayores especialistas en la materia del Brasil. El psiquiatra Salvador Celis, durante su estancia en el país, se reunió con el presidente de la Sociedad de Siquiatría, Dr. Ángel Valmaggi, y con el presidente de la Asociación de Psiquiatras del Uruguay, Dr. Carlos Rodríguez.

"Es que las afecciones depresivas son de un sufrimiento que no se describe a quienes no las han padecido", agregó el especialista. "La tristeza y el melancolismo son las primeras manifestaciones de una afección para la cual hoy, hay grandes posibilidades".

Añadió en este aspecto que existen actualmente medicaciones adecuadas para tratar el problema de manera totalmente distinta a la que se hacía tan solo una década atrás. "Lo más importante es la consulta a nivel precoz", remató.

■ **Afectación.** La depresión es la enfermedad que más afecta a los uruguayos en todo el mundo y la cuarta más común entre la población en general según la Organización Mundial de la Salud. ■ **Población.** La incidencia del problema afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres.

¿Cuáles son los síntomas?

El autoanálisis puede definir si se precisa ayuda

Los médicos identifican básicamente nueve síntomas comunes en las depresiones clínicas. Aun cuando en cada caso la sintomatología es diferente, deberían procurar ayuda especializada quienes presentan un número de cuatro de los nueve ítems que los especialistas detallan.

- Dificultades serias de concentración.
- Autocritica severa de forma creciente.
- Sentimiento de culpa.
- Falta de perspectiva de futuro.
- Recurrentes ideas de muerte o suicidio.
- Perturbaciones constantes del sueño.
- Alteración del apetito persistente.
- Fluctuación de la alegría y el interés general.
- Sensación de cansancio después del descanso.

Síntomas de la depresión

■ **Un mal humor permanente.** La persona se encuentra irritable, concuerda a menudo, pero se le mundo por el peor lado.

■ **Síntomas.** Sensación de desesperación, inutilidad, culpa y pérdida de placer por las cosas.

■ **Depresión crónica.** Pérdida de sueño y apetito, dolores generalizados. Nada desperta interés y/o alegría. Ideas suicidas y de suicidio son frecuentes.

■ **Tipo especial de depresión.** Cuando el humor de la persona sube y baja, alternando períodos de melancolía con otros de depresión, se dice que depende bipolar o maníaco-depresiva.

■ **Características.** De padres y madres deprimidos, el 23 por ciento de los hijos adquiere la enfermedad; el suicidio es responsable del 15 por ciento de las muertes de personas deprimidas.

■ **Tratamiento.** La depresión se trata con medicamentos y terapia psicológica.

Figura 12. Nota del diario *El País* del viernes 28 de mayo de 1999

La nota continuaba en una de las páginas internas del periódico bajo el título *Quando la tristeza se convierte en una enfermedad capaz de matarnos* que venía precedido de la frase «La depresión que exige atención médica afecta ya al treinta por ciento de los uruguayos» (figura 12). El copete de la nota expresaba los puntos clave de la misma de la siguiente manera:

El treinta por ciento de los uruguayos presenta cuadros depresivos que requieren atención especializada, según la Sociedad de Siquiatría [sic] del Uruguay. La falta de atención temprana y la automedicación son los principales problemas de la creciente población de deprimidos en Uruguay. (*El País*, 1999: 16).

En líneas generales las declaraciones del presidente de la Sociedad de Psiquiatría que se reproducían en el artículo apuntaban a alentar a la población a acudir a la consulta de la medicina psiquiátrica. La nota iba acompañada por un recuadro en el que se indicaban los principales síntomas de la depresión, de modo que el lector pudiese evaluar si necesitaba ayuda profesional o no.



Figura 13. Depresivos famosos, nota de *El País*, viernes 28 de mayo de 1999.

Este listado de síntomas (dificultades serias de concentración, autoestima reducida en forma creciente, sentimiento de culpa, faltas de perspectiva de futuro, recurrentes ideas de muerte o suicidio, perturbaciones constantes del sueño, alteración del apetito persistente, pérdida de la energía y el interés general, sensación de cansancio después del descanso) se basa, sin hacer referencia explícita, en el manual *DSM-IV*. Finalmente se cerraba la página con los retratos, en un recuadro destacado, de varios personajes mundialmente famosos que padecieron depresión: Shakespeare, Virginia Woolf, Abraham Lincoln, Mick Jagger²⁴³ (figura 13). Debajo de la imagen de cada uno de ellos aparecían fragmentos de sus obras con las que se pretendía dar cuenta de su estado depresivo (*El País*, 1999).

El 25 de agosto de 1999 en el diario *El País* se reiteraría una vez más la noticia de la existencia de una epidemia de depresión en el Uruguay. La nota del periodista Daniel Martínez Soto titulada «Clubes "de cazabajones", al rescate de los deprimidos» venía precedida por una frase en la que se leía: «Uruguay: hay 100.000 enfermos de depresión, pero el 80% desconoce estar afectado». El cope-te del artículo volvía a hablar en términos alarmantes de la epidemia de depresión:

²⁴³ En verdad, estos ejemplos, han sido ampliamente citados en artículos de divulgación sobre la depresión en Estados Unidos, especialmente el caso de Abraham Lincoln.

Al deprimido le parece estar, triste, «de bajón», en un «mal momento», pero difícilmente pida asistencia si debe identificarse como lo que es: un enfermo cuya patología puede conducirlo a la muerte. Cada año más uruguayos mueren como consecuencia de esta epidemia de depresiones (Martínez Soto, 1999).

El artículo hacía referencia a cifras de prevalencia de depresión en el país sensiblemente inferiores a las presentadas en los artículos del 13 de setiembre de 1998 y del 28 de mayo de 1999 aparecido en el diario *El País*. Mientras en aquellos artículos se hablaba de 950.000 uruguayos afectados de depresión, en esta ocasión se hablaba de entre 90.000 y 100.000 personas afectadas. Se citaban afirmaciones del psiquiatra Pedro Bustelo quien enfatizaba que de esas 90.000 personas estimadas, 80.000 desconocían estar enfermas. Bustelo, aún con estas nuevas cifras, volvía a advertir sobre la gravedad de la epidemia de depresión en el Uruguay. En la nota también se describía la depresión como enfermedad, se enumeraban sus causas y posibles consecuencias como el suicidio. El artículo finalizaba haciendo referencia al «Club de Cazabajones», presentándolo como una propuesta comunitaria para la atención de la enfermedad, con un funcionamiento similar al de Alcohólicos Anónimos. La inauguración del primer centro del club había generado una asistencia masiva de la población, lo que obligó a los organizadores a repetir las actividades previstas para dicha jornada durante tres días consecutivos. Ello se tomaba, en la nota, como índice de la epidemia de depresión en el país²⁴⁴ (Martínez Soto, 1999).

El tema de la depresión permanecería en los grandes medios de comunicación durante todo el año 1999, volviendo a aparecer específicamente en la prensa escrita hacia fines de año. El diario *El Observador*, publicaría el 12 de diciembre de 1999 bajo el título de «El yo dividido», un artículo brindado por Acepresa (1999), que sin tomar la situación uruguaya como eje, abordaba el tema de la depresión a través de un comentario crítico realizado por un catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, del libro *La fatiga de ser uno mismo* del sociólogo francés Alain Ehrenberg. El artículo rebatía la hipótesis principal de Ehrenberg que sostiene que la depresión es un hecho que revela los cambios producidos en la concepción de individuo de la sociedad actual, poniendo énfasis en que la depresión es una enfermedad real que puede ser combatida efectivamente a través de fármacos.

Durante los años siguientes la depresión volvería a aparecer de manera intermitente en los medios de comunicación masivos. En el año 2000 el periódico *El País* publicaría una vez más un artículo sobre la depresión, esta vez infantil. La nota «Niños tristes», de la periodista Natalia Roba, aparecería en ese diario

²⁴⁴ En el sitio web de la Fundación Cazabajones aún hoy se insiste en la existencia de una epidemia de depresión en el Uruguay. Allí las cifras mencionadas vuelven a trepar alarmantemente y se afirma que en el país hay 600.000 personas afectadas por dicho trastorno (<<http://fundacioncazabajones.org>>, consultada el 4 de noviembre de 2008). Sin embargo, no se da ningún indicio de cómo este guarismo ha sido calculado.

el 18 de febrero del 2000. En este artículo se presentan cifras de prevalencia de depresión en niños uruguayos de alrededor de un 10 % y se cita la opinión de un psiquiatra acerca de las causas (carencia de afecto, soledad), la sintomatología (disminución del apetito, falta de sueño, bajo rendimiento escolar, dolores habituales de cabeza, abdomen, piernas y brazos, cansancio y falta de ganas de jugar) y tratamientos (fármacos y psicoterapia). En el año 2001 el periódico *La República* publicaría el domingo 15 de julio una serie de pequeñas notas y entrevistas al doctor Pedro Bustelo y la psiquiatra Ivette Almendras —a quien equivocadamente se la citaba como la presidenta de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay—,²⁴⁵ que aparecerían con los títulos de «La depresión cobra más víctimas que el sida entre los uruguayos», «El 70 % de los depresivos ignora que está enfermo» y «En el mundo, el 6 % de niños y jóvenes padece la enfermedad». Asimismo, el diario *El Observador* publicaría el 26 de agosto la nota de Valeria García «Ser depresivo dejó de ser un tabú». En este artículo se afirma que en el Uruguay la depresión tiene una prevalencia del 10 % y se aborda el tema de la depresión ambiental recogiendo la opinión de dos psiquiatras estadounidenses quienes afirman que la depresión puede ser prevenida y tratada con educación sobre salud mental en la escuela, terapias cognitivas y psicofármacos. Al pie de este artículo se agrega una nota en la que un psiquiatra uruguayo es entrevistado sobre la depresión como causa de suicidio y se agregan las opiniones de Federico Dajas, director del momento de Departamento de Neuroquímica del IIBCE, sobre las razones de las altas tasas de suicidio en Uruguay.

En definitiva, la epidemia de depresión, estuvo presente en los medios masivos de comunicación uruguayos desde 1998 hasta por lo menos el año 2001. Aunque en base a cifras y fuentes cambiantes, y a pesar de las críticas que se lanzaron sobre ella, la noción de epidemia se sostuvo durante todos esos años fundamentalmente a través de las apariciones públicas del doctor Bustelo y algunos otros miembros de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Si bien Álvaro Lista había sido el primero en lanzar la noción, participó en menor medida en los medios masivos de comunicación, y la prensa escrita recurrió sobre todo a Pedro Bustelo a la hora de citar expertos que pudiesen hablar sobre depresión. Federico Dajas, por su parte, se mantuvo siempre escéptico ante la epidemia, y luego de algunas apariciones en la prensa intentaría también ponerla en cuestión a través de la publicación en la *Revista Médica del Uruguay* de un artículo académico sobre la situación epidemiológica del suicidio en Uruguay (Dajas, 2001).

En dicho trabajo Dajas haría hincapié en que la existencia de una epidemia de depresión y de suicidios en el país nunca había sido confirmada por las autoridades del MSP y utilizaría justamente datos sobre tasas de suicidio provenientes de esa institución, de la jefatura de Policía de Montevideo y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para argumentar que el anuncio sensacionalista de la epidemia en la prensa probablemente había tenido un efecto nocivo

245 La doctora Ivette Almendras era en ese momento presidenta de la Sociedad de Psiquiatría Social del Uruguay.

en la población. De acuerdo a la información manejada por Dajas, el Uruguay había mantenido a lo largo de décadas una tasa de suicidios estable que había registrado un aumento a finales del siglo XX y un incremento significativo en el año 1998, para luego disminuir en 1999. Si se analizaba, además, la distribución mensual de suicidios en el año 1998, se registraba un notorio aumento en el mes de noviembre, tan solo dos meses después de declarada la epidemia de depresión (Dajas, 2001: 26). Dajas calificaría este incremento como de «naturaleza epidémica», pero se cuidaría bien de llamarlo epidemia. En el intento de explicar las causas de este fenómeno alertaba sobre todo acerca de la extrema prudencia que debía mantenerse ante el manejo del suicidio en los medios:

El incremento en el número de suicidios se da *después* de que el concepto de epidemia es lanzado y analizado en la prensa en algunos casos en forma sensacionalista.²⁴⁶ Este fenómeno podría corresponder al punto largamente debatido del contagio e imitación de autoeliminación. Se han detectado incrementos en la tasa de suicidios en el área de Nueva York luego de la cobertura proporcionada al suicidio de personalidades sobre todo estrellas del cine como Marilyn Monroe, por ejemplo. Los jóvenes parecen ser especialmente susceptibles al contagio y la imitación.

Una confirmación plena de esta hipótesis requeriría del análisis de los datos para todo el país, los que aún no están disponibles. Aunque no se puede afirmar que sea el único factor en ese período, sin duda que es un componente agregado que opera de forma independiente. Debería ser útil como un llamado de atención hacia el manejo del fenómeno suicida en los medios. Si bien el conocimiento público de la realidad del fenómeno suicida *es necesario*, este debe hacerse en un contexto desprovisto de sensacionalismo.²⁴⁷ El concepto popular de epidemia tiene connotaciones de riesgo y diseminación que pueden llegar a potenciar los fenómenos de contagio e imitación (Dajas, 2001: 29-30).

La discusión se mantendría entonces en términos técnicos, tanto al momento del análisis de los datos disponibles para afirmar la existencia de la epidemia, como al momento del análisis de las medidas de prevención e intervención. Todas las explicaciones que se propondrían sobre la incremento de los casos de depresión y suicidio se mantendrían para los psiquiatras a nivel de hipótesis tentativas y cubrirían un sinnúmero de variables que incluirían desde la vulnerabilidad biológica, la situación económica hasta la sociedad de consumo. Los psiquiatras, en la medida en que salieron a los medios a discutir la epidemia, nunca llegarían a un acuerdo sobre el fenómeno, ni sobre su existencia real ni sobre sus causas. La mayoría del tiempo los argumentos se mantendrían en un nivel descriptivo, ya fuese acerca de la situación epidemiológica o de las características de la depresión.

Es decir que los psiquiatras, ya fuera apoyando la idea de la existencia de la epidemia de depresión o negándola, fueron los principales protagonistas de la

246 En cursiva en el original.

247 En cursiva en el original.

llegada de la depresión a la arena pública.²⁴⁸ Psicólogos y psicoanalistas se sumarían también a este debate pero sobre todo en el movimiento efectuado por los ámbitos académicos de las disciplinas psicológicas que reaccionaron frente a la afirmación de la epidemia a través de publicaciones específicas sobre la depresión y la realización de distintos eventos.

Psicoanálisis y epidemia de depresión

Cuando la epidemia de depresión estalló en la prensa en el año 1998 la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis respondería al tema con la publicación, en noviembre de ese año, de una edición especial de la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* titulada *Duelo y depresión*. Dicho título parafraseaba el del célebre artículo de Freud (1917) *Duelo y Melancolía* y adelantaba de ese modo, ya en la portada de la publicación, la apuesta teórica que se realizaba en el volumen.

En verdad, los psicoanalistas nucleados en la APU venían reflexionando sobre la depresión desde hacía varias décadas, sobre todo a través de los conceptos de duelo y de pérdida de objeto. Durante los años noventa, esto no había cambiando. A principios de la década el psicoanalista argentino Edgardo Rolla (1990) publicaría en la revista *Temas de Psicoanálisis* un trabajo sobre la depresión en el que explicaba el fenómeno depresivo en relación con las relaciones de objeto y la elaboración de los duelos. Dos años después la psicoanalista Clara Uriarte de Pantazoglu (1993), integrante de la asociación, intervendría en los

²⁴⁸ Ello continuaría siendo así hasta el presente. Sin ir más lejos, hace pocos meses atrás varios periódicos uruguayos recogieron la noticia de la presentación de los resultados de la investigación epidemiológica *Prevalencia de depresión en Uruguay diez años después*, coordinada por el doctor Álvaro Lista, realizada nuevamente por la consultora Cifra y auspiciada otra vez por el laboratorio Servimed. Dicha presentación tuvo lugar el 3 de julio de 2008 en la sede del SMU y si bien el público estaba compuesto fundamentalmente por médicos, la prensa también le prestó atención. El diario *La República* informaría sobre el evento el sábado 5 de julio de 2008, el diario *Últimas Noticias* lo haría el viernes 11 de julio (Lara, 2008). La noticia también fue recogida en ese mismo mes del año 2008 por *El Diario Médico*, un órgano de prensa especializada que llega a todos los médicos del país y por el diario *El País* que, en una nota firmada por M. H., reproducía parte de los hallazgos realizados por la investigación y los comparaba con la opinión de expertos internacionales. De todas formas, algunos datos de la investigación ya habían sido adelantados al gran público en una entrevista publicada en *El País* el 15 de junio de 2008, que la periodista Magdalena Herrera le realizara al doctor Lista, con motivo del lanzamiento del libro *Ciencia de la depresión* escrito por el propio Lista, en venta en las librerías uruguayas desde finales de mayo de ese mismo año. El anuncio de esta segunda investigación, realizada una década después de la primera investigación que había puesto en circulación la noción de la epidemia de depresión, sorprendentemente no menciona la existencia de ninguna epidemia aun cuando este nuevo estudio indica que del año 1998 al año 2008 la cantidad de personas que no experimentan ningún síntoma de depresión había descendido 18 puntos porcentuales. En términos generales casi todas las dimensiones de la epidemiología de la depresión que se habían explorado en el año 1998 presentarían algún tipo de incremento en el año 2008. Por otra parte, la difusión de estos resultados tampoco generó un debate como sí lo hiciera la divulgación de los resultados de la primera investigación.

VIII Jornadas Psicoanalíticas de la Asociación de Psicoanálisis del Uruguay con un trabajo sobre la depresión neurótica y su relación con la pérdida de objeto. Asimismo, en el mismo año de la edición especial de la *Revista de Psicoanálisis*, una de las integrantes más prestigiosas de esa institución había publicado, en otra revista del medio, un artículo sobre los estados de ánimo depresivos en el que en clave metapsicológica explicaba el fenómeno depresivo (Acevedo de Mendilaharsu, 1998).

El volumen sobre «Duelo y depresión» de la *Revista de Psicoanálisis* no pretendía abandonar estos ejes de reflexión, pero sí pretendía demostrar que la Asociación Psicoanalítica estaba al tanto de la dimensión que los estados depresivos habían tomado en los medios periodísticos y académicos del país. El editorial del volumen intentaba conciliar estas dos vertientes reconociendo la importancia que la depresión había cobrado en el Uruguay en ese momento y presentando sumariamente los hitos claves de la reflexión psicoanalítica sobre la depresión:

Este número aparece en momentos en que en el medio académico y periodístico hay una preocupación grande por el tema de la depresión, al punto de llegar a considerarla como una «epidemia oculta» en el Uruguay y en el mundo.

La depresión es una constante en nuestra vida y en nuestra práctica. Desde la psiquiatría se la considera una «enfermedad», para la cual la predisposición se encuentra en el nivel genético o bioquímico. Desde nuestro campo es difícil pensarla conceptualmente.

Muy tempranamente (1897) Freud demostró su interés por la melancolía en una carta a Fliess, pero fue recién en 1910-1911 que se publicaron los primeros estudios psicoanalíticos sobre depresión. Es en esa fecha que apareció el importante estudio de la depresión de Abraham, después de haber tratado algunos casos de depresión psicótica. Recién en 1917 (1915) Freud publicó su amplia contribución sobre el problema de la depresión. Desde esos primeros trabajos mucho se ha escrito. En 1955 Rosenfeld publicó un extenso trabajo —traducido y publicado en esta Revista en 1963— en el que trataba de encontrar las similitudes y diferencias entre las distintas teorías sobre la depresión (*Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1998: 5).

De acuerdo al editorial, la publicación de un volumen dedicado a los duelos y la depresión venía de la mano justamente del protagonismo que la epidemia de depresión había adquirido, sin lugar a dudas, por el papel que algunos psiquiatras habían jugado en la difusión mediática del concepto. El editorial demarca el tema de la depresión como un tema esencialmente psiquiátrico y, en definitiva, ello era lo que había sucedido con su llegada a los grandes medios de comunicación: eran los psiquiatras los que preferentemente estaban en ese momento hablando de depresión en la prensa. Ni los psicoanalistas ni los psicólogos lo hacían en la misma medida.

Ahora bien, esa demarcación del terreno de la depresión como un terreno psiquiátrico se encontraba también en el plano académico. El editorial era claro

al respecto. Mientras que para la psiquiatría la depresión constituía una enfermedad con explicaciones genéticas o bioquímicas concretas, para el psicoanálisis la depresión permanecía aún indescifrable. La dificultad que, de acuerdo al editorial, el psicoanálisis presentaba para poder abordarla teóricamente ciertamente provenía de la tradición intelectual que el psicoanálisis había desarrollado sobre los trastornos afectivos. Al psicoanálisis no le restaba más que buscar en sus grandes maestros los conceptos que pudiesen explicar el fenómeno depresivo, y así el tema del duelo se convertía en verdad en el protagonista del volumen. De hecho, del conjunto de trabajos centrales publicados en la revista, seis artículos trataban el tema del duelo (von Hug-Helmut, 1998 [1965]; Ihlenfeld de Arim, 1998; Pelento, 1998; Paciuk, 1998; García, 1998) y solo dos abordaban específicamente el tema de las depresiones (Uriarte, 1998; Veríssimo de Posadas, 1998). Además, los trabajos sobre las depresiones utilizaban el duelo y la pérdida de objeto como los conceptos claves de la experiencia depresiva, con lo cual la respuesta que la APU daba en esta publicación al tema de la epidemia de la depresión no se apartaba del tipo de exposiciones que sus miembros solían hacer sobre la depresión en general.

A pesar de que el editorial señalaba expresamente que la depresión era un tema psiquiátrico, el volumen dialogaba escasamente con la visión psiquiátrica de la depresión. El lenguaje utilizado recurría incluso a términos, como el de melancolía, que la psiquiatría había dejado de lado hacía ya un tiempo en favor del de depresión.²⁴⁹

El concepto de melancolía, en verdad, posee una larga trayectoria dentro de la tradición médica, donde ganó su dimensión patológica. En psiquiatría fue un concepto vigoroso especialmente durante el siglo XIX en el que se volvió un término útil para el proyecto descriptivo de las enfermedades mentales que esa disciplina se encontraba desarrollando. A pesar de que las descripciones de la melancolía variaban de un psiquiatra a otro, a partir de 1880 fue definida consistentemente como una enfermedad que incluía síntomas del humor tales como la culpa, los sentimientos de desvalorización, pérdida de interés, ideación suicida y signos vegetativos como pérdida del apetito o insomnio y perturbaciones psicomotoras como agitación o enlentecimiento de movimientos. La noción de tristeza inmotivada, junto con la asociación a signos vegetativos y psicomotores promovió una concepción biológica o endógena de la melancolía que la psiquiatría mantuvo hasta el presente.

El psicoanálisis, ciertamente, había tomado el concepto de melancolía de esta tradición psiquiátrica pero había reemplazado el interés de la psiquiatría por especificar los signos y síntomas observables de la melancolía por un interés fundamentalmente etiológico. El psicoanálisis pretendía brindar una explicación de la melancolía a través de la elucidación de los procesos psíquicos que le daban forma y, de esta manera, inauguró un uso del término distinto al uso médico y

²⁴⁹ En el *DSM-III* y el *DSM-IV* la melancolía había quedado incluida dentro de la categoría más abarcadora de depresión mayor.

psiquiátrico del mismo. En psicoanálisis la melancolía se transformó en un modelo explicativo de los procesos patológicos implicados en las patologías del humor, de suerte que la melancolía pudo llegar a explicar los modernos estados depresivos. Para ello fue tan solo necesario establecer una cierta correspondencia entre estos estados depresivos y la melancolía. Las nociones más amplias e inespecíficas, tales como las de afecto depresivo, experiencia depresiva y pérdida fueron sin lugar a dudas los eslabones que permitieron instaurar dicha continuidad.

Precisamente, más que sobre la depresión como entidad patológica, los trabajos de los psicoanalistas uruguayos hablaban del afecto depresivo. Ello les permitía establecer un nexo entre «lo depresivo» y el duelo, por un lado y «lo depresivo» y la melancolía, por otro. El afecto característico de la depresión y la melancolía para los psicoanalistas uruguayos era justamente el mismo afecto que se encuentra en el duelo, es decir, el dolor por la pérdida de objeto. Dicha vivencia, por tanto, hacía posible que en los artículos pudiesen aparecer en continuidad la melancolía, el duelo y la depresión. Freud, ciertamente, no había abordado en su obra de forma expresa el tema de la depresión y es incluso en contadas ocasiones que puede encontrarse este término en sus escritos. En la medida en que el trabajo fundamental del psicoanálisis que se utilizaba para explicar la depresión era el escrito de Freud *Duelo y Melancolía* (1917), que en sí mismo explicaba la melancolía como un desarrollo patológico del proceso experimentado en el duelo normal, la perspectiva psicoanalítica ponía mayor énfasis no en la depresión como entidad nosográfica, sino en la vivencia depresiva, que en última instancia aparecía poco diferenciada de la melancolía. Así, Clara Uriarte (1998: 57) señalaría que «es posible hablar de depresión y de melancolía designando un conjunto melancólico-depresivo teniendo en cuenta en la construcción del modelo depresivo la experiencia común a la intolerancia a la pérdida de objeto». En ese mismo volumen, Laura Veríssimo de Posadas, otra integrante de la APU, haría uso de esta misma noción indicando que la tomaba prestada de la conocida psicoanalista francesa Julia Kristeva, puesto que justamente le sirve para resaltar la continuidad de la tristeza, la vivencia depresiva y la melancolía:

Seguimos a Kristeva en cuanto nuestro foco de interés será lo que ella llama el «conjunto melancólico-depresivo» (uno de cuyos extremos sería el estupor melancólico y el otro la reacción de tristeza ante cualquier pérdida). Nos resulta operativo ya que esta denominación da cuenta tanto de los límites imprecisos de los cuadros neuróticos y psicóticos, como el hecho clínico de que toda depresión arriesga por momentos bascular hacia su agravamiento, así como todo duelo hacia su patologización. Desde Freud es el duelo por el objeto materno lo que pivotea el conjunto (1998: 79).

De esta manera, ponían en juego una concepción dimensional del fenómeno depresivo que no permitía separarlo con claridad ni de la experiencia normal del duelo, ni de la experiencia patológica de la melancolía. Del mismo modo, esta concepción dimensional tampoco permitía separar con claridad lo grave de lo leve, pues toda experiencia depresiva podría agravarse en cualquier instante, ni

permitía diferenciar entre los polos neuróticos y psicóticos de los trastornos del humor. En ello, el discurso psicoanalítico se distanciaba de la presentación psiquiátrica de la depresión, de sus categorías diagnósticas y de su explicación etiológica en las que seguía siendo importante, por ejemplo, poder distinguir entre las formas leves y graves de los trastornos del humor. Únicamente Saúl Paciuk (1998), también miembro de la APU, establecía, hasta cierto punto, una suerte de correlación entre las categorías diagnósticas utilizadas por el psicoanálisis y las de la psiquiatría del *DSM-III*. En su artículo Paciuk se esforzaba por diferenciar los duelos normales de los duelos patológicos y esclarecer la relación existente entre depresión, melancolía y duelo, para lo que recurría, por momentos, a una comparación entre la concepción freudiana de estos y el lugar que el *DSM-III* le otorgaba a cada uno de ellos en el conjunto de su sistema clasificatorio. A pesar de ello, más que un encuentro entre psiquiatría y psicoanálisis, el volumen en general resultaba una afirmación expresa del tratamiento teórico que el psicoanálisis daba al fenómeno depresivo. Incluso la respuesta concreta a la epidemia de depresión quedaba más bien diluida en la temática unificada de duelo, melancolía y depresión. De hecho, solo Clara Uriarte intentaba una elucidación de la epidemia que no recurría para nada a los conceptos psicoanalíticos y terminaba siendo una tentativa de explicación de corte sociológico del incremento de casos de depresión, incremento que, por otra parte, se daba por sentado:

No quisiéramos concluir sin subrayar la llamativa frecuencia de las depresiones desde hace ya largos años.

La existencia de un imperativo desde el cual no es posible fallar sin ser desacreditado no tolera las imágenes que obstaculicen sus ideales de perfección, de fuerza y juventud.

El sufrimiento, la vejez y la muerte se transforman en insoportables.

El progreso constante de las ideologías pragmáticas, las diversas formas que toma el rechazo al conocimiento amenazan con sumergir al humanismo de la civilización judeo cristiana. Todo ello tiende a favorecer la multiplicidad de las formas depresivas que nos enfrentan a la difícil disyuntiva de ser dioses omnipotentes o poseer un escaso valor (1998: 73).

El modelo explicativo de la melancolía tenía, por consiguiente, sus limitaciones. En la medida en que se trataba de un modelo individual del sufrimiento psíquico, dejaba de ser útil para esclarecer las dimensiones colectivas que se asocian a toda epidemia. Por ello, a la hora de desentrañar el aumento de casos de depresión, era necesario recurrir a otro tipo de explicaciones y conceptos no pertenecientes al campo psicoanalítico, tales como la ideología. En la pluma de los psicoanalistas uruguayos estos esclarecimientos nunca llegarían a adquirir la misma consistencia que el modelo explicativo de la melancolía, pero venían a suplirlo justo allí donde este modelo mostraba dificultades. En definitiva, podía estar en cuestión el uso del término epidemia, pero psiquiatras y psicoanalistas coincidían en que los casos de depresión venían en aumento desde hacía tiempo en el Uruguay, aun cuando para el psicoanálisis el término depresión carecía de

una sustancialización consensual. En realidad, los psicoanalistas habían logrado hablar de la depresión sin hablar directamente de ella.

Las dificultades que este último término representaba para el psicoanálisis, habían estado presentes también en las Terceras Jornadas Clínicas sobre Adolescencia comentadas en el volumen. Dichas jornadas habían tenido lugar en la sede de la APU en setiembre de 1998 y en ellas se había abordado expresamente el tema de la depresión, incluso habían sido tituladas como *La depresión y sus máscaras*. Según los autores de la relatoría de las jornadas este título había resultado polémico, obligando a los participantes del evento a debatir sobre la variedad de sentidos del término depresión. Por otra parte, en ninguno de los casos clínicos sobre los que se trabajó en esos días se trataba de adolescentes que presentaran afectos depresivos. Los relatores llegaban a preguntarse, casi paradójicamente en un encuentro que trataba sobre la adolescencia y la depresión, si la ausencia de sentimientos depresivos podía considerarse una característica de los pacientes adolescentes (Maggi, Varela y Flechner, 1998: 203). La depresión, por varias vías, presentaba resistencia a ser integrada dentro del psicoanálisis y a ser transformada en un tema psicoanalítico *per se*.

Pero a pesar de lo esquivo que resultaba la depresión para la corriente psicoanalítica representada por la APU, la depresión convocaría algunas veces más a psicoanalistas uruguayos, psiquiatras y psicólogos. Una serie de eventos académicos sobre la depresión continuarían teniendo lugar durante esos años. En junio de 1999 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay organizaría una Jornada sobre depresión en la que participarían invitados extranjeros. En mayo del año 2000 tendría lugar en Montevideo el 1.º Congreso de Psicoanálisis y las 11.ªs Jornadas Científicas organizadas por la Asociación Psicoanalítica del Uruguay bajo el nombre de *Los duelos y sus destinos. Depresiones, Hoy*, en tanto que la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay convocaría a un coloquio sobre depresión en setiembre de ese mismo año.

Los motivos para la realización de estos eventos seguían siendo a grandes rasgos los mismos que se habían esgrimido en el editorial de la *Revista de Psicoanálisis del Uruguay* sobre *Duelo y Depresión*. La epidemia de depresión necesitaba, aun dos años más tarde, una respuesta por parte del psicoanálisis. En la introducción a las actas del congreso se explicitaba la intención de la APU de llevar al debate público lo que los psicoanalistas habían elaborado en ese tiempo sobre duelo y depresión y el aumento de los casos de depresión venía precisamente a fundamentar la necesidad de reflexionar sobre el tema:

La Asociación Psicoanalítica del Uruguay seleccionó este tema para trabajar, convocando a colegas de nuestro país como así también de nuestra región porque sabemos de la incidencia creciente que tiene en nuestra práctica y la importancia que está adquiriendo en nuestra sociedad actual (Frioni de Ortega y Nin, 2000: 11).

Los trabajos de Freud y de Abraham aparecían también en esta presentación como los antecedentes clásicos del aporte del psicoanálisis al tema. Y si bien la

introducción no hacía referencia a la disparidad de los enfoques psiquiátricos y psicoanalíticos, esta disparidad fue, de acuerdo a las palabras del director científico de la APU del momento, otra de las razones por las que el congreso tuvo lugar. Explicaba que «nosotros hicimos un congreso para discutir con los psiquiatras duelo y depresión, porque nos interesa esa interfase».²⁵⁰ Al igual que la editorial del volumen sobre *Duelo y depresión* de la *Revista Psicoanalítica del Uruguay*, reconocía la noción de depresión como un concepto propio del enfoque psiquiátrico y la noción de duelo como un tema propio del psicoanálisis: «la idea era discutir un tema que tuviera que ver con el psicoanálisis, que es el de los duelos y con el de las depresiones que es un tema más psiquiátrico».²⁵¹ Ciertamente esta distinción no pretendía establecer una distinción de ámbitos específicos de acción para la psiquiatría y el psicoanálisis. El psicoanálisis no evitaba el trabajo con los casos de depresión, por el contrario, pretendía demostrar la validez de la cura psicoanalítica también para ellos. La distinción entre la depresión como un tema psiquiátrico y el duelo como un tema psicoanalítico respondía, sobre todo, al modo particular de cada una de estas disciplinas de conceptualizar y trabajar teóricamente los estados depresivos. Como en las publicaciones anteriores de la APU, los trabajos presentados en el congreso abordaban preferentemente la noción de duelo pues ella servía de modelo teórico para explicar la tristeza patológica a partir del trabajo de Freud *Duelo y melancolía* (1917).

En base a viñetas clínicas y estudios de casos clínicos concretos, la mayoría de las ponencias aludían a la depresión solo a través de las nociones de la pérdida, el duelo y la melancolía. En definitiva, los estados depresivos en sí mismos eran abordados en contadas intervenciones, en consonancia con la alienación que la propia categoría de depresión suponía para el marco psicoanalítico. El concepto de duelo y su vinculación con la melancolía, por el contrario, aparecía nuevamente como la clave fundamental para la explicación de los estados depresivos. A Sélka Acevedo de Mendilaharsu (2000) el afecto doloroso del dolor mental le sirve para establecer una correspondencia entre duelo y depresión. Para la doctora y psicoanalista Evelyn Tellería (2000) los casos de dos pacientes adultos le son útiles para analizar, recurriendo a las nociones de duelo no logrado y de duelo imposible, los aspectos depresivos en las estructuras fronterizas de personalidad. Álvaro Nin (2000) encuentra, en el caso de una mujer que consulta por un estado depresivo, la oportunidad de ejemplificar el duelo patológico. En la ponencia de Mariel Gutiérrez (2000), otra integrante de la APU, es el caso de una niña el que permite observar la transmisión del duelo y, por consiguiente, de la depresión en tres generaciones de una misma familia. Las problemáticas de

250 Entrevista al doctor Álvaro Nin, agosto de 2002. En esta misma entrevista Nin describe el procedimiento por el cual se eligen los temas de los congresos en el seno de la APU: «Para seleccionar el tema del congreso, adentro de la APU nosotros somos 150 más o menos, hacemos asambleas y decidimos. O sea, la comisión científica de APU llama a todos los socios [...]. Así fue que se decidió el tema de la depresión y los duelos.»

251 Entrevista al doctor Álvaro Nin, agosto de 2002.

la pérdida y de las manifestaciones patológicas del narcisismo son los conceptos claves que permiten a la psicóloga y miembro de la asociación, Elena Errandonea (2000), explicar la aparición de la depresión neurótica en las mujeres. Las psicólogas Miriam Martinovic y Jenny Kovacs²⁵² (2000) aunque pretenden utilizar un modelo biopsicosocial, cuando intentan dar una explicación psicopatológica de la depresión en la vejez, también lo hacen a través del modelo freudiano del duelo. En definitiva, el tratamiento psicoanalítico de la depresión intentaba una vez más, en el marco de este evento, proporcionar un modelo explicativo de la depresión que lo alejaba del tratamiento que la psiquiatría le daba a la misma. Mientras la psiquiatría prefería hablar de la epidemia de depresión sin arriesgar ningún modelo teórico que diera cuenta de la génesis de esta afección, el psicoanálisis se mantenía fiel al modelo psicodinámico desarrollado a partir del análisis de la melancolía y el duelo que Freud había propuesto a principios de siglo XX. En este modelo, la melancolía, en tanto manifestación patológica de la tristeza, era elucidada por analogía con la experiencia normal de duelo. Así se lograba una explicación patologizada e individualizante de los procesos melancólicos, que posteriormente el propio Freud (1923) utilizaría también para explicar la formación normal del yo. Los psicoanalistas uruguayos no tomarían estos últimos desarrollos sobre el modelo melancólico sino que, puesto que pretendían dar cuenta de la depresión como fenómeno patológico, retendrían el primer modelo patologizante de la melancolía.

Esto no significaba, sin embargo, que cuando los psicoanalistas uruguayos abordaban las depresiones lo hicieran con un desconocimiento absoluto de la aproximación psiquiátrica al tema. De hecho, aunque categorizaciones clásicas como la de melancolía o el duelo siguen siendo centrales en la presentación sobre las depresiones que efectúan los miembros de la APU, la influencia del abordaje psiquiátrico de la depresión puede rastrearse en las intervenciones de varios psicoanalistas.

Por ejemplo, algunos miembros de la APU con doble condición de psiquiatras y psicoanalistas se muestran especialmente preocupados por los cambios que los avances en el conocimiento de los aspectos biológicos y sociales de la depresión y su abordaje psiquiátrico suponen para la teorización psicoanalítica:

En efecto, las relaciones entre depresión y enfermedad orgánica plantean problemas muy concretos. ¿Cómo se inserta el psicoanálisis en el desarrollo actual de un enfoque bio-psico-social en ciencias de la salud? ¿Debe utilizar sus teorías metapsicológicas como un lenguaje cerrado —y muchas veces hermético— o por el contrario debe buscar que su teorización se enriquezca con los aportes del campo biológico y social y a la vez desarrollar sus hipótesis y hallazgos de un forma que puedan significar una contribución útil para estos otros campos? (Bernardi, 2000: 266).

²⁵² Miriam Martinovic, médica y psicóloga, participaba en ese momento en el Instituto de Psicoanálisis de la APU, mientras que Jenny Kovacs integraba el área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

De algún modo, estas preguntas cuestionaban el tipo de relación que el psicoanálisis mantenía con el resto de las ciencias y deslizaban ellas mismas la respuesta correcta: el psicoanálisis debía buscar la forma de integrar sus saberes al de otras disciplinas. También este tipo de preocupaciones se refieren a la elección de las herramientas terapéuticas adecuadas:

Pero los problemas de naturaleza práctica y teórica están interrelacionados. ¿Cuánto le interesa a la teorización psicoanalítica el conocimiento cada vez más exacto de los mecanismos psico-neuro-inmunológicos? ¿Podemos atribuir fenómeno al inconsciente sin tomar en cuenta estos mecanismos? Voy a dejar planteada esta pregunta y unirla con otra en la que es aún más flagrante la necesidad de que la teoría psicoanalítica aborde el problema: ¿cuándo utilizar ante la depresión solo psicoterapia, cuándo farmacoterapia y cuándo ambas combinadas? Y dentro de las psicoterapias, ¿cuándo psicoanálisis y cuándo otra forma de psicoterapia? (Bernardi, 2000: 267).

Una cierta amplitud y complementariedad teórica podía bien aceptar una cierta amplitud y complementariedad en la práctica clínica. Las terapéuticas y la elección de las terapéuticas adecuadas dependían también de dicha amplitud. Para los participantes provenientes de la medicina es importante mantener en discusión el problema diagnóstico para poder elegir el tipo de terapéutica más efectiva para cada tipo de depresión.²⁵³ De ese modo, antidepresivos y distintas formas de terapia se convierten en herramientas por las que hay que optar racionalmente de acuerdo a la evidencia existente sobre cada tipo de tratamiento. La influencia de la medicina basada en la evidencia se trasluce en estas consideraciones que son tomadas de los lineamientos que la American Psychiatric Association propone para la práctica clínica sobre estados depresivos. La doctora Laura Schwartzmann (2000), profesora del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, por ejemplo, retoma temas ya tradicionales en la aproximación terapéutica a la depresión, pero ahora bajo el respaldo que la guía de práctica sobre depresión de la APA le otorga. En su artículo insiste en que:

La depresión mayor requiere tratamiento farmacológico a dosis y tiempo adecuado.

Si la depresión es severa, es poco probable que el paciente responda a estrategias psicoterapéuticas o de autoayuda hasta que la medicación haya comenzado a hacer efecto.

En las depresiones recurrentes algunas psicoterapias pueden ser más afectivas que la medicación.

La depresión menor generalmente no responde a medicamentos antidepresivos. Cuando los síntomas son leves, el paciente ha experimentado un suceso vital stressante [sic] pero los síntomas son crónicos y el paciente no está enfrentado a múltiples problemas en su vida cotidiana, es probable que la depresión sea un elemento normal del proceso de adaptación.

253 Hay que tener presente que el congreso organizado por APU estaba abierto a todos aquellos interesados en la temática sin que fuesen necesariamente miembros de la asociación.

Cuando los síntomas son leves, pero también son crónicos o el paciente está enfrentado a múltiples dificultades prácticas en su vida cotidiana, debería considerarse la posibilidad de recomendar un tratamiento psicoterapéutico (Schwartzmann, 2000: 282-283).

Las guías de intervención clínica señaladas por Schwartzmann, como hemos visto, ya venían siendo discutidas desde hacía décadas. Lo verdaderamente nuevo en esta presentación es que los fundamentos para estos consejos provienen ahora de la medicina basada en la evidencia y eso hace que la tentativa de repartir ámbitos entre intervenciones psiquiátricas y psicoterapéuticas quede respaldada en un nuevo conocimiento médico que tendría la potestad de validar también las intervenciones psicoanalíticas y psicológicas. Es decir que la evidencia se hace necesaria no solo para el uso de antidepresivos, sino también para el uso de las psicoterapias y el modo de procurar estas pruebas llega incluso a imitar a los ensayos clínicos utilizados en el desarrollo de los psicofármacos. Así lo explicitan los miembros de APU Ricardo Bernardi, Graciela Bouza de Suaya y Raquel Morató de Neme:

Sin embargo, psicofarmacólogos como Stephen Stahl se interesan por cómo en los últimos años la moderna investigación en psicoterapia ha comenzado a estandarizar y probar psicoterapias concretas de una manera análoga al modo como se prueban los antidepresivos y están siendo comparadas con ensayos clínicos con placebo o con antidepresivos. Los resultados han mostrado que en algunos pacientes ciertas formas de terapia (terapia interpersonal, terapia cognitiva, algunos tratamientos psicodinámicos) pueden ser tan eficaces como los mismos antidepresivos (2000: 106).

Estos psicoanalistas prefieren una literatura anglosajona, escasa en los trabajos del resto de los participantes, que les sirve para presentar las características típicas de la depresión, desde los datos epidemiológicos que respaldan la noción de aumento de casos de depresión y su mayor distribución entre las mujeres hasta la afirmación de la existencia de predisposición genética de los trastornos mayores del humor. Repiten, de la misma forma que lo hace Schwartzmann, algunos de los tópicos clásicos sobre la depresión, pero esta vez respaldándolos en la nueva información proveniente de estudios empíricos realizados principalmente en Estados Unidos. Así, tanto los tratamientos psicofarmacológicos como psicoterapéuticos serían efectivos, lo que ya reconocían psicoanalistas y psiquiatras desde la aparición misma de los psicofármacos, pero esta vez ello quedaría asentado en todos los estudios llevados a cabo durante la década de los noventa en lugares como la Universidad de Minnesota o la Universidad de Pittsburg. El uso combinado de ambas terapéuticas, por ejemplo, también estaría respaldado en estas investigaciones (Bernardi, Bouza de Suaya y Morató de Neme, 2000: 107-108).

La medicina basada en la evidencia, última expresión de la sistematización de los procesos de desarrollo de los medicamentos, pone en pie de igualdad a psicofármacos y psicoterapias en la medida en que ambos pueden ser comparados a partir de su desempeño en los ensayos clínicos. En este movimiento comparativo,

los marcos teóricos pierden importancia y solo la eficacia pasa a ser el patrón oro para la elección de tratamientos. En verdad, la medicina basada en la evidencia unifica toda la medicina en torno a los ensayos clínicos, un procedimiento de desarrollo de medicamentos asentado en un modelo concreto de enfermedad y respuesta terapéutica derivado de la lucha contra las enfermedades infecciosas (Pignarre, 2003: 64-65). Aquellos psicoanalistas uruguayos, que aceptaban los ensayos clínicos como medida de evaluación de los tratamientos psicoanalíticos, se aproximaban así a una medicina unificada y pretendían defender el tratamiento psicoanalítico de las depresiones ya no por la vía de afirmación del modelo del duelo, sino por la vía de la aproximación al modelo biomédico de validación de terapéuticas. Con ello, se perdían en el camino las diferencias teóricas entre el abordaje psicoanalítico y el abordaje psiquiátrico de la depresión.

La intensificación de las polaridades

Los mismos tópicos que se hicieron presentes en el congreso organizado por la APU en el año 2000 volverían a aparecer en el Coloquio sobre Depresiones organizado por la Coordinadora de Psicólogos de Uruguay (CPU) en setiembre de ese mismo año. La CPU, que asocia a los psicólogos egresados de la Universidad de la República y de la Universidad Católica «Dámaso Antonio Larrañaga», lanzaría para esa ocasión un volumen sobre depresión que recogía distintos trabajos de sus miembros pero también de psicólogos y psicoanalistas no pertenecientes a la institución. Ciertamente, tanto la publicación como el coloquio respondían a la llamada epidemia de depresión que se anunciaba en los medios desde hacía ya dos años. En la presentación de esta publicación la mentada epidemia encuentra también un lugar:

Las llamadas depresiones han saltado en último tiempo a la escena pública de un modo que merece un tratamiento particularizado. Ese salto a la escena pública se ha hecho evidente en todos los medios masivos de comunicación, desde los periódicos hasta la televisión y la radio, en programas periodísticos de tipo temático. Pero ese salto no deja atrás el hecho de que desde el humor negro (la melancolía) en la época griega, pasando por el esplín de los poetas del siglo XIX, hasta la llamada depresión en nuestro tiempo, parecen resultar diferentes mojones de un itinerario que se inicia en el origen de la humanidad. Tratar el asunto de las depresiones que parece azotar al país como una epidemia, implica abrir el juego con relación al problema de la medicalización, los efectos de la propaganda, a la vez que situar la posición de un tipo de prácticas como son los tratamientos psicológicos u otra tipo de intervenciones no químicas, que tienen sus efectos, pero que parecen confrontados por los abordajes químico-comerciales en un reparto de saberes que no tendrían demasiado en común, ni tampoco posibilidades de discusión (Comisión de Actividades Científicas, 2000: 3).

El texto continuaba afirmando que todos estos problemas también tenían lugar en otros lugares del mundo y citaba un fragmento de la psicoanalista francesa Elizabeth Roudinesco en el que se presenta la depresión como el rostro actual del sufrimiento psíquico. La cita de Roudinesco finalizaba describiendo el periplo irreflexivo que el sujeto depresivo contemporáneo realiza al pasar de manera constante de una terapéutica a otra, periplo que le permite evitar detenerse a pensar sobre las causas de su malestar. Con esta última cita, el comité organizador de la publicación tomaba partido, sin expresarlo directamente, por una defensa del modelo psicodinámico de la enfermedad mental y por las intervenciones no químicas confrontadas, como ellos escribían, a los abordajes químico-comerciales. La presentación ubicaba claramente el tema de las depresiones dentro de un antagonismo en el que los tratamientos y los intereses económicos eran la piedra angular.

A pesar de ello, la mayoría de los artículos publicados en el volumen evitaban una confrontación directa con los llamados abordajes «químico-comerciales» y se mantenían dentro de los límites de una discusión sin riesgos sobre la depresión. Jamás hacían mención a los laboratorios farmacéuticos ni al papel que psiquiatras vinculados a los mismos habían tenido en la difusión de la noción de la epidemia de depresión. La influencia de la corriente psicoanalítica sobre la psicología uruguaya es importante y de hecho, varios de los trabajos escritos por psicólogos aparecidos en este libro repetían las fórmulas de la melancolía, pérdida y duelo, que habitualmente ponían en juego los miembros de la APU (Amaral y Zijlstra, 2000; Klein, 2000; Rodríguez, 2000). Incluso, el volumen recogía trabajos realizados por algunos miembros de dicha asociación en los que el duelo adquiría nuevamente un papel protagónico (de la Hanty, 2000; García, 2000; Rama de Tabárez, 2000; Schkolnick, 2000). Por su parte, los psicólogos vinculados al psicoanálisis lacaniano, también hacían entrar al ruedo de la depresión las teorizaciones sobre el duelo y la melancolía, al momento de explorar las posiciones subjetiva dos personajes tomados de las tragedias griegas de Eurípides y de un personaje de un cuento corto de Ray Bradbury (Castellano, 2000).

Un único artículo pretendía analizar directamente el tratamiento que los medios de comunicación le habían dado a la llamada epidemia de depresión uruguaya. El psicólogo José Assandri (2000), miembro de la École Lacanienne de Psychanalyse, abría su trabajo comparando el anuncio de la epidemia de depresión realizado por el diario *El País*, el viernes 28 de mayo de 1999, con lo sucedido con la transmisión por radio del relato de H. G. Wells *La guerra de los mundos*, realizada por Orson Wells en los Estados Unidos de los años treinta. Si algunos oyentes del programa de Wells habían creído que realmente estaba teniendo lugar una invasión de marcianos en los Estados Unidos, era únicamente porque algunos de ellos suponían que efectivamente los marcianos existen (Assandri, 2000: 13-14). De ello podía desprenderse que si alguno de los lectores uruguayos del titular del periódico *El País* había creído en la existencia de una epidemia de depresión, era porque la medicina moderna había dado el

espesor suficiente a una enfermedad así denominada. En nota a pie de página Assandri daba otra explicación para la llegada de la depresión a la prensa escrita, argumentando que en muchas ocasiones es más tolerable para el individuo identificarse con una enfermedad concreta como la depresión, aunque esto signifique reconocerse como enfermo, que sostener los enigmas propios de la vida humana. En definitiva, Assandri apuntaba directamente a poner en cuestión la existencia de la epidemia de la depresión, pero no lo hacía a través de la crítica sobre la metodología utilizada para la construcción de los datos estadísticos, como lo hacía Federico Dajas, sino reparando en la trayectoria histórica de la entidad, el papel de la medicina y la ambigüedad del propio término depresión:

Solo desde el desarrollo de la medicina social en el siglo XIX se pudo llamar a la extensión de una enfermedad epidemia, instaurando un tipo de trato para esos azotes que dejara de ser teologizable. El trayecto histórico de la «enfermedad» de la depresión, desde la famosa y desconocida noche de los tiempos que engendró nuestros días, así como la extensión de su incidencia, ponen en cuestión que se trate de una epidemia. Una epidemia es una enfermedad que se propaga en un país o una zona, pero a su amenaza se pueden levantar barreras, cuarentenas, controles. Con la «epidemia de depresión» no parecen posibles barreras ni controles, ni se restringe en el tiempo, por lo que adquiere los ribetes de una particular pandemia. No parece haber medidas para evitar contagios. Es algo que azota en gran número a la población, tal vez a todos en distintos momentos de la vida, pero tomados de a uno, con distintos grados en la sintomatología. Y si bien médicos, psicólogos, artistas, filósofos, sociólogos, antropólogos y otros logos e istas seguramente tienen algo que decir sobre esta depresión, es necesario poder centrar la problemática que une cada uno de estos discursos bajo el nombre bastante elástico de depresión, más allá de la ambigüedad que la hace a veces un cuadro psiquiátrico, a veces una noción económica, otras topográfica, con lo que «depresión» resulta una palabra-cambalache, donde parece que todo puede caber, desde la Biblia hasta el Calefón.²⁵⁴ (Assandri, 2000: 14)

La estrategia, entonces, que el autor propone es analizar la depresión como un punto de encuentro entre diferentes modos de describirla, de darle consistencia, de hablar de ella: los modos de la antigüedad clásica, los de la disciplina psiquiátrica temprana, del psicoanálisis freudiano o la psiquiatría biológica actual,

254 El autor hace referencia al conocido tango *Cambalache* escrito por Enrique Santos Discépolo en 1934. En este tango se insiste en que el siglo XX ha dado vuelta por entero los valores morales. La palabra cambalache designaba, en el Río de la Plata, las tiendas en las que es posible encontrar todo tipo de objetos usados. Por extensión comenzó, el vocablo se utiliza como calificativo para indicar desorden, o la conjunción disparatada de elementos disímiles. La Biblia y el Calefón aparecen en una de las estrofas del tango como dos elementos antagónicos luego de la enumeración de una larga serie de personajes dispares: «¡Qué falta de respeto, qué atropello a la razón!/¡Cualquiera es un señor!/¡Cualquiera es un ladrón!/ Mezclao con Stavisky va Don Bosco y “La Mignón”,/Don Chicho y Napoleón,/Carnera y San Martín.../ Igual que en la vidriera irrespetuosa/de los cambalaches/se ha mezclao la vida,/y herida por un sable sin remaches/ves llorar la Biblia/contra un calefón...»

para llegar tarde o temprano a la tensión que une al individuo concreto con su malestar. Como otros psicoanalistas, recurre a un caso concreto de depresión, esta vez armado a partir de los textos escritos por Francis Scott Fitzgerald en los que describe sus aflicciones personales. En sí mismo, el sufrimiento de Scott Fitzgerald le sirve para realizar el tránsito desde de un sufrimiento íntimo hacia un sufrimiento vuelto público, para comparar el modo en que el sufrimiento de un famoso pasó al campo de todos, con el modo en que la depresión se vuelve de todos a través de su anunciada epidemia o a través de los «Clubes de Cazabajones». Con ello la unión lograda en torno a una enfermedad padecida en conjunto permitiría la creación de nuevas asociaciones entre individuos, de nuevas colectividades. En este punto, Assandri se torna un crítico punzante no solo de la epidemia de depresión sino también de estos clubes y las dinámicas que proponen para el reconocimiento de la enfermedad, para que cada uno, sin demasiadas dificultades, pueda descubrir por sí mismo y en sí mismo el rastro de la depresión.

La figura de Scott Fitzgerald también le es útil para ahondar en las respuestas actuales al sufrimiento. Fitzgerald era un alcohólico al que se pretendía curar médicamente, y este hecho es punto de partida para la puesta en cuestión de la relación entre sustancias y sufrimiento, sean ellas sustancias legales o ilegales. La depresión y sus antidepresivos, de igual modo que el alcoholismo y sus bebidas embriagadoras obedecen a los avatares de la relación de los sujetos con las sustancias. Es el uso de estas sustancias, los intercambios que los sujetos realizan con ellas, los placeres que provocan, son los que han cambiado en última instancia al sujeto de estos tiempos. El hombre de hoy busca provocar, afectar su cuerpo, mitigar sus dolores, intensificar sus placeres a través de la producción e ingestión de sustancias químicas. Pero en este viraje, los análisis que acompañan la nueva relación de los sujetos con las sustancias, los análisis propuestos para dar sentido a esta relación, podríamos leer —aunque el autor no lo escriba—, los análisis de la psicofarmacología y de la psiquiatría biológica resultan insuficientes:

El análisis químico al que ha sido sometido el hombre en estos tiempos, ese análisis que permite cercar las moléculas mínimas que pueden estar en juego en distintos mecanismos, producen una fragmentación de la imagen del hombre, llegando incluso a reducirse, cuando corresponde a la depresión, a los neurotransmisores o los genes. La especificidad puede llegar a tal extremo que es posible ofrecer sustancias que necesitan excipientes, rellenos, para poder ser suministradas. Sustancias capaces de actuar a niveles sumamente determinados de ciertas funciones. Ese análisis no era posible en otros tiempos. Por otra parte, las sustancias, alcohol y alucinógenos a modo de ejemplo, eran incluidas en los rituales de las culturas, cosa que se ha perdido. Deja de ser el ritual el que administra la sustancia, la gradúa, le da significado, para ser algo que tiene su potencia en sí misma, llegando a quedar fuera del lazo social. La fragmentación en sustancias hace que el hombre pierda su yo, se disuelva en las múltiples sustancias que lo constituyen, hormonas, feromonas, serotonina, genes... El hombre analizado,

disuelto químicamente al punto que se puede componer un mapa completo de sus moléculas, un mapa de sus átomos, un mapa de sus genes, ... pero ¿un mapa de este tipo puede orientar a los sujetos en los recorridos de sus actos, sus placeres, sus elecciones, sus sufrimientos? ¿Un mapa de ese tipo orienta la vida de alguien? (Assandri, 2000: 24-25).

Las preguntas que cierran la cita se convierten en los mojones que indican el rumbo de la controversia entre el tratamiento psicoanalítico y un cierto tratamiento psiquiátrico de la depresión de fines de los años noventa. Al cierre de su artículo Assandri ubica el psicoanálisis como el dispositivo cuya «sustancia» es la palabra y que se distingue radicalmente del mapeo genético o molecular del ser humano. De hecho, las preguntas que Assandri plantea apuntan a resaltar la insuficiencia de estas propuestas genéticas y moleculares para dar sentido a la experiencia humana, y aunque no lo exprese tan claramente como veíamos que lo hacía Elizabeth Roudinesco, sugiere tímidamente, sobrevuela la oposición entre «pastillas y palabras». De algún modo se confrontan distintas concepciones del sujeto humano, distintos modos de concebir su sufrimiento, de producir saberes sobre el mismo y de intervenir sobre él. La insuficiencia de estos mapeos marcada por Assandri, insuficiencia que llega a comparar con caminos reducidos, ciertamente, recuerda al dilema moral que los psicofármacos planteaban a las disciplinas psicológicas desde su introducción, pero esta vez ubicándolo entre dos alternativas antagónicas: el tratamiento psicodinámico del sujeto y el tratamiento biomédico psiquiátrico.

Este antagonismo aparecería también, con algunos matices, como el motivo para el lanzamiento de la publicación. Así, uno de los integrantes de la Comisión Científica de la CPU afirmaría que la organización del evento sobre depresiones y la publicación del libro constituían una respuesta a los artículos aparecidos en la prensa sobre la epidemia de depresión y «una respuesta a la biologización del dolor humano desde la psiquiatría».²⁵⁵

El Coloquio sobre Depresiones, que tuvo lugar en setiembre del año 2000, se organizó, por consiguiente, con la intención de generar una discusión plural en el campo de los saberes psicológicos uruguayos, que posibilitara alternativas diferentes al modo en que los estados depresivos estaban siendo presentados por la prensa ante la opinión pública. Para ello se convocó a un conjunto de intelectuales de cierto reconocimiento en el medio, que no habían colaborado en el libro sobre Depresión editado por la CPU. Los panelistas que intervinieron en el Coloquio provenían de distintas disciplinas entre las que se encontraba el psicoanálisis en sus diferentes vertientes, la psiquiatría, las neurociencias, la psicología, la semiología y la psicología social. En esa ocasión tomaron la palabra el psiquiatra Humberto Casarotti; el investigador en Ciencias Biológicas Luis

²⁵⁵ Entrevista realizada por la autora a los miembros de la Comisión Científica de la CPU, setiembre del 2002. Uno de los participantes agregaba: «[...] [fue] una respuesta a todas las totalizaciones, ya sea de la psicología o de la biología que quieran explicar al ser humano desde un único aspecto».

Barbeito, quien en los primeros años de la década de los ochenta había sido profesor ayudante en la Cátedra de Psiquiatría y desde hacía varios años se había destacado por sus trabajos en neurociencias, realizados desde su cargo en el IIBCE; el semiólogo Fernando Andacht, que era conocido especialmente por sus análisis sobre la publicidad de las campañas políticas; la médica y psicoanalista Sélika Acevedo de Mendilaharsu, integrante de la CPU desde 1965 y miembro de Honor de la misma institución desde 1996; la psicoanalista Raquel Capurro, miembro de la École Lacanienne de Psychanalyse; el psicólogo Víctor Giorgi, decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, y el psicólogo Joaquín Rodríguez, docente de la misma facultad. No figuraban entre los panelistas ni los principales defensores de la epidemia de depresión ni ninguno de sus principales críticos.

La heterogeneidad de los participantes aseguró una diversidad de enfoques sobre la depresión que incluyó descripciones de los mecanismos biológicos implicados en la depresión, la evaluación de los aportes del psicoanálisis sobre los estados depresivos, el análisis psicoanalítico de casos y viñetas clínicas, la discusión sobre la génesis social de estos estados, una revisión del abordaje psiquiátrico y también una crítica a la noción de epidemia de depresión. El semiólogo Fernando Andacht, por ejemplo, expuso un comentario sobre las tesis del sociólogo francés Alain Ehrenberg, al tiempo que analizó la promoción indirecta de los antidepresivos que se realizaba en la serie televisiva estadounidense *Los Sopranos* cuando se muestra en varias oportunidades al protagonista ingiriendo Prozac (fluoxetina). Luis Barbeito se explayó sobre la neuroquímica del cerebro en las depresiones apoyándose para ello en la proyección de varias imágenes para mostrar los niveles diferenciales de neurotransmisores en el cerebro de deprimidos y no deprimidos. Barbeito presentó, además, algunas nociones básicas del funcionamiento de la neurotransmisión y aventuró la idea de poder encontrar las bases genéticas de la depresión que permitiesen en un futuro identificar desde la infancia a los sujetos propensos a la depresión y así, como medida preventiva, poder medicarlos desde edades tempranas.

Varios de los integrantes de las disciplinas psicológicas, por su parte, mantuvieron posiciones similares a las que habían adoptado en años anteriores en otros eventos académicos o en publicaciones especializadas. Sélika Acevedo de Mendilaharsu, que había intervenido en distintos eventos sobre estados depresivos y publicado de forma constante sobre el tema desde por lo menos los años ochenta, volvió sobre la teoría psicoanalítica del duelo para explicar las depresiones.²⁵⁶ En su presentación se realizaba un análisis pormenorizado de los afectos displacenteros experimentados por el sujeto depresivo, tales como la sensación de vacío, de desvalorización, de angustia, de culpa, dolor y tristeza. No dejaba de ser una presentación novedosa de los estados depresivos, pues hasta el momento los aportes de los psicoanalistas uruguayos sobre las depresiones se mantenían más apegados

²⁵⁶ Fuente: desgrabaciones del Coloquio sobre Depresiones organizado por la CPU el 9 de setiembre de 2000.

a la reflexión sobre el duelo patológico que a la reflexión sobre la depresión en sí misma. De todas formas, recurría a las conceptualizaciones tradicionales del psicoanálisis para culminar con el examen de los aportes que este puede realizar al tema de los estados depresivos. El artículo de Freud *Duelo y Melancolía* (1917) continuaba siendo, en la intervención de Acevedo de Mendilaharsu, el paradigma fundamental de las elaboraciones teóricas sobre la depresión, pues los autores posfreudianos que citaba, de una manera u otra, permanecen atados en sus teorizaciones a este trabajo inaugural. Por otra parte, si Acevedo de Mendilaharsu se había propuesto revisar en su presentación los aportes que el psicoanálisis podía hacer sobre las depresiones, cerraba su discurso delimitando estrictamente las potencialidades y limitaciones del tratamiento psicoanalítico para los estados depresivos. Afirmaba que solo en las depresiones neuróticas el psicoanálisis puede ser empleado aisladamente mientras que en las depresiones psicóticas es necesario un conjunto más amplio de intervenciones terapéuticas, incluyendo el uso combinado de psicofármacos y psicoterapia, entre otros abordajes. Acevedo de Mendilaharsu reiteraba una vez más una de las nociones básicas presentes en el medio acerca de la correspondencia entre los distintos tipos de depresión y las distintas terapéuticas.

También desde el psicoanálisis, pero de vertiente lacaniana, Raquel Capurro, retomaría las teorizaciones sobre el duelo para explicar las depresiones, pero su presentación insistiría sobre todo en la imposibilidad de generalización que el método psicoanalítico impone para el abordaje de cualquier caso de depresión.²⁵⁷ Si el momento actual hacía de la depresión la cara del sufrimiento del siglo XX y ofrecía, a través de la medicalización de la tristeza, una respuesta medicamentosa al sufrimiento desmesurado para aquellos dispuestos a colocarse la «máscara de la depresión» con tal de encontrar una forma de tratar sus malestares, el psicoanálisis, por el contrario iría más allá de esa máscara para desentrañar las «figuras subjetivas del duelo» que sostienen cada caso de depresión. Para Raquel Capurro no puede afirmarse la equivalencia estricta entre duelo y depresión, pero en la medida en que detrás de muchas de las manifestaciones de la depresión se encuentra la presencia de un muerto significativo, las teorizaciones sobre el duelo cobran todo su valor para esclarecer estos estados que describe como de «insipidez subjetiva». Capurro puntualiza los aportes del método psicoanalítico a través de la presentación de los casos de dos famosos depresivos: el del filósofo Augusto Comte y el del plástico francés Jean Pierre Raynaud. En su análisis, Comte y Raynaud representan dos formas dispares de tratar aquello que se pierde en el duelo, dos maneras distintas de situarse ante la imbricación de pérdida, castración y deseo. El sostén teórico de la presentación sigue siendo el trabajo fundamental de *Duelo y melancolía* (Freud, 1917), pero tamizado por los aportes sobre el duelo de Jacques Lacan y Jean Allouch.

257 Fuente: desgrabaciones del Coloquio sobre depresiones organizado por la CPU el 9 de setiembre de 2000.

Mientras quienes trabajan desde el psicoanálisis volvían a responder solo tangencialmente a la epidemia de depresión, Humberto Casarotti, además de presentar una evolución de los enfoques psiquiátricos sobre la depresión, intentaba reflexionar sobre la epidemia. Su intervención en el Coloquio, en una mesa redonda que compartió con Luis Barbeito y Fernando Andacht,²⁵⁸ mostró una preocupación por el diagnóstico certero de la depresión, que debía tener en cuenta, por un lado, los cambios de la nosología psiquiátrica y, por otro, por las formas de reconocimiento de los «casos patológicos» necesarios para afirmar la existencia de una epidemia de depresión (Casarotti, 2002). Casarotti presentaba una evolución histórica del diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico de la depresión, ofreciendo por momentos un contraste de este enfoque con el enfoque psicoanalítico. Por ejemplo, acusaba al psicoanálisis y a la psiquiatría inspirada en este de haberse despreocupado del diagnóstico preciso de las enfermedades, al mismo tiempo que parecía reprocharle al psicoanálisis de hoy que critique los sistemas clasificatorios utilizados actualmente por la psiquiatría pero recurra a ellos en sus propias publicaciones (Casarotti, 2002: 58). Insistía además en que, dado que los avances de la neurobiología parecen sustentar la hipótesis de organicidad de los trastornos mentales, es necesario dejar en suspenso la dicotomía entre la génesis orgánica y la génesis psicológica de estos trastornos, y también criticaba las dicotomías depresión psicótica-depresión neurótica y depresión endógena-reactiva, que simplemente habían contribuido a estancar el pensamiento médico sobre las depresiones (Casarotti, 2002: 58). Por último, Casarotti se abocaba de lleno a la discusión de la epidemia de depresión uruguaya. Para él los niveles de prevalencia que se habían publicado en los medios, de alrededor del 30 % de la población, superaban ampliamente las cifras de prevalencia habituales para el resto del mundo de entre 4 y 6 %. Suponía que los criterios diagnósticos empleados en las encuestas, al ser aplicados por encuestadores sin formación en clínica psiquiátrica, aumentaban la posibilidad de la aparición de falsos positivos, es decir, de que se contabilizaran como depresivos personas que no sufrían la enfermedad. El juicio clínico que sirve para validar los diagnósticos, efectivamente faltaba a la cita. Casarotti reclamaba, entonces, cautela a la hora de presentar públicamente los datos epidemiológicos.

En definitiva, las psicoanalistas y el psiquiatra que participaron en el Coloquio desplegaron algunas de las estrategias que otros psicoanalistas y psiquiatras ya habían utilizado poco tiempo atrás para hablar de la depresión y su epidemia. Las psicoanalistas prefirieron enfoques teóricos o la presentación de casos clínicos para ofrecer una explicación psicodinámica de la depresión sin encargarse directamente de explicar el fenómeno de la epidemia mientras que el psiquiatra optó por un análisis de la depresión como entidad nosológica para luego referirse a la epidemia como un problema técnico de recogida de datos. De manera reiterada en las presentaciones realizadas, la vinculación posible entre el

²⁵⁸ No ha sido posible acceder a las desgrabaciones de las presentaciones de estos dos conferencistas ni de las de Víctor Giorgi ni de Joaquín Rodríguez.

anuncio de la epidemia y los intereses de la industria farmacéutica, o de las figuras particulares que habían participado en la difusión de la idea, permanecían fuera de una discusión directa. La existencia de un conjunto heterogéneo de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos y las contradicciones que podían emerger entre ellos aparecían, por momentos, superadas en la enunciación de una colaboración necesaria entre ambas intervenciones terapéuticas o en el establecimiento de una relación de especificidad entre cierto tipo de depresiones y las distintas intervenciones terapéuticas. Sin embargo, estas contradicciones surgían nuevamente en algunas afirmaciones como las de la necesidad de tratamientos psicofarmacológicos preventivos o como las de la inexistencia de comprobación de que las psicoterapias fuesen eficaces, como se sostenía tradicionalmente, en el tratamiento de las depresiones menores (Casarotti, 2002: 59). Si la discusión sobre la depresión y su epidemia permitían cuestionar las tecnologías terapéuticas para la depresión, ello aparecía en los distintos eventos de manera tangencial y la controversia que estas tecnologías despertaban, muchas veces se hacía más evidente en las propias intervenciones del público.

Por ejemplo, dentro de las actividades que la CPU promovería ese año a propósito de la depresión se incluiría, en el mes de noviembre, un ciclo de conferencias denominadas *Casa Abierta* en el que algunos de los autores de los trabajos publicados en el volumen sobre depresiones presentarían al público sus artículos, un público que al momento de tomar la palabra no dejaría de mencionar la dimensión controvertida de las terapéuticas disponibles en ese momento.

El 21 de noviembre de 2000, las exposiciones estarían a cargo de Gustavo Castellano y de Carmen Rama y el 28 de noviembre, a cargo de José Assandri y Pilar de la Hanty. Tanto Castellano, Rama como de la Hanty se limitarían a comunicar oralmente los trabajos ya publicados, pero José Assandri aprovecharía la ocasión para desplegar una nueva reflexión sobre la epidemia de depresión. En realidad, las presentaciones del resto de los expositores no abordaban directamente el tema de la epidemia de depresión, lo que también se reflejó en los comentarios del público que siguieron a cada una de ellas. Así, en la primera reunión, las presentaciones de Castellano y Rama no promoverían un debate profundo sobre el tema específico de la depresión. Por ejemplo, la mayoría de las intervenciones del público se centrarían más en la situación de incesto descrita en el trabajo de Rama que en la propia depresión.²⁵⁹ Por el contrario, la exposición de Assandri en la segunda jornada, sería decisiva para orientar la participación de los asistentes.

El nuevo trabajo de Assandri, como el mismo explicó, estaba motivado, en cierto grado, por un comentario que el investigador en ciencias biológicas Luis Barbeito le había realizado personalmente en el Coloquio del mes de setiembre. Barbeito había leído el artículo de Assandri (2000) *La sombra del hombre ha caído sobre el yo*, publicado en el volumen sobre depresiones de la CPU, y le había

259 Asistí personalmente a las dos jornadas.

comunicado que consideraba que el artículo dejaba planteadas algunas «cuestiones epistemológicas». Assandri titularía entonces su presentación del mes de noviembre *Nueve tesis para una epistemología de la depresión* en respuesta a las afirmaciones de Barbeito. La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay publicaría el texto íntegro de la exposición en su boletín del mes de mayo del 2001.

La epidemia de depresión reaparecía en el nuevo trabajo de Assandri, esta vez como una justificación de la necesidad de la elaboración de lo que él llama una «epistemología» que pudiese dilucidar la relación de esta epidemia de depresión con la cultura.

La existencia de una epidemia de depresión podría ser considerada como una simple producción de los medios de comunicación, y como tal, algo que no dure, porque el periodismo es literatura para el olvido. Sin embargo la famosa epidemia de depresión nos plantea problemáticas respecto a nuestra cultura, para las que me parece conveniente ensayar una epistemología. La depresión resulta un objeto que en su definición plantea dificultades. Desde ser un cuadro psiquiátrico con variantes que distinguen depresiones mayores y menores, hasta un estado lo suficientemente amorfo como para cubrir un espectro demasiado extenso de síntomas y signos, tan extenso y difuso que adquiere un tono persecutorio para los ciudadanos de este tiempo. Y tal vez sea ese tono persecutorio el que da el carácter epidémico a nuestro asunto: se trata de una epidemia de miedo al malestar (Assandri, 2001: 3).

Para Assandri la epidemia de depresión y este miedo al malestar muestran con cierta exactitud que la relación de la cultura con el sufrimiento ha cambiado, especialmente porque comienza a manejarse como una alternativa verosímil que el sufrimiento puede ser suprimido a través de intervenciones concretas asentadas en el saber científico. A pesar de ello, es decir, de que la depresión se muestra vinculada a un saber científico que puede «hacer con ella», esta sigue presentando dificultades para ser definida y abordada. Son estas dificultades las que hacen necesario establecer los puntos en los cuales se sitúan las balizas con que el saber científico orienta la investigación sobre la depresión, pero sobre las que también se sitúan los puntos de deriva y confusión. Los nuevos focos sobre los que habría que profundizar son en definitiva las nueve tesis que Assandri propone. Estas tesis, que considera provisionarias, marcan una posible vía de reflexión sobre la depresión. Las primeras cuatro tesis que desarrolla se mueven en un horizonte temporal amplio y plantean la exigencia de un análisis profundo de varias dimensiones culturales y conceptuales sobre las que se sostienen el fenómeno depresivo. Ellas incluyen la necesidad de realizar una historia o una antropología de los «afectos oscuros», de las figuras y metáforas con que a lo largo de la historia se aprehenden estos afectos y el corte que la introducción del término depresión supone en un recorrido que podría iniciarse en la melancolía de la teoría de los humores; la necesidad de revisar el dualismo mente-cuerpo que se instala en todas las discusiones sobre la etiología de la depresión; la necesidad de revisar la dicotomía normalidad-anormalidad a partir de la noción de calidad de vida que

sería fundamental en la depresión; la necesidad de atender a las modificaciones de la discursividad con relación al deseo, los ideales y la muerte, elementos claves para la existencia humana.

Las seis tesis restantes se circunscriben más estrictamente a las consideraciones contemporáneas sobre las depresiones, en particular al tratamiento dispar que ofrecen de ella la nosología psiquiátrica, el enfoque médico, pero también la investigación neuroquímica y la prensa. En estas tesis Assandri intenta develar qué es lo que sucede con cada uno de estos enfoques de la depresión, agregando en último término una explicación psicodinámica del fenómeno depresivo. Los argumentos que despliega giran en torno a la dificultad de dar cuenta de la naturaleza precisa de la depresión. En primer término, la depresión parece responder a un sinnúmero de terapéuticas divergentes por lo que ellas resultan infructuosas para establecer una versión unánime de la depresión. De modo similar, la investigación sobre la depresión, en particular la neurológica, presenta ficciones, imágenes que son, en última instancia, hechos de discurso que bien pueden ser contrapuestos a otros.²⁶⁰ El tratamiento médico de las depresiones que se realiza preferentemente con fármacos debería estudiarse en relación con el tratamiento no solo médico de las drogas sino también del tratamiento social que se hace de estas y de las drogas. Asimismo, la presencia de la depresión a nivel público produce efectos de identificación, cualquiera puede encontrarse allí por lo difuso de la descripción del cuadro depresivo. Las depresiones son parte de la erótica de los sujetos, de los goces de estos y, por lo tanto, de un acontecimiento particular y no uniformizable.²⁶¹

A lo largo del desarrollo de estas tesis, que en su enunciación expresan sobre todo formas alternativas de reflexión, se siembran algunos puntos de debate con los tratamientos biomédicos y neuroquímicos de la depresión. Assandri vuelve a ser cauteloso en ello, pero deja entrever, aunque no de manera expresa, una alternativa signada por la oposición del enfoque biomédico de la depresión y el enfoque psicoanalítico del sufrimiento humano. En cierta medida establece un diálogo con el punto de vista de las biociencias, o al menos da una respuesta a las aseveraciones que Barbeito realizara en el Coloquio sobre Depresiones, no solo sobre la necesidad de revisar los supuestos epistemológicos que todo análisis sobre la depresión debería acarrear, sino sobre las implicancias del enfoque neuroquímico de la depresión. En algunos pasajes Assandri ensaya una crítica

260 Seguramente con este tipo de afirmaciones Assandri aludía a la propia presentación de Luis Barbeito durante el Coloquio del mes de setiembre de 2000, en la que el investigador se había servido de varias ilustraciones para ejemplificar el funcionamiento neuroquímico de las depresiones.

261 Con estas afirmaciones Assandri toma partido no solo por el psicoanálisis sino por un psicoanálisis concreto. Hay que tener en cuenta que fue Jacques Lacan quien expresaría en sus seminarios que él no desarrollaba una psicología sino una erotología, afirmación que le serviría posteriormente a Jean Allouch para sostener que el psicoanálisis es una erotología de pasaje.

que encuentra sus puntos de contacto con la defensa humanista que algunos psicoanalistas realizan del método freudiano:²⁶²

La ventana que abre la biología, es una ventana que se transforma en proyector y genera también ficciones, tal vez cada vez más ajustadas pero más desubjetivizadas. Una manera de darle otro lugar a la biología es que no sea tanto un discurso sobre moléculas y sustancias mínimas, sino que sea un discurso sobre la vida, como recuerdan las viejas significaciones del término biología (Assandri, 2001: 7).

El rescate del sujeto, de su particularidad y de sus historias sigue estando también en el centro del análisis de Assandri. Pero también la validez del psicoanálisis frente a los tratamientos psicofarmacológicos. Si para él es necesario un estudio del uso de los fármacos que los iguale al uso de las drogas en general, la eficacia de los fármacos en el tratamiento de los afectos estaría vinculada también al uso habitual que se hace de las drogas en general: usarlas para olvidar recuerdos intolerables. Frente a ello, Assandri, no duda en afirmar que el método psicoanalítico podría ser la vía para lograr un «buen» olvido que permita construir un camino particular para cada sujeto (2001: 10). Su alocución dejaba abiertos, de esta suerte, una serie de carriles por los cuales podían rastrearse los puntos de contradicción y controversia que el fenómeno depresivo planteaba.

En verdad, los puntos de tensión que Assandri insinuó en su presentación tuvieron sí un desarrollo más nítido a partir de las intervenciones del público. Rápidamente se estableció una discusión en la que se expresaron posiciones encontradas acerca de la particularidad o generalización del sufrimiento humano y acerca de la pertinencia de los tratamientos psicofarmacológicos o psicoanalíticos. En una de las primeras intervenciones del público, se expresó que existía una paradoja entre el esfuerzo de generalización para dar cuenta de lo que se llama depresión y el esfuerzo por el rescate de la subjetividad, en otras palabras, por el rescate del modo singular en el que cada uno sufre. Assandri respondió a esto señalando que efectivamente había una cierta construcción teórica que aplasta lo particular, por lo que fácilmente se pudo establecer, en la discusión, una polarización entre lo universal y lo singular en el marco del tratamiento teórico del sufrimiento psíquico, pero también en el marco de las intervenciones terapéuticas. De hecho, dicha polarización se convirtió en el eje alrededor del cual se desplegó una serie de oposiciones entre el duelo y la depresión, los psicofármacos y la psicoterapia. Así, algunos psicoanalistas presentes en el público volvieron a insistir en que en el psicoanálisis se trata de pensar el duelo en primera instancia y no la depresión. La depresión se agregaría posteriormente, como una suerte de derivado patológico del duelo, pues en ella se jugaría un tipo de duelo diferente para cada sujeto. Para algunos, por otra parte, recetar una medicación

²⁶² Recordemos que parte del psicoanálisis, especialmente el francés, ante los ataques provenientes de la psiquiatría biológica, desplegó una defensa en la que el psicoanálisis se postulaba como el único defensor de la autonomía del sujeto (ver capítulo 1).

masivamente implicaría «sacarse de encima el fardo de lo singular»²⁶³ por lo que medicamentos y psicoterapia quedaban sumergidos bajo una tensión que por momentos parecía insalvable. Y aunque no fuese directamente expresado por ninguno de los asistentes al evento, las dificultades que se planteaban al momento de teorizar el abordaje terapéutico de las depresiones, recubrían una cuestión de base: ¿era real la depresión? En el curso del debate se afirmó, por ejemplo, que la depresión funcionaba como comodín para manifestar el malestar psíquico y, por consiguiente, sería esperable que con el paso del tiempo otro modo de expresar este malestar pudiese ponerse de moda. Este tipo de aseveraciones fueron leídas por algunos de los presentes como una puesta en duda de la consistencia real de la depresión. Una serie de intervenciones del mismo público insistieron, contrariamente, en que el sufrimiento de los depresivos es innegable, en que se encuentra en la práctica clínica verdaderamente un modo de existir triste.

Uno de los pocos médicos psiquiatras que asistieron al evento, por ejemplo, enfatizó la necesidad de que la singularidad del sujeto debe ser abordada de forma interdisciplinaria, de que el psicoanálisis no debe separarse de la psiquiatría y que hay ciertos casos en los que necesariamente hay que medicar. La noción del tratamiento combinado entre psicoterapia y psicofarmacología aparecía una vez más como un imperativo lógico. La misma persona agregaría que si se tienen en cuenta los suicidios consumados en los distintos países, Uruguay ocupa el tercer lugar en el mundo, por lo que él no corría riesgos en su práctica clínica: si un paciente deprimido no mejoraba en pocas consultas, no dudaba en suministrarle medicamentos psicofarmacológicos rápidamente. Justificaba este modo de conducirse en la práctica clínica también por el riesgo de demandas judiciales a las que están expuestos los psiquiatras. Sobre este punto, una psicoanalista agregaría que el doctor Álvaro Lista había sostenido hacía poco tiempo en un programa televisivo que es omisión de asistencia no medicar a alguien deprimido, sin importar el tipo de depresión. Luego de ese pequeño relato, una psicoanalista presente en el público se preguntaba qué era lo que sucedía a nivel social que hacía que la gente hubiese dejado de creer en el psicoanálisis como salida terapéutica, dando quizás por sobre entendido que el tipo de intervenciones realizadas por algunos psiquiatras en los medios de comunicación estaban contribuyendo a ello. Otro de los presentes concordaba con que el psicoanálisis no estaba de moda, pero que era un error culpar a los medios de comunicación y a los médicos por ello.

Bajo otros términos encontramos aquí un antagonismo que no era enteramente nuevo. La discusión del público describía una vez más las depresiones como un terreno en el que se desplegaban las contradicciones entre los enfoques psicoanalíticos y psiquiátricos. Este antagonismo se manifestaba nuevamente en términos morales, en los que el bien y el mal entraban una vez más en juego. ¿Eran los tratamientos farmacológicos o los psicoanalíticos beneficiosos para los deprimidos? ¿Olvidaban los psiquiatras al sujeto sufriente? ¿Negaban

²⁶³ Las opiniones que se reproducen fueron registradas por la autora durante la realización del evento.

los psicoanalistas la realidad del sufrimiento depresivo? Lo cierto es que una parte de la psiquiatría nacional estaba dispuesta a tomar las drogas psicofarmacológicas como el rasgo distintivo central de su práctica mientras que muchos psicólogos y psicoanalistas hacían lo mismo con el tratamiento por la palabra. Ello hacía que, por más que se intentara mantener la polémica en términos conciliadores, emergieran regularmente los puntos de discrepancia entre una y otra perspectiva cuando se convocara a debatir sobre la depresión.

Esta polaridad entre psiquiatría y psicoanálisis llegaría también a las pantallas de la televisión. El canal de televisión por cable *TV Ciudad*, de la Intendencia de Montevideo (IM), emitiría también en el año 2000 un programa en el que participarían el psiquiatra Pedro Bustelo y el psicoanalista Enrique Rattín, miembro de la Escuela Freudiana de Montevideo. El programa de solo doce minutos de duración formaba parte del ciclo periodístico «Apuntes del futuro» en el que se invitaba a dos especialistas a debatir sobre un tema de actualidad. Como si tratara de una conversación de café, los invitados eran filmados hablando el uno con el otro en un bar, sin la intermediación de ningún periodista que diera la pauta de que se trataba de un programa televisivo. De esa manera, Bustelo y Rattín debatieron sobre suicidios y depresión.²⁶⁴ El programa inició con un intercambio de ideas sin rumbo, en el que ambos comenzaron a dialogar sobre los accidentes de tránsito y los ataques de pánico sin referirse a la depresión. Pero esos dos temas ya fueron suficientes para que Bustelo y Rattín delimitaran las posiciones desde la que cada uno iba a intervenir de allí en adelante. Rattín realizando una defensa del sujeto sufriente y su relación con la palabra, Bustelo presentando la depresión como una enfermedad recurrente. Si bien el tono del debate era conciliatorio, el diálogo entre Bustelo y Rattín se desarrollaba sobre el fondo de una tensión que ya había aparecido, por ejemplo, en los escritos de Assandri sobre la depresión o en el ciclo *Casa Abierta* de la CPU: la de lo particular y lo general. Bustelo insistiría entonces en el carácter generalizable de la depresión mientras que Rattín se empeñaba por rescatar la relación singular existente entre cada sujeto deprimido y su situación concreta. Psiquiatría y terapéuticas de la palabra, como nombraba Rattín a las psicoterapias durante el programa, quedaban encontradas a la hora de reparar en el sufrimiento psíquico, la psiquiatría enfatizando la depresión como una experiencia generalizable de este sufrimiento, el psicoanálisis considerándola, a pesar de poder establecer sus conexiones con nociones abarcativas como las de «la vida actual», una experiencia singular. Ambos desarrollarían, entonces, un análisis sobre la depresión y los suicidios en el Uruguay que describiría un movimiento pendular entre individuo y sociedad, por un lado, pero que también oscilaría entre soluciones legas a la depresión y soluciones profesionales, ya fuesen estas psiquiátricas o psicoanalíticas. En medio de ello, la epidemia de depresión en el país volvería a aparecer, de

²⁶⁴ Una desgrabación completa del programa sería publicada a mediados del año 2002 en el número sobre «Subjetividad» de la revista *Anudar* editada por la Escuela Freudiana de Montevideo.

la mano de la disparidad de los posibles tratamientos terapéuticos, como tema articulador del diálogo.

Así, en una de sus primeras intervenciones, Enrique Rattín delimitaría la interconexión entre cultura, sujeto y lenguaje como la trama en la que se sostendría el aumento de depresión del momento:

Hay un determinante sociocultural en este momento, relacionada a una lógica del consumo que lleva al sujeto a un frenesí impresionante por adquirir cosas, en donde lo que aparece es una especie de borramiento del sujeto, un desdibujamiento, y que en realidad lo que le ocurre es que está en una situación límite. Si ubicamos las causas de su depresión solamente desde el punto de vista genético, en donde todo ocurre por una mala neurotransmisión (que está y que hay que aceptar), y no tomamos en cuenta el determinante social, el sujeto parece perder su subjetividad al producirse su borramiento.

Claro que si surge un estado depresivo es por una facilitación psicopatológica, que algunas veces compromete lo genético. Eso ocurre en nuestra sociedad, que atenta contra nuestra subjetividad al proponer la lógica del consumo en donde ya no habría una permanencia del sujeto. La imposibilidad de mantenerse como sujeto incentiva esta situación de estado depresivo.

No es casual, el aumento de la consulta por estados depresivos, tú lo sabes, pero, independientemente de la respuesta que le des, o que él encuentre, el sujeto está ahí, a pesar del supuesto borramiento, y está ahí determinado por el efecto del lenguaje y de nuestra cultura (Bustelo y Rattín, 2002: 9-10).

Mientras Rattín defendía la singularidad del sujeto, Bustelo elegiría la vía de lo universal, desplegando el mismo modo de presentación de la depresión que realizaba la Fundación Cazabajones en el que la depresión era tratada como una dolencia de masas. Apelaría, de esta forma, a personajes famosos y a las cifras de la OMS:

La depresión, Enrique, es una vivencia muy humana ¿verdad? Es decir además las personas a veces ni se imaginan que personalidades importantísimas de la historia de la humanidad han tenido esta enfermedad, algunas con buena evolución.

Hemingway premio Nobel de literatura ha tenido depresiones tremendas, se volvió alcohólico para defenderse de ellas y se terminó suicidando.

Lincoln presidente de los Estados Unidos también es muy conocido y está bien documentado, unas depresiones muy fuertes, Beethoven, Shakespeare realmente gente muy importante.

Seguro uno a veces comenta esto porque es casi una estrategia de salud pública.

A mí me gusta mucho la historia de Betty Ford, cuando Betty Ford admitió públicamente siendo una primera dama que ella tenía problemas de alcoholismo. Eso generó que cantidad de americanos que tenían problemas de alcoholismo se animaron a consultar, porque si la primera dama tiene alcoholismo yo puedo tener (Bustelo y Rattín, 2002: 10).

Al mencionar estos casos Bustelo intentaba desplegar una estrategia que hiciera posible, por un lado, que la gente común reconociera la depresión como un trastorno común y, por otro lado, que alentara a esta misma gente a concurrir a la consulta psiquiátrica. Inmediatamente, luego de haber nombrado los casos de famosos depresivos, volvía a mencionar la existencia de una epidemia de depresión, pero esta vez lo hacía señalando, primero, que era una situación que tenía lugar a nivel mundial para posteriormente comentar la situación en Uruguay. Las cifras que manejaba para Uruguay aparecerían para reforzar la idea de que la depresión es una enfermedad recurrente:

Mirá, viendo unas estadísticas de la Organización Mundial de la Salud en el momento actual hay una epidemia mundial de depresión que está afectando a 340 millones de personas. En Uruguay según estadísticas de la propia Organización Mundial de la Salud y del centro de epidemiología nuestro unas 300 mil personas, pero esas son personas que tienen depresión en este momento. Si vos decís ¿cuántos uruguayos, tuvieron, tienen o tendrán depresión? Ahí es mucho más alto, 30 por ciento o sea que un millón de uruguayos saben lo que es la depresión porque la tiene, la tuvieron o si no van a saber porque la van a tener. Realmente es muy humano (Bustelo y Rattín, 2002: 10-11).

Rattín no se detiene a cuestionar las cifras que Bustelo presenta, sino que explica el aumento de los estados depresivos por el modo de vida actual, en el que no se deja lugar a que el conflicto inherente a la experiencia humana tome su lugar. La divergencia entre ambos surge cuando cada uno de ellos propone las terapéuticas necesarias para paliar estos estados. Bustelo, aunque no las define en ningún momento, abogaría por «estrategias activas» y «tratamientos correctos» en oposición a los «tratamientos caseros». En este punto, Bustelo mencionaría como soluciones «caseras» el uso de drogas que la población realiza por su cuenta. Según Bustelo los jóvenes uruguayos tenderían a recurrir a las drogas ilícitas para aplacar el sufrimiento depresivo, las mujeres al uso abusivo de tranquilizantes y los hombres al alcohol, logrando con ello no más que el efecto paradójico de profundizar la depresión luego de que el alivio temporario de las drogas sobre los síntomas se disipa. Esto le daría pie a Enrique Rattín para calificar este uso de las drogas lícitas o ilícitas como «recursos anestésicos». Es decir, como recursos a los que el sujeto recurre para evitar el conflicto. Rattín insiste en que lo importante es poder implicar al sujeto en lo que le ocurre. Pero a pesar de que realiza una clara distinción entre tratamientos psicofarmacológico y «terapéuticas de la palabra», Rattín evita asimilar las terapéuticas psicofarmacológicas con este uso anestésico de las drogas; de hecho, termina afirmando que tanto las terapéuticas farmacológicas como las terapéuticas de la palabra pueden utilizarse de manera correcta o incorrecta. Con ello, el debate entre Bustelo y Rattín logra poner en suspenso una confrontación directa entre psicoanálisis y psicofármacos.

De todas formas, la asimilación entre palabra y psicoanálisis y entre psicofármacos y psiquiatría funcionaría en algunas instancias como un punto

de divergencia central. Esta divergencia, obtendría un eslabón más cuando la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay invitara a mediados de diciembre de 2000 al doctor Hagop Akiskal para dictar un curso de actualización sobre trastornos afectivos. Akiskal se había convertido en uno de los representantes de la psiquiatría norteamericana más renombrados en materia de trastornos afectivos. Ya había visitado Uruguay en 1995, invitado también por la Sociedad de Psiquiatría. En su curso del año 2000 Akiskal marcaría el territorio de los trastornos afectivos como un territorio que le correspondía a la psiquiatría por derecho propio.²⁶⁵ Abundaría en las complejidades del tratamiento psicofarmacológico de los distintos tipos de trastornos afectivos, incluyendo las dificultades que se presentan en los casos de pacientes que resisten el tratamiento con medicamentos. Ante los distintos debates ocurridos en distintos medios sobre la depresión, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay colocaría, a través del curso de Akiskal, el tema de la depresión dentro de las fronteras de una psiquiatría biológica cuya herramienta terapéutica principal son los psicofármacos.

Y en la medida que la palabra funcionaba como representante de los enfoques psicoanalíticos y psicológicos y las pastillas como representantes de los enfoques biomédicos, la tensión entre ambas tomaría una forma de dilema moral en el que palabras y drogas se sostendrían como alternativas contradictorias, contradicción que ya había sido expresada en décadas anteriores.

Ya a mediados de los años ochenta, psiquiatras con formación psicoanalítica como Esteban Gaspar llamaban la atención sobre la relación entre las «palabras» y las «sustancias medicamentosas». En esta tensión la relación de los sujetos, fueran médicos o pacientes, con las drogas psicofarmacológicas, y por igual, con los tratamientos biológicos, no deja de ser conflictiva:

Nos referiremos a la postura que tenemos los médicos y la sociedad con respecto a los psicofármacos y a los tratamientos biológicos, concretamente a los *electroshocks*.

Postura contradictoria, paradójal como contradictorio y paradójal es el mundo en que vivimos.

Es por todos conocidos que existe una amplia gama de antidepresivos que pueden mejorar los síntomas cardinales de la depresión. Tiende a ser acertado que los E.S. [*electroshocks*] constituyen una terapia eficaz para las depresiones melancólicas que ponen en riesgo la vida del enfermo con tendencias suicidas y que no respondieron a la medicación. Sin embargo los prejuicios existen por no decir aumentan. Mientras [...], la población toma toneladas de fármacos y productos comerciales que prometen salud, se resiste a tomar drogas «que envenenan» «que solo son drogas» «que no actúan sobre los conflictos».

Debemos estar alertas sobre nuestra propia actitud al respecto y poder conciliar en nosotros mismos dos posturas que solo en apariencia, son

265 Las opiniones que se reproducen fueron registradas por la autora durante la realización del evento.

antagónicas: la palabra del medicamento y el efecto medicamento de la palabra (Gaspar, 1985: 109).

Los efectos anestésicos que Rattín imputaba a fines del año 2000 al uso de drogas lícitas e ilícitas para ocultar el conflicto psíquico habían tenido ya versiones anteriores referidas estrictamente a los psicofármacos. Las preguntas sobre la dependencia a la droga-tecnología, el bien y el mal en los medicamentos antidepresivos, el destino del hombre con respecto a los psicofármacos, aparecían también en los años noventa en los trabajos de Enrique Probst:

Hay muchos médicos, generalmente no psiquiatras, muchos terapeutas y muchas personas que piensan y se preguntan a dónde nos conduce esta práctica de afrontar la vida protegidos con los psicofármacos. Dicen: ¿es que se trata de robotizar a los seres humanos con relación al sentir? ¿No será que los médicos sin meditar cuidadosamente sobre los efectos y consecuencias de esta inundación de psicofármacos se están haciendo cómplices de crear generaciones más vulnerables a enfrentar las contingencias de la existencia? ¿Dónde está entre la emoción tolerada y necesariamente asumida y la emoción disruptiva que invalida al ser humano? ¿Quién establece dicho límite? (Probst, 1996: 46).

La preocupación moral sobre la relación del sujeto con estas tecnologías psicofarmacológicas estaba entonces presente desde hacía tiempo entre los integrantes de los saberes psicológicos del Uruguay. El debate sobre la epidemia de depresión permitió que esta preocupación se reeditara en torno al tratamiento terapéutico de dicha dolencia, pero que también pudiese traducirse en divergencias acerca de la explicación etiológica de la enfermedad. Si bien era patente la vinculación existente entre el anuncio y difusión de la epidemia en los medios de comunicación y los intereses de los laboratorios farmacéuticos, la relación entre depresión e intervenciones terapéuticas fue puesta en cuestión sobre todo desde una perspectiva disciplinaria, que incluía como tal, relaciones de poder entre cada uno de los saberes puestos en juego. De tal suerte, psicoanálisis y psicoterapias, por un lado y psiquiatría biológica por otro, quedaron enfrentados mientras que los laboratorios farmacéuticos fueron dispensados de la discusión.²⁶⁶ Ciertamente porque eran psiquiatras y psicoanalistas los que podían adelantar modelos explicativos contrapuestos de la depresión, fueron ellos los principales protagonistas del debate. El psicoanálisis a través del rescate del modelo melancólico lograba demostrar, sin hablar directamente de la depresión, que aún tenía aportes para hacer sobre el sufrimiento humano, mientras que la psiquiatría demostraba la fuerza de su discurso en cada momento que algunos de sus miembros eran tomados como portavoces de la epidemia de la depresión en los medios de comunicación. En la medida en que las herramientas terapéuticas

²⁶⁶ No hay que perder de vista que aun cuando los laboratorios farmacéuticos fueron eximidos de la polémica sobre la epidemia de depresión, esta se puso en marcha dentro del espacio de lo farmacéutico, pues ella se desarrolló movilizand o el conglomerado de las enfermedades, las tecnologías medicamentosas, los saberes psicológicos y aunque de manera tangencial, también a la industria farmacéutica.

que cada uno de ellos utilizaba para mitigar el dolor depresivo se convertían en los rasgos distintivos de sus prácticas, la discusión sobre la epidemia permitía desplegar las tensiones existentes entre psicoanálisis y psiquiatría. Al mismo tiempo, entonces, que estaba en cuestión la existencia o no de la epidemia, la consistencia de la depresión como enfermedad, estaba en cuestión la pertinencia de los psicofármacos o de las terapias de la palabra. Con ello, el último debate sobre la depresión recogía la controversia aún abierta sobre la eficacia de los antidepresivos y las consecuencias de su uso y la lanzaba hacia adelante.

Consideraciones finales

El desarrollo de los antidepresivos a finales de los años cincuenta representó una innovación tecnológica radical que introdujo importantes cambios en la práctica clínica psiquiátrica a nivel mundial, pero no solo en ella. En relación directa con la llamada «revolución psicofarmacológica» de mediados de siglo XX, los antidepresivos fueron los primeros psicofármacos específicos en alcanzar gran popularidad en todos los sectores sociales de todos los rincones del mundo a los que llegaron. Rápidamente fueron adoptados por médicos y psiquiatras de distintos países, aceptados por sus pacientes e incorporados en la vida de cotidiana de un sinnúmero de personas. Provistos de una gran capacidad transformadora, que alcanzaba en primera instancia a quienes estuvieran más próximos a los ámbitos de la salud, su impulso renovador parecía no estar circunscripto solamente a las prácticas curativas de la enfermedad mental, sino que daba la impresión de haberse instalado en todos los sectores de la vida cultural de las geografías más diversas.

Cuando en 1957 casi de forma simultánea los primeros antidepresivos tricíclicos e IMAO hicieron su aparición en Estados Unidos y Europa, el Uruguay, un pequeño país latinoamericano ubicado ciertamente en la periferia de los avances científicos y tecnológicos, no tardaría demasiado tiempo en quedar inmerso en el torrente innovador de los psicofármacos antidepresivos. Las filiales nacionales y regionales de los laboratorios internacionales, que habían sido pioneros en la producción de estos psicofármacos, liderarían un proceso de recepción tecnológica a paso acelerado que haría posible que, tan solo un año después del lanzamiento a la venta de estos productos en el hemisferio norte, los médicos psiquiatras uruguayos tuvieran acceso directo a ellos. Con todo, esto no evitó que el proceso uruguayo de recepción de estos medicamentos no estuviese teñido por las particularidades de la situación marginal del país en tanto productor de conocimientos y novedades psicofarmacológicas y por las particularidades del medio epistemológico nacional en el que estas nuevas terapéuticas se incorporaron. En este sentido, el arribo de los antidepresivos al Uruguay estuvo signado por la tensión entre un proceso innovador de escala mundial, globalizador y homogeneizador de intervenciones terapéuticas, y las condiciones locales de su adopción. Por otra parte, la producción constante de nuevas generaciones de antidepresivos que ha tenido lugar desde finales de los años cincuenta hasta la actualidad hizo que este proceso de recepción de innovación tecnológica se mantuviera en estado de permanente actividad, sin llegar en ningún momento a mostrar un panorama enteramente estabilizado. El surgimiento de los antidepresivos en el

horizonte uruguayo de las terapéuticas psicológicas enfrentó de manera inevitable a buena parte del mundo psicológico del país al cambio tecnológico y sus consecuencias, por un período de tiempo prolongado y aún vigente.

Las modificaciones, sus fases y vectores

Como hemos visto, esto se produjo, en primer lugar, porque los antidepresivos se ubicaron dentro de un espacio tecnológico-instrumental que era compartido por una serie de saberes y prácticas con cierta especificidad sobre la interioridad del ser humano a los que pertenecían los grupos sociales que se vieron involucrados más prontamente en la recepción, difusión y utilización de estas nuevas tecnologías. Si bien, y sin lugar a dudas, el vector principal de la introducción de los antidepresivos fue la industria farmacéutica, los saberes psicológicos se encontraban en una zona de proximidad tal con las innovaciones psicofarmacológicas que hacía de sus integrantes los protagonistas inmediatos de gran parte de los procesos que llevaron a la aceptación masiva de los antidepresivos. Evidentemente los médicos psiquiatras resultaban, debido no solo a consideraciones académicas sino también a consideraciones legales, el punto de pasaje obligado para que los antidepresivos llegaran hasta su consumidor final. Pero de todas formas, aunque psicoanalistas y psicólogos no médicos no estuviesen autorizados a prescribir psicofármacos y, por consiguiente, no realizaban un uso directo de los antidepresivos en su práctica clínica, ellos se vieron del mismo modo envueltos en el proceso de recepción de estos nuevos medicamentos. Al igual que los psiquiatras, fueron generadores y negociadores ciertos de interpretaciones, nociones, imágenes y explicaciones sobre estas nuevas tecnologías y las transformaciones que su llegada implicaba.

En definitiva, la difusión de los antidepresivos en el Uruguay se dio en un campo de los saberes psicológicos que, al momento de la aparición de los primeros tricíclicos e IMAO, se mostraba escasamente diferenciado. Por razones histórico-institucionales la psiquiatría uruguaya había sido hasta ese entonces preferentemente ecléctica, el psicoanálisis se había desarrollado de forma incipiente en el seno de esa psiquiatría y aún no se habían producidos distanciamientos teóricos ni institucionales. Fue casi al mismo tiempo que llegaron los antidepresivos que se produjo la creación de una institución independiente de psicoanálisis que comenzaría a dar cabida en su seno a psiquiatras pero también a psicólogos y otros profesionales no médicos. Con ello, los saberes psicológicos se verían ampliados en su integración y comenzaría a dibujarse claramente una zona de intervención clínica que entrarían en disputa entre médicos psiquiatras, y psicoanalistas y psicólogos no médicos. Durante los años sesenta y setenta se asistiría al comienzo de la división del campo que incluiría en ella los debates sobre psicofármacos y antidepresivos; para los años ochenta y noventa esa división estría finalmente estructurada, aun cuando se intentara una reunificación a través de la noción de lo biopsicosocial.

En las páginas precedentes hemos descrito cómo todo ello ocurrió con el telón de fondo de las estrategias comerciales desplegadas por los laboratorios farmacéuticos para introducir cada nueva generación de antidepresivos, con el telón de fondo de la participación de grupos concretos de profesionales que estaban en contacto con estos laboratorios y, al mismo tiempo, con el telón de fondo de las disputas corporativas entre psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas. Pudimos ver que la participación activa de los laboratorios en el proceso de difusión de los antidepresivos, en especial, aquellos que contaban con las moléculas originales como los laboratorios Ciba-Geigy, Roche y Rhône-Poulenc, discurrió fundamentalmente por dos carriles. El primero, el de la difusión de los ensayos clínicos como instrumento privilegiado para realizar las primeras experiencias clínicas con cada nueva molécula comercializable y el segundo, el del afinamiento del diagnóstico de depresión. La combinación de ambas vías daba como resultado la familiarización de los psiquiatras con los nuevos antidepresivos y con la propia noción de depresión. Con ello se lograba, además, la instalación de una nueva metodología de investigación y se conseguía dotar a la categoría de depresión con el espesor necesario para convertirse en una patología mental con todas sus credenciales.

El primer carril fue decisivo, igualmente, para que comenzara a resquebrajarse el campo de los saberes psicológicos uruguayos. La realización de ensayos clínicos permitió identificar grupos de psiquiatras concretos que no solo se inclinaron hacia las terapéuticas biológicas sino también hacia las explicaciones biológicas de la enfermedad mental. Como fue descrito en las páginas anteriores, la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, único centro terciario de formación en psiquiatría en el país, tuvo verdadero protagonismo en las primeras experiencias con los nuevos medicamentos y fue a lo largo de los años el blanco principal al que la industria farmacéutica apuntó para promover el uso temprano de los distintos antidepresivos que introducía al Uruguay. También los psiquiatras con inserción en hospitales públicos, que tenían asegurado por ello el acceso a un número importante de pacientes, fueron contactados activamente por los laboratorios para desarrollar experiencias puntuales con los nuevos antidepresivos. Ellos se convertían así en una pequeña vanguardia con prestigio profesional que, al generar publicaciones en revistas especializadas del medio y presentaciones en eventos científicos, proporcionaba canales académicos para que la información y opinión sobre los antidepresivos llegara al resto de los psiquiatras. Cuando el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable incorporara un núcleo de investigadores con intereses en psiquiatría, sus integrantes cumplirían un rol similar al de los profesores de la Clínica Psiquiátrica, incluso muchas veces a través de trabajos realizados en colaboración con ellos. De ello se derivó que, aun cuando en los primeros ensayos clínicos realizados a finales de los años cincuenta y comienzos de los años sesenta, tanto psiquiatras con orientación psicoanalítica o biológica participaran en ellos, desde mediados de los años setenta en adelante

ya fue posible identificar al grupo de participantes en estos ensayos como psiquiatras biológicos. Esto también implicó, a la larga, un reparto de métodos de investigación en el que el estudio de casos pasó a ser un baluarte del psicoanálisis y la psicología, y los estudios cuantitativos, un baluarte de la psiquiatría.

En el segundo carril, ya desde los años sesenta, la industria farmacéutica insistiría en la identificación precisa del diagnóstico de depresión, y si bien ello no fue razón suficiente para que la naturaleza de la depresión y sus categorías nosológicas se convirtiera en objeto de reflexión inmediata, los laboratorios estuvieron presentes de una manera u otra, ya fuese financiando publicaciones o contribuyendo con eventos académicos en los que se abordaba el tema. Se establecería una suerte de retroalimentación entre el énfasis de la industria por el diagnóstico preciso de la depresión y la producción académica sobre dicha enfermedad.

Esta producción académica sobre las depresiones encontraba en la psiquiatría antecedentes tempranos hacia finales de la década de los cincuenta y principios de la de los sesenta, fundamentalmente a través de la publicación de ensayos teóricos y de estudios de casos clínicos. Los artículos teóricos presentaban una clara influencia de la corriente psicoanalítica y fenomenológica en la explicación causal de la dolencia mientras que la experiencia del trabajo clínico se difundía en base a la observación clínica de casos particulares en los que eran descritas las distintas facetas del fenómeno depresivo. Pero la depresión no ocupaba en esa época un lugar central para la reflexión académica y aparecía reiteradamente emparentada con la melancolía u otras enfermedades, incluso en la realización de los primeros ensayos clínicos con antidepresivos. En este momento inicial se esbozaba una dificultad en la taxonomía de la depresión que ocuparía los esfuerzos de los saberes psicológicos uruguayos de allí en adelante.

En la década de los setenta, dicha producción cambiaría de características y el diagnóstico y, por ende, la clasificación de la depresión, quedarían más claramente ligados a las propias terapéuticas psicofarmacológicas. Ello obedecería por un lado, al refinamiento de las herramientas de diagnóstico utilizadas en los propios ensayos clínicos con antidepresivos, pero también a la propia producción teórica del momento. Gran parte de los trabajos de psiquiatras uruguayos publicados en el medio desde mediados de los años setenta a principios de los ochenta, sometían a revisión constante las clasificaciones nosológicas sobre las depresiones utilizadas en la época y poseían, por consiguiente, la virtud de dotar a la categoría de depresión de cierta especificidad y de cierto protagonismo dentro del concierto de las enfermedades mentales. Por otra parte, la discusión sobre la clasificación de la depresión tuvo un elemento paradójico cuando se pretendió postular los propios antidepresivos como instrumento para dirimir las discrepancias diagnósticas y clasificatorias, lo que mostró de forma explícita cómo esta nueva tecnología realizaba demandas concretas en el plano de la elaboración conceptual sobre las enfermedades mentales. Estas peticiones alcanzaron

también a las elaboraciones conceptuales sobre la etiología de la depresión que estuvieron emparentadas con el propio dilema taxonómico.

Para los años ochenta la producción académica sobre las depresiones experimentaría una verdadera profusión y en esos años se expresarían más claramente concepciones divergentes del diagnóstico de la depresión, de su explicación etiológica y de su relación con los antidepresivos signadas por posturas psicodinámicas y biológicas que se encontraban ya claramente delimitadas dentro de los saberes psicológicos uruguayos.

Los espacios de creación para la academia nacional se ubicarían en paralelo a las innovaciones farmacológicas, en las zonas en las que la innovación técnica se solapa con las producciones teóricas y clínicas de las disciplinas psicológicas. Por ello, los temas de estudio e investigación se darían en frentes en continua revisión a partir de preguntas suscitadas en gran parte por los principios de acción de los antidepresivos y por las precisiones diagnósticas requeridas para la realización de los ensayos clínicos.

Lo farmacéutico y su fuerza aglutinadora

El desarrollo, difusión y aceptación de los antidepresivos tuvo como telón de fondo el establecimiento de nuevas relaciones entre industria farmacéutica y academia que se guiaron por un imperativo económico que trastocó las prácticas científicas de los investigadores en psiquiatría y trató enfermedades y terapéuticas como si fuesen mercados y mercancías. El establecimiento de prácticas específicas por parte de los laboratorios para tratar de influir en las prescripciones realizadas por los médicos, así como otras estrategias que implicaban la ampliación del mercado de los antidepresivos, y que llegaban incluso a alcanzar las experiencias subjetivas del estar enfermo, deja entrever la existencia de un complejo sociotécnico vasto integrado por entidades tecnológicas y no tecnológicas, con agentes, modelos de relacionamiento y una lógica de funcionamiento específicos. Los antidepresivos se encuentran inmersos en un modo de acoplamiento y ensamblaje de estos elementos que hemos distinguido como «lo farmacéutico». Lo farmacéutico ejerce una capacidad generativa como organizador de relaciones e intercambio pero también como polo de atracción de reflexiones y debates. Se presenta como un conjunto heterogéneo de entidades que emerge del cruzamiento entre ciencia, tecnología y sociedad.

El caso de la introducción de los antidepresivos en el Uruguay permitió analizar la puesta en marcha y configuración de lo farmacéutico en un medio particular signado por una tradición disciplinaria dentro de los saberes psicológicos fuertemente influida por la corriente psicoanalítica y distante académica, industrial y geográficamente de los centros generadores de innovaciones psicofarmacológicas. Lo farmacéutico resulta, de esta suerte, una conjunción socio-técnica incluyente pronta a emerger en todo lugar en el que academia, industria farmacéutica, productos farmacéuticos y sociedad entren en relación.

El carácter envolvente de lo farmacéutico no dejó fuera de sus límites tampoco a este país por más remoto y pequeño que pudiera parecer.

En definitiva, la llegada de estos nuevos psicofármacos en sus diferentes oleadas supuso el surgimiento y afianzamiento de una nueva corriente dentro de los saberes psicológicos uruguayos ligada al polo biológico de las teorías psiquiátricas. Aunque el pensamiento biológico tenía antecedentes en la psiquiatría uruguaya, la emergencia de una psiquiatría biológica con identidad propia se produjo paralelamente al ingreso de las innovaciones psicofarmacológicas. También simultáneamente a la llegada de los antidepresivos los saberes psicológicos uruguayos asistieron al robusteciendo de la depresión como categoría nosológica, la cual pudo constituirse, en el transcurso de la segunda mitad del siglo XX, en el centro de atención constante de los académicos. Mientas tanto, una mayor visualización de la enfermedad tenía lugar a través del aumento de casos que psiquiatras, psicoanalistas, médicos y la sociedad en general estaban dispuestos a reconocer. Por último, el consumo significativo de antidepresivos parecía el corolario lógico de los tres hechos anteriores.

Estos cuatro fenómenos evidenciaban que los antidepresivos habían llegado al país de forma definitiva e irreversible logrando, por un lado, una modificación del campo interno de los saberes psicológicos, ya fuese por el afianzamiento de una corriente biológica más adecuada a las explicaciones del funcionamiento de los psicofármacos o por la presencia definitiva de la categoría de depresión dentro del concierto de las enfermedades mentales; y, por otro, una modificación del propio terreno experiencial de la enfermedad mental. Si los antidepresivos estaban presentes, la depresión estaba presente también en el país en virtud de la lógica de la especificidad propia de lo farmacéutico. Quedaba así establecida una correlación unívoca entre terapéuticas y enfermedades mentales en la que antidepresivos y depresión constituían dos antagonistas paradójicamente solidarios. Lo farmacéutico, por lo tanto, había logrado establecer peticiones precisas a los saberes y prácticas psicológicas del medio, que estas se vieron forzadas a responder generando un proceso de reflexión que abarcó tanto la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología y que fue constante desde la llegada de los primeros antidepresivos a finales de los años cincuenta. Dichas reflexiones se desarrollaron a lo largo de tres ejes claramente identificables: la reflexión sobre el futuro de los saberes psicológicos, la reflexión sobre la depresión (su naturaleza, su etiología y tratamiento) y la reflexión sobre las relaciones entre sociedad, ciencia y psicofármacos. Alrededor de cada uno de estos ejes emergieron argumentaciones y perspectivas contradictorias que configuraron una recepción controvertida y tensionada de los antidepresivos por parte de los saberes psicológicos uruguayos.

Tópicos cismáticos

Los debates y discusiones desarrolladas en torno a los antidepresivos apelaron a elementos técnicos, a pruebas científicas, pero ante todo permitieron desplegar visiones morales sobre el cambio tecnológico. Que la recepción de los nuevos psicofármacos implicaba una dimensión moral ya había sido señalado en los años setenta por Gerald Klerman, un psiquiatra estadounidense que, a poco de desarrollados estos medicamentos, hizo un mapeo de las diferentes orientaciones que los psiquiatras de su país habían mostrado frente a estos nuevos tratamientos.²⁶⁷ Para Klerman el desarrollo de los psicofármacos había modificado no solamente el cuidado de la salud mental sino que también había tenido efectos renovadores sobre la cultura que derivaban forzosamente en cuestiones morales. En 1972 acuñó la noción de *calvinismo farmacológico*²⁶⁸ para designar aquella postura que implicaba una oposición directa al uso extendido que los medicamentos psicofarmacológicos estaban adquiriendo por esos años. El *calvinismo farmacológico* suponía una desconfianza generalizada hacia todo uso de los psicofármacos que no fuese exclusivamente para el tratamiento de trastornos mentales de envergadura. Su principio rector aludía a que las drogas que hacen sentir bien son moralmente condenables, principio que encerraba en sí mismo un temor implícito a la patologización de las emociones cotidianas penosas y conllevaba una valoración positiva del dolor como forma de consecución de un estado de salvación. Dentro de la psiquiatría estadounidense el calvinismo farmacológico, según Klerman, estaba representado por los militantes del psicoanálisis quienes se oponían al uso de los psicofármacos, pues consideraban que estos creaban pacientes dependientes. Para ellos, frente a los psicofármacos, no quedaba más que la opción de la abstinencia.

Más adelante Peter Kramer, en su conocido libro *Listening to Prozac* (1993), volvería sobre este concepto para contrastarlo con el de su *psicofarmacología cosmética*. En las elaboraciones de Kramer quedaría mejor delimitada la antinomia del *calvinismo farmacológico* con el *hedonismo farmacológico* que Klerman simplemente se había limitado a esbozar. Su psicofarmacología cosmética, que daba vía libre a la utilización de los psicofármacos para corregir las pequeñas imperfecciones de la personalidad, proporcionaba un nuevo nombre para una actitud fundamentalmente hedonista, que veía los psicofármacos como instrumentos válidos no solo para el logro de la curación de patologías sino también para el alcance del disfrute y el placer de cualquier persona.

Los términos «calvinismo» y «hedonismo» indican que es posible tener distintas «ideas» sobre cómo utilizar los psicofármacos, para qué y en qué situaciones. Por ende, para un autor como David Healy (1997), el hecho de que fuese posible lanzar un concepto como el de calvinismo farmacológico, deja entrever

²⁶⁷ Encontró que podían distinguirse claramente una orientación social, otra psicoterapéutica y otra somática.

²⁶⁸ «Pharmacological calvinism», en el original en inglés.

que en psiquiatría las consideraciones que puedan realizarse sobre las intervenciones terapéuticas y tratamientos de las enfermedades mentales son el fruto de las ideologías científicas que atraviesan el pensamiento psiquiátrico. Que el rasgo sustancial de estas ideologías sea la elaboración de juicios evaluativos sobre las intervenciones terapéuticas es posible porque en el campo de la psiquiatría no existe base empírica sólida que pueda acallar las distintas valoraciones ideológicas sobre los tratamientos. Además, para Healy, el calvinismo farmacológico cobra verdadero sentido como una reacción extrema ante los abusos de la industria farmacéutica y sus prácticas de promoción de sus productos. Ante el imperativo industrial de consumir más y más psicofármacos, la abstinencia proclamada por el calvinismo psicofarmacológico llegaría como un correlato forzoso. Y se traduciría incluso en una división y contraposición tajante entre tratamientos psicofarmacológicos y tratamientos psicoterapéuticos.

Existe una cierta coincidencia entre los polos valorativos, uno positivo y otro negativo, del uso de los psicofármacos que Klerman, Kramer y Healy dejan entrever, con la polarización de las opiniones y valoraciones observables en los saberes psicológicos uruguayos, pero la revisión detenida de estos con relación al proceso de recepción de los antidepresivos en el Uruguay permite ampliar la imagen de esta polaridad, no solo a un rechazo u aceptación del uso de psicofármacos, sino también a una polaridad que implica extremos negativos o positivos para un conjunto más amplio de elementos nodales relativos, por un lado, a los saberes psicológicos y relativos, por otro, a todo cambio tecnológico. De tal suerte, los integrantes de los saberes psicológicos generaron interpretaciones, imágenes y opiniones sobre los antidepresivos en base a lo que podemos llamar una «grilla interpretativa» conformada por nociones centrales a los saberes psicológicos como las de cura, enfermedad u eficacia terapéutica. Grilla sustentada, a su vez, en antagonismos y debates disciplinarios en torno a estos conceptos y nociones, y completada con nociones populares sobre el cambio tecnológico, el progreso, los cambios radicales y la sucesión de tecnologías, entre otras.

Dentro del primer tipo de nociones, es decir, aquellas nodales para los saberes psicológicos, las imágenes positivas y negativas de los antidepresivos se construyeron en torno a la noción de enfermedad mental, al diagnóstico de las enfermedades mentales, a la noción de cura, a la de eficacia terapéutica y en torno a los modos de investigación en las disciplinas psicológicas. Con ello se puso en cuestión la naturaleza misma de la depresión, que por momentos fue definida como una enfermedad mental con todas sus credenciales y por momentos como la expresión sintomática de segundo grado de una dolencia primigenia. Se puso en cuestión los sistemas clasificatorios de la depresión que dudan al establecer un sinnúmero de tipos y subtipos de depresión e imposibilitan un diagnóstico certero de la enfermedad. Se desestabilizó también la noción de cura, y algunos encontraron que los antidepresivos llevaban a una cura sintomática y superficial que no logra erradicar las bases del sufrimiento depresivo. Por consiguiente, la eficacia de los antidepresivos también estaría en entredicho y mientras para

algunos esta eficacia estaba respaldada por los resultados obtenidos en los ensayos clínicos, para otros esa misma eficacia era relativa en la medida en que los antidepresivos solo producirían un alivio transitorio de la sintomatología.

En definitiva, estos debates se superpusieron a antagonismos, rivalidades y contradicciones que han atravesado los saberes psicológicos desde su constitución, que oponen la psicología de la conciencia con la psicología de las profundidades, la psiquiatría somática con la psiquiatría dinámica, las etiologías biológicas al conflicto psíquico, la enfermedad mental como una enfermedad moral con la enfermedad mental como una enfermedad del cerebro, las intervenciones terapéuticas por la palabra con las intervenciones terapéuticas somáticas.

Estos antagonismos se profundizaron en tanto los antidepresivos y los psicofármacos en general tienden a establecer las tomas de posición en estos debates como momentos excluyentes. En otras palabras, favorecieron teorías, edificios nosológicos y métodos de investigación diferentes a los utilizados por las corrientes psicodinámicas que hasta el momento de su aparición no habían entrado en confrontación directa con otras perspectivas teóricas dentro del horizonte de los saberes psicológicos. En última instancia los antidepresivos y, por ende, los psicofármacos pueden modificar la práctica clínica, pero también validar o invalidar conocimientos y teorías y fortalecer o debilitar profesiones y convertirse en reguladores de las relaciones políticas que los saberes psicológico y sus diferentes corrientes mantienen entre sí. La imagen positiva de los antidepresivos pone todas sus esperanzas en que estos puedan cerrar todos estos debates y antagonismos que la imagen negativa se opone a clausurar, si es que hay que optar por los antidepresivos como única respuesta. Ambas imágenes buscan una explicación teórica y un fundamento técnico para sus consideraciones, pero a medida que se profundizan estos debates se vuelve también más evidente que existen consideraciones morales que van más allá del carácter teórico y técnico que se le pretende dar a la controversia. El dilema de los antidepresivos es un dilema moral.

El otro componente de la grilla de interpretación recoge nociones sobre el cambio técnico, pues las transformaciones introducidas por los antidepresivos y los psicofármacos son vistas como transformaciones más abarcativas que no solo tienen consecuencias a nivel de las intervenciones terapéuticas y la práctica clínicas, sino también sobre el futuro de los propios saberes psicológicos y la propia sociedad. La psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología uruguayas se ven obligadas entonces a recurrir a metáforas que expliquen el cambio tecnológico y lo hacen echando mano a las metáforas que la sociedad en general posee. Las nociones claves en este bloque que ordenan las imágenes negativas y positivas de los antidepresivos son las de dominación tecnológica, revolución y progreso. En torno a ellas se despliegan narrativas de cambio disciplinario y narrativas sobre el carácter benéfico o perjudicial de la tecnología. Los antidepresivos, por tanto, aparecen para los saberes psicológicos uruguayos representando al mismo tiempo el poderío humano sobre el fenómeno tecnológico y la pérdida de este mismo poderío. En este sentido, la discusión sobre los antidepresivos debe

responder a la pregunta de si es el ser humano el que controla la tecnología o es esta la que lo controla a él. En otras palabras, ¿se ha convertido al ser humano en dependiente de estos medicamentos o permanece autónomo frente a las drogas psicofarmacológicas? ¿son los antidepresivos peligrosos o no? En las respuestas a estas preguntas lo bueno y lo malo del fenómeno tecnológico colorean las distintas interpretaciones sobre los antidepresivos, que en materia de cambio tecnológico, llegan a manifestarse en narrativas sobre el futuro del psicoanálisis y la psiquiatría. Así, estos aparecen como beneficiosos o perjudiciales para una rama u otra de los saberes psicológicos, en versiones que apelan a la noción de progreso para explicar el desarrollo histórico de estas disciplinas.

En sí mismas, estas narrativas no eran del todo novedosas en el Uruguay, pues habían sido empleadas anteriormente al momento de la aparición de otras novedades terapéuticas como el *electroshock*. En ellas se unía la metáfora del progreso, que venía a señalar el avance disciplinario, con la metáfora de la revolución, que venía a significar un cambio disciplinario acelerado a partir del cual era posible establecer una línea demarcatoria entre intervenciones terapéuticas obsoletas, teorías y prácticas perimidas e intervenciones terapéuticas modernas, y teorías y prácticas actualizadas. Paralelamente, la metáfora de las eras tecnológicas, como la de la *era psicofarmacológica*, venía a enfatizar el predominio de un tipo de intervención terapéutica sobre otras. Con esta tensión jugaron sobre todo las narrativas disciplinarias de la psiquiatría y el psicoanálisis uruguayos. Y a la noción de revolución se le opuso una noción apocalíptica que veía en los psicofármacos, según los ojos que lanzaran la mirada, una amenaza a la especificidad de la práctica psiquiátrica o una amenaza a la práctica psicoanalítica. Estas visiones, por más que se produjeran en el seno de los saberes psicológicos, eran sustancialmente populares.

Apaciguamientos móviles

Ahora bien, en el Uruguay se ensayaron ciertamente algunas vías para estabilizar el debate y la controversia que contaron con el esfuerzo tanto de los detentores de interpretaciones negativas de los antidepresivos como de los detentores de interpretaciones positivas. Esas vías fueron el «acuerdo biopsicosocial» del que se derivaba un eclecticismo terapéutico conciliador y la división de ámbitos de intervención que permitía la subsistencia pacífica de los diferentes enfoques disciplinarios.

El «acuerdo biopsicosocial» pretendía establecer una integración entre las perspectivas biológicas, psicodinámicas y sociales, que alcanzara tanto el plano teórico como el plano de las intervenciones terapéuticas. La naturaleza multifactorial de la enfermedad mental era la noción que permitía sostener un encuentro entre estas perspectivas, en un principio, dispares. Ello era posible porque los saberes psicológicos mostraban cierta permeabilidad y habían puesto explícitamente un cuidado extremo en no caer en la defensa acérrima de teorías puramente

organicistas o puramente psicologicistas. Los saberes psicológicos uruguayos mostraron una buena disposición al acuerdo teórico y terapéutico durante toda la segunda mitad del siglo XX. Y cuando los psicofármacos llegaron para dar el respaldo a las hipótesis y etiologías somáticas de la enfermedad mental, el acuerdo intentaría dar una lectura distinta a este fenómeno y sostener que el éxito curativo de los psicofármacos demostraba, más que la validez de las hipótesis bioquímicas de la enfermedad mental, la validez de la causalidad multifactorial. Dicho de otra manera, los saberes psicológicos intentarían acoplar las hipótesis bioquímicas de la depresión a las explicaciones psicodinámicas y sociales dando así sustento al modelo biopsicosocial de la enfermedad mental.

De esta forma, el enfoque biopsicosocial era utilizado tanto por psiquiatras de la vertiente biológica como por psicoanalistas y psicólogos, con la salvedad de que cada uno enfatizaba la dimensión biológica o la dimensión psicológica, según la corriente desde la que trabajaba. Se lograba así, como por arte de prestidigitación, mantener la unidad del campo psicológico sin eliminar las divergencias existentes. Por largo tiempo se recurrió a nociones que permitían una posición ecléctica sobre la naturaleza de las enfermedades mentales y, en consecuencia, minimizaban las disputas entre las diversas corrientes teóricas.

Las elecciones terapéuticas también respetarían esta supuesta unidad biopsicosocial a través de la idea de la necesidad de intervenciones combinadas, que había surgido casi inmediatamente a la creación de los psicofármacos. Según este principio, tratamientos psicofarmacológicos y psicodinámicos debían ser empleados de forma conjunta pues ambos pueden potenciarse o complementarse. Ciertamente se intentaría dar un fundamento técnico a la combinación de tratamientos, pero el tema iría más allá de la instrumentación técnica y replantearía la relación entre psiquiatría, psicoanálisis y psicología.

De hecho, el enfoque biopsicosocial nunca se transformaría en un cuerpo sólido de conocimiento y la unidad que pregonaba sería endeble. En cierta medida, la concepción biopsicosocial de la enfermedad, que circulaba en el campo de los saberes psicológicos como apelación a la interdisciplina, sería la misma que permitiría aislar los componentes biológicos, psicológicos y sociales y posibilitaría la coexistencia de abordajes dispares del fenómeno depresivo.

Así, en el plano de las intervenciones terapéuticas, lo que en principio podía parecer un gesto unificador, como la idea de la combinación de tratamientos, resultaba en último término un medio para evitar un quiebre profundo entre las diferentes corrientes pero sin tener que darse concesiones unas a otras. La bipartición psicosis-neurosis daba las condiciones de las opciones técnicas, de la articulación y combinación de tratamientos, pero, al mismo tiempo, delimitaba terrenos de intervención exclusivos para cada tipo de intervención terapéutica. Paulatinamente se instauraría un mapeo de las distintas prácticas clínicas y terapéuticas a partir de la disgregación de distintos dominios del fenómeno depresivo. Aquí la noción de especificidad tratamiento-enfermedad se pondría en juego para la correcta repartición de ámbitos de intervención de acuerdo a

los diferentes tipos de depresión. Así, las depresiones neuróticas serían dominio de los tratamientos psicodinámicos practicados por las distintas corrientes psicológicas y las depresiones psicóticas de los tratamientos psicofarmacológicos proporcionados por la psiquiatría. Con ello, cada vertiente de los saberes psicológicos se aseguraba un ámbito de acción propio y el tipo de intervención terapéutica se convertiría en el rasgo distintivo de la práctica clínica psicológica, psicoanalítica o psiquiátrica.

Al mismo tiempo, se asistiría a la proliferación de nuevos objetos de estudio en los que las depresiones se fragmentarían. Estas se desmembrarían en unidades discretas como las depresiones en la infancia, en la adolescencia, en la edad media de la vida, en la tercera edad, depresión en mujeres, insomnio y depresión, depresiones resistentes a los psicofármacos, suicidio y depresión, depresión y duelo, entre otros. Viejas terminologías como la de melancolía o nociones como las de duelo se convertirían en terreno casi exclusivo de los enfoques psicoanalíticos y las restantes categorías en objeto de los enfoques psiquiátricos. A grandes rasgos se instalaría una gran división entre la depresión como tema eminentemente psiquiátrico y el duelo y la melancolía como tema psicoanalítico. Ello constituiría otra forma de delimitar ámbitos relativamente independientes de intervención para la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología.

En última instancia el «acuerdo biopsicosocial» y la división de ámbitos de intervención funcionarían como «modos administrativos» de las relaciones entre los saberes psicológicos uruguayos.

Pero este modo administrativo, que alcanzaría su funcionamiento pleno desde los años ochenta en adelante, nunca conseguiría dar por terminadas las discusiones. A cada momento en el que el debate se reavivaría, como sucedió a finales de los años noventa cuando la idea de una epidemia de depresión que asolaba a la población uruguaya llegó a los medios de prensa, las pugnas volvieron a surgir prácticamente indemnes. La introducción de los antidepresivos en el Uruguay había generado en los saberes psicológicos, además de modificaciones disciplinarias, una corriente de controversia enmarcada en un debate mayor sobre los psicofármacos que se desarrollaría en un territorio en el que nociones técnicas y nociones morales se revelarían como inseparables. Aun acusando recibo de dicha innovación tecnológica con transformaciones en los métodos de investigación, en la práctica clínica y en los cuerpos teóricos, los saberes psicológicos uruguayos permanecen todavía en ebullición y prontos a lanzar una nueva andanada de argumentos y contraargumentos al instante que las imágenes opuestas de la depresión y los antidepresivos vuelvan a aparecer en la arena pública. En ello, los dilemas morales irresolubles y las indeterminaciones técnicas que dieron la clave en la que se desarrolló el debate mantienen abierta hasta el presente la posibilidad de una imagen de los antidepresivos aún en movimiento.

Bibliografía

- Aceprensa (1999). «El yo dividido», *El Observador*, Montevideo, 12 de diciembre.
- Acevedo de Mendilaharsu, Sélka (1985). «A propósito de las depresiones en la edad media de la vida», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 175-179.
- (1998). «Estados de ánimo depresivos», *Relaciones*, n.º 171: 7-9.
- (2000). «Duelo y dolor», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo I. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- y Mendilaharsu, Carlos (1987). «Melancolía y depresión», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, Montevideo, n.º 66: 39-56.
- Achilladelis, Basil y Antonakis, Nicholas (2001). «The dynamics of technological innovation: the case of the pharmaceutical industry», *Research Policy*, 30: 535-588.
- Alterwain, Paulo; Pérez Fontana, Álvaro; González Yosi, Herman, Gratadoux, Enrique y Aguirre, Antonio (1979). «Nuevos aportes a la terapéutica psiquiátrica psicofarmacoterapia», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 44, n.º 261: 110-126.
- Álvarez, Héctor; Grasso, Washington; Martínez, Rubens; Plottier, José Luis y Saporiti, Julio (1972). *Laboratorio de especialidades farmacéuticas. Tomo I*. Montevideo. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Universidad de la República (Mimeo).
- Amaral, Rita y Zijlstra, Alicia (2000). «Suicidio y depresión», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, *Depresión*. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson. 1985.
- (1987). *DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson. 1992.
- (1994). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson. 1995.
- Angell, Marcia (2004). *The Truth About the Drug Companies: How they Deceive us and What to do About it*. Nueva York. Random House. 2005.
- Angulo, Beatriz; Buka, Deborah y González, Elena (2000). «Posible relación entre Depresión y duelos maternos y Asma del niño», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo I. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Appadurai, Arjun (ed.) (1986). *The social life of things. Commodities in cultural perspective*. Nueva York. Cambridge University Press.
- Assandri, José (2000). «La sombra del hombre ha caído sobre el yo», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. *Depresión*. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- (2001). «Nueve tesis para una epistemología de la depresión», *Publicación Oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, n.º 124: 3-10.
- Ayuso, José Luis y Saiz, Jerónimo (1981). *Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas*. Madrid. Interamericana.

- Azanza Perea, José Ramón (2001). *Guía práctica de Farmacología del Sistema Nervioso Central*. Madrid. Pfizer.
- Bachini, Ofelia y Garbarino, Héctor (1956). «Dos observaciones de depresión distímica en relación con la elaboración del duelo», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 21, n.º 122: 39-43.
- Bailador, P.; Viscardi, N. y Dajas, F. (1997). «Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo», *Revista Médica del Uruguay*, 13: 213-223.
- Baranger, Willy (1962). «El muerto-vivo. Estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, vol. IV, n.º 4: 586-603.
- Barindelli Irisarri, Luis A. y Strazzarino, Carlos S. (1962). «El Meleril en psiquiatría pediátrica», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 27, n.º 161: 57-61.
- Barrán, José Pedro (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*. Tomo II. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.
- Bayardo, Eugenio; Puppo Touriz, Héctor; Alterwain, Paulo y Rossi, Jorge (1975). «Trazodone parenteral. Actividad y tolerancia en los primeros pacientes tratados en Uruguay y metodología para un estudio comparativo», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 40, n.º 240: 47-69.
- Bayardo, Eugenio; Puppo Touriz, Héctor; Rossi, Jorge y Alterwain, Paulo (1977) «Clasificación y formas clínicas de las depresiones tardías», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 42, n.º 248: 39-49.
- Bedó, Tomás (1961). «La amitriptilina en el tratamiento de los síndromes depresivos», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 338: 3600-3602.
- (1985). «Las depresiones en las perturbaciones narcisísticas crónicas de la personalidad», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 156-160.
- Benkert, O. (1981). *Reconocimiento del síndrome depresivo*. Alemania. Hoechst.
- Bensade-Vincent, Bernardette y Stengers, Isabelle (1993). *Histoire de la chimie*. París. Éditions la Découverte.
- Bernardi, Ricardo (2000). «Depresión y enfermedad orgánica: desafíos para el psicoanálisis», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo I. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- ; Bouza de Suaya, Graciela y Morató de Neme, Raquel (2000). «Investigación actual sobre la depresión: psicoanálisis e interdisciplinariedad», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo II. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Berrios, Germán E. (1988). «Melancholia and Depression During the 19th Century: A Conceptual History», *British Journal of Psychiatry*, 153: 298-304.
- (1996). *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Berta, Mario (1958). *Límites y campo de acción de la Psicología en relación con la Psiquiatría. Informe a la Sociedad de Psiquiatría*. Montevideo. Instituto de Psicología. Facultad de Humanidades y Ciencias. Universidad de la República.
- y Silveira, Alejandro J. (1959). *La licenciatura en psicología*. Montevideo. Facultad de Humanidades y Ciencias. Universidad de la República.
- Bianculli de Caillabet, Nelly (1967). «Resultados obtenidos con un nuevo fármaco de acción central ergotropa en Clínica Psiquiátrica», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 416: 182-187.

- Bielli, Andrea (2006). «Los psicofármacos como tecnología social: los antidepresivos en el Uruguay», *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*, n.º 7, disponible en <<http://www.oei.es/revistaactsi/numero7/index.html>>.
- Birley, J. L. T. (1990). «DSM-III: From Left to Right or From Right to Left?», *British Journal of Psychiatry*, 157: 116-118.
- Blengio, Eduardo (2000). *Presentación de una Experiencia Clínica en Uruguay con REMERON (mirtazapina) en el tratamiento de la Depresión*. Montevideo. Gramón Bagó.
- Bodewitz, Henk J. H. W.; Buurma, Henk y de Vries, Gerard (1989). «Regulatory Science and the Social Management of Trust in Medicine», en Bijker, Wiebe B.; Hughes, Thomas P. y Pinch, Trevor (eds.), *The Social Construction of Technological Systems*. Cambridge, MA. MIT Press. 1993.
- Borch-Jacobsen, Mikkel (2001). «Making psychiatric history: madness as folie à plusieurs», *History of the Human Sciences*, vol. 14, n.º 2: 19-38.
- Boussard, María (1993). «Insomnio y depresión» en Sociedad Uruguaya de Farmacología y Terapéutica, *I Congreso uruguayo de farmacología clínica y terapéutica*. Montevideo. Oficina del Libro-AEM.
- Braithwaite, John (1984). *Corporate Crime in the pharmaceutical industry*. Boston. Routledge & Kegan Paul. 1986.
- Brum, José Luis (1985a). «Aspectos teórico-clínicos de la depresión», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 161-166.
- (1985b). «Replanteo de la relación entre el psiquiatra y el psicoanalista», *Revista de Psicoterapia. Psicoanalítica*, I (4): 75-79.
- Bruno, Gabriela (s/f). «Entrevista a Madeleine Baranger». Inédito.
- (2001). «Notas para una historia del psicoanálisis en el Uruguay», *Revista Querencia*, n.º 3, disponible en <www.querencia.psico.edu.uy>
- Bustelo, Pedro (1994). *Estudio de la prevalencia del consumo de tranquilizantes menores en la ciudad de Montevideo*. San Pablo. OPS.
- y Rattín, Enrique (2002). «Debate sobre la depresión», *Revista Anudar*, n.º 1: 9-12.
- Caetano Esquivel, Guillermo (1968). «De nuestra experiencia clínica con Catovit», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 417: 206.
- (1988). «Revisión bibliográfica francesas de un antidepresivo IMAO de nuevo generación (Toloxatona)», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 53, n.º 311: 41-53.
- ; Dibbern, Alberto y Boado, Liliana (1993). «Depresión y anticipación. Dopamina. Sistemas dopaminérgicos», en Roberto Fernández Labriola, Héctor Puppo Touriz y Guillermo Caetano Esquivel, *Psiquiatría Biológica Latinoamericana*. Tomo 3. Buenos Aires. Cangrejal Editores.
- Callon, Michel (2007). «What Does it Mean to Say that Economics is Performative?», en MacKenzie, Donald; Muniesa, Fabian y Siu, Lucia (eds.), *Do Economists Make Markets? On the Performativity of Economics*. Princeton, N. J. Princeton University Press.
- Casarotti, Humberto (1969). «Consideraciones teóricas sobre la terapéutica en psiquiatría», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 34, n.º 201: 39-56.
- (1974). «Estado actual de la psiquiatría en el Uruguay: investigación», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 39, n.º. 229: 3-36.
- (1989). «Iatrogenia por prácticas psiquiátricas originadas en modelos parciales de enfermedad mental», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 54, n.º 316: 68-79.

- Casarotti, Humberto (1998). «El futuro de los pacientes psiquiátricos: ¿depende o no de un encuadre médico?», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 62, n.º 2: 7-15.
- (2002). «Depresión a fin del siglo XX», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 66, n.º 1: 56-64.
- (2003). «La depresión en los escritos del Prof. Daniel Murguía», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 67, n.º 2: 156-161.
- Casas de Pereda, Myrta (1988). «El desamparo del desamor», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 67: 55-65.
- Castellano, Gustavo (2000). «De la tragedia a lo cómico: un recorrido posible», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, *Depresión. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo-Uruguay (Ciedur). (1985). *La industria farmacéutica y las transnacionales. Datos de Ciedur*, 10. Montevideo. Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo-Uruguay.
- Cifra (1998). «Depresión en Uruguay: una epidemia oculta», *El País*, 13 de setiembre.
- Clínica Psiquiátrica (1975). «Estado actual de la psiquiatría en el Uruguay. Aspectos Docentes», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 40, n.º 235: 3-14.
- (2004). *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. 1943-2003*. Montevideo. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
- Cloutier, François (1962). «La evolución de la psiquiatría», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 27, n.º 160: 3-12.
- Cohen, David y Jacobs, David H. (2007). «Randomized controlled trials of antidepressants: clinically and scientifically irrelevant», *Debates in Neuroscience*, 1: 44-54.
- Coll, Óscar (2004). «Desarrollo de la investigación en psiquiatría. Un enfoque metodológico», en Clínica Psiquiátrica, *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. 1943-2003*. Montevideo. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
- Comisión de Actividades Científicas (2000). «Presentación», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. *Depresión. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Corominas, Joan y Pascual, José A. (1985). *Diccionario crítico etimológico castellano o hispánico*. Madrid. Gredos.
- Chast, François (1999). «Les médicaments», en Mirko Grmek, *Histoire de la pensée médicale en occident*. París. Editons du Seuil.
- Cherro, Miguel Ángel (1985). «La depresión en los padres del niño analizado» *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 167-170.
- (1985). «Desarrollo y mantenimiento de las depresiones desde una perspectiva conductual», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 201-211.
- Chertok, José Alberto (1985). «Desarrollo y mantenimiento de las depresiones desde una perspectiva conductual», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 201-211.
- Chertok, Léon y Stengers, Isabelle (1989). *Le coeur et la raison. L'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan*. París. Editions Payot. 1991.
- D'Ottone, Álvaro (1996a). «Depresión en la práctica clínica», *Tendencias en Medicina*, Año IV, n.º 8: 63-76.

- D'Ottone, Álvaro (1996b). «Tratamiento de la depresión», *Tendencias en Medicina*, Año IV, n.º 9: 103-110.
- Da Costa, Roberto y Bachini, Ofelia (1957). «Nuevas drogas en la terapéutica psiquiátrica», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 22, n.º 130: 5-20.
- Dagognet, François (1964). *La Raison et les Remèdes*. París. Presses Universitaires de France.
- Dajas, Federico (2001). «Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual», *Revista Médica del Uruguay*, 17:24-32.
- Barbeito, Luis; Lista, Álvaro; Rossi, Jorge; Nin, Álvaro; Asperger, Leo y Silveira, Rodolfo (1984). «Noradrenalina periférica elevada en pacientes melancólicos: efectos de un inhibidor de la monoamino-oxidasa», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 49, n.º 289: 110-118.
- y Barbeito, Luis (1986). «An Association Between Norepinephrine-to-Epinephrine Ratio and Suicidal Ideation in Depression», *American Journal of Psychiatry*, 143 (5): 683.
- Costa, Gustavo; Rivero, Gonzalo y Dajas, Magdalena (1998). «Estudio transcultural de la psicobiología del suicidio y la depresión», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 62, n.º 1: 23-30.
- Lista, Álvaro y Barbeito, Luis (1984). «High urinary norepinephrine excretion in major depressive disorders: effects of a new type of MAO inhibitor (Moclobemide, RO 11-1163)», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70: 432-437.
- Nin, Álvaro y Martínez, Susana (1987). «Perfil clínico y psicopatológico de pacientes deprimidas que responden al tratamiento con maprotilina», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 52, n.º 308: 79-88.
- De la Fuente, Ramón (1960). «Resumen del Coloquio Internacional sobre Estados Depresivos realizado en Buenos Aires del 21 al 23 de marzo de 1960», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 25, n.º 146: 23-32.
- De la Hanty, Pilar (2000). «Duelo en el analista: impacto en la sesión. Aproximaciones y notas», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, *Depresión. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Debellis de Garín, Juana (1978). «Depresión y sus alteraciones bioquímicas y enzimáticas», en Ministerio de Educación y Cultura-Universidad Mayor de la República. Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. *Primer Curso de Perfeccionamiento para psiquiatras del Cono Sur. Actualización en Terapéutica Psicofarmacológica*. Primer Tomo. Montevideo. MEC.
- Departamento de Estudios Económicos-CIU (2000). *La industria farmacéutica en el Uruguay*. Disponible en <www.ciu.com.uy/informe/farmaceutica.doc>
- Derrida, Jacques (1996). *Resistencias del psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós. 1998.
- (2000). *Estados de ánimo del psicoanálisis. Lo imposible más allá de la soberana crueldad*. Buenos Aires. Paidós. 2001.
- Dighiero, Jorge; Mazan, J.; Aguirre, C.V y Rudif, J. (1958). «La Iproniazida (Marsilidâ) en el tratamiento del dolor anginoso», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 302: 2192-2198.
- Doce Pouso, Román (1985). «Depresión como síntoma en el síndrome de abandono en niños mentalmente deficitarios», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 218-221.
- Double, Duncan (2002). «The limits of psychiatry», *British Medical Journal*, 324: 900-904.
- Dousset, Jean-Claude (1985). *Histoire des médicaments. Dès origines à nos jours*. París. Payot.

- Duarte, Luiz Fernando Dias (1997). «Introdução: a análise da pessoa moderna pela histórica e etnografia dos saberes psicológicos» en Dias Duarte, Luiz Fernando y Russo, Jane. *Noção de Pessoa e Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil. Cadernos do IPUB*, n.º 8. Río de Janeiro. Instituto de Psiquiatria. UFRJ.
- Dumit, Joseph (2002). «Drugs for Life», *Molecular Interventions*, 2 (3): 124-127.
- (2003). «Is It Me or My Brain? Depression and Neuroscientific Facts», *Journal of Medical Humanities*, 24 (1/2): 35-47.
- y Greenslit, Nathan (2006). «Informed Health and Ethical Identity Management», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30: 127-134.
- El Diario Médico* (2008). «Depresión: enfermedad subtratada y subdiagnosticada», *El Diario Médico*, julio.
- El País* (1997). «Laboratorios farmacéuticos extranjeros concentran productos en megaplantas», *El País*, 8 de abril.
- (1999). «Cuando la tristeza se convierte en una enfermedad capaz de matarnos», *El País*, 28 de mayo.
- Ehrenberg, Alain (1991). «Un mundo de funámbulos», en *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires. Nueva Visión. 1994.
- (1998). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y Sociedad*. Buenos Aires. Nueva Visión. 2000.
- Engel, George L. (1980). «The clinical application of the biopsychosocial model», *American Journal of Psychiatry*, 137: 535-544.
- Errandonea, Elena (2000). «La depresión en la mujer», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo II. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Estable, B.; Porteiro, I. y Ruiz Rossi, M. (1992). «Depresión en la infancia», *Intercambio*, n.º 15: 11-13.
- Ey, Henri; Bernard, Paul y Brisset, Charles (1965). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona. Masson. 1978.
- Fernández Labriola, R.; Caetano, G.; Álvarez, M. y Milano, A. (1991) «Utilización de una molécula en el tratamiento de depresiones resistentes: toloxatona (comunicación preliminar)», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 55, n.º 323-324: 13-21.
- Ferrari Forcade, Álvaro y Alfonso Trindade, Lina (1963). «Efectos del Ro5-2807 («Valium») sobre el tono muscular y el tiempo reflejo rotuliano en la hemiplejía», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 363: 4706-4708.
- Fink, Paul J. (1988). «Response to the Presidential Address: Is «Biospsychosocial» the Psychiatric Shibboleth?», *American Journal of Psychiatry*, 145 (9): 1061-1067.
- Fink, M. y Taylor, M. A. (2007). «Resurrecting melancholia», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (Suppl, 433): 14-20.
- Fishman, Jennifer. 2004. «Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction», *Social Studies of Science*, 34 (2): 187-218.
- Folle de María, Andrés (1973). «Uso del Oxazepan a altas dosis en pacientes ambulatorios de la práctica psiquiátrica privada», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 479: 400.
- Fonagy, Peter *et al.* (1999). *Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis. Informe preparado por el Comité de Investigación de la API a pedido de su presidente*. Londres. Asociación Psicoanalítica Internacional.
- Ford, R. B.; Branham, H. E. y Cleekley, J. J. (1960). «Isocarboxazida: un nuevo medicamento antidepresivo», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 25, n.º 147: 51-52. Versión

- en inglés 1959. «Isocarboxazid: A New Antidepressant Drug», *Clinical Medicine*, 6: 1559.
- Frances, Allen; Mack, Abraham H.; First, Michawl R. *et al.* (1994). «*DSM-IV* Meets Philosophy», *Journal of Medicine and Philosophy*, 19, 3: 207-218.
- Freire de Garbarino, Mercedes (1988). «Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, noviembre: 3-10.
- (1989). «Clínica de la depresión en el lactante», *Revista de la Appia*, Tomo 9: 5-7.
- Freud, Sigmund (1916a). «Psicoanálisis y psiquiatría», en *Obras Completas*, vol. 16. Buenos Aires. Amorrortu. 1996.
- (1916b). «El sentido de los síntomas», en *Obras Completas*, vol. 16. Buenos Aires. Amorrortu. 1996.
- (1917). «Duelo y Melancolía», en *Obras Completas*, vol. 14. Buenos Aires. Amorrortu. 1996.
- (1923). «El yo y el ello», en *Obras Completas*, Vol. 19. Buenos Aires. Amorrortu. 1996.
- (1926). «¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial», en *Obras Completas*, vol. 20. Buenos Aires. Amorrortu. 1996.
- Fried, Stephen (2000). «La nueva cultural legal de las drogas», *Rolling Stone*, junio: 40-44.
- Frioni de Ortega, Mireya y Nin, Álvaro (2000). «Presentación», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo I. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Fundación Cazabajones (s/f). «*Salud Cazabajones*», Órgano oficial de difusión de la Fundación Cazabajones, n.º 1. Montevideo.
- Galeano Muñoz, Jorge (1961). «Depresión paranoide», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, Tomo IV, n.º 4: 604-620.
- (1969). «Nuevo benzodiazepínico de acción intermedia, el Ro5-4556 (Nobrium)», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 435: 318-320.
- (1984). «Melancolía», en *Un itinerario: artículos, textos*. Montevideo. Trilce. 1990.
- (1985). «Melancolía y formas clínicas de las depresiones», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 97-104.
- Jorge; Brum, José Luis; Casarotti, Humberto; Dosil de Ramírez, Esther; Grucci de Galeano, Laura y Cavagnaro, Sara (1967). «Experiencia con el Thioprothixeno», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 408: 1298-1305.
- Galeano Muñoz, Jorge y Bedó, Tomás (1961). «Primeros ensayos clínicos con un nuevo derivado de la Benzodiazepina, el Ro5-2807», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 342: 3782-3787.
- Galeano Muñoz, Jorge y Dokow, Federico (1967a). «El Ro5-4556 en el tratamiento del alcoholismo crónico», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 411: 23-25.
- (1967b). «El uso del Limbitrol en la depresión», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 414: 113.
- Galeano Muñoz, Jorge y Rarmírez, Fortunato (1961). «Efectos clínicos del Taractan», *Anales de la Clínica Psiquiátrica*, Tomo II-1959: 183-191.
- Galeano Muñoz, Jorge; Ramírez, Fortunato y Pla, Juan Carlos (1959). «Ensayos clínicos de un derivado del Tioxanten (Ro4-0403)», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 316: 2743-2754.
- Galeano Muñoz, Jorge; Ulriksen de Viñar, Maren y Viñar, Marcelo N. (1964). «Acción del Ro4-5360 en los trastornos del sueño», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 369: 4956-4958.

- Garbarino, Héctor (1959). «La posición depresiva y melancolía», *Anales de la Clínica Psiquiátrica*, Tomo I-1958: 57-71.
- (1985). «Las depresiones narcisísticas», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 171-174.
- (1994). «La depresión. Conferencia del Prof. Dr. Héctor Garbarino dictada el 18/3/94», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 58, n.º. 329: 5-12.
- García, Javier (1998). «Fragmentos sobre tiempo, duelo y angustia (en el fin del milenio)», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88: 112-130.
- (2000). «Nociones de duelo y conceptos psicoanalíticos afines», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, *Depresión. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- García, Valeria (2001). «Ser depresivo dejó de ser un tabú», *El Observador*, 26 de agosto.
- García Austt, Elio (1950a). «Lección inaugural del curso de Clínica Psiquiátrica», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 15 n.º 88: 3-18.
- (1950b). «Neurosis y vida cotidiana», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 15 n.º 90: 3-8.
- Elio; Ramírez, Fortunato; Bachini, Ofelia y Tobler, Carlos Hugo (1954). «Resultados terapéuticos en tres estados de agitación tratados por hibernación moderada», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 19, n.º 109: 17-41.
- Gaspar, Esteban (1985). «Aspectos psicosociales en la enfermedad depresiva», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 105-110.
- Balparda, Susana; Escanella, Daniel; Amarelle, Adriana; Queirolo, Lilián y Bellegoti, Rosana (1993). «Consideraciones nosográficas y epidemiológicas sobre la interconsulta psiquiátrica en un hospital general», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 57, n.º 326: 43-57.
- Gaspar, Esteban y Laguarda, Manuel (1978). «El factor psicológico en la terapéutica psicofarmacológica» en Ministerio de Educación y Cultura. Universidad Mayor de la República. Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. *Primer Curso de Perfeccionamiento para psiquiatras del Cono Sur. Actualización en Terapéutica Psicofarmacológica*. Primer Tomo. Montevideo. MEC.
- Gaspar, Esteban y Ramírez, Álvaro (1983). «Depresiones psicógenas», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 48, n.º 288: 326-334.
- y García, Josefa (1984). «Depresiones psicógenas: neuróticas, de agotamiento, características y existenciales», en Puppo Touriz, Héctor y cols., *Depresiones*. Montevideo. Ciba-Geigy.
- Gelijns, Annetine C. y Rosenberg, Nathan (1995). «The Changing Nature of Medical Technology Development», en Rosenberg, Nathan; Gelijns, Annetine C. y Dawkins, Holly (eds.), *Sources of Medical Technology: Universities and Industry, Medical Innovation at The Crossroads*. Vol. V. Washington, DC. National Academy Press.
- Genis, Abraham (1957). «Clorpromazina en la Terapéutica de Sakel», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 22, n.º 131: 37-42.
- (1960). «Síndromos depresivos en delirantes tratados con clorpromazina», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 25, n.º 147: 43-50.
- (1961). «Síndromos depresivos en el curso de tratamiento clorpromazínico de síndromos delirantes», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 342: 3768-3801.
- (1973). *Psiquiatría para profanos*. Montevideo. El Prado.

- Gigerenzer, Gerd (1987). «Probabilistic Thinking and the fight against Subjectivity», en Krüger, Lorenz; Gigerenzer, Gerd y Morgan, Mary S. (eds.), *The Probabilistic Revolution. Vol. 2. Ideas in the Sciences*. Cambridge, MA. MIT Press.
- Ginés, Ángel (s/f). *Programa de psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Uruguay)*. Montevideo. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Mimeo.
- (1999). «Hacia una renovación permanente de nuestra joven y centenaria psiquiatría», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 63, n.º 1: 27-43.
- (2000). «Desarrollo y estado actual de la psiquiatría en el Uruguay». *Revista de la Asociación Psiquiátrica Peruana*, disponible en <www.sitiomedico.com.uy>
- Ceroni, Claudia; Fernández, Beatriz et al. (1996). «Desarrollo de una propuesta de investigación en psicoterapia», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 60, n.º 334: 49-56.
- Goldstein, Nelson (1963a). «Experiencias clínicas con el preparado Ro5-2807 (Valium) en los Síndromes epilépticos, fóbicos y obsesivos», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 359: 4492-4495.
- (1963b). «Experiencias con Valium y sus indicaciones en clínica somática y psiquiátrica», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 362: 4633-4637.
- (1966). «Estudio clínico del preparado Ro4-6270 (Limbitrol) en clínica Geriátrica», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 394.
- (1967). «Experiencias clínicas con un nuevo ansiolítico: Ro5-4556», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 415: 146.
- (1969). «Tres años de experiencia con «Nobrium»: un nuevo tranquilizante», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 440: 533-535.
- y Morelli, Alberto C. (1968). «Nuevo enfoque de cuadros distímicos depresivos y su relación con la arteriosclerosis. (Investigación interdisciplinaria)», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 33, n.º 194: 3-24.
- González Gentile, Fernando (1990). «La nosología actual de las depresiones», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 55, n.º 319-320: 4-24.
- González Machado, Luis; Montes, José María y Rey Álvarez, Aída (1990). *Farmanuario 90/91. Guía fármaco-terapéutica*. Montevideo. MG.
- González Machado, Luis y Montes, José María (2000). *Farmanuario Uruguay 2001. Guía fármaco-terapéutica*. Montevideo. Farmanuario SRL.
- (1998). *Farmanuario Uruguay 1998. Guía fármaco-terapéutica*. Montevideo. Farmanuario SRL.
- González Vieri, Jorge (1999). «La muerte en el espejo», *El País*, 29 de marzo.
- Green, André (1991). «Desconocimiento del inconciente (ciencia y psicoanálisis)», en Dorey, Roger; Castoriadis, Cornelius; Enriquez, Eugène; Thom, René; Fridman, Wolf; Berquez, Gérard y Green, André, *El inconciente y la ciencia*. Buenos Aires. Amorrortu. 1993.
- Griot, Ulises (1960). «El uso del Librium en cuadros vertiginosos», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 328: 3178-3180.
- (1961). «El Taractan “Roche” en los trastornos del carácter y de la conducta», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 340: 3682-3685.
- Grois, Manuel (1961). «Usos diversos del Taractan en anestesiología», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 333: 3391-3394.

- Gutiérrez, Mariel (2000). «Acerca de la transmisión de los duelos en una niña», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo I. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Guze, Samuel (1989). «Biological Psychiatry: is there any other kind?», *Psychological Medicine*, 19 (2): 315-323.
- Hacking, Ian (1988). «Telepathy: Origins of Randomization in Experimental Design», *Isis*, 79: 427-451.
- (1995). *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton, N. J. Princeton University Press.
- (1998). *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. Princeton, N. J. Princeton University Press.
- Haslam, Nick (2003). «Kinds of Kinds: A Conceptual Taxonomy of Psychiatric Categories», *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, vol. 9, n.º 3: 203-217.
- Healy, David (1991). «The Marketing of 5-Hydroxytryptamine: Depression or Anxiety?», *British Journal of Psychiatry*, 158: 737-742.
- (1996). «Psychopharmacology in the new medical state», en *Psychotropic Drug Development*. Healy, David y Doogan, Declan P. (ed.). Londres. Chapman & Hall.
- (1997). *The Antidepressant Era*. Cambridge, MA. Harvard University Press. 2000.
- (1998). *The Psychopharmacologists II*. Londres. Chapman and Hall.
- (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- (2004a). «Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves», *Social Studies of Science*, 34 (2): 219-245.
- (2004b). *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship between Pharmaceutical Industry and Depression*. Nueva York. New York University Press.
- y Cattell, Dinah (2003). «Interface between authorship, industry and science in the domain of therapeutics», *British Journal of Psychiatry*, 183: 22-27.
- Healy, David y Thase, Michael E. (2003). «Is academic psychiatric for sale?», *British Journal of Psychiatry*, 182: 388-390.
- Heinze, G.; Rossel, I.; Gabecic, I. et al. (1993). «Double-blind comparison of moclobemide and tranlycypromine in depression», *Pharmacopsychiatry*, 26: 240-245.
- Herrera, Magdalena (2008). «La depresión ataca más», *El País*, 15 de junio.
- Hindmarch, I. (2002). «Beyond the monoamine hypothesis: mechanisms, molecules and methods», *European Psychiatry*, 17 Suppl 3: 294-9.
- Hobson, J. Allan y Leonard, Jonathan A. (2001). *Out of its Mind. Psychiatry in Crisis. A Call for Reform*. Cambridge, MA. Perseus Publishing.
- Hoffnung, Hersch (1989). «Prevención y tratamiento de la depresión. Introducción al Simposio sobre prevención y tratamiento de la depresión», *Revista de la Appia*, Tomo 9: 33-36.
- Hug-Helmut, Hermine von (1965). «El concepto de muerte en el niño», *Revista de Psicoanálisis del Uruguay*, 88: 7-21. 1998.
- I. B. (1951). «Comentario sobre libro Méthodes biologiques en clinique psychiatrique por Jean Delay», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 213: 400.
- Ihlenfeld de Arim, Sonia (1998). «Breve comentario de Hermine v. Hug-Helmut», *Revista de Psicoanálisis del Uruguay*, 88: 22-23.

- Ithurralde, Julio y Forselledo, Ariel (1985). «Psicodrama en las depresiones involutivas y seniles», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 222-226.
- Jackson, Stanley W. (1986). Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid. Turner. 1989.
- Junta Nacional de Drogas (2000). *Segunda encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de drogas*. 1998-1999. Montevideo (Mimeo).
- Junta Nacional de Drogas (2001). 3.ª *Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de drogas. Informe de Investigación*, disponible en http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/3ra_encuesta_prevalencia_drogas_2001-rev6.pdf
- (2002). *Percepción social de las drogas. Informe de investigación*, disponible en http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/resumen_invest_percepcion_social_de_las_drogas.doc
- Kandel, Eric R. (1999). «Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited», *American Journal of Psychiatry*, 156: 505-524.
- Kaptschuk, Ted J. (1998). «Intentional Ignorance: A History of Blind Assessment and Placebo Controls in Medicine», *Bulletin of the History of Medicine*, 72, 3: 389-433.
- Kendell, R. E. (1976). «The Classification of Depressions: A Review of Contemporary Confusion», *British Journal of Psychiatry*, 129: 15-28.
- Kirk, Stuart A. y Kutchins, Herb (1992). *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*. Nueva York. Aldine de Gruyter.
- Klein, Alejandro (2000). «La depresión adolescente desde la tríada: objeto inexistente-objeto anhelado-objeto reconocedor», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, *Depresión*. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Klerman, Gerald L. (1972). «Psychotropic Hedonism vs. Pharmacological Calvinism», *The Hastings Center Report*, vol. 2, n.º 4: 1-3.
- (1982). «The Psychiatric Revolution of the Past Twenty-five Years», en Gove, Walter (ed.), *Deviance and Mental Illness*. Beverly Hills, CA. Sage Publications.
- Vaillant, George E.; Spitzer, Robert L. y Michels, Robert (1984). «A Debate on DSM-III», *American Journal of Psychiatry*, 141 (4): 539-553.
- Kline, Nathan S. (1970). «Monoamine Oxidase Inhibitors: An Unfinished Picaresque Tale», en Ayd, F. y Blacwell, B. (eds.), *Discoveries in Biological Psychiatry*. Philadelphia. Lippincott.
- Kielholz, Paul (1961). *Clínica, diagnóstico diferencial y tratamiento de los estados depresivos*. Acta psicossomática, Documenta Geigy, n.º 2. Edición hispanoamericana. Basilea. Geigy.
- Korovsky, Edgardo (1985). «El Psicoanálisis en el Río de la Plata», *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, vol. 1, n.º 4: 25-44.
- Kramer, Peter D. (1993). *Escuchando al Prozac. Un psiquiatra explora el campo de los antidepresivos*. Barcelona. Seix Barral. 1994.
- Kristeva, Julia (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid. Cátedra. 1995.
- Kuhn, Roland (1958). «The Treatment of Depressive States with G 22355 (Imipramina Hydrochloride)», *American Journal of Psychiatry*, 115: 459-464.
- (1979). «Estado actual del tratamiento de las depresiones. Comunicación presentada en al XII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría, 12 al 14 de mayo de 1977, Barcelona, España», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 44, n.º 261: 130-136.

- Kuhn, Roland (1998). «From imipramina to levoprotiline: the discovery of antidepressants», en David Healy, *The Psychopharmacologists II*. London. Chapman and Hall.
- (2002). «El síntoma como hecho a ser comprendido», *Revista Relaciones*, n.º 212/213: 11-13.
- La República (2001a). «El 70 % de los depresivos ignora que está enfermo», *La República*, 15 de julio.
- (2001b). «La depresión cobra más víctimas que el sida entre los uruguayos», *La República*, 15 de julio.
- (2001c). «En el mundo el 6 % de niños y jóvenes padece la enfermedad», *La República*, 15 de julio.
- (2008). «Más sobre la depresión en los jóvenes», *La República*, 5 de julio.
- Lakoff, Andrew (2000). «Adaptive Will: The Evolution of Attention Deficit Disorder», *Journal of the History of the Behavioural Sciences*, 36 (2): 149-69.
- (2004). «The Anxieties of Globalization: Antidepressant Sales and Economics Crisis in Argentina», *Social Studies of Science*, 34 (2): 247-269.
- (2005). *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Laplantine, François (1986). *Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Buenos Aires. Ediciones del Sol. 1999.
- Lara, Julio (2008). «Depresión, desesperanza y suicidio», *Últimas Noticias*, 11 de julio.
- Latour, Bruno (1987). *Ciencia en acción*. Barcelona. Labor. 1992.
- Lehmann, Heinz E. (1958). «Tranquilizantes y otras drogas psicotrópicas en la práctica clínica», transcripción de *The Canadian Medical Journal*, 79 (9), 1958 y de *La Prensa Médica Argentina*, vol. 46, n.º 8, 1959, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1960, vol. 25, n.º 145: 11-36.
- y Kline, Nathan S. (1983). «Clinical discoveries with antidepressant drugs», en Parnham, M. J. y Bruinvels, J. (eds.), *Discoveries in Pharmacology. Volume I. Psycho and Neuropharmacology*. Ámsterdam. Elsevier Science Publishers.
- Leonard, Henrietta; March, John; Kenneth, Rickler y Allen, Albert John. (1998). «Farmacología de los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina en niños y adolescentes», transcripción del *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n.º 6, 1997, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 62, n.º 2: 61-73.
- Levy, Mauricio (1983). «O DSM-III e a homossexualidade», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 48, n.º 288: 335-344.
- Liebenau, Jonathan (1987). *Medical Science and Medical Industry. The Formation of the American Pharmaceutical Industry*. Hong Kong. Macmillan Press.
- Lista Varela, Álvaro (1994). «Nuevos antidepresivos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Su impacto en el manejo de la depresión» *Revista Médica del Uruguay*, 10 (3): 178-184.
- (1996). «Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el escenario del internista y médico general», *Archivos de Medicina Interna*, vol. 18, n.º 3: 117-121.
- (1999). «Tratamiento de la depresión en medicina general», *Tendencias en Medicina*, Año VII, n.º 14: 54-70.
- López Mercao, José (2000). «La vida es sueño. Profesor Emérito Daniel Murguía: Maestro de la medicina», *Noticias*, n.º 107: 58-61.

- Lyford-Pike, Alexander; Flores, Daniel; Castro, Guillermo y Atchugarry, Marcos (1989). «Los trastornos del sueño como marcador biológico de la depresión endógena», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 54, n.º 318: 237-242.
- M. H. (2008). «El dinero compra felicidad», *El País*, 27 de julio.
- Magherini, Graziella (1996). *¿Sobrevivirá el psicoanálisis? El desafío de los psicofármacos y de Internet. Una apasionada defensa de la ciencia y de las terapias fundadas por Freud*. Madrid. Asociación Psicoanalítica de Madrid. Biblioteca Nueva. 1998.
- Maggi, Irene; Varela, Gonzalo y Flechner, Silvia (1998). «Terceras Jornadas Clínicas sobre Adolescencia. 18 al 19 de setiembre de 1998. «La depresión y sus máscaras», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 88: 202-203.
- Margolis, Efraín (1981). *El medicamento y el costo de atención médica*. Montevideo. Publicación del CASMU.
- Mariátegui, Javier (1982). «Desórdenes afectivos en la senescencia y en la senectud», en Puppo Touriz, Héctor y Bianchi Saus, Alejandro (eds.), *Aspectos Psiquiátricos y Psicológicos de la Involución y la Vejez. 4.º Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur*. Montevideo. Universidad Mayor de la República. Facultad de Medicina. Clínica Psiquiátrica.
- Marks, Harry M. (1997). *The Progress of Experiment Science and Therapeutic Reform in the United States. 1900-1990*. Nueva York. Cambridge University Press.
- Martínez Pesquera, Guzmán (1985). «La pseudodemencia depresiva», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 111-116.
- (1988). «La psiquiatría como rama de la medicina necesita de una clasificación», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 53, n.º 311:19-28.
- Martínez Soto, Daniel (1999). «Clubes “de cazabajones”, al rescate de los deprimidos», *El País*, 25 de agosto.
- Martínez Tehaldo, Roberto y Regules, Zapicán (1970). «Evaluación clínica sobre veinte pacientes tratados con Doxepina (P-3693 A)», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 445: 697-706.
- Martinovic, Miriam y Kovacs, Jenny (2000). «Depresión en la vejez» en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo II. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Matthews, J. Rosser (1995). *Quantification and the Quest for Medical Certainty*. Princeton, N. J. Princeton University Press.
- Mas de Ayala, Isidro (1943). *Por qué se enloquece la gente. Dinámicas de la conducta humana y normas para la salud psíquica*. Montevideo. Monteverde Impresores.
- (1953). «El porvenir de la psiquiatría», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 243: 633-644.
- (1956). «Nuevas drogas en terapéutica psiquiátrica. Mecanismo de acción de la cloropromazina y sus aplicaciones en psiquiatría.» *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 21, n.º 125: 17-30.
- (1957). «Los medicamentos neurolépticos en las neurosis», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 22, n.º 130: 65-68.
- Ministerio de Salud Pública (1977). *Formulario terapéutico nacional. 2.ª edición*. Montevideo. Ministerio de Salud Pública.
- (1987). *Formulario terapéutico nacional. 4.ª edición*. Montevideo. Ministerio de Salud Pública.

- Mirowski, Philip y Van Horn, Robert (2005). «The Contract Research Organization and the Commercialization of Scientific Research», *Social Studies of Sciences*, 35 (4): 503-548.
- Moncrieff, Joanna (2002). «The antidepressant debate», *British Journal of Psychiatry*, 180: 193-194.
- y Cohen, David (2006). «Do Antidepressants Cure or Create Abnormal Brain States?», *PLoS Medicine*, 3 (7): e240.
- Montenegro, Ariel (1985). «Taller. Manejo de la depresión con psicodrama», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 227-231.
- Monti, Jaime (1993). «Proyección clínica de los nuevos agonistas y antagonistas de los receptores serotoninérgicos», en Sociedad Uruguaya de Farmacología y Terapéutica, *I Congreso uruguayo de farmacología clínica y terapéutica*. Montevideo. Oficina del Libro-AEM.
- (1998). «La hipótesis serotoninérgica de la depresión» *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 62, n.º 1: 19-22.
- Alterwain, P. y Monti, D. (1990a). «Effect of the reversible monoamine oxidase-A inhibitor moclobemide on sleep of depressed patients», *European Journal of Pharmacology*, 183 (4): 1386-1387.
- (1990b). «The effects of moclobemide on nocturnal sleep of depressed patients», *Journal of Affective Disorders*, 20 (3): 201-208.
- Alvaríño, F.; Cardinali, D.; Savio, I. y Pintos, A. (1999). «Polysomnographic study of the effect of melatonin on sleep in elderly patients with chronic primary insomnia», *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 29: 85-98.
- Monti, Jaime; Alvaríño, Fernando y Monti, Daniel (2000). «Conventional and Power Spectrum Analysis of the Effects of Zolpidem on Sleep EEG in Patients with Chronic Primary Insomnia», *Sleep*, vol. 23, n.º 8: 1075-1084.
- Monti, Jaime y Monti, Daniel (2000). «Sleep disturbance in generalized anxiety disorder and its treatment», *Sleep Medicine Reviews*, vol. 4, n.º 3: 263-276.
- Moskowitz, Jay *et al.* (1981). «Biomedical Innovation: The Challenge and the Process», en Roberts, Edward; Levy, Robert; Finkelstein, Stan; Moskowitz, Jay y Sondik, Edward (eds.), *Biomedical Innovation*. Cambridge, MA. MIT Press.
- Muñoz, Alicia y Sassano, Luis (1993). *Efectos y complicaciones del uso de psicofármacos durante el embarazo, parto y puerperio*. Montevideo. Mimeo.
- Murguía, Daniel (1959). «Aportes modernos en terapéutica psiquiátrica», *Anales de la Clínica Psiquiátrica. Curso perfeccionamiento 1958*. Tomo I-1958: 177-203.
- (1966). «La depresión existencial entre las víctimas de persecución racial, una causal de indemnización», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 31, n.º 185: 3-10.
- (1980). «Fenomenología de la depresión», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 45, n.º 270: 237-257.
- (1982). «Fenomenología de la vejez. Sus fronteras con el estado depresivo», en Héctor Puppo Touriz y Alejandro Bianchi Saus (eds.), *Aspectos Psiquiátricos y Psicológicos de la Involución y la Vejez. 4.º Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur*. Montevideo. Universidad Mayor de la República. Facultad de Medicina. Clínica Psiquiátrica.
- (1983). «Clasificación de las depresiones», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 48, n.º 288: 309-325.
- (1985a). «Los 50 años de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 89-94.

- Murguía, Daniel (1985b). «Efectos iatrogénicos de las drogas antidepresivas y ansiolíticas», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 295: 1-16.
- (1986a). «Neurofisiología de la depresión fundamento para su unidad nosológica», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 51, n.º 303-304: 131-142.
- (1986b). «Alteraciones electroencefalográficas del sueño en los síndromes depresivos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 51, n.º 305-306: 209-219.
- (1988). «La psiquiatría biológica una denominación redundante?», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 53, n.º 314: 193-195.
- (1989). «El ayer y el hoy de la psiquiatría biológica», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 54, n.º 318: 212-230.
- (1990). «La depresión un desafío para la Salud Pública», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 55, n.º 319-320: 1.
- (1993). «Prólogo» en Fernández Labriola, Roberto, Puppo Touriz, Héctor y Caetano Esquivel, Guillermo *Psiquiatría Biológica Latinoamericana*, Tomo 3. Buenos Aires. Cangrejal Editores.
- (1994). «La depresión. Conferencia del Prof. Dr. Daniel Murguía dictada el 18/3/94», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 58, n.º 329: 13-22.
- (1999). «Prof. Dr. Fortunato Ramirez», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 63, n.º 1: 123.
- (2000a). «Testamento de gratitud», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 64, n.º 3: 453-461.
- (2000b). «Daniel Murguía, testigo y protagonista de la revolución psiquiátrica del siglo XX», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 64, n.º 3: 442-452.
- y Reyes Terra, José M. (1957). «Tratamiento de las perturbaciones mentales crónicas con los medicamentos neurolépticos y atarácicos solos o combinados», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 22, n.º 130: 35-52.
- Murguía, Daniel y Soiza Larrosa, Augusto (1987). «Desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 52, n.º 309-310: 169-179.
- Nin, Álvaro (2000). «Reflexiones sobre las incidencias de las perturbaciones narcisistas en el trabajo del duelo», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo I. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Oepen, Godehard; Harrington, Anne y Füngeld, Matthias (1990). «Normality and Mental Illness-Dimensions Versus Categories: Theoretical Considerations and Experimental Findings», en Spitzer, Manfred y Maher, Brendan A. (eds.), *Philosophy and Psychopathology*. Nueva York. Springer-Verlang.
- Oiberman, Alicia (2001). «Pioneros de la psicología: Historias de vida... cuando la vida es historia», *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, n.º 3: 27-42, disponible en www.palermo.edu/cienciassociales/pdf/Psico3/3Psico%2003.pdf
- Oikos (1978). *Estudio del mercado farmacéutico uruguayo*. Vol. 1 y 2. Enero-diciembre. Montevideo (Mimeo).
- (1979). *Estudio del mercado farmacéutico uruguayo*. Vol. 1 y Anexo. Enero-diciembre. Montevideo. Mimeo.
- (1980). *Estudio del mercado farmacéutico uruguayo*. Vol. 1 y Anexo. Enero-diciembre. Montevideo (Mimeo).
- (1981a). *Estudio del mercado farmacéutico uruguayo. Año V. Anexo*. Vol. 9. Julio-diciembre. Montevideo (Mimeo).

- Oikos (1981b). *Estudio del recetario médico uruguayo. Junio de 1980-julio de 1981*. Montevideo (Mimeo).
- (1982a). *Estudio del mercado farmacéutico uruguayo. Año VI. Vol. 11. Tomo 1 y Anexo. Julio-diciembre*. Montevideo (Mimeo).
- (1982b). *Estudio del recetario médico uruguayo. Junio de 1981-julio de 1982*. Montevideo (Mimeo).
- (1983a). *Estudio del mercado farmacéutico uruguayo. Año VIII. Vol. 13. Tomo 1 y Anexo. Julio-diciembre*. Montevideo (Mimeo).
- (1983b). *Estudio del recetario médico uruguayo. Junio de 1982-julio de 1983*. Montevideo (Mimeo).
- (1984a). *Estudio del mercado farmacéutico uruguayo. Año IX. Vol. 15. Tomo 1 y Anexo. Julio-diciembre*. Montevideo (Mimeo).
- (1984b). *Estudio del recetario médico uruguayo. Junio de 1983-julio de 1984*. Montevideo (Mimeo).
- (1985). *Estudio del mercado farmacéutico uruguayo. Año IX. Vol. 17. Anexo. Julio-diciembre*. Montevideo (Mimeo).
- Olie, Jean Pierre (s/f). *La psiquiatría ¿puede prescindir de los IMAO?* Montevideo. Rhône-Poulenc.
- Olivera Guerra, Silvia y Espíndola Ferrer, Sandra (1997). *Rol de los inhibidores de la recaptación de serotonina en la psiquiatría actual*. Montevideo (Mimeo).
- Oltman, J. E. y Friedman, S. (1960). «Comunicación preliminar sobre el uso del Marplan en los estados depresivos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 25, n.º 146: 55-56.
- Orrego Bonavita, Mario (1985a). «Depresión en la esquizofrenia», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 117-121.
- (1985b). «Teoría, método, técnicas generales y terapéuticas del psicodrama aplicados a las depresiones mayores», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 232-261.
- y Ramírez, Álvaro (1982). «Las depresiones paranoides», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 47, n.º 281: 203-210.
- Paciuk, Saúl (1998). «Duelos depresivos y duelos reparatorios», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 88: 90-111.
- Parker, Gordon; Anderson, Ian M. y Haddad, Peter (2002). «Clinical trials of antidepressant medications are producing meaningless results», *British Journal of Psychiatry*, 183: 102-104.
- Pelento, María Lucila (1998). «Duelos en la infancia», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 88: 24-38.
- Pérez Gambini, Carlos (1999). *Historia de la Psicología en el Uruguay. Desde sus comienzos hasta 1950*. Montevideo. Arena.
- Pérez Fontana, Álvaro (1981). «La terapéutica de la depresión psicótica», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 46, n.º 272: 56-74.
- (1984). «El sustrato orgánico de las depresiones y su posible repercusión en la clasificación de las mismas», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 49, n.º 289: 3-12.
- Peyer, Hans Conrad (1996). *Roche: historia de una empresa 1896-1996*. Basilea. Ediciones Roche.
- Pignarre, Philippe (1995). *Les deux médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*. París. Éditions la Découverte.

- Pignarre, Philippe (1997). *Qu'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange entre science, marché et société*. París. Éditions la Découverte.
- (2001). *La depresión. Una epidemia de nuestro tiempo*. Barcelona. Debate. 2003.
- (2003). *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona. Gedisa. 2005.
- Plotkin, Mariano (2003). «Psychiatrists and the Reception of Psychoanalysis, 1910s-1970s», *Argentina on The Couch. Psychiatry, State and Society, 1880 to the Present*. Albuquerque. University of New Mexico Press.
- Porter, Theodore M. (1995). *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton, NJ. Princeton University Press.
- Probst, Enrique (1985). «Consideraciones teóricas y técnicas de las psicoterapias psicoanalíticas de los cuadros depresivos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 181-183.
- (1987). «La perversión en la psicofarmacología», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 52, n.º 307: 1-7.
- (1991). «Psiquiatría y Psicoanálisis», en *Entre la reminiscencia y el miedo*. Montevideo. Roca Viva.
- (1996a). «Políticas educativas en la educación y entrenamiento psiquiátrico», en *Según pasan los años*. Montevideo. Fin de Siglo.
- (1996b). «Las técnicas en el ámbito de la Psiquiatría y las Psicoterapias», en *Según pasan los años*. Montevideo. Fin de Siglo.
- (1996c). «El contexto en el cual se da la utilización de psicofármacos en la Psiquiatría de pacientes de adultos», en *Según pasan los años*. Montevideo. Fin de Siglo.
- (1996d). «La angustia vital: 50 años después», en *Según pasan los años*. Montevideo. Fin de Siglo.
- (1996e). «Psicofarmacología y psicoterapia psicoanalítica», en *Según pasan los años*. Montevideo. Fin de Siglo.
- (2000). «Psicoanálisis y neurociencias (¿las neuronas al diván?)», en *Las fronteras invisibles*. Montevideo. Colección Descubrir, EP.
- Puerto, Luis; Ginés, Ángel; Perelman, Julia *et al.* (1994). «Proyecto de Beca Investigación Sociedad Psiquiátrica del Uruguay Laboratorio Rhône Poulenc- Rore, agosto 1993», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 58, n.º 328: 59-63.
- Puppo Bosch, Dagoberto (1984). «Depresión sin depresión», en Puppo Touriz, Héctor y cols., *Depresiones*. Montevideo. Ciba-Geigy.
- Puppo Touriz, Héctor (1983). «La cátedra de psiquiatría. Su evolución histórica», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 48, n.º 283: 19-36.
- (1984). «Prólogo», en Héctor Puppo Touriz y colaboradores, *Depresiones*. Montevideo. Ciba-Geigy.
- Casarotti, Humberto y Martínez Pesquera, Guzmán. 1969. «Aportes sobre el uso de los psicofármacos», *Anales de la Clínica Psiquiátrica*, Tomo V- 1967: 149-164.
- Puppo Touriz, Héctor y Anastasia, Héctor (1985). «Psiquiatría hoy: mirando hacia el siglo XXI», en Puppo Touriz, Héctor y Bianchi Saus, Alejandro (eds.), *Avances terapéuticos en Psiquiatría*, 4.º Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur, Montevideo, Universidad de la República. Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica.
- Puppo Touriz, Héctor; Casarotti, H.; Martínez Pesquera, G.; Sazbón, C. y Ramírez, A. (1988). «Estudio clínico en pacientes deprimidos comparando toloxatona e imipramina», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 53, n.º 314: 244-254.

- Puppo Touriz, Héctor y cols. (1984). *Depresiones*. Montevideo. Ciba-Geigy.
- Puppo Touriz, Héctor; Martínez Pesquera, Guzmán y Puppo Bosch, Dagoberto (1984). «Depresiones: conceptos, clasificación y diagnóstico», en Puppo Touriz, Héctor y cols. *Depresiones*. Montevideo. Ciba-Geigy.
- Puppo Touriz, Héctor; Martínez Pesquera, G.; Trenchi, H.; Sazbón, C. y Rosa Doti, J. (1989). «Evaluación de la eficacia clínica de la carpipramina en pacientes psiquiátricos con inhibición psicomotriz», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 54, n.º 3: 18: 243-248.
- Puppo Touriz, Héctor y Puppo Bosch, Dagoberto (1982). «Trastornos neuróticos y afectivos», en Puppo Touriz, Héctor y Bianchi Saus, Alejandro (eds.), *Aspectos Psiquiátricos y Psicológicos de la Involución y la Vejez. 4.º Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur*. Montevideo. Universidad Mayor de la República, Facultad de Medicina. Clínica Psiquiátrica.
- Puppo Touriz, Héctor; Sazbón, C.; Puppo Bosch, D.; Castillo, R.; D'Ottone, Á. y D'Angelo, I. (1987). «Ensayo clínico a doble ciego comparando la metapramina con la imipramina en pacientes depresivos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 52, n.º 309-310: 156-168.
- Quinet, Antonio (1997). «Lo que los clásicos nos enseñan sobre la melancolía», en Agüero, Jorge; Beneti, Antonio; Briole, Guy et al. *La depresión y el reverso de la psiquiatría*. Buenos Aires. Eolia-Paidós.
- Radden, Jeniffer. (2000). «Introduction. From Melancholic States to Clinical Depression», en *The Nature of Melancholy. From Aristotle to Kristeva*. New York. Oxford University Press.
- (2003). «Is This Dame Melancholy Equating Today's Depression and Past Melancholia?», *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, vol. 10, n.º 1: 37-52.
- Rama de Tabárez, Carmen (2000). «Abuso sexual en la infancia y depresión», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. *Depresión*. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Ramírez, Álvaro; Ithurrealde, Julio, Larrosa, Daniel y Lyford-Pike, Alexander (1984). «Depresiones en pacientes psicogeriatricos», en Puppo Touriz, Héctor y cols., *Depresiones*. Montevideo. Ciba-Geigy.
- Ramírez, Álvaro; Sazbón, Clemente y Ricci, Graciela (1978). «El tratamiento de las depresiones y el problema de las asociaciones medicamentosas», en Ministerio de Educación y Cultura. Universidad Mayor de la República. Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. *Primer Curso de Perfeccionamiento para psiquiatras del Cono Sur. Actualización en Terapéutica Psicofarmacológica*. Primer Tomo. Montevideo. MEC.
- Ramírez, Fortunato (1954). «El Largactil oral en el tratamiento de afecciones mentales», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 19, n.º 112: 37-44.
- (1960). «Psicología del hastío», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 25, n.º 149: 3-36.
- (1963). «Sobre estados depresivos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 28, n.º 164: 7-36.
- (1967a). «La psicología como problema unitario a través de la cibernética. (Soma y psiquis)», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 32, n.º 191: 45-55.
- (1967b). «La psicología como problema unitario a través de la cibernética. (Soma y psiquis)», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 32, n.º 192: 11-35.
- (1969). «Diencéfalo y psiquiatría», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 34, n.º 200: 7-30.

- Ramírez, Fortunato (1978a). «Hacia las fuentes integradoras de la conducta humana», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 43, n.º 253: 2-18.
- (1978b). «El problema psicosocial de la agresión», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 43, n.º 255: 106-122.
- (1980). «Pasado, presente y esperanza de futuro de la psiquiatría nacional», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 45, n.º 268: 154-168.
- (1981). «Hacia la integración de psicogénesis y organogénesis en psicopatología», *Anales de la Facultad de Medicina*, 2.ª época, vol. 4, n.º 2: 125-136.
- y Alfonso, Olga (1961). «La Fluorpromazina (Siquil) en terapéutica psiquiátrica», *Anales de la Clínica Psiquiátrica*, Tomo II-1959: 213-225.
- Ramírez, Fortunato y Badano, Juan Carlos (1961). «Tofranil», *Anales de la Clínica Psiquiátrica*, Tomo II-1959: 101-119.
- Ramírez, Fortunato; Galeano Muñoz, Jorge; Bachini, Ofelia *et al.* (1957). «Tratamientos de las psicosis agudas con clorpromazina y reserpina», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 22, n.º 130: 23-32.
- Ramírez, Fortunato; Galeano Muñoz, Jorge; Bedó, Tomás y Pla, Juan Carlos (1961). «Librium en Psiquiatría», *Anales de la Clínica Psiquiátrica*, Tomo II-1959: 161-169.
- (1960). El uso del Librium en la Clínica Psiquiátrica», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 324: 3092-3097.
- Ramírez, Fortunato; Goldstein, Nelson y Reisiger, C. (1957). «El meprobamato en la clínica», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 22, n.º 130: 55-63.
- Rees, Linford (1998). «The place of clinical trials in the development of psychopharmacology», en Healy, David, *The Psychopharmacologists II*. Londres. Chapman and Hall.
- Restaino, Enrique (1985). «Depresión en la adolescencia», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 184-188.
- Revista Uruguaya de Psicoanálisis (1998). «Editorial», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 88: 5-6.
- Rey Tosar, Juan Carlos (1964). «Experiencias con un nuevo derivado de la Benzodiazepina, el Ro4-5360», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 371: 5032-5034.
- (1985). «Jornadas sobre depresión. Palabras de apertura», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 94-96.
- Caetano, Guillermo y Domínguez, Dinorah (1980). «Ensayo doble ciego al azar entre el clorhidrato de viloxazina y amitriptilina en pacientes con depresión», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 45, n.º 265: 37-43.
- Rey Tosar, Juan Carlos y Dajas, Federico (1985). «Algunos aspectos epidemiológicos de la depresión en nuestro ambiente», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 123-138.
- Reyes, Walter E. (1960). «Indicaciones de la Iproniazida en el Angor Pectoris», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 329: 3238-3244.
- Roa, Armando (1983). «Clasificación de las enfermedades mentales», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 48, n.º 288: 345-377.
- Roba, Natalia (2000). «Niños tristes», *El País*, 18 de febrero.
- Rodríguez, Anabella (2000). «Narcisismo y depresión: algunas puntualizaciones a partir de *Werther* de Goethe», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. *Depresión*. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

- Rolando, Danilo (1985). «Algunas consideraciones acerca de la psicopatología y psicoterapia de las depresiones», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 189-196.
- (1997). «Psiquiatría y psicoterapias», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 60, n.º 335: 31-34.
- Rolla, Edgardo. (1990). «Sobre depresión», *Temas de Psicoanálisis*, año VII, n.º 13: 75-86.
- Rosa, Jorge (1985). «Conflicto de roles y depresión», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 197-200.
- Rosa Doti, Julio (1979). «Evolución del concepto de depresión en el siglo XX», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 44, n.º 260: 43-93.
- (1980). «Aspectos genéticos y bioquímicos de la esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 45, n.º 269: 191-210.
- (1984). «Las depresiones por agotamiento. Las depresiones paranoides», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 49, n.º 289: 13-21.
- Rosenberg, Charles E. (2002). «The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience», *The Milbank Quarterly*, vol. 80, n.º 2: 237-260.
- Rossi, Jorge (1985a). «El DSM-III y los estados depresivos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 139-146.
- (1985b). «Nuevos conceptos neuroquímicos sobre el mecanismo de acción de los antidepresivos», en Puppo Touriz, Héctor y Bianchi Saus, Alejandro (eds.), *Avances terapéuticos en Psiquiatría. 4.º Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur*. Montevideo. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Clínica Psiquiátrica.
- Alterwain, Paulo; Bayardo, Eugenio; Puppo Touriz, Héctor (1975). «Las depresiones tardías. Concepto. Aportes a su patogenia», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 40, n.º 239: 36-46.
- Roudinesco, Elisabeth (1999). *¿Por qué el psicoanálisis?* Barcelona. Paidós. 2000.
- R. T. (1974). «La profesión de psicólogo», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 39, n.º 232: 1-3.
- Rudnick, Abraham (2002). «The Molecular Turn in Psychiatry: A Philosophical Analysis», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 27, n.º 3: 287-296.
- Sabshin, Melvin (1990). «Turning points in Twentieth-Century American Psychiatry», *American Journal of Psychiatry*, 159: 1267-1274.
- Sadek, Noha y Nemeroff, Charles (2000). «Actualización en neurobiología de la depresión», transcripción de Medscape Neurology Ask the Experts, 2000, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 64, n.º 3: 462-485.
- Sadler, Judy (1978). «Ideologies of “Art” and “Science” in Medicine: The Transformation from Medical Care to the Application of Technique in the British Medical Profession», en Khron, Wolfgang; Layton, Edwin T. y Weingart, Peter (eds.), *The Dynamics of Science and Technology*. Dordrecht. D. Reidel Publishing Company.
- Santoro, Federico M. (2002). «Patentes y política tecnológica en la industria farmacéutica: los casos de Argentina y Brasil», *Redes*, vol. 9, n.º 18: 11-31.
- Sazbón, Clemente (1978). «Antidepresivos», en Ministerio de Educación y Cultura. Universidad Mayor de la República. Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. *Primer Curso de Perfeccionamiento para psiquiatras del Cono Sur. Actualización en Terapéutica Psicofarmacológica*. Primer Tomo. Montevideo. MEC.

- Sazbón, Clemente (1985). «Depresiones en enfermos terminales», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 147-155.
- Montalban, Ariel y Tellería, Evelyn. 1984. «Soma y depresión», en Puppo Touriz, Héctor y cols., *Depresiones*. Montevideo. Ciba-Geigy.
- Schkolnik, Fanny (2000). «Depresión y duelo desde la perspectiva psicoanalítica», en Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. *Depresión*. Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Montevideo. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Schwartzmann, Laura (2000). «Duelo y depresión: necesidad de consenso. Acerca de su diagnóstico y tratamiento», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Tomo I. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Severino, Juan Pedro (1985). «Angustia y muerte en psicodrama», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 262-267.
- Shorter, Edward (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. Nueva York. John Wiley & Sons.
- (2002). «Historical Review of Diagnosis and Treatment of Depressions», en Dawson, Ann y Tylee, Andre (eds.), *Depression: Social, and Economic Timebomb*. Londres. BMJ Books.
- Sicco, Antonio y Brito del Pino, Juan A. (1939). «Nuestra experiencia en terapia convulsivante», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 4 n.º 22: 37-63.
- Silvera Galasso, Hugo (1985). «Análisis y evaluación de la conducta», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 215-217.
- Singh, Ilina (2002). «Bad Boys, Good Mothers, and the «Miracle» of Ritalin», *Science in Context*, 15 (4): 577-603.
- Sismondo, Sergio (2004). «Pharmaceutical Maneuvers», *Social Studies of Science*, 34 (2): 149-159.
- Solovey, Galina (1955). «Todo médico un psicoterapeuta (Una tendencia moderna en la medicina)», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 263: 504-515.
- (1974). «Ensayo clínico con la presentación en gotas del Rohypnol», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 475: 310-319.
- y Odell, Elizabeth Ann (1973). «Experimentación clínica con el derivado benzodiazepínico Ro5-4200», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 479: 410-411.
- Soriano, Víctor (1960a). «El Marplan en las Depresiones», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 330: 3262.
- (1960b). «La isopropil-hidrazida de la DL-Serina (Ro4-1038) en las depresiones», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 323: 3014-3016.
- (1961). «Librium en epilepsia». *El Día Médico Uruguayo*, n.º 336: 3495.
- Spitzer, Manfred. 1990. «Why Philosophy?», en Spitzer, Manfred y Maher, Brendan A. (eds.), *Philosophy and Psychopathology*. Nueva York. Springer-Verlang.
- Stahl, Stephen M. (1998). «Mechanism of action of serotonin selective reuptake inhibitors. Serotonin receptors and pathways mediate therapeutic effects and side effects», *Journal of Affective Disorders*, 51: 215-235.
- Stein, Dan J. (1991). «Philosophy and the DSM-III», *Comprehensive Psychiatry*, vol. 32, n.º 5: 404-415.
- Stengers, Isabelle (1996). *La volonté de faire science, à propos de la psychanalyse*. París. Synthélabo.
- Sulser, F. y Mishra, R. (1983). «The discovery of tricyclic antidepressants and their mode of action», en Parnham, M. J. y Brunvels, J. (eds.), *Discoveries in Pharmacology. Volume 1. Psycho and Neuropharmacology*. Ámsterdam. Elsevier Science Publishers.

- Tellería, Evelyn (2000). «Aspectos depresivos del paciente fronterizo», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy*. Montevideo, APU.
- Temin, Peter (1980). *Taking Your Medicine. Drug Regulation in the United States*. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Tendlarz, Silvia Elena (1997). «La melancolía en la psiquiatría clásica», en Agüero, Jorge; Beneti, Antonio; Briole, Guy *et al.* *La depresión y el reverso de la psiquiatría*. Buenos Aires. Eolia-Paidós.
- Tiscornia, Julio (1967). «Experiencia terapéutica con un estimulante de acción central metabólica en Geriátrica», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 405: 1202-1207.
- Tobler, Carlos Hugo (1957). «Acción de la clorpromazina y la reserpina sobre el comportamiento de los epilépticos, los oligofrénicos y los psicopáticos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 22, n.º 130: 71-77.
- (1978). «Evolución histórica de la psicofarmacología», en Ministerio de Educación y Cultura. Universidad Mayor de la República. Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. *Primer Curso de Perfeccionamiento para psiquiatras del Cono Sur. Actualización en Terapéutica Psicofarmacológica*. Segundo Tomo. Montevideo. MEC.
- Touriño, Rosario (1998). «Los uruguayos, ¿todos deprimidos?», *Brecha*, 30 de octubre.
- Trenchi, Hugo (1985). «Enfoque conductual de la depresión», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 50, n.º 297-298-299-300: 212-214.
- Tutté, Juan Carlos y Rosa Doti, Julio (1984). «Depresiones sintomáticas o secundarias», en Puppo Touriz, Héctor y cols., *Depresiones*. Montevideo. Ciba-Geigy.
- Uriarte de Pantazoglu, Clara (1993). «El objeto y su pérdida. Acerca de la depresión en la neurosis», en Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *La neurosis hoy*. Montevideo. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- (1998). «Depresiones narcisistas en la neurosis», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 88: 55-76.
- Valenstein, Elliot S. (1998). *Blaming the Brain. The Truth about Drugs and Mental Health*. Nueva York. The Free Press.
- Van der Geest, Sjaak; Reynolds Whyte, Susan y Hardon, Anita (1996). «The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach», *Annual Review of Anthropology*, vol. 25: 153-178.
- Van Praag, H. M. (1998). «The diagnosis of depression in disorder», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32: 767-772.
- Vega, Dardo (1960). «Utilización de un nuevo derivado del Tioxanteno (Taractan) en anestesiología», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 332: 3347-3351.
- (1965). «El Diazepam y su efecto complementario de la anestesia tópica en broncoesofagología», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 392: 745-748.
- (1968). «Ensayo clínico de un nuevo tranquilizante en la medicación previa a la anestesia quirúrgica», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 392: 745-748.
- (1976). «Flunirazepam. Su acción con analgésicos en anestesia general endovenosa», *El Día Médico Uruguayo*, n.º 480: 436-443.
- Verissimo de Posadas, Laura. (1998). «Del dolor de la pérdida al eclipse del deseo», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 88: 77-89.
- Versiani, M.; Oggero, U.; Alterwain, P. *et al.* (1989). «A double-blind comparative trial of moclobemide v. imipramine and placebo in major depressive episode», *British Journal of Psychiatry*, 155, Suppl. 6: 72-77.

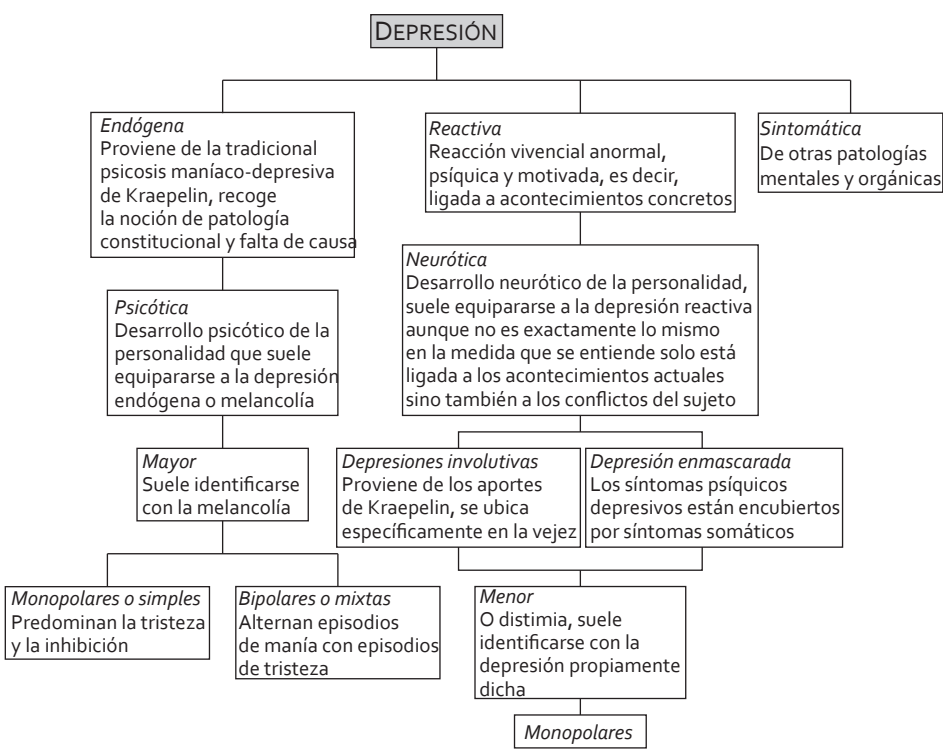
- Vidal Beretervide, Kempis (1959). «Farmacodinamia de algunos medicamentos psicotrópicos», *Anales de la Clínica Psiquiátrica. Curso perfeccionamiento 1958*. Tomo I-1958: 205-213.
- Wallerstein, Robert S. (1988). «One Psychoanalysis or Many?», *International Journal of Psychoanalysis*, 69: 5-21.
- Wilson, Mitchell (1993). «*DSM-III* and the Transformation of American Psychiatry: A History», *American Journal of Psychiatry*, 150: 3.
- Winner, Langdon (1977). *Autonomous Technology. Technics-out-of-Control as a Theme in Political Thought*. Cambridge, MA. MIT Press. 1992.
- Zarifian, Edouard (1996). *Le Prix du bien-être. Psychotropes et sociétés*. París. Éditions Odile Jacob.
- Zeller, E. Albert (1983). «Monoamine oxidase and its inhibitors in relation to antidepressive activity», en Parhnam M. J. y Bruinvels, J. (eds.), *Discoveries in Pharmacology. Volume I. Psycho and Neuropharmacology*. Amsterdam. Elsevier Science Publishers.

Anexos

Anexo I

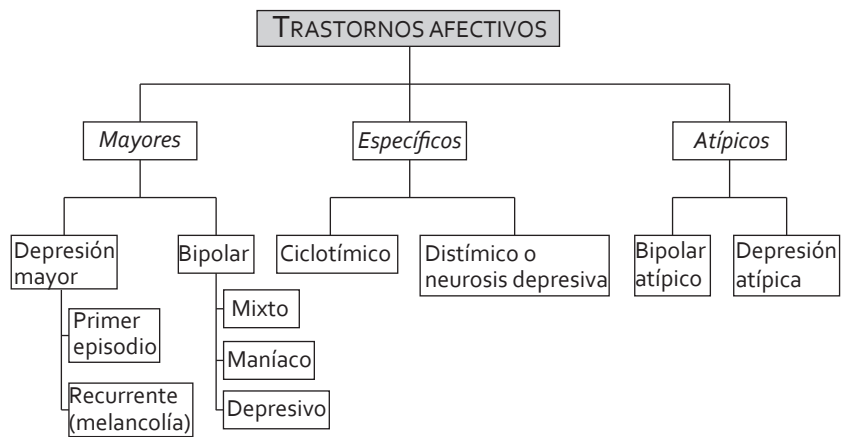
Clasificaciones de la depresión (siglo XX)

Nosografía clásica de los estados depresivos²⁶⁹

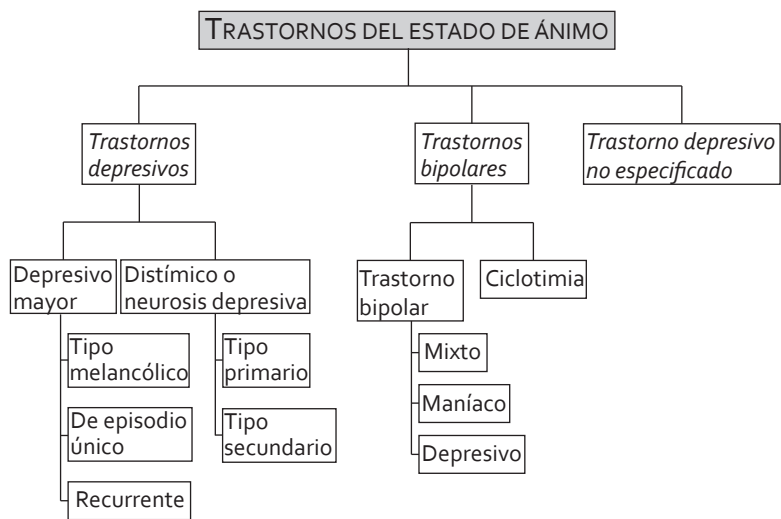


²⁶⁹ El diagrama establece equivalencias entre los términos más frecuentemente utilizados.

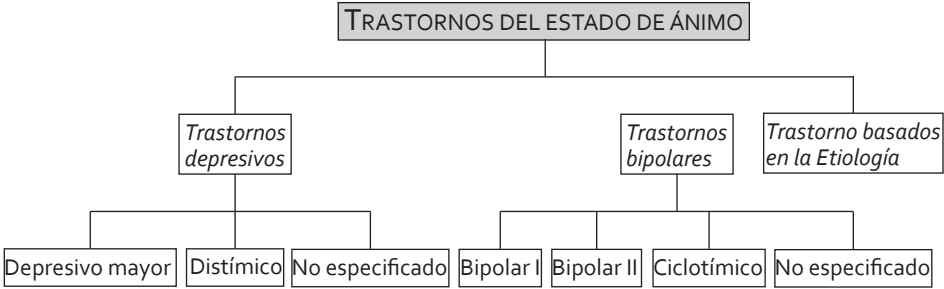
DSM III



DSM III-R



DSM IV



Anexo II

Principales psicofármacos antidepresivos

Tricíclicos

Principio activo	Nombre comercial en Uruguay	Nombre comercial internacional	Laboratorio original	Año aproximado de ingreso a mercados europeos y/o EEUU	Año aproximado de ingreso a mercado Uruguayo
Amitriptilina	Laroxyl Sarotex	Laroxyl Saroten/ Sarotex	Roche Lundbeck	1961 Principios década 1960	1963 1963
Amitriptilina (combinada con clordiazepóxido)	Limbitrol	Limbitrol	Roche	1967	s/d
Clorimipramina	Anafranil	Anafranil	Geigy	1958	1971
Imipramina	Tofranil	Tofranil	Geigy	1958-1959	1963
Nortriptilina	Altilev (genérico)	Aventyl/ Pamelor	Lilly	1965	1969

IMAO

Principio activo	Nombre comercial Uruguay	Nombre comercial internacional	Laboratorio original	Año aproximado de ingreso a mercados europeos y/o EEUU	Año aproximado de ingreso a mercado Uruguayo
Fenelzina	Nardelzine	Nardelzine/ Nardil	Parke- Davis	1961	1963
Iproniazida	Marsilid	Marsilid	Roche	1951 (como antidepresivo en 1958)	No se co- mercializó en Uruguay como antidepresivo
Isocarboxazida	Marplan	Marplan	Roche	1960	1960
Moclobemida	Aurorix	Aurorix/ Mannerix	Roche	1989	1990

Principio activo	Nombre comercial Uruguay	Nombre comercial internacional	Laboratorio original	Año aproximado de ingreso a mercados europeos y/o EEUU	Año aproximado de ingreso a mercado uruguayo
Citalopram	Seropram	Cipramil/Seropram	Lundbeck	1986	1997
Fluvoxamina	Dumirox	Luvox	Solvay-Duphar-Upjohn	1983	1998
Fluoxetina	Flozet/Fluodep	Prozac	Eli-Lilly	1990	1987
Paroxetina	Aropax	Paxil/Seroxat	Smith Kline Beecham	1991	1997
Sertralina	Zoloft	Zoloft/Lustral	Pfizer	1990	1993
Venlafaxina	Efexor	Effexor	Wyeth Ayerst	1993	1994

Otros antidepresivos

Principio activo	Nombre comercial Uruguay	Nombre comercial internacional	Laboratorio original	Año aproximado de ingreso a mercados europeos y/o EEUU	Año aproximado de ingreso a mercado Uruguayo
Bupropion	Wellbutrin	Wellbutrin	Burroughs-Wellcome	1985	1999
Maprotilina	Ludiomil	Ludiomil	Ciba-Giegy	1972	1973
Mirtazapina	Remeron	Remeron	Organon	1996	1999
Trazodone	Manegan (genérico)	Desyrel	Angelini	Década 1960	1974
Viloxazina	Vicilan	Vivalan	AstraZeneca	1977	1978

²⁷⁰ Omitimos en esta lista el escitalopram cuya entrada a los mercados es posterior al período analizado en este trabajo.

Anexo III

Ensayos clínicos con antidepresivos identificados en Uruguay

Nombre comercial	Principio activo	Código de la sustancia	Tipo de ensayo	Laboratorio	Año aprox.	Autores	Inserción institucional
Marsilid	iproniazida		poscomercialización/ nueva aplicación	Roche	1957	Dighiero, Mazan y otros	Laboratorio de Cardiología del Hospital de Clínicas
Tofranil	imipramina	G 22150	poscomercialización	Geigy	1959	Ramírez, Badano	Clínica psiquiátrica
Marplan	isocarboxazida		precomercialización	Roche	1959	Soriano	Hospitales públicos
Marsilid	iproniazida		poscomercialización/ nueva aplicación	Roche	1959	Reyes	Hospital Pasteur
	isopropil- hidrazida	Ro4- 1038	precomercialización	Roche	1959	Soriano	Hospitales públicos
Laroxyl	amitriptilina	Ro4- 1575	precomercialización	Roche	1961	Bedo	Clínica psiquiátrica
Limbitrol	amitriptilina y clordiazepóxido	Ro4- 6270	precomercialización	Roche	1966	Goldstein	Hospitales públicos
Limbitrol	amitriptilina y clordiazepóxido	Ro4- 6270	precomercialización	Roche	1966	Galeano, Dokow	Instituto de Psicología
Sinequan	doxepina	P-3693 A	precomercialización	Pfizer	1969	Martínez, Regules	Hospitales públicos
Manegan	trazodone		poscomercialización	Química Argentina	1974	Bayardo, Puppo	Clínica psiquiátrica
Vicilan	viloxazina		poscomercialización	Duperial/ AstraZeneca	1979	Rey, Caetano, Dominguez	Clínica psiquiátrica
Aurorix	moclobemida	Ro 11-1163	precomercialización	Roche	1983	Dajas, Barbeito	IIBCE/Clínica psiquiátrica
	cianopramina	Ro 11-2465	precomercialización	Roche	1985	Dajas, Barbeito, D'Ottone y otros	IIBCE
Timaxel	metapramina	19560- RP	precomercialización para Uruguay	Rhône- Poulenc	1985	Puppo y otros	Clínica psiquiátrica
Ludimil	maprotilina		poscomercialización	Ciba-Geigy	1987	Dajas,Nin, Martínez	IIBCE/Clínica psiquiátrica
Timaxel	metapramina	19560- RP	poscomercialización	Rhône- Poulenc	1986	Puppo y otros	ex integrantes e integrantes Clínica psiquiátrica
Humoryl	toloxatona		precomercialización para Uruguay	Rhône- Poulenc	1987	Puppo y otros	ex integrantes Clínica psiquiátrica
Prazinil	carpipramina		precomercialización para Uruguay	Rhône- Poulenc	1988	Puppo y otros	ex integrantes Clínica psiquiátrica
Humoryl	toloxatona		poscomercialización	Rhône- Poulenc	1990	Fernández, Caetano y otros	Clínica privada

Nombre comercial	Principio Activo	Código de la sustancia	Tipo de Ensayo	Laboratorio	Año aprox.	Autores	Inserción institucional
Aurorix	moclobemida	Ro 11-11163	poscomercialización	Roche	1992	Lista, Valiño, D'Ottone	Clínica privada
Aurorix	moclobemida	Ro 11-11163	poscomercialización	Roche	1992	Galeano Muñoz, Heinze y otros	Clínica privada
Zoloft	sertralina		poscomercialización	Pfizer	1994	Lista, Flores, Casarotti	Clínica privada
Effexor	venlafaxina		poscomercialización	Servimedie	1995	D'Ottone, Montalbán y otros	Clínica psiquiátrica
Remeron	mirtazapina		poscomercialización	Gramón Bagó	1999	Blengio y otros	Clínica privada

Andrea Bielli es licenciada en Psicología (1996) y licenciada en Ciencias Antropológicas, opción Antropología Social (1999) por la Universidad de la República (Udelar). En 2005 recibió el Certificado-Diploma de Estudios Avanzados en Historia de la Ciencia y de la Medicina de la Universidad del País Vasco (España).

En 2010 obtuvo su doctorado, también por esa universidad, en el marco del programa de Filosofía, Ciencia, Tecnología, Sociedad.

Se desempeña como profesora adjunta del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Udelar, Uruguay.

Actualmente, es codirectora de la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Udelar.

