

## **Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?**

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- El deseo de tomar medicinas es, quizás, la principal característica que distingue al hombre de los otros animales. (William Osler)

- Los médicos recetan drogas que conocen poco, para curar enfermedades que todavía conocen menos, en seres humanos de los que nada conocen. (Voltaire)

- Estoy firmemente convencido que si pudiéramos sumergir todas las sustancias que ahora usamos en medicina en el fondo del mar, las cosas andarían mucho mejor para los humanos y mucho peor para los peces. (O.W. Holmes)

- Los médicos que insisten en que los psicofármacos por sí solos pueden curar, o son modestos, o están sobrecargados de trabajo, o son incompetentes. (C.R.B. Joyce)

**Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?**

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Hacer clínica es para nosotros “*clínica*”. *Clinicar*, nos decía Lacan es acostarse, porque nuestra clínica está cercana a la cama, ya que en la cama se nace, se duerme, se sueña, se reposa la enfermedad, se ama y por fin en ella se muere. Lo que hacemos desde el psicoanálisis en el diván es que el sujeto hable y de lo que hable y su conclusión no podemos garantizar nada.

Desde otros lugares se opta, por razones que ahora trataremos, por atender la demanda ofreciendo sustitutivos de la palabra, en general medicamentos y ello porque se considera que la constitución bioquímica del sujeto así lo requiere. Claro que las razones no son tan ingenuas. Y es contra la ingenuidad que nos proponen en la actualidad que debemos luchar desde la información, desde el conocimiento. Propongo un acercamiento al tema desde la actualidad no menos preocupante: la nueva versión del DSM-V para desde aquí acercarnos a la lucha teórica, no ya la psicoanalítica, sino incluso desde aquellas otras disciplinas cercanas a la psiquiatría que han levantado la voz contra tanta provocación.

### 1.- Un breve recorrido por el DSM.

El DSM-V es la última versión del manual conocido como “*Biblia del psiquiatra*”, el Manual

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), saldrá en España en el 2014 con un precio de 199 \$.

*No dejará títere con cabeza. Todos estaremos clasificados en alguno de los gratuitamente inventados trastornos mentales.*

Todos enfermos, todos tratados.

Yendo hacia atrás en su historia encontramos el DSM-I elaborado por la *American Psychiatric Association* en 1952.

Se dejaba guiar por conceptos psicoanalíticos y de psiquiatría dinámica *!!! tiempos aquellos*

!!! Es decir que contaban con la historia del sujeto, su cultura, existencia y patología, mezclaba escucha con psicofarmacología. La idea de falta de criterios científicos de cura y la supuesta duración de los tratamientos fueron excusa para abandonar las primeras tesis del manual. Quisieron que primaran: signos, diagnóstico y tratamiento, separó la tradición de alma cuerpo, eliminó la subjetividad. Se acabó relacionando al sujeto con una máquina averiada. Todo quedó consolidado al recibir la aprobación por la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) fundada por Henri Ey (1950) y luego por la OMS.

Sigamos con la historia. El DSM-II, tenía 162 categorías diagnósticas, DSM-III (1980) 265, DSM-III-R (1987), el DSM-IV en 1994, y la versión actual, el DSM-IV-TR (texto revisado) en el año 2000, que cuenta con 365 diagnósticos. Categorías cada vez más subjetivadas como ocurre con los curiosos casos de: "*el síndrome del*

*riesgo de psicosis*

" y "

*el deterioro cognitivo leve*

" y el añadido término de "

*espectro*

" que servirá para recoger casos que se puedan escapar, a saber: "

*los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo"*

o

*"los trastornos del espectro de la esquizofrenia",*

es decir un significante incluido para definir lo indefinible y abarcar más.

Ello determinó particularidades curiosas:

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- El DSM-III acabó con la histeria, la esquizofrenia o la neurosis obsesiva, les quitó su sentido clínico. Ha marcado unos límites para que no se diagnostique ni mucho ni poco. Es decir que aquello del arte, del olfato clínico (*by feel*), esa observación, esa mirada, ese gesto patognomónico ya no está justificado.
  
- Psicosis, neurosis y perversión dejaron paso a la noción “*blanda*” de “*trastorno*” (*disorder*) . De la entidad clínica se pasó a los trastornos: La histeria reemplazada por un trastorno disociativo o “*convertivo*”, la esquizofrenia como perturbación del pensamiento [1]
  
- El DSM-III (1980) favoreció la aparición de nuevos diagnósticos, nuevos cambios del original, como ocurrió con el T.P.M. que alejó a la histeria, se constituyó en criterio, en síndrome clínico propio y se hiperdiagnosticó en EE.UU. [2]

Dice J.A. Miller que el psiquiatra formado por el DSM-III se convierte, lo sepa o no en un agente de una política. El desorden psíquico se toma prestado de la ciencia económica y el juicio diagnóstico se reduce a los datos admisibles y tratados informática y estadísticamente.[3]

El DSM-V como sus predecesores carece en sus páginas de valoraciones y testeos con una mínima seriedad y lo que de ello se deriva, en cuanto a clasificación y tratamiento será una fuente de problemas sanitarios graves: Incremento de los índices de trastornos mentales, pacientes mal o excesivamente diagnosticados, no aclarando en ningún caso qué debe entenderse por enfermedad mental.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

En relación con la anterior versión (DSM-IV-R), publicada en 1994, el DSM-V incluye cambios asociados a la organización de los trastornos dentro del manual, basando su exposición en relación con su aparición en el tiempo de vida, esto es, los trastornos del desarrollo primero y los neurocognitivos al final. A lo largo de todo el manual, los trastornos se enmarcan en cuanto a la edad, sexo y características del desarrollo del paciente, eliminándose el sistema de evaluación multi-axial, ya que creaba “*distinciones artificiales*”[4]

Apuntemos algunas de las novedades que incorpora:

- *Suma el Trastorno por Atracón (comer en exceso más de 12 veces en un período de 3 meses). Trastorno por Excoriación (rascarse la piel). T. por Acaparamiento, ligazón a los objetos aunque sean sin valor (antes síntoma Obsesivo-compulsivo). T. Disfórico premenstrual y T. Neurocognitivo leve.*

- Para reducir el Trastorno bipolar en la infancia, hace incluir el T. de Estado de Animo Disruptivo y no Regulado (niños irritables) tres o más veces a la semana durante más de un año.

- *T. por consumo de sustancias. Incluye los anteriores y la dependencia de sustancias. Aparece el Juego Patológico que estaba antes en trastorno de control de impulsos que no estaban clasificados.*

- El TDHA (tan de moda como diagnóstico negligente) abarca ahora la edad adulta. Respecto a los niños se cambia la edad de aparición, deben de aparecer antes de los 12 años, en lugar de los 7 años de antes (¿Por qué?)

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- Trastornos por Ansiedad, TOC, Estrés Postraumático, T. Disociativos ahora están en lugares diferenciados.
- El Autismo se une al síndrome de Asperger en el apartado T. del Espectro Autista.
- El duelo y la depresión aparecen unidos, no se excluyen como antes.
- El T. Depresivo Mayor incluye el tema del suicidio con más detalle: Desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida.
- Respecto al transexualismo ya no se considera un trastorno mental.

Esa ampliación de sus diagnósticos recibe críticas de prestigiosos especialistas como Allen Frances, presidente del grupo de trabajo del DSM-IV, a la sazón escribe un artículo en el Psychiatric Times, del 26-06-2009 y dice: *"el DSM-5 será una bonanza para la industria farmacéutica, pero a costa de un enorme sufrimiento para los nuevos pacientes falsos positivos que queden atrapados en la excesiva amplia red del DSM-5"*.

*Otros, como Thomas Insel director del National Institute of Mental Health– NIMH de EE.UU, anuncia que su organismo se desliga y anima a hacerlo a los demás especialistas, aunque quiera seguir desarrollando biomarcadores para los nuevos sistemas de diagnóstico y alejarse de los juicios clínicos. Proponen anular el Manual y refugiarse en la OMS.*

Los que se oponen y lo denuncian están siendo sometidos a críticas feroces que han tenido eco en el país vecino, Francia, donde se quiere prohibir la aplicación psicoanalítica en temas como el autismo y la depresión, dando vía libre a prácticas no tan críticas, como el cognitivismo. Pero no sólo el psicoanálisis, también está siendo denunciado por numerosos

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

grupos de diferente orientación, miembros de la misma American Psychiatric Association (APA) han alzado la voz ante este abuso a la hora de diagnosticar en un empeño de tener a todos controlados en aras de una “*mejor salud*” con una mejor vigilancia y que además tiene como “*ventajas*”

” la posibilidad de cambiar, de variar nuevas categorías y que queden a merced de la moda.

## 2.- Psicoanálisis y psicofarmacología.

El mismo Freud, el neurólogo, superado por algunas estructuras clínicas predice un avance en relación a la química orgánica y su aplicación terapéutica. En una carta a María Bonaparte fechada el 15 de enero de 1930, opina:

*Ud. Sabe que con psicosis de esta clase no podemos hacer nada mediante el análisis. Por encima de todo, falta el hombre normal con quien se pueda entrar en contacto. Sabemos que los mecanismos de la psicosis, en esencia, no son diferentes de los de la neurosis, pero no tenemos a nuestra disposición la cantidad necesaria de estimulaciones para cambiarla. La esperanza para el futuro reside en la química orgánica, o en el camino de la endocrinología. Este futuro está aún bastante lejano, pero debemos estudiar analíticamente cada caso de psicosis, porque este conocimiento guiará algún día la terapia química.*

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Sabemos que Lacan en su “*retorno a Freud*” en el caso Schreber aborda la psicosis, invita a no retroceder ante ella. Su trabajo se inaugura con su tesis “

*De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*

”. El caso

*Aimée,*

concretamente la

*Paranoia de autopunición*

. Sigue con el seminario sobre la Psicosis “

*Una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*

”; se inicia el recorrido para abordar esta estructura. Más tarde el seminario “

*El Sinthome*

” y el trabajo sobre Joyce.

### 3.- ¿Cuándo medicar?

Como solución de choque, como particularidad, atendiendo al caso por caso, pero nunca como solución a los interrogantes propios del sujeto que sufre. Nuestra experiencia nos dice que recibimos muchos pacientes medicados, que en general han ido abandonando la misma a la vez que superaban la petrificación diagnóstica que se les había prescrito, descubrían y disolvían su síntoma.

No he dudado en recurrir a la derivación química en casos puntuales en los cuales la crisis estaba en momentos exacerbados, en el acmé, pero siempre sabiendo a quién derivar, sin olvidar la eventualidad del medicamento.



## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Si la toma o el abandono del medicamento es decisión del paciente o propuesta del analista, debe de ser tomado en su referencia del uno por uno de la cura.

Asociar psicofarmacología con psiquiatría biologicista no es un acierto. Históricamente hay documentación que informa de la aplicación de psicofármacos con la terapia, incluso psicoanalítica. La historia de Freud tiene medio siglo más que la clorpromacina (neuroléptico o antipsicótico)

Sabemos que hubo hacia los '50 las prácticas comunes se reducían al electroshock, la insulino-terapia, los chalecos... acababan de aparecer los psicofármacos (antipsicóticos, tranquilizantes y antidepresivos). Ello propició que algunos lo utilizaran conjuntamente con la clínica psicoterapéutica. Enrique Pichon Rivière usó Tofranil (la Imipramina) paralelamente al psicoanálisis. Los motivos venían a ser que la imipramina disminuía la ansiedad y la culpa. Por tanto encontraba una vía de colaboración según su parecer. Se unía así a la terapia: el medicamento, el tratamiento familiar y social. Por igual se usó el LSD para tratar a adultos y niños individualmente y en grupo, argumentando que se disminuía la represión. Es natural que este uso creara problemas sociales y políticos[5].

Tal vez quedaron sorprendidos por el descubrimiento de los psicofármacos y pensaron en un uso positivo. Los tiempos no han venido a confirmar ningún progreso.

El medicamento como promesa de felicidad, como solución general a las particularidades de cada uno, da relevancia a la depresión, al trastorno bipolar, a la psicosis... para acto seguido actuar sobre tales "*trastornos*", olvidándose que tras un significante hay un sujeto. ¿Qué hay de la persona entonces? Para la psiquiatría biologicista tan solo una máquina que sufre los avatares de su funcionalismo, su mecanicismo, sus transmisiones..., máquina que define estadísticamente a quién se quiere adaptar a una sociedad de inadaptados, susceptible de mejora. ¿Por qué entrar a formar parte de un colectivo? ¿Qué hay de mi individualidad?

¿Acaso la cura consiste en devolver al sujeto a ese mundo loco?  
O mejor la oferta del psicoanálisis:

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

“*Wo Es war, soll Ich warden*” En lo real de tu síntoma debes reconocer el sostén fundamental de tu ser [6]

No se atiende al sujeto, no es el enfermo sino su órgano y ante la alternativa que sería la más lógica y sensata, es decir la posibilidad de escucha se ofrece algo que evite el cuestionamiento. El medicamento para la mente, o para el cuerpo: viágras, anticonceptivos, día después, ansiolíticos, antidepresivos, antiestresantes...

Nada sabemos de sus efectos, aunque a veces estos son tomados como reacciones positivas, como la prueba de su efecto.

### 4.- La modernidad clínica propicia el medicamento.

¿Qué es lo que define a la sociedad actual?

Algo ha caído en relación a esa ley que desde el psicoanálisis tanto hablábamos (Ley del Padre), algo del aspecto simbólico de nuestra cultura está en crisis, lo simbólico como posibilidad, como límite, como transformación del sujeto. Hoy, la satisfacción debe de ser

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

inmediata, la sustitución de los objetos rápida. Los deseos estandarizados, obligados a la felicidad, sometidos a prohibiciones que se esconden bajo el estado controlador, el control del cuerpo, la obligatoriedad del goce, el goce a la carta, el goce light, la globalización de los discursos. En definitiva el olvido del mundo subjetivo.

La angustia de esta modernidad es conducida al psicofármaco como reparador bajo la idea de que te lo solucionamos todo. No se habla mucho de la dependencia de los fármacos para esas dolencias tan comunes. Se medican las pasiones, los deseos, las angustias, la existencia, las dudas, las fobias...

Hoy la tristeza pasajera, el duelo por pérdida momentánea de un afecto o la situación que tiene una motivación reactiva y pasajera son tratados medicamente con los mismos fármacos que reciben aquellos que por estructura psíquica están en el campo de la neurosis o la psicosis.

*Como dijera Paul Bercherie[7] :*

*“Las grandes contradicciones de la psiquiatría moderna radican en que dispone de tratamientos esencialmente químicos para teorías esencialmente psicogenéticas”*

*Hacia los '80 la depresión afectaba aproximadamente a 50 personas por millón. A partir de la década del 2000-10 hablamos de 100.000 por millón. Si es efecto de desequilibrio en la neurotransmisión, cabe la pregunta relativa a las causas de tal incremento. Posiblemente antes no se diagnosticaban, entonces al no recibir tratamiento habría habido un índice más elevado de suicidios, hecho que sabemos no ha ocurrido. ¿Entonces?*

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

*Sin embargo sabemos de otros medicamentos aparecidos en estas décadas que afectaron positivamente sobre la salud de la población: antibióticos, antivirales, retrovirales. Los antidepresivos que se han incrementado, curiosamente no han aportado soluciones. Se sabe que la esquizofrenia tiene una peor evolución en la actualidad que hace 90 años.*

*Cuando las cosas no funcionan a nivel general, es decir, la justicia, el trabajo, la salud, la educación, la seguridad... entramos en un sinsentido colectivo y hay búsquedas individuales como manera de salir del impasse. Estas salidas están en la medicación, las sectas, la droga, la religión..., ilusiones pasajeras.*

*Pero la industria prosigue en su esfuerzo: Un laboratorio farmacéutico de EEUU, filial del grupo Solvay ha pretendido crear una nueva necesidad farmacéutica presentando un nuevo trastorno : la menopausia masculina.*

*Japón y la depresión han asistido a algo parecido:*

No es chistoso afirmar que los orientales cuando se occidentalizan se “*desorientan*”. Japón no tenía nosográficamente la categoría depresiva. Es decir que a pesar de tener sus síntomas y sus efectos no existía la depresión:

*tristeza=depresión=suicidio*

. La presión occidental acabó instaurando una nueva categoría: “

*catarro del alma*

”, los antidepresivos no tardaron en llegar.

Comenta una paciente afectada de una depresión post-parto cuando se entera que un grupo de investigadores atribuyen a este malestar razones de predisposición genética:

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- “¡Menos mal, qué alivio, pensé que era yo la rara!”

La reacción propia del sujeto se toma como rareza, mientras que al supuestamente estar motivada por razones genéticas excluye de cualquier responsabilidad al sujeto del deseo. Es decir yo no puedo hacer nada contra la biología que me determina. El psicofármaco deja de lado la responsabilidad del sujeto delegando al cerebro la causa de su mal como si fuera ajeno a él. Dar un origen psíquico a los síntomas crea culpabilidad extrema en el sujeto, le desvaloriza, si no se le hace ver que está implicado en esto que le ocurre.

Es decir que se pasa de la culpa del goce a la responsabilidad del neurotransmisor: - ¡No soy yo, son mis conexiones

! Entonces ¿Quién es mi neurotransmisor, qué quiere de mí, por qué se descontrola? Hay transferencia medicamentosa, es nuestro objeto libidinal.

Sabemos que el medicamento es la referencia en gran parte de la sociedad. De él se espera la salvación. Camina del lado del ideal de salud instaurado desde el capitalismo farmacéutico. Los psicoanalistas diríamos que es un significante amo.

Ha transformado la nosología yendo de la estructura a la química para cualquier caso. El medicamento está creando la nosografía. La farmacia como clasificadora.

Respecto al medicamento hay una referencia cultural, una delegación de poderes que hace que el sujeto sea excluido y en la espera de salud, se anula. Qué puede ofrecer el psicoanálisis sino esfuerzo acompañado de la verdad, del uno por uno, pero al fin y al cabo esfuerzo para una sociedad cansada, adormecida.

## **Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?**

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Aun hoy hay reticencias a pensar al psicoanálisis como punto de acceso a la depresión, la melancolía (esa desconocida), los TLP, los TOC., como si no hubiéramos sido pioneros en su abordaje.

Dónde se ha ido la inicial clínica psiquiátrica, aquella que miraba, separaba, mimaba la clasificación en relación a la delimitación de las entidades clínicas y la actual sujeta al control farmacológico.

La teoría clínica se relega a trastorno, la etiología, la causalidad psíquica, el sujeto y su realidad son sustituidos por un control de neurotransmisores.

### **5.- La salud del ciudadano y el control del estado.**

*«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»*

*Así se presenta el preámbulo de constitución de la OMS (19-06-1946) y en vigor desde abril de*

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

1948.

La salud del ciudadano viene a ser la obligación de ser feliz. Para ello está el estado protector-médico ofreciendo ciencia médica a mansalva.

Michel Foucault lo definía como biopolítica. Venía a decir que es la nueva manera de control del estado sobre el individuo. Se le sitúa en el bienestar, se le crean necesidades que incrementan sus faltas, la disciplina del cuerpo, belleza, peso, fumadores, los *gatgets* modernos, sujetos angustiados, desubicados, familias desestructuradas... y el papá estado tiene soluciones para todo aquello que generó. Se ocupa de su salud, define los rasgos mórbidos, prohíbe las prácticas calificadas como tóxicas, genera leyes relacionadas con la comida, el tabaco, el alcohol, la droga: “

*la disciplina del cuerpo*

”. Para ello primero clasifica y después nos encuadra a cada uno.

Los burócratas sanitarios están más preocupados por el incremento del gasto sanitario estatal que por la salud en específico. Desde el gobierno Obama y el senador John Kerry avisan de que hay que parar el excesivo gasto destinado al medicamento. Evidentemente que no lo hacen pensando en el sujeto, sino en el dinero. Las aseguradoras ven también problemas en el asunto, están hartas de pagar medicamentos que se amplían al aumentar el espectro de enfermedades. La OMS, según algunos debería de hacerse cargo del asunto: Depresiones, bipolares, TDAH, TOC, Bullying..., son un amplio mercado que no se puede perder. Y si además adiestramos a pediatras, psicopedagogos, profesores, para buscar a aquellos sujetos que reúnan las características que les hemos descrito, los efectos son claros: la inflación diagnóstica.

Remarquemos lo que comentó León Eisemberg uno de los promotores del TDAH ya cercano a su muerte y en un arrebató de sinceridad (fuera de tiempo):

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

*“este trastorno es un claro ejemplo de una enfermedad que se ha inventado” [8]*

En el fondo nada ha cambiado de aquella disciplina que cuajó en el siglo XIX que conjugaba psiquiatría con el orden jurídico de la que nació la nosografía al uso, es decir qué sí y qué no es la enfermedad mental. Pinel liberó a los locos de sus cadenas, pero se los entregó a la medicina, al saber médico. Hoy la bioquímica toma el relevo.

### 6.- El cerebro como causa.

Hay una insistencia grotesca que pretende alcanzar las fuentes cerebrales del alma, ello en sí no es criticable, sí lo es intentar desacreditar a aquellos que encuentran el alma en la palabra. Porque negar la evidencia de la pena, la angustia, la tristeza, la sexualidad, los afectos... no es un deporte muy sano, la historia desde la histeria nos presenta a aquellos que se rebelaron contra el saber de la ciencia.

La secreción y la significación dan prueba de ello. El sujeto no es un mecanismo que reparamos en su mala gestión de fluidos cerebrales.



## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

El desafecto con la vida actual que acaba en la depresión como respuesta se rebela contra el saber médico, biológico y ofrece resistencias al psicoanalítico. La constitución social que promueve los mismos gustos y los mismos deseos adoctrinando a los individuos tiene para ellos, para los que fracasan, soluciones a la carta: idénticos medicamentos para diferentes individualidades.

La histeria no ha desaparecido, se encuentra a veces escondida bajo diagnósticos depresivos. La misma depresión que no es neurosis, ni psicosis, menos aún melancolía, sino producto de una actitud ética, un estado del sujeto ante su pérdida particular, hoy yace sin apoyo, sin recursos clínicos, perdida entre otras entidades. No hay actitud más dolorosa para el depresivo que ponerse a pensar. Ante tal situación busca remedio entre las religiones, la droga, los objetos de su felicidad perdida. Hoy ha tomado el relevo de la locura de los siglos pasados.[9]

### 7.- “Más allá del principio del psicofármaco”

Eric Laurent, en su obra *¿Cómo tomarse la píldora?*[10] aborda el tema del medicamento en esta “*era del psicofármaco*” desde el punto de vista libidinal. En su amplio abanico de propuestas indica que no hay que pensar sólo en los efectos biológicos del medicamento. Unos términos nos ayudarán:

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- “*Pharmakon*”, remedio y veneno, en su doble vertiente de curar y de enfermar.
- *Placebo*, como engaño. Uso de lo falso que alcanza lo verdadero.
- Nocebo, como reacciones del sujeto ante el supuesto, esperado, efecto del medicamento.
- Plus-de-vida, medicamentos que son subrogados de nuestros sufrimientos.
- Anestésicos, para no sentir el dolor de vivir en una cultura represiva.

Laurent presenta una relación diferente entre el psicoanálisis y la psicofarmacología, apuesta por la dimensión ética.

Los nuevos antipsicóticos intentan anular el efecto producido por los antipsicóticos clásicos. Es decir, asistimos a una cadena de prescripciones que intentan anular efectos secundarios que genera el primer medicamento: antidepresivos para compensar neurolépticos, ansiolíticos, vitaminas, sales de litio...todo un efecto iatrogénico.

Síntomas, efectos (extrapiramidales) que al final acaban confundiéndose con el síntoma que pretendía tratar. Así, las alucinaciones táctiles, auditivas, cenestésicas, visuales, *acting out*, son efectos de lo Real. Entonces si no sirve, si produce estos efectos...¿Para qué sirve realmente el medicamento, qué moviliza en el sujeto desde el punto de vista ético? No dudemos que tanto el que lo prescribe como quién lo recibe esperan un efecto sobre el sujeto. El medicamento es incorporado y el cuerpo usa ese nuevo producto para ponerse a gozar.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Quiere con ello decir que hay que evitar el solipismo de la química. Manifiesta así que en la relación medicamento-sujeto hay más cuestiones incluidas en el placebo, el nocebo, el tóxico, el anestésico, está presente su deseo, su demanda y especialmente su cuerpo y su goce: “*un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo*”

Por tanto el medicamento va más allá del efecto que negamos los psicoanalistas y que espera la psiquiatría. Si el síntoma es goce, cosa que quiere desconocer la ciencia, el medicamento es productor de goce con sus “*efectos no deseados*”. Ciertamente, el sujeto medicado no para de producir efectos a los que denominamos sugestivos, para reafirmar que la química no es el todo.

E. Laurent propone relacionar medicamento con inconsciente, al tener una dosificación temporal, su repetición (el inconsciente insiste). ¿Es el medicamento ese “*troyano*” que se instala en nuestro goce inconsciente para producir efectos de control del sujeto?

Parece que se aliara como recurso, dando razón al Otro que sería la causa de su efecto. El medicamento vendría a dar testimonio de su entidad dentro del sujeto. Si la palabra descifra el inconsciente, el medicamento le otorga consistencia y silencio.

Más allá de los efectos químicos invita a pensar los efectos de la sustancia, efectos significantes, el medicamento como “*máquina de exploración del cuerpo*”. Asistimos a un hábito social del medicamento, un gusto social, un grupo identificado y asociado a determinados productos del mercado.

En ese empeño de influir sobre las masas en campañas publicitarias, se les dirige hacia

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

métodos de control de la salud. Se juega con las palabras.

Porque sabemos que el sujeto está implicado, hay que ir más allá de la química. Los psicofármacos deben de ser abordados desde las tres dimensiones, los tres registros: Imaginario, Simbólico y Real.

- Imaginario, ¿Qué esperamos de él? Tenemos la esperanza depositada y esperamos sus efectos como decía reflejados en el colectivo y que van más allá del sujeto. Está en juego (mi potencialidad fálica) volver a la normalidad, suprimir las ideas, no pensar, no angustiarse, atreverse, no estresarme. Seré cómo esperaba ser, ahora es mi proyección, yo y mi medicamento, sin él algo de mí no funciona, mi falta, mi castración. Nada de pensar que coarta mi libertad, que realmente no hay yo y que me refugio en la supuesta idea de bienestar y felicidad, efectos del discurso de la ciencia.

- Simbólico, ya que es nombrado, más allá del genérico (nombre comercial) ¿Acaso el “Prozac” no es definitorio en el discurso actual de un grupo? ¿No son personalizados con esos significantes: Prozac, Rivotril, Clorazepam, Viagra? Este último como clara desconexión órgano-función, al que tan solo se ofrece un Priapo descontrolado. Es producto de una demanda, remedio, referencia, dependencia, amo en definitiva ya que sabe de mi malestar y me cura. Sustituye al chamán, al curandero, al psicoanalista. Es el saber de la ciencia como Otro protector, solución social a los problemas de felicidad.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- Real, pues no se limita al efecto que produce, sino aquello que va más allá de lo imaginario y lo simbólico (fálico o signifiante) E I medicamento me modifica, me manda, me rige, me da un goce que había perdido o me mantiene aferrando a dicho goce. En cualquier caso el sujeto no participa de ese producto. Respecto de ese goce social apreciamos unos efectos de los cuales no sabíamos nada.

Más allá de su actuación a nivel de inhibidor, lo real tiene que ver con los efectos de cambio que experimenta en el sujeto “

*un goce desconocido por el mismo*

” un contacto con nuestro cuerpo, una nueva conexión desconocida hasta entonces. Y el cuerpo sabemos que goza. Su dosis como repetición, como ligamen, como dependencia.

Por ello el analista respecto del medicamento deber promover un límite al goce que haga que el sujeto encuentre un camino particular, un sentido a su vida alejado del cortocircuito de la pastilla. Porque de lo que hablamos es de la relación del medicamento con la pulsión de muerte. Lo Real aparece en esas reacciones ante la química que sorprenden pero que siempre han estado ahí: hoy se estudian los efectos placebo y nocebo. Efectos que ponen en duda al medicamento y que vuelven a situar al sujeto en el contexto de respuesta subjetiva. Hay un sujeto que se resiste.

El registro Real aparece cuando el paciente se alivia de salir del fármaco y cae en doloroso estado de cuestionarse.

El medicamento está funcionando como un objeto libidinal y hay algo en la palabra de quién prescribe ese medicamento que produce un efecto subjetivo y no biológico. Y a la inversa, a veces ocurre que el profesional suministra un medicamento con la dosis correcta y el remedio no produce el efecto que indica el prospecto sino otro diferente. Quiere decir que no alcanza con la cuestión biológica; no porque no esté, sino porque hay un plus que refiere cuál es el valor libidinal que tiene ese objeto para el paciente.

### 8.- ¿Cómo actúa la medicina psiquiátrica?

Positivismo equivale a resultados, verificación de los mismos, medida de la psique. Pensar que el sujeto tiene conflictos en su ser más íntimo no interesa al positivismo que antepone el defecto de funcionamiento del cerebro como última causa. Para el positivismo no existe la realidad psíquica más allá de lo medible. Presenta al cerebro como sede, el sujeto pasa a otro plano, interesan las localizaciones específicas para cada cuestión. De hecho el psicoanálisis freudiano partió de estos supuestos hasta que evolucionó.

Los avances en psicofarmacología vinieron a sumarse a los preceptos positivistas. La medicina observa un grupo de signos en un sujeto y escucha los síntomas (el decir del sujeto sobre su sufrimiento), agrupa los síntomas en síndromes y describe la enfermedad elaborando un diagnóstico. En este recorrido el sujeto tiene poco peso.

En medicina psiquiátrica se espera que el sujeto relate, muestre sus síntomas, su dolor, pero con el fin, no de saber sobre ti como sujeto, sino para que yo ejerza mi saber sobre tu síntoma (Foucault)

Ello produce efectos como en el caso de la clasificación de las enfermedades. La misma sufre pocas variaciones en medicina, no así en psiquiatría donde los cambios están a la orden del día. Todo lo articula en el tema del tratamiento, no enlaza teoría y práctica.

Con los avances en biología molecular, en neurociencias, la psiquiatría ha encontrado la madre perdida, su supuesto mejor apoyo, pero esta madre, la biología moderna, se basta por sí sola y piensa que la psiquiatría tal y como está el panorama (tratamiento químico) empieza a sobrar. Si ya la escucha no sirve y yo localizo en el cerebro el desajuste, para qué otras disciplinas.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Para muestra un botón: El National Institute of Mental Health (NIMH) agencia biomédica que depende del gobierno de EE.UU. colaboradora económica a la investigación en salud mental, anuncia que dejará de hacer servir el DSM, argumenta que: “*Los pacientes con trastornos mentales se merecen algo mejor*”

y lo que según ellos se merecen es actuar en base a la recopilación de información procedente de la genética, pruebas de neuroimagen, ciencias cognitivas y datos fisiológicos..., del malestar del sujeto nada de nada, el paradigma es seguir buscando biomarcadores

[11]

Por suerte (dentro de la desgracia) hay estructuras que se resisten. Lo mejor contra ellas es no denominarlas. Así, la melancolía se solapa con la depresión, la histeria con toda una amplia gama de desencantos, manifestaciones somáticas, rebeldías sociales. Recordemos la sintomatología del XIX: las histéricas, con sus cegueras, sus contracturas, sus parálisis... ¿dónde estaba la lesión? Solución: Falsas, proteicas, simuladoras, mentirosas, liantes... De esta indigencia médica surgió el psicoanálisis.

Claro, se habla de la evidencia del neurotransmisor. Nadie la niega, somos química, somos fluido relacional. Pero quedarse a ese nivel no dice nada del sujeto, ni del síntoma. Porque sufrir genera una descarga química, al igual que cualquier pasión. La pregunta así debe formularse: ¿Qué es antes la secreción o la significación? O acaso una palabra dirigida a otro no le destroza o le da vida. Nietzsche afirmaba que era más fácil romper una pierna que una palabra. Einstein, que era más fácil romper el átomo que romper una palabra. Es decir que hay que ir más allá de la sinapsis y llegar al estado emocional, ya no nos sirve el dualismo mente cuerpo[12], hay simbolización que aparece en síntomas somatoformes, anorexias, bulimias, TDAH...

Medicalizar, es el proceso empleado para la reducción del síntoma, no para abordar la etiología. Recordemos que el síntoma es algo puntual de escaso interés para la clínica (por ejemplo ante una crisis en la psicosis) El fármaco está para atacar el síntoma lejos de la angustia del sujeto.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

### **9.- Diferenciar trastorno de enfermedad.**

*Enfermedad en clínica tiene que ver con una etiología, un grupo identificable de signos y síntomas, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento.* El modelo médico, la gestión clínica clásica determina unos pasos a seguir:

- SEMIOLOGIA (Inventario de signos)
- ETIOLOGIA (Búsqueda de causas)
- PATOGENIA (Análisis de los mecanismos)
- NOSOLOGIA (Clasificación)
- POSOLOGIA (Dosificación de fármacos)



## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- DIGANOSTICO y TERAPÉUTICA.
- PRONÓSTICO.

La enfermedad psíquica así, es un listado subjetivo de síntomas (síndrome) fruto de un desequilibrio bioquímico y dichos síntomas son susceptibles de recibir medicación sin escuchar la biografía o la novela del sujeto. Se trata de “*escuchar al fármaco*” y de la escucha se desprende reducir o incrementar la dosis. Todo alejado de lo personal.

Trastorno es la traducción de “*disorder*” *El trastorno responde más a algo descriptivo. Reducir la ingesta no tiene por qué ser una enfermedad, un trastorno en el movimiento no es una parálisis o una esclerosis. Trastorno no es enfermedad como diabetes o artritis.*

Enfermedad es más inhabilitante, más determinante. El trastorno parece indicar provisionalidad, duración limitada, no definitivo. Se habla de que las compañías de seguros dan más trascendencia al término enfermedad que a trastorno. Enfermedad es más susceptible de posible denuncia a un supuesto error del galeno.

El saber médico reduce síntoma a trastorno. Oímos decir: - *¡Su hijo tiene un trastorno!* El DSM-IV evita el uso de esquizofrénico y lo sustituye por individuo con esquizofrenia o dependiente del alcohol en alcohólicos. Clasifica los trastornos, no a las personas. Nosotros

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

decimos que hay paranoicos, no paranoia.

La enfermedad culpa al cerebro no a la persona estigmatiza, al sujeto. Tratar una enfermedad es intentar como fin último su cura, aunque haya incurables. Sabemos que en psicodiagnóstico el medicamento no cura, solo aborda los efectos del síntoma como mínimo, cuando no los provoca. Por tanto mejor tratar los desórdenes que las entidades clínicas.

Para el psicoanálisis se trata de una cuestión de deseos y un discurso asociado; la psiquiatría se centra en el diagnóstico de los signos, reduce la significación al soporte corporal, la enfermedad. Responde al intento de erradicarla, modificar el comportamiento. Porque sobre causas la:

- Conducta para el conductista.
  
- Sistema nervioso para el psiquiatra.
  
- Proceso mental para el cognitivismo.
  
- El psicoanálisis habla de posición subjetiva.

Los modelos de abordaje han ido evolucionando:

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- Modelos anato-moclínico, fisiopatológico y etiopatológico.
- En el siglo XX, XXI, bioquímico y molecular.

La enfermedad es un desequilibrio neuroquímico

- De la dopamina en la psicosis.
- La serotonina en la depresión.
- El gabaérgico en la ansiedad.

En la depresión se toman Estimulantes Selectivos de la Recaptación de la Serotonina ESRS (estos fármacos reducen la serotonina en el cerebro) y toman también Inhibidores Selectivos de la Receptación de la Serotonina ISRS fármacos que se supone aumentan el nivel de serotonina.

El sujeto es una cosa más a evaluar, clasificar, controlar. Es la vigilancia escondida bajo la idea

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

de control sanitario. Pero el inconsciente se resiste, porque el malestar persiste. Los sistemas como el nuestro que dan relevancia a la palabra están atacados desde todas las esferas del poder. Eric Laurent nos comenta el intento del gobierno de Hollande de prohibir el tratamiento psicoanalítico para autistas. Algo parecido ha ocurrido en otros países.

## 10.- MEDICAMENTOS

*Surgen hacia los años '50 gracias a Jean Delay y Pierre Deniker. En 1955 Jean Delay emplea el término “  
neuroléptico”  
(atador de nervios). No se usaba el término “  
antipsicótico  
” por su dureza significativa. El neuroléptico no eliminaba los síntomas psicóticos, sólo disminuían algunos.*

*Favorecieron que los tratamientos degradantes al uso fueran sustituidos, permitiendo que la locura saliera del recinto hospitalario y que las afecciones neuróticas fueran más soportables.*

**Psicotrópicos** (del griego *psyche*, ‘mente’ y *tropein*, ‘tornar’) Un psicotrópico o droga

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

psicoactiva es un producto químico que provoca cambios cerebrales (en humor, ánimo y percepción). Son usados en neurología y psiquiatría, en especial tienen como meta alcanzar una normalidad conductual con la supresión de los síntomas, sin que para ello sea necesaria la búsqueda de una etiología o significación de los mismos.

De su eficacia se hizo un uso desmesurado y la cura se centró en ellos provocando que la subjetividad del enfermo quedara atada a sus efectos químicos. Acabó con el desencanto hasta de sus promotores:

*“Conviene recordar que en psiquiatría, la medicación no es más que un momento del tratamiento de una enfermedad mental que el tratamiento de fondo sigue siendo la psicoterapia”*

[13]

Las exigencias de la sociedad moderna han generado un incremento en su consumo sintomático que es difícil de frenar, actualmente *la camisa química* es preferida socialmente.

**Psicofármacos**, destinados a las manifestaciones de tipo cognitivo, emocional y conductual.

**Tienen una doble función:**

- Actuación de una sustancia sobre el cuerpo. (*No olvidemos que el cuerpo es goce*)
- Actúan de manera particular dependiendo del paciente, incluso del clínico y de la

## **Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?**

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

transferencia.

Su uso se basa en la idea de pensar que son factores bioquímicos los implicados en las manifestaciones morbosas, aquellos que prestan atención a hipótesis de tipo biológicoquímico como ocurre con las alteraciones dopamínicas.

### **11.- Clasificación psicofármacos:**

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

### Psicolépticos

#### *Hipnóticos*

(trastornos del sueño)

#### *Ansiolíticos y tranquilizantes*

(angustia, ansiedad fóbica y todo tipo de neurosis)

#### *Neurolépticos o antipsicóticos*

(psicosis y delirios crónicos o agudos)

### Psicoanalépticos

#### *Estimulantes y antidepresivos.*

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

### Psicodislépticos

---

### *Alucinógenos, estupefacientes y reguladores del humor*

---

**Psicolépticos.**- Relajan la función psíquica normal: antipsicóticos, ansiolíticos y los hipnosedantes. Se conocen los antipsicóticos típicos (tradicionales) y atípicos. Los primeros tenían poca influencia sobre los síntomas negativos (falta de ganas, déficit de afectos...) Halopidol, Ampliactil. Los segundos actúan sobre ellos: la Risperidona y la Clozapina. El Lapenax (anulado por efectos secundarios graves sobre la sangre) fue sustituido por la Olanzapina.

Los antipsicóticos actúan sobre los síntomas positivos y menos sobre los negativos.

Incidamos sobre los **Neurolépticos**. Los llamados neurolépticos, mal llamados “*antipsicóticos*” no están destinados a curar la esquizofrenia, tan solo actúan sobre sus manifestaciones siendo la más de las veces incapaces de hacerlas desaparecer y su recidiva si la medicación se abandona, hecho este muy común tal vez motivado por los efectos secundarios (síntomas extrapiramidales)

Se denominan neurolépticos por los efectos motores que producen, algunos sin marcha atrás ni tratamiento alternativo.

El primer neuroléptico fue la clorpromacina (Largactil) (Delay y Deniker, 1952) Más tarde llegó la clozapina (Leponex) para la esquizofrenia (EE.UU. 1989)



## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Y utilizada (1961) y retirada en Europa hacia 1975 por efectos gravísimos en la sangre, pero parece que muy buenos en el tratamiento de la esquizofrenia además de reducir los síntomas negativos.

Luego llegaron los antipsicóticos atípicos o de segunda generación: la Risperidona, Sertindol (con efectos letales sobre el corazón), Olanzapina, Quetiapina y Zisprasidona.

Atípicos hacía referencia a sus menores efectos motores, también por ser eficaces para los tratar los síntomas llamados positivos como alucinaciones, los delirios, además de que para otros producía efectos sobre la serotonina.

Los de nueva generación están siendo criticados por causar también síntomas extrapiramidaes: riesgo de suicidio, diabetes, afecciones cardíacas y el “*llamado síndrome metabólico*” que tiene que ver con el aumento de valores en triglicéridos y colesterol, en parte motivados por su largo período de tratamiento.

La tercera generación de antipsicóticos (Aripripazol) también se encamina hacia los niveles de dopamina (nada ha variado), eso sí, mejorando los síntomas asociados.

Hay un hecho curioso que destacan y viene a afirmar que la inclusión en la sociedad por parte de los enfermos es mejor en países subdesarrollados, curiosamente es donde menos se usan los antipsicóticos y los que se usan son los clásicos, no las nuevas generaciones (neurolépticos)

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Dentro de los **psicoanalépticos**, están los antidepresivos y los psicoestimulantes.

Los antidepresivos se usan prácticamente en el tratamiento de la depresión. Inicialmente se usaban los Inhibidores de la enzima Monoamina Oxidasa (IMAO) descubiertos accidentalmente pues se usaban para otros menesteres y los tricíclicos: Anafranil, Tofranil, Triptanol. Su uso ha descendido y ha sido ocupado por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS o IRSS), con menos efectos secundarios pero con algunos como disfunciones sexuales: eyaculación retrograda o imposibilidad de lograrla en el varón y anorgasmia en la mujer. De todos conocidos los ISRS: Fluoxetina (Prozac) Venlafaxia (Eferxor) Paroxetina (Seroxat)

Son muy selectivos. Si se medica un psicótico con un antidepresivo, puede generar más alucinaciones, excitación, delirios..., cuando no cuadros psicóticos en psicosis latentes.

Hay lugares como Argentina, EE.UU, Inglaterra donde se dictaron leyes que prohibían la prescripción de inhibidores de la serotonina a menores de 18 años, aunque se autoriza el Prozac (fluoxetina) que prometía milagros y felicidad eterna)

Se opina igualmente que los efectos desinhibidores de los antidepresivos pueden favorecer el *acting* suicida. No se puede dejar todo en manos de la medicación. Se sabe que cuando los melancólicos están mejor es cuando más cercanos están del paso al acto, por tanto la supuesta mejoría no puede decir que hay que abandonarlos  
[14]

Como estimulantes encontramos las anfetaminas. De poco uso salvo como anorexígeno para bajar peso, en la hiperactividad (hoy se usa la atomoxetina que no es estimulante) y en narcolepsia. Hace años su uso estaba muy extendido y sin receta; su consumo provocaba cuadros psicóticos y esquizofrénicos.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

**Los ansiolíticos** representados por las llamadas Benzodiazepinas. Las más conocidas son el Rivotril (Clonazepam), el Alpax (Alprazolam), el Valium (Diazepam), el Trapax (Lorazepam), el Lexotanil (Bromazepam), el Rohypnol (flunitrazepam).

Hay neurotransmisores excitatorios e inhibitorios. Entre estos últimos encontramos el GABA. Las benzodiazepinas facilitan el trabajo de estos GABA, actuando sobre la angustia y ansiedad.

### 12.- Estudios recientes sobre lo psicofármacos.

Estamos ante una sociedad hipermedicada donde los efectos de ciertos medicamentos se están poniendo en duda a pesar de la insistencia de la industria farmacéutica.

Hablemos de Marcia Angell, periodista del *New York Review of Books*, responsable de unos artículos aparecidos con los títulos:

[\*The Epidemic of Mental Illness: Why?\*](#)

*(La epidemia de la enfermedad mental: ¿por qué?*

) y

[\*The Illusions of Psychiatry\*](#)

*(Los engaños de la psiquiatría)*

Su contenido tiene que ver con el avance descontrolado del “*DSM*” en sus diferentes versiones y especialmente con el avance experimentado respecto al consumo de psicofármacos. Su

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

trabajo se basa en la aportación de tres investigadores en diferentes campos sobre el tema:

- **Irving Kirsch**, psicólogo, investigador de la Universidad de Hull en el Reino Unido, autor del conocido *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth* (*Los fármacos nuevos del emperador: destruyendo del mito de los antidepresivos*). Tiene algún video en Youtube sobre el efecto placebo y nocebo.
- **Robert Whitaker**, especialista en ciencia y medicina autor del libro *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (*Anatomía de una epidemia: panaceas, psicofármacos y el impactante ascenso de la enfermedad mental en EE.UU*).
- **Daniel Carlat**, psiquiatra de Boston, autor de otro libro contestatario *Unhinged: The Trouble with Psychiatry, A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis* (*Los trastornados: El problema con la psiquiatría. Las revelaciones de un médico relacionadas con una profesión en crisis*).

Trataré de resumir. M. Angell denuncia el incremento experimentado en EE.UU. en relación con los diagnósticos de enfermedad mental desde la aparición del *Prozac*, barco insignia de la clínica farmacéutica a finales de los '80

Los enfermos diagnosticados y tratados por las entidades sanitarias sufrieron un incremento del doble en el período de 1987-2007. En el caso de la infancia fue más alarmante, algo común hoy día, se incrementaron 35 veces más en este mismo tramo.

Los depresivos diagnosticados se triplicaron. Dice la autora que hoy en día 1 de cada 10 estadounidenses mayores de 6 años toma antidepresivos.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Pero es en relación a categorías diagnósticas como la psicosis donde hay más exacerbación: La era de los antipsicóticos ha tomado el mundo: Risperdal, Zyprexa (olanzapina), Seroquel (quetiapina) son los reyes de los fármacos.

A pesar del incremento del arsenal terapéutico, los enfermos continúan sumando. La pregunta queda en el aire: *¡Si curaran los medicamentos observaríamos una mejoría social, pero no son estos los hechos* !

Los autores citados vienen a destacar que hoy se diagnostica en base a la decisión farmacológica de grandes multinacionales que como amo moderno controlan el campo de la clínica y los clínicos, algunos sobornados.

Criticán la idea del desequilibrio químico como causante de los trastornos mentales. Incluso alguno de ellos como Whitaker opina sobre pruebas de neuroimagen realizadas a pacientes:

*"Antes del inicio del tratamiento farmacológico, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, depresión o cualquier otro trastorno psiquiátrico no presentan estos famosos desequilibrios químicos. Sin embargo, una vez que una persona inicia el tratamiento farmacológico, que de una manera u otra abre una llave en la mecánica habitual de la transmisión neuronal, su cerebro empieza a funcionar de manera anormal".*

El Dr. Carlat comenta que atribuir la causa de la enfermedad al desequilibrio anula el estigma de enfermedad mental. Kirsch, enfatiza por igual en relación a la depresión:

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

*"Parece fuera de toda duda que la explicación tradicional de la depresión como un desequilibrio químico en el cerebro es sencillamente errónea".*

Veamos más datos de este informe. El Premio Nobel de Química de 2009, Thomas Steitz[15], avanzaba que el mal viene provocado por los laboratorios farmacéuticos la práctica de los cuales es cronificar la enfermedad para tratarla eternamente como práctica perversa que evidenciaría que no interesa la cura sino que la enfermedad exista para seguir siendo tratada.

Está a nuestro alcance el documental[16] titulado *Orgasm Inc. de Liz Canner* (2011) donde la autora-protagonista denuncia las artimañas de las farmacéuticas para abrir su campo de acción describiendo nuevos trastornos, en este caso la disfunción sexual femenina y como es natural el consiguiente remedio químico. Para ello debería de contentar a la poderosa FDA (U.S. Food and Drug Administration)

Pero antes de entrar a informarnos sobre estudios concretos, tal vez necesitemos recordar dos efectos que acontecen los sujetos ante el hecho medicamentoso:

### 13.- Efecto placebo y efecto nocebo.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Placebo (del latín complacer) indica un tipo particular de respuesta del sujeto ante un sucedáneo de medicamento que se suministra cuando él entiende que está siendo medicado contra una enfermedad o un estudio clínico concreto.

Los resultados obtenidos cuando se les suministra un sucedáneo no dejan de ser curiosos ya que se obtienen mejorías en referencia a lo que estaban siendo tratados. Ello responde a lo que se denomina *Teoría de la expectativa de respuesta*, que viene a ser que aquello que esperamos es lo que cuenta en realidad, esperamos lo que creemos.

Los sujetos reaccionan de diferente manera. Sabemos que los veteranos de guerra no creen en los analgésicos, mientras que otros se preocuparían si les dijese que no les suministrarían medicamentos.

Por tanto la expectativa va más allá del principio activo. Conocemos que la morfina apacigua, pero si no sabe que le están dando morfina no hay el mismo efecto. Por tanto podemos decir que el principio activo + la persona están en un porcentaje como mínimo del 50%.

Otro aspecto es la *transferencia hacia el médico*. Sujetos con el síndrome del intestino irritable eran atendidos con rapidez y sobriedad mientras que otros recibían más atención. Estos últimos mejoraban. La expectativa negativa produce efectos negativos.

A ciertos sujetos ante la sensación de náuseas se les suministraba (sin saberlo) un medicamento para producir náuseas, es decir, más inductor. La expectativa modificaba las sensaciones subjetivas y los cambios fisiológicos.

Disponemos de fármacos cerebrales. Sabemos que las endorfinas son sustancias naturales, opiáceas que secretamos de forma natural (placebo natural) Hay una sustancia, la Naloxona que bloquea los efectos placebo. Con ella el placebo no funciona, no funcionan las endorfinas.

Sabemos que no produce el mismo efecto sugestivo una cápsula, unas pastillas, una inyección,

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

la cantidad es también sugestiva. El sujeto espera, aprende, se sugestiona en definitiva.

Nocebo, viene a ser las expectativas negativas y los efectos perjudiciales que provocan. Conocida es la muerte por Budú, la histeria colectiva y sus fenómenos, la depresión como final, casi obligación, en que acaba una crisis.

Aunque no se tomen los medicamentos, muchos sujetos por la información de que disponen, sufren los síntomas derivados de la ingesta de los mismos. Así ocurre con pacientes sujetos a la quimioterapia. Ello viene a afirmar que el hechicero es nuestro propio cerebro.

### 14.- Irving Kirsch y la caída del mito de los antidepresivos[17]

Kirsch, es autor de *The Emperor's New DRugs: Exploding the Antidepressant Myth* (Los fármacos nuevos del emperador: destruyendo el mito de los antidepresivos

)

El autor pone la carne en el asador, cuestiona con argumentos la supuesta eficacia de los antidepresivos, los estudios, las interpretaciones que han cuestionado la idea de enfermedad mental como respuesta del sujeto y que pretenden abordar la crisis desde la farmacología.



## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Accede al tema desde la pregunta: ¿Los antidepresivos funcionan? Resumen alguna de sus conclusiones:

- (1995) 38 ensayos clínicos publicados. Se comparan antidepresivos frente a placebos. Resultados: todos mejoran incluso los que no habían recibido ningún tipo de intervención, incluida la psicoterapia. Los placebos fueron tres veces más eficaces que la ausencia de tratamiento.
- Los antidepresivos eran “*algo*” mejores que los placebos, con un nivel de eficacia del 75%
- Recogió datos de las industrias farmacéuticas gracias a una ley que favorece la libertad de información y accedió a 46 estudios: El nivel de eficacia de los placebos era mayor que el anterior, el 82 % respecto a los antidepresivos. Es decir, había información sesgada.
- Tanto los antidepresivos (incrementadores del nivel de serotonina) como sus antagonistas (disminuyen el nivel de serotonina), como aquellos que no tienen efecto sobre los neurotransmisores, producían mejoras en la depresión. Es decir, antidepresivos, opiáceos, sedantes, estimulantes, hierbas..., eran eficaces contra la depresión. ¿Qué factores “*sesgo*” podrían estar influyendo en estos datos?
- La cuestión de la expectativa del paciente. Se responde argumentado que estos medicamentos producen efectos secundarios (sequedad de boca, alteraciones rítmicas del corazón...) y tales efectos informan al paciente de que está tomando medicamento, no placebo. Por tanto la subjetividad influye, no el efecto farmacológico. El paciente respondía que notaba los efectos en su esperanza de curar gracias al fármaco. Las depresiones profundas notaban más este efecto. Los pacientes pensaban que estaban recibiendo el verdadero tratamiento.
- Si Kirch utilizaba placebos activos (que producen efectos como la *atropina* (sequedad de boca) no se observaban diferencias entre medicamento y placebo.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- Para Kirsch, por tanto, los antidepresivos no son más que otro tipo de placebos con efectos secundarios más notables.
  
- Las técnicas conductivo-conductuales serían, según él, las más adecuadas para resolver depresiones leves y moderadas, por encima del tratamiento farmacológico [18]

Continuemos con las opiniones de Irving Kirsch y su equipo sobre la eficacia de los psicofármacos en el tratamiento de la depresión. El equipo de Irving Kirsch está integrado por **Irving Kirsch**

(Departamento de Psicología, Universidad de Hull, Hull, Reino Unido),

**Brett J. Deacon**

(Universidad de Wyoming, Laramie, Wyoming, Estados Unidos),

**Tania B. Huedo-Medina**

(Departamento de Psicología, Universidad de Connecticut, Storrs, Connecticut, Estados Unidos),

**Alan Scoboria**

(Departamento de Psicología, Universidad de Windsor, Windsor, Ontario, Canadá),

**Thomas J. Moore**

(

*Institute for Safe Medication Practices*

, Huntingdon Valley, Pennsylvania, Estados Unidos) y

**Blair T. Johnson**

(Departamento de Psicología, Universidad de Connecticut, Storrs, Connecticut, Estados Unidos).

- Ponen en tela de juicio los psicofármacos de nueva generación en especial los destinados al tratamiento de la depresión (Medicamentos enviados a la FDA)

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- Se pusieron a prueba comparando sus efectos con la administración de placebos aplicados a varios tipos de depresión.
- Diseño del estudio: meta-análisis, usando información hecha pública que normalmente está reservada.
- 35 estudios clínicos sobre cuatro fármacos antidepresivos.
- Algunos medicamentos no son efectivos como se supone se debería esperar.
- La mayoría de los pacientes encontró mejoría, pero tanto los medicados como los tratados con placebo sin una diferencia destacable entre ambos. El efecto placebo disminuye en pacientes con depresión severa y el de los antidepresivos se mantiene. Se concluye que en casos de depresión moderada y severa el medicamento y el placebo producen efectos similares. Se destaca la expectativa de mejora de los pacientes como determinante (efectos de los antidepresivos)
- Otros estudios destacan el efecto positivo a corto plazo de los tratamientos psicológicos que están a la altura sin generar efectos secundarios y sin tantas recaídas. Se invita a la incorporación de dichos especialistas al sistema de salud en mayor número.
- Se destaca el elevado coste del medicamento y la larga duración del tratamiento. En los países industrializados se ha quintuplicado su venta en los últimos 10 años.

Estos medicamentos no llegan a un gran grupo de población debido a la falta de recursos materiales y profesionales. El modelo de enfermedad mental que pone en marcha los sistemas que gestionan la salud no tiene muy en cuenta al profesional de la psicología en atención primaria.

### 15.- Robert Whitaker y los efectos nocivos de los psicofármacos[19]

Autor de, ***Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*** (Anatomía de una epidemia: panaceas, psicofármacos y el impactante ascenso de la enfermedad mental en EE.UU

.) No se centra exclusivamente en la depresión, sino que abarca todas las enfermedades mentales en su estudio. Lo que sí concluye es que los antidepresivos no son más efectivos que el placebo y sí más perjudiciales.

Hay daño, indica, a nivel cerebral y denuncia que ello no evite el consumo desmesurado en los últimos tiempos.

Comenta en su estudio que tanto la esquizofrenia como los trastornos depresivos tenían hace unos años un límite temporal claro, entre algo menor a seis meses con fases de latencia acusados. Sabemos que esto ha cambiado y ahora la cronicidad es determinante. Este alargamiento temporal hace que los efectos secundarios sean muy evidentes en la actualidad (hecho que corroboran otros estudios)[20] Sigue afirmando que el cerebro no puede gestionar

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

el exceso de sustancias y acaba por ceder a los síntomas derivados de los compuestos químicos.

Paradigma de ello es el caso de los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina los cuales producen un exceso del nivel de serotonina en el cerebro ante los cuales el órgano se muestra impotente. Sabemos que algunos antipsicóticos producen efectos secundarios (extrapiramidales) al disminuir los niveles de dopamina. A más síntomas, más necesidad de disminuir con nuevos fármacos los efectos secundarios que generan los primeros. Cita el caso del efecto maníaco que se desencadena por consumo prolongado de antidepresivos que puede derivar en sintomatología bipolar y ello a la necesidad de estabilización consiguiente.

Estudios realizados por Nancy Andreasen, neurocientífica y psiquiatra especialista en neuroimagen, afirman que los tratados con psicofármacos sufren un “*encongimiento*” cerebral proporcional a la duración del tratamiento.

Efecto iatrogénico, introducido por el médico. Al retirar los medicamentos los niveles de serotonina descienden vertiginosamente. Estos desniveles son a veces confundidos con recaídas de la enfermedad.

No podemos hablar por tanto de efectos colaterales. Nada parece confirmar que los tratamientos químicos son el mejor recurso, pero sí que sus efectos secundarios son el precio a pagar.[21]

**16.- Daniel Carlat.[22]** y la alianza entre psiquiatría e industria farmacéutica.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

Este es el cuarto y último artículo del monográfico titulado "*Destruyendo los mitos sobre los diagnósticos y los psicofármacos en salud mental*

", donde se revisa la obra de Irving Kirsch, Robert Whitaker y Daniel Carlat

Psiquiatra (EE.UU) hace una denuncia clara del cambio de paradigma de los trastornos mentales y su tratamiento. Califica de "*frenesí de los diagnósticos psiquiátricos*" amparados en el conocido DSM (Biblia del psiquiatra) Sobre el DSM afirma que no hay en ningún caso signos objetivos ni pruebas concluyentes de tipo clínico que justifiquen sus diagnósticos. Estos últimos se amplían con el paso de los años abarcando cada vez más sujetos.

No hay otra especialidad clínica dónde ocurra lo mismo: cardiología, estomatología, traumatología...

Todo esto se hace particularmente más nocivo en la infancia, donde se ha notado un incremento altísimo de medicación basada en diagnósticos imprecisos, cuando no inútiles[23]

### 17.- Efectos extrapiramidales.

Existen unas estructuras que denominamos sistema piramidal, responsables del movimiento. Están constituidas esencialmente por la corteza motora, la cápsula interna, el haz corticoespinal, el haz geniculado córtico bulbar, el haz de Turk y el haz corticoespinal cruzado...

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

El sistema extrapiramidal lo forman los núcleos cerebrales basales, es decir, tálamo óptico, núcleo caudado, putamen, globus pallidus, núcleo lenticular, cuerpo estriado... núcleo subtalámico, núcleo rojo, locus niger.

Las funciones específicas del sistema extrapiramidal son la liberación de neurotransmisores (dopamina, GABA) y el control de los movimientos involuntarios y voluntarios. Además inhibe el tono muscular.

### ***Síntomas Extrapiramidales (SEP) de los Antipsicóticos Atípicos (AA)***

*Los denominados A. Atípicos, tienen una incidencia más baja de inducir síntomas extrapiramidales. Recordemos que el término "neurolepticos" siempre se asoció a antipsicóticos convencionales. Es un criterio común afirmar que la inhibición de los receptores de la dopamina producía efectos positivos y a la vez negativos (SEP). Si el bloqueo supera ciertos niveles se generaban dichos síntomas. Con la llegada de la Clozapina (AA) se dice haber conseguido reducir dichos efectos.*

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

### Fármacos que afectan.

Sabemos de efectos colaterales de algunos medicamentos que inciden sobre el movimiento principalmente.

Los fármacos más asociados a la aparición de los efectos extrapiramidales son los antipsicóticos de alta potencia. Aparecen con la introducción de los neurolepticos (1951-52) y producen trastornos del tono y movimiento. Otros fármacos implicados son antieméticos, antidopaminérgicos (metoclopramida y domperidona, antivertiginosos bloqueadores de los canales del calcio (cinnarizina y flunarizina ) y antidepresivos (tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y venlafaxina)

Sus efectos suelen presentarse 24-48 horas de la toma del antipsicótico o en situaciones en las cuales se incrementa la dosis del mismo. Hay agudos y tardíos. Los síndromes agudos aparecen dentro de las primeras horas o días de administrada la droga e incluyen distonías, acatisia y parkinsonismo.

### Síntomas asociados a los efectos extrapiramidales:

**Distonía aguda:** Se caracteriza por espasmos musculares, posturas sostenidas y movimientos



## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

anormales que afectan a los músculos de la cara, contracturas musculares (gestos faciales, trismus) cuello (tortícolis) o de los ojos (crisis oculogíricas), también en el tronco, espalda o extremidades, garganta y lengua. Se altera el tono de grupos musculares agonistas y antagonistas con predominio de alguno de ellos que decidirá la zona dominante (Síndrome de Pisa, Síndrome del Conejo (boca). Más común en el sexo masculino.

Respecto a los síndromes tardíos tenemos:

La discinesia y distonía tardías, cuyos síntomas aparecen después de meses o años de tratamiento. Se caracteriza por movimientos involuntarios de los músculos de la región inferior de la cara y extremidades distales. Común en mujeres, de edad avanzada, con diabetes mellitus, alcoholismo y trastornos afectivos.

**Parkinsonismo secundario debido a drogas:** Producen hipocinesia, rigidez muscular y tremor. Difícil de distinguir de la enfermedad de Parkinson. Hipocinesia es lentitud generalizada del movimiento volitivo y facies inexpresiva (máscara) que se confunde con síntomas negativos o depresivos. La rigidez muscular puede ser continua (tubo de plomo) o discontinua (rueda dentada) El tremor de reposo, rítmico y que afecta a las extremidades (unilateral o bilateralmente) cabeza, mandíbulas, lengua, labios (síndrome del conejo), hipersalivación y verborrea. Aparece en las primeras semanas de tratamiento.

Son detectados por familiares o especialistas, ya que al contrario de los síntomas de SEP agudos, el paciente no suele notarlos.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

**Síndrome neuroléptico maligno.**- Generado por la complicación grave del uso de antipsicóticos. Produce rigidez muscular severa, hipertermia, compromiso de conciencia (puede llegar al coma) presión arterial lábil y elevación sérica. De creatinfosfoquinasa (CPK). Puede llegar a Insuficiencia renal aguda. Es común solicitar CPK, hemograma y prueba función renal.

**Acatisia.** Imposibilidad de mantenerse quieto. El paciente presenta una sensación de inquietud, intranquilidad motora, malestar difícil de describir presente típicamente en todo el cuerpo, pero a veces confinada a los miembros inferiores. Objetivamente, se puede observar al paciente meciéndose o incapaz de quedarse quieto, incapaz de relajarse. Puede haber agitación e intento suicida. Algunos casos son confundidos con la sintomatología psicótica. Aparece los primeros días de inicio del tratamiento o incremento del mismo.

### Fármacos con efectos iatrogénicos extrapiramidales.

- Neurolépticos típicos: Haloperidol, Flufenazina, Tioridazina.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

- Neurolépticos atípicos (generan menos): Tiapride, Sulpiride, Metoclopramida.
- Neurolépticos afines: Flunarizina, Cinarizina.
- Antihistamínicos: Clorfeniramina, meclizina, difenhidramina.
- Otros: Reserpina, Fenobarbital, Baclofen, Amiodarona, Perhexilina, Mepridina.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

---

[1] Roduinesco Elisabeth., ¿Por qué el psicoanálisis? Edit. Paidós, pág. 42.

[2] Chauvelot, Diane, Historia de la histeria, edit. Alianza-Ensayo, pág. 195.

[3] André, S., La impostura perversa. Paidós, campo freudiano. Pág. 213.

[4] [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4587&cat=44DSM](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4587&cat=44DSM)

[5] <http://www.topia.com.ar/articulos/historias-psicoanalistas-y-psicof%C3%A1rmacos>

[6] Zizek, S., Mirando al sesgo. Pág. 225.

[7] *Ornicar 3, La psychia-trique, pág 83*

[8] Blech, J. Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes. Barcelona, Destino (2005), pág. 100

[9] Roudinesco, Elizabeth, op.cit., págs. 15-20.

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

[10] Laurent, E.: Cáp. ¿Cómo tragarse la píldora? De *Ciudades analíticas*. Ed. Tres Haches, 2004.

[11] <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>

[12] Damasio, A., El error de Descartes, Drakontos bolsillo.

[13] Roudinesco, E., op.cit. Pág. 22

[14] Nuevos síntomas, nuevas angustias. EOL. Pág. 124

[15] Artículo de “La Vanguardia”

<http://www.lavanguardia.com/salud/20110826/54205577068/thomas-steitz-premio-nobel-muchas-farmaceuticas-cierran-sus-investigaciones-sobre-antibioticos.html> .

[16] [http://www.youtube.com/results?search\\_query=Orgasm+Inc.%2C+Liz+Canner&aq=Orgasm+Inc.%2C+Liz+Canner&gs\\_l=youtube.12...7279.19001.0.20702.2.2.0.0.0.0.211.363.0j1j1.2.0...0.0...1ac..11.youtube.sAoQxm5mPKI](http://www.youtube.com/results?search_query=Orgasm+Inc.%2C+Liz+Canner&aq=Orgasm+Inc.%2C+Liz+Canner&gs_l=youtube.12...7279.19001.0.20702.2.2.0.0.0.0.211.363.0j1j1.2.0...0.0...1ac..11.youtube.sAoQxm5mPKI)

[17] [Irving Kirsch y la caída del mito de los antidepresivos . www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3842](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3842)

[18] <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/>

## Medicar los síntomas. ¿Qué debemos saber del medicamento?

Escrito por I.Rebollo

Lunes, 22 de Julio de 2013 10:35 - Actualizado Viernes, 09 de Febrero de 2018 11:11

---

[19] Revista Infocop publicado el 15/02/2012 6:11:00. (Destruyendo los mitos sobre los diagnósticos y los psicofármacos en salud mental", donde se revisa la obra de Irving Kirsch, Robert Whitaker y Daniel Carlat)

[20] Steve Hyman, exdirector del National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU. y hasta hace poco rector de la Universidad de Harvard, quien reconoció que el consumo de fármacos psicoactivos prolongado en el tiempo produce "alteraciones sustanciales y de larga duración en la función neuronal".

[21] <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/>

Robert Whitaker (2011). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* . Crown.

[22] Infocop | 16/02/2012 6:32:00 (*Los trastornados: El problema con la psiquiatría- las revelaciones de un médico relacionadas con una profesión en crisis*)

[23] <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/>