



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

MONOGRAFÍA

**LA CONSTRUCCIÓN DE LOS
SÍNTOMAS PSÍQUICOS. Un caso
ejemplar en el siglo XXI: la depresión**

Autora: Ana Karina Campos

Tutora: Prof. Adj. Andrea Bielli

Montevideo, 13 de febrero de 2015

Índice

Resumen	2
Introducción	2
CAPÍTULO 1. Del sujeto en sociedad	
1. 1: El sujeto sujetado	3
1. 2: Cultura y medicina en la sociedad occidental	4
CAPÍTULO 2. Los avances de la ciencia médica	
2. 1: La psiquiatría	6
2. 2: Breve referencia al <i>Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales</i>	9
2. 3: Entre los “normales” y los “anormales”: la rotulación	12
2. 4: De la medicalización de la sociedad a la expropiación de la salud	14
2. 5: ¿Qué efectos genera estas circunstancias en los sujetos?	20
CAPÍTULO 3. Desde el psicoanálisis	
3. 1: ¿Qué es el síntoma psíquico?	21
3. 2: El síntoma psíquico en la sociedad actual	24
3. 3: El síntoma psíquico: singular-social.....	27
CAPÍTULO 4. La multiplicidad de la depresión	
4. 1: ¿La depresión puede ser considerada un síntoma psíquico?	29
4. 2: La depresión: el diagnóstico y la epidemia	29
4. 3: La depresión: un caso ejemplar de los síntomas psíquicos actuales	34
CAPÍTULO 5. Consideraciones finales	39
Referencias bibliográficas	42

Resumen

En la presente monografía se da cuenta de los múltiples factores que han permitido la construcción de la depresión como un síntoma psíquico en occidente. Para esto se exponen las interrelaciones y construcciones mutuas del sujeto y de la sociedad, observando la incidencia sobre esta relación de la institución médica y del psicoanálisis.

Para ensayar respuestas a las interrogantes que se plantean a lo largo del texto se tomaron aportes de diferentes disciplinas: antropología, psiquiatría, sociología, psicoanálisis y filosofía. Se han utilizado como recursos: publicaciones de prensa, videos y consulta bibliográfica. Estableciendo como criterios de búsqueda: la clínica psicoanalítica en la actualidad; la subjetividad; la psiquiatría y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales*; el papel de la industria farmacéutica; y la depresión como una epidemia del siglo XXI.

El camino recorrido permitirá comprobar que la depresión ha sido corrida del lugar de “enfermedad mental”, haciéndola un malestar digno de convertirse en un síntoma psíquico de consideración del neurótico actual.

Introducción

Las épocas cambian y con ellas también se modifican los malestares. El síntoma psíquico se manifiesta de otras formas, se adapta a las imposiciones actuales, adopta formas diferentes, éste no queda por fuera del contexto social, político, económico y cultural.

El sujeto no es ajeno a la sociedad y sus directivas. Las normas morales se van internalizando en el proceso de sujetación, proceso que engloba la construcción del sujeto, en tanto “sujetado” a las demandas sociales (Sobrado, 1978, p.61).

Hoy se dice que el ser humano tiene en sus manos el destino, es el único responsable por su vida, se le exige el éxito, ser emprendedor, participar activamente en la sociedad (Abraham, 2000). Al sujeto ya no se le exige ser disciplinado, es soberano (Ehrenberg, 2000, p.145), “Se halla menos ante la constrictión del renunciamiento (permitido-prohibido)...” (p.260). Ante esta realidad se puede cuestionar ¿qué lugar ocupan los síntomas psíquicos cuando no hay conflicto aparente? Si todo parece ser posible ¿se puede pensar al síntoma psíquico como una “válvula de escape”, como una forma de gozar?

La depresión es una patología prevalente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una epidemia. Aparece como un padecimiento que inhabilita a millones de personas en el mundo occidental y se estima que en el 2020 llegará a ocupar el segundo lugar de prevalencia (Lista Varela, 2008, p.11).

Al ser los trastornos depresivos conocidos masivamente, al menos, en sus características generales, ¿podrán ser “elegidos” por el sujeto como un síntoma psíquico?, ¿la depresión como un síntoma aceptado socialmente, ya que se trata de una enfermedad que la ciencia médica se encargará de curar?

En el transcurso de la monografía se irá tratando las interrogantes planteadas. En el capítulo 1 se aproximará a la noción de sujeto, como éste es producto y productor de la sociedad de la que es parte. También se dará cuenta de la medicina en la sociedad occidental, como fenómeno cultural que influye en la conducta humana.

El capítulo 2 comienza con la presentación de la psiquiatría como la voz autorizada ante las enfermedades mentales, a través de la revisión de las ediciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales* se observan las transformaciones en esta disciplina. Luego se ensaya sobre la medicalización de la sociedad, la incidencia de la dimensión mercantil en las prácticas médicas, así como expansión de la psiquiatría hacia los problemas de la vida cotidiana. Al finalizar éste capítulo se debate los efectos que genera esta realidad en los sujetos y se observan las transformaciones de la subjetividad.

En el capítulo 3 se explica qué se entiende por síntoma psíquico (psicoanálisis), contraponiéndolo a la noción de síntoma mental (psiquiatría). Se examinan las características particulares del síntoma psíquico en la clínica actual y a continuación se discute la interacción de las facetas singular-social del síntoma psíquico.

Finalmente, el capítulo 4 se inicia con una interrogante: ¿la depresión puede ser considerada un síntoma psíquico? Para poder responder a esta pregunta primero se da cuenta del diagnóstico y la epidemia de depresión. En el resto del capítulo se esbozan diferentes respuestas.

Capítulo 1. Del sujeto en sociedad

1. 1: El sujeto sujetado

El ser humano nace, crece y muere dentro de una sociedad, su vida no queda por fuera de los estímulos de la cultura. Benedict (1944) expresa que no hay un antagonismo entre la sociedad y el sujeto. La cultura le proporciona al sujeto la materia

prima para hacer su vida. Al mismo tiempo, los seres humanos aportan al enriquecimiento de su civilización, la que se va transformando (pp. 305-307).

Sobrado (1978) describe diferentes fases en el desarrollo de la personalidad, durante este proceso, a través de las instituciones como la familia, la escuela, se intenta formar seres humanos “adecuados” para ésta sociedad, en éste momento histórico. El ser humano se “reproduce” y “produce” en un contexto social (p.13). Contexto que enuncia: sanciones, reconocimientos, modelos sociales, y hasta rótulos.

Este autor denomina a la estructuración de la personalidad como proceso de sujetación, entendiendo que éste culmina una vez que el sujeto asume los compromisos sociales, los roles y las actividades que definen su inserción en la sociedad, su cotidianidad (Sobrado, 1978, p.61). Sobre estas cuestiones el sujeto no tiene decisión.

...el término “sujetación” está aplicado en su doble acepción: primero, referido a la construcción de un *sujeto*, pero también en cuanto (...) toda sociedad forma personas necesarias para su desarrollo y permanencia, por lo tanto, sujeto en cuanto sujetado a la demanda social. (Sobrado, 1978, p.61)

Por otra parte se plantea que existe una relativa autonomía, de cierta forma cada uno logra individualizarse. Pero este “desujetarse” no es siempre positivo, la sociedad tiene sus mecanismos de represión, por lo que “...algunas veces la desujetación implica la pérdida de la identidad aceptada, lo que como locura provoca que la sociedad lo segregue e invalide” (Sobrado, 1978, p.63).

Ante lo expuesto se puede decir que la división entre el sujeto y la sociedad es una premisa falsa, el sujeto y la sociedad no son antagónicos. La sociedad no es separable de los individuos que la componen y no se puede negar el efecto de lo social en la subjetividad, la conducta del ser humano está socialmente condicionada.

La historia de la vida del individuo es ante todo y sobre todo una acomodación a las normas y pautas tradicionalmente transmitidas en su comunidad. Desde el momento del nacimiento, las costumbres en medio de las cuales ha nacido, modelan su experiencia y su conducta. Desde el momento en que puede hablar, es la pequeña criatura de la cultura, y cuando ha crecido y se ha hecho capaz de participar en actividades de ella, sus hábitos son los de ella; sus creencias, las creencias de ella, y lo mismo ocurre con sus limitaciones. Todo niño nacido en su grupo participará con él de ellas, y ninguno de sus antípodas lo logrará jamás, ni siquiera en la milésima parte. (Benedict, 1944, p.15)

1. 2: Cultura y medicina en la sociedad occidental

La cultura no es algo que sea transmitido biológicamente, se trata de una serie de pautas, creadas por los sujetos, que tienen una cierta coherencia entre pensamiento y acción. Cada cultura tiene propósitos que la caracterizan, elige sus conductas, su

orden social, estos aspectos no son necesariamente compartidos por otras. Lo que para una cultura puede ser reprobable, para otra puede ser un atributo. La cultura modela, esto no es un detalle insignificante (Benedict, 1944, pp.68-69).

Ackerknecht (1985) señala que la medicina, así como la enfermedad son funciones de la cultura. Para que haya una enfermedad no alcanza con una base biológica, es necesario que la sociedad la califique como tal (p.17). Lo que una cultura considera como enfermedad, no tiene que ser compartida por otras. A lo largo de la historia la sociedad ubica a la enfermedad en diferentes lugares, ha estado delimitada como consecuencia de la naturaleza, de una divinidad o por lo fisiológico.

Cada sociedad define sus enfermedades mentales y corporales, y desarrolla métodos para tratarlas, creando así su medicina. No existe una medicina, sino varias dependiendo del lugar del mundo, del tiempo histórico (Ackerknecht, 1985, p.123). Cada una organiza medios para luchar contra la enfermedad, a modo de ejemplo en la sociedad occidental se forman especialistas, se previenen epidemias (pp. 20-21).

Ackerknecht (1985) expresa “La medicina en ningún lugar es independiente, ni sigue sólo sus propias motivaciones. Su carácter y dinamismo depende del lugar que ocupa en cada modelo cultural; dependen del modelo mismo” (p.129). Socialmente se construyen representaciones colectivas como la medicina.

La medicina es una institución que está en función de un modelo cultural. Como todas las instituciones que conforman la sociedad es necesario conocerla, para comprender entonces la conducta humana. Pues ésta última toma, aún sin saberlo, lo que las instituciones de su sociedad dictan (Benedict, 1944, p.287). Al observar la conducta de un sujeto, se la compara con la “normalidad” que ha sido elegida arbitrariamente por su sociedad (Benedict, 1944).

Habitualmente se confunde la conducta, los hábitos propios, con la “Naturaleza Humana” (Benedict, 1944, p.19). Se interpreta desde las costumbres propias, cuando las normas de conductas son relativas; y se dan los rasgos culturales como algo dado, cuando realmente estos difieren.

La expansión de la civilización occidental ha llevado a creer en la uniformidad de la conducta humana (Benedict, 1944, pp.17-18). Esto debe ser juzgado, entendiendo que no deberían extrapolarse a cualquier parte del mundo las conductas propias de nuestra cultura. No se debe olvidar que cada cultura propone ciertos fines, ideales, y es contra estos que se contrastan a los sujetos. Cuando estos fines son alcanzados por unos pocos, más grande es entonces el número de sujetos “inadaptados”.

En la medida en que en el mundo globalizado la sociedad occidental pretenda “absorber” a mayor número de sujetos que participan de culturas disímiles ¿no será mayor el número de “inadaptados”?

De todas formas, necesariamente dentro de una misma cultura, hay sujetos “inadaptados”, si bien gran parte de los integrantes de una sociedad adoptan las formas que sus instituciones dictan. Los “inadaptados” de una época son los considerados “irracionales”, “locos”. Es de considerar que la “razón” también está ligada al momento histórico, lo que es racional en un tiempo puede no serlo en otro.

La sociedad define los diagnósticos psiquiátricos, estos son hoy aceptados con naturalidad. En la cultura de occidente, la ciencia ha “avanzado” y se ha respetado lo que ésta sanciona. Esto ha permitido la aceptación y naturalización de los conocimientos que ella brinda.

Capítulo 2. Los avances de la ciencia médica

2. 1: La psiquiatría

A medida que la ciencia médica fue posicionándose, fueron surgiendo disciplinas especializadas en diferentes temáticas. La psiquiatría surgió entonces como la voz autorizada a brindar conocimientos científicos de las enfermedades mentales.

Con la aparición de la psiquiatría, se crea una ciencia que delimita el saber a través de un método que ordena y crea un lenguaje específico. La psicopatología enumera las conductas, se clasifican y las categorizan las enfermedades mentales. Las pasiones pasan a ser pensadas “científicamente”, el origen de las mismas reside en el organismo (Dasuky, Mejía, Rivera, Martínez y Fernández, 2007, p.180).

Las clasificaciones siguen siendo hoy las que guían los diagnósticos, ejemplo de ello es el uso del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM)*, es la sigla en inglés de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), con éste se igualan diferentes sentires. Lejos de desaparecer la nosografía, el *DSM* ha sido actualizado recientemente.

El foco está puesto en la adaptación social, imponiéndose un discurso que pretende colectivizar la igualdad y la sanidad, dejándose de lado la singularidad del sujeto (Nominé, 2000, citado en Dasuky et al., 2007, pp.180-181).

Esta postura de la psiquiatría debería de ser cuestionada y revisada. No se puede pensar en el sufrimiento de un sujeto, por separado de su singularidad. Al realizar el diagnóstico y pronóstico, la psiquiatría parte de los cuadros clínicos establecidos,

donde se enumeran los signos y síntomas mentales a reconocer para realizar el dictamen, dejándose a un lado la historia clínica particular del sujeto.

A mediados del siglo XX, con la aparición de los psicofármacos, la psiquiatría reafirmó su valor y fuerza al encontrar esa ansiada igualdad y sanidad de todos los sujetos. Pues, podía “curar” modificando la actividad mental del ser humano con el tratamiento farmacológico adecuado. Se pretendió entonces alinear al sujeto a la sociedad, a la vez que la psiquiatría se alineaba al resto de las ciencias médicas.

¿El sujeto confía en que el saber de la psiquiatría aliviará su malestar? Se puede responder que sí, el psiquiatra es quien tiene el conocimiento, es el Sujeto supuesto Saber, por lo que se confiará en su discurso, diagnóstico y tratamiento; por qué no debería de hacerlo, cuando el sujeto conoce a la ciencia médica, confía en ella y cree que los medicamentos dan resultados.

Esta confianza se nutre con afirmaciones que hacen los avances científicos, como los de la neurobiología que indica que todos los trastornos psíquicos son una alteración en el funcionamiento de las neuronas. A partir de estos discursos se concuerda en que existe un fármaco adecuado para solucionar esta “anomalía”. Por tanto, estos “desvíos” no deberían de preocuparnos. Con la proliferación de psicofármacos hay cada vez más tratamientos para consumir (Roudinesco, 2002, p.18).

El paradigma que rige a la psiquiatría hoy es el biológico, es la psiquiatría biológica la voz que predomina y estructura la disciplina. Este modelo pone al cerebro en un rol central, allí estarían las respuestas, en los procesos físico-químicos. En consecuencia, son las investigaciones de los laboratorios y los ensayos clínicos, los que brindan “datos objetivos” de cómo el funcionamiento cerebral anormal puede ser corregido por determinadas moléculas. Desarrollan así los medicamentos que actúen directamente en lo que esta “fallando” (Pignarre, 2005).

Este modelo que se ha instalado fuertemente en la psiquiatría es riesgoso, ya que queda todo en manos de la industria farmacéutica: la “evidencia médica”; la cura o en su defecto la terapéutica medicamentosa para “vivir mejor”; así como también las promesas de progreso científico. Se establece que todas las respuestas están en lo biológico, algunas de ellas no se han encontrado, aún.

Por otra parte, comienzan a surgir voces de expertos que han participado de la construcción de la “biblia” de los psiquiatras (*DSM*) que realizan críticas, y dan lugar a problematizar el discurso de la psiquiatría en la actualidad. Tal es el caso del psiquiatra Allen Frances, presidente del Comité Elaborador del *DSM-IV*, que en 2014 publica el libro *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*, en él cuestiona cómo ésta disciplina está colaborando en el aumento de la

medicalización. En la entrevista realizada por Milagros Pérez Oliva el psiquiatra menciona como al finalizar el *DSM-IV*:

No supimos anticiparnos al poder de las farmacéuticas para hacer creer a médicos, padres y pacientes que el trastorno psiquiátrico es algo muy común y de fácil solución. El resultado ha sido una inflación diagnóstica que produce mucho daño, especialmente en psiquiatría infantil. Ahora, la ampliación de síndromes y patologías en el *DSM V* va a convertir la actual inflación diagnóstica en hiperinflación. (Pérez Olivera, 2014, párr.3)

Frances argumenta “Hemos creado un sistema diagnóstico que convierte problemas cotidianos y normales de la vida en trastornos mentales” (Pérez Olivera, 2014, párr.5), agrega que esto es algo absurdo. Cuestiona a las farmacéuticas porque a través de campañas publicitarias han “convencido” a la gente de que los problemas se resuelven con el consumo de pastillas. Reconoce los beneficios que la medicación tiene en trastornos severos, pero también refiere a que “...no ayudan en los problemas cotidianos, más bien al contrario: el exceso de medicación causa más daños que beneficios. No existe el tratamiento mágico contra el malestar” (Pérez Olivera, 2014, párr.7).

El encontrar en los genes las pruebas para diagnosticar un trastorno mental no deja de ser algo ilusorio. La psiquiatría no ha podido trasladar las herramientas de la ciencia básica, en la psiquiatría no existe la posibilidad de diagnosticar una patología a partir del resultado de un análisis de laboratorio (Frances, 2014, p.30).

Mientras se considere que en la neurociencia están las respuestas a las conductas humanas y por lo tanto las claves para corregir los “desvíos” se seguirá intentando encontrarlas. Se sabe que ni algunas inscripciones en el ADN son determinantes, sino que está la posibilidad de que se dé o no. Entran en juego el medio del sujeto, entra en juego el azar.

No obstante, la industria farmacéutica sigue reivindicando que en la genética están las causas de las enfermedades mentales y las herramientas para atacarlas, solo falta identificar el gen responsable (Pignarre, 2005, pp.107-109).

Ante lo expuesto queda en evidencia que conocer cada vez más el funcionamiento neuronal, con su correspondiente producción de psicofármacos específicos para dar solución a los déficit neurales, no aseguran una erradicación de la “enfermedad”. La proliferación de psicofármacos no ha dado menos cantidad de “enfermos”, se puede sospechar que todo lo contrario.

Esta manera de ver al ser humano y de conocerlo sólo acentúa la idea de un cuerpo mecanizado que funciona de una determinada forma lógica, tal como si el sujeto estuviera abstraído de su realidad, dejando de lado su complejidad bio-psico-social.

Germán Berrios, en la entrevista realizada por Josefina Edelstein (2012), enuncia que al ser el cerebro igual en los seres humanos, más allá del lugar del mundo en el que viva un sujeto, se pone a éste órgano por sobre todo. El *DSM* "...asume que todos los trastornos mentales provienen del cerebro y no da espacio a los cuadros de origen interpretativo-simbólico" (Edelstein, 2012, párr.5). Dejándose de lado que "...la psiquiatría es cultural a un nivel profundo" (Edelstein, 2012, párr.5).

Por el momento, parecería que la sociedad acepta la oferta de medicamentos. Roudinesco (2002) expresa, "...cada individuo tiene derecho, y por lo tanto el deber, de no manifestar más su sufrimiento..." (p.17), éste es el principio guía.

El ser humano es un ser que padece, ¿qué hace hoy el ser humano con sus padecimientos? A partir de la lectura de diferentes autores (Ehrenberg, 2000; Roudinesco, 2002; Pignarre, 2003) puede manifestarse que el sujeto hoy busca acallar los efectos del síntoma psíquico. Prefieren la consulta médica ante la psicológica. Se presta cuidado a lo que Pignarre (2003) denomina "cuerpo mental", un cuerpo sin psiquismo (p.92). Las nuevas normas y la nueva individualidad desplaza al conflicto psíquico, ya no hay tiempo para esto (Ehrenberg, 2000). En el mismo sentido Roudinesco (2002) expresa:

Entre el temor al desorden y la valorización de una competitividad fundada exclusivamente sobre el éxito material, muchos sujetos prefieren entregarse voluntariamente a sustancias químicas antes que hablar de sus sufrimientos íntimos. (...) El silencio es entonces preferible al lenguaje, fuente de angustia y de vergüenza. (pp. 27-28)

2. 2: Breve referencia al *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales*

Con la aparición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales* (*DSM*), particularmente con la publicación del *DSM-III*, se han dado una serie de cambios en la forma de proceder de la psiquiatría. El *Manual* ha permitido reafirmar el poder y saber psiquiátrico. Hoy se puede sospechar que este respeto y valor del que ha gozado la psiquiatría, está siendo cuestionado.

En 1952 se publica la primera edición del *DSM*, aquí se tenía en cuenta la experiencia de la psiquiatría dinámica y del psicoanálisis. Se contemplaba la historia inconsciente del sujeto, así como su relación con el entorno social y familiar, se "...mezclaba un triple enfoque: el cultural (o social), el existencial y el patológico en relación con una norma" (Roudinesco, 2002, p.41).

El *Manual* fue "evolucionando", en el *DSM-III*, publicado en 1980, se pretendió ser agnóstico sobre las causas de los trastornos mentales, y se propusieron criterios operativos para llevar adelante un diagnóstico (Shorter, 2007, p.120).

El *Manual* pretendió adaptarse al esquema que proviene de la medicina donde hay un continuo “signos-diagnóstico-tratamiento” el cual da una ilusión de “objetividad” (Roudinesco, 2002, p.41). Lo relevante a partir de este momento es lo que Ehrenberg (2000) denomina “fidelidad diagnóstica” (p.184), para lograrlo se intenta ser lo más preciso posible en la describir los síndromes, no puede quedar espacio para la duda. Es por ello que se realizan también los protocolos de entrevistas. Ahora “El estilo de estructura psicológica y el sentido que reviste un síntoma para una persona carecen de pertinencia” (Ehrenberg, 2000, p.185). De esta manera se inicia un proceso que llevará a la homogenización de los consultantes y de los médicos. Estos últimos, a partir de esta época, cuentan con criterios que sesgan “objetivamente” la escucha y mirada clínica.

Otro cambio que se llevó adelante con las diferentes revisiones fue el hacer referencia a los “trastornos mentales” para eliminar la expresión “enfermedad”.

Como consecuencia de estas modificaciones, poco a poco se fue corriendo al sujeto del centro. La mirada está puesta sobre las indicaciones del *Manual*, y quien realiza la consulta va a “calzar” en alguno de los diagnósticos. Si el paciente parece “escaparse” de los cuadros clínicos descriptos siempre está disponible la sección del *DSM* que refiere a lo “no especificado” de cada trastorno, de esta manera se incluye al que pudiese quedar por fuera.

En el *DSM-IV* bajo el título de “Advertencia” señala que los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos son las directrices para establecerlos, y se agrega que éstas son un consenso por lo que pueden haber quedado por fuera otras situaciones que también pueden ser “objeto” de investigación y tratamiento (American Psychiatric Association, 1995).

El diagnóstico realizado por la psiquiatría en la actualidad puede ser comparado a un proceso mecánico donde se ingresa por un lugar la “materia prima” (una serie de signos y síntomas mentales), saliendo pues el “producto terminado” (trastorno mental). El *DSM* parece ser el paradigma, en vez de ser una más de las herramientas con las que se cuenta. Algo similar sucede con los psicofármacos, los que muchas veces son considerados como la primera opción cuando existen otras alternativas de tratamiento, la medicación no siempre es la mejor opción, la medicación no es siempre necesaria. De todas formas el uso de los psicofármacos se ha consolidado, se trata de una práctica médica común.

Actualmente está vigente el *DSM-V*, publicado en el 2013, en ésta edición se han incluido nuevas categorías diagnósticas. Durante la revisión de la edición anterior, el Grupo de Trabajo encargado del *DSM-V* recibió fuertes críticas. Se presentó una

“Carta Abierta al DSM-5”, así como una “Declaración pública de preocupación por la próxima publicación del DSM-5”, en ésta última se manifiesta:

- Creemos que, hoy por hoy, hay evidencias abrumadoras de que el DSM-5:
- Es el resultado de un proceso secreto, cerrado y precipitado, que coloca los beneficios editoriales por encima del bienestar público.
 - Muchas áreas cuentan con una base científica poco sólida y poco fiable estadísticamente, y no han recibido la revisión científica externa necesaria y ampliamente solicitada.
 - Es clínicamente arriesgado, debido a la introducción de nuevas categorías diagnósticas que no tienen respaldo empírico suficiente, y con umbrales diagnósticos más bajos.
 - Se etiquetará incorrectamente una enfermedad mental en personas que no necesitan diagnóstico psiquiátrico.
 - Derivará en un tratamiento innecesario y potencialmente perjudicial con medicación psiquiátrica.
 - Se desviarán importantes recursos de Salud Mental de aquellos que realmente los necesitan. (Comité Internacional de Respuesta al DSM-5, s.f., p.1)

A estas denominadas “evidencias abrumadoras” se puede agregar que el *DSM* aparece cada vez más como un recetario que permite el diagnóstico fácil, incluso otros especialistas pueden alcanzar un diagnóstico con él. Se abre a la discusión de si la psiquiatría como disciplina corre el riesgo de desaparecer. Roudinesco (2002) considera que el saber psiquiátrico fue aniquilado por la psicofarmacología (p.40). Aquí no se cuentan con elementos suficientes para afirmar o descartar este dicho, tal vez se trate de un “saber” y “poder” compartido, o tal vez, el “saber” y “poder” de “unos” queda supeditado al de “otros”. Como se verá en los siguientes apartados, hay una serie de intereses que se ponen en juego en esta relación de “saberes”.

En este punto se puede afirmar que la psiquiatría “certificó” su valor con la aparición del *Manual*, así como con la llegada de los psicofármacos. Hoy ambos están siendo cuestionados.

La industria de la psicofarmacología se creyó la panacea para las patologías mentales, hoy los resultados de estas pastillas están puestos en tela de juicio, se denuncian los usos y abusos de la industria.

Al mismo tiempo, ante la inminente publicación de la quinta edición del *Manual*, diferentes organizaciones se enuncian en su contra. En el 2010 en la Editorial de la publicación número 91 de *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* se cuestiona si no será hora de prescindir del uso del *DSM* (Stagnaro, 2010).

En el caso del National Institute of Mental Health, su director Thomas Insel en abril de 2013 expresa que el Instituto está promoviendo el desarrollo de la definición un nuevo sistema de clasificación de las enfermedades mentales.

Así también, en la página web de la revista Infocop Online (<http://www.infocop.es/>) editada por Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España, se publican diferentes críticas. Bajo el titular “Graves limitaciones del DSM-5: acciones de la APA” (2013) se expresa, entre otras cuestiones, la existencia de conflicto de intereses de quienes elaboraron el *Manual*.

Diferentes profesionales pronunciaron y pronuncian que en la ampliación de diagnósticos del *DSM-V*, se confunde el padecer cotidiano con un trastorno mental, a modo de ejemplo el estar atravesando un duelo no excluye el diagnóstico una depresión.

A partir de lo expuesto se puede considerar ¿se ha sobreestimado el alcance del *DSM*? y si esto ha sucedido, ¿qué consecuencias ha generado? Se hace difícil contestar, se puede decir que el “saber científico” plasmado en el *DSM* no ha sido desconocido por la sociedad, por el contrario ésta ha observado y aceptado los “diagnósticos de moda” publicados en cada nueva edición. Por qué puede ser que se acepte casi sin cuestionamientos estas “nuevas verdades”, “verdades” que son legitimadas y aparecen como nuevos axiomas. Será que aún hoy, donde prima la razón y la lógica científica, ante lo que se aparece como “anormal” ¿se ha de temer? Ante lo que se presenta como “amenaza”, ante lo que sujeto teme, ¿se hace más sencillo etiquetarlo? De esta forma se ubicaría la “amenaza”, a través del reconocimiento de una serie de signos, que se identifican con un diagnóstico del *Manual*, al cual le corresponderá determinado fármaco, con el que aliviaría entonces esa tensión.

2. 3: Entre los “normales” y los “anormales”: la rotulación

En este apartado se hace importante discutir estos conceptos, ya que estos juicios forman parte de la realidad de los sujetos en un tiempo y lugar determinado. En ese juego donde sociedad y sujeto se retroalimentan, se dictaminan estos conceptos, al unísono se determinan cuáles son los ideales, quiénes son los sujetos “normales” y “anormales”, quiénes son los sujetos “excluidos”. Se trata, entonces, de nociones que son cambiantes, se trata de cambios que generan efectos.

Benedict (1944) expresa que la “normalidad” de los sujetos se observa desde la capacidad que estos tiene para actuar en su sociedad, por tanto son las desviaciones las que establecen los “anormales”, que son los sujetos que se apartan del promedio (pp. 332-333). Las conductas que son “anormales” para la sociedad pasan a ser conductas con importancia psiquiátrica.

Décadas después Ackerknecht (1985) alude a la rotulación psicopatológica que hace la cultura occidental como una expresión hacia lo desconocido, expresión que tiene por detrás un fuerte componente emocional. A través del diagnóstico el ser humano “civilizado” da una respuesta científica, racional y objetiva a fenómenos que no puede explicarse de otra forma (p.60).

En base las clasificaciones diagnósticas es que la psiquiatría ha delimitado al sujeto “normal” del “anormal”. Se diagnostica observando los cambios en el comportamiento y/o en los contenidos mentales, que son al parecer de la ciencia incompatibles con el normal desarrollo de la sociedad (Ackerknecht, 1985, p.63).

Ackerknecht (1985) agrega que en el siglo XIX con los diagnósticos psiquiátricos se pretendió remplazar a los juicios de valor en pro de la “ciencia”. En el momento en que la religión pasó a ser la ciencia, la rotulación psicopatológica se convierte “...en una poderosa arma ideológica” (p.191), donde lo diferente pasa a ser patológico.

Por otra parte Abraham (2000) refiere que el Estado benefactor, para constituirse como tal, necesitó identificar colectividades, clasificar a los individuos y establecer la “normalidad” de una colectividad. Pero ahora el Estado ha sido desplazado por el pensamiento neoliberal, asimismo “Hay un desplazamiento teórico de las identidades metafísicas a la identidad sociológica; y del ideal de la perfección al de normalidad. El ideal ya no es transgredir la norma para lograr la excepcionalidad, sino socializarse” (pp. 74-75).

A partir de lo que postula Abraham se puede debatir, si ya no es de interés para el Estado realizar estas clasificaciones ¿qué intereses las sostienen?, todo apuntaría a los intereses económicos de la industria farmacéutica. El discurso que alienta a socializarse como el ideal, es tierra fértil para el avance de la medicalización de los problemas cotidianos. Éstos ya no deben ser tolerados cuando se los equipara a lo “anormal”.

En el año 2014 el psiquiatra Allen Frances reflexiona respecto a qué es lo “normal” y lo “anormal”. Considera que “normalidad” y “trastorno mental” son conceptos proteicos; se hace difícil fijar límites entre ellos ya que son amorfos, cambiantes y heterogéneos (p. 37). Para complejizar la situación recuerda que lo que es considerado “normal” no es una categoría universalmente compartida y que en la psiquiatría las pruebas biológicas no están presentes como en otras disciplinas. “Ello significa que actualmente todos nuestros diagnósticos se basan en juicios subjetivos intrínsecamente falibles y sometidos a cambios caprichosos” (p.32).

Continúa afirmando:

...constantemente elaboremos percepciones y encontramos significados temporales útiles pero nunca exactos del todo. Nuestra clasificación de

trastornos mentales no es más que una recopilación de conceptos falibles y limitados que tratan sin éxito de encontrar la verdad, pero actualmente sigue siendo la mejor manera de expresar, tratar e investigar los trastornos mentales. (...) Está bien conocer y utilizar las definiciones del DSM, pero no cosificarlas o venerarlas. (Fances, 2014, pp.41-42)

Esta veneración ha llegado lejos, los límites de lo considerado “normal” son cada vez más estrechos. En cada edición del *DSM* se han agregado nuevos trastornos, Frances (2014) piensa que la sociedad los acepta como explicaciones a sus inquietudes.

Actualmente, más allá de que se coincida en lo proteico de los conceptos expuestos, parece que la rotulación psicopatológica sigue siendo un modo eficaz para delimitar lo “normal” de lo que no lo es. El *Manual* se basa en estadísticas, quienes no estén dentro del promedio de la población “normal” padecerán entonces de algún “trastorno mental”.

Si se recuerda lo que Abraham refiere hace más de una década y se observa lo que plantea el *DSM-V* publicado en el año 2013, se puede especular que en la sociedad occidental del siglo XXI efectivamente el sujeto “normal” es el que se encuentra dentro de esos límites estrechos. Este ideal de ser humano “normal” aparece casi como inalcanzable, es más fácil “caer” dentro de uno de los diagnósticos del *DSM*. Las etiquetas se van renovando con cada edición del *Manual*, estas acarrearán nuevos “anormales”. Estas dificultades se hacen difíciles de superar.

2. 4: De la medicalización de la sociedad a la expropiación de la salud

La medicina es una de las instituciones que sostienen la sociedad, como se ha referido, es necesario comprenderla para entender a los sujetos y sus malestares. En apartados anteriores se han presentado elementos para pensar esta relación, ahora se hace necesario reflexionar sobre la medicalización de la sociedad occidental ya que ésta se “...transforma en uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural” (Portillo, 1993, p.17), se trata de un punto fundamental para comprender lo complejo de la construcción de los síntomas psíquicos.

La figura del médico a lo largo de la historia ha contado con un poder y saber valorado socialmente. La medicina ha configurado roles, pautas y hábitos que han impactado en los vínculos entre las personas, así como en diferentes áreas de la vida. La universalización de las prácticas médicas colocó a la medicina en un pedestal, esta disciplina atravesó la enfermedad para instalarse también en otras áreas como la laboral o el tiempo libre (Portillo y Rodríguez Nebot, 1993, p.11).

El discurso médico se ha adaptado al contexto socio-económico-político, con el pasar de los años, se puede observar que el establecimiento de la ciencia médica en

diversos ámbitos de la vida no ha necesariamente acarreado una mejora en la salud de la población (Portillo y Rodríguez Nebot, 1993).

La medicalización de la sociedad es parte de un devenir que ha generado efectos en los sujetos, tanto individualmente, como en su forma de relacionarse con otros, con su sociedad, su sentir, su forma de gozar y sufrir. Para dar cuenta de estos efectos, se hace necesario explicitar algunos de los elementos que han permitido la medicalización de la sociedad en torno al continuo salud-enfermedad, llegando a plantearse hoy la patologización de la vida cotidiana.

En este proceso se destaca la figura del médico cuyo poder fue legitimado por el la economía, la política y la sociedad toda. Portillo (1993) subraya tres aspectos dentro del discurso médico: relatividad, dimensión mercantil y dimensión simbólica (p.22). Éstos denotan el poder que el mismo tiene.

La ciencia médica no siempre cuenta con respuestas, y alguna de las mismas no son siempre acertadas, "...el discurso médico es además de científico, ético e ideológico. (...) pese a que está legitimado como discurso "infalible", la medicina sabe y cura menos de lo que cree y hace creer" (Portillo, 1993, p.23), es a esto que denomina relatividad.

Portillo (1993) se cuestiona si la dimensión mercantil determina el discurso médico, reconoce la influencia de la industria farmacéutica, sin embargo considera que es una mirada reduccionista afirmar que la misma determina la práctica médica (pp. 23-24).

Dos décadas más tarde se puede decir que colocar esta dimensión como única causa de las prácticas médicas sigue siendo una mirada parcializada, sin embargo se hace imprescindible señalar la preponderancia que ha adquirido. Se retomará este punto en los párrafos siguientes dada la complejidad de esta dimensión.

El tercer aspecto al que refiere Portillo (1993) es la dimensión simbólica, el autor le otorga a la misma un lugar especial. En este punto vale destacar la relación médico-paciente.

Siempre "...las sociedades humanas han necesitado de alguien que resuelva (o diga que lo hace) los problemas más acuciantes" (Portillo, 1993, p.24), el sujeto asiste al Sujeto supuesto Saber cuando está padeciendo, busca en él "la cura".

El discurso biomédico tiene poder, es seductor. En esta relación médico-paciente se pone en juego cierta dependencia por parte del consultante, la cual será más o menos asimétrica en correspondencia al capital simbólico que tenga uno y otro (Portillo, 1993, pp.27-29). Se expone, "En general, el discurso médico es cognitivo (trasmite información) pero no es comunicativo (no permite la interacción subjetiva)" (p.30).

La relación médico-paciente históricamente ha sido valorada, el sujeto asiste a una consulta con una demanda, ya sea ante un médico general, un psiquiatra o un psicólogo, hay una necesidad de contención y aliviar su sufrimiento.

Para dar cuenta de la relación del consultante con el psiquiatra, se retoma la dimensión mercantil que atraviesa el discurso médico y particularmente las prácticas médicas de esta especialidad.

Diferentes dimensiones de la vida cotidiana se han mercantilizado como corolario del sistema económico actual, la salud no queda por fuera de la lógica del mercado, ésta se ha industrializado, está más asociada a un bien material que a un derecho humano. Se hace cada vez más difícil definir qué es la salud, como refiere Teresa Porzecanski (1993) la medicalización "...arbitrariamente hace converger salud, belleza y felicidad" (p.105). Aparece con fuerza la noción de calidad de vida, la cual "...no tiene límites, siempre se puede mejorar. No es objeto de una disciplina en particular porque concierne a todos los saberes que tienen que ver con la vida en todas sus manifestaciones" (Abraham, 2000, p.392). Alrededor de la calidad de vida se generan industrias, la farmacéutica es sólo un ejemplo.

Pignarre (2005) en su libro *El gran secreto de la industria farmacéutica* a partir de un trabajo de investigación detalla una serie de datos de los cuales aquí sólo se referirán los que se consideran de mayor relevancia a efectos de problematizar cómo la dimensión mercantil influye en las prácticas médicas de la psiquiatría. Estas prácticas que son propias de la disciplina, se han extendido a otros consultorios médicos (Pignarre, 2003).

La industria farmacéutica elabora productos a partir de los resultados de sus investigaciones. Para que un medicamento sea puesto a la venta debe pasar por el ensayo clínico, donde se verifica que el fármaco es "...superior al *medicamento precedente*, o al placebo" (Pignarre, 2005, p.53). No siempre se observa esta superioridad, sin embargo esto no es un obstáculo para su comercialización, la que se hará poniéndose en juego un doble discurso. Por una parte el producto ofrecido es "lo último", más novedoso, más eficaz, o al menos "tan eficaz como" tal o cual medicamento; y al mismo tiempo éste medicamento "tan bueno y eficaz" será precedente de otro aún mejor que llegará gracias a la innovación de la industria.

¿Cómo repercute esto en la práctica de la psiquiatría? desde que los medicamentos están a un paso de entrar en el mercado, se busca por diferentes caminos inducir a los médicos a que lo prescriban. Iván de la Mata Ruiz y Alberto Ortiz Lobo (2003) expresan:

Los médicos recibimos continuamente información por parte de los laboratorios (...) Para algunos es la principal fuente de actualización

farmacológica y clínica. Esta información no puede considerarse científica, sino que tiene objetivos comerciales (...) Los médicos generalmente niegan que la publicidad de las compañías influya en sus decisiones terapéuticas aunque la mayoría de las evidencias demuestran lo contrario. (p.57)

Al mismo tiempo los laboratorios para modelar los hábitos de prescripción generan diferentes "...métodos para intentar conocer cuál es la prescripción de un médico determinado y adaptar individualizadamente los incentivos a ese médico" (De la Mata Ruiz y Ortiz Lobo, 2003, p.58).

Estos psiquiatras denuncian los intereses que hay detrás de las publicaciones en revistas científicas, la industria cuenta con poder para controlar lo que se publica y lo que es conveniente no difundir (De la Mata Ruiz y Ortiz Lobo, 2003). Como resultado, el público científico como el público en general no contamos con toda la información, la misma esta sesgada a los resultados que le son favorables a la industria farmacéutica. Detrás de estas estrategias está el marketing, del que se puede decir que es el que sostiene la industria. Pignarre (2005) plantea que por sí misma ya no sería tan poderosa, ya no es innovadora y revolucionaria, sus nuevas creaciones giran en torno a lo mismo, entre los viejos medicamentos y los de la última generación no hay un cambio sustancial. Que las mejoras sean casi imperceptibles no es algo que deban saberlo sus potenciales clientes, sobre todo cuando se trata de medicamentos cuyas patentes han vencido.

Otra estrategia que es puesta en juego por la industria farmacéutica, es la participación en la confección del *DSM*, en definitiva en la postulación de nuevos "trastornos". Esto se da, en parte, como consecuencia de la forma de investigación de los nuevos psicotrópicos. Donde se indaga primero los efectos que tienen las moléculas sobre animales sanos y luego se traslada a conductas y emociones humanas que serían pasibles de ser "beneficiadas" con este hallazgo. Por lo que si estos comportamientos y afectos no estaban hasta el momento definidos como "anormales" deberán empezar a serlo para poder entonces ser "normalizados". En definitiva, así la industria crea y redefine los "trastornos mentales" (Pignarre, 2003, pp.83-88).

Esta táctica no es una cuestión menor, como se ha referido en apartados anteriores, el *DSM* se ha universalizado, siendo habitualmente utilizado en las prácticas médicas.

En la elaboración del *DSM* participan profesionales que llegan por consenso a establecer lo que debe ser modificado. Se ha visto que en cada edición aparecen nuevos trastornos, preocupa el creciente número de personas con "trastornos mentales", que va de la mano con el aumento de la medicalización.

La prescripción de psicofármacos ha llegado lejos. La postura de la psiquiatría ya no es la de curar, los avances terapéuticos no le han permitido tal cosa; ahora se plantea el consumo de psicofármacos por largo tiempo, la idea es continuar con el tratamiento de mantenimiento para no recaer.

En pos de la “salud” se realizan campañas para la detección precoz de las enfermedades, campañas de prevención que terminan en la medicalización de los sujetos (Pignarre, 2005). Este autor refiere a modo de ejemplo como en Estados Unidos cada año se conmemora el “...National Depression Screening Day [Día Nacional de la Protección contra la Depresión], que propone un examen médico preventivo individual” (Pignarre, 2003, p.103).

Diferentes autores expresan que los laboratorios crean “nichos de mercado”, apuntan a un público determinado al que le podrán vender productos variados. Para lograrlo no basta con el marketing, se precisa de la colaboración de los profesionales (quienes en definitiva detectan la “enfermedad”). La industria farmacéutica colabora económicamente para que los profesionales se capaciten, se actualicen, de esta manera podrán detectar la “enfermedad” y difundir masivamente la misma (Pignarre, 2005, p.145). De la Mata Ruiz y Ortiz Lobo (2003) expresan que se crean epidemias “Primero se vende la enfermedad y luego el fármaco” (p.63).

Germán Berrios, quien ha sido consultor en la elaboración del *DSM-V*, sostiene que la construcción del *Manual* se ve condicionada:

...a la economía, a la política y a la sociología de los Estados Unidos, que es un país complejo y difícil, donde las compañías de seguros médicos y las farmacéuticas tienen injerencia en qué entra y qué no en la lista de ese manual. (Edelstein, 2012, párr.5)

Berrios expone “Yo creo que los DSM son fantásticos para los Estados Unidos, reflejan exactamente la personalidad de esa nación. Pero, ¿qué tiene que ver el DSM con el Tibet o Libia?” (Edelstein, 2012, párr.5). En este punto se recuerda lo que se ha planteado en el apartado “Cultura y medicina en la sociedad occidental” referente a que la sociedad occidental ha creído en la existencia de una conducta humana uniforme, esta postura se ve reforzada por la concepción biológica como la respuesta a todos los trastornos mentales. El resultado parece ser la proliferación de sujetos “inadaptados”, “anormales”.

Surgen varias interrogantes: ¿cómo se ha llegado a este estado de situación?, ¿los sujetos han sido expropiados de su salud?, ¿qué ha hecho el sistema político al respecto?, y ¿la OMS? No se podrán dar respuestas acabadas, sólo se esbozarán algunas líneas de pensamiento.

Los pretendidos avances de la psiquiatría con la introducción de psicofármacos no han dado los resultados esperados. Han pasado sesenta años desde la aparición de los primeros psicofármacos, tiempo suficiente para observar resultados. Se ha comprobado que los psicofármacos traen consecuencias no deseadas, incluso a un mismo sujeto al cual se le indica en primera instancia una medicación determinada, se le prescriben nuevas sustancias con el fin de contrarrestar las consecuencias de otros psicotrópicos administrados. Algo similar ocurre con el diagnóstico, existen casos en los que a una misma persona se le van agregando entidades nosográficas, el primer síndrome va “mutando”. Más que de una serie acumulable de síndromes se debe contemplar la singularidad de la persona que consulta. Sobre todo al observar que cada trastorno planteado por el *Manual* deja la puerta abierta a otros. No se tiene siquiera una idea acabada de lo que se entiende bajo la denominación “trastorno mental”, bajo el concepto se abren distintas posibilidades.

El estado de situación de la salud es complejo, se han esbozado algunas de sus múltiples aristas. Por qué se plantea la expropiación de la salud, pues la creciente medicalización ha tomado los procesos naturales de la vida, desde el nacimiento a la muerte, se han medicalizado comportamientos, al tiempo que los recursos económicos de la población son los que permiten o no acceder a la asistencia sanitaria. Mientras en algunas sociedades la preocupación está en virus mortales para los que no hay cura, otras tienen una sobre-asistencia y sobre-medicalización. Estas brechas parecen pronunciarse cuando se refiere a la salud mental.

De la Mata Ruiz y Ortiz Lobo (2003) afirman que “La enfermedad deja de ser una construcción social y se convierte en una construcción corporativa” (p.66). Enuncian la instauración de un mercado del malestar, éste “...ha provocado una psiquiatrización de la vida cotidiana. Ahora las desgracias tienen una solución química y se crean expectativas de felicidad y bienestar mediante el consumo de psicofármacos” (p.66).

Respecto a la postura del sistema político se invita a leer el libro de Pignarre publicado en el año 2005, resumidamente se expone que se permite a los laboratorios tener sus productos protegidos por patentes por muchos años, asegurándose las ganancias, en detrimento de investigar medicamentos para enfermedades para las que aún no hay cura o que afectan a un pequeño número de personas (p.119).

Ahora bien, se puede interrogar ¿la definición que brinda la OMS, aporta a la expropiación de la salud? Esta organización define a la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2006, p.1). Se trata de un postulado pretencioso, el completo bienestar es una utopía. No por ello, se renuncia a

alcanzar ese “estado”, y en pro de alcanzarlo arrastre consigo todo tipo de culto a la “salud”.

2. 5: ¿Qué efectos genera estas circunstancias en los sujetos?

El complejo contexto descrito genera efectos en los sujetos, aún sin que las personas tomen conocimiento de estas circunstancias, repercuten en su forma de ser y estar en sociedad.

La ciencia médica parece posicionar al sujeto como “objeto”, perdiendo de vista al ser humano como un ser integral. Esta visión sólo queda en el discurso, en el discurso del “estado de completo bienestar”. En los hechos, se pone el foco en lo meramente biológico, están en auge tratamientos (incluidas terapias psicológicas) que se basan en valorar el hombre-máquina en menoscabando del hombre deseante (Roudinesco, 2002; Ehrenberg, 2000).

Las transformaciones de la psiquiatría, han puesto al psiquismo a un costado, no es útil a su nueva lógica (Pignarre, 2005, p.76). Los diagnósticos se podrán hacer independientemente del sufrimiento psíquico, Roudinesco (2002) expresa:

Cada paciente es tratado como un ser anónimo perteneciente a una totalidad orgánica. Inmerso en una masa donde cada uno es la imagen de un clon, ve cómo se le prescribe la misma gama de medicamentos frente a cualquier síntoma. (p.16)

Con esta “desaparición” del aparato psíquico, se “borra” la existencia del inconsciente y con ella se irá también la concepción que Freud plantea del ser humano, como un ser en continuo conflicto. Esta “ausencia” permitiría la atención de lo que Pignarre (2003) refiere como “cuerpo mental” (p.92).

Estas transformaciones no están al margen de las transformaciones de la subjetividad. Se habla pues de una nueva subjetividad en la cual el ser humano se ha emancipado, es el único responsable de sus actos, el destino depende de sí mismo. Se define así la nueva “normalidad” (Ehrenberg, 2000).

Esta subjetividad deja en el ser humano toda la responsabilidad, es responsable por su bienestar, salud, felicidad, sufrimiento, por sus éxitos y fracasos, así como por la comunidad. Si todo es posible y todo depende del propio sujeto, no se da lugar a “echar culpas”. Entonces ¿qué sucede cuando no puede cumplir con lo que se le demanda?, ¿será culpa del propio individuo?, o ¿la biología es la culpable de que él no pueda?

Ehrenberg (2000) señala que partir de la década de 1960 se da “...una declinación de la referencia al conflicto y a la culpabilidad en provecho de figuras que, ante todo, ponen en juego el déficit y el bienestar” (p.127). Entonces “¿Para qué poner al

paciente a confrontar con sus propios conflictos si la asistencia médica compensa el sentimiento de insuficiencia?” (p.128) Se hace más fácil y útil recurrir por ejemplo a sustancias químicas que produzcan un sentimiento de bienestar, o a una terapia “new age” que propone recuperar la fe en sí mismo donde “El terapeuta debe compensar las frustraciones que la vida les hace sufrir a sus pacientes, liberarlos de los encuadres artificiales que les impiden ser ellos mismos” (p.145).

A partir del *DSM-III* el sujeto enfermo, pasa a ser un sujeto deficitario. Ahora se pone el foco sobre los afectos y lo que antes se concebía como neurosis fue distribuida en diferentes categorías “trastornos afectivos, ansiosos, somatomorfos, disociativos y psicosexuales” (Ehrenberg, 2000, p.188).

Se puede realmente pensar ¿un sujeto que no está en conflicto permanente?, ¿el sujeto no sufre?, ¿la sociedad ya no es causa de malestar?, ¿qué sucede con los síntomas neuróticos?

Para Élisabeth Roudinesco (2002) el sufrimiento psíquico actualmente es conocido bajo la forma de depresión. El sujeto pasa de una alternativa terapéutica a otra con el fin de calmar ese sufrimiento, antes de ponerse a reflexionar a qué se debe, cuál es el origen de ese malestar o desdicha. Ya no hay tiempo para eso, el tiempo es ocupado por el ocio u otras cosas. “El individuo depresivo padece más las libertades adquiridas por cuanto ya no sabe hacer uso de ellas” (p.15).

Ahora bien, se puede interpelar ¿se puede pensar a la depresión como un síntoma psíquico? Antes de esbozar una respuesta es necesario saber qué se entiende por síntoma psíquico.

Capítulo 3. Desde el psicoanálisis

3. 1: ¿Qué es el síntoma psíquico?

Cuando se habla de síntoma psíquico, se trata de una formulación del psicoanálisis. Se hace necesario diferenciarlo de la noción de síntoma mental que proviene de la psiquiatría. Berrios (2011) enuncia:

...los SM [síntomas mentales] representan tanto los indicadores de la enfermedad como la enfermedad misma. (...) Los SM se pueden dividir en: (a) afecciones subjetivas (por ejemplo, sentirse ansioso, deprimido, irritable, escuchar voces, etc.), y (b) signos y comportamientos determinados por los clínicos por medio de la observación o de instrumentos (por ejemplo, delirios, trastorno del pensamiento, retraso psicomotor, déficit cognitivo, desinhibición, apatía, etc.). (p.165)

La suma de síntomas mentales es lo que da forma a diferentes trastornos mentales (Berrios, 2011, p.153). Se puede decir entonces que los síntomas mentales son los

que se enumeran en las clasificaciones que hace la psiquiatría, como es el caso del *DSM*.

El autor refiere a la complejidad de los síntomas mentales y para su comprensión presenta diferentes categorías a ser exploradas. Resumidamente se dirá que da cuenta de que los síntomas mentales son “constructos personales” del sujeto, quien crea un sentido o significado y expresan la experiencia personal (Berrios, 2011, p.167); sólo el propio sujeto puede dar cuenta de esta experiencia, no puede ser verificada objetivamente por alguien más (p.168); el individuo para hablar de afección, debe notar una diferencia entre el estado actual y su estado normal (p.170).

Berrios (2011) señala que los síntomas mentales son de naturaleza cultural, y al mismo tiempo afirma que su origen puede ser neurobiológico. Observa que el síntoma mental necesariamente tiene un registro cerebral, aunque éste registro tenga menor grado de influencia que otros factores (p.174).

Ahora bien, para psicoanálisis el síntoma psíquico cuenta con una estructura particular que lo coloca en un lugar de importancia, respecto a las otras manifestaciones inconscientes, para direccionar la cura (Miller y Miller, 1994). Éste se traduce como la enfermedad, pero al mismo tiempo es a través de él que el sujeto hace un intento de curación. Indica con su síntoma psíquico lo que le está perturbando (González Imaz, 2013).

Para explicar qué es el síntoma psíquico, se hace necesario indicar que las nociones de inhibición y angustia están ligadas a este concepto. La inhibición aparece como una salida posible ante el conflicto en el que se encuentra el Yo, esta instancia, se ve en constantemente demandada por el Ello y el Superyó. A través de la inhibición, el Yo renuncia a funciones, se limitan funciones yoicas como una forma de precaución o por empobrecimiento de energía (Freud, 1975b, pp.85-86).

Respecto a la angustia Freud (1975b) explica que ésta surge ante la percepción de peligro, aparece como una señal. Cuando el peligro es real aparece como respuesta la angustia real, por otra parte, cuando el peligro proviene del interior del sujeto (pulsión) surge como respuesta la angustia neurótica.

En las neurosis sucede que ante la señal de angustia, que indica el peligro ante la pérdida o separación del objeto de amor (angustia de castración) la represión falla, lo que conduce al Yo a la formación del síntoma psíquico como una forma de evitar la situación de peligro, de huir de ella, “...toda formación de síntoma se emprende sólo para escapar a la angustia; los síntomas ligan la energía psíquica que de otro modo se habría descargado como angustia...” (Freud, 1975b, p.136). Si el síntoma psíquico no

se formara, ante el sujeto se presentaría efectivamente el peligro, estaría entonces ante la angustia originaria, el trauma del nacimiento.

El Yo se ve desprotegido ante esta situación, el síntoma psíquico se observa como necesario, “El síntoma se convierte en una barrera significante con las que el sujeto intenta canalizar, metabolizar, dar significación, a ese aumento de la tensión pulsional experimentado como un peligro por el yo” (González Imaz, 2013, p.6). La pulsión tiende a satisfacerse, así sea más allá del principio de placer; con el síntoma psíquico se suple la falta, la tapa, aún al costo de un goce destructivo. Lacan llama goce a aquella forma de satisfacción pulsional inconsciente que no genera placer a nivel consciente, este goce sólo se alcanza por vía sintomática (pp.8-9).

Con la formación sintomática el Yo cumple con las exigencias de las instancias psíquicas, genera un compromiso entre ellas (González Imaz, 2013, p.6), se trata de mantener la economía libidinal. Una vez que se ha dado esta formación, el Yo no puede imponerse al síntoma, por lo que termina incorporándolo, obteniendo pues una ganancia suplementaria. En este momento aparece el beneficio secundario de la enfermedad, el sujeto obtiene un plus de la enfermedad constituida. Esta satisfacción es la que dificulta su remoción (Laplanche y Pontalis, 1979).

Pero el sujeto no solo encuentra una satisfacción en su síntoma psíquico, sino que éste le da una estabilidad (Miller y Miller, 1994, p.34). Es importante recordar que el síntoma psíquico se trata de una manifestación del inconsciente, por lo que al sujeto esta satisfacción (que siempre está presente) no se le hace evidente, por el contrario, desconoce el saber que esconde su síntoma psíquico y se queja de él. Si no hay queja no hay síntoma psíquico pasible de ser trabajado en el análisis psicoanalítico. Esta queja, este malestar, e incluso la sensación de que dicha estabilidad esté flaqueando, es lo que podrá hacer al sujeto consultar. En el análisis, se busca en el Otro (analista) la clave para revelar ese saber enigmático.

Qué sucede cuando el sujeto consulta por ejemplo ante un psiquiatra, qué busca ante ese Otro, ¿también buscará develar ese enigma o sólo acallar los efectos del síntoma? Miller y Miller (1994) refieren a que “Fuera de transferencia, el síntoma cohabita con quien lo padece, le proporciona una respuesta a su “falta de ser”. El sujeto puede quejarse de eso, sin duda, pero sin que el síntoma lo interrogue sobre él mismo...” (p.34).

El síntoma psíquico tiene una doble vertiente, una significante y otra de goce. La primera, es lo que se denomina el envoltorio formal del síntoma, es la que hace referencia al sentido, lo que se pone en relación a los significantes del Otro; y la otra vertiente es la sustancia gozante. Para Lacan el síntoma psíquico es la forma en que

cada uno goza de su inconsciente, es la posición subjetiva ante el goce (González Imaz, 2013).

Los síntomas psíquicos fueron descritos por Freud a partir de hallazgos en la clínica, en los primeros trabajos realizados con Breuer, y de observaciones de las histéricas que trataba Charcot, datan de más de un siglo. Se puede cuestionar si estos desarrollos del psicoanálisis están vigentes en la clínica de este tiempo.

3. 2: El síntoma psíquico en la sociedad actual

Para algunos en la clínica aparecen nuevas estructuras como las borderline, o las patologías del narcisismo. Se cuestiona si será la misma neurosis ya conocida que hoy muestra otros montajes, ¿se trata de una nueva realidad clínica o de una nueva posición desde donde se observa la clínica?

El síntoma neurótico no queda por fuera de la época, de sus ideales, sus formas permitidas de manifestar placer y dolor. Entonces ¿hay nuevos síntomas psíquicos?, ¿son nuevas formas de denominarlos?, ¿son nuevas formas de relacionarse con ellos?

En el prólogo del libro *La misteriosa desaparición de las neurosis* sus autores expresan que:

La pérdida de espacios para la subjetividad en la cultura contemporánea, conlleva la tendencia a una creciente objetivación cuyo correlato en el campo de los padeceres del alma resulta en una orientación hacia la delimitación nosográfica de entidades (...) cuya resolución se plantea por la vía de la medicalización y el intento de supresión sugestiva del síntoma. (Barredo, Dujovne, Paulucci y Rodríguez, 2010, p.7)

Los autores proponen volver a colocar al psicoanálisis como un espacio donde el sujeto pueda interrogarse y dar respuesta a ese “dolor de existir” (Barredo et al., 2010, p.7).

Guattari (1990) indica que el sistema actual, al que denomina Capitalismo Mundial Integrado, ha descentrado su “...poder de las estructuras de producción de bienes y servicios hacia las estructuras productoras de signos, de sintaxis y de subjetividad...” (p.42). Ninguna actividad humana escapa del control. Se estandarizan los comportamientos, se va contra la alteridad, la subjetividad es normalizada. La singularidad es algo a evitar (p.46).

La sociedad occidental del siglo XXI exige rendir al máximo, ser eficientes, exitosos, cada vez mejores (Abraham, 2000). Parece quedar poco espacio para la reflexión, la duda o el sufrimiento, cuanto más rápido se vean resultados mejor, no se puede “perder” tiempo en esto (Roudinesco, 2002).

Para Percia (s.f.) en la actualidad se pretende evitar la angustia, que es un afecto inherente al ser humano, por lo que la supresión es una ilusión. En la sociedad occidental la angustia es representada como algo a lo que hay que temer, que evitar, porque no se sabe qué hacer con ella (p.9). Relata que existen angustiados sin experiencia de angustia, estos huyen de lo que no entienden con el uso de calmantes (p.8). Este psicólogo explica que “La conflictividad es la experiencia de la angustia. (...) La angustia no es una manera de ser, sino un pasaje que posibilita que, lo que es, sea” (p.8).

Ante lo novedoso que pueden parecer estos postulados, Freud en *El malestar de la cultura* (1986) presta atención a los dolores que trae la vida a los sujetos, quienes deberán utilizar diferentes calmantes para sostenerse (p.75). El ser humano pretenderá siempre lograr la felicidad y conservarla, lo que es irrealizable, deberá contentarse con el bienestar de los momentos de placer y evitar el displacer (p.76).

El sufrimiento está al acecho, y en gran medida la desdicha proviene de la cultura (Freud, 1986, p.85); “...el ser humano se vuelve neurótico porque no puede soportar la medida de frustración que la sociedad le impone en aras de sus ideales culturales (...) suprimir esas exigencias o disminuirlas en mucho significaría un regreso a posibilidades de dicha” (p.86).

El sujeto está inscripto en una sociedad que le pondrá límites a su pulsión agresiva, y lo hará desde el propio individuo con la instancia del Superyó, la que ejerce sobre el Yo su severidad, “...cada fragmento de agresión de cuya satisfacción nos abstenemos es asumido por el superyó y acrecienta su agresión (contra el yo)” (Freud, 1986, p.125).

Entonces ¿el psicoanálisis puede seguir hablando de síntomas neuróticos?, ¿qué pasa con la angustia?

Ehrenberg (2000) da cuenta de una nueva individualidad que ha modificado la relación del sujeto consigo y con el colectivo. El ser humano emancipado debe ser su propio juez y construir sus propios referentes que lo guíen, que lo ordenen (pp.15-16).

La flexibilidad, la iniciativa son necesarios en la vida familiar, laboral, en la vida social y política en general. En todos los ámbitos es ineludible mantener el dominio sobre sí, sólo es posible recurrir a los recursos internos y “...asumir la tarea de *elegir todo* y de *decidir todo*” (Ehrenberg, 2000, p.223). El imperativo es la acción.

Si todo está permitido y no hay reglas que estructuren, se puede interrogar ¿hay conflicto? Este sociólogo dirá que “El conflicto ya no estructura la unidad personal y social, sus mensajes no proporcionan en absoluto consignas adecuadas para conducir a la acción” (Ehrenberg, 2000, p.231).

Roudinesco (2002) hace mención a que se ha cambiado el paradigma de la histeria por el paradigma de la depresión. En este remplazo se valora la normalización de los procesos psicológicos por sobre la exploración del inconsciente (p.18).

El nuevo sujeto se ve solo ante las demandas sociales, obligado a hacer su propio camino. Ehrenberg (2000) dirá que la libertad del individuo lo deprime y que “La angustia de ser uno mismo se disimula detrás de la fatiga de ser uno mismo” (p.57).

Es importante agregar que ante las nuevas normas que demandan convertirse en uno mismo, no se puede “...afirmar que haya menos experiencia subjetiva en la constricción disciplinaria (...) Lo “personal” es un artificio normativo; es, como toda norma, perfectamente impersonal” (Ehrenberg, 2000, p.145). El discurso del “todo vale”, esconde una normatividad, realmente no es todo aceptado.

Ante la presencia de esta nueva realidad es que Marco Focchi escribe en el año 2012 *Síntomas sin inconsciente de una época sin deseo*. Andrea Brunstein (2013) reseña el libro, en primera instancia se refiere al título y el porqué de “*síntomas sin inconsciente*”, para Focchi el sujeto contemporáneo tiene una nueva relación con el síntoma psíquico, esta relación se ve atravesada por el discurso científicista, el cual está apoyado en la medicalización. Se entiende que ahora el sujeto que llega a los consultorios no se pregunta por la verdad, sino que se pregunta por la “normalidad” (p.1):

Los síntomas están catalogados, etiquetados bajo un nombre y el sujeto los vive como una disfuncionalidad que hay que normalizar. No hay una pregunta por el inconsciente sino un intento de volver a la norma. (...) Mientras la identificación al síntoma lo lleva a lo más singular de sí, la identificación a la norma lo diluye en la universalidad (...) aquel que intenta identificarse a un universal, sin ninguna interrogación de sí, es un sujeto con una disminución en su deseo. (Brunstein, 2013, p.1)

Focchi apuesta a que el psicoanálisis escuche al sujeto en su singularidad, permitiendo que éste pueda interrogarse por su deseo, desmarcándose de los ideales que están pautados socialmente. Lo que hace sufrir al neurótico hoy son los ideales, para deconstruirlos hay que dejarse orientar por el síntoma psíquico (Brunstein, 2013, p.2).

En este mismo sentido Chemama (2007) expresa que el sujeto actualmente queda atrapado en la inmediatez, antes de tener una relación con la historicidad de un deseo (p.135).

Ante lo expuesto se puede plantear la necesidad de sortear los obstáculos, el discurso científicista y farmacológico dificultan el acceso al inconsciente. Este modelo mantenido por psiquiatras, psicólogos, entre otros, asocia livianamente lo que podría

ser un síntoma psíquico (que sostiene al sujeto) a un trastorno mental (disfunción que sin importar su causa es necesario resolver).

La sociedad empuja a normalizar imponiendo ideales, lo que realmente hay que develar en la consulta psicológica de orientación psicoanalítica es lo que se está demandando. Se demanda ser catalogado dentro de la “normalidad” o más bien encontrar un espacio para poder salirse de la etiqueta, donde contactarse con su sentir, su sufrimiento, su deseo; más allá del nombre que pueda tener ese malestar. Se debe rescatar el contenido de la queja, no quedarse con lo manifiesto, construir la verdadera demanda.

Tanto la psicología como la psiquiatría no se pueden quedar encerradas en la “objetividad científica”, esto lleva a dejar de escuchar al sujeto y su singularidad.

3. 3: El síntoma psíquico: singular-social

Freud (1975a) plantea que el síntoma neurótico es rico en sentido, éste se entrama con el vivenciar del sujeto y con su vida (pp. 235-236). Los síntomas son variados, pueden ser individualizados, así como también se pueden encontrar síntomas típicos de cada neurosis (p.247). Algo de este sentido es posible de ser interpretado en análisis.

Chemama (2007) sostiene que:

...es para responder a una patología social que el sujeto se acoraza en un síntoma individual. Pero, al mismo tiempo, no puede decir sus propias dificultades si no es en el lenguaje de los discursos dominantes, aunque éstos mismos sean patológicos. En suma, encuentra en el síntoma social un *ready-made* con el que va a vestir lo que lo afecta de la manera más íntima. (p.154)

Como se ha dicho en apartados anteriores, lo social no le es ajeno al sujeto, más bien todo lo contrario, forma parte de él en tanto la construcción de su subjetividad, su manera de ser, de estar, pensar y actuar en sociedad. La formación del síntoma psíquico no es más que la forma en que el sujeto construye su subjetividad, el neurótico construye con él su mundo. El síntoma psíquico es estructural en los sujetos neuróticos.

Ya en *Psicologías de las masas y análisis del yo* Freud (2001) refiere a que la psicología individual es a la vez social, en la vida anímica el otro es un modelo, ya sea como auxiliar o enemigo (p.67). Dentro de estos modelos se destaca la importancia de las personas más cercanas al sujeto, como son los integrantes de su familia. A partir de estos es que el Yo configura la identificación.

La identificación se da como un modelo de transmisión psíquica. En la identificación primaria los padres depositan en el recién nacido esperanzas, expectativas, exigencias. A esto se hace importante añadir:

La falta en la completud de los padres abre la posibilidad del investimento narcisístico y, esta es una condición de estructura en el destino de un sujeto como deseante, allí donde la falta no puede ser colmada. Pero también es ahí donde el sujeto producirá los síntomas que lo ligan a ese destino y que lo retienen fuera de la vía de su deseo. (Barredo, et al, 2010, p.25)

Lacan también dirá que el inconsciente depende de los discursos sociales, para él el inconsciente es “transindividual” (Chemama, 2007, pp.39-40). Se puede entonces decir que el síntoma psíquico es un decir para el Otro y éste se desarrolla con el Otro. Chemama (2007) sostiene que lo que se observa en la clínica no es más que una respuesta individual de la “clínica social” (p.154). No todo lo que acontece en la clínica responde al fantasma singular, sino que algunas cuestiones refieren a la sociedad (p.160). Con la expresión “clínica social” éste autor entiende una patología del lazo social y considera como patológico a todo discurso que desalienta al sujeto encontrar su lugar, deseos y obligaciones, todo discurso que impide al sujeto encontrarse con él (pp.154-155).

Por otra parte, a partir de los postulados del filósofo Ian Hacking se puede decir que la sociedad invita a la “construcción de personas”:

...ciertas clases de seres y acciones humanas van de la mano con la invención de las categorías que los etiquetan; se adecuan e interaccionan entre sí. (...) las ciencias humanas se aventuran a describir personas. Nuevas categorías llevan a nuevos tipos de personas (Martínez, 2009, p.60).

Estas personas hacen propias esas etiquetas, “actuando” de acuerdo a lo que se espera de ellas, se crea entonces una realidad ante la que los expertos deben responder (Martínez, 2009, p.63).

Los síntomas de catálogo se presentan como formas de interactuar, distintas maneras de construirse como persona. No es que el sujeto reaccione a partir de la etiqueta, ya que por ejemplo los niños hiperactivos desconocen esta clasificación y sin embargo actúan en base a la misma (Martínez, 2009, p.63); se trata de algo más complejo, Hacking lo denomina:

...el efecto bucle de las clases humanas –esto es, las interacciones entre las personas y las formas en que es clasificada. Las personas clasificadas en un cierto sentido tienden a conformarse o a crecer en los sentidos en que ellas son descritas; pero como también los individuos desarrollan sus propias formas, entonces las clasificaciones y descripciones deben ser constantemente revisadas. Lo que se conocía sobre las personas de esa

clase ha cambiado también en virtud de lo que creen de sí mismas. (Martínez, 2009, p.64)

Así pues, los sujetos se mueven según las descripciones existentes, su forma de ser y de actuar no son independientes de aquellas (Martínez, 2009, p.65).

Tal vez el sujeto llegue al análisis por un síntoma social, por aquello que la sociedad cataloga como perturbador, “anormal”, es esta una puerta de entrada, la pregunta por la “normalidad”; el análisis deberá tenerlo en consideración, a la vez, deberá tomar cierta distancia de éste, para ver al síntoma psíquico subjetivo, singular.

Ahora bien se puede cuestionar ¿el síntoma psíquico como una forma de “desujetarse” o de “ajustarse” a la norma? No se puede dar una respuesta por una u otra opción. Dependerá de cada sujeto, de lo que él “busca”. No da igual que ante el malestar y la queja se asista a una consulta médica o psicológica, al tiempo que será diferente optar por una terapia cognitiva o psicoanalítica. Como expresa Pignarre (2003) estas elecciones tienen que ver con “...la manera en que cada cual decide definirse como ser humano en el momento en que se ve enfrentado al desafío de graves dificultades” (p.31).

Lo preponderante del discurso biomédico puede poner en riesgo el encuentro con el inconsciente aún en una terapia de orientación psicoanalítica. Ésta no desconoce las herramientas de diagnóstico de la psiquiatría y también hace uso de ellas, pudiendo caer en responder al dolor únicamente desde esta perspectiva, ya que la persona demanda una solución, una respuesta inmediata. Si el terapeuta responde de esta manera, perdiendo de vista que el ser humano sigue siendo conflictual, por más que no se haga tan evidente en esta época, se estaría quedando en “...el bienestar [que] no es la curación...” (Ehrenberg, 2000, p.244). La cura para el psicoanálisis se da cuando el sujeto aprende a vivir con la angustia y el conflicto, desecharlos es un imposible.

Capítulo 4. La multiplicidad de la depresión

4. 1: ¿La depresión puede ser considerada un síntoma psíquico?

Se observa a la depresión como una enfermedad de moda. ¿Es posible pensar a la depresión como un síntoma psíquico? De ser posible, ¿por qué será “elegida” por el sujeto como un síntoma psíquico? Antes de reflexionar sobre estos cuestionamientos se hace necesario conceptualizar la depresión.

4. 2: La depresión: el diagnóstico y la epidemia

Cuando se refiere a la depresión, se trata de una noción que ha cambiado a lo largo del tiempo. Se plantean debates sobre su etiología, la literatura al respecto es variada, aparecen indistintamente monólogos o diálogos de los diversos factores que estarían involucrados: genéticos, psicosociales, procesos neuronales y moleculares.

Se hace difícil dar una definición y clasificación acabada. Bajo la palabra depresión se denominan diferentes cosas, Assandri (2000) hace referencia a que todo puede haber dentro de la depresión, es una “palabra-cambalache” (p.14). Murguía en el año 1983 explica que:

Las depresiones continúan constituyendo un profuso grupo de síndromes que, si bien todos ellos están signados por el abatimiento del ánimo, en cuanto se refiere al resto de sus síntomas diremos que son múltiples, a veces opuestos, inconstantes en su presentación y variados en sus asociaciones. (p.309)

Ahora bien, aún hoy se nota que “Las depresiones continúan constituyendo un profuso grupo de síndromes...”, sin embargo no se da cuenta de que sea el estado de ánimo en menos lo que las caracteriza, este lugar lo ocuparía la inhibición de la acción (Ehrenberg, 2000).

El sociólogo Alain Ehrenberg (2000) examina cómo ha cambiado la concepción de depresión, observa que en la década de 1960 se comienzan a incluir bajo este concepto a diversas patologías. En escritos de las décadas de 1970 y 1980 se asocia a la depresión con el stress y la fatiga, colocando a estas como las causas; en esta época “...la depresión se manifiesta por síntomas tan diversos como la tristeza, la fatiga, problemas somáticos variados, inhibición y, por supuesto, ansiedad. (...) la ansiedad y la inhibición, comienzan a redefinir la depresión” (p.164). En este proceso se va dejando en un segundo plano la tristeza y el dolor moral que la habían caracterizado. Se puede decir que desde las últimas décadas del siglo XX “La falta de iniciativa es el trastorno fundamental del deprimido” (p.200). La falta de acción es lo patológico.

El psiquiatra Murguía (1983) plantea que la depresión es un estado de ánimo que sobreviene naturalmente en un sujeto cuando se enfrenta a una pérdida. Polemiza sobre la posibilidad de diferenciar una depresión normal de una patológica basándose en términos cuantitativos, los límites no están tan claros (pp. 309-310).

¿Cómo se salvan estas diferencias?, pues es aquí donde interviene *DSM* y propone un síndrome específico para realizar el diagnóstico. La depresión se encuentra en el *DSM-IV* como Episodio Depresivo Mayor y se ubica, dentro de los Trastornos del estado de ánimo. Para que éste sea diagnosticado se deben tener en cuenta la presencia de cinco o más de los criterios allí establecidos por un período de dos o más

semanas (American Psychiatric Association, 1995, p.326). En el *DSM-III* debían “...perdurar durante un mínimo de un mes” (Ehrenberg, 2000, p.187).

Estos criterios son: estado de ánimo depresivo; disminución del interés o de la capacidad para el placer; alteración del peso o del apetito; alteraciones del sueño; agitación o enlentecimiento psicomotor; fatiga o falta de energía; sentimientos de culpa o infravaloración; dificultad para concentrarse o tomar decisiones; y pensamientos recurrentes de muerte. De estos, deben estar presente por lo menos uno de los siguientes: “(1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer” (American Psychiatric Association, 1995, p.333) para realizar el diagnóstico.

En el *DSM-V* se da cuenta de que se trata de una enfermedad crónica y se agrega como nota que las respuestas ante una pérdida significativa, como es el caso de un duelo, el diagnóstico puede ser considerado (American Psychiatric Association, 2013). Se puede especular si esto repercutirá aumentando el número diagnósticos de depresión.

La OMS en octubre de 2010 presenta la *Guía para la intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. La Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, en la presentación de la *Guía* expresa que el objetivo es brindar “...un instrumento técnico sencillo para detectar, diagnosticar...” (Chan, 2010, párr.15), se da herramientas al personal de la salud del primer nivel de atención como una forma superar las brechas en salud mental.

En la introducción de la *Guía* (2011) se expresa que se ésta es un modelo, siendo importante la adaptación a la realidad local (p.2). Al leer los “Principios generales de la atención de la salud” (pp. 6-7) se constata una diferencia sustancial en el enfoque que se da, con respecto a lo planteado por el *DSM*, pues se intenta tratar a las personas de manera integral. Se busca establecer una relación de confianza, respeto, entendimiento, donde se brinde información, se evalúen las expectativas del sujeto sobre el tratamiento. Se solicita que se realice una evaluación de las condiciones psicosociales, familiares, se considere la búsqueda de un apoyo comunitario en caso de que sea necesario. Respecto al tratamiento, se indica establecer un acuerdo con el paciente para el seguimiento. Se promueve valerse de los recursos familiares y comunitarios para re captar a quienes no han asistido al seguimiento.

El entrar en el módulo que refiere a la depresión, brinda elementos para la evaluación de una serie de criterios (los que se establecen en el *DSM*). Si se confirma el

diagnóstico, se pasa entonces a una serie de pautas para brindar apoyo psicosocial y/o tratamiento medicamentoso, según corresponda en cada caso.

La intervención propuesta por la *Guía* permite apartarse de la visión que restringe los malestares del ser humano a explicaciones basadas puramente en lo biológico, la visión es más próxima a la de un ser humano bio-psico-social. A pesar de las buenas intenciones de “salud mental para todos” que puedan estar presentes en la difusión de esta herramienta, comete el mismo error del *DSM* al promover la universalización de la mirada, aunque expresamente se indique tener en cuenta la realidad local, se pide la “adaptación”, lo que trae implícito que en cualquier parte del mundo está presente la patología, solo es cuestión de “afinar el ojo”.

Es de cuestionar que en el año 2010 cuando la OMS presenta la publicación de la *Guía* se estima que hay más de 150 millones de personas con depresión (Chan, 2010, párr.3), y dos años más tarde en el Mensaje en el Día Mundial de la Salud Mental se anuncia que son 350 millones las personas afectadas (Organización Mundial de la Salud, 2012).

¡En dos años hay 200 millones de personas más con depresión! Se puede poner en tela de juicio si las herramientas brindadas fueron adecuadas. Por una parte se podría suponer que sí porque se detectaron casos que no contaban con asistencia; por otra parte se podría presumir que no fue una buena decisión el dejar el diagnóstico “en manos no especializadas”. De todas maneras, no parecen ser razones suficientes para justificar el crecimiento del diagnóstico, ya que en manos “especializadas” o “no especializadas”, el mismo ha crecido en forma exponencial y no se avizora que este declinando. Más que “cerrar la brecha en salud mental” parecería que se está socavando la salud mental de todos.

No se puede negar la existencia de la depresión, sin embargo se puede cuestionar que todo lo que se diagnostica como tal, se trata realmente de un episodio depresivo o sea más bien una determinación tomada a la ligera.

En este sentido, no parecen aceptables las prácticas que según Pignarre (2005) algunos laboratorios promueven. Particularmente es discutible lo que el autor presenta como:

...el concepto de trastorno “subsindromal”: por ejemplo, a ciertos pacientes que presentan sólo una parte de los síntomas y comportamientos por los que podría considerárselos como verdaderos depresivos, se les podrían prescribir antidepresivos de la última generación, con pocos efectos secundarios y susceptibles así de convertirse en buenos medicamentos de confort que permitan a los pacientes sentirse “mucho mejor”. (Pignarre, 2005, p.139)

Se recuerda que para confirmar un diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor el *DSM-IV* sólo requiere tener cinco de nueve síntomas por dos semanas (American Psychiatric Association, 1995, p.326), es realmente peligroso lo que se plantea con el “trastorno subsindromal”, ¿dónde se va a poner el límite?

No se tienen novedades de que en el transcurrir de estos años se hayan avanzado de forma revolucionaria en la precisión de los diagnósticos, se puede cuestionar seriamente su profusión. Se habla de epidemia tal como si se tratara de un virus que se expande por contagio. Si se sabe que esto no es así, que no se trata de un agente infeccioso, cómo se podría explicar esta epidemia, qué factores están poniéndose en juego. Pueden ser reconsiderados los planteos del capítulo 2: “Los avances de la ciencia médica”, sin embargo no parecen ser elementos suficientes para comprender la complejidad de este problema.

Al hablar de epidemia de depresión, viene inevitablemente al recuerdo lo que Freud plantea en *Psicología de las masas y análisis del yo* (2001), ¿podría ser esta epidemia concebida como una “masa psicológica” formada por imitación, contagio y sugestión, donde un individuo encuentra cierta seguridad, identidad, estabilidad? Esta especulación parece ser poco racional a los ojos de la psiquiatría biológica, que es en definitiva el paradigma predominante. Al mismo tiempo explicar la complejidad de la *epidemia* de depresión simplemente por imitación o contagio sería echar por la borda las diferentes aristas exploradas hasta este punto. Lo que difiere al análisis de *una* depresión singular.

Será que ahora se diagnostica algo que antes no llamaba la atención, pues la depresión ha existido desde hace siglos bajo otras denominaciones. Será que se diagnostica sólo lo que se cree tener respuesta, hoy hay gran variedad de psicofármacos, de tratamientos terapéuticos y otro tipo de tratamientos que prometen ser la solución.

Se ve lo que se ha aprendido a ver, como se ha mencionado tanto la American Psychiatric Association como la OMS dan una serie de instrucciones para “aprender a ver”. Esta mirada está teñida por intereses de los “expertos”. Pignarre (2003) en su libro *La depresión. Una epidemia de nuestro tiempo* da cuenta de una serie de estrategias que han tomado estas organizaciones para que los profesionales de la salud aprendan a reconocer la depresión más allá del país en que se esté. El trastorno depresivo ya no quedará invisibilizado ante la sagacidad de las tecnologías occidentales que podrán encontrarlo aunque éste se “oculte” con diferentes “máscaras”.

Quienes trabajan en la salud, ante una consulta no se debe quedar con fragmentos de los sujetos como verdades universales, pues se corre el riesgo de trasladar con liviandad un diagnóstico de depresión a cualquier realidad particular. Se reduce al sujeto en sus posibilidades de ser, al nombrarlo como “depresivo” ubicándolo en un lugar, en el cual la persona se sitúa, o ya se había situado con anterioridad a la consulta. Ahora por qué el sujeto aceptaría y tomaría como suyo este lugar. Es necesario pues, reflexionar sobre la depresión como un síntoma psíquico.

4. 3: La depresión: un caso ejemplar de los síntomas psíquicos actuales

La depresión es considerada un trastorno mental; como se ha mencionado cada sociedad se encarga de determinar sus enfermedades, las cuales son descritas y clasificadas. La sociedad marca lo que no le es “útil” para su desarrollo “normal”.

Se puede suponer que un depresivo no parece ser un sujeto “útil” en una sociedad que demanda sujetos activos, y reclama ser pro-activo, emprendedor, innovador. La sociedad no se vería beneficiada con la depresión, cuando se presentan informes respecto del estado de situación de la “enfermedad” se enfatiza la discapacidad que genera, lo que acarrea pérdidas económicas. Ahora bien, ¿y el sujeto?, ¿cómo se vincula con la depresión?

Por todos lados se busca combatir este mal de la sociedad, se realizan investigaciones científicas que buscan las causas y factores de riesgo. En una publicación de la BBC (2012) aparece un estudio donde se afirma que “La gente en edad de trabajar que vive sola tiene un 80% más de probabilidades de sufrir depresión que aquellos que viven en el seno de una familia o acompañados...” (párr.1). En el mismo periódico se titula “Dormir con luz tenue, riesgo de depresión”. El estudio explica que se investigaron a roedores y se “...encontró que dormir con luz tenue, similar a la que despiden la televisión en la oscuridad, aumenta el riesgo de depresión” (BBC Ciencia, 2010a, párr.1).

Al mismo tiempo constantemente se innova en tratamientos alternativos a la psicofarmacología para combatir la depresión. Se lee en la prensa “Especialistas en el Reino Unido están probando una nueva terapia para combatir la depresión entre los jóvenes: lecciones de surf” (BBC Ciencia, 2010b, párr.1). El 6 de mayo de 2014 aparece como titular “Novedoso tratamiento de cascos magnéticos para curar la depresión” probado con 65 pacientes, durante 8 semanas, periodo en el cual continuaron con su tratamiento medicamentoso. Los resultados fueron buenos por lo que “Actualmente están solicitando permiso a la Unión Europea para empezar a

comercializar el casco en cuestión de un año, pues consideran que el potencial de demanda es enorme” (Brabant, 2014, párr.18).

Ya que la depresión es una epidemia, se trabaja constantemente en la prevención. La OMS difunde a través de internet videos como *I had a black dog, his name was depression* (Johnstone, 2012) y *Living with a black dog* (Johnstone y Johnstone, 2008), realizados por Matthew Johnstone, autor e ilustrador del libro *I Had a Black Dog*. En los videos aparece entonces la depresión como ese “perro negro”. En el primero de ellos se dirige al depresivo, indicando qué siente y piensa, destaca la importancia de superar el miedo y la vergüenza para buscar ayuda profesional, dejando como mensaje final pedir ayuda y aceptarla (Johnstone, 2012). El otro video además de a la persona con depresión, se dirige particularmente a su entorno. Se presenta como una guía de cómo el cuidador debe comportarse con un sujeto con depresión, se alienta a ser acompañante en la consulta profesional, a la búsqueda de grupos de apoyo donde la persona se encuentre con otros que estén pasando por el mismo estado. Llama la atención que se explicita la necesidad de la “auto preservación del cuidador”, se expresa “El estar sobreexpuesto al perro negro de una persona puede ser contagioso” (Johnstone y Johnstone, 2008).

La depresión circula por la sociedad, a pesar de que los ejemplos anteriormente referidos datan entre los años 2008 y 2014, se puede afirmar que esto no es novedoso. Ehrenberg (2000) da cuenta de esto:

A partir de la invención de los antidepresivos y de los ansiolíticos, la escena médica y social de la depresión se amplía considerablemente. (...) Entre 1965 y 1970 la depresión se convierte en una realidad cotidiana de la medicina general. La depresión se socializa y la vida psíquica sale de su halo de oscuridad. (p.89)

Desde estos años los medios de comunicación, inicialmente las revistas, tratan de forma periódica el tema. Se lleva tranquilidad al público, quien acepta este trastorno legítimamente, la depresión no es una enfermedad mental, ni un invento, cualquiera puede padecerla. La medicina y los medios refieren a que se hace necesario reconocerla para iniciar el tratamiento (Ehrenberg, 2000).

¿Por qué se dará esta ascendente popularidad y aceptación que llega al día de hoy? Se puede suponer que dada la heterogeneidad que guarda la depresión no extraña que sea un síntoma tan popular, la cultura brinda opciones de manifestar el malestar, la depresión caracterizada por su multiplicidad da al sujeto opciones de lógicas diferentes y hasta excluyentes. Como refiere Chemama (2007) en la actualidad hay síntomas “ready made” (p.154), estos son síntomas psíquicos de gran difusión que ya se encuentran catalogados, a disposición. Hacer “uso” de estos parece ser una

ventaja; pues la depresión se trata de una “enfermedad” admitida, comprendida, conocida y que brinda “respuestas” a quien la padece.

Se hace importante mencionar que cuando se refiere a la depresión como un síntoma psíquico es necesario comprender la singularidad de la persona. El sujeto importa, es quien tiene el malestar y lo vive con una historia personal. El síntoma sea psíquico u orgánico tiene un componente social y singular. Por esto, y por todo lo que se viene exponiendo en la presente monografía, es que no se podrá dar una respuesta unívoca ante la depresión como un síntoma psíquico. Se presentarán dos posibles posiciones desde donde se podría pensar por qué un sujeto “elige” la depresión como síntoma psíquico, es decir como la manera que tiene de mantener la economía libidinal.

Es importante recordar que el síntoma psíquico está siempre presente en el neurótico, es la forma en que goza de su inconsciente, es estructural. Está presente en el análisis psicoanalítico pero también existe fuera de él, como refieren Miller y Miller (1994) “Fuera de transferencia, el síntoma cohabita con quien lo padece, le proporciona una respuesta a su “falta de ser”. El sujeto puede quejarse de eso, sin duda, pero sin que el síntoma lo interrogue sobre él mismo...” (p.34). El síntoma psíquico construye la subjetividad del neurótico dándole estabilidad.

Ante esta “elección” de posibilidades, los sujetos en el punto de partida están en las mismas condiciones, es decir, todos en la sociedad occidental en esta época estamos bajo iguales mandatos, ideales, concepciones de salud-enfermedad, así opciones de tratamiento. Entonces ¿cuál es la diferencia? ¿Por qué unos solicitan consulta con una especialidad, con otra especialidad o ambas? Diferentes corrientes teóricas en psicología, grupos de autoayuda, psicotrópicos, ejercicios físicos, libros de autoayuda. Ninguna de estas opciones excluye a la otra, se tiene libertad de optar ante cualquiera, por todas, por ninguna. De qué dependerá esta elección, pues se trata de la relación que el sujeto tenga con su síntoma psíquico, qué se “quiere” con él, qué se “busca”, en definitiva el para qué de la construcción de éste síntoma psíquico tan particular. ¿Es un síntoma que busca un lazo social?, ¿es un síntoma que interroga al ser?

Una posición desde la que se puede colocar el sujeto respecto a su síntoma psíquico es desde el lugar del “no conflicto”. Se sabe que no existe síntoma psíquico sin conflicto, no obstante como se ha referido anteriormente la nueva subjetividad no promueve al ser humano conflictual. Por lo que se dirá que esta primera posición se corresponde con esta nueva individualidad, la que no se interroga por el inconsciente, ni por el deseo, donde no hay sentimiento de culpa (Ehrenberg, 2000; Roudinesco, 2002). Estos sujetos construyen pues su síntoma psíquico y cuando buscan ayuda lo hacen para atender lo que Pignarre (2003) menciona como “cuerpo mental” (p.92), por

lo que los tratamientos a los que se adhieran psicofarmacológicos y/o psicoterapéuticos responderán al paradigma de la psiquiatría biológica. En ellos se atenderá al episodio depresivo, no al sujeto (Ehrenberg, 2000, p.186).

En qué se favorece el sujeto con la construcción de la depresión como un síntoma psíquico desde una posición de “no conflicto”. Desde el beneficio primario que es “...la motivación misma de una neurosis: satisfacción hallada en el síntoma, huida de la enfermedad, modificación favorable de las relaciones con el ambiente” (Laplanche y Pontalis, 1979, p.46) se puede decir que la depresión es una “buena elección” pues a pesar de estar incluida en el *DSM* (que con “autoridad” establece que es “trastorno mental”, que es lo patológico) la depresión ha sido corrida del estigma de la “enfermedad mental”. Se dice con naturalidad que es esperable padecerla en algún momento de la vida. En definitiva el sujeto con depresión no queda excluido. Con este síntoma psíquico el sujeto también tendrá beneficios secundarios, la depresión abre a diferentes maneras de “apropiarse” de su enfermedad y alcanzar una ganancia suplementaria.

Desde fines del siglo XX la sociedad redefine a la persona por la identidad y la acción (Ehrenberg, 2000, p.197). Convenientemente para el neurótico la depresión se redefine por la impotencia de actuar (p.161). La depresión cuenta con la ventaja de ser atendida, contenida y comprendida; de cierta forma el sujeto puede encontrar en esta enfermedad socialmente aceptada una buena opción de síntoma psíquico. Ante no poder cumplir con estas exigencias, que son contra las que se mide la normalidad y la capacidad de la persona en la actualidad, el sujeto tiene a disposición la depresión como un atenuante. La depresión le quita al sujeto su responsabilidad por lo que le sucede ya que es un déficit biológico (justifica su incapacidad de actuar) y le brinda una identidad desde la cual se relaciona con los demás (“soy depresivo”). Parece ser un síntoma psíquico del “no conflicto” que permite al neurótico alcanzar una estabilidad, establecer un lazo social. En este punto se toma en consideración lo que Widlöcher (1986) expresa respecto a que la depresión, como toda acción, tiene una intencionalidad. Afirma que los signos médicos que la caracterizan “...constituyen actos que se dirigen a la realización de un determinado fin. (...) La monotonía de sus quejas y de sus reproches sólo constituye una forma de interacción” (Widlöcher, 1986, p.51). Puede decirse que desde el momento en que la persona se ubica, o es ubicada, en un diagnóstico, se toma un camino que ya está trazado; sabrá entonces cómo debe actuar, pensar, relacionarse consigo y con los demás. La persona queda incluida en las relaciones sociales a partir de un síntoma de catálogo como es la depresión, con la etiqueta se evitan los conflictos morales e interpersonales.

La inhibición va contra la “norma” que es el actuar; la depresión guarda una paradoja, pues es calificada como una “enfermedad de la normalidad”, cuando la “norma” actual exige a la persona lo opuesto a lo que representa un sujeto depresivo.

Se recuerda que el síntoma psíquico presenta una doble vertiente: la sustancia gozante y el envoltorio formal que refiere al sentido, que se pone en relación a los significantes del Otro (González Imaz, 2013). Se puede suponer que la depresión permite al sujeto acceder al goce sin tener que renunciar a él, pues la depresión es crónica; al tiempo que el mensaje al Otro será revelar que no todo es posible, dirá Ehrenberg (2000):

...la depresión tiene el interés de recordarnos que nada deja de ser humano, que se sigue encadenado a un sistema de significaciones que lo supera y lo constituye al mismo tiempo. (...) Las contracciones y las libertades se modifican, pero “la parte de lo irreductible” no disminuye. Solamente cambia... (p.273)

Este mensaje para el Otro no implica solamente un mensaje hacia el exterior, sino que en tanto síntoma psíquico (manifestación inconsciente) también es un mensaje, tiene un sentido, dirigido al propio sujeto.

La otra posible posición del sujeto con respecto a su depresión como un síntoma psíquico, sería la de conflicto. Aquí la persona podrá pedir ayuda tanto ante la psiquiatría como la psicología, la diferencia será realizar consulta psicoanalítica. En el contexto actual donde se hace fuerte el paradigma biológico, como refiere Focchi, el discurso cientificista hará que el sujeto también llegue preguntándose por la “normalidad”, no por el inconsciente, ni por su deseo (Brunstein, 2013). Roudinesco (2002) plantea que el umbral de tolerancia frente a los sufrimientos habituales y dificultades de la vida hoy es menor, por lo que al sujeto no le será fácil sostener una cura psicoanalítica (p.128). Focchi refiere a que es en las entrevistas preliminares que se deberá “...lograr cierta interrogación que lo aleje de los ideales marcados por las normas y pueda acceder a una pregunta por su deseo” (Brunstein, 2013, p.2).

Aquí es de suponer que la “elección” de este síntoma psíquico ante otros, se debe a las posibilidades que da la depresión, según lo referido anteriormente. Pero en este caso, qué se buscaría con la construcción de la depresión como un síntoma psíquico, desde una posición de conflicto. Se puede presumir que la naturalidad con la que es tratado este “trastorno” permite reconocerse en dificultades, con la depresión el sujeto se coloca en un lugar débil, de dependencia. Considerando que la depresión no se oculta, “No es vergonzante” (Pignarre, 2003, p.14), se puede pensar que habilita a dar un primer paso hacia la consulta. En definitiva quien consulta llega nombrándose utilizando las generalizaciones que hace la ciencia médica.

La diferencia con la posición de “no conflicto” radica en que aquí, al acudir ante el psicoanálisis (que no excluye por ejemplo la toma de antidepresivos), la depresión como un síntoma psíquico podrá ser la puerta de entrada a la interrogación por el ser. Para que esto sea posible el psicoanalista debe superar la interpretación de la intencionalidad de síntoma depresivo (Widlöcher, 1986), pues el sujeto podría haber llegado a consulta con otro “trastorno mental”, es solo un camino posible. El interpretar el sentido dará cierto alivio al sujeto, pero no basta para transformar el síntoma psíquico. Berenguer (1998) indica que “La constitución del síntoma analítico supone trascender el plano de los fenómenos, la apariencia del síntoma, para articularlo con significantes decisivos de la historia del sujeto” (p.79). El neurótico se ve tentado a dar respuesta a su malestar por el síntoma con el que ha llegado al análisis (p.80).

Con el inicio del análisis el sujeto tendrá por delante la tarea de enfrentarse al conflicto y a la angustia que le son propios. La cura se dará cuando el sujeto aprende a vivir con ellos, “...curarse es ser capaz de sufrir, de tolerar el sufrimiento” (Ehrenberg, 2000, p.244). El síntoma psíquico siempre va a estar presente en el neurótico, la cura del psicoanálisis implica la formación “De un síntoma “home-made”, fabricado en la casa Psicoanálisis, un síntoma que ofrece al sujeto la posibilidad de maniobrar lo que hasta entonces lo había dificultado, inhibido, aplastado” (Miller y Miller, 1994, p.165).

Las posiciones descritas, no tienen la intención de tomar partida por una de ellas. Sino que se contraponen el psicoanálisis/otras psicoterapias y psiquiatría, porque parten de diferentes maneras de mirar, escuchar y concebir al sujeto.

Se intenta mostrar que el conflicto está en cualquier caso. En el ser humano se entranan componentes biológicos, psicológicos, socio-culturales, inscribiéndose en una historia subjetiva, particular. La intención última es la atención adecuada de la depresión del sujeto que sufre (se interroga o no por el síntoma psíquico). En definitiva el sujeto consultará ante unos u otros de acuerdo a lo en ese momento particular de su vida pueda hacer con su síntoma psíquico.

Capítulo 5. Consideraciones finales

Se hace interesante observar como ante la epidemia del siglo XXI, se pretende dar respuestas a la depresión tan disímiles, contradictorias, algunas hasta ridículas. Todas ellas conviven en aparente armonía. Así también los sujetos, afectados o no por la depresión, aceptan: los “avances” de la ciencia, confían en los conocimientos de la biología, en los antidepresivos; las terapias de reeducación, terapias comportamentales, psicoanalíticas; toman las recomendaciones ante los factores de

riesgo, se adhieren a las campañas de prevención, y un largo etcétera. Nadie está exento de “caer” en la depresión, a “estrellas famosas también les ha pasado” (Assandri, 2000). Todo son certezas, no queda lugar para la duda.

Tal vez el sujeto desbordado de responsabilidades y libertades que la nueva subjetividad le ha otorgado, ya tiene bastante como para además hacerse cargo de la angustia. Le sería entonces más sencillo cargar a alguien más con un poco de la responsabilidad. La psiquiatría aparece como una buena opción, se le confió entonces la determinación de los límites entre la “normalidad” y “anormalidad” de nuestros afectos, pero se le ha ido de las manos.

El paradigma de la psiquiatría biológica pretendió ser “racional”, sí somos seres vivos, la respuesta tiene que estar en alguna parte del organismo, en el cerebro, en el ADN, en alguna parte del cuerpo, todavía se espera la respuesta.

A pesar de las innovaciones de la industria farmacéutica, de los antidepresivos de última generación, sigue creciendo el número de depresivos. Ni con antidepresivos genéricos, y herramientas de diagnóstico para la detección y atención de la depresión en el nivel primario de la salud es suficiente, nada parece ser suficiente para atender la epidemia, siempre queda gente sin diagnóstico, sin tratamiento.

Las organizaciones mundiales se ocupan de la epidemia, mientras, la persona se pierde de vista en la marea de depresión. He aquí un punto a destacar, quienes están “a cargo” de la salud mental han perdido de vista lo que realmente importa, la persona particular que sufre. Hoy todo es globalizado, todo tiende a ser universalizado, por transitiva todos tenemos el mismo malestar y somos atendidos de igual manera.

Es hora de atender a la persona, es la inscripción subjetiva del sujeto donde hay que atender la depresión. La universalización y homogeneización no brinda respuestas al sufrimiento singular.

Como se ha referido, la depresión puede ser considerada un síntoma psíquico particular. Ante lo cual se plantearon dos posturas desde donde relacionarse con ese síntoma psíquico, lo que se liga con la forma en que la persona se ocupará de su depresión. En la postura planteada como de “no conflicto” se puede pensar que se está más “predispuesto” a ser atendido y beneficiado por las prácticas que se basan en corregir los efectos que genera la depresión. Como la toma de antidepresivos para desinhibir, psicoterapias que dan “...consejos de sentido común para aprender a controlar las emociones, a tomar correctamente los medicamentos y a comprometerse de nuevo con la vida activa” (Pignarre, 2003, p.105). Esto no es reprochable si es lo que el sujeto precisa y no se hace uso y abuso de la medicación. No se trata de una anti-psiquiatría, se trata más bien de que el foco se ponga en la persona. La psiquiatría

ha olvidado que el *DSM* es una herramienta para guiar el diagnóstico y que los psicofármacos son una de las terapéuticas posibles. Es importante recuperar la singularidad en las prácticas clínicas, la escucha por lo que le aqueja quien consulta. Recordar que el sujeto sufre, que el dolor es necesario y que la persona tiene aparato psíquico y no sólo neurotransmisores.

Al psicoanálisis se debe hacer igual recomendación, pero por su contrario. Excluir los factores biológicos del ser humano, quedándose con el inconsciente, no es más aceptable. Según se ha expresado, quien asiste a una terapia psicoanalítica estaría más “predispuesto” a interrogar el síntoma psíquico de depresión que ha construido.

El psicoanálisis ha enseñado que el saber está en el propio sujeto, los psicoanalistas deben tenerlo presente y no apresurarse a dar el visto bueno a la etiqueta con la que se presentará el sujeto.

Será en cualquier caso el sujeto quien decida si tendrá un encuentro con su síntoma psíquico en psicoanálisis, o buscará las maneras de que éste irrumpa lo menos posible en su vida cotidiana, buscando pues una mejor convivencia con su síntoma depresivo. La persona puede estar muy sujeta a una significación para poder cuestionarla. El apartarse de ella puede significar el descubrir algo más devastador que este síntoma (Miller y Miller, 1994, p.37).

Dada la fuerza de la significativa depresión, alimentada por su multiplicidad y vaguedad; la depresión se ha vuelto una opción de síntoma psíquico que al tiempo que se vuelve una “buena elección” por las posibilidades que ofrece, se torna riesgoso para la salud del sujeto.

Referencias bibliográficas

- Abraham, T. (2000). *La empresa de vivir*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Ackerknecht, E. H. (1985). *Medicina y antropología social: Estudios varios*. Madrid: Akal.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM – IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Major Depressive Disorder and the “Bereavement Exclusion”*. Recuperado de <http://www.dsm5.org/Documents/Bereavement%20Exclusion%20Fact%20Sheet.pdf>
- Assandri, J. R. (2000). La sombra del hombre ha caído sobre el yo. En Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, *Depresión* (pp.13-30). Montevideo: Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Barredo, C., Dujovne, I., Paulucci, O., y Rodríguez, D. (2010). *La misteriosa desaparición de las neurosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- BBC Ciencia (2010a, 18 de noviembre). *Dormir con luz tenue, riesgo de depresión*. Recuperado de http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/11/101118_depresion_luz_tenueme.shtml
- BBC Ciencia (2010b, 17 de noviembre). *Surf: nueva terapia contra la depresión*. Recuperado de http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2010/09/100917_surf_depresio_n_men.shtml
- BBC Mundo (2012, 25 de marzo). *Vivir solos, un riesgo para la salud mental*. Recuperado de

http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/03/120324_depresion_salud_mental_soledad_solteros_jg.shtml

Benedict, R. (1944). *El hombre y la cultura. Investigación sobre los orígenes de la civilización contemporánea*. Buenos Aires: Sudamericana.

Berenguer, E. (1998). El síntoma en transferencia. En Fundación del Campo Freudiano (Comp.), *El síntoma charlatán*. (pp. 79-87). Barcelona: Paidós.

Berrios, G. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.

Brabant, M. (2014, 6 de mayo). *Novedoso tratamiento de cascos magnéticos para curar la depresión*. Recuperado de http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2014/05/140506_salud_tratamiento_depresion_gtg.shtml

Brunstein, A. (2013). Síntomas sin inconsciente de una época sin deseo de Marco Focchi. *Virtualia*, 12(26). Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/026/Sala-de-lectura/pdf/Sintomas-sin-inconsciente-de-una-epoca-sin-deseo.pdf>

Chan, M. (2010, 7 de octubre). *Cerrar la brecha de salud mental*. Alocución pronunciada en el Foro del Programa de Acción en Salud Mental, Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/

Chemama, R. (2007). *Depresión. La gran neurosis contemporánea*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Comité Internacional de Respuesta al DSM-5. (s. f.). *Declaración pública de preocupación por la próxima publicación del DSM-5*. Recuperado de www.infocoonline.es/pdf/Declaración.pdf

Dasuky, S., Mejía, A., Rivera, G., Martínez, D., y Fernández, L. (2007). La dimensión del Pathos en la Filosofía y en la Psiquiatría clásica. *Revista Informes Psicológicos*, 9, 149- 182. Recuperado de http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/PGV2_M030040020110_REVISTA/PGV2_M030040020110030_REVISTA9/ARTICULOV9N9A08.PDF

De la Mata Ruiz, R. y Ortiz Lobo, A. (2003). Industria Farmacéutica y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 86, 49-71. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0211-57352003000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Edelstein, J. (2012, 17 de octubre). Germán Berrios: Cada país genera sus formas de locura. *La Voz*. Recuperado de <http://www.lavoz.com.ar/suplementos/salud/german-berrios-cada-pais-genera-sus-formas-locura>

Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Frances, A. (2014). ¿Qué es normal y qué no lo es? En *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría* (pp. 23-45). Recuperado de http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/29/28752_Somos_todos_enfermos_mentales.pdf

Freud, S. (1975a) Conferencia 17: El sentido de los síntomas. En *Obras completas* (Vol.16, pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1917 [1916-17]).

Freud, S. (1975b). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas* (Vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1926 [1925]).

- Freud, S. (1986). El malestar en la cultura. En *Obras completas* (Vol.21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1930 [1929]).
- Freud, S. (2001). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas* (Vol. 18, pp. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1921).
- González Imaz, M. (2013). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Itinerario*, 7(14). Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/articulos/el%20sintoma%20en%20la%20clinica%20psicoanalitica.pdf>
- Guattari, F. (1990). *Las tres ecologías*. Valencia: Pre-textos.
- Infocop Online (2013). *Graves limitaciones del DSM-5: acciones de la APA*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4506
- Insel, T. (2013). *Transforming Diagnosis*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Johnstone, M. (2012). *I had a black dog, his name was depression [Video]*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc>
- Johnstone, M. y Johnstone, A. (2008). *Living with a black dog [Video]*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=2VRRx7Mtep8>
- Laplanche, J., y Pontalis, J. (1979). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lista Varela, A. (2008). *Ciencia de la depresión*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Martínez, M. L. (2009). *Realismo científico y verdad como correspondencia; estado de la cuestión*. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Miller, D., y Miller, G. (1994). *Psicoanálisis: Una cita con el síntoma*. Barcelona: Gedisa.

Murguía, D. L. (1983). Clasificación de las depresiones. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 48(288), 309-325.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2011). *Guía para la intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2012). *Mensaje en el Día Mundial de la Salud Mental: La depresión: una crisis mundial*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/mhgap/UN_message_mhgap_2012_es.pdf

Percia, M. (s. f.). *La angustia como afección anticapitalista*. Recuperado de http://assets00.grou.ps/0F2E3C/wysiwyg_files/FilesModule/ubagruposdos/2010_0723181851-qqxchxucytijprndj/angustia.doc

Pérez Olivera, M. (2014, 28 de setiembre). Convertimos problemas cotidianos en trastornos mentales. *El País* [Madrid]. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html

Pignarre, P. (2003). *La depresión. Una epidemia de nuestro tiempo*. Barcelona: Debate.

Pignarre, P. (2005). *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Gedisa.

Portillo, J. (1993). La medicina: el imperio de lo efímero. En J. Portillo y J. Rodríguez Nebot (Coords.), *La medicalización de la sociedad*. (pp. 16-36). Montevideo: Nordan.

- Portillo, J. y Rodríguez Nebot, J. (1993). Introducción. En J. Portillo y J. Rodríguez Nebot (Coords.), *La medicalización de la sociedad*. (pp. 11-13). Montevideo: Nordan.
- Porzecanski, T. (1993). Medicalización y mitologías: Los destinos del cuerpo físico y social. En J. Portillo y J. Rodríguez Nebot (Coords.), *La medicalización de la sociedad*. (pp. 87-106). Montevideo: Nordan.
- Roudinesco, É. (2002) *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Shorter, E. (2007). Esplendor y decadencia del psicoanálisis. En C. Meyer (Dir.), *El libro negro del psicoanálisis: Vivir, pensar y estar mejor sin Freud*. (pp.114-123). Buenos Aires: Sudamericana.
- Sobrado, E. (1978). *Acerca del ser sujeto*. Montevideo: Imago.
- Stagnaro, J. C. (2010). Editorial. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 21(91), 243.
- Widlöcher, D. (1986). *Las lógicas de la depresión*. Barcelona: Herder