

Tratamientos de la depresión. Clínica del medicamento y/o clínica por la palabra

GLORIA ELENA GÓMEZ BOTERO*

Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano (A. M. E.). Bogotá, Colombia.

Tratamientos de la
depresión. Clínica del
medicamento y/o clínica
por la palabra

Treatments of depression.
Treatment by the medicine
and/or treatment by
the word

Traitements de la
dépression. Clinique
du médicament et/ou
clinique par la parole

Resumen

El poder de los medicamentos del *psiquismo* se ha convertido en síntoma de una modernidad que tiende a abolir, en la subjetividad, el deber ético de todo ser humano de enfrentar la adversidad y hacer soportable la existencia. Mientras sólo se pone el acento en la química de la depresión, se justifica al sujeto, se hace de él una víctima de la herencia genética, las disfunciones químicas de su cerebro, del entorno social y familiar. Debate del psicoanálisis con la neurobiología acerca del lugar asignado, en las depresiones, al déficit en las funciones del sistema nervioso, e introducción del concepto de *afecto*, para pensar la dimensión ética en juego en las mismas.

Palabras clave: antidepresivos, emoción, afecto, ética del bien-decir, inhibición

Abstract

The power of medication over mental life has become a symptom of a modernity that tends to abolish, at a subjective level, the ethical duty of every human being to confront adversity and make existence bearable. When the accent falls only on the chemistry of depression, the subject is justified, he becomes a victim of genetic inheritance, the chemical dysfunctions of his brain, of his social and family environment. This is a debate between psychoanalysis and neurobiology with regard to the place assigned, in depressions, to the deficit in functions of the nervous system, and the introduction of the concept of *affect*, in order to reflect on the ethical dimension involved in them.

Keywords: antidepressants, emotion, affect, ethics of saying it well, inhibition.

Résumé

Le pouvoir des médicaments du *psychisme* s'est transformé en symptôme d'une modernité qui tend à abolir, dans la subjectivité, le devoir éthique de tout être humain de faire face à l'adversité et de rendre supportable l'existence. Tant que l'accent n'est mis que sur la chimie de la dépression, le sujet est disculpé, il devient victime de l'hérédité génétique, des dysfonctions chimiques de son cerveau, ou du milieu social et familial. Débat de la psychanalyse avec la neurobiologie face à la place assignée, dans les dépressions, du déficit des fonctions du système nerveux, et introduction du concept d'*affect*, pour penser la dimension éthique en jeu dans les dépressions.

Mots clés : anti-dépresseurs, émotion, affect, éthique du bien dire, inhibition



* gloriagomez@coldecon.net.co

En fisiología, depresión remite a una disminución de la actividad electrofisiológica, por ejemplo la depresión cortical. En farmacología, depresión refiere a la acción de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano aferente –entre los depresores del sistema nervioso central existen fármacos como los barbitúricos y los anestésicos que disminuyen la capacidad de respuesta a los estímulos, provocando sueño o coma–. En psicología, depresión es cualquier disminución de la función normal cognitiva, perceptiva y motora. Ahora bien, en la psiquiatría clásica, depresión remitía a una amplia gama de cambios en los estados afectivos, y en sus fenómenos clínicos se distinguían tres aspectos: afecto normal, síntoma o síndrome, los cuales eran situados en varios cuadros clínicos. La psiquiatría distinguía depresión endógena –ligada a la neurosis o a la psicosis maníaco-depresiva– y depresión exógena –causada por un duelo, un trauma, un agente tóxico o una enfermedad orgánica–. La depresión como entidad específica –tal como se la conoce actualmente– no existía antes en psiquiatría. Ella surge y se consolida en el seno de la psiquiatría actual que dista mucho de la psiquiatría clásica.

La llegada de la clínica de la medicación cambió la concepción y el tratamiento que la psiquiatría daba a la enfermedad mental –largas hospitalizaciones cuando no encierros de por vida, camisas de fuerza, electrochoques–, pacificó los hospitales psiquiátricos e hizo factible la práctica psicoanalítica con psicóticos, así como el manejo de momentos álgidos de la cura. Por ejemplo los neurolépticos, que ejercen un efecto calmante sobre el sistema nervioso, permitieron aplacar la agitación motriz de los episodios psicóticos; en el campo de la psicosis maníaco-depresiva, el litio alteró la forma de la enfermedad, como su epidemiología, eliminando las recurrencias más explosivas, y los ansiolíticos atemperaron las crisis de angustia extrema.

Para verificar el viraje de la psiquiatría clásica a la moderna basta con ir al *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM) y seguir sus sucesivas transformaciones desde 1952, año de su primera aparición¹. Sus primeras versiones tenían en cuenta la teoría y la clínica de la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis. A partir de 1980, la psiquiatría estadounidense comenzó a centrar su interés en los factores biológicos, minimizando el valor de lo psico-social en la enfermedad mental.

¹ Retomo aquí apartes de mi artículo “De la neurobiología de la ansiedad, a la angustia como afectación del cuerpo en su goce”, en revista *Informes psicológicos*, No. 9, Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín 2007.

La psiquiatría clásica ponía énfasis en la investigación del detalle clínico, la precisión semiológica, el diagnóstico diferencial con miras a prevenir el riesgo de un pasaje al acto, a diferenciar un desencadenamiento psicótico de un delirio histérico... La psiquiatría contemporánea sobrestima el valor de las sustancias químicas, los resultados alcanzados por la investigación en farmacología y biología molecular, el método estadístico, en detrimento del método cualitativo. Predomina en ella el factor eficacia y el efecto poco específico, más bien global y comportamental, que introducen las terapéuticas biológicas. Mientras los laboratorios promueven la investigación, la tarea del clínico parece limitarse a poner a prueba la eficacia de los medicamentos que ofrecen los visitantes médicos².

En la clínica tradicional, el diagnóstico determinaba el cuadro clínico: a partir de los síntomas y la observación aguda del clínico, se formulaba el tratamiento causal o sintomático. La psiquiatría farmacológica invertirá esta lógica formulando el diagnóstico en función del tratamiento que aplica a los síntomas que responden a su terapéutica de la medicación, luego de una selección realizada entre el conjunto que presenta el paciente. Retorno de la psiquiatría al seno de la práctica médica, con la generalización del uso de los psicofármacos, después de una época de distanciamiento del mismo. Creación de cuadros clínicos sólo sobre la acción de la molécula:

Diagnóstico → Tratamiento deviene **Tratamiento → Diagnóstico**

Tal es la forma en que son tratados, en la actualidad, los denominados trastornos depresivo-ansiosos, que alcanzan dicha definición en función de su reacción a los antidepresivos y ansiolíticos.

La psiquiatría ha abandonado el método fenomenológico que la caracterizaba, sin hallar aún otro que le sea propio en el campo de las ciencias biológicas en que se soporta. La clínica del sufrimiento psíquico se ha convertido en una clínica de la evidencia que busca aliviar las afecciones del paciente a partir de los efectos de las drogas: los fármacos con base en serotonina, utilizados en un primer momento para tratar la depresión, al surtir efectos sobre algunos estados de ansiedad, empezaron a ser usados para tratar otra afección distinta a la que en principio estaban destinados. La psiquiatría biológica, desde el paradigma mente y cerebro, concibe y trata a la depresión como un desarreglo cerebral de tipo bioquímico. El biólogo Jean-Pierre Changeux anunciaba ya en la década de los ochenta la desaparición de la psiquiatría, en beneficio de la biología molecular. Si la clínica psiquiátrica se circunscribe a los medicamentos, en efecto pierde la especificidad que la definió hasta la década de los treinta. A propósito de la salud mental, los conocimientos científicos no sólo han



2 Elizabeth Roudinesco, *¿Por qué el psicoanálisis?*, Paidós, Buenos Aires 2000. La industria farmacéutica ocupa el tercer lugar, después del tráfico de armas y de drogas ilícitas, en la escala de las industrias de mayor rentabilidad económica.

aumentado, sino que se han organizado bajo el dominio de las neurociencias, lo cual ha incidido sobre los tratamientos y la nosografía en psiquiatría.

Hasta el descubrimiento de los neurotransmisores se creía que la conexión cerebral era puramente eléctrica. Los neurotransmisores modificaron la comprensión del funcionamiento cerebral y permitieron la aparición de las sustancias psicotrópicas, así como la puesta en marcha de tratamientos más efectivos de la enfermedad mental que los utilizados hasta entonces por la psiquiatría, particularmente la terapia electro-convulsiva.

El descubrimiento de la transmisión del influjo nervioso en la articulación entre las diferentes neuronas, permitirá intervenir sobre la transmisión de dicho influjo, bloqueándolo o favoreciéndolo: las indolaminas y las cotecolaminas –los dos principales neurotransmisores en las áreas del cerebro relacionadas con la función emocional, entre otras funciones– regulan la transmisión de los impulsos nerviosos en dichas áreas del cerebro controlando la conducción de la sinapsis³. La noradrenalina es una catecolamina sintetizada en la neurona y almacenada en las vesículas situadas en la terminación del nervio. Un impulso libera la noradrenalina y la conduce al espacio sináptico, donde activa una neurona receptora, luego el transmisor se desactiva porque vuelve a las vesículas de almacenaje de la terminación nerviosa o se destruye gracias a la acción de la enzima monoaminoxidasa.

Este proceso fue descubierto cuando se investigaba el hallazgo clínico de la reserpina, droga empleada para disminuir la presión sanguínea en pacientes hipertensos pero que producía síntomas de depresión en dichos pacientes. Shore y Brodie descubrieron que la reserpina disminuía la serotonina y la noradrenalina de las células cerebrales. Otros autores habían señalado que la isoniacida utilizada en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar elevaba el estado de ánimo⁴. A partir de estos hallazgos, del azar, se procedió a administrar empíricamente dichas drogas a pacientes depresivos descubriéndose que ellas ejercían un efecto terapéutico antidepressivo. Se anunciará, así, que la depresión era receptiva a la intervención farmacológica, dándose inicio a los primeros tratamientos antidepressivos. De este modo, la aparición de los antidepressivos no fue el resultado de un método hipotético-deductivo sustentado en los desarrollos teóricos de la bioquímica cerebral, que habría conducido a la psiquiatría a solicitar la producción de los antidepressivos a la industria farmacéutica para su aplicación terapéutica, sino un hallazgo farmacológico logrado a partir del azar y la experimentación en psiquiatría⁵.

La psicofarmacología se ocupa de la relación entre los fármacos y la función cerebral, incluidos el estado de ánimo, el comportamiento y las percepciones. Introducida en Francia en 1952 por los psiquiatras Jean Delay y Pierre Deniker, representó un logro

3 Lugar en que la ramificación del axón de una neurona se pone en contacto con las dendritas de otra neurona.

4 Freedman y Kaplan, *Tratado de psiquiatría*, Salvat Editores, Barcelona 1978.

5 Markos Zafiropoulos, *Tristesse dans la modernité*, Anthropos, Paris 1996, p. 9.

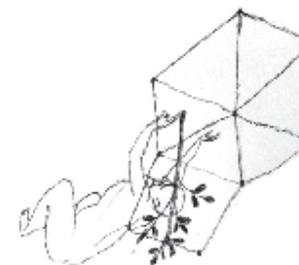
importante en el abordaje de la psicosis, mientras los ansiolíticos y los antidepresivos que aparecieron en 1957 aportaron más tranquilidad al neurótico. Sin embargo el malestar parece haberse desplazado: el sujeto resultó encerrado en una nueva forma de alienación, y la idealización desmedida del poder de los psicofármacos ha terminado por restarle una parte de su valor⁶.

Los abusos en el ámbito de la psicofarmacología comenzaron a ser señalados por los mismos que habían elogiado sus virtudes, quienes reclamaron una administración mesurada y en coordinación con un tratamiento psicoterapéutico. Tal fue la posición de Delay, el principal representante en Francia de la psiquiatría biológica, que en 1956 advertía: “conviene recordar que en psiquiatría, la medicación no es más que un momento del tratamiento del enfermo mental y que el tratamiento de fondo sigue siendo la psicoterapia”⁷. Sin embargo, el lugar acordado a la cura por la palabra disminuyó cada vez más a medida que la psiquiatría anclaba sus bases en las ciencias cognitivas y la industria farmacéutica.

¿Qué se tiene luego de cincuenta años de tratamientos con antidepresivos? Abandono del modelo psicopatológico por parte de la psiquiatría, y adopción del modelo bio-psico-social: combinatoria de factores que se supone actúan sobre el individuo repercutiendo sobre algunas de sus esferas: la herencia –antecedentes familiares de depresión que son interpretados como vulnerabilidad genética, aunque no todo aquél que se supone que la padece la desarrolla–; variables psicosociales –la presencia de factores estresantes en el medio ambiente o en la vida personal–; estructura de personalidad –baja autoestima, visión pesimista de sí mismo, de la vida–. Ahora bien, la causa de la depresión sigue siendo desconocida; se desconoce su sustrato fisiopatológico, bioquímico, neurofisiológico u otro.

Sin atender a la manera como se haya generado la depresión, se establece que existe un factor bioquímico en todos los pacientes que dicen padecerla, consistente en la disminución de ciertos neurotransmisores.

Está claro que la depresión está relacionada con un bajo nivel de transmisores de serotonina. Y sabemos que el Prozac, ese medicamento tan popular, funciona porque aumenta los niveles de serotonina. Pero lo que no sabemos es lo que sucede primero. Lo que a mí me intriga es que, por ejemplo, si te susurro: «no has aprobado el examen», te sentirás deprimido, es decir que hay algo que hace que la serotonina descienda; de alguna manera mis palabras han afectado el comportamiento final de tu cerebro. Es posible también que se tenga un problema bioquímico, en el que exista un bajo nivel de serotonina y que las palabras hagan que se cree esa situación. Las dos cosas suceden simultáneamente y no se sabe qué es lo que causa la una o la otra: en neurociencia hay un gran problema con el huevo o la gallina: ¿Es el producto químico el que causa el



⁶ Elizabeth Roudinesco, *op. cit.*

⁷ Citado por Elizabeth Roudinesco, *ibid.*

8 Entrevista a Susan Greenfield, profesora de farmacología en la Universidad de Oxford y directora del Instituto para la investigación *Royal Institution* de Gran Bretaña, en *rtv.es, La nación*, 02.08.2006, p. 1, Cultura.

9 Noradrenalina: sustancia que transmite impulsos nerviosos entre las neuronas y estimula una parte del sistema nervioso simpático; encargada de regular ciertas actividades involuntarias como el ritmo cardíaco, la presión arterial, las secreciones... Serotonina: el interés por la relación de esta sustancia con los trastornos de ansiedad se motiva en la constatación de que los antidepresivos serotoninérgicos tienen efectos terapéuticos en algunos trastornos de ansiedad.

10 Pierre Simon, en *La querelle des diagnostics*, Navarin Editeur - Collection Cliniques, Paris 1986, p. 138.

De otro lado, la idea de la depresión como disfunción en la dinámica neuronal, evoca las teorías sobre las neurosis (neurosis: término que designó desde su introducción por parte del médico escocés William Cullen (1710-1790), las afecciones que parecían tener origen en un problema neurológico, pero sin causa orgánica definida, ni lesión del órgano donde aparecía el síntoma, aunque implicaban su disfunción; de ahí el calificativo de enfermedades funcionales del sistema nervioso, y la polémica de la escuela fisiopatológica con esta noción de neurosis, que: "tuvo como supuesto básico el fracaso anterior del método anatomoclínico con la tarea de reducir todas las enfermedades consideradas como neurosis a sus criterios localicitas y morfológicos, es decir, de descubrir las le-

estado anímico, o es el estado anímico el que causa el descenso del producto químico? Pero de las dos formas, la persona deprimida se siente emocionalmente adormecida, no es que se sienta triste, no siente nada. Y lo que es interesante del estado que he mencionado es que no accedemos a todas nuestras conexiones, por ejemplo cuando realizamos un deporte, o durante el ocio, o la infancia, estos son unos estados que están caracterizados por un bajo nivel emocional y una falta de lógica. Sin embargo, la persona deprimida tiene un exceso de pensamiento lógico, no se abandona a los sentidos. Si se la deja en el jardín, sentir el sol en la cara, la hierba verde bajo los pies descalzos y un vaso de vino en la mano no la hace feliz; mientras que a la mayoría de nosotros nos hace muy felices⁸.

La neurobiología considera que hay una disfunción en la mecánica neuroquímica neuronal en pacientes que se quejan de depresión. Las investigaciones en neurobiología con animales y la respuesta al tratamiento propuesto a estos pacientes estiman que la noradrenalina y la serotonina⁹ están implicadas en los estados depresivos, mientras que la estructura neuroanatómica cerebral no está afectada o dañada. Al respecto, Pierre Simon, farmacólogo francés señala:

El encuentro de un farmacólogo con psicoanalistas es ciertamente sorprendente. Tan sorprendente como leer regularmente en la prensa médica, cotidiana o mensual, que se ha descubierto y que se conoce bien el mecanismo de acción de los antidepresivos, de los ansiolíticos, así como de los neurolépticos. En efecto, si se conoce bien el mecanismo de acción de los antidepresivos, por ejemplo, ¿eso quiere decir que se conoce bien el substrato fisiológico, sea bioquímico, neurobiológico u otro, de la depresión? [...] me parece que esto es falso, no se conoce este substrato fisiológico, se conocen solamente los mecanismos de acción de los medicamentos utilizados para las depresiones, lo cual es totalmente diferente¹⁰.

Los primeros antidepresivos desarrollados en la década de 1950, fueron los tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). Los ATC bloquean la recaptación de neurotransmisores en las neuronas presinápticas prolongando así la permanencia del neurotransmisor en la sinapsis y haciendo posible su disponibilidad para la célula postsináptica. Son ATC, la amitriptilina, doxepina, imipramina, nortriptilina, desipramina. La venlafaxina actúa como los ATC, pero tiene una estructura química diferente y produce efectos secundarios distintos. La nefazodona impide que la serotonina se enlace con las neuronas contiguas en un receptor específico; dicho compuesto puede enlazarse con muchos receptores neuronales. También bloquea débilmente la recaptación de la serotonina. Los inhibidores de la MAO, por su parte,

reducen la tasa de degradación de neurotransmisores en el organismo, de tal forma que haya mayor cantidad a disposición de las neuronas. Pertenecen a este grupo la fenelzina y la tranilcipromina.

En 1987 aparece un nuevo grupo de antidepresivos denominados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), que bloquean la recaptación del neurotransmisor serotonina en las neuronas presinápticas que prolongan su actividad. Hacen parte de dicho grupo: la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina y la fluoxetina, la más conocida en razón a su nombre comercial (Prozac) y a su utilización en el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos, ataques de ansiedad, miedo al rechazo, falta de autoestima y problemas similares. La *mirtazapina*, antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (Nassa), aumenta la liberación del neurotransmisor noradrenalina en ciertas áreas del cerebro, como del neurotransmisor serotonina; acción dual señalada como eficaz en el tratamiento de la depresión y que explicaría la rápida mejoría de los síntomas de ansiedad e insomnio, gracias a su acción ansiolítica y restauradora del sueño. Una de sus virtudes, dicen los laboratorios farmacéuticos que la producen, es que no genera efectos secundarios como náuseas, vómito, dolor de cabeza, ansiedad, irritabilidad, insomnio, disminución del apetito sexual, asociados a los antidepresivos serotoninérgicos no específicos, siendo además más segura cuando hay sobredosis.

Se recomienda que el tratamiento con antidepresivos prosiga unos seis meses después de la desaparición de los síntomas, para prevenir una recaída. Aunque, la práctica pone en cuestión este cálculo teórico de la farmacológica: de un lado, los datos estadísticos indican que entre el 30% y el 68% de los sujetos deprimidos abandonaron el tratamiento al cabo de un mes. Y es que, una parte del discurso común sobre la depresión considera que los antidepresivos son adictivos, que ésta es 'algo psicológico' y no se trata sólo con medicamentos. A dicho abandono contribuyen igualmente los molestos efectos secundarios producidos por tales medicamentos. De otro lado, mientras el estimativo teórico plantea que los tratamientos con antidepresivos duran entre algunas semanas y varios meses, la experiencia muestra que, en no pocos casos, ellos se prolongan por años, así sea de manera intermitente.

Ahora bien, si la venta de neurolépticos se ha estabilizado en los últimos decenios, la de antidepresivos no cesa de aumentar desde los años setenta, desde que la prescripción masiva de medicamentos psicotrópicos llegó al ámbito de la depresión y sus síntomas, y su tratamiento salió del dominio de la psiquiatría para pasar al de la medicina general, cuando no a la automedicación a partir de la venta mal regulada en farmacias y a la expansión de los productos naturales para el mismo mal de la época (vg. el producto natural denominado Okey). Prescripción masiva y



siones anatomopatológicas específicas de cada una de ellas. La imagen fisiopatológica de la neurosis estuvo condicionada por las posibilidades de conseguir una caracterización positiva de las mismas desde el punto de vista funcional, superando la limitación puramente negativa a la que había llegado la morfología". José María López Piñero, *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Alianza Editorial, Madrid 1985. La escuela fisiopatológica europea del siglo XIX defendía la idea de que la mayor parte de las neurosis dependía de la alteración de la médula espinal, no inflamatoria ni definible anatómicamente, la cual se revelaba clínicamente por la sensibilidad especial de las apófisis espinosas. El joven Freud, brillante neurólogo, estuvo atento a este debate.

automedicación desordenada con las que se quiere suprimir el sufrimiento psíquico y normalizar la conducta sin preguntarse sobre las causas. La fluoxetina hace parte hoy día de los medicamentos ordenados por el médico general, junto a los destinados al tratamiento de desarreglos del organismo tipo hipertensión, diabetes, artritis..., pero también engruesa la lista de los medicamentos de consumo masivo merced a la automedicación. Progreso, entonces, hecho factible con nuevos fármacos pero igualmente aparición de nuevas formas de malestar: incremento del uso de fármacos por fuera de la figura y el saber del Otro de la medicina, automedicación sin control, sobre-medicación, toxicomanías...

Se ofrecen nuevas alternativas de antidepresivos: se agencia la idea de que los tratamientos de punta son los más eficaces –aunque también los más costosos–, que esta nueva gama de antidepresivos resulta más fácil de ingerir y es cómoda para el paciente; farmacología al servicio del confort del paciente. Pero, en la medida en que ningún antidepresivo se revela claramente más eficaz que los demás, los médicos terminan eligiendo alguno en función de los efectos secundarios que el paciente puede tolerar, como de su capacidad económica: el paciente tratado con ATC e inhibidores de la MAO, por ejemplo, puede sufrir mareos y desmayos al levantarse, sequedad de la boca, dificultades de micción, estreñimiento y somnolencia, mientras que el paciente tratado con inhibidores de la MAO debe abstenerse de consumir ciertos alimentos, como el queso curado y algunas carnes, ya que podría sufrir dolores de cabeza e hipertensión graves. Los ISRS pueden provocar inquietud, dificultades para conciliar el sueño y alteraciones de la función sexual.

Así, se trata el *pathos* del sujeto, que se manifiesta bajo las figuras de la tristeza, el tedio, el aburrimiento, el desengaño, la angustia, la inhibición... por vía química. El médico remite cada vez menos a un profesional *psi*, al paciente que manifiesta en la consulta su malestar, su sufrimiento psíquico... bajo el presupuesto de que se trata sólo de una condición médica. Mas la depresión no se deja abordar ni tratar como cualquier otra disfunción o enfermedad del organismo, como por ejemplo las que comprometen la presión arterial, el páncreas, el riñón, los pulmones... La depresión es difícil de especificar y de cuantificar; es intangible: el paciente se siente mal aunque su organismo funciona bien¹¹.

El poder de los medicamentos del psiquismo se ha convertido en un síntoma de la modernidad que tiende a abolir, en la subjetividad, el deber ético de todo ser humano de hacerle frente a la adversidad y hacer soportable la existencia. Mientras sólo se pone el acento en la química de la depresión, se justifica al sujeto, se hace de él una víctima de la herencia genética, del entorno social y familiar, de los desarreglos neurobiológicos de su organismo. El discurso psicoanalítico cuestiona a las teorías y

¹¹ Entrevista al doctor Jorge Téllez, director de la Asociación Colombiana para la Depresión y el Pánico, en "Informe especial: Depresión", en revista *Cambio*, No. 1111, 18 al 25 de agosto de 2003.

prácticas que promueven esta suerte de victimización del sujeto, en la medida en que el psicoanálisis reconoce en el sujeto una parte de responsabilidad en lo que le acontece¹².

¿Se excluyen mutuamente la clínica de la palabra utilizada por el psicoanálisis y la clínica de la medicación que domina hoy día en el campo de la salud mental? En sí misma, la farmacología no se opone al tratamiento por la palabra, en tanto que para el psicoanálisis se trata de servirse de los fármacos con el objeto de facilitar su trabajo. Su interés está en que éstos ayuden al sujeto a expresar su sufrimiento en palabras, sin adormecerlo, ni le causen efectos secundarios importantes, ni daños en su organismo. Para el discurso analítico no se trata de rechazar los descubrimientos de la neuroquímica del cerebro y, en consecuencia, el uso de los fármacos en determinados casos y situaciones. En la práctica psicoanalítica, los fármacos son herramientas a su servicio, no fines en sí mismos, como ocurre en el discurso médico-psiquiátrico.

Debate, entonces, del psicoanálisis con la neurobiología acerca del hecho de que en la depresión no se trata sólo de un déficit en las funciones del sistema nervioso, sino de un afecto del sujeto, como de una inhibición.

El discurso psicoanalítico cuestiona los efectos de la creación de cuadros clínicos sobre la única base de la acción de las moléculas; el uso automático de antidepresivos bajo el argumento científico de su eficacia y los dictámenes del mercado; la posición del médico frente a la demanda que el paciente le formula; el estatuto que los medicamentos llegan a tener en la economía de goce del sujeto que hay en el paciente¹³.

CLÍNICA CON ÉTICA

La alternativa entre tratamiento por la palabra o medicamentos tiene para el psicoanálisis no sólo un alcance clínico sino ético: el acto médico no es sólo científico, es ético por el compromiso del médico con su paciente. Si dicho acto se apoya en los parámetros que la ciencia le proporciona, también constituye una confrontación ética, a pesar de que se pretenda abolir o desconocer esta verdad en aras de la objetividad. Fuera de los efectos específicos del medicamento, al formularlo, el clínico inscribe su saber, su posición frente a la enfermedad que el paciente le presenta, tanto como su manera de tratarla; prescribiendo, decide. Alcance ético igualmente en cuanto al lugar que ocupan los antidepresivos en la economía de mercado¹⁴, que confronta al practicante de la medicina con el hecho de que su decisión de tratar farmacológicamente una depresión finalmente no es sólo médica sino económica:

El médico decide usar un antidepresivo teniendo en cuenta cuál es el más adecuado para el caso particular, pero también atendiendo a la capacidad económica del pa-



12 Gloria Gómez, “De la neurobiología de la ansiedad a la angustia como afectación del cuerpo en su goce”, *op. cit.*

13 Bernard Nominé, “¿Hay que temerle a las neurociencias?”, en *Heteridad, Revista de Psicoanálisis de la Internacional de los Foros del Campo Lacaniano*, No. 2, Foro del Campo Lacaniano de Medellín, Medellín 2003.

14 Esto es, el lugar de los medicamentos en la economía de mercado, su relación con el tráfico y consumo ilegal de sustancias psicoactivas.

ciente, ya que algunos antidepresivos, especialmente los que tienen menos efectos colaterales, tienen precios muy elevados. Cuando el paciente responde bien, entonces, se mantiene el antidepresivo utilizado, pero si aparecen efectos de intolerancia o no hay mejoría del cuadro depresivo, el médico propone una segunda opción y se repite el mismo proceso.

Existe mucha variabilidad entre el tipo de efectos secundarios de unos y otros, además de que hay antidepresivos que dan sueño y otros que lo quitan: los primeros se prefieren para pacientes que tienen depresión con insomnio, mientras que los segundos serían preferibles para los que tienen depresión con somnolencia. Hay incluso un antidepresivo que también tiene un efecto analgésico y se usa para la depresión acompañada de dolor físico. Hay antidepresivos que tienen efecto ansiolítico adicional, que se prefieren para la depresión asociada con ansiedad.

Yo diría que los efectos colaterales más comunes son:

1. Sedación: algunos antidepresivos producen sedación y somnolencia y esto altera los procesos de atención, concentración y generan lentitud en las respuestas reflejas. Tienen efectos cardíacos, sobre esfínteres y vejiga, producen sequedad en la boca y constipación.
2. Efectos sobre la sexualidad: algunos antidepresivos producen disminución del deseo sexual y disminuyen la capacidad de erección en los hombres.
3. En algunos casos, un tratamiento antidepresivo puede disparar un foco psicótico. Sucede más frecuentemente en pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), cuando no se hace el diagnóstico adecuado y se trata como una depresión monopolar habiéndose debido tratar como depresión bipolar.
4. Se discute si algunos antidepresivos, en casos muy particulares, pueden potenciar conductas suicidas.

Ahora bien, resulta difícil en un paciente con depresión separar los trastornos cognitivos, asociados a la depresión, de los producidos por el antidepresivo. Existe un cuadro clínico conocido como pseudo-demenia depresiva: se trata de pacientes que tienen problemas cognitivos, es decir que se comportan como dementes, pero que salen de la pseudo-demenia cuando reciben el tratamiento antidepresivo.

Lo más importante en el manejo clínico de los antidepresivos es evaluar, una vez administrado, los efectos positivos y negativos, los cuales se deben poner en una balanza para decidir si vale la pena continuar o modificar el plan. Es muy difícil encontrar medicamentos útiles que no tengan efectos colaterales. Creo que los antidepresivos generan menos problemas cognitivos que los que genera la depresión. La clave del asunto es

que dichos efectos sean un mal menor, que el que se supone se está controlando. Ahí es donde debe hacerse la prueba de la balanza¹⁵.

Ahora bien, lo que impide que haya tratamientos estándares es el sujeto que hay en el paciente diagnosticado como depresivo. El sufrimiento que presenta el paciente al clínico conlleva no sólo el real del organismo viviente en su perturbación, sino también el modo como aquél goza de su cuerpo, es decir, ese más allá de la medida que representa la dimensión real del goce en el cual se halla implicado el sujeto que habita un cuerpo¹⁶.

En suma, la prescripción acontece en el marco de la relación médico-paciente, no está separada ni de quien la propone ni de quien la recibe, ni exenta de efectos de transferencia. Prescribir es inducir una transferencia por el hecho mismo de que el terapeuta también se prescribe¹⁷.

La experiencia analítica reúne estas dos perspectivas: terapéutica y ética. Como terapia, hace serie con las otras terapéuticas que operan por la palabra, pero al apuntar al esclarecimiento de la relación que el sujeto sostiene con su deseo y su goce, implica una dimensión ética. En esto el psicoanálisis es único, y bajo esta perspectiva no es una terapia como las otras.

La depresión se esboza ya en Freud como un afecto que se opone, de cierta forma, al inconsciente y a la exigencia ética del bien-decir, tal como será formulada más tarde por Lacan. Dice Freud a Fliess (carta N° 73) que lo ético es seguir diciendo más allá del impedimento que representan los afectos: “Mi propio análisis sigue siendo el principal objeto de mi interés. Todo está todavía muy confuso, incluso la índole de los problemas; pero al mismo tiempo tengo la reconfortante sensación de que no tendría más que echar mano a mi despensa para sacar oportunamente cuanto necesite. Lo más desagradable son los propios estados de ánimo que a menudo velan totalmente la realidad”¹⁸.

Lacan retomará la concepción freudiana del afecto, la extraerá del campo de la psicofisiología y formalizará, a partir de la filosofía y la teología cristiana, sus tesis sobre la articulación entre el sujeto, los afectos y la ética. Que el afecto no es reductible a la dimensión fisiológica, es algo que también un pensador como Heidegger señala a propósito, esta vez de ese afecto fundamental que es la angustia: “Con frecuencia depende la angustia de condiciones ‘fisiológicas’. Este factum es en su facticidad un problema ontológico y no sólo por lo que respecta a sus causas y formas de transcurrir ónticas. La suscitación fisiológica de la angustia sólo resulta posible porque el ‘ser ahí’ se angustia en el fondo de su ser”¹⁹.

15 Entrevista al Dr. Francisco Lopera, neurólogo clínico, director del Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia.

16 “Lo que yo llamo goce, es el sentido que el cuerpo experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada”. Jacques Lacan, “Psicoanálisis y medicina”, en *Intervenciones y textos*, No. 1, Manantial, Buenos Aires 1985, p. 95.

17 Guy Briole, “Acto del psiquiatra, acto del psicoanalista: ¿Antinomia o complementariedad?”, en *Cuadernos de Psicoanálisis*, No. 11, Revista del Instituto del Círculo Freudiano en España, Editorial Eolia, Barcelona 1994.

18 Citado por Guy Briole, en *ibid.* [Sigmund Freud, *Obras completas*, t. III, Biblioteca Nueva, Madrid 1973, p. 3587].

19 Martin Heidegger, *Ser y tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México 1971, p. 210.

20 El *Diccionario técnico y crítico de filosofía* de André Lalande, reseña tres acepciones del término emoción: A. Recoge la idea de A. Ribot: “yo entiendo por emoción un choque brusco, casi siempre violento, intenso, con aumento o detención de los movimientos: el miedo, la cólera, el flechazo amoroso, etc. A este respecto me conformo a la etimología de la palabra emoción, que significa sobre todo movimiento”. B. Refiere a todos los fenómenos precedentes, y además, a los estados crónicos que se manifiestan por una renovación continua de las pequeñas emociones en el sentido A (en esta dirección se dice, también, estado de emotividad). C. De manera más general y por imitación del inglés que extiende ese término a todos los fenómenos afectivos, se aplica el término emoción a los estados más elementales y a los más generales, tales como el placer y el dolor. Pierre Janet, en su *Tratado de filosofía*, dice: “llamamos emoción a las emociones consideradas desde el punto de vista afectivo, es decir, como placer y dolor, y reservamos el nombre de sensaciones para los fenómenos de representación”.

21 “Los sentimientos hacen parte del estado consciente, son los procesos que asociamos a la noción de sensación en la medida en que ellos están ligados al yo. Sin embargo, no son emociones, pues las emociones poseen fuertes componentes cognitivos, que entremezclan los sentimientos a la voluntad y a los juicios de una manera extraordinariamente comple-

LA DEPRESIÓN: DE EMOCIÓN A AFECTO

Por *afecto* se designa el carácter genérico del placer, del dolor y de sus emociones, a las que se denomina *estados afectivos*. La expresión *tendencias afectivas* se aplica igualmente a las inclinaciones y a las pasiones²⁰.

¿De qué manera la hipótesis del inconsciente incide sobre la concepción clásica del afecto? Tres textos escandén la elaboración freudiana del afecto: *las psiconeurosis de defensa* (1894), donde la carga en afecto de una representación determina su admisión o rechazo en el consciente. *El inconsciente* (1915), donde el afecto es tributario de una representación, y en consecuencia, sólo se puede dar un valor descriptivo a su transformación o su represión. *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), donde el afecto de angustia indica la inminencia de un peligro pulsional que deja sin recursos al yo.

La filosofía, la psicología y la psiquiatría abordan los estados de ánimo, los sentimientos, las emociones, los afectos –términos usados con frecuencia de manera indistinta– desde el punto de vista de la teoría general de la conciencia²¹. Freud, que toma el término afecto de la psicología alemana, se ve abocado a precisar la existencia o no de afectos inconscientes. ¿Existen impulsos, sentimientos y emociones inconscientes, de la misma forma que existen ideas conscientes e inconscientes?:

A mi juicio la antítesis de consciente e inconsciente carece de aplicación a la pulsión. Una pulsión no puede devenir nunca objeto de la conciencia. Únicamente puede serlo la idea que la representa. Pero tampoco en lo inconsciente puede hallarse representada más que por una idea. Si la pulsión no se enlaza a una idea ni se manifiesta como estado afectivo, nada podríamos saber de ella [...] En la propia naturaleza de una emoción está el de ser percibida, o ser conocida por la conciencia. Así, pues, los sentimientos, emociones y afectos, carecerían de toda posibilidad de inconsciencia²².

En la teoría freudiana, el afecto es la expresión *cualitativa* de la cantidad de energía pulsional, la cual se manifiesta en los dos registros del afecto y la representación. Freud utiliza el término afecto en dos perspectivas: *Descriptiva*, para designar la resonancia emocional de una experiencia casi siempre intensa. *Cuantitativa*, donde el

ja. De hecho, se puede decir que las emociones son los estados o procesos mentales más complejos que existen, en la medida en que se mezclan con todos los otros procesos (de una manera que habitualmente es muy específica, y que depende de la emoción considera-

da). El hecho de que ellos posean entre otros, bases históricas y sociales, no es para simplificarlos”. Gerald Edelman, *Biologie de la conscience*, Éditions Odile Jacob, Paris 1992.

22 Sigmund Freud, “Lo inconsciente”, en *Obras completas*, t. II, op. cit., p. 2067.

afecto es una expresión cuantitativa de la cantidad de energía pulsional como de sus variaciones; perspectiva ésta utilizada casi siempre en el marco de su teoría cuantitativa de la catexis, única capaz de explicar la autonomía del afecto en relación con sus diversas manifestaciones. Si desde el punto de vista tópico no hay afectos inconscientes, desde el punto de vista dinámico los afectos y las emociones corresponden a procesos de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas como sentimientos²³.

Freud hace responsable a la represión de la separación del afecto de la representación originariamente enlazada a ella, de donde el afecto se desplaza a lo largo de la cadena de las representaciones (*vorstellungen*) hasta enlazarse con una nueva representación sin lograr identificar ni localizar su origen²⁴. Lacan ratificará este estatuto significativo del afecto, formulado por Freud en “Las neuropsicosis de defensa”, al tiempo que indicará que Freud al tomar el afecto como una emoción –dimensión psicofisiológica–, se ve abocado a acentuar dicho *quantum* de afecto que se desplaza. Lacan formalizará lo que está en juego en el *quantum* de afecto que se desplaza y la representación que se reprime, a partir de la articulación del significativo y el objeto (a)²⁵.

Si Freud adopta la psicofisiología como brújula, no dejará sin embargo de señalar su descontento con lo que ella aporta para el esclarecimiento del afecto, intentando ir más allá:

Qué es lo que desde el punto de vista económico consideramos como un estado afectivo? Algo muy complicado. Un estado afectivo comprende, ante todo, determinadas inervaciones o descargas; y además ciertas sensaciones. Estas últimas son de dos clases: percepciones de acciones motoras realizadas y sensaciones directas de placer y displeacer que imprimen al estado afectivo lo que pudiéramos llamar su tono fundamental. No creo sin embargo, que con estas consideraciones hayamos agotado todo lo que sobre la naturaleza de los estados afectivos puede decirse. En algunos de ellos creemos poder remontarnos más allá de estos elementos y reconocer, que el nódulo en derredor del cual ha cristalizado la totalidad se halla constituido por la repetición de cierto suceso importante y significativo vivido por el sujeto²⁶.

Por su parte, Lacan no se basará en la psicología de las emociones que alude a la reacción vital, sino en la experiencia moral, filosófica y religiosa y su abordaje de los afectos.

Los afectos: tristeza, alegría, cólera, risa, mal humor, entusiasmo, aburrimiento, vergüenza, pena, culpa, beatitud..., no son sólo modificaciones orgánicas: incremento de las palpitations, variación de la frecuencia cardíaca, palidez, enrojecimiento, sudoración... frente a los buenos y malos momentos, sorpresas, acontecimientos de la



²³ *Ibid.*, p. 2078.

²⁴ De allí que Lacan precise que todos los afectos están a la deriva, menos la angustia, que hace excepción. Ella no fluctúa al ritmo de los significantes sino del objeto. La angustia, índice más seguro que el significativo. Jacques Lacan, *El seminario, Libro 10, La angustia*, Paidós, Buenos Aires 2006.

²⁵ Jacques-Alain Miller, “A propos des affects dans l’expérience analytique”, en *Actes de la École de la Cause Freudienne*, vol. X, École de la Cause Freudienne, Paris 1986.

²⁶ Sigmund Freud, “La angustia”, en *Leciones introductorias al psicoanálisis*, en *Obras completas, op. cit.*, t. II, p. 2369.

27 Jacques Lacan, *Psicoanálisis: radio-fonía y televisión*, Anagrama, Buenos Aires 1989, p. 109.

28 *Ibid.*, ps. 106-107.

29 *Ibid.*, p. 104. Por *alma*, Lacan alude a aquello que hace la identidad del ser de comienzo a fin, siguiendo a Aristóteles, quien define al individuo a partir del cuerpo: no *tenemos* cuerpo sino que *somos* cuerpo. El ser es la sustancia. *Alma*, entonces, como forma del cuerpo, pero no «forma» como la figura externa del cuerpo sino el principio vital que nos hace existir. *De anima*, de Aristóteles, es un tratado sobre la vida psíquica: ¿qué es lo que anima al cuerpo? El alma es para el cuerpo causa y principio. Cf. Jacques Lacan, *El seminario, Libro 20, Aún*, Paidós, Buenos Aires 1981.

A partir de Lacan, el psicoanálisis aborda la realidad del cuerpo desde otra arista que la del dualismo cuerpo-alma. Su hipótesis se inserta en el punto donde Aristóteles no logra hacer la articulación del pensamiento con el alma, ya que el hombre, dice Lacan, no piensa con su alma sino y a causa del lenguaje. Pero también, su hipótesis se inserta en el nivel de la <realidad sexual>, la realidad de la reproducción que en la mayoría de las especies pasa por la división sexual. En suma, el eje del abordaje lacaniano del cuerpo implica el campo del Otro y el sexo. Cf. Colette Soler, *L'en-cors du sujet*, seminario en el Colegio Clínico de París (2001-2002), coordinación de la edición: Olivia Dauverchain, París 2003. Cf. Colette Soler, *Ensamblajes del cuerpo*, Asociación Foro del Campo Lacaniano de Medellín, Medellín 2006.

vida, como lo pretende la neurobiología al reducir los afectos al registro del organismo viviente; reducción que excluye al sujeto así como a la ética implicada en ellos y de larga data examinada. La cuestión del sujeto y su goce queda excluida en el abordaje neuroquímico de los afectos.

Por su parte, el DSM-IV-TR incluye en su sección “Trastornos del estado de ánimo”, los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. ¿Pero, qué es el humor? Del latín *humor*, -*óris*, sustancia fluida del cuerpo organizado, sangre, bilis... y en sentido figurado, descomposición del carácter. Es indudable que en el afecto se trata del cuerpo, que él viene del cuerpo, pero no del cuerpo como organismo viviente, sino del cuerpo en tanto afectado por el lenguaje, por la estructura, como dice Lacan: cuerpo de un sujeto que habla, del ser-hablante [*parlêtre*] y por ende, cuerpo desnaturalizado, moldeado, recortado, vaciado de su goce... cuerpo *Otrificado* [*Autrifié*], según la expresión de Lacan que incluye al Otro e indica el corte con el viviente en el ser-hablante²⁷.

Lacan reordenará la teoría de los afectos, en psicoanálisis, a partir de una tradición anterior y en el límite del discurso de la ciencia, esto es, a partir de la teología y la filosofía particularmente con Platón, Aristóteles, san Agustín, santo Tomás, Spinoza, Dante, cuyas formulaciones leerá, tomará y evaluará con sus propios hallazgos y los de Freud:

Reconsiderar el afecto a partir de mis decires, reconduce en todo caso a lo que se dijo de seguro.

La simple resección de las pasiones del alma, como santo Tomás nombra más pertinentemente esos afectos, la resección desde Platón de esas pasiones según el cuerpo: cabeza, corazón, véase cómo dice *ἐπιθυμία* o sobre corazón ¿no es el testimonio ya de que lo que es inevitable para su abordaje, pasar por el cuerpo, que yo digo no estar afectado más que por la estructura?

Indicaré por qué cabo se podría dar continuación seria, a entender por serial, a lo que en ese afecto prevalece del inconsciente²⁸.

A propósito de la vieja polémica sobre el orden en que se encontrarían la percepción, la conciencia subjetiva del sentimiento y los cambios fisiológicos centrales o periféricos, la cuestión para el psicoanálisis, dirá Lacan, consiste en descifrar cómo el cuerpo resulta afectado por el inconsciente, qué del inconsciente prevalece en el afecto: “¿Un afecto, concierne al cuerpo. Una descarga de adrenalina, es del cuerpo o no? Que desordene las funciones, es verdad. ¿Pero en qué ello viene del alma? Es del pensamiento que descarga”²⁹.

¿Qué son los afectos para santo Tomás? Pasiones del alma, dice retomando a Aristóteles –quien se ocupa de los afectos en su *Retórica*, asunto de la palabra persuasiva– y el problema ético que ellas representan³⁰. En santo Tomás, el término pasión tiene fundamentalmente un sentido metafísico, menos psicológico y para nada fisiológico; apunta al sujeto, no en tanto individuo, sino en cuanto es lo que es. No refiere, por ende, al yo sino a eso que también Lacan denomina el sujeto que, según Santo Tomás, actúa a partir de lo que lo causa. San Agustín plantea además que “somos cosas que usan y gozan”³¹.

Santo Tomás, es la referencia mayor de Lacan en cuestión de afectos³². En el seminario *La Angustia*, cuando Lacan expone las diferentes concepciones del afecto, introduce a Tomás de Aquino, quien, bajo el vocablo de los apetitos, reseña once tipos de pasiones del alma: seis clasificados por pares como concupiscibles, cuyo objeto es el del deseo: amor/odio, deseo/aversión, alegría/tristeza; y cinco irascibles, cuyo objeto es el de la necesidad: esperanza/desesperanza, audacia/temor, y la cólera, que no tiene contrario.

Lacan encuentra en santo Tomás puntos afines en el terreno de la ética –especialmente a propósito de la tristeza como afecto crítico en toda operación ética–, como sobre el modo de concebir al sujeto, su reflexión sobre el goce y el saber, sus relaciones con el campo del Otro, el lugar de las pasiones y su articulación con el saber. Aunque Lacan criticará, en un punto, la teoría tomista de los afectos: el estar suspendida al Soberano Bien, suspensión que hace coincidir al objeto del deseo con el objeto causa. Lacan hace ver que ambos objetos en Tomás de Aquino tienen el mismo origen que éste identifica como lo Verdadero y lo Uno: *Unum, Verum et Bonum*. Esto resulta de la articulación que santo Tomás establece entre el dios de los filósofos y el dios de Abraham. Para Lacan, dicha articulación produce dos efectos: uno relacionado con el estatuto del Otro (A y A tachada) y otro referido al Otro y el goce (A y a). Si santo Tomás dice que cada vez que uno desea el bien, es el bien lo que se desea, Lacan, contando con lo que enseña la clínica psicoanalítica, hace saber que desear A mayúscula, no es sino desear pequeño (a)³³; por ello, contra el teólogo que es santo Tomás, hace intervenir a Dante, el poeta, capturado por la mirada y el parpadeo de Beatriz: “Una mirada, la de Beatriz, o sea menos que nada, un parpadeo y el desperdicio que de eso resulta: y he ahí surgido al Otro que sólo debemos identificar al goce de ella, aquella que él, Dante, no quiere satisfacer, puesto que de ella no puede tener más que esa mirada, que ese objeto, pero de la que nos enuncia que Dios la colma; es aun de la boca de ella que él nos provoca a recibir la promesa”³⁴.

Con estas referencias exteriores al psicoanálisis, Lacan hará de la tristeza, en psicoanálisis, una falta: “Se califica por ejemplo a la tristeza de depresión, cuando se



30 Lo mejor que hay sobre las pasiones en Aristóteles está condensado en su *Retórica*, indica Lacan en el seminario *La angustia*, op. cit., p. 23.

31 Antonio Di Ciaccia, “De passionibus animae”, en *Actes de la École de la Cause Freudienne*, No. X, *Les affects et l'angoisse*, École de la Cause Freudienne, Paris 1986, p. 64.

32 Cf. *Psicoanálisis: radiofonía y televisión*, como en el seminario *La angustia*.

33 Cf. Mario Binasco, “La tristesse: Saint-Thomas, Dante et Lacan”, en *La lettre mensuelle*, No. 158, *Il rifiuto e la depressione*, École de la Cause Freudienne, Paris abril de 1997. Cf. A. Di Ciaccia, op. cit.

34 Jacques Lacan, *Psicoanálisis: radiofonía y televisión*, op. cit., p. 108.

le da el alma por soporte, o la tensión psicológica del filósofo Pierre Janet. Pero no es un estado del alma, es simplemente una cobardía moral, como se expresaba Dante, incluso Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral que no cae en última instancia más que del pensamiento, o sea, del saber de bien o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura³⁵.

Dante y Spinoza implican al sujeto –como sujeto de la decisión– en la emoción. Con Dante, Lacan ausculta la tradición teológica que hace de la tristeza un pecado, y con Spinoza la examina desde una dimensión laica: falta contra la razón y no contra la fe³⁶. El pecado más grande es la tristeza, anuncia Dante en un conocido pasaje de los cantos del Infierno. Por su parte, Spinoza –en escolio de la proposición IV del libro V de la *Ética*– indica que el mejor remedio para los afectos consiste en hacer intervenir, en el desarrollo de la vida afectiva, los procesos del conocimiento racional; adquiriendo un conocimiento verdadero de los afectos, se los arranca de su carácter ocasional francamente pasional. El afecto o pasión es para Spinoza, una idea confusa y la ética un proceso de cura. La idea adecuada procura una alegría sin resto; quien se interese por ello y piense bien, no puede estar triste³⁷. La afinidad entre tristeza, odio y saber, entonces, es un tema clásico.

Dante aproxima la tristeza [*tristitia*] a la *acedia* –que la tradición medieval distinguía como melancolía de los monjes– y a la cólera: “Díjome el buen maestro [Virgilio] -Hijo, contempla las almas de los que han sido dominados por la ira. Quiero además que sepas que bajo esta agua hay una raza condenada que suspira y la hace hervir en la superficie, como te lo indican tus miradas en cuantos sitios se fijan. Metidos en el lodo dicen: «estuvimos siempre tristes bajo aquel aire dulce que alegra el sol. Llevando en nuestro interior una tétrica humareda; ahora nos entristecemos también en medio de este negro cieno»³⁸. Spinoza acerca la tristeza al odio: “El odio no es otra cosa que una tristeza acompañada de la idea de una causa exterior”³⁹. Freud, en *Duelo y melancolía*, considera que las auto-acusaciones del melancólico, se dirigen más bien a otros; que el odio se une muchas veces a la tristeza, aspecto que también destaca Descartes en *Las pasiones del alma*.

Así, a partir de la falta como pecado contra Dios en la tradición teológica, y contra la razón en Spinoza, Lacan hace de la falta en el psicoanálisis una falta contra el pensamiento, en el sentido en que se dice que un pensamiento ha sido rechazado⁴⁰. En los tres casos se trata de una falta y de su connotación ética, de la relación del sujeto con sus modos de satisfacción, con su goce.

Lacan aborda la tristeza a partir de Spinoza, quien indica que como afectación del alma la tristeza proviene de aquello que disminuye la potencia de actuar del cuerpo, y reposa sobre ideas inadecuadas y confusas.

³⁵ Jacques Lacan, *ibid.*, p. 106.

³⁶ Colette Soler, “La manía, pecado mortal”, en *Confluencias*, vol. IV, No. 3, Barcelona 1991.

³⁷ Darío Morales, “La tristitia, obstáculo a la béatitud”, en *Revue de la École de la Cause Freudienne*, No. 35, *Silhouettes du déprimé*, Paris 1997.

³⁸ Dante Alighieri, *La divina comedia* (Infierno, canto séptimo), Editorial Sol 90, Bogotá, p. 33.

³⁹ Spinoza, *L'éthique*, libro III, “De l'origine et de la nature des affects”, PUF, Paris 1990.

⁴⁰ Markos Zafirouopoulos, *op. cit.*

Spinoza hace de la beatitud un remedio contra la tristeza: la beatitud es virtud esclarecida por la potencia de la razón, y la tristeza un obstáculo. Contando con lo que enseña la clínica psicoanalítica, Lacan no opondrá la tristeza a la beatitud ni a la alegría, sino al saber alegre –entusiasmo, gaya ciencia, dice Nietzsche–, haciendo de éste el afecto propio de la ética del bien-decir. En psicoanálisis, la tristeza es impotencia y el saber alegre, imposible de saber⁴¹. Lacan apostará porque el tratamiento de los afectos en psicoanálisis –y particularmente ese de donde ha de resultar un analista–, produzca el saber alegre: “Lo opuesto de la tristeza, el gay saber, el cual es una virtud. Una virtud no absuelve a nadie del pecado original, como todos saben”⁴². Precisar cuál es el afecto propio del saber es una cuestión clásica en filosofía, y al respecto, una de las elaboraciones realizadas indica que el afecto propio de quien detenta el saber es la beatitud. Pero la beatitud implica un estado del alma en el que el sujeto no carece de nada –el sujeto estaría en acuerdo total con su goce–, y es fundamentalmente durable, mientras que el *saber alegre* que depende de los acontecimientos, y es subversión del pecado, es al mismo tiempo retorno al mismo; confrontación con el real de los afectos⁴³.

Por ética del bien-decir, Lacan se refiere al hecho de que en la práctica psicoanalítica no se trata de desplegar la palabra por desplegarla –desahogarse–, sino de ponerla en resonancia con el goce del sujeto que habla. Se trata de apostar por hacer de la depresión –de la que tan frecuentemente se quejan quienes actualmente van a ver a un profesional *psi.*– un síntoma en el sentido analítico, que no es sólo el malestar experimentado por alguien, o el conjunto de fenómenos que el profesional ubica en un trastorno –depresión mayor, bipolar, no específica...– sino que por excelencia remite a lo más particular del ser. El analista acoge el “estoy deprimido, sufro de depresión” y apuesta por la apertura y consolidación de un espacio –el dispositivo analítico– donde quien se dice deprimido, a partir de lo que agencia el discurso médico, el discurso común, los medios de comunicación, en suma, la época, se interroge por la dimensión subjetiva implicada en su malestar y produzca un saber sobre el deseo y el goce que lo habita. El psicoanalista invita a quien viene a verlo, a pasar de la depresión al decir, a producir los significantes que acompañan su afectación. La ética del bien-decir consistente en tratar lo que no se puede decir en el saber, en convocar al coraje de la verdad frente a la cobardía moral que es renuncia al deseo de saber sobre cómo el inconsciente determina al sujeto⁴⁴.

Con Freud y Lacan, el psicoanálisis toma el afecto por las palabras y no por lo que se experimenta, que conduce a la emoción⁴⁵. El inconsciente, en tanto se descifra, no es del orden de lo que se siente, sino de lo que se articula en palabras. El saber, como conjunto de significantes que tienen eficacia, y que no representan al sujeto.

41 Jacques-Alain Miller, “A propos des affects dans l’expérience analytique”, *op. cit.*

42 Jacques Lacan, *Psicoanálisis: radiofonía y televisión*, *op. cit.*, p. 107.

Del saber adquirido en la experiencia analítica –y sin el cual no hay analista– se espera la inmunidad contra los afectos desplegados por el analizante. Ella permite al analista escuchar a los pacientes sin sucumbir al contagio de sus afectos: vergüenza, culpabilidad, angustia, amor, odio... Cf. Colette Soler, “Afecto y saber”, en *Finales de análisis*, Manantial, Buenos Aires 1988. Cf. Colette Soler, “La angustia de transferencia y otras angustias”, en *Revista de Psicoanálisis. Debates actuales en psicoanálisis: El objeto en la clínica*, Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), vol. 58, No. 4, Buenos Aires oct./dic. 2001.

43 Darío Morales, *op. cit.*

44 Colette Soler, “Afecto y saber”, *op. cit.*

45 El afecto es más que emoción, indica Lacan en su primera lección del seminario *La angustia*, si se tiene en cuenta que etimológicamente emoción refiere al movimiento que hace salir de un estado en que se estaba. Jacques Lacan, *El seminario, Libro 10, La angustia*, *op. cit.*, p. 23.

El inconsciente como saber afecta al cuerpo; el significante toca la sustancia gozante, indica Lacan. ¿Qué afecta al sujeto? Las palabras: los pensamientos, las ensoñaciones, las palabras de amor, las injurias, los insultos... provocan risa, llanto, enojo, ternura, miedo, culpa... y hasta inducen el goce orgásmico... Y, ¿qué es lo que estas palabras afectan? El cuerpo cuyo goce, como ya lo dijimos, está afectado de pérdida de goce por el saber que la lengua moviliza, esto es, por haber sido incorporado al inconsciente como saber. El afecto como el goce supone al cuerpo⁴⁶. Afecto propio al ser-hablante, al ser humano que no se hace sino con palabras, mientras la emoción es propia del ser vivo en cuyo organismo tiene lugar cierta conmoción: inervaciones y descargas, sensaciones de placer, displacer... perspectiva en la que se funda esa suerte de química de las emociones que anuncia, por ejemplo, que ese afecto que es el amor no se lo aloja en el corazón, sino en el cerebro: pupilas dilatadas, sudoración, incremento de la temperatura corporal y del ritmo cardíaco, son algunos de los cambios que experimenta el organismo de un individuo cuando ve a otro que le resulta atractivo. El amor es así un sentimiento relacionado con sustancias como las feromonas, la feniletilamina (FEA), la oxitocina, la vasopresina, las endorfinas. Las feromonas llegan al cerebro por la vía del olfato, y en algunos animales sirven para atraer al macho aun a kilómetros de distancia, o, en insectos como las abejas, aseguran a la abeja reina su rango en el panal, al impedir la maduración sexual de las otras abejas. A las endorfinas se le atribuye la sensación de placer. Indican algunas investigaciones al respecto que la manera, a veces irracional, en que se comportan los enamorados obsesionados por sus parejas, llevó a algunos científicos a compararlos con personas que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y a establecer semejanzas bioquímicas cerebrales –bajos niveles de serotonina– entre ambos grupos⁴⁷.

La tristeza, entonces, es una falta moral que toma un matiz propio en el marco de las estructuras clínicas: cierre del inconsciente en los estados de ánimo de la neurosis, rechazo del inconsciente en la psicosis melancólica.

Para terminar, no podemos dejar de enunciar que si la depresión, vista desde la óptica de la tristeza, es un afecto, desde la perspectiva de la inhibición está enlazada al deseo, a las dificultades del neurótico con el deseo que se ponen de manifiesto en el campo del acto: el neurótico se caracteriza por padecer de no saber lo que quiere, de no atreverse a eso que desea, enferma cuando debe decidir, incluso no puede impedirle obrar con el encuentro de su propio deseo⁴⁸.

La depresión, tal y como se la conoce en la actualidad, no es sólo cuestión de tristeza, involucra la inhibición que, como el síntoma y la angustia, remite a este ámbito donde el sujeto es llamado a elegir y asumir la pérdida que implica toda elección. Sólo hay depresión donde se trata de elección, incluso imperativa. Donde no se trata del

⁴⁶ Colette Soler, "Afecto y saber", *op. cit.* Cf. Colette Soler, *Los ensamblajes del cuerpo*, *op. cit.*

⁴⁷ "El amor, juego de hormonas", en revista *Cambio*, N° 556, Bogotá, 23 de febrero a 1 de marzo de 2004.

⁴⁸ Christian Demoulin, *¿El psicoanálisis, terapéutico?*, Editorial No Todo, Medellín 2003.

deseo sino del puro impedimento, el aplazamiento, la procrastinación de la realización o de la decisión no se manifiesta.

La depresión toca el corazón del interés y de la acción, del ánimo⁴⁹, y el sujeto despliega las inhibiciones de la voluntad en términos de apatía, aburrimiento, pérdida de interés, de capacidad, de rumbo... El sujeto habla de depresión cuando la tristeza pasó al acto de inhibir la dinámica de la voluntad⁵⁰.

Dice Freud que la depresión implica inhibición, y define a esta última como la expresión de una “restricción funcional del yo”:

Las inhibiciones más generales obedecen a otro mecanismo, simple. Si el yo es requerido por una tarea psíquica particularmente gravosa, verbigracia un duelo, una enorme sofocación de afectos o la necesidad de sofrenar fantasías sexuales que afloran de continuo se empobrece en su energía disponible, que se ve obligado a limitar su gasto de manera simultánea en muchos sitios, como un especulador que tuviera inmovilizado su dinero en sus empresas. [...] Debe tomar aquí su punto inicial un camino que habrá de conducirnos a la comprensión de la inhibición general característica de los estados de depresión, y sobre todo de la melancolía, el más grave de tales estados⁵¹.

A partir de Freud, la depresión es ahorro de libido mientras que el deseo implica su gasto. Una limitación en el funcionamiento del yo, sin que esto constituya un síntoma en el sentido analítico. Se puede sustituir el término inhibición por el de depresión en la trilogía freudiana inhibición, síntoma y angustia: depresión-síntoma-angustia.

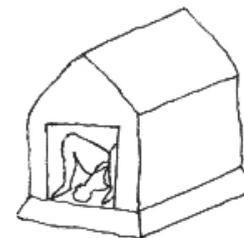
Si la depresión es suspensión de la función de la causa, en la experiencia analítica se trata de buscar la causa de este descenso de libido que deja al sujeto no solamente triste sino sin recursos para alcanzar sus fines⁵². El acto analítico apunta a que el sujeto que dice estar deprimido haga suya la pregunta por lo que causa su depresión, convierta dicha pregunta en un síntoma en el sentido analítico al conectarla al inconsciente como causa⁵³.

REFERENCIAS

ALIGHIERI, DANTE, *La divina comedia*, Editorial Sol 90, Bogotá 2000.

BINASCO, MARIO, “La tristesse: Saint-Thomas, Dante et Lacan”, en *La lettre mensuelle*, No. 158, *Il rifiuto e la depressione*, École de la Cause Freudienne, Paris abril de 1997.

BRIOLE, GUY, “Acto del psiquiatra, acto del psicoanalista: ¿Antinomia o complementariedad?”, en *Cuadernos de Psicoanálisis, Revista del Instituto del Círculo Freudiano en España*, No. 11, Editorial Eolia, Barcelona 1994.



⁴⁹ *Ánimo*: del latín *ánimus* y éste del gr. *ἄνεμος*, soplo. Alma o espíritu en cuanto es principio de la actividad humana / valor, esfuerzo, energía / intención, voluntad.

⁵⁰ Colette Soler, “Aflicción femenina”, en *Lo que decía Lacan de las mujeres*, Editorial No Todo, Medellín 2004.

⁵¹ Sigmund Freud, *Inhibición, síntoma y angustia*, en *Obras completas*, t. III, *op. cit.*, p. 2835.

⁵² Colette Soler, “Aflicción femenina”, *op. cit.*

⁵³ Luis Izcovich, *La depresión en la modernidad*, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín 2005.

- DEMOULIN, CHRISTIAN, *¿El psicoanálisis, terapéutico?*, Editorial No Todo, Medellín 2003.
- DI CIACCIA, ANTONIO, “De passionibus animae”, en *Actes de l'École de la Cause Freudienne*, No. X, *Les affects et l'angoisse*, École de la Cause Freudienne, Paris 1986.
- EDELMAN, GERALD, *Biologie de la conscience*, Éditions Odile Jacob, Paris 1992.
- FREEDMAN Y KAPLAN, *Tratado de psiquiatría*, Salvat Editores, Barcelona 1978.
- FREUD, SIGMUND, “Lo inconsciente”, en *Obras completas*, t. II, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
- FREUD, SIGMUND, “La angustia”, en *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, en *Obras completas*, t. II, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
- FREUD, SIGMUND, *Inhibición, síntoma y angustia*, en *Obras completas*, t. III, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
- GÓMEZ, GLORIA, “De la neurobiología de la ansiedad a la angustia como afectación del cuerpo en su goce, en revista *Informes psicológicos*”, No. 9, Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín 2007.
- HEIDEGGER, MARTIN, *Ser y tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México 1971.
- “Informe especial: Depresión”, en revista *Cambio*, nº 1111, 18 al 25 de agosto de 2003.
- IZCOVICH, LUIS, *La depresión en la modernidad*, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín 2005.
- LACAN, JACQUES, *El seminario, Libro 10, La angustia*, Paidós, Buenos Aires 2006.
- LACAN, JACQUES, *Psicoanálisis: radiofonía y televisión*, Anagrama, Buenos Aires 1989.
- LACAN, JACQUES, “Psicoanálisis y medicina”, en *Intervenciones y textos*, No. 1, Manantial, Buenos Aires 1985.
- LACAN, JACQUES, *El seminario, Libro 20, Aún*, Paidós, Buenos Aires 1981.
- LALANDE, ANDRÉ, *Diccionario técnico y crítico de filosofía*, Quadriga/PUF, París 1988.
- LÓPEZ PIÑERO, JOSÉ MARÍA, *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Alianza Editorial, Madrid 1985.
- MILLER, JACQUES-ALAIN, “A propos des affects dans l'expérience analytique”, en *Actes de la École de la Cause Freudienne*, vol. X, École de la Cause Freudienne, Paris 1986.
- MORALES, DARÍO, “La tristitia, obstacle à la béatitude”, en *Revue de la École de la Cause Freudienne*, No. 35, *Silhouettes du déprimé*, Paris 1997.
- NOMINÉ, BERNARD, “¿Hay que temerle a las neurociencias?”, en *Heteridad, Revista de Psicoanálisis de la Internacional de los Foros del Campo Lacaniano*, No. 2, Foro del Campo Lacaniano de Medellín, Medellín 2003.
- Periódico *La Nación*, España 02.08.2006, disponible en rtv.es.
- ROUDINESCO, ELIZABETH, *¿Por qué el psicoanálisis?*, Paidós, Buenos Aires 2000.
- SIMON, PIERRE, *La querelle des diagnostiques*, Navarin Éditeur - Collection Cliniques, Paris 1986.
- SOLER, COLETTE, *Ensamblajes del cuerpo*, Asociación Foro del Campo Lacaniano de Medellín, Medellín 2006.
- SOLER, COLETTE, *L'en-corps du sujet*, seminario en el Colegio Clínico de París (2001-2002), coordinación de la edición: Olivia Dauverchain, París 2003.
- SOLER, COLETTE, “La manía, pecado mortal”, en *Confluencias*, vol. IV, No. 3, Barcelona 1991.
- SOLER, COLETTE, “La angustia de transferencia y otras angustias”, en *Revista de Psicoanálisis. Debates actuales en psicoanálisis: El objeto en la clínica*, Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), vol. 58, No. 4, Buenos Aires oct./dic. 2001.
- SOLER, COLETTE, “Aflicción femenina”, en *Lo que decía Lacan de las mujeres*, Editorial No Todo, Medellín 2004.
- SPINOZA, *L'éthique*, libro III, “De l'origine et de la nature des affects”, PUF, Paris 1990.
- “El amor, juego de hormonas”, revista *Cambio*, Nº 556, Bogotá, 23 de febrero a 1 de marzo de 2004.
- ZAFIROPOULOS, MARKOS, *Tristesse dans la modernité*, Anthropos, Paris 1996.