



CARRERA DE
PSICOLOGÍA

Resistencias al tratamiento psíquico: el caso del trastorno depresivo mayor y el enfoque psicoanalítico

Autor: Maximiliano Peñafiel

Profesor guía: Gustavo Bustos

Artículo para optar al grado de Licenciada en Psicología y al título de Psicóloga.

Santiago, noviembre de 2024

Resistencias al tratamiento psíquico: el caso del trastorno depresivo mayor y el enfoque psicoanalítico

Resistance to psychic treatment: the case of major depressive disorder and the psychoanalytic approach

Maximiliano Peñafiel.

Seminario de grado II, Psicología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.

Resumen: Esta investigación cualitativa exploró las resistencias al tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) desde la perspectiva de psicólogos con enfoque psicoanalítico en la región metropolitana. A través de entrevistas, se identificaron manifestaciones de resistencias, como deserción y represión, y se destacó la importancia de la transferencia en el abordaje terapéutico. Aunque el enfoque inicial fue el TDM, se señaló la dificultad en identificar la Depresión Resistente al Tratamiento (DRT). Los resultados subrayan la necesidad de adaptabilidad en la práctica clínica, integrando estrategias psicoanalíticas y multidisciplinarias. La investigación destaca la falta de familiaridad con la DRT entre los profesionales y resalta la importancia de una comprensión individualizada en el tratamiento de la depresión. En conclusión, se enfatiza la constante evolución y refinamiento en la terapia para abordar los desafíos que presenta la salud mental, reconociendo la importancia de la adaptabilidad y la integración de enfoques teóricos en la práctica clínica.

Palabras clave: resistencias al tratamiento, depresión, enfoque psicoanalítico,

Resume: This qualitative research explored resistances to treatment in Major Depressive Disorder (MDD) from the perspective of psychoanalytic psychologists in the metropolitan region. Through interviews, resistance manifestations such as dropout and repression were identified, emphasizing the importance of transference in therapeutic approaches. While the initial focus was on MDD, the difficulty in identifying Treatment-Resistant Depression (TRD) was noted. The results underscore the need for adaptability in clinical practice, integrating psychoanalytic and multidisciplinary strategies. The research highlights professionals' unfamiliarity with TRD and underscores the importance of an individualized understanding in depression treatment. In conclusion, the study emphasizes the ongoing evolution and refinement of therapy to address mental health challenges, recognizing the significance of adaptability and integrating theoretical approaches in clinical practice.

Keywords: resistance to treatment, depression, psychoanalytic approach,

Contacto: M. Peñafiel, UAHC, Santiago, Chile. Correo: Maximiliano.penafiel@uacademia.cl

Como citar: Peñafiel, M. (2023) Resistencias al tratamiento psíquico: el caso del trastorno depresivo mayor y el enfoque psicoanalítico

Resistencias al tratamiento psíquico: TDM y el enfoque psicoanalítico.

Peñafiel-Saldias, Maximiliano A.

Introducción

La depresión es uno de los trastornos más graves y prevalentes en términos de enfermedad invalidante en personas adultas. Afecta alrededor del 6,2% de la población chilena según la encuesta más reciente al respecto (ENS 2016-2017) y, por consecuencia de la pandemia de COVID-19, se diagnosticaron 241.000 nuevos casos de depresión en Chile (Celis-Morales & Nazar, 2022). Sin embargo, la palabra depresión se ha convertido en una forma generalizada de expresar cualquier tipo de malestar subjetivo. La misma palabra puede referirse a varios estados anímicos o emocionales, con distintas causas y orígenes. Puede ser un diagnóstico psiquiátrico en base a criterios propios de los manuales DMS-CIE, como puede ser una reacción al duelo ante una pérdida, o una consecuencia de una visión pesimista de la vida (personalidad depresiva) (Pallás, 2023).

Por lo tanto, es importante comprender que existen varios trastornos depresivos, entre los cuales podemos encontrar diagnósticos como: trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno de depresión mayor o TDM (que incluye el episodio depresivo mayor), entre otros. (Toshi, & Eileen, 2022)

Los síntomas de los criterios diagnósticos del TDM deberían manifestarse a diario para considerarlos signos de un cuadro clínico, exceptuando el cambio de peso y la ideación suicida, debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día. Síntomas como el insomnio y la fatiga suelen ser constantes. El rasgo principal del TDM es un periodo de tiempo de por lo menos dos semanas en el cual existe este ánimo depresivo o pérdida del interés. Además, el paciente debiera experimentar al menos cuatro síntomas adicionales de una lista. Por lo tanto y de acuerdo con la severidad del cuadro, se clasifica el TDM utilizando la escala de clasificación de Hamilton para depresión (HDRS) que la clasifica en torno a un puntaje del 0 al 51 ayudando a valorar la severidad del cuadro depresivo en una de tres categorías: leve, moderado y severo. (Toshi & Eileen, 2022)

De acuerdo con estas tres categorías el TDM leve presenta una sintomatología depresiva que solo genera pequeñas alteraciones en la funcionalidad o actividades

sociales o en las relaciones interpersonales (HDRS 12-19). El TDM moderado es cuando los síntomas generan una alteración en la funcionalidad de las actividades sociales o relaciones interpersonales, pero no llega a ser severo (HDRS 20-27). Por último, el TDM severo se caracteriza cuando la sintomatología depresiva genera una alteración importante en la funcionalidad de la vida cotidiana y/o el paciente manifiesta ideación suicida o síntomas psicóticos. (Toshi & Eileen 2022)

En trastornos depresivos leves y moderados sin cronicidad, no se ha demostrado superioridad en cuanto a la eficacia entre la farmacoterapia y la psicoterapia. Sin embargo, se debe considerar aplicar terapia mixta en pacientes con episodios severos, Crónicos, con comorbilidades y en aquellos en los que la monoterapia no tenga éxito. (Toshi & Eileen 2022. p.82)

De este modo, categorizar los tipos de TDM y contar con una guía que permita identificar la severidad del trastorno es importante para planificar de la mejor manera el tratamiento, sin embargo, dada la subjetividad de las personas y sus diferencias bioquímicas, muchas veces los tratamientos terminan siendo “prueba y error”, lo que afecta negativamente a la adherencia de estos.

Por otro lado, en el tratamiento farmacológico es importante la duración, ya que, el paciente puede tardarse unas tres o cuatro semanas para presentar una mejoría clínica, por lo que uno de los principales problemas que se presentan en los tratamientos farmacológicos son las dosis insuficientes y durante periodos muy cortos para surtir efecto. La duración del tratamiento puede variar, dependiendo de la severidad del caso, desde 8 a 12 meses en casos de remisión en un primer episodio, hasta de manera indefinida si el estado depresivo dura más de un año y en casos de dos o más episodios durante los últimos cinco años. Las dosis se deben ir probando y una vez se logre la “dosis de remisión”, esta se debe mantener durante todo el tratamiento. (Toshi & Eileen, 2022)

Si bien el tratamiento farmacológico es una preocupación de la psiquiatría, no está demás diferenciar entre los tipos de fármacos que existen, de esta manera nos encontramos con los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), los

tricíclicos, los moduladores de la serotonina y el bupropion. Hay que tener en cuenta que, si bien algunos de estos presentan mejor tolerabilidad y menos efectos colaterales, todos conllevan algún tipo de contraindicación, ya sea somnolencia hasta incluso peligro de sobredosis. (Toshi, & Eileen, 2022)

Por lo tanto y para hablar de las resistencias y abordajes del tratamiento de TDM es necesario considerar la dinámica de los fármacos y como interactúan con el paciente a la par que la psicoterapia, ya que estos forman parte integral de gran parte de los tratamientos de este padecimiento y juegan un papel crucial a la hora de entender la mantención y remisión de los pacientes, ya sea por la necesidad de estos o la interferencia que puedan generar tanto el fármaco en sí, como su consumo no regulado.

Ahora bien, al hablar de resistencias al tratamiento en un principio se habla de la resistencia al tratamiento farmacológico, siendo este tratamiento el que presenta una mayor cantidad de casos de resistencia, pero podemos ver como el concepto puede utilizarse de igual manera para hablar de los casos de tratamiento terapéutico psicológico, donde las resistencias pueden manifestarse de diferentes maneras y pueden ser entendidas y abordadas por los profesionales que acompañan el proceso, de esta manera se intentara comprender el abordaje de las resistencias al tratamiento en casos de TDM desde la visión de psicólogos de enfoque psicoanalítico.

Es importante señalar que las resistencias inconscientes no son simplemente una forma de resistencia al cambio, sino que pueden tener una causalidad psíquica. En muchos casos, la depresión mayor y las resistencias inconscientes pueden estar relacionadas con patrones emocionales y psicológicos arraigados que se originaron en la infancia o en experiencias traumáticas. El psicoanálisis busca abordar estos patrones emocionales y psicológicos subyacentes para ayudar al paciente a alcanzar una comprensión más profunda de sí mismo y, en última instancia, encontrar la cura para su depresión mayor.

Por lo tanto, el psicoanálisis se centra en la exploración de las resistencias inconscientes y la identificación de patrones emocionales y psicológicos subyacentes. A través del proceso terapéutico, el psicoanálisis trabaja con el paciente para superar estas resistencias y alcanzar una comprensión más profunda de sí mismo. (Viñoly, A. 2002)

Entonces cabe preguntarse ¿Cuáles son las formas contemporáneas de resistencia que se presentan en los casos de TDM? Podemos ver como de manera subconsciente se pueden adoptar actitudes o líneas de pensamiento que encierren al paciente en el estado depresivo ¿Qué papel puede jugar el inconsciente en un paciente que no responde al tratamiento?

Respecto del superyó, el goce retorna inesperadamente en la depresión, después del sacrificio de goce impuesto por el superyó y aceptado por el yo. Al sujeto, en la tristeza, le falta el bien-decir, aquel decir tal que le permita reconocerse en su inconsciente, en la estructura: reconocer que allí donde se renuncia al goce, se es alcanzado de todos modos por un goce más allá del bienestar, como es el goce de la inhibición, de la tristeza, de la depresión. Es el goce que Freud llamó “ganancia de la enfermedad”, su beneficio de goce, o la ubicación masoquista en el fantasma, con satisfacción pulsional. (Bertholet, 2012 p.90)

Por lo tanto, en el caso de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han respondido al tratamiento, el psicoanálisis busca identificar y trabajar con las resistencias inconscientes que están impidiendo que el paciente progrese. Estas resistencias pueden ser manifestaciones del deseo del paciente de evitar experimentar emociones dolorosas o enfrentar verdades incómodas, o pueden estar relacionadas con patrones de pensamiento y comportamiento arraigados que están interfiriendo con su capacidad para aceptar y manejar sus sentimientos.

El psicoanálisis busca abordar estas resistencias inconscientes a través del proceso terapéutico, que implica una exploración detallada de los pensamientos, emociones y comportamientos del paciente, así como el análisis de los sueños y asociaciones libres. La idea es que, al proporcionar un ambiente terapéutico seguro y empático, el paciente se sienta cómodo para explorar y procesar sus pensamientos y emociones subconscientes, lo que permite identificar y trabajar con las resistencias. “El psicoanálisis reivindica la verdad de lo inconsciente y se referirá a éste, a su poder de subversión y a las angustias y defensas que el mismo suscita.” (Viñoly, 2002. p.3)

De esta forma, se plantea explorar la manera en que el enfoque psicoanalítico puede ser una herramienta de apoyo a la hora de tratar el TDM desde el inconsciente y entender cómo se significan las manifestaciones de las resistencias contemporáneas desde el punto de vista profesional. Si bien, este enfoque no cuenta con apoyo empírico de resultados positivos para tratamientos de depresión, si se puede ahondar en la utilización de técnicas y teorías psicoanalíticas para entender y buscar la cura de estos pacientes.

Por lo tanto, se entiende que las técnicas psicoanalíticas permiten que aquello que afecta a un sujeto pase a la palabra, no a la demostración ni al acto. Para el psicoanálisis en los casos de la depresión, se encuentran presentes dos signos en el momento depresivo; la tristeza y la inhibición. Esta última se entiende como una renuncia a cierta función, ya que esta causaría la angustia. Esta renuncia lleva a una limitación funcional del yo. (Bertholet, 2012)

De este modo, la depresión no sería síntoma, sino que el efecto de una traición del sujeto a sí mismo, de un despoblamiento simbólico, el psicoanálisis debería conducir a descubrir que hay otro modo de goce diferente que la tristeza y a poder vivir con la experiencia de la pérdida. Proponernos no solo un significante nuevo, sino una relación nueva al significante lo que a su vez introduce un nuevo afecto. (Bertholet, 2012)

Dicho esto, se entiende la relevancia de comprender que mecanismos de defensa y mantención se emplean en casos de TDM por parte del paciente. Ya que la propuesta de encontrar otro modo de goce diferente a la tristeza da por hecho que existen razones (conscientes o inconscientes) por las que el paciente prescinde del tratamiento.

Por otro lado, nos encontramos con que la pobre definición de lo que es una depresión resistente al tratamiento (DRT) no ayuda a que el paciente pueda ser diagnosticado como tal, si bien hay resistencias que se presentan de modo inconsciente en estos y en otros trastornos mentales, hay que prestar atención a los posibles diagnósticos diferenciales y a las razones para esta no remisión.

La carencia de una definición estandarizada del concepto de DRT y de criterios adecuados de respuesta terapéutica, dificultan el manejo de pacientes con TDM que no logran la remisión con uno o más cursos de tratamiento. Todas las clasificaciones sugeridas hasta la fecha para definir las DRT son arbitrarias, parcialmente basadas en la evidencia, supeditadas a los hallazgos farmacológicos puntuales de la época en que se escriben y con serias incongruencias, lo que dificulta la construcción de un sistema diagnóstico universal y perdurable. (Tamayo, Rosales-Barrera, Villaseñor-Bayardo & Rojas-Malpica, 2011. pp 253-254)

Por lo tanto, es prudente preguntarse ¿Cómo puede aportar la exploración del inconsciente y las posibles causalidades psíquicas al logro de la remisión en pacientes que no han mostrado respuestas positivas a tratamientos anteriores? ¿Cómo comprenden y analizan las distintas manifestaciones de las resistencias contemporáneas al tratamiento del TDM en su quehacer clínico los psicólogos con enfoque psicoanalítico? ¿Cómo abordan clínicamente los psicólogos con enfoque psicoanalítico los casos de DRT en pacientes de la RM? Entre otras interrogantes.

Considerando que el objetivo más importante al tratar un paciente con TDM debe ser la remisión y el retorno a la funcionalidad previa, que las DRT son a veces fruto de manejos inadecuados por parte de los médicos tratantes o del incumplimiento de los pacientes y que las DRT son frecuentes, costosas y con consecuencias devastadoras, la búsqueda de un sistema de clasificación estandarizado y basado en la evidencia, junto con la búsqueda de nuevos medicamentos y la realización de estudios con una metodología más rigurosa, permitirán intervenciones oportunas y efectivas que conduzcan a la reducción de esa devastadora condición. (Tamayo, et al. 2011. p 254)

De esta forma, comprender cómo el psicoanálisis entiende la depresión y cómo se manifiesta contemporáneamente es importante a la hora de comprender los casos de TDM y DRT desde un punto de vista psicoterapéutico. Ya que, si bien la DRT tiene que ver más con la falta de respuesta significativa al tratamiento farmacológico, también existe (o

debiera existir) una psicoterapia que acompañe este proceso, por lo que también es importante entender que sucede en ese proceso frente a un diagnóstico de TDM o DRT y cómo es abordado en la terapia.

Esta investigación intenta evaluar el abordaje en pacientes con TDM y/o DRT que no hayan respondido a tratamientos anteriores. Poniendo atención en que consecuencias tienen las manifestaciones contemporáneas de los mecanismos de defensa presentes en los casos de TDM en la aparición de una DRT y cómo se trabaja estos casos desde el enfoque psicoanalítico. Considerando cuáles son las herramientas que existen para el tratamiento de TDM y DRT y si estas son de ayuda para los pacientes, como también cuales son las razones que psicólogos/as atribuyen a la aparición de una DRT.

Método

Para esta investigación se utilizó el método cualitativo, con el objetivo de conocer la perspectiva y visión de profesionales de la salud mental, en específico psicólogos/as con enfoque psicoanalítico de la región metropolitana que hayan tratado casos de TDM y/o DRT para así lograr un acercamiento a las prácticas, abordajes, tratamientos, significados, manifestaciones y vivencias que estos profesionales implementan y/o asocian con este diagnóstico. Esta elección metodológica responde a la necesidad de comprensión de los sentidos y significados que determinados actores atribuyen a su realidad y experiencias.

Por lo tanto, se implementó la perspectiva metodológica cualitativa y el enfoque fenomenológico - hermenéutico para comprender y analizar cómo se abordan estos casos y cuáles son las significaciones que psicólogos/as de la RM le atribuyen a la aparición de DRT y a las manifestaciones contemporáneas de resistencia al tratamiento de TDM. Para esto, se utilizó el método hermenéutico interpretativo y se analizaron las experiencias de profesionales en torno a este diagnóstico, para poder captar las vivencias subjetivas e identificar las significaciones contemporáneas y los abordajes que implementan psicólogos/as cuando se enfrentan a casos de este tipo. En base a entrevistas semiestructuradas se analizaron e interpretaron las narraciones de profesionales al respecto y se dio forma a como se comprenden y abordan los casos de TDM y/o DRT en la

RM. Así, al analizar el discurso de distintos profesionales con enfoque psicoanalítico, se identificaron las posibles razones de su aparición, las manifestaciones que se atribuyen a estas resistencias y la forma de afrontarlas que tienen distintos profesionales para dar lugar a la cura y así comprender cómo se construyen y entienden los fenómenos de resistencia estudiados desde el marco psicoanalítico. La recolección de información se dividió en preguntas sobre las primeras entrevistas, el proceso terapéutico (tratamiento) y el proceso de alta (el final del tratamiento), formulando preguntas que permitieron identificar a los pacientes resistentes al tratamiento y los distintos abordajes que los diferentes terapeutas implementan para buscar y poner en marcha la cura. Como también identificar las formas en que los silencios prolongados, la interrupción de la asociación libre, el relleno de la sesión y la prevalencia de la palabra vacía en las narraciones del paciente, se asocian a los casos de TDM. Por otro lado, se exploró la implementación de la interpretación terapéutica, tanto de las formas de resistencias como de la transferencia para la elaboración de hipótesis y organización para la intervención con el paciente, poniendo atención en las particularidades del fenómeno de transferencia y contratransferencia que se da al enfrentarse con este diagnóstico.

Cabe destacar que los datos fueron transcritos y analizados de manera minuciosa y se interpretaron para comprender los significados atribuidos por los participantes a las resistencias en el tratamiento de TDM. Y para comprender las experiencias subjetivas e interpretar los datos a través del diálogo entre el entrevistador y el texto.

Se identificaron patrones y categorías emergentes en los datos, agrupando y clasificando la información relevante relacionada con las resistencias en el tratamiento de TDM, para organizar los datos y facilitar la comprensión de los fenómenos subyacentes.

Complementando lo ya mencionado, el universo de esta investigación corresponde a todos los psicólogos clínicos de la región metropolitana que trabajan desde la teoría psicoanalítica. Dado el enfoque sobre el diagnóstico de TDM y/o DRT y el alcance de esta investigación para la selección de la muestra se buscó a psicólogos profesionales de la región metropolitana que hayan tratado a pacientes diagnosticados con TDM y/o DRT

desde un enfoque psicoanalítico, por lo tanto, se realizó una búsqueda aleatoria y por bola de nieve para tomar contacto con distintos profesionales que tuvieran experiencias con pacientes diagnosticados con estos trastornos. De la misma manera se aplicaron los siguientes criterios de selección; 1) Psicólogos/as que hayan tratado a pacientes diagnosticados con TDM y/o DRT. 2) que trabajen desde un enfoque psicoanalítico. 3) Que tengan al menos 2 años de trayectoria realizando terapia.

Es importante reconocer que, si bien los resultados ofrecen una visión valiosa de las resistencias al tratamiento de TDM desde la perspectiva de los profesionales, el estudio tiene limitaciones. La muestra, aunque diversa en experiencias clínicas, se basa en un número específico de participantes de una región geográfica, lo que podría afectar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones. Además, la falta de familiaridad con el diagnóstico de DRT entre los profesionales destaca una posible brecha en el conocimiento que podría ser explorada más a fondo en futuras investigaciones.

Por último, cabe destacar se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información recopilada de forma previa a la entrevista. En resumen, esta metodología cualitativa nos permitió explorar en profundidad la comprensión y abordaje de los casos de TDM y/o DRT y las resistencias contemporáneas al tratamiento del trastorno depresivo mayor. Estas técnicas permitieron explorar en detalle las resistencias y comprender los significados y vivencias subjetivas asociadas a ellas.

Resultados

Podemos identificar las siguientes manifestaciones de resistencia al tratamiento de TDM dentro de los comportamientos y sentires de los pacientes, como también gracias a las interpretaciones de los profesionales que reconocen cosas como la deserción, la repetición, la represión, el olvido, no querer pagar la sesión, la prevalencia de la palabra vacía en la sesión, entre otras, como posibles manifestaciones de las resistencias. Podemos inferir que el cansancio e incluso la costumbre al padecimiento pueden influir en la aparición y permanencia de estas resistencias, ya que, en el relato de los profesionales entrevistados se repite la idea de una sobreexposición al tratamiento, lo que resultaría en

una saturación para el paciente quien buscaría la cura rápida o inmediata, enfocándose en la solución del síntoma. Por otro lado, podemos agregar la poca psicoeducación, que puede afectar a la decisión de buscar tratamiento, tanto porque el mismo paciente puede no estar consciente de su enfermedad, como que aceptar que la tiene puede producir sentimientos de culpa y vergüenza dentro del contexto social. De la misma manera, lo doloroso que puede llegar a ser el proceso psicoanalítico al trabajar con un cuadro de TDM puede generar un impedimento para algunas personas a la hora de buscar o continuar un tratamiento.

Las resistencias tienen que ver generalmente con no poder abordar el síntoma, porque el síntoma es tan doloroso. Entender de dónde viene lo que les pasa, el fantasma, diría Lacan, que empiezan a faltar a las terapias o a correr el horario, algunos a no querer pagar. Se va manifestando de determinadas formas. O, por ejemplo, es el típico paciente que llega a la sesión y no sabe de qué hablar y se da la angustia y no se acuerda de lo que hablaron en la sesión anterior. Todas esas son formas de resistencia. Y la resistencia está, tal vez, está para Freud, de alguna manera, anudada a la pulsión de muerte. Entonces, ¿y la depresión qué es si no es pulsión de muerte? (Profesional 2)

De esta forma, la terapia con enfoque psicoanalítico intenta evidenciar las incongruencias y poner sobre la mesa las formas en la que las resistencias pueden estar presentes en la vida de los pacientes, centrándose en los lapsus, errores y contradicciones dentro de las narraciones del paciente. Por lo tanto, el proceso terapéutico puede resultar ser muy estresante, por lo que es importante mantenerse atentos a la transferencia y actuar acorde a la condición del paciente. Ya que cualquier error a la hora de interpretar y/o intervenir puede afectar la continuidad del tratamiento y poner en movimiento resistencias del paciente.

Yo resumiría todo en el manejo de la transferencia, porque si no está instalado el lugar de saber para el analista, si no hay una transferencia amorosa también trabajada, cualquier intervención que uno pueda hacer puede levantar resistencia, mecanismos de defensa, puede ubicar al paciente en una posición más imaginaria,

más en su yo, y el psicoanalista lo que trata de hacer es que hable el inconsciente. Entonces uno tiene que trabajar siempre a consideración de lo transferencial. Si uno se equivoca en eso, uno se va a encontrar con una persona que se cierra, que no participa tanto de las interpretaciones, que no está tan deseosa de que uno haga un reconocimiento de lo que traen. (Profesional 3)

En este contexto, la habilidad del psicoanalista para manejar la transferencia se convierte en un elemento crucial para evitar el surgimiento de resistencias en el paciente. Como destaca el Profesional 3, la transferencia debe ser gestionada de manera cuidadosa, estableciendo un "lugar de saber" para el analista y construyendo una transferencia amorosa. La intervención terapéutica, cuando no se considera la dinámica transferencial, corre el riesgo de activar mecanismos de defensa y resistencias en el paciente. La posición imaginaria del paciente, centrada en su "yo", puede volverse más predominante si la transferencia no se maneja adecuadamente. En este sentido, el papel del psicoanalista es facilitar que el inconsciente del paciente se exprese, evitando obstáculos que podrían surgir si la transferencia no se aborda con sensibilidad. Por lo tanto, el terapeuta debe mantener una constante consideración de lo transferencial para fomentar la participación del paciente en las interpretaciones y promover un reconocimiento profundo de los elementos subyacentes que emergen en el proceso terapéutico.

Claro, por eso ahí también es súper importante como esta escucha flotante. Como el poder detectar ahí en algún error, en alguna falla, en algún lapsus, como... Dónde cae, porque sí o sí que va a salir en alguna parte. (Profesional 1)

En este sentido, la noción de "escucha flotante" destacada por el Profesional 1 resalta la importancia de una atención sensible a los detalles durante la terapia. La capacidad de detectar errores, fallas o lapsus en el discurso del paciente se convierte en una herramienta valiosa para el psicoanalista. Al reconocer estos indicios, el terapeuta puede acceder a dimensiones más profundas de la psique del paciente, revelando aspectos inconscientes que pueden estar relacionados con resistencias al tratamiento. La escucha atenta y flotante permite al terapeuta percibir sutilezas en el lenguaje y en la narrativa del paciente, identificando posibles puntos de conflicto o resistencia. Este enfoque no solo

facilita la comprensión de las dinámicas internas del paciente, sino que también contribuye a la construcción de una relación terapéutica más rica y significativa. En última instancia, la escucha flotante se levanta como una estrategia fundamental para explorar las capas más profundas de la experiencia del paciente y abordar de manera efectiva las resistencias que puedan surgir durante el proceso terapéutico.

Por lo tanto, antes de abordar las estrategias específicas para sortear las resistencias, es crucial comprender la importancia de la transferencia en el proceso terapéutico. Como señala el Profesional 3, la transferencia puede llevar al paciente a encarnar experiencias pasadas, especialmente aquellas relacionadas con figuras autoritarias o traumáticas. Esto destaca la necesidad de una cuidadosa gestión de la transferencia, ya que replicar los mismos discursos o adoptar roles sancionadores puede provocar resistencia en el paciente. La siguiente cita subraya la complejidad de este fenómeno y cómo, al ocupar ciertos roles en la transferencia, se pueden analizar y superar las resistencias emergentes. En este contexto, la atención a la transferencia se presenta como un elemento clave para comprender y abordar las resistencias en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

Las resistencias se sortean siempre respetando lo transferencial que uno puede detectar. Si un paciente ha contado o ha comentado que tiene ciertas referencias infantiles que le produjeron temor, inseguridad, un papá muy severo, probablemente la transferencia lo que le toque a uno encarnar es ese papá severo, esa persona que dijo algo que lo marcó. Entonces uno tiene que tener cuidado de replicar, por ejemplo, los mismos discursos, ser sancionadores, impugnar algún juicio. La resistencia se va a levantar si uno ocupa ese lugar, si se levanta se analiza de todas maneras. Poder llevar al sujeto a que mire su discurso y sus resistencias es también parte del trabajo. Entonces la resistencia va a ceder en la medida de que uno pueda hacer que el sujeto reflexione en torno a lo que piensa, a lo que observa en su comportamiento, devolverle al analizante que trabaje, no uno darle la respuesta. (Profesional 3)

En consecuencia, la comprensión y el manejo hábil de las dinámicas transferenciales se posicionan como elementos cruciales en la superación de las resistencias durante el proceso terapéutico. Como apunta el Profesional 3, la identificación de las referencias infantiles que generan temor o inseguridad en el paciente proporciona al terapeuta valiosos insights sobre las configuraciones transferenciales predominantes. Al asumir roles que encarnan estas figuras significativas, como un padre severo, el terapeuta debe proceder con extrema precaución para evitar reproducir discursos punitivos o sancionadores que podrían exacerbar las resistencias del paciente. Más bien, la tarea del terapeuta radica en facilitar la reflexión del sujeto sobre su propio discurso y sus resistencias, estimulando un proceso de autoexploración y trabajo individual. El abordaje terapéutico, por lo tanto, se moldea de manera sensible, adaptándose a la especificidad de la transferencia presente en cada caso, con el objetivo de propiciar una transformación profunda y sostenible en la subjetividad del paciente. En este contexto, la resistencia no se percibe como un obstáculo insuperable, sino como una oportunidad para la exploración y el entendimiento más profundo de las complejidades psíquicas del individuo en el camino hacia la cura.

En el proceso terapéutico con enfoque psicoanalítico, la gestión adecuada de la transferencia emerge como un factor central, como lo destaca el Profesional 3 al afirmar que "Yo resumiría todo en el manejo de la transferencia." Reconoce la importancia de establecer el lugar de saber para el analista y la necesidad de una transferencia amorosa trabajada. Este enfoque resuena con la noción de la "escucha flotante" destacada por el Profesional 1. La atención a errores, fallas o lapsus durante la interacción terapéutica es crucial para detectar las manifestaciones transferenciales. La conexión entre la transferencia y las resistencias se presenta de manera clara en las palabras del Profesional 3, quien señala que las resistencias se sortean respetando lo transferencial que uno puede detectar. Al encarnar roles significativos en la vida del paciente, como el ejemplo del "papá severo," el terapeuta debe ser consciente de no replicar discursos que puedan levantar resistencias. La superación de las resistencias implica llevar al sujeto a reflexionar sobre su discurso y sus resistencias, fomentando la autorreflexión y el trabajo del analizante sin proporcionar respuestas directas. Este enfoque destaca la importancia de mantenerse atento a las

dinámicas transferenciales para facilitar el proceso terapéutico y abordar las resistencias de manera efectiva.

Dentro de las experiencias de los profesionales entrevistados nos encontramos con que los pacientes muchas veces no están familiarizados con su propio diagnóstico, desconociendo el nombre específico o no identificando oportunamente sus síntomas, de esta manera, podemos ver como no se da tanto la identificación o levantamiento de personalidad desde el diagnóstico, si no que, más bien son sintomatologías que lo cubren todo.

Pero han sido como procesos en que no necesariamente han estado conscientes del diagnóstico. Entonces, no podría decir que ha sido como identificándose con él. De hecho, yo creo que las histerias han sido más un proceso como de que se identifican con el diagnóstico, pero en las depresiones severas, yo creo que ni siquiera queda un poco de energía para eso (...) sí he visto gente que más que identificarse con el diagnóstico, se ha sumido en el diagnóstico. O sea, ya efectivamente es una tristeza vital que invade todo. Cuando pienso en los diagnósticos como actuales, me pasa que se viene mucho este tema de la contaminación de los diagnósticos. (Profesional 1)

De esta forma y en base al párrafo anterior podemos ver otra dificultad a la hora de tratar diagnósticos de TDM o DRT, ya que muchas veces la contaminación de diagnósticos o síntomas puede suponer un problema tanto para el profesional para identificar el padecimiento y la mejor manera de intervención, como para el paciente quien tiene que vivir y sobrellevar distintos síntomas muchas veces sin poder ponerle nombre a lo que le pasa. Sobre esto los profesionales entrevistados comentan que ponerles nombre a los síntomas y al padecimiento puede ser beneficioso para el paciente. Entonces podemos entrar a revisar las estrategias del psicoanálisis para abordar pacientes y tratamientos con la siguiente cita.

Lo que le ocurre, como buen psicoanalista, ocurre en lo inconsciente. El discurso en general viene del lado del yo. Lo del yo está puesto acá afuera, lo

intercambiamos, es más usual. No está en el orden del inconsciente. Entonces el problema no es que la persona venga identificada con un diagnóstico. El problema se trata de hacer que hable de otra cosa, que hable un poco más de lo que no ha podido hablar. (Profesional 3)

En base a esto, podemos evidenciar que algunas de las estrategias para abordar a los pacientes y tratamientos que emergieron en las entrevistas, tienen que ver con la oportuna instalación de una transferencia adecuada y el encuadre que se realiza en las primeras sesiones, es decir, llegar a acuerdos, establecer límites, concretar el objetivo terapéutico, aclarar expectativas, responder inquietudes, entre otras. De la misma manera, si bien en las primeras sesiones el foco debería estar en recibir el relato del paciente y establecer los primeros acuerdos de terapia, más adelante y cuando la relación de confianza este establecida, el analista debe poder interpretar de manera oportuna la relación transferencial que se instale y reconocer las mejores maneras de intervención para cada caso. Ya que, un factor importante que pudimos recoger del análisis de las entrevistas es la importancia de entender que para trabajar estos casos desde el enfoque psicoanalítico se deben comprender individualmente, y no se recomienda trabajar ni hablar en generalidades. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que tipo de transferencia se establece con cada paciente, como también las subjetividades y el contexto en el que estos se desenvuelven.

En el enfoque psicoanalítico pensamos que hay tres estructuras en la orientación lacaniana. Las tres estructuras se manifiestan de diferente manera. El síntoma puede ser depresivo, pero la disposición psíquica, libidinal, del deseo, los mecanismos de defensa, todo eso varía según la estructura. Entonces, yo he podido observar que el tratamiento con estructuras neuróticas es un tratamiento que se trata de hacer alto acompañamiento, instalar la transferencia, los pacientes van haciendo ciertas asociaciones, en general siempre inician tratamiento con alta tristeza, algunos quizás más desinteresados en poder profundizar en lo que les pasa, que tiene que ver también con esta pérdida de interés en el otro, en la vida, en lo que podría producir o conducir al bienestar. (Profesional 3)

Por otra parte, nos encontramos con testimonios variados de profesionales en torno a la farmacología de los pacientes, ya que en algunos casos esta es beneficiosa y en otros no. Esto depende de si el paciente adhirió de buena manera al tratamiento, de si su cuadro depresivo implica o necesita realmente medicación, del tiempo transcurrido tomando medicamentos, entre otras cosas que pueden llevar a que los fármacos sean un aporte o una dificultad a la hora de realizar terapia.

Como todo tratamiento farmacológico que es a base de ensayo y error, es complejo como el proceso inicial. Cuando están bien medicados, llevan su tiempo y todo, es más fácil, porque hay un inconsciente un poco más libre para poder pensar. Cuando están sin tratamiento, hay mucha angustia que inhibe un poco todo ese proceso. (Profesional 1)

También nos encontramos con el lado negativo de lo farmacológico donde los pacientes pueden volverse dependientes de estos medicamentos y, por otro lado, pacientes reacios a tomarlos. Como también pacientes que no responden bien a ellos.

Yo he trabajado con personas con farmacología y siempre han adherido bien a sus tratamientos. Entendiendo también que siempre han hecho quizás un trabajo psicológico de acompañamiento o de trabajo justamente psicológico, ¿no? Lo que hace el fármaco es tapar el síntoma, le permite vivir sin tanto padecimiento. Entonces, yo he trabajado bien con personas con fármaco. El fármaco no interrumpe el proceso de elaborativo, ¿no? (...) Entonces, por ahí creo que el fármaco puede ser una ayuda más si la persona realmente está interrumpida por su sintomatología. Pero también me cabe hacer la diferencia entre la neurosis y la psicosis porque el fármaco en la neurosis no interrumpe la elaboración, la asociación libre. Pero en la psicosis el fármaco sí puede producir mucha dificultad. De hecho, la falta de fármaco podría también producir unas irrupciones de angustia que arrasen con el sujeto. Y eso es contraproducente. Me ha tocado en verdad que con estructuras más psicóticas el fármaco no ayude tanto a veces. (Profesional 3)

De esta forma el fármaco puede ser crucial para el proceso terapéutico, pero también puede perjudicarlo, por lo tanto, la psicoeducación, el trabajo multidisciplinario (y la comunicación entre profesionales), como también la responsabilidad del paciente con sus medicamentos juegan un papel indispensable a la hora de abordar casos de TDM y DRT.

Cabe mencionar que ningún entrevistado estaba familiarizado con el diagnóstico de DRT, aunque si es un concepto que han escuchado y que intuyen que conlleva, pero no se reconoce como un diagnóstico con el cual hayan podido convivir en su experiencia profesional. A pesar de esto, en las entrevistas se puede ver como existen pacientes con tratamientos anteriores y que no responden al tratamiento farmacológico, solo que estos no se categorizan como pacientes con DRT. De esta forma, las resistencias al tratamiento de TDM se presentan de distintas maneras y varían caso a caso,

De la misma manera no se encontraron casos que hayan vuelto a consultar con el mismo terapeuta por recaídas en tanto sintomatología depresiva, pero también se evidencia la dificultad para realizar un seguimiento en contextos de consultas privadas.

He tenido pacientes que han vuelto después de años, pero no es con el mismo motivo consulta. Es que yo creo que tiene que ver un poco con eso, con que una vez que ves no te puede hacer el loco de nuevo. Y que eso también se lo he explicado a mis pacientes, que el hacerse cargo tiene que ver con eso, con no hacerme el loco con lo que está pasando. Entonces, generalmente no han vuelto por el mismo motivo consulta. Tienen que ver también con nuevos procesos, con etapas nuevas. (Profesional 1)

De esta forma, la búsqueda de la cura y lo esperable de un proceso terapéutico con enfoque psicoanalítico exitoso, sería que los pacientes no volvieran con sintomatología, ya que se busca que a lo largo del tiempo puedan comprender y resignificar sus afectos para así darle un nuevo lugar a la libido y a lo simbólico. Sin embargo, es pertinente mencionar la importancia de el abordaje individual de cada caso, entendiendo la estructura del paciente y su contexto para poder abordar y establecer la transferencia oportuna para el mejor tratamiento.

En el enfoque psicoanalítico pensamos que hay tres estructuras en la orientación lacaniana. Las tres estructuras se manifiestan de diferente manera. El síntoma puede ser depresivo, pero la disposición psíquica, libidinal, del deseo, los mecanismos de defensa, todo eso varía según la estructura. Entonces, yo he podido observar que el tratamiento con estructuras neuróticas es un tratamiento que se trata de hacer alto acompañamiento, instalar la transferencia, los pacientes van haciendo ciertas asociaciones, en general siempre inician tratamiento con alta tristeza, algunos quizás más desinteresados en poder profundizar en lo que les pasa, que tiene que ver también con esta pérdida de interés en el otro, en la vida, en lo que podría producir o conducir al bienestar. (Profesional 3)

En resumen, los resultados de esta investigación revelan la diversidad y complejidad de las manifestaciones de resistencia al tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) desde la perspectiva de profesionales con enfoque psicoanalítico en la región metropolitana. Las resistencias, ya sean expresadas a través de la deserción, la repetición, la represión, la negativa a pagar la sesión, o la prevalencia de la palabra vacía, entre otras, emergen como fenómenos intrincados arraigados en las profundidades del inconsciente del paciente.

La gestión eficaz de la transferencia se erige como el eje central para el abordaje de estas resistencias, tal como destacan los profesionales entrevistados. La escucha flotante, la detección de errores y lapsus, así como el respeto a las dinámicas transferenciales son elementos cruciales para sortear las barreras que puedan surgir en el proceso terapéutico. La conciencia de la importancia de no replicar, de manera inadvertida, figuras y discursos significativos en la vida del paciente permite una intervención terapéutica más precisa y adaptada a las necesidades individuales.

En este contexto, se subraya la relevancia de un enfoque individualizado y flexible que considere la estructura del paciente, su historia vital y las particularidades de la transferencia. La conexión entre las estructuras neuróticas y el tratamiento de la tristeza, la atención a la farmacología, y la comprensión de las resistencias como oportunidades para la reflexión y la transformación, aportan matices esenciales a la comprensión de la complejidad inherente al abordaje psicoanalítico del TDM.

Discusión y conclusiones

La presente investigación cualitativa ha arrojado luz sobre las resistencias al tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) desde la perspectiva de psicólogos con enfoque psicoanalítico en la región metropolitana. A través de entrevistas detalladas, se exploraron manifestaciones de resistencias, como deserción y represión, resaltando la importancia crucial de la transferencia en el abordaje terapéutico. Aunque se abordó inicialmente el TDM, se evidenció la complejidad en la identificación de la Depresión Resistente al Tratamiento (DRT). Estos hallazgos subrayan la necesidad de adaptabilidad en la práctica clínica, integrando estrategias psicoanalíticas y multidisciplinarias para abordar las complejidades de la depresión. Además, se destaca la falta de familiaridad con la DRT entre los profesionales, resaltando la importancia de una comprensión individualizada en el tratamiento. En este contexto, la investigación resalta la constante evolución y refinamiento en la terapia para abordar los desafíos que presenta la salud mental, reconociendo la importancia de la adaptabilidad y la integración de enfoques teóricos en la práctica clínica. Este análisis profundo sienta las bases para la discusión y conclusiones que siguen, destacando la necesidad de estrategias personalizadas y la integración de diversas perspectivas en la atención de la depresión resistente al tratamiento.

Es importante mencionar que los casos de DRT son difíciles de identificar y por lo tanto esta investigación pudo abordar más sobre las resistencias al tratamiento de TDM y sus abordajes desde el enfoque psicoanalítico que sobre el diagnóstico de DRT como tal. Sin embargo, parece prudente conectar ambos padecimientos en tanto las resistencias que comprende el psicoanálisis pueden tener que ver con los casos de DRT, pero hace falta una investigación más minuciosa de casos específicos de DRT para poder sacar conclusiones oportunas.

Aunque la investigación se centró en las resistencias al tratamiento del TDM, la falta de familiaridad con el diagnóstico de Depresión Resistente al Tratamiento (DRT) entre los profesionales destaca la necesidad de futuras investigaciones específicas sobre este fenómeno. Este hallazgo refuerza la importancia de abordar los trastornos depresivos desde una perspectiva individualizada y considerar la diversidad de respuestas terapéuticas.

De esta forma, podemos ver como las resistencias al tratamiento de TDM pueden variar enormemente de persona a persona, al igual que el tratamiento, pero cabe destacar que la transferencia y el oportuno análisis y elección de intervención juegan un papel crucial a la hora de abordar estos casos. La identificación de resistencias específicas, como la sobreexposición al tratamiento y la falta de conciencia del diagnóstico, plantea desafíos y oportunidades para la práctica clínica.

Por otro lado, podemos concluir que la terapia con enfoque psicoanalítico puede dar resultados prometedores a la hora de tratar TDM, pero es necesario contar con el tiempo y espacio necesario, como también con la motivación del paciente para continuar con el tratamiento más allá de la desaparición de los síntomas, para lograr la cura efectiva y mantenerla en el tiempo.

Además, es fundamental destacar que la eficacia de la terapia con enfoque psicoanalítico en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) no solo depende de la técnica utilizada, sino también de la calidad de la relación terapéutica establecida entre el paciente y el terapeuta. La construcción de un vínculo de confianza y empatía se erige como un factor determinante para superar las resistencias y promover una exploración profunda de los aspectos inconscientes que contribuyen al TDM.

En este sentido, la continuidad de la terapia más allá de la desaparición de los síntomas se presenta como un aspecto crítico. La conciencia de que la cura efectiva implica un proceso más extenso, donde la introspección y el autoconocimiento se convierten en herramientas fundamentales, destaca la importancia de establecer expectativas realistas tanto para el terapeuta como para el paciente. La motivación y capacidad del paciente para comprometerse con la terapia a largo plazo y explorar más allá de la superficie de los síntomas depresivos es esencial para alcanzar resultados duraderos.

Asimismo, la necesidad de tiempo y espacio en la terapia psicoanalítica subraya la importancia de considerar la complejidad del TDM como un trastorno arraigado en dinámicas psíquicas profundas. La paciencia y la dedicación por parte tanto del terapeuta como del paciente son esenciales para abordar las capas más profundas de la psique y permitir la transformación subjetiva necesaria para la cura.

No obstante, es crucial reconocer que este enfoque, aunque efectivo, puede enfrentar desafíos significativos en el contexto de la realidad de la salud pública chilena. La búsqueda de resultados inmediatos y la presión por intervenciones de corto plazo, características de muchos sistemas de salud, pueden chocar con la naturaleza más extensa y profunda de la terapia psicoanalítica, como también del proceso farmacológico. La contraparte de la realidad de la salud pública, con sus limitaciones de tiempo y recursos, puede crear tensiones que afectan directamente la aplicación exitosa de la terapia psicoanalítica en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM). La necesidad de abordar la demanda de resultados rápidos puede generar expectativas poco realistas y desafiar la naturaleza misma de un proceso terapéutico que requiere tiempo para explorar las raíces psíquicas del trastorno. (Profesional 2)

En conclusión, la terapia con enfoque psicoanalítico se presenta como una vía prometedora para el tratamiento del TDM, siempre y cuando se reconozca la necesidad de un compromiso a largo plazo y se establezca una alianza terapéutica sólida. La efectividad de este enfoque radica en su capacidad para explorar las complejidades subyacentes del trastorno, pero su éxito depende en gran medida de la disposición del paciente para participar activamente en un proceso terapéutico que trascienda la mera desaparición de los síntomas superficiales.

Es necesario poner énfasis nuevamente en la diferenciación de caso a caso y la variedad de abordajes dependiendo de distintas variables, desde la estructura del paciente, pasando por su contexto e historia vital, hasta las significaciones que este tenga sobre sus relaciones u objetos libidinales. Variables que son significativas para establecer la transferencia y que el terapeuta pueda llevar a cabo en conjunto un proceso terapéutico efectivo.

En resumen, esta investigación no solo arroja luz sobre las complejidades de las resistencias al tratamiento del TDM, sino que también destaca la necesidad de adaptabilidad en la práctica terapéutica. La integración de principios fundamentales del psicoanálisis con estrategias contemporáneas respalda la efectividad de un enfoque integral

para abordar los desafíos persistentes asociados con la depresión, contribuyendo así al avance del campo terapéutico.

Podemos ver como este estudio cualitativo, enriquecido por las perspectivas de profesionales con enfoque psicoanalítico, proporciona una visión general de las resistencias al tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor. A través de las experiencias compartidas, hemos profundizado en las complejidades de la transferencia, la importancia de la psicoeducación, y el delicado equilibrio entre la farmacología y la terapia psicoanalítica. A pesar de la falta de casos específicos de DRT identificados en la investigación, se ha evidenciado la necesidad de un seguimiento individualizado en el proceso terapéutico. La complejidad de las estructuras neuróticas y la importancia de trabajar con cada paciente de manera única subrayan la naturaleza personalizada del enfoque psicoanalítico.

En última instancia, los hallazgos de esta investigación apuntan hacia la relevancia de un enfoque integral y adaptable en la práctica clínica. La constante evolución y refinamiento en la terapia se presentan como elementos esenciales para abordar los desafíos persistentes asociados con la depresión. La identificación de las resistencias al tratamiento del TDM ha sentado las bases para futuras investigaciones que exploren más a fondo la relación entre estas resistencias y el diagnóstico de DRT, contribuyendo así a un entendimiento más completo de la dinámica psíquica en casos de depresión resistente al tratamiento.

De esta forma, queda claro que la investigación y la práctica clínica deben seguir evolucionando, manteniéndose receptivas a nuevas perspectivas y enfoques. La integración de las experiencias clínicas con los fundamentos teóricos del psicoanálisis, respaldada por la literatura existente, ofrece un camino para abordar no solo la depresión resistente al tratamiento sino también los matices subyacentes en el tratamiento de la depresión en general. En última instancia, la dedicación a la comprensión profunda y la adaptabilidad en la intervención clínica siguen siendo esenciales en la búsqueda de terapias más eficaces y comprensivas para los trastornos depresivos.

Referencias

- Bertholet, R. (2012) La depresión, una lectura desde el psicoanálisis. Facultad de psicología, universidad nacional de rosario. Argentina. Recuperado de:
<https://www.aacademica.org/000-072/725>
- Celis-Morales, C. & Nazar, G. (2022). Cambios en la prevalencia de depresión en Chile y el mundo debido a la pandemia por COVID-19. Revista médica de Chile, 150(5), 691-692. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872022000500691>
- Pallás, D. (2023) Teorías etiopatogénicas y modelos en la depresión [Jimenez, botto y fonagy, 2021] parte 1: epistemología, epidemiología, psicopatología e historia de la depresión. Sociedad Fórum de Psicoterapia psicoanalítica. Recuperado de:
<http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001213>
- Toshi, L. R., & Eileen, V. H. (2022). Depresión: situación actual. Revista De La Facultad De Medicina Humana, 17(3). Recuperado de
<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1197>
- Tamayo, J. M., Rosales-Barrera, J. I., Villaseñor-Bayardo, S. J., & Rojas-Malpica, C. (2011). Definición e impacto de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. Salud mental, 34(3), 247-255. Recuperado de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300008&lng=es&tlng=es.
- Viñoly, A. M., (2002) Aportes a la teoría de la cura en psicoanálisis. Revista de psicoanálisis. Recuperado de
https://www.fepal.org/images/congreso2002/adultos/vinoly_a_m_cura.pdf