



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Factores psicosociales y el consumo racional
de psicofármacos en la Argentina

N° 489

Augusto Luciano Caviglia

Tutor: Juan Carlos Ferrali

Departamento de Investigaciones
2011

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Índice

| | |
|---|----|
| Agradecimientos..... | 5 |
| Resumen | 6 |
| Introducción..... | 7 |
| Capítulo 1: Discurso circundante demonizador | 10 |
| Capítulo 1.1.: ¿De dónde proviene la información que llega a los pacientes/usuarios de los psicofármacos?..... | 12 |
| Capítulo 1.2.: El negocio de los laboratorios multinacionales | 14 |
| Capítulo 1.3.: La academización del marketing | 16 |
| Capítulo 1.4.: La responsabilidad de los profesionales | 17 |
| Capítulo 1.5.: ¿Cómo llegan los psicofármacos a los pacientes? | 18 |
| Capítulo 2: Oferta idealizadora capitalista | 22 |
| Capítulo 2.1.: El cambio de paradigma en salud. Lifestyle Medicines. | 23 |
| Capítulo 2.2.: Los psicofármacos como “aditivo” naturalizado de la vida contemporánea | 25 |
| Capítulo 2.3.: La píldora de la felicidad: Prozac | 28 |
| Capítulo 3: El conocimiento científico | 32 |
| Capítulo 3.1.: ¿Qué se entiende por uso racional? | 32 |
| Capítulo 3.2.: ¿Cuáles son los psicofármacos que más se utilizan en la Argentina? | 36 |
| Capítulo 3.3.: El consumo de psicofármacos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires..... | 38 |
| Conclusión y discusión..... | 45 |
| Referencias bibliográficas | 46 |

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Carlo Ferrali por su incondicional apoyo para la realización del presente trabajo y su enorme generosidad intelectual.

A mis padres Marcelo Caviglia y Mónica Gómez, y a mi hermano Ignacio Caviglia, por su constante empuje y motivación para seguir adelante acompañándome en el cierre de una gran etapa.

A mi novia Valentina Delgado que siempre ha sido fuente de mi vitalidad y dueña de mi más profunda admiración, porque sin ella nada de esto hubiera sido posible.

A mis amigas y compañeras, Romina, Yanina, Isabel y María, por hacer de este largo recorrido uno de los momentos más lindos de mi vida.

RESUMEN

El siguiente trabajo consiste en una revisión bibliográfica en relación al consumo/uso y expendio de psicofármacos en la Argentina.

Se abordan tres perspectivas fundamentales, el *discurso circundante demonizador*, la *oferta idealizadora capitalista* y la *información provista por el ámbito académico-científico*. A partir de dicha información, que abarca desde la visión *más global* vinculada a la industria farmacéutica y los grandes laboratorios internacionales, hasta la visión *más particular*, es decir, la que se sucede en la vida cotidiana de las personas, indagaremos las responsabilidades compartidas en el uso indebido de psicofármacos en la Argentina.

En este sentido, se intentarán abordar las razones que subyacen a las diferentes perspectivas a partir de los testimonios y del análisis de la información proveniente de diversas publicaciones.

INTRODUCCIÓN

Durante la segunda mitad del Siglo XX, y en los albores del siglo XXI, la psicofarmacología viró gradual y sigilosamente en su función desde la asistencia a la persona que padece algún tipo de trastorno mental (popularmente conocido como *loco*), hacia una *normalización* o *estado de equilibrio* de la persona, lo más funcional posible a las exigencias de la sociedad posmoderna, que optimice el funcionamiento del individuo mediante químicos que regulan los estados de ánimo (Gilbert, Walley & New, 2000; Pérez Leirós, 2005).

De esta manera se entienden como patológicos, por ejemplo, estados de tristeza ante la muerte de un ser querido o de ansiedad al ver incierto el futuro en el empleo. Esto genera una repentina cantidad de *nuevos enfermos*, que cuentan con los medios químicos necesarios para ser tratados. Por otro lado, se vuelve necesario en la sociedad contemporánea autorregularse, desde el individuo, para *incorporarse* efectivamente a la sociedad (laboralmente, afectivamente, etc.). Con esto se “alude al proceso de redefinición de la salud humana que se está llevando a cabo a partir de los intereses creados por la industria farmacéutica” (Álvarez, Arizaga, Quiña, Pistani, & Ruíz, 2007, pág. 38).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Pignarre (2005), quien alguna vez se vio íntimamente involucrado con la industria, expone que resulta imposible dejar de lado el factor del aumento de la demanda de medicamentos por medio de acciones publicitarias e incluso la creación de nuevas enfermedades. Ambos, asuntos intensamente considerados por las empresas para generar ganancias. Este autor señala márgenes de ganancias que superan el 70%, de esta forma, la industria de medicamentos trabajando sin control efectivo de los ciudadanos y con pocos capaces de ejercer algún tipo de presión para limitar su accionar.

Existe una innumerable variedad de tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos orientados a regular los síntomas más invalidantes en miembros de la sociedad. Los psicofármacos apuntan a eliminar los síntomas mediante compuestos químicos que actúan selectivamente en áreas específicas del sistema nervioso central; mientras que los tratamientos psicológicos abordan, en sintonía con sus preferencias de corte teórico, el origen del padecimiento, la búsqueda de herramientas para proporcionarle al individuo a fin de que responda de manera más regulada en determinados acontecimientos o momentos críticos del cuadro (de pánico, ansiedad, depresión, etc.), habiendo en este sentido casi tantas ideas directrices como vertientes existen.

No es posible eludir el hecho de que en la Argentina, distintas investigaciones observaron que el uso de psicofármacos es más frecuente que en otros países del mundo. Hay que tener en cuenta además, que estudiar la farmacodependencia nos permite ver que esto no está basado en la idea de curación, sino más bien relacionado con la *performance social*, es decir que la dualidad que se pone en juego no es *enfermedad-cura* sino *insuficiencias personales – vida confortable* (Álvarez et. al., 2007; Solal, 2004).

Según Ferrali (2006a) la psicofarmacología puede ser definida desde tres perspectivas fundamentales, la farmacológica, la biopsicológica y la clínica. Desde la primera perspectiva, la farmacológica, se entiende a la psicofarmacología como el “estudio de las drogas que ejercen su función primordial sobre el Sistema Nervioso Central, evidenciándose su acción, básicamente, en el área del comportamiento” (Ferrali, 2006a, pág. 1). A su vez, desde la mirada biopsicológica, la psicofarmacología comprende “el estudio de los mecanismos del comportamiento a través de la manipulación de la actividad nerviosa superior por medio de fármacos en experimentos controlados” (Ferrali, 2006a, pág. 1). Por último, la psicofarmacología, desde el punto de vista clínico, se constituye como el “estudio de los fármacos que se utilizan para el tratamiento de los trastornos mentales en el hombre y de los principios, fundamentos y reglas que determinan su aplicación basándose en los estudios de eficacia y eficiencia” (Ferrali, 2006a, pág. 1). Esto demuestra que el abordaje de la psicofarmacología trasciende ampliamente la mera utilización de los medicamentos. Éstos a su vez, son entendidos, según el autor anteriormente citado, como un signo tripartito. Por este motivo, señala que se pueden encontrar tres conceptualizaciones al respecto, a saber:

- ✓ Fármaco: Es la señal química propiamente dicha, que se relaciona con las estructuras del cerebro para lograr un determinado comportamiento influyendo sobre el funcionamiento neuronal.
- ✓ Placebo: Es el principio simbólico, farmacológicamente vacío, y está vinculado con las expectativas y esperanzas de quién lo da y quién lo recibe, posee una carga social.

- ✓ Medicamento: Está vinculado con el símbolo social pleno, incluye al fármaco y al placebo, pero se ve atravesado totalmente por el imaginario colectivo, se constituye en la totalidad de su significación.

Estos medicamentos se pueden dividir en Neurolépticos (Antipsicóticos), Estabilizadores del estado de ánimo (Antirrecurrentes y Antimaníacos), Antidepresivos y Ansiolíticos (Álvarez et al., 2007; Ferrali, 2006a).

Numerosos estudios demuestran que en la última década del Siglo XX y la primera del XXI, el uso/consumo de los fármacos se generalizó provocando un fenómeno al que se denominó *medicalización de la vida cotidiana* (Carpintero, 2007; Shapira, 2009). Es de destacar que a pesar de dicho fenómeno, a partir del cual se observan una gran cantidad de usuarios *automedicados*, existe en el imaginario colectivo una carga negativa sobre este tipo de medicamentos, un *discurso demonizador* en relación a los mismos y a los usuarios/consumidores.

Por otro lado, Pavlovsky (2006a) desde una condición casi de impotencia o indignación expone su preocupación respecto de la incidencia de las estrategias de venta realizadas por laboratorios, en la práctica psiquiátrica. Desarrolla lo enunciado presentando situaciones como el tener que recetar una determinada cantidad de antidepresivos en cierto tiempo para viajar a algún congreso. Según este autor, estas situaciones podrían desempeñarse como una tentación, por supuesto destacándolo en detrimento de su práctica clínica.

En forma similar, Law (2006) postula como las compañías farmacéuticas controlan la enfermedad. Sobre esto se refiere al alcance del marketing y la propaganda farmacéutica, y como este es cada vez más sofisticada. De hecho, la autora señala que algunas drogas se constituyen como victorias del marketing, dado que las mismas terminan por convertirse en el pilar, como único componente, de un gran número de terapias.

A raíz de lo desarrollado hasta este punto, resulta ineludible considerar la necesidad de introducir al elemento de los factores psicosociales como eje dentro del presente trabajo. Dichos factores se resumen en las razones intrínsecas del individuo y de la sociedad que generan las diferentes posturas respecto de los medicamentos. Dentro de estos factores se encuentran el *discurso circundante demonizador* y la *oferta idealizadora capitalista*. Los actores que intervienen en la construcción del ideario son, principalmente, los medios de comunicación y la industria farmacológica.

El objetivo general del presente trabajo consiste en confrontar la información provista por los *factores psicosociales*, con aquella proveniente del elemento científico, que compone la variable: *expendio y uso racional*, en relación a los psicofármacos y su uso en la República Argentina.

Los objetivos específicos son:

- ✓ Analizar la posible vinculación entre el *discurso circundante demonizador* y el *expendio y uso racional* de psicofármacos en la Argentina.
- ✓ Estudiar la posible relación entre la *oferta idealizadora capitalista* y el *expendio y uso racional* de psicofármacos en la Argentina.
- ✓ Explorar la información disponible provista por el conocimiento científico, a fines de relacionarla con los factores psicosociales y su incidencia sobre el *expendio y uso racional* de psicofármacos en la Argentina.

Para el logro de dichos objetivos se realizara una revisión bibliográfica a fin de profundizar sobre el tema aquí presentado.

En el presente trabajo se abordaran los factores psicosociales que inciden en el uso/consumo de psicofármacos. Para ello, se intentara coleccionar diversas fuentes que nos permitan rastrear las razones y los móviles que llevan a tantos individuos en nuestro país a consumir este tipo de medicamentos, los mitos

y el ideario generado en torno a la *medicalización de la vida cotidiana* y la incidencia de las campañas de marketing en las decisiones de los diferentes actores (industria, médicos, pacientes, usuarios, Estado). Al respecto, se nota que existen dos líneas fundamentales de pensamiento contrapuestas que nos permiten organizar el trabajo de la siguiente manera.

En primer lugar, se analizara la posible vinculación entre el expendio y uso racional y el *discurso circundante demonizador*, que está íntimamente vinculado a la historia de la psicofarmacología y que muchas veces sostiene sus fundamentos en mitos o *verdades a medias* en relación al uso y a las personas que utilizan los psicofármacos en la vida cotidiana. Es frecuente encontrar noticias sobre robos a farmacias para conseguir determinados tipos de ansiolíticos, que generan una vinculación simbólica que relaciona de forma directa su uso con los hechos delictivos. A su vez, el ideario social que circunda a los usuarios (que muchas veces se ven obligados a ocultar su práctica) o ciertas actitudes que podríamos considerar *irresponsables* por parte de muchos profesionales (o sus secretarios/as) que recetan indiscriminadamente los medicamentos. Finalmente, se verá cómo funcionan las campañas de marketing de los grandes laboratorios y cómo inciden en la población en general.

En segundo lugar, se estudiara la otra cara de la moneda, la *oferta idealizadora capitalista*, en relación al consumo racional de psicofármacos en la Argentina. El uso del término *consumo* no es para nada accidental. Los psicofármacos, en la posmodernidad, se convirtieron en un producto de consumo que apunta a mejorar las cualidades y aptitudes que le resultan necesarias al individuo que intenta desenvolverse en la sociedad urbana actual. De este modo, promesas de *milagros* por parte de la ciencia y soluciones automáticas a problemas psicológicos persistentes salen al escenario. Diferentes estudios y recopilaciones de experiencias demuestran cómo los psicofármacos nos están cambiando la vida. Además, al analizar diferentes campañas de marketing o los mecanismos utilizados por la industria farmacológica (de un importante papel en esta línea de pensamiento idealizadora), que intentarán generar opiniones favorables y hacer más rentables sus negocios, podremos inferir su vinculación con las ideas de *expendio y uso racional*.

En tercer lugar, se recopilarán datos provenientes de estudios científicos sobre el uso y abuso de psicofármacos, y la forma en que éstos se vinculan con la idea de *expendio y uso racional*. De esta manera se pretende confrontar la información provista por los *factores psicosociales* en sus dos vertientes con la información proveniente del ámbito académico/científico que debería regular las nociones de racionalidad en el expendio y en el uso, en el marco de la sociedad contemporánea Argentina.

Finalmente, se desarrollaran las conclusiones derivadas a partir de la elaboración del presente trabajo, con el fin de colegir la información puesta a disposición por los diversos autores, y de esta manera sintetizar las cosas como se presentan realmente para conseguir distinguir dentro del ámbito del expendio y uso de psicofármacos en la Argentina, aquello que “es”, de lo que “no es”, y de lo que “podría ser”.

La relevancia del presente trabajo reside en recopilar los aportes de los diferentes autores respecto al tema presentado, a fin de lograr una mayor comprensión sobre un tema de notable preeminencia y actualidad.

La presente investigación no pretende profundizar sobre la temática más allá de la incumbencia que tiene como factor social que atraviesa transversalmente las dos posturas que se presentan. Por tal motivo, excede a los propósitos del presente trabajo el profundizar sobre clasificaciones y modos de funcionamiento de los psicofármacos en su abundante variedad, siendo ellos mencionados únicamente con fines esquemáticos; y en relación al uso y expendio de los mismos en la Argentina. Por otro lado, la mención de estados psicopatológicos o de carácter clínico se harán teniendo en consideración que el lector conoce sobre los mismos, y por lo tanto, no se realizará una descripción de sus características. El interés de este trabajo estará enfocado en la descripción de la relación existente entre los factores psicosociales y el expendio y uso racional de psicofármacos en la Argentina.

CAPÍTULO 1: DISCURSO CIRCUNDANTE DEMONIZADOR.

Se entiende por *discurso circundante demonizador* al agrupamiento de todos los miedos, mitos y prejuicios escondidos detrás de la conceptualización popular de lo que significa un psicofármaco en sí mismo, y lo que representa el hecho de consumirlo. Dicho concepto se ha generado a partir de la necesidad de contar con un marco de referencia que permita evaluar el aspecto negativo del consumo de psicofármacos, con el fin de analizar, posteriormente, su relación con el expendio y uso racional de los mismos en la Argentina.

Son ampliamente recurrentes las experiencias de consumo de psicofármacos en la Argentina; y más aún, la gran mayoría de quienes habitan el país tienen parientes, amigos o conocidos que utilizan o utilizaron algún tipo de fármaco. Pero, ¿qué tan familiarizados estamos con los psicofármacos? Muchas veces se escuchan comentarios del tipo “Hoy no tomé/tomó la pastilla” o “Este vive empastillado”, y realmente no se sabe a ciencia cierta qué es lo que provocan estos medicamentos ni que es lo que el uso de los mismos implica dentro de una red de relaciones bastante más compleja de lo que parece.

¿Cuáles son las razones que provocan la imagen negativa de los psicofármacos en el país? ¿A qué se debe el *discurso circundante demonizador*?

En primer lugar, siguiendo a Shapira (2009) podemos identificar el origen del discurso circundante demonizador en relación a la estigmatización de los trastornos/enfermedades mentales. Dichas condiciones, según Law (2006), han sido creadas por los grandes laboratorios. A su vez, titulares como *Cada vez hay más asaltos a farmacias para abastecerse (...) Los Remedios que consumen los delincuentes para salir a robar*¹, por citar sólo un ejemplo, generan el vínculo directo entre los medicamentos y la delincuencia o la inseguridad percibida en el país.

Por otro lado la desinformación y el desconocimiento de los avances en materia de investigación o la información *opacada* por promesas de *soluciones milagrosas* derivada de las campañas de marketing de los grandes laboratorios. El uso racional estaría en este sentido vinculado con la necesidad de reducir la opacidad de la información, lograr un acceso regularizado a este tipo de fármacos. Lakoff (2003) apunta que “las mismas drogas que en Norteamérica se asocian a intervenciones de la condición biológica de la *depresión*, en Argentina son ampliamente usadas como tratamiento para un estrés socialmente inducido” (Lakoff, 2003, pág.38).

Corporaciones multinacionales promocionan sus *novedades* (nuevas moléculas, nuevos usos a moléculas anteriores), destinadas a resolver los problemas de la sociedad contemporánea (estrés, ansiedad, angustia, ataques de pánico, fobia social, etc.) permitiendo al individuo enfrentar los requerimientos de las grandes urbes globalizadas, es decir, zonas en las que un mayor porcentaje de la población consume psicofármacos (Law, 2009; Pignarre, 2005).

En el libro *La Argentina ansiolítica*, Shapira (2009) recopila una serie de casos testimoniales que de algún modo representan casos ejemplares de acercamiento a los psicofármacos, y se formulan cuestionamientos tales como porque es que hasta el día de hoy se sigue estigmatizando a aquellos sujetos que los consumen. En dichos testimonios se encuentran algunos casos en los que se destaca el factor social en relación a la vertiente demonizadora del uso de psicofármacos. Se observa que parte de la *demonización* del uso de psicofármacos radica en la constitución de un imaginario social vinculado a la anormalidad. Según uno de los testimonios, por ejemplo, para el paciente “era difícil mostrar que uno tenía un problema psiquiátrico y que los demás lo juzgaran. Los demás pensaban que estabas loco. O, por lo menos, que no eras una persona normal” (Shapira, 2009, pág. 58).

La urbanización y la globalización del Siglo XXI es, para muchos, la causa de la vertiginosidad de la vida cotidiana de muchas personas. Es por este motivo, según Bongers y Olbrich (2006), que la ansiedad, la depresión, el Síndrome de Déficit de Atención (ADD) o el estrés son consideradas como *enfermedades de época*.

¹ Diario Popular. 5 de Diciembre de 2010. Pág. 15

En este sentido, Carpintero (2007) agrega que en el año 2007 se observa por primera vez que existen más habitantes en zonas urbanas, que aquellos que viven en zonas rurales. Poder sostener una calidad de vida lograda es la lucha diaria de muchos empleados y empresarios, habitantes de las urbes posmodernas.

Siguiendo los lineamientos planteados por Shapira (2009), una particularidad de la era posmoderna, es la individualización de las soluciones, es decir, cada uno lucha por su propio bienestar, y las soluciones químicas resultan ideales en este marco. De todas maneras, el vínculo que existe entre *medicamento* y *enfermedad* genera una imagen negativa de la persona que utiliza los psicofármacos, con el aditivo de que se trataría de una *enfermedad mental*, cuestión mucho más difícil de asumir que una enfermedad infecciosa o un problema digestivo a la hora de justificar una licencia en el trabajo o el uso de la medicación.

Otra de las razones que argumenta la autora es justamente la complejidad del órgano afectado por los psicofármacos. Se puede ver en las neurociencias cómo el paradigma que proponía una división entre cada parte del cerebro relacionada a una función en particular, está girando hacia una concepción más articulada y compleja del funcionamiento cerebral. Por otro lado, la idea de sistema binario, cae ante la de un sistema de modulación, mucho más complejo, en la que se plantea la existencia de *tres cerebros*, el cognitivo, el ejecutivo y el emocional, todos intercomunicados e interdependientes.

Según la autora, trabajar sobre las emociones mediante químicos, buscar un mejor rendimiento académico o laboral a partir de la supresión de los síntomas causados por malestares emocionales. La falta de certidumbre en relación a los efectos colaterales, o al funcionamiento de los medicamentos genera un marco de duda, de incertidumbre, otra característica sumamente negativa para la imagen de los psicofármacos y de los consumidores.

Es imposible evadir además la idea de *higiene mental*, y son muy diversos los mecanismos utilizados por las personas para intentar lograr este ansiado estado. Todo tipo de terapias *estabilizadoras* o *armonizadoras*, con diferentes fundamentos y raíces, chocan contra la idea de medicar el cerebro para lograr algo que debería ser una capacidad del ser humano. Se sabe también que el cuerpo genera tolerancia, principalmente en los medicamentos de efecto rápido, por lo que a lo largo del tratamiento, el cuerpo necesita cada vez más medicamentos. Sumando a esto la dependencia que mencionábamos anteriormente (en el caso de las benzodiazepinas) tenemos varias razones para que estas personas sean reacias a los tratamientos químicos por considerar que el ser humano debe ser capaz de controlar esos estados (Shapira, 2009).

Por otro lado, la idealización de la juventud, que se enfoca en el aquí y ahora, reinando la espontaneidad y lo inmediato genera rechazo muchas veces a los tratamientos de efecto tardío, ya que tienen la desventaja de que tienen que esperar aproximadamente un mes para que el tratamiento permita percibir sus efectos. Además, muchas veces, la utilización de determinados medicamentos *off label*² vincula muchos medicamentos con enfermedades y padecimientos de la vejez, por lo que la carga psicológica que puede producir en ciertos pacientes está vinculada también con la idea de la vejez, una de las mayores preocupaciones del este ser humano posmoderno (Shapira, 2009).

Según Shapira (2009), la idea de Libertad y Libre Albedrío se ve afectada también por la utilización de los psicofármacos, ya que están pensados para que uno actúe de una manera determinada y no de otra. La seguridad de antaño en relación al trabajo y la economía se vio fuertemente afectada por las numerosas crisis que presentó el sistema imperante en los últimos años. De esta manera, las exigencias sociales provocan un aumento en el consumo, a la vez que cierta estigmatización es percibida por los consumidores de psicofármacos por parte de otras personas (compañeros de trabajo, jefes, amigos, familiares, etc.).

Otro de los testimonios a los que hace mención la autora, es el caso de un joven que afirma no haber notado la potencia de los fármacos hasta que no los dejó de utilizar, sintiendo un retorno al punto de partida a pesar de la psicoterapia y el tratamiento. El mayor problema con el que se encontró el consumidor fue el de "ver la vida a través de un vidrio" (Shapira, 2009, pág. 94). Esto lo hacía sentir desafectado; y

² Es decir, medicamentos descubiertos con un fin determinado, con una nueva utilidad encontrada en estudios posteriores.

consideraba que eso provocaba una alteración en la vida, una modificación en la capacidad de reacción y en la forma de aceptar ciertas circunstancias de la vida. De hecho, el paciente afirma que la medicación generaba que se aislen sus emociones, lo que vivenciaba como un empobrecimiento del ser humano, cierta alienación que no permite vivir plenamente. Además, vuelve a reproducirse el problema de la abstinencia y la dependencia psíquica y física que provocan cierto tipo de fármacos.

La individualización de la posmodernidad, el anonimato, la soledad se ven como causantes de la decisión de tomar algún tipo de medicamentos o iniciar una terapia, sin embargo, muchas personas ven a los psicofármacos como muletas, que sólo servirían para resolver provisoriamente un problema de mayor profundidad, y hasta llegan a convertirse en una molestia cuando (por ejemplo) en una pareja, uno de los miembros no está totalmente de acuerdo con que el otro consuma algún tipo de fármacos para sobrellevar determinados problemas. Lo mismo sucede con el círculo familiar, que muchas veces desconoce realmente lo que implican los fármacos, o que es exactamente lo que hacen.

Un caso interesante para analizar, es el del humorista argentino Diego Capusotto, en su programa “Peter Capusotto y sus videos” realiza un sketch, titulado “*Nicolino Roche y los Pasteros Verdes*” en el que los personajes ven afectadas sus capacidades debido al abuso de los psicofármacos. Los distintos personajes del sketch presentan diferentes estados vinculados a los efectos secundarios de muchos medicamentos de uso común en la Argentina. Una dura crítica, realizada desde el humor, es indudablemente capaz de crear algún tipo de *imagen* u *opinión* en las personas.

La revisión de la información presentada en este primer apartado nos permite dilucidar un panorama bastante claro sobre una de las principales causantes de un discurso circundante demonizador, por lo que el análisis de los medios que proporcionan la información resulta de vital importancia para la investigación.

CAPÍTULO 1.1: ¿DE DÓNDE PROVIENE LA INFORMACIÓN QUE LLEGA A LOS PACIENTES/USUARIOS DE LOS PSICOFÁRMACOS?

Según algunos autores, la información vinculada a los medicamentos proviene mayormente de quienes los fabrican, quedando claro por supuesto que se trata de una fuente naturalmente sesgada por intereses más comerciales que sanitarios. En este sentido, los autores indican que la industria farmacéutica en su conjunto invierte una cifra situada entre el 15 y 25% de su presupuesto global en actividades publicitarias, derivándose de ésa misma cantidad un 60% a la visita médica, un 12% al reparto de muestras, un 7% a anuncios enviados a través del correo, un 8% a actividades científicas más sociales como congresos o reuniones, y finalmente un 5% a documentos en relación a los mismos y su consecuente material bibliográfico (García, López, Aguirre, Roitter & Milone, s/f).

Los autores anteriormente citados advierten a su vez lo delicado de que teniendo en cuenta el papel crucial que ocupan en la formación médica que es permanente, los congresos o actividades científicas de ésta índole, que en mayor medida estos sean *patrocinados* por la industria farmacéutica, implicando necesariamente que en porcentajes más que relevantes, la *formación-información* se verá casi con certeza, sesgada.

Para comprender la compleja red que afecta a la información que llega a los *consumidores*, se hará referencia a algunos de “los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica” (Carpintero, 2007, pág. 2); es decir a la medicalización de la vida cotidiana.

Actualmente existen dos vías fundamentales que permiten generar información acerca de los psicofármacos, la que inicia en la investigación académica, enmarcada en universidades y centros de investigación dependientes de las mismas y la que tiene su raíz en la *investigación industrial*, realizada por los grandes laboratorios. En su publicación, Carpintero (2007) afirma que “las grandes industrias redefinen la salud humana acorde a una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante” (Carpintero, 2007, pág. 2).

La constitución de *factores de riesgo* o la creación de nuevas enfermedades que dan lugar al ofrecimiento de sus respectivas curas y soluciones, son tarea continua de los expertos en salud mental de los laboratorios (Law, 2006).

A partir de la individualización de la vida cotidiana en las urbes, vinculada con los ideales de independencia y exaltación del ego, se da una resignificación médica de circunstancias cotidianas que convierten al sujeto en pasible de enfermedad, culpable de su padecimiento y responsable único de resolverla. Procesos normales de la vida humana, tales como el nacimiento, la adolescencia, la vejez, el dolor, la sexualidad o la muerte se presentan como patologías que deben ser tratadas con determinados medicamentos producidos por los laboratorios (Carpintero, 2007; Faraone, Barcala, Bianchi, & Torricelli, 2009; Law, 2006; Pignarre, 2005; Shapira, 2009).

La estigmatización es otra de las razones que encontramos en los testimoniales de la autora anteriormente citada a la hora de justificar el uso de psicofármacos. Ya no es una problemática de las grandes urbes, en las que el anonimato suele ser la norma, sino en las ciudades pequeñas y los pueblos en que la vida se hace pública, al menos, en el imaginario de los propios habitantes. En estos casos, en los que el *qué dirán* limita el accionar de las personas o provoca ansiedades que no se pueden controlar, la opción de los ansiolíticos es tenida en cuenta frecuentemente. En este sentido, estamos ante una de las causas sociales del consumo, en el que se justifica la utilización de químicos para proveer la capacidad de *rendimiento* requerida por el contexto sociocultural dándose nuevamente el caso de la regulación subjetiva e individual ante una demanda colectiva vinculada con el *estilo de vida* (Shapira, 2009).

Resulta de sorprendente coincidencia en el pensamiento científico que la información proporcionada por los laboratorios está más vinculada con el marketing y la rentabilidad de sus productos, por lo que varían las indicaciones de uso de determinadas moléculas, o cambian los valores *normales* de varios parámetros fisiológicos para construir los nuevos *factores de riesgo*. Los suplementos de salud, muchas veces financiados por laboratorios, tienen información que varía continuamente, de manera que se convierte al individuo en un *enfermo imaginario*, que pueden consumir determinados medicamentos o tecnología médica vinculada con las nuevas problemáticas sanitarias. A su vez, el marketing domina ampliamente en el campo de la epidemiología, por lo que una compleja red de intereses modifica las relaciones entre el médico y el paciente y las que se dan entre el consumidor y la medicina, provocando un aumento en la automedicación.

Los grandes laboratorios, cuyos volúmenes de ventas son de miles de millones de dólares al año, lanzan campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación, que ofrecen los beneficios de los nuevos medicamentos ubicándolos en posiciones similares a cualquier otro producto de consumo dentro del imaginario del colectivo más apegado al consumo. Por ejemplo, según estudios realizados, es en la clase media y la clase alta donde se observa una mayor frecuencia de consumo de ansiolíticos y antidepresivos (Álvarez et al., 2007).

De esta manera, la ingesta de remedios se ha naturalizado totalmente, aceptada como una elección de *modo de vida*, provocando una crisis paradigmática en la psicofarmacología, que vira hacia la constitución de los conceptos de *Lifestyle Medicine* o *Lifestyle Drugs*³, aludiendo a aquellos medicamentos que se constituyen como drogas para el estilo de vida. (Carpintero, 2007; Law, 2005; Pignarre, 2005). Vemos de este modo como mucha de la información que llega al paciente (devenido en cliente) está más vinculada a los profesionales del marketing y al comunicación que a los vinculados directamente con la salud mental.

Las campañas de marketing están íntimamente vinculadas con el ámbito profesional de la psiquiatría. En este sentido, Pavlovsky (2006a) evidencia los mecanismos mercadotécnicos utilizados por la industria farmacéutica. Un punto clave de la distribución de la información (y de los medicamentos) son los profesionales capacitados para recetar los psicofármacos. En dicho artículo, el autor afirma que “los laboratorios no le venden a los pacientes sus moléculas, tienen claro que es a los médicos a los que hay que convencer” (Pavlovsky, 2006a, pág. 2). Podemos establecer de esta manera, *dos canales* por los que circula la información que proviene de la industria, los *mass media* y los *visitadores médicos*.

³ El concepto de “*Lifestyle Medicine*”, en español Medicina del estilo de vida; y el concepto de “*Lifestyle Drugs*”, en español Drogas del estilo de vida, serán pertinentemente desarrolladas en el Capítulo 2.

En este sentido, resulta interesante la frase de Alfred Hitchcock, famoso cineasta, quien señala que “la televisión ha hecho mucho por la psiquiatría; no sólo ha difundido su existencia sino que a contribuido a hacerla necesaria” (citado en Shapira, 2009, pág. 163). Una declaración del popular cantautor Andrés Calamaro, quién enfrentó una causa por las declaraciones vinculadas a las drogas ilegales, afirma que “leer el papel que viene adentro de la caja de *Rivotril* es mucho más duro y mucho más oscuro que la canción *Freaks*. Te puedo asegurar que es tan dura como las drogas duras. Pero es legal, mata, es legal” (citado en Shapira, 2009, pág. 194). Es importante destacar que este tipo de opiniones y opinadores, tienen una gran influencia sobre un gran porcentaje de la población (principalmente entre los más jóvenes), por lo que se genera una imagen *demonizadora* a los medicamentos mediante su vinculación directa con la muerte.

Los periódicos impresos vienen alertando desde hace varios años un incremento en el consumo de psicofármacos, denominándolos drogas sociales. En la nota se afirmaba que casi el 10% de los medicamentos vendidos bajo receta eran *modificadores de la conducta*, principalmente tranquilizantes. Más adelante en el estudio se hará foco en los datos estadísticos existentes en la materia. En este punto, lo interesante para destacar en esta nota, es que se relaciona directamente el consumo de psicofármacos con el consumo de otras drogas ilegales, por lo que el consumo descontrolado (debido a mercados paralelos o sobreprescripción) traería aparejados problemas sociales en diversos campos, incluyendo el narcotráfico y las adicciones. De esta manera, se vuelve a vincular a los psicofármacos con distintos tipos de situaciones delictivas o conflictivas (García Terán, 2003).

Otro caso conocido y de gran repercusión en varios medios de comunicación fue el del José Abadi, psicoanalista para algunos medios, psiquiatra para otros, acusado de *lavarles el cerebro* a familias de alto nivel económico para obtener un beneficio material, mediante técnicas de manipulación. Historias que parecen ficción, generan cargas simbólicas negativas sobre la profesión y generan sombras sobre los posibles alcances que pueden tener los tratamientos (Abiad, 2002; Urien Berri, 2006). Muchas personas, inclusive algunas religiones o posturas filosóficas se oponen absolutamente al uso de medicamentos para regular los estados de ánimo, y hasta para curar enfermedades de cualquier tipo.

Los visitantes médicos, por su parte, se encargan de promocionar las moléculas directamente a los psiquiatras, ofreciendo distintos tipos de premios a aquellos profesionales que recetaran en mayor medida sus productos, práctica que incluye *auditorías* y seguimiento de los *mejores recetadores* (Pavlovsky, 2006b). Este marketing selectivo está basado fundamentalmente en estrategias de mercadotecnia que dificultan la transparencia en el sistema de salud mental del país, por lo que para los más escépticos ante la aparente supremacía de los fármacos, resulta fácil encontrar testimonios que evidencian una sofisticada red que regula el expendio de medicamentos cuyo único fin es asegurar la rentabilidad de los laboratorios que los producen. Como parte del mecanismo participan visitantes médicos, psiquiatras en oficio que recetan, analistas de marketing de los laboratorios y médicos investigadores que exponen en los diferentes congresos de psiquiatría en el país y en el mundo gestionados por los diferentes laboratorios.

¿Quién o quiénes hablan en estos congresos?, ¿Cómo son elegidos los voceros de *lo nuevo*?, ¿A qué intereses responden, siendo que estos congresos son gestionados completamente por los laboratorios multinacionales? En varios estudios se pueden encontrar los *líderes de opinión*, generadores de tendencias en favor de una u otra cápsula para un determinado tratamiento, proveniente de uno u otro laboratorio, según sus acuerdos respectivos (Lakoff, 2003).

CAPITULO 1.2: EL NEGOCIO DE LOS LABORATORIOS MULTINACIONALES

Desde 1935, con el descubrimiento de las propiedades de las sulfamidas (el prontosil, sintetizada en 1935, que será utilizada luego para tratar la sífilis) comienza un período en el que los descubrimientos científicos en el área terapéutica son considerados una revolución que se extenderá cuarenta años. En este período, denominado Revolución Terapéutica, se descubrieron también: la penicilina (1941), los antibióticos (1943), la cortisona (1949), los psicotrópicos (1952), la vacuna antipolio (1955), el factor VIII (1958), la píldora anticonceptiva (1960), los antihipertensores (1964) y la heparina (1974). A su vez, el método del *Screening*, será utilizado desde el prontosil hasta la actualidad en materia de investigación,

tanto para nuevas moléculas desarrolladas con las nuevas tecnologías cuanto para descubrir nuevos usos de las viejas moléculas (Pignarre, 2005).

Podemos ubicar entonces la piedra fundamental de la psicofarmacología moderna el año 1952, y la fenotiazina *clorpromazina*, el primer antipsicótico, es la que abre camino a un nuevo *paradigma* en la clínica psiquiátrica (Levin, 2007). Este psicotrópico logró mejorar de forma espectacular el estado de los pacientes esquizofrénicos. Durante las siguientes dos décadas, los estudios en el área relacionaron la acción de los neurolépticos con la dopamina, sustancia existente en el cerebro. Es a finales de la década del '60 que las sales de litio son comercializadas para tratar las psicosis maniaco-depresivas. Durante este período, los psicofármacos eran utilizados específicamente para el tratamiento de pacientes con enfermedades neurológicas como la psicosis maniaco-depresiva, la esquizofrenia, los trastornos obsesivo-compulsivos, etc. (Pignarre, 2005).

Los accidentes sucedidos en este período (1935-1975), debidos principalmente a la falta de control sobre los nuevos medicamentos puestos en el mercado (entre 70 y 100 nuevos medicamentos cada año durante la década de 1960), obligaron a los estados a controlar a la industria farmacológica y surgen, al principio, controles de toxicidad y luego los ensayos clínicos. Más adelante, estos controles quedan delegados a las propias industrias (Pignarre, 2005). De esta manera, los controles y la circulación de la información quedan en manos de la industria, generando así una hegemonía total sobre la información al respecto.

El escándalo en que se vio involucrada la industria farmacéutica en 1997, año en el que el gobierno sudafricano promulgó una ley que permitía la producción y exportación de genéricos que copian medicamentos todavía protegidos por patentes y treinta y nueve de los más grandes laboratorios denunciaron a ese país por violación de los acuerdos internacionales.

Según Lakoff (2003) en agosto del 2001, en Argentina, comenzó a circular a través de diversos diarios campañas con información respecto de los trastornos de ansiedad. En dicha campaña, conocida como *la semana de los desordenes de ansiedad*, se le informaba a los ciudadanos que un cuarto de la población sufría de dichos desordenes; y se fomentaba que los mismos acudieran a los hospitales a fin de poder consultar con un especialista. Esta campaña fue altamente exitosa. Lo que se obvio fue informar que dicha campaña fue co-financiada por el laboratorio nacional Bagó, laboratorio que a su vez comercializaba una variante del psicofármaco alprazolam (un conocido ansiolítico). No es un dato menor que en Argentina dicho psicofármaco no era de venta libre, razón por la cual las ventas solo podían ser realizadas si los médicos la recetaban.

Dicho estudio demuestra como en nuestro país, la tendencia de los laboratorios no se encontraba enfocada en la investigación médica, sino que las inversiones estaban destinadas a las grandes campañas de marketing.

Pavlovsky (2006b), en el artículo "Fiestas para psiquiatras", hace alusión a los mecanismos utilizados por los laboratorios para *promocionar* sus nuevas moléculas, mediante premios, regalos o becas a los especialistas, a cambio de recetar el medicamento de su laboratorio.

En el estudio realizado por Pignarre (2005), se pueden observar que las diversas modificaciones que se fueron dando en la legislación vinculada a la comercialización de psicofármacos a lo largo de la historia, ya sea debido a los accidentes provocados por el uso, a la extensión de los ensayos clínicos y su costo creciente o a la reducción de la capacidad de obtener nuevas moléculas cada año provoca la aparición de la ley de *rendimientos decrecientes*. Este concepto comienza a figurar tanto por los observadores externos, como por miembros de los grandes laboratorios.

En consonancia con sus postulados anteriormente citados, el autor hace alusión a que los nuevos descubrimientos apuntan a mejorar en bajos porcentajes la efectividad de los predecesores, por lo cual resulta necesario un mayor número de pacientes tratados durante el ensayo clínico. Esto, además de provocar un importante retraso en la aprobación de la nueva molécula, aumenta de manera considerable los costos de investigación y desarrollo, por lo que los laboratorios deberían estar produciendo entre dos y cuatro moléculas nuevas por año, teniendo en realidad una capacidad de lanzar una o dos cada dos años.

En este sentido, se habrá de tener en cuenta el impacto de los líderes de opinión, que son quienes publican y difunden la información obtenida de dichas investigaciones. En este sentido, se reconoce la importancia del papel de los profesionales de la salud, de los laboratorios y de los estados.

CAPÍTULO 1.3: LA ACADEMIZACIÓN DEL MARKETING

¿Qué es lo que promocionan los laboratorios?, ¿Cómo se selecciona a los *líderes de opinión*?, ¿Quién los selecciona? Son algunos lineamientos que se intentara abordar a partir de su rol clave para la comprensión cabal de la marketización de la salud, la academización del marketing y el consumo de psicofármacos en la Argentina.

González Pardo y Pérez Álvarez (2007), señalan que “el marketing psicofarmacéutico puede desarrollarse a costa de convertir a potenciales clientes en pacientes, habida cuenta de que la definición de pacientes justifica mejor el consumo del preparado” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007, pág. 40).

Lo que se denomina *academización del marketing*, tiene que ver fundamentalmente con los aspectos vinculados a la selección de los líderes de opinión, que se realiza mediante diferentes procedimientos. En este sentido, los grandes laboratorios trabajan con profesionales de mucho prestigio, ya que los mismos suelen establecer tendencias en el uso de psicofármacos; porque son reconocidos como voceros o tienen poder para decidir sobre las compras de medicamentos en hospitales, o porque los mismos participan en importantes asociaciones psiquiátricas (Lipovich, 2004). La función de estos líderes de opinión es la de llevar la información que los laboratorios necesitan comunicar a los demás profesionales de la salud mental. Esta transmisión ocurre fundamentalmente en seminarios, simposios o publicaciones de literatura científica patrocinadas por empresas pertenecientes a la industria farmacéutica.

Se nombró anteriormente a los recetadores, a quienes iban dirigidas las estrategias de marketing principales. Los líderes de opinión, en cambio, reciben un tratamiento especial, y el encargado de entablar las alianzas con el líder de opinión no es ya el visitador médico o agente de propaganda medica (APM), sino el director de ventas o el gerente de productos.

El tipo de publicaciones que hacen los laboratorios a través de los líderes de opinión, según expresa Lakoff (2003) en su investigación realizada en Argentina, son presentadas en las universidades por funcionarios de las empresas. En dicha investigación, el autor hace referencia a un libro de psicofarmacología elaborado por un conocido y respetado *líder de opinión*, que fue presentado en la Universidad de Buenos Aires por el jefe de farmacología de la empresa Organon, patrocinadora de la publicación.

Los estudios clínicos experimentales parecieran tener propósitos más de índole promocional de las nuevas moléculas de algún laboratorio que de investigación relacionada con la eficacia de la droga. Presentando los nuevos estudios financiados por los laboratorios, en eventos científicos de nivel internacional, es como logran vislumbrar a los posibles líderes de opinión emergentes. Aquí nos encontramos con una nueva controversia dentro del sistema de salud Argentino. ¿Es ético realizar *estudios clínicos* con el propósito de promoción?, la respuesta depende quizá de las condiciones en que los pacientes son informados de su participación en los estudios (como es ley) o la capacidad de comprender cabalmente a lo que se expone el paciente al recibir el nuevo tratamiento para decidir su participación a total conciencia. Otra sombra para la reputación de los psicofármacos, más allá de que, como se observa en este estudio, numerosos caminos llevan a los individuos a convertirse en consumidores de algún tipo de psicofármaco.

Aquí nos encontramos con el mayor de los problemas relacionado al uso y consumo racional de psicofármacos, desde la perspectiva crítica hacia los mismos: ¿Quién define los factores de riesgo que crean los nuevos trastornos?, ¿En base a que parámetros se define un rendimiento *óptimo*?

Podría decirse que no lo definen sólo los médicos y profesionales de la salud. Los factores sociales que, como se vio, intervienen en la definición de los trastornos, son muy variables y una campaña de marketing es capaz de proveer de un impulso notorio a la generación de epidemias de algunos trastornos. De igual modo, muchas veces los síntomas de la sociedad se reflejan en el individuo a modo de

chivo expiatorio o *representante indirecto*; y es a ellos a quienes se aplica una solución directa, mediante procesos químicos internos del cuerpo que se ven modificados por un agente externo (el psicofármaco).

CAPÍTULO 1.4: LA RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES

En la publicación de Pavlovsky (2006a), el autor reconoce la influencia de los laboratorios sobre la práctica profesional mediante la promoción de las moléculas. Viajes a congresos, becas, *fiestas para psiquiatras*, cenas, almuerzos, e inclusive incentivos en efectivo son computados como gastos de promoción e investigación en los grandes laboratorios. El marketing más directo de las moléculas recae sobre el profesional capacitado para recetarlas.

Los visitantes médicos entregan muestras gratis, realizan auditorías, ofrecen explícita o implícitamente los diferentes beneficios que obtendría el psiquiatra por recetar una u otra molécula o composición, producida por el laboratorio que financiará los viajes y estadías a los congresos, obsequios, agasajos, etc. Además, la capacidad de obtener la información de venta de medicamentos proporcionada por empresas de marketing o comprando a las farmacias los registros (método de composición de las mencionadas auditorías). Pavlovsky (2006a) aclara que esta práctica viola las leyes vigentes de privacidad.

Al respecto, algunos autores hicieron referencia a los conflictos de intereses que se generaron en los centros académicos de medicina. Una de las cuestiones más fuertes a las que se refieren es a que la industria farmacéutica gasta aproximadamente 19 billones de dólares anualmente en marketing para los médicos. Los *regalos* generan una obligación recíproca que opera como una fuerza poderosa, y las compañías lo saben. El director del centro de ética biomédica de Stanford David Magnus se refirió a ello y agregó que las nuevas normativas al respecto apuntaban a desalentar la práctica en los centros médicos (Kordon, Lipovetzky & Escudero, 2006).

Los informes, artículos e incluso libros que hacen referencia a esta práctica, aportan nuevas dudas que, en el campo de la salud, implican una imagen sumamente negativa, principalmente para las personas que consideran que el campo de la salud no debería estar regido por el mercado y el capitalismo. Sin embargo, como se pueden observar en los testimonios analizados, la automedicación o la recomendación por parte de algún familiar o amigo son bastante frecuentes en la Argentina, por lo que no sería justo invertir de toda responsabilidad a los profesionales habilitados para recetar.

En este sentido, muchos de los fármacos mencionados en el presente trabajo, llegan a los usuarios/consumidores, sin pasar previamente por la visita a un profesional. Por ello, resulta válido pensar que las acciones que se podrían llevar a cabo para mejorar el estado de consumo, y racionalizar el uso de este tipo de medicamentos, excede a los laboratorios, a los psiquiatras y a los médicos que los recetan, siendo este un aspecto sumamente importante que será posteriormente ampliado en el capítulo 3.

Se presenta como algo facilista el permitirnos la ingenuidad de creer que todo el peso de esta responsabilidad recae sobre estos actores. Tanto los medios de comunicación, como los sistemas que los regulan, deberían considerar el impacto que puede provocar la publicidad de psicofármacos entendidos como *soluciones milagrosas* o mejoradoras del *estilo de vida*. Además, las campañas patrocinadas por los laboratorios, pueden llevar a cierta *paranoia colectiva*, generando una sobremedicación vinculada con la falta de claridad en los diagnósticos.

Cabe preguntarnos en este sentido, nuevamente, ¿es correcto aplicar un ansiolítico ante la presencia de ansiedad socialmente inducida?, la incertidumbre vivida en algunos períodos de crisis del país, que provocan angustia, ansiedad, depresión, ¿son resueltos aplicando medicación que regula al sujeto químicamente? Sin embargo, resulta de común consenso lo crucial de la primacía de un uso racional, utilizando los medicamentos en la medida de lo realmente necesario, sin *medicamentarizar* la vida de las personas.

CAPÍTULO 1.5: ¿CÓMO LLEGAN LOS PSICOFÁRMACOS A LOS PACIENTES?

En el estudio de los casos, se observa que las razones por las que un psicofármaco llega a manos de un nuevo usuario son variadas. Se resumirá a continuación, los principales caminos por los que un paciente llega a los psicofármacos por primera vez, según lo aportado por diferentes estudios realizados en el país.

Según diversos autores es posible identificar las maneras en que los medicamentos llegan a los usuarios. Se distinguen además las diferentes condiciones socioeconómicas como factores que determinan los patrones de consumo de diferentes maneras. El nivel de educación alcanzado, la capacidad para pagar las consultas o determinados tratamientos, pertenecer a determinados círculos son algunos de los parámetros utilizados para investigar como los psicofármacos pueden aparecer en la vida de las personas (Álvarez et al., 2007).

A continuación, se describirán brevemente los seis patrones de consumo planteados por los autores anteriormente citados, con el fin de arrojar luz sobre cierta especificidad con la que es posible distinguir los variados orígenes de la automedicación.

1. El Autodidacta:

Práctica representativa de un gran grupo de mujeres y hombres pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio y medio alto, con mayor capital educativo, son capaces de apropiarse de la información que llega a ellos. En el caso de las mujeres, generalmente existe alguna intervención del médico, según los testimonios. Muchas veces, concurren al médico sólo al inicio del tratamiento, otras afirman ir *de vez en cuando*. Sin embargo, la automedicación basada en información obtenida de Internet, diarios, revistas de distinto tipo o la televisión, es uno de los factores de riesgo más comunes en la denominada *medicalización de la vida cotidiana*. Además de los medios de comunicación, relaciones con diferentes personas que consumen algún tipo de psicofármaco puede proveer la información *suficiente* para que un *autodidacta* inicie un *tratamiento*. Hay que tener en cuenta aquí que muchas veces se trata de sintomatizar los estados de ánimo fundamentándose muchas veces en algunos de los *malestares de moda*.

El informarse a su vez sobre el funcionamiento de la industria farmacéutica, o logrando percibir el sentido de las campañas publicitarias, esta tendencia a la automedicación permite a los críticos de este *estilo de vida medicalizado* demonizar las prácticas realizadas en pos de la producción, las ventas y las ganancias. De esta manera vemos que no es sólo la ignorancia la que genera una idea negativa en relación a los fármacos. En estos casos, el paciente se muestra informado ante el profesional, y exige una participación activa en la toma de decisiones. La *autoregulación* muchas veces se ve acompañada del accionar médico tendiente, según varios testimonios, a fomentar la práctica. Aclara el informe que esto puede variar desde el respeto y reconocimiento por parte del profesional hacia el paciente, como un sujeto responsable de su salud, hasta una promoción basada en una transferencia de saberes insuficientes por parte del médico o la puesta en práctica de la metodología de *ensayo y error*.

2. El farmacéutico “amigo”:

La legislación actual indica que los psicotrópicos deben venderse sólo bajo receta, existen diversas maneras de vínculo directo con el farmacéutico para conseguir los medicamentos. En el informe se explicitan diversas estrategias de los usuarios para conseguir los medicamentos, y se afirma que muchas veces el vínculo que existe entre el *paciente* y el farmacéutico es de vecindad, familiaridad o amistad. A su vez, el farmacéutico es considerado una *voz autorizada* en medio camino entre el médico y el saber popular.

Sea mediante los pedidos reiterados desde el lugar de trabajo, o mediante estrategias de complicidad entre el usuario y el farmacéutico, esta práctica se considera un *mal uso* de los medicamentos, ya que muchas veces, el prospecto no llega al paciente o se le resta importancia a la intervención de un médico.

3. Por recomendación:

Vimos en los casos analizados con anterioridad, y nuevamente en el informe, que el *boca en boca* es un medio de difusión de información en relación a los psicofármacos. Un familiar o un amigo pueden recomendar determinado medicamento, al ver al otro en alguna situación similar. La falta de tiempo, recursos económicos u otras dificultades para ir al médico son medios para justificar la práctica de la automedicación. La información que circula de esta manera tiene que ver tanto con el medicamento recomendado, como con la regulación de las dosis, por lo que muchas veces las indicaciones pueden provocar efectos no deseados al consumir determinados medicamentos.

Esta práctica provoca una desvalorización de la indicación médica, convirtiéndola en un dato menor dentro del tratamiento y muchas veces, la autorregulación de las dosis se basa en el método de ensayo y error. A su vez, las recomendaciones muchas veces vienen acompañadas del propio medicamento, sea *para probar o para salir del paso*. Surgen de esta manera redes, en las que participan algún familiar o amigo del usuario, vinculado con algún médico o farmacéutico que facilita la obtención del medicamento requerido. De esta manera, el contacto con el profesional se ve *tercerizado*, por lo que el riesgo del consumidor es mayor, al no contar con las indicaciones y precauciones de uso del medicamento.

4. El botiquín familiar:

En este caso, los vínculos relacionados con la *red de consumo* son intrafamiliares, y existen en la historia familiar casos de consumo de psicofármacos. De esta manera, en el grupo familiar se naturaliza el consumo provocando una *accesibilidad psicológica* ampliada. En la mayoría de los casos presentados por el estudio, el legado familiar de consumo proviene de miembros femeninos (madre, hermana, esposa). A su vez, el psicotrópico forma parte del *botiquín familiar*, por lo que su consumo se vuelve tan natural como el de la aspirina o cualquier otro medicamento de venta libre.

Muchas veces, acontece que es la mujer la que va al médico, y recibe una atención y un tratamiento particularizado en relación con el malestar que padece, es ella, a su vez, la que socializa y comparte el medicamento recetado. Esta práctica resulta un llamado de atención en mujeres jóvenes, ya que la transferencia madre e hija, que se basa en la propia historia de consumo, comienza a interferir en los problemas comunes de la vida adulta y en sus primeras frustraciones, ya sea de tipo afectivo, social o laboral. En ocasiones, los registros testimoniales afirman que a muchos jóvenes, les comienza a resultar difícil resolver determinadas situaciones *sin la pastilla*.

5. Pastillas a escondidas:

Un patrón de uso en el que predominan las mujeres mayores de medios bajos y bajos recursos, cuya modalidad del consumo varía, y varía el receptor/consumidor del medicamento. El objetivo de la mujer suele ser *que los otros estén bien*, y si para esto tiene que convertirlo en consumidor involuntario, lo realiza de diversas maneras. Los procedimientos más comunes son diluir la pastilla en alguna infusión o en la comida evitando evidenciar su uso.

Los móviles de este tipo de consumo, según el informe, son básicamente tres:

- ✓ *Consumo por su bien*: La intención es mejorar el descanso o el ánimo de la otra persona (en general, el marido). El rol de la mujer en este caso está vinculado con la dependencia afectiva de la mujer en la familia.
- ✓ *Consumo como castigo*: Más allá de que esta imagen de mujer “castigando” se ve debilitada y tiende a desaparecer, existen casos en que esto es un móvil válido para convertir a un sujeto en consumidor involuntario de psicofármacos.
- ✓ *Que él esté bien, para que yo (y el resto de la familia) esté bien*: En este caso, se invierte la idea de *estar bien yo para que los míos estén bien*, que veíamos en las mujeres de niveles económicos medios, y prevalece el *que él esté bien, para que yo (y el resto de la familia) esté bien*. En muchos

casos, la mujer consume voluntariamente la pastilla y, mediante un acto de ocultamiento, convierte al esposo en consumidor involuntario *por su propio bien, y por el de todos*. Es la mujer la que acciona ante el malestar general que vive la familia.

Este tipo de consumo se da en la mayoría de los casos de la mujer al marido, aunque es posible que en laguna circunstancia particular, medique al hijo o a algún otro pariente cercano. Sin embargo, el caso de ocultamiento al hijo no goza de la misma aceptación que al marido, inclusive “naturalizado” en muchos círculos.

Por otro lado, las motivaciones de este tipo de consumo varían, desde situaciones puntuales y períodos cortos, hasta una continuidad en el tiempo prolongada, a partir de algún punto de inflexión (como una separación, o perder un empleo).

6. Pertenencia social y trayectorias de autorregulación en la relación con el médico y el sistema de salud. Delegación, don y personalización de la prestación:

Uno de los puntos más elaborados del informe, tiene que ver con la relación médico – sistema de salud – paciente, ubicándose en este marco uno de los puntos fundamentales de la demonización del fármaco: banalización de la medicación debida a un sistema de salud desinstitucionalizado y con falencias que determinan las condiciones de la prestación de los diferentes profesionales que intervienen en el campo de la salud. Las relaciones que se establecen entre médicos y pacientes tienen múltiples facetas que nos permitirán abordar el proceso de *medicalización de la vida cotidiana*.

En resumen, se infiere que los patrones de consumo mencionados se ven estrictamente vinculados con los distintos estratos socio-económicos presentes en nuestra sociedad. En este caso, las decisiones y el accionar se apoyan principalmente en el peso que cada sector le confiere a la acción pública o a las instituciones en general. De esta manera, en los sectores medios – altos se ven los patrones de consumo vinculados con el *éxito social* que implica la autonomía y la regulación en términos de rendimiento y performance. La optimización de la vida cotidiana, por los medios que sea, deviene en factor esencial en la práctica de la automedicación (Álvarez et al., 2007).

En un estudio se observó cómo el diagnóstico del Trastorno del Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H) está íntimamente vinculado con el sector social al que pertenece la familia del niño. La investigación vincula esto directamente con la capacidad de pagar los tratamientos (Faraone, Barcala, Bianchi & Torricelli, 2009).

Siguiendo con la investigación de Álvarez y sus colaboradores (2007) se puede observar que en los sectores medios – bajos, la frustración que provoca la debilidad del sistema genera mecanismos vinculados a la idea de *supervivencia*. En estos casos, la individualización es vivida de forma negativa, ya que el detrimento del sistema supone una pérdida de los resortes institucionales para la integración, la identidad y la asistencia social.

De esta manera, la relación médico-paciente que se ve en los sectores con mayor capital intelectual, que apunta a la autorregulación y participación activa del sujeto en su tratamiento, desaparece. A su vez, el proceso de personalización que se da en los casos en que la institución pierde protagonismo debido a su pobre infraestructura. De esta manera, el *ciudadano* que entra en la *salita* buscando alguna solución a su problema se siente desamparado, y recurre a la resolución individual, no desde un ideario positivo como en los estratos medios/altos, sino experimentando las falencias del sistema en carne propia. Prima de esta forma una idea clasista, en la que “la prevención no es para los pobres, para ellos sólo es la urgencia” (Álvarez et al., 2007, pág. 131).

La *importancia* de los casos es determinada por el hospital o la salita, y en su mayoría, estos casos tienen como protagonista a la mujer. Esto sucede ante una consulta por un mal propio o de algún familiar cercano. De esta forma, ante el desamparo, la persona tiene a intentar encontrar *alguna buena persona* que le permita allanar el camino y acceder con mayor facilidad a alguna solución

Por otro lado, se critica la facilidad de medicación que practican muchos médicos, y se denuncia que ante una primera entrevista breve, un médico puede diagnosticar y recetar un psicotrópico para resolver los problemas. Esto genera cierta desconfianza en los pacientes, e incluso en algún familiar cercano del mismo, por lo que la imagen negativa que poseen muchas veces los psicotrópicos está vinculada con esta práctica. Cierta *facilismo* en los médicos genera desconfianza y rechazo hacia los tratamientos ofrecidos.

Por otro lado, la idealización de la terapia como proceso preventivo ante el uso de psicotrópicos, y la imposibilidad de acceder a ella genera nuevamente una imagen del psicotrópico como la *salida fácil*, o la *última alternativa*, de algún modo, *llegar al fondo del pozo*.

CAPÍTULO 2: OFERTA IDEALIZADORA CAPITALISTA.

En total contraste con lo expuesto hasta ahora, se encuentra una visión idealizadora, que ubica a los medicamentos en un lugar de privilegio o los convierte en una necesidad de la posmodernidad. ¿Cómo influyen entonces los medios de comunicación y las investigaciones gestionadas por los laboratorios en esta visión optimista de los psicofármacos? ¿Puede esto modificar las nociones de *racionalidad* en el uso y consumo de psicofármacos? Inclusive, ¿no son estas investigaciones las que deberían definir el marco de la racionalidad?

Por lo tanto, se vincula a la *oferta idealizadora capitalista* con la oferta masiva, idealizadora y en muchos casos prometedor de milagros que impulsan las grandes corporaciones de laboratorios. Dicho concepto se contrapone al de discurso circundante demonizador; y ambos se han generado con el fin de proveer de un marco de referencia para guiar este trabajo hacia el objetivo de vincularlos con el expendio y uso racional en la Argentina. En este caso, la oferta idealizadora sería la cara positiva del conocimiento popular acerca de los psicofármacos.

En el presente capítulo se indagará sobre estos cuestionamientos y se verán los distintos factores tenidos en cuenta por la *perspectiva positiva* e inclusive *idealizadora* de los psicofármacos en la Argentina. Dos caras de una misma moneda, podemos notar como el *discurso demonizador* y la *oferta idealizadora* no son más que dos perspectivas contrapuestas en relación a las mismas problemáticas. A su vez, se observará como el viraje de la psiquiatría y la psicofarmacología apunta hacia un uso de los medicamentos basados en parámetros sociales, que permitirían un mejor estado de los sujetos inmersos en la vertiginosidad de las sociedades urbanas posmodernas.

Entender cuán invalidantes pueden ser algunas condiciones de depresión socialmente inducidas resulta fundamental para comprender cabalmente la importancia que cobraron los psicofármacos en la sociedad argentina.

Este movimiento que la farmacología viene realizando en los últimos tiempos, mediante el cual se apunta a mejorar la calidad de vida y el rendimiento de las personas, basándose en la utilización de distintos tipos de fármacos, provoca una visión positiva en muchas personas y el consumo de los mismos se naturalizó al punto tal de convertirse en un estilo de vida (Álvarez et al, 2007; Carpintero, 2007; Faraone et al, 2009). Además, es posible encontrar numerosos testimonios en los que el cambio vivido a partir del consumo de algún tipo de fármaco es sumamente significativo para la persona y para el entorno familiar y social en el que se desenvuelve.

Una reflexión del psiquiatra y psicoanalista Grande (2009), realizada en una entrevista, nos permite comenzar a vislumbrar algunos de los motivos que conducen hasta a la oferta idealizadora de psicofármacos. En dicha entrevista, señala que cuando él se encontraba cursando la especialidad de psiquiatría, existía una división clara entre aquellos que eran conocidos como psiquiatras dinámicos y aquellos llamados *psiquiatrones*. Al respecto observa que el poderoso impulso que se generaba en este marco, con el supuesto fin de lograr la cura, era en realidad un negocio de los laboratorios multinacionales (con poder no solo en lo económico, sino también en lo cultural) que comercializaban psicofármacos. Incluso, con tono humorístico, resalta que hasta el famoso director de cine, Woody Allen, llegó a recomendar el uso del fármaco conocido con el nombre de Prozac. Por lo tanto, reflexiona acerca de su práctica ubicando que el psicoanálisis considera a los fármacos como herramientas auxiliares útiles, aunque no reduce su existencia a los mismos.

Cabrera (s/f) sostiene que, en relación a las expectativas socioculturales que se generan en torno a los psicofármacos, la presión social ejercida sobre los individuos llega a ser el factor que genera la aparición de ciertos síntomas neuróticos, psicosomáticos, y hasta incluso, psicóticos. Dicha presión se ve representada por los intereses de la sociedad de que sus miembros manifiesten un psiquismo equilibrado, con el cual puedan actuar de forma adulta y responsable. En este contexto, el psicofármaco viene a cumplir el rol de salvador; en donde se observa que dicha idealización es fundada sobre las expectativas familiares que se le hace llegar al enfermo, al terapeuta, al médico y, por último, al encargado de administrar la medicación.

El engaño es que dicho poder curativo es idealizado por el contexto familiar, y puesto de manifiesto al momento de intentar utilizar la medicación como lo único capaz de eliminar los síntomas que perturban

el ambiente que rodea al enfermo. Así mismo, existe una pretensión subyacente de proveerle al fármaco una mayor relevancia que a los restantes tratamientos incluidos dentro del abanico de posibilidades de la psiquiatría actual; a saber, psicoterapia (ya sea familiar, grupal o individual), musicoterapia, entre otros (Cabrera, s/f).

En este sentido, Stagnaro (2009) agrega que, aún cuando los psicofármacos constituyen una herramienta de gran importancia; ya que los mismos permiten que se lleven a cabo tratamiento ambulatorios, reducen los tiempos de internación y facilitan la rehabilitación y reinserción social, no resulta aconsejable que las propiedades de los mismos sean idealizadas, esperando más de lo que ellos pueden lograr. Esta recomendación tiene dos fundamentos; el primero, es que esta idealización genera que el paciente y su entorno se frustren, y por último, se dejan de lado los recursos psicoterapéuticos, que permitirían un abordaje amplio e integrado.

CAPITULO 2.1: EL CAMBIO DE PARADIGMA EN SALUD: LIFESTYLE MEDICINES.

Una de las definiciones más claras en relación a las *drogas de estilo de vida* la dieron Gilbert, Walley y New (2000), quienes plantean que las mismas son las utilizadas para tratar problemas que se encuentran en el límite entre la necesidad de mantener la salud y la satisfacción de deseos asociados al estilo de vida, es decir, que no están estrictamente vinculados con la idea de *salud*.

En este sentido, Pérez Leirós (2005) plantea que “el límite entre salud y bienestar, entre necesidades y deseos, entre pacientes y consumidores, parece ser la clave para comprender la diferencia entre un medicamento a secas y un “medicamento para el estilo de vida” (Pérez Leirós, 2005, pág.46).

Originalmente, como se verá en el cuadro siguiente, los psicotrópicos no están considerados dentro del grupo denominado *Drogas para el Estilo de Vida*, sin embargo, podemos ver cómo la definición dada por la autora anteriormente citada concuerda con lo que venimos trabajando. Es importante aclarar que el cuadro de la autora no incluye los psicofármacos, por lo que se adjuntará una sección de realización personal a partir de los casos tratados en este trabajo. Se considerará, a su vez, el aporte de Solal (2004), quién considera que los psicofármacos forman un grupo de gran importancia incluido en el concepto de la *medicina para el estilo de vida*.

Por otro lado, el uso recreativo, que muchas veces está vinculado con la ingesta de diferentes tipos de medicamentos e inclusive alcohol u otro tipo de drogas ilícitas no será tratado en profundidad por esta investigación, sin embargo, se entiende que un porcentaje importante del consumo de psicofármacos tiene relación con este tipo de casos.

| CARACTERÍSTICAS GENERALES | EJEMPLOS | INDICACIÓN ORIGINAL PARA LA CUAL FUE APROBADA | OTROS USOS COMO DROGAS ASOCIADAS A UN ESTILO DE VIDA |
|--|--|--|--|
| Aprobadas para un uso que luego se extendió para satisfacer otros deseos o necesidades asociadas a la vida cotidiana | Orlistat Sibutramina Anticonceptivos orales Sildenafil Metadona Bupropion | Tratamiento de la obesidad Anorexígeno Prevención del embarazo Disfunción eréctil Tratamiento de adictos a opioides Tratamiento de adictos a nicotina | Pérdida de Peso Pérdida de Peso Prevención del embarazo Disfunción sexual, otros. Sustituto de morfina Dejar de fumar |
| Aprobados para una indicación y usados luego con fines estéticos o de rendimiento | Minoxidil Eritropoyetina | Hipertensión Anemias crónicas | Crecimiento del cabello Mayor rendimiento físico |
| Cumplen con la definición de droga social pero tienen poca utilidad clínica | Alcohol Cafeína Marihuana | Ninguna Tratamiento de migrañas ¿Dolor crónico? | Bebidas Bebidas Recreativo |
| Drogas ilícitas usadas como drogas sociales sin ninguna utilidad clínica | MDMA o Éxtasis Cocaína | Ninguna Ninguna | Recreativo Recreativo |
| Productos naturales reconocidos por efectos tan diversos como abarcadores | Vitamina A (cremas) Vitamina C Aceite pescado Hierbas | ¿Previenen el envejecimiento de la piel? ¿Suplemento nutricional? ¿Suplemento nutricional? Ninguna | Antioxidantes y usos diversos para muchas condiciones |

Cuadro 1: Medicamentos para el estilo de vida. Pérez Leiros (2005, pag. 48)

Flower (2004), propone que los usos recreativos de las *drogas de estilo de vida*, con la consiguiente *quimicalización de la felicidad*, generan controversia y las medidas de regulación de las mismas reciben fuertes críticas vinculadas con la severidad de las mismas. De esta forma, el autor agrega que el proceso de *quimicalización social* es plausible en términos de un evento bajo control dentro del organismo, sin ser por ello negativo.

A partir de esta noción, podemos ver como la oferta cada vez más diversificada de sustancias reguladoras, que permiten una actitud más proactiva o más serena según la demanda, permitiría mejorar las condiciones de vida de muchos habitantes de las grandes urbes. Según Solal (2004), estas sustancias podrían permitir una mayor adaptación e integración social ante situaciones invalidantes.

La automedicación (o la medicación más o menos controlada) se convierte en un denominador común en el uso de este tipo de fármacos. El concepto *Lifestyle Medicines*, que se ha difundido en diversas publicaciones especializadas y de divulgación masiva alude a aquellos medicamentos “cuyo uso se enmarca en un amplio conjunto de valores y significados asociados al estilo de vida” (Álvarez et al., 2007, pág. 15). Este concepto, propio de la posmodernidad, se encuentra vinculado principalmente al proceso de constitución de las subjetividades, que, cómo vimos a lo largo del trabajo, tiende a una individualización y autonomía que facilitan la aceptación de los fármacos como solución a problemas socialmente inducidos.

Las discusiones alrededor de las *drogas para el estilo de vida*, llevan al debate a diversos autores, en relación a la definición de enfermedad, a la responsabilidad de los sistemas de salud o la complejidad a la hora de elaborar políticas de regulación efectivas (Gilbert, Walley, & New, 2000). Para otros autores, como Lexchin (2001), el debate está vinculado también al uso masivo de este tipo de medicamentos y su relación con la publicidad y el marketing, además de realizar un significativo aporte desde la perspectiva sociológica de estos procesos. En este sentido, el autor tiene en cuenta también la valoración social que adquieren el consumo y la prescripción, o la demanda de los pacientes a los médicos.

Entre los testimonios aportados por Shapira (2009), se encuentra uno en que la autora pregunta al entrevistado (un hombre de 55 años, de Capital Federal) si lo que él buscaba, al consumir psicofármacos, era tener la misma energía a los 50, que tenía a los 30 y si cree que la práctica de consumo está socialmente aceptada en la clase media. Las respuestas del entrevistado denotan, por un lado, la *presión social* al asegurar que es la misma sociedad la que te exige que tengas la misma energía a los 50 que a los 30 años, al tiempo que aclaran que a pesar de que la mayoría de las personas que conforman su entorno son consumidores, y que algunos lo comentan y otros lo mantienen oculto, es un hecho cada vez mas aceptado y hasta *bien visto* en determinados entornos. Otro aspecto que resulta interesante considerar en este caso particular, es la aclaración del entrevistado de que al imaginar una vida sin el consumo de fármacos, ésta se vería limitada y provocaría desgaste. Además, aclara que “el cien por ciento de una persona nunca se recupera; pero llegás a algo parecido” (Shapira, 2009, pág. 59). Posibilidad que este usuario agradece.

Carpintero (2007), considera que “el medicamento que estaba exclusivamente al servicio del “arte de curar” hoy se lo ofrece como un objeto necesario de consumir para soportar las incertidumbres de un futuro que es vivido como catastrófico” (Carpintero, 2007, pág. 1). Afirmación que nos ayuda a sostener la idea de *medicalización para el estilo de vida*.

Otro caso particular de consumo, que se vio también reflejado en la primera parte del trabajo, tiene que ver con el de las mujeres. Entre los factores psicosociales que se evidencian, en una proporción de consumo mayor a la de los hombres, surge con mucho peso el concepto *calidad de vida*. Esto hace referencia a un consumo vinculado al éxito en el cumplimiento de los roles de género socialmente constituidos, además de las expectativas que tienen en relación a la representación del binomio *salud/enfermedad* que conforma el imaginario de las mujeres (Romo, 2005).

En este sentido, siguiendo lo propuesto por Romo (2005) existen diferentes percepciones de la idea de calidad de vida que tienen que ver con las *diferentes necesidades y roles según la edad de las mujeres*. Nuevamente nos encontramos, en el grupo de las más jóvenes, con el desempeño o performance como condición de aceptación social en sus roles públicos y privados, mientras que en el grupo intermedio, se puede ver la tensión existente entre el *deber ser* vinculado al cumplimiento de los roles tradicionales y la aprobación masculina de su desempeño en el hogar (de algún modo, estamos nuevamente ante la problemática de la estigmatización o del *qué dirán*). Finalmente, en el grupo de las mujeres de mayor edad, la idea de *calidad de vida* está fuertemente vinculada a la de resignación y a la intención de evitar la ansiedad que esto provoca.

CAPÍTULO 2.2: LOS PSICOFÁRMACOS COMO “ADITIVO” NATURALIZADO DE LA VIDA CONTEMPORÁNEA.

Según Pérez Leirós (2005), más allá de que en los últimos años el consumo de psicofármacos se difundió rápidamente y se generó una falta de claridad ante el límite existente entre enfermedad y no-enfermedad (base de la prescripción médica), el consumo recreativo en adolescentes es un punto que merece ser analizado. La *quimicalización de la felicidad*, vinculada muchas veces con las grandes campañas publicitarias y redes de farmacias que expenden este tipo de sustancias, es un fenómeno cada vez más común en nuestra sociedad.

Lo interesante de este proceso, a los fines de esta investigación, es que según Ehrenberg (2004) lejos de vincularse el uso de estos fármacos con la desocialización y la decadencia (como está instalado en

el imaginario de las *drogas ilícitas*), es captado como una *búsqueda de efectos positivos en la socialización y la performance*. Dicho autor retoma esta temática dentro de lo que el encuadro como *individuos bajo influencia*. Esto da la pauta de que a pesar de sumergirse más profundamente en el terreno de las toxicomanías, y que esto, por supuesto, excede a las fronteras de la presente exposición, la elección de la palabra *influencia* permite matizar lo característico de su desarrollo hasta el territorio del elemento influyente del químico sobre el individuo.

En este sentido, Ehrenberg (2004) se refiere a un proceso de civilización del hombre, en el que ya no es aceptable el hacer justicia por mano propia o resolver nuestras asperezas de coexistencia social utilizando nuestra fuerza como herramienta y nuestra ira como principal combustible; hemos abierto el paso a organismos de regulación de estas situaciones como son la ley o procesos jurídicos complejos, desplazando elementos violentos externos hacia el interior de nuestra subjetividad.

Introducido esto el autor señala que en dicho proceso de civilización, estos químicos funcionarían como una quimera que le da la posibilidad a una subjetividad en conflicto consigo misma de convivir en paz con el resto de los integrantes de la sociedad; en esencia, una forma de mitigar la carga en la que nos convertimos para nuestra propia persona sumergidos en vínculos sociales crecientemente exigentes y en donde nos hagamos cargo y regulemos a nosotros mismos.

En síntesis, Ehrenberg (2004) señala que las personas modernas deben poder ser capaces de llevar adelante sus vidas, al modo de “funámbulos sobre un hilo tejido de contradicciones, (...) sobre el filo de la navaja. Las drogas les proporcionan los medios de dominar tensiones interiores que no son capaces de superar por sí mismos para poder vivir en sociedad” (Ehrenberg, 2004, pág. 9).

Finalmente, el autor anteriormente citado concluye esta idea con la pregunta de que es en definitiva la droga; a la que responde que se trata de una quimera para la fabricación de individuos, la química del promocionarse a sí mismo. “Si el cannabis y el LSD estaban asociados al rechazo del trabajo y a la disidencia política, los medicamentos psicotrópicos son medios artificiales de aceptar las obligaciones sociales para trabajar y administrar mejor las relaciones con el prójimo” (Ehrenberg, 2004, pág. 19).

En resumen, el proceso de individualización de las problemáticas, provocado en gran medida por la pérdida del peso de las instituciones colectivas que regulaban la vida social, genera un enfoque personalista a la hora de resolver el *malestar social*. En este marco, el sujeto busca hacerse cargo en el plano individual de las consecuencias de las crisis originadas en la esfera de lo social. Es por ello que cada individuo se ve obligado a cumplir nuevas demandas de autocontrol e iniciativa, de modo que el psicotrópico deviene en herramienta integrada para la búsqueda de control de sí en pos de una vida mucho más socializada y *efectiva* (Ehrenberg, 2004).

Algunas autoras se propusieron describir el papel de la industria farmacéutica en el crecimiento de los procesos de medicalización en niños con Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H). En este sentido, se entiende al concepto de medicalización como el tratamiento dentro del campo de la medicina de los problemas de la vida (sexualidad, infelicidad, deterioro biológico, envejecimiento, soledad, muerte etc.) como si estos fueran inconvenientes de naturaleza médica; enfocándose en la medicación como aquello que construye y favorece el desarrollo de dicha medicalización, utilizando para ello el término medicamentación; siendo este último concepto, la forma actual adoptada por la medicalización (Faraone, Barcala, Bianchi & Torricelli, 2009; Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi & Tamburrino, 2010).

En ambos artículos, las autoras se centran en describir las estrategias utilizadas por la industria farmacéutica para lograr la medicamentación a través de las estrategias de marketing; y por lo tanto, en los efectos que esto provoca en la subjetividad del padecer. Para ello, han llevado a cabo un monitoreo de los procedimientos de marketing utilizados por los laboratorios en relación a los dos fármacos más utilizados en la Argentina para tratar el TDA/H, a saber, el Metilfenidato y la Atomoxetina.

En su segundo artículo, las autoras indican que los fármacos más mencionados por su nombre de fantasía son la Ritalina® del laboratorio Novartis (Metilfenidato) y el Recit® del laboratorio Gador (Atomoxetina). A su vez señalan que el Metilfenidato es mayormente indicado en casos de predominio de la desatención, siendo la Atomoxetina usualmente indicada para el predominio de la impulsividad (Faraone et al., 2010).

A partir de los procedimientos de marketing utilizados por los laboratorios anteriormente mencionados, las autoras distinguen cuatro estrategias orientadas a distintos actores (Faraone et al., 2009; Faraone et. al, 2010):

1. Estrategia directa hacia los usuarios y/o sus organizaciones: Muchos países cuentan con asociaciones que, como en el caso particular de TDA/H es el CHADD (Children and Adults with Attention Deficit/Hiperactivity Disorder), asisten a pacientes y familiares. Una investigación reveló que muchas de ellas reciben fondos de industrias farmacéuticas, generando de esa forma una alianza que les posibilita promocionar sus productos.
Pero como muchos países siendo un ejemplo de ello la Argentina, no cuentan con este tipo de asociaciones, los laboratorios buscan otros caminos para acercarse a los usuarios. Por ejemplo, ofrecen en escuelas la posibilidad de que las familias se reúnan con el fin de brindarles información. Esto instala un “espacio de encuentro que podría devenir en futuras asociaciones” (Faraone et. al., 2009, pág. 4).
2. Estrategia hacia la comunidad educativa: Los laboratorios, a través de un representante médico, logran ingresar a distintas escuelas, colaborando con docentes y psicopedagogas para informar sobre el trastorno; favoreciendo de esta forma el que se realicen detecciones tempranas sobre el mismo. A su vez, esto fomenta su diagnóstico y consecutiva derivación al ámbito médico.
3. Estrategia hacia los médicos: En la actualidad, los laboratorios son capaces de realizar un seguimiento minucioso acerca de qué y cuándo recetan los médicos a través de empresas de mercadotecnia. En Argentina existen dos de ellas que son las principales: IMS y Close Up. Por lo tanto, ya no será necesario realizar una visita todos los días para vigilar al médico ya que existen otros mecanismos de control. Para motivarlos, los laboratorios les brindan diversos privilegios como por ejemplo, apoyo en congresos o conferencias y obsequios.
4. Estrategia centrada en la creación de líderes de opinión: Los laboratorios, se encargan de detectar a los médicos que poseen un rol importante o cierto prestigio, para moldearlos en líderes de opinión. Esto implica que los ponen a cargo de difundir *novedades científicas* en relación a las patologías, y por lo tanto, a su posible tratamiento dónde siempre es mencionada la medicación. Los escenarios para dichas comunicaciones son generalmente congresos, publicaciones, conferencias, entre otras.

En este sentido, las autoras señalan que dichas estrategias engendradas por los laboratorios productores de los psicofármacos ligados al tratamiento del TDA/H (aunque conceptualmente aplicable a cualquier otro diagnóstico), sitúan y comercializan sus productos impulsado a partir de transformar en potenciales pacientes/clientes, a pequeños inquietos y desatentos o dispersos. Como consecuencia, “la difusión de los fármacos como solución se ha naturalizado y ha ingresado en el discurso familiar, escolar y médico considerando la medicación como el principal tratamiento a los problemas de atención y de conducta” (Faraone et al., 2009, pág. 7).

En resumen, las autoras concluyen que, en términos productivos del ámbito socio-cultural, surgen constelaciones de representaciones que consiguen aprisionar a los niños. En ellas, elementos como la exigencia o el ser más eficiente, se proyectan en la construcción de un potencial futuro que los incluya necesariamente dentro del mercado. Dicha proyección se vuelve indispensable para lograr condenar a los futuros adultos a pregonar las mismas herramientas para afrontar la complejidad que implica vivir, no reconociendo grises ni intermitencias de ningún tipo, guiándose siempre por la máxima de la eficiencia. “Estos valores resultan consistentes con un capitalismo que ha arrasado con toda subjetividad que no encaja en sus engranajes” (Faraone et al., 2009, Pág. 8).

En su artículo posteriormente publicado (2010), las autoras agregan, a partir de la información recolectada por medio de entrevistas administradas a distintos profesionales, que existe una mayoría de ellos que concuerda en la existencia del TDA/H como cuadro clínico, mientras que los restantes rechazan la existencia de dicha patología, considerándola una moda de época favorecida por los medios de comunicación. Por otro lado mencionan que lo ideales sociales actuales (rendimiento, éxito y consumo) son responsables, en mayor o menor medida, de producir la subjetividad de niño y su entorno. A su vez señalan que los laboratorios contribuyen al aumento de casos en los que se da un *sobrediagnóstico* y/o

una *sobremedicación*. Cifras proporcionadas por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica) exponen un aumento considerable de más del 70% en la importación de psicofármacos a la Argentina en el 2008, en comparación al año anterior con cifras expresadas en kilogramos.

Un dato interesante obtenido a partir de dichas entrevistas es que hubo consenso en que una vez diagnosticado el TDA/H, sólo se puede aspirar a mantener dicha patología controlada, ya que todos consideran a dicha enfermedad como incurable. En este sentido, el tratamiento, y por ende la medicación, debe ser sostenida de por vida (Faraone et al., 2010).

De esta manera, el consumo de psicofármacos se convierte en una tendencia, no sólo aceptada y *normal*, sino que hasta alcanza una valoración *positiva* dentro del imaginario. Existen muchos casos en que las pastillas ansiolíticas o algún psicofármaco se convierten en un aditivo de la cotidianidad del usuario y un acompañante infaltable en su andar.

Entre los testimonios que presenta Shapira (2009), encontramos frases como: “Si a alguien le duele la cabeza, toma una aspirina. Si a una chica le duelen los ovarios, se toma un evanol. Lo mío también es así, natural. Ya es como parte de mi vida y lo agradezco” (Shapira, 2009, pág. 45) o “necesité la medicación, no sabés lo bien que me hizo” (Shapira, 2009, pág. 57). En otro de los casos expuestos por la autora, la consumidora “dividía el clonacepam en pedacitos e iba tomándolos cada vez que enfrentaba distintas situaciones del día: un viaje en subte, una reunión del trabajo, una discusión, y así” (Shapira, 2009, pág. 95). Este tipo de práctica, que puede (y debería) considerarse patológica, muchas veces se ve *normalizada*, e inclusive, como un aporte positivo a la vida de la persona que debe enfrentarse a situaciones que le resultan conflictivas.

Burín, Moncarz y Velázquez (1990), plantean desde el título de su libro la idea de *tranquilidad recetada* las diferentes condiciones que ubican a la mujer en una *situación de riesgo* ante el consumo de psicofármacos. Luego, Burin (s/f) buscó indagar sobre las motivaciones y razones que las llevan a esa situación. En este sentido, la autora investiga sobre el proceso que *convirtió* a los psicofármacos en *bienes de consumo*, que regularán e intentarán disminuir la brecha entre las expectativas y el desempeño efectivo del *rol de género*. Por otro lado, como ya se menciona anteriormente, la vejez es entendida como causante de un malestar, una situación que genera cierta pérdida de prestigio social. Los psicofármacos son, nuevamente, una solución, una opción o una herramienta utilizada para reducir el estado de malestar provocado, en este caso, por algo tan natural como el envejecimiento.

Sea en el caso de las mujeres, los adolescentes o los hombres que consumen psicofármacos, podemos inferir que la influencia de las publicidades en los medios masivos de comunicación es un factor real que provoca la *idealización* de los fármacos. Cabe aclarar que en este tipo de difusión, no se suelen tener en cuenta los efectos adversos que estas producen. Se encuentra de esta manera, una serie de factores que permitieron la naturalización del uso de psicofármacos como un *aditivo* de la vida cotidiana. Algunas veces, inclusive, un aditivo fundamental para el desarrollo de la vida de algunas personas en una sociedad cada vez más exigente.

CAPITULO 2.3.: LA PÍLDORA DE LA FELICIDAD: PROZAC.

Uno de los casos más paradigmáticos que se puede analizar desde la perspectiva de la *oferta idealizadora capitalista*, es el de la píldora lanzada por el laboratorio Ely Lilly & Co., contenedora de la molécula denominada *fluoxetina*, un inhibidor de la recaptación de serotonina, que fue lanzada al mercado en 1988, bajo el nombre de fantasía Prozac. Se hará hincapié en este psicofármaco, como representante de un concepto que funciona como pivote del presente desarrollo, a fin de comprender el alcance de la *oferta idealizadora* a nivel mundial.

De la Serna (1994), señala el impacto que provocó el lanzamiento del Prozac, realizando una fuerte crítica al mismo, al mismo tiempo que deja ver la trascendencia de las publicaciones que ofrece la *perspectiva idealizadora* propuesta por la vorágine del consumismo.

Dicho autor señala como el Prozac ha abandonado ya la limitación conceptual de antidepresivo para constituirse como fenómeno social. Este autor enuncia que a partir de lo dicho por numerosos especialistas, el porvenir de un porcentaje trascendental de la psiquiatría yace en la biología. Siguiendo esta línea, menciona al Prozac como un ejemplo de ello, destacando el que haya ocupado, en reiteradas oportunidades, tapas de los representantes más masivos de los medios en todo el mundo.

En este sentido, el autor explica como esto ha generado en buena parte de la población mundial, la expectativa de encontrarnos cerca de descubrir la píldora de la felicidad, dejando un poco de lado el hecho de que estamos hablando de un fármaco que selectivamente inhibe un solo neurotransmisor, la serotonina, en lugar de varios, constituyéndose entonces como una droga con muchos menos efectos secundarios indeseables.

Si bien estos elementos anteriormente mencionados resultan difíciles de desestimar debido a su íntima vinculación con factores claves como la adherencia al tratamiento u otras complicaciones médicas, es sumamente necesario delimitar las fronteras entre un fármaco de extrema utilidad y ductilidad, y una capsula rellena con 20 miligramos de felicidad instantánea.

Continuando con el desarrollo de De la Serna (1994), el autor expresa una breve síntesis de resultados socio-económicos; en donde indica que 6 años fueron suficiente tiempo para que el Prozac se convirtiera en el producto estrella de la Lilly (laboratorio farmacéutico), que los índices de ventas escalaran en 1993 hasta las 170 millones de pesetas y 10 millones de humanos consuman diariamente una cápsula de Prozac.

En vistas de este corto análisis, el autor realiza algo central para la presente revisión, siendo esto la enumeración de las causas de dicho fenómeno. Si bien resalta que, probablemente, la más destacada sea la seguridad del producto y su consecuente ampliación dentro del campo de los usos de la droga dada por la FDA (Federal Drugs Administration) autorizándola para obsesivos-compulsivos y casos de bulimia. Subraya también que lo restante de camino hacia la cumbre en la que en aquel momento se encontraba fue un logro del circular la información de unos a otros entre padecientes en tratamiento y aquellos aún por ser tratados; y destacando finalmente, por sobre todo, el papel de los medios de comunicación.

A continuación, considera que el impulso final hacia ser tan popular como una aspirina, fue el libro de un psiquiatra, Peter Kramer, denominado *Listening to Prozac* (Escuchando al Prozac). Aclara que Kramer y su obra han colocado a la droga en un lugar equivalente al de las pastillas de Aldoux Huxley en su obra, *Un mundo feliz*, pudiendo en una sociedad del futuro procurarse gran parte de la felicidad consumiendo estas pastillas (De la Serna, 1994).

De la Serna (1994) opina que el libro de Kramer se trata de 381 páginas de contenido puramente técnico y carente de fundamentos dentro del ámbito científico, justificando además la utilización de Prozac no solamente para sus indicaciones autorizadas sino también para un rico abanico de inclemencias de la condición humana como, por ejemplo, compulsión, bulimia, anhedonia, estrés, ansiedad, timidez, tristeza y, principalmente, la distimia.

En resumen, podemos ver reflejado en las observaciones de De la Serna (1994) el nivel de expectativa que se genera a partir de las diversas publicaciones, y su efecto directo en el enorme volumen de ventas alcanzado por el producto en un período de tiempo relativamente corto. Por otro lado, más allá de las críticas realizadas por los profesionales de la salud citados por el autor, que desestiman el "potencial milagroso" del Prozac que propone Kramer, se puede ver cómo la comparación realizada por éste entre las cirugías estéticas y el uso de psicofármacos buscan una lógica de aceptación a partir de la "psicofarmacología cosmética".

En este sentido, a partir de lo señalado por Kramer (citado en De la Serna) surgen dos preguntas más que interesantes, que sin lugar a dudas funcionan a la perfección como fotos en alta definición de esta línea de pensamiento; a saber:

1. Sobre la personalidad de un individuo; ¿será verdadera la que posee cuando no se encuentra bajo los efectos de la medicación?, o en cambio ¿será esta la conseguida cuando, estando medicado, su neurotransmisión mejora?

2. Desde un punto de vista ético; ¿por qué se constituyen como tolerables las cirugías plásticas para aquellos descontentos con su cuerpo y al mismo tiempo no se tolera el que alguien, por medio de un fármaco, logre verse más adaptado a su cotidianidad y, como consecuencia, sea más feliz?

Utilizando estas preguntas como catalizador, y no ya como fieles expresiones de una forma de ver la realidad, no se puede dejar de intentar responder quizás algo más retóricamente, pero también menos ingenuamente, estas dos inquietudes que buscan inaugurar un nuevo paradigma.

A partir de dicho propósito, se encuentra que las respuestas a dichas preguntas han sido implícitamente contestadas por quien las formulo, con el fin de establecer los beneficios que posee el Prozac para aquellos que persiguen la felicidad. Cuando Kramer compara el uso de dicho psicofármaco con las cirugías plásticas, el mismo intenta hacer del Prozac una droga capaz de ser utilizada por todos aquellos que quieran mejorar algún aspecto de sí mismos; ya que quien se somete a una cirugía estética no siempre busca corregir una patología, sino que persiguen la mejoría de un aspecto estético. Aquí podríamos introducir una primera valoración a dicho postulado; a saber, que así como existen cirugías plásticas con el fin de mejorar aspectos estéticos en personas saludables, también existen aquellas que buscan corregir aspectos físicos en personas que sufren una patología (por ejemplo, el caso de las conocidas cirugías de cambio de sexo para quienes padecen un trastorno de identidad sexual o disforia de género). Del mismo modo, parecería que lo mismo debería aplicarse al uso de psicofármacos; a saber, que tanto personas con síntomas pasibles de ser tratados por el Prozac como aquellas saludables podrían ser tratados por el mismo fármaco.

Siguiendo esta línea de pensamiento, resulta sumamente importante mencionar los planteos hechos por Freud (1930) a fin de conocer los motivos subyacentes que generarían que las personas, cuando toman contacto con los discursos de ciertos profesionales (como los postulados de Kramer), se sientan habilitados a consumir ciertos psicofármacos —aún cuando no tengan un diagnóstico que lo amerite— ya que los representantes del ámbito científico les sugieren que es posible consumirlos en caso de que sientan malestar.

En este sentido, Freud (1930) menciona que todo hombre aspira a ser feliz. Dicha aspiración implica dos sentidos: el primero es que se intenta evitar el dolor y el displacer, y el segundo es que se espera poder experimentar intensas sensaciones de placer. Aclara, a su vez, que en sentido estricto, el término felicidad se aplicaría al segundo aspecto; es decir, a las experiencias que generan sensaciones placenteras. El principio que fija dicho objetivo es el principio de placer. Es por este motivo que la felicidad surge de la satisfacción de las necesidades que se han acumulado de forma tal que provocan una elevada tensión; y por ende, solo se producen como un fenómeno episódico. Por lo tanto, el autor señala que la felicidad como tal está limitada por la propia constitución del ser humano, que en cambio, tiende más a experimentar el sufrimiento. A este punto, agrega que no es de extrañar que bajo la presión de tales posibilidades de sufrimiento, el hombre suela rebajar sus pretensiones de felicidad (también el principio del placer se transforma, por influencia del mundo exterior, en el más modesto principio de la realidad), como tampoco asombra que los seres humanos ya se consideren felices por el solo hecho de haber escapado a la desgracia, de haber sobrevivido al sufrimiento y que, en general, la finalidad de evitar el sufrimiento genere que el logro de placer se confine a un segundo plano.

Con esto, Freud (1930) intenta dar cuenta de cómo la cultura (lo que a su vez impone la necesidad de balancear el principio de placer con el principio de realidad) genera en el ser humano la sensación de displacer que anula las posibilidades del mismo de alcanzar la felicidad plena; felicidad que a su vez constituye uno de los grandes objetivos de los hombres.

Por lo tanto, cuando dentro de esa cultura se nos ofrecen posibilidades de alcanzar la felicidad (no es casual que al Prozac se la conozca como la *píldora de la felicidad*), no es de extrañar que muchos de nosotros vea en los psicofármacos la mejor opción para aplacar el displacer que todos hemos sentido en algún momento. Lo que debería llamar la atención es que los psicofármacos no han sido formulados para alcanzar la felicidad; sino que han sido desarrollados (o así se espera) para aliviar los síntomas que producen determinadas patologías, de acuerdo al fármaco en cuestión. El hecho de que se utilicen para otros fines implica no solo un uso indebido, sino también una negación del dolor inherente a la naturaleza humana. Dichos avatares de la vida deberían ser acompañados por profesionales que posibiliten a las personas superar sus dificultades, sin por ello caer en la evasión. La *solución mágica* de la pastilla anula

la posibilidad de crecimiento personal si se administra a aquellos que, por su condición humana esperable e incluso saludable, buscan la felicidad y evitan el displacer.

Es necesario señalar que el concepto de psicofarmacología cosmética que plantea Kramer (citado en De la Serna, 1994) convierte el uso de psicofármacos en un hábito aceptado por aquellos que quieren retocar su vida; idealizando el mismo con fines que parecieran escaparse del planteo originario para el que fueron desarrollados, generando un consumo masivo que solamente apunta a beneficiar a los laboratorios farmacéuticos.

Resulta de suma utilidad ir un poco más allá en el desarrollo de dicho concepto clave (el de *psicofarmacología cosmética*) para comprender los alcances de lo planteado hasta el momento. Quien retoma este concepto con destacable tenacidad y claridad es Roldán (s/f), quien comienza resaltando el cambio producido sobre el aspecto ideológico de la psicofarmacología. En este sentido, señala cómo es posible visualizar este cambio con claridad en uno de los capítulos del libro de Kramer, denominado *El mensaje de la capsula*; donde el mismo induce un cambio de nominación del Prozac; en el cual pasa de llamarse *antidepresivo*, a *animadores del humor* e incluso *droga transformadora*.

En este sentido, el autor señala que el motivo del cambio de nombre que realiza Kramer para dicho tipo de fármaco está establecido por su intención de ampliar su uso (inicialmente indicados para pacientes con síntomas depresivos) hacia aquellos que desean una mejoría en el rendimiento laboral, la desinhibición en el ámbito de la sexualidad, la ganancia de autonomía, la ampliación de la capacidad intelectual, entre otros; implicando con ello que el fármaco es capaz de modificar la personalidad. Por tal motivo, Roldán (s/f) resalta que al incluir al Prozac dentro de la medicina cosmética (de allí el término psicofarmacología cosmética) se genera que dicho psicofármaco se constituya como un bien de goce destinado a ser utilizado por una gran cantidad de personas en todo el mundo. Dicho *bien de goce* es generado por la ciencia e instrumentado por el capital, ya que sus propiedades farmacológicas están en consonancia con el ideal que propone la cultura.

Para finalizar, Roldán (s/f) observa que la consecuencia dada a partir de lo antedicho es que se instala un nuevo sentido; a saber, producir una mayor cantidad y calidad de psicofármacos. La trampa es que, al no poder alcanzar nunca una satisfacción completa, se provoca en el usuario una sensación de impotencia que no hace más que estimular el consumo, activando un círculo vicioso; lo que permite conseguir los más fieles clientes. Como alternativa, el autor propone el camino que ofrece el psicoanálisis; a saber, que sobre el intento de lo imposible se construya una conducta desidealizada sostenida sobre un sólido deseo responsable ante la demanda de felicidad.

CAPITULO 3: EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO.

En el presente capítulo se mencionaran las observaciones realizadas desde el ámbito académico-científico en relación a la variable del expendio y uso racional de psicofármacos en la Argentina. Con este fin, se resaltara la información provista por dicho campo sobre que constituye un consumo racional, y por lo tanto, se explicitara aquello que no lo es; es decir, se observara lo que constituye un consumo irracional y sus potenciales causas.

Como se ha expuesto en los capítulos anteriores, los factores psicosociales (discurso demonizador y oferta idealizadora) juegan un gran papel en el consumo irracional de psicofármacos en nuestro país. Es por ello que en el presente capítulo se hará foco sobre dichos factores, con el fin de profundizar sus efectos y proponer alternativas para mejorar la situación de uso/consumo.

A partir de los datos obtenidos en la recopilación de la información, se profundizará el caso de las benzodiacepinas; ya que se ha encontrado que las mismas son el psicofármaco de consumo más problemático en la Argentina. Es por ello que se vuelve necesario un análisis más detallado del mismo, a fin de conocer los motivos subyacentes que han generado este fenómeno.

CAPITULO 3.1.: ¿QUÉ SE ENTIENDE POR USO RACIONAL?

En términos de lo que se entiende por uso racional, la siguiente definición resulta de lo más sintética, completa y precisa a la hora de apuntalar las bases de lo que sostiene el impulso original del presente trabajo (García et al., s/f, pág. 4):

La aplicación del conjunto de conocimientos avalados científicamente y por evidencias basadas en calidad, eficacia, eficiencia y seguridad, que permitan seleccionar, prescribir, dispensar y utilizar un determinado medicamento en el momento preciso y problema de salud apropiado, con la participación activa del paciente posibilitando su adhesión y el seguimiento del tratamiento.

En consonancia con los lineamientos presentados en la presente definición, se encuentran inscriptas las aristas que sostienen la racionalidad del expendio y uso científicamente abalado de psicofármacos.

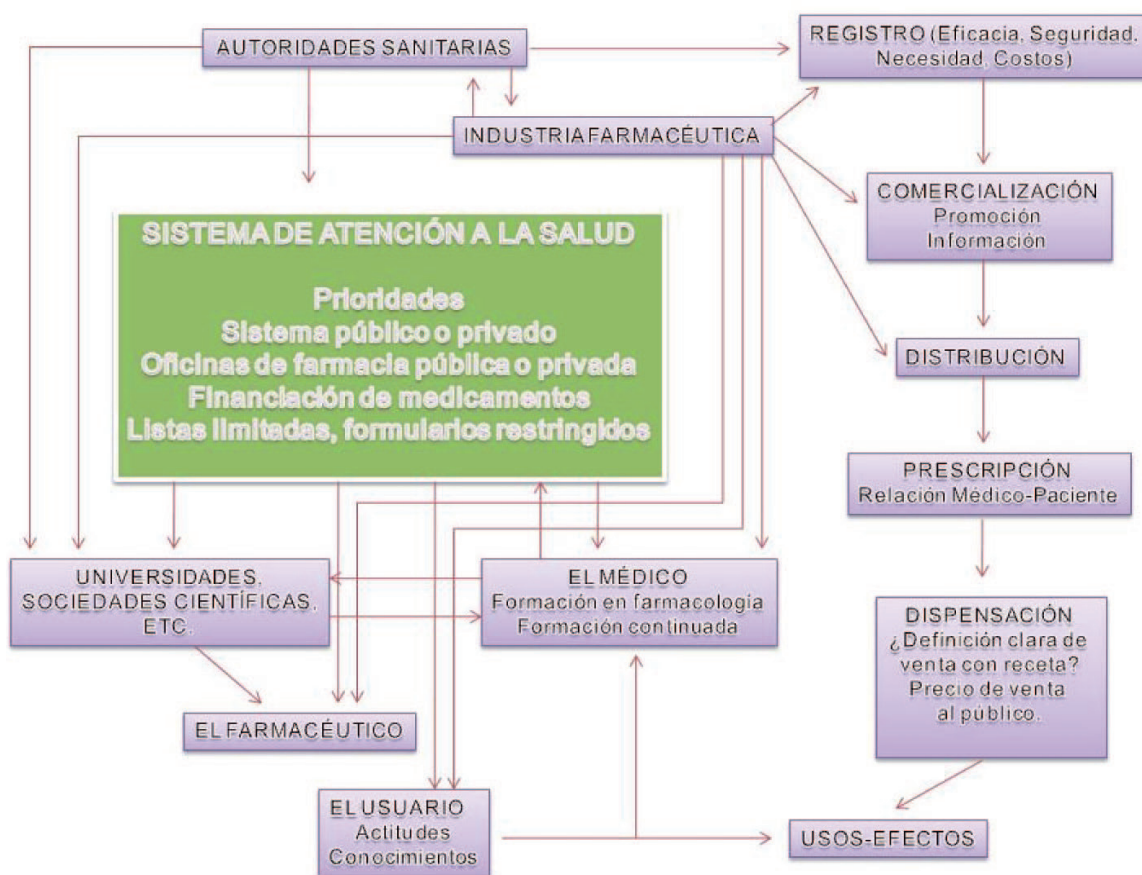
En este sentido, uno de los componentes principales que debiera estar presente a la hora de considerar el uso de psicofármacos como racional es el hecho de que su aplicación se realice a partir de la información provista por el conocimiento científico. Como ya ha sido esbozado anteriormente, resulta de lo menos usual que el uso/consumo de psicofármacos en la Argentina se regule sobre este principio. En consecuencia, se altera aquello que guía el diagnóstico y su consecutivo tratamiento. El conocimiento científico permite que el diagnóstico se realice a partir de un problema de salud adecuado; generando la indicación de un tratamiento que no solo abarque al psicofármaco, sino que también tenga en cuenta el momento preciso en el cual se necesita, involucrando al paciente de forma activa para que él mismo logre la adherencia y el seguimiento necesarios para que el tratamiento sea lo más efectivo y eficiente posible. En este sentido, factores como la demonización y/o la idealización de los psicofármacos, unidos al marketing farmacéutico y la falta de información, llevan a los usuarios a un consumo irracional que no permiten un adecuado enfoque sobre el diagnóstico y tratamiento de sus padecimientos.

En resumen, los tres componentes anteriormente citados en relación a aquello que constituye un uso racional de psicofármacos son siguientes:

1. Que la aplicación de psicofármacos se realice de acuerdo a lo que dicta el conocimiento científico.
2. Que los fármacos sean administrados para una patología adecuada, en el momento adecuado (diagnóstico).

3. Que, a partir de la administración del psicofármaco, se promueva que el paciente se adhiera al tratamiento, al mismo tiempo que se realice un seguimiento del mismo (tratamiento).

Siguiendo con lo planteado por los autores anteriormente citados, la prescripción en sí misma es el reflejo sintetizado de las actitudes y expectativas del médico, relacionadas con el curso de la patología y, a su vez, con el rol que los fármacos pueden desempeñar en su tratamiento. Así mismo, aclaran la relevancia de otros factores centralmente involucrados en la calidad de las prescripciones realizadas. Dichos factores son el tiempo de consulta, los medios diagnósticos y las patologías prevalentes. Es por ello que teniendo en cuenta una serie de elementos más complejos resulta más justo pensar en el acto de prescribir como uno más de los eslabones de lo que se denomina la *cadena del medicamento*. Dicho nombre hace referencia al “conjunto de los sucesivos eslabones desde su registro hasta su empleo por el usuario” (García, s/f, pág. 1). A continuación se expondrá un gráfico que resume los elementos de dicha cadena, representando cada uno de ellos los elementos que determinan en última instancia el efecto que los fármacos tienen sobre los pacientes en particular y sobre la sociedad en general, y el lugar que ocupa la prescripción dentro de la misma (García et al., s/f):



La Cadena del Medicamento (García et. al., s/f, pág. 1)

Considerando el gráfico anterior, queda expuesto con claridad el porcentaje no determinante de responsabilidad con la que carga el médico al momento de la prescripción con respecto a los efectos generados a fin de cuentas por el fármaco.

Siguiendo en este sentido, los autores anteriormente citados exponen que a partir del análisis realizado y de previas actividades afines a la temática, han conseguido dilucidar el grado directo de implicancia y responsabilidad con las que cargan las autoridades sanitarias de un país, estando estas directamente vinculadas al registro y comercialización de los fármacos a través de la legislación y regulación de los mismos.

En resumen, la sinergia en el funcionamiento de cada uno de los eslabones integrantes de la *cadena del medicamento*, desembocaría idealmente en el recupero de la salud del paciente. De todas formas, el nivel de complejidad de dicha cadena resulta en que muchas veces este objetivo último no sea alcanzado (García et al., s/f).

En vistas de esta información, lo más lógico sería preguntarse entonces ¿Cómo luciría el funcionamiento apropiado de esta cadena? Frente a esto, los autores contestan a la pregunta explicando que previo a la potencial autorización del registro de un nuevo fármaco o bien el que se incorpore a un listado acotado de medicamentos, lo *racional* en términos procedimentales sería hacerse las siguientes preguntas:

1. Con respecto a este nuevo producto; ¿Es en relación a aquellos ya disponibles para las mismas indicaciones más o menos eficaz? ¿Y con respecto a la seguridad en relación a los mismos? ¿Es realmente necesario? ¿Y a la hora de comprar su costo con el de otras variantes?
2. ¿En qué forma será utilizado? ¿Cuáles serán las cantidades?
3. ¿Cuál será la información brindada tanto al prescriptor como al usuario? ¿Quién será el encargado de darla?

Sobre esta serie de interrogantes los autores aclaran que un juicio que responda a estos lineamientos lamentablemente no suele estar exento de todo tipo de intenciones *extracientíficas* presentes a modo de presión. Esto da pie a que existan en el mercado farmacéutico medicamentos completamente inútiles u otros absolutamente inaceptables a partir de constituirse como combinaciones de varios principios activos mas tendientes al daño o a los efectos indeseables que al beneficio.

En términos de una forma de responder a las anteriores interrogantes desde lo que propone la ciencia, resulta necesario introducir los conceptos de eficacia y eficiencia en el uso de la medicación. Cuando se habla de eficacia nos referimos a conseguir los resultados buscados, es decir, la posibilidad de una medida de responder a un fin o propósito bajo condiciones controladas randomizadas. La eficiencia en cambio requiere conocer tanto los costos como los beneficios, implica el mayor rendimiento sobre el uso de la menor cantidad de los insumos o recursos disponibles, incluyendo por supuesto dentro de los mismos, el costo, elemento de suma relevancia para el tratamiento (García Ruiz & Martos Crespo, s/f; Kasulin, 2002). En este sentido, “un medicamento puede ser seguro, eficaz y de calidad, pero pierde todos sus atributos si no es accesible” (García et al., s/f, pág 4).

García Ruiz & Martos Crespo (s/f) indican que solamente una vez conseguido ser eficaces, eficientes y a su vez se logra sostenerlo en el tiempo, es cuando se consiguen efectividades como equilibrio entre ambos conceptos y se puede comenzar a hablar en forma responsable de *uso racional de medicamentos*.

Según un artículo publicado por la O.M.S (2010), un porcentaje mayor al 50% de los medicamentos prescritos, dispensados o vendidos son comercializados en forma inapropiada, y la mitad de los usuarios consumidores los toman incorrectamente. Sobre el uso de la palabra incorrecto, la O.M.S aclara que este uso equivocado puede tomar las variadas formas de: excesivo, insuficiente o indebido.

Sobre esto, la O.M.S (2010) enumera siete factores que colaboran al uso incorrecto de los medicamentos, a saber:

1. Carencia de conocimientos en términos de teoría y práctica: En este sentido se hace referencia a las inquietudes con respecto al diagnóstico, la falta de información independiente como la de las directrices clínicas, inconvenientes a la hora de efectuar un seguimiento de los pacientes.
2. Inadecuada promoción de medicamentos por parte de las empresas farmacéuticas: Suele conducir al uso excesivo el que la información sobre los medicamentos provenga de las empresas farmacéuticas en lugar de hacerlo de fuentes independientes, según el país al que se haga referencia, ocurre que es legal publicitar fármacos directamente a los pacientes, abriendo indudablemente las puertas al influenciamiento de los potenciales pacientes y la consecuente presión sobre los profesionales para que se los prescriban.
3. Ventajas de la venta de medicamentos: Este punto está directamente relacionado con las ganancias percibidas a través de la venta de medicamentos, que lógicamente induce y colabora a la

venta de los mismos sin receta, incrementando exponencialmente sus ingresos al mismo tiempo que el consumo excesivo y por supuesto particularmente, de aquellos más costosos.

4. Carga laboral excesiva del personal sanitario: Suele encontrarse en el núcleo de tratamientos y diagnósticos deficientes, un tiempo por demás escaso dedicado a cada paciente en vistas de colegir toda la información disponible sobre su condición y así arribar a buen puerto en su tratamiento. Esto les quita tiempo para su actualización de nuevas opciones o variantes de tratamiento derivando en hábitos de prescripción.
5. Acceso ilimitado a medicamentos: Se refiere a la libre prescripción de muchos medicamentos existente en varios países, esto quiere decir por supuesto, sin receta. Consumo excesivo, automedicación y por supuesto desestimación de las condiciones psicológicas son algunos de los resultantes de esta realidad.
6. Medicamentos muy difíciles de conseguir: En lugares en donde se da la imposibilidad de acceder a medicamentos, muchas veces los pacientes optan por no comprar la cantidad necesaria para el tratamiento completo, o directamente no comprar nada. Medicamentos de calidad no garantizada o aquellos prescritos a familiares o amigos suelen ser las variantes más frecuentes y por supuesto nada recomendables.
7. Ausencia de políticas farmacéuticas nacionales y coordinadas: Menos del 50% de los países aplican las políticas recomendadas por la O.MS. orientadas a garantizar el uso apropiado de medicamentos. Tanto el monitoreo y la reglamentación del uso, como la capacitación y la supervisión de los profesionales encargados de realizar prescripciones están contemplados dentro de dichas políticas.

No parece hacer demasiado ruido el considerar que todos los parámetros anteriormente mencionados formen parte de lo que se constituye como habitualidad en la República Argentina. Todos ellos resultan inquietantemente familiares y más allá de la colección de intenciones contrarias que puedan haber con esperanzas de encaminarnos hacia un futuro más prometedor en este aspecto, son al día de la fecha demasiado pocos los resultados mensurables en términos de cambios sustanciales en la forma de gestionar una industria crucial para el normal desenvolvimiento de cualquier sociedad.

Regresando en última instancia a lo propuesto por García y colaboradores (s/f), alejándonos un poco de las esperables variaciones presentes en los gobiernos de cada país, en todos los casos se debería hablar de un trabajo conjunto y coordinado entre el Ministerio de Salud, los profesionales sanitarios (prestadores estatales o privados), los profesionales académicos, las agencias reguladoras, la industria farmacéutica, los grupos consumidores y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el sector sanitario.

Por otro lado, hablar de racionalidad en el uso de psicofármacos no se trata únicamente de elaborar y poner en práctica precisos y completos protocolos procedimentales o asegurarse de involucrar tanto personalmente a profesionales académicos y sanitarios como institucionalmente a organismos o cuerpos gubernamentales. Está claro que las anteriormente mencionadas son herramientas clave en la implementación de un cambio global y efectivo.

Sin embargo, los avances de la ciencia irán progresivamente abriéndose camino, y tarde o temprano nuevos descubrimientos llegaran a las manos de los profesionales como herramientas innovadoras en el cuidado de la salud. Es sobre este punto que Ferrali (2006b) advierte con notable claridad, que el cambio profundo está dado a partir de no utilizar en forma inapropiada los avances en el campo del estandarizar procedimientos, el ganar consistencia en los cuerpos diagnósticos o sobre lograr esclarecer interrogantes de antaño en el terreno de las comorbilidades.

De esto se trata el núcleo del cambio y es a lo que él autor anteriormente mencionado llama *humanización del quehacer en salud*. Dicho autor hace hincapié sobre el carácter ineludible de este concepto para el abordaje clínico. Destaca que no se debe perder de vista a la salud como centro del crecimiento y desarrollo humano y que no actuando alineados a este camino, la salud como ciencia se reorientará naturalmente hacia la *sobrevida*, ya no recordando lo que implica la vida, la calidad de la misma y la sensación del bienestar en los planos personal, familiar y colectivo.

CAPITULO 3.2.: ¿CUÁLES SON LOS PSICOFÁRMACOS QUE MÁS SE UTILIZAN EN LA ARGENTINA?

Según los datos obtenidos del informe de Grimson, Verruno y Assem (2003), miembros del Observatorio Nacional de Drogas, los tranquilizantes fueron los de mayor consumo, superando ampliamente las cifras de los antipsicóticos y de los antidepresivos. Los medicamentos más comúnmente utilizados pertenecen a la familia de las benzodiazepinas. Pero ¿qué son las benzodiazepinas?, ¿cómo actúan en nuestro cerebro?, ¿cuáles son sus indicaciones clínicas?

Tal como señala Glattli (2006) las benzodiazepinas son moléculas que al ligarse, en una neurona postsináptica, a un receptor del grupo GABA, el receptor GABA_A, permiten el ingreso de una cantidad mayor del anión cloro a la célula. Este mecanismo del receptor es posible debido a que el mismo es un canal iónico que se abre en respuesta a una molécula o neurotransmisor con el cual se une; y a partir de dicha interacción se genera una transformación de la conformación de la proteína (receptor) abriendo el canal. El pasaje del anión cloro a la neurona genera que la misma se hiperpolarice, es decir, se vuelve más negativa la carga necesaria para llevar a cabo su actividad eléctrica, inhibiendo de esa forma la descarga eléctrica que posibilitaría la transferencia de información hacia la siguiente sinapsis.

Su utilidad, según el autor anteriormente citado, está vinculada a las acciones farmacológicas que este proceso genera. Dichas acciones son:

- ✓ **Ansiolítica:** Implica la supresión o disminución de la ansiedad, provocando una sensación de tranquilidad que disminuye la tensión psíquica y física.
- ✓ **Sedante:** Provoca un detrimento a nivel de la actividad general del individuo, produciendo una disminución en su tiempo de reacción y limitando las funciones mentales y psicomotoras.
- ✓ **Hipnótica:** Disminuye considerable el tiempo que tarda la persona en dormirse y promueve el sueño sostenido, incrementando el umbral para despertarse siendo necesario un estímulo mayor para lograr el pasaje del estado de sueño al de vigilia. De igual forma, colaboran a la disminución de las pesadillas y los terrores nocturnos.
- ✓ **Anticonvulsivante:** Se impide la difusión epiléptica.
- ✓ **Relajante muscular:** La miorelajación es provocada por algunas benzodiazepinas, como el clonazepam, en dosis no sedantes.
- ✓ **Antipánico:** Evita los síntomas de los ataques de pánico.

A partir de dichas acciones farmacológicas, se derivan las indicaciones clínicas de las benzodiazepinas para las distintas patologías a las cuales apuntan, a fin de reducir sus síntomas. Según Glattli (2006), las benzodiazepinas son utilizadas en los siguientes casos:

| INDICACIONES CLINICAS DE LAS BENZODIACEPINAS | |
|--|---|
| ANSIEDAD | Trastorno de ansiedad generalizada Ansiedad anticipatoria de trastornos de pánico Crisis de pánico Ansiedad debida a factores estresantes vitales. Reacción aguda al estrés. Ansiedad debida a condiciones medicas: Endoscopias, cateterismos, preanestesia y postquirúrgicos, ansiedad por retirada del respirador, síndromes dolorosos de corta duración, infarto agudo de miocardio. |
| INSOMNIO | Inducción o mantenimiento del sueño. |
| FOBIA SOCIAL | Ansiedad social asociado a este tipo de fobia. |
| DEPRESIÓN CON ANSIEDAD | El aspecto ansioso de la depresión. |
| ABSTINENCIA ALCOHÓLICA | Trata las convulsiones, temblores y los deliriums. |
| AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ | Agitación psicótica Agitación psicomotriz senil Delirium Agitación maníaca |
| MOVIMIENTOS ANORMALES PRODUCIDOS POR ANTIPSICÓTICOS | Reacciones distónicas agudas o mioclónicas Acatisia Disquinesias tardías |
| SÍNDROMES CONVULSIVOS | Epilepsia Estatus epiléptico (crisis epiléptica única o repetidas que persisten por un tiempo suficiente para potencialmente producir daño neurológico). |

Finalmente, es importante destacar los efectos adversos y las contraindicaciones absolutas y relativas para su uso. En relación a los efectos adversos, se enumeraran los efectos adversos indicados por Glattli (2006), quien señala que los mismos son:

1. Hipersedación
2. Efecto resaca, con somnolencia diurna
3. Relajación muscular excesiva
4. Sequedad de boca
5. Astenia
6. Cefaleas
7. Visión borrosa
8. Aumento de peso
9. Alteraciones gastrointestinales
10. Alteraciones de la memoria: Se puede dar amnesia anterógrada (la alteración de la memoria de fijación) principalmente con benzodiazepinas de acción corta.
11. Disminución de la agudeza mental y de las habilidades motoras (enlentecimiento psicomotriz)
12. Ataxia, disartria y vértigos con dosis altas
13. Efectos paradójales.

En relación a las contraindicaciones, divididas entre absolutas y relativas, se expondrán las observaciones de algunos autores que señalan que las mismas son (Cucco, 2008; Glattli, 2006):

| ABSOLUTAS | RELATIVAS |
|---|---|
| Síndrome de apnea del Sueño | Hipoalbulemia |
| Pacientes en shock o en Coma | Miastenia gravis |
| Lactancia | Glaucoma de ángulo estrecho |
| Síndromes cerebrales Orgánicos | Retención urinaria |
| Insuficiencia renal grave | Alcoholismo o toxicomanía |
| Insuficiencia hepática grave | Gestación/Embarazo |
| Insuficiencia respiratoria grave (EPOC grave) | Insuficiencia renal leve/moderada |
| | Insuficiencia hepática leve/moderada |
| | Insuficiencia respiratoria leve/moderada (EPOC) |

A su vez, se aclara que las benzodiacepinas de alta potencia pueden producir tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia con varias manifestaciones clínicas indeseables. A su vez, se considera que pueden poseer algún nivel de embriotoxicidad (Glattli, 2006).

CAPITULO 3.3.: EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.

En el presente capítulo, se presentarán dos investigaciones recientemente realizadas, vinculadas al consumo de psicofármacos en la Ciudad de Buenos Aires. Dichas investigaciones resultan de suma relevancia para continuar diagramando un panorama general del estado de las cosas en nuestro país, en un contexto de acentuada carencia de estadísticas de este tipo. Por último se presentarán una serie de aproximaciones que intentarán ofrecer algunas conclusiones generales con respecto a los datos presentados.

La Argentina ocupa el lugar de uno de los países con mayor consumo de psicofármacos a nivel mundial. Sobre ello, existen innumerables artículos periodísticos que alertan sobre los elevados niveles de morbi mortalidad asociados al consumo de medicamentos en la Argentina y particularmente aquellos de venta libre. En este sentido, los autores hacen mención a dos artículos de diario que son presentados a modo de exponentes de lo mencionado anteriormente (Canay, Brasesco, Legisa, Pighin & Tufro, 2010).

El primero de ellos, es uno del Diario La Nación que data del domingo 3 de mayo del 2009, en el que se precisa que mueren 21.800 personas anualmente en la Argentina, representado el 50% de ellas, casos de polifarmacia (ingesta simultánea de seis medicamentos o más), y un 30% casos de automedicación, agregando además que en el país, 3 de cada 4 personas se automedican, esencialmente con medicamentos de venta libre, antibióticos, colirios y por supuesto, psicofármacos. Siguiendo con la información provista por este artículo, el uso incorrecto de medicamentos genera 100.000 internaciones anuales, encontrándose integrados en esta cifra, casos de excesos, mezclas, reacciones alérgicas, efectos adversos, casos de mala prescripción, etc.

En el segundo de estos artículos publicado en el Diario Uno de Mendoza en marzo del 2010 los autores explican cómo es notificado el suceso del consumo grupal de ansiolíticos en el marco de un secundario de dicha provincia, provocando la manifestación de sintomatología neurológica en este alumnado durante el período de la clase. Sobre ello, señalan finalmente la facilidad con la que estos alumnos se hicieron

con los fármacos no yendo esta vez a conseguirlos clandestinamente, sino sencillamente sirviéndose del botiquín familiar al que aparentemente sus padres recurrirían con asiduidad.

Siguiendo esta primera presentación de artículos resultará de suma relevancia, la inclusión de algunas de las tablas presentes en el estudio de Canay y colaboradores (2010) que expresan información sumamente rica en contenido y actualidad.

El primer grupo de 5 de ellas, se refiere a una serie de observaciones con respecto a diferencias en el consumo entre los estudiantes secundarios de colegios públicos y los de colegios privados.

1.1 Tabla de prevalencia en la vida de psicofármacos sin prescripción médica según su sexo. Estudiantes en enseñanza media de la CABA 2007.

| Sustancia psicoactiva | Sexo | | |
|------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Varón (%) | Mujer (%) | Total (%) |
| Tranquilizantes sin pm | 6,2 | 8,3 | 7,3 |
| Estimulantes sin pm | 4,4 | 4 | 4,2 |
| | | | CABA (2007) |

1.2 Tabla de prevalencia en la vida de psicofármacos sin prescripción médica según intervalos de edad. Estudiantes en enseñanza media de la CABA 2007.

| Sustancia psicoactiva | Tramos de edad | | |
|------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|
| | 14 o menos (%) | 15/16 (%) | 17 o más (%) |
| Tranquilizantes sin pm | 4,4 | 7,7 | 10,2 |
| Estimulantes sin pm | 3,4 | 4,4 | 5,1 |
| | | | CABA (2007) |

1.3 Tabla de percepción de peligro o riesgo de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica. Estudiantes en enseñanza media de la CABA 2007.

| Riesgo que corre una persona cuando | Ningún Riesgo (%) | Riesgo Leve (%) | Riesgo Moderado (%) | Gran Riesgo (%) | No sabe (%) | Total (%) |
|--|--------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------|------------------|
| Toma tranquilizantes/estimulantes alguna vez | 9,7 | 26,2 | 31,7 | 21,2 | 11,2 | 100 |
| Toma tranquilizantes/estimulantes frecuentemente | 2,3 | 5,8 | 21,1 | 59,6 | 11,2 | 100 |
| | | | | | | CABA (2007) |

1.4 Tabla de prevalencia en la vida de psicofármacos sin prescripción médica según año de estudio. Estudiantes en enseñanza media de la CABA 2007.

| Sustancia psicoactiva | Año de estudio | | |
|----------------------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| | 8° año (%) | 10° año (%) | 12° año (%) |
| Tranquilizantes sin pm | 5,2 | 8,5 | 9,2 |
| Estimulantes sin pm | 3,8 | 4,7 | 4,2 |

CABA (2007)

1.5 Tabla de prevalencia en la vida de psicofármacos sin prescripción médica según tipo de colegio. Estudiantes en enseñanza media de la CABA 2007.

| Sustancia Psicoactiva | Tipo de colegio | |
|----------------------------------|------------------------|-------------|
| | Público (%) | Privado (%) |
| Tranquilizantes sin pm | 7,4 | 7,1 |
| Estimulantes sin pm | 5 | 3,5 |

CABA (2007)

Con respecto a las tablas 1.1 y 1.2, los autores anteriormente mencionados concluyen que el consumo durante la vida de *Tranquilizantes sin prescripción médica*, resulta con mayor frecuencia en mujeres (8,3%) que en varones (6,2%), por otro lado, tratándose del consumo de *Estimulantes sin prescripción médica*, los valores resultan bastante similares. Por otro lado, tratándose de la 1.3, destacan que si bien el *consumo frecuente* de tranquilizantes y estimulantes se considera una conducta en la que se identifica un riesgo, a la hora de referirse al mismo consumo pero bajo la carátula de *ocasional o experimental*, apenas un porcentaje sensiblemente mayor al 50% percibe ese riesgo anteriormente identificado. Con respecto a la 1.4, se menciona una relación directamente proporcional entre el avance en el grado escolar y la prevalencia de consumo en la vida, refiriéndose a *Tranquilizantes* (del 5,2% 8vo grado al 9,2% en el 12vo año de escuela) y en menor medida a *Estimulantes*. En última instancia, la 1.5 es vista por estos autores en términos de un consumo no demasiado alejado entre alumnos de colegios públicos y privados en el terreno de los *Tranquilizantes*, sin embargo destacan que tratándose de *Estimulantes*, los resultados no reflejan una paridad ni cercana, ubicándose los colegios públicos por encima en su prevalencia con un 5% y los privados con un 3,5%.

Continuando el presente análisis sobre un segundo grupo de 3 tablas, se presentan en esta oportunidad expresiones estadísticas sobre la emergencia hospitalaria y el impacto que recibe a partir del consumo de psicofármacos.

2.1 Tabla de prevalencia de las últimas 6 horas de psicofármacos con y sin alcohol. CABA 2008.

| Sustancia psicoactiva | Sobre el total de sustancias consumidas solas (%) | Sobre el total de sustancias consumidas con alcohol (%) |
|------------------------------|--|--|
| Tranquilizantes | 18,5 | 30,8 |
| Sedantes | 4,6 | 25,0 |
| Anfetaminas | 0,0 | 5,8 |
| Anticolinérgicos | 0,0 | 5,8 |
| Antidepresivos | 10,8 | 26,9 |
| Anticolinérgicos | 0,0 | 5,8 |
| Antidepresivos | 10,8 | 26,9 |

2.2 Tabla de prevalencia de las últimas 6 horas de psicofármacos a partir del sexo y la edad. CABA 2008

| Sustancia psicoactiva | Total (%) | Sexo | | Edad | | | |
|------------------------------|------------------|----------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | | Varón % | Mujer % | Menos de 25 | 25-34 % | 35-49 % | 50 y + % |
| Tranquilizantes | 2,7 | 2,9 | 2,4 | 0,4 | 5,2 | 1,3 | 3,7 |
| Sedantes | 1,5 | 1,5 | 1,6 | 0,7 | 2,8 | 0,4 | 2,0 |
| Anfetaminas | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 1,2 | 0,0 | 0,0 |
| Anticolinérgicos | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,3 |
| Antidepresivos | 2,0 | 1,7 | 2,4 | 0,0 | 3,6 | 2,2 | 2,3 |
| Flunitracepán | 0,9 | 1,1 | 0,6 | 1,1 | 1,6 | 0,4 | 0,3 |

CABA (2008)

2.3 Tabla de prevalencia de las últimas 6 horas de psicofármacos según el nivel de instrucción y situación ocupacional. CABA 2008

| Sustancia psicoactiva | Total (%) | Nivel de instrucción (%) | | | | | | | Situación ocupacional (%) | | | | |
|-----------------------|-----------|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------------------|---------|-----|-----|-----|
| | | S/I | P/I | P/C | S/I | S/C | T/C | S/I | TT C | TT P | TE | D | I |
| Sedantes | 1,50 | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 2,1 | 1,7 | 3,9 | 0,0 | 1,1 | 1,7 | 1,5 | 2,7 | 1,9 |
| Tranquilizantes | 2,70 | 3,6 | 1,4 | 2,9 | 2,1 | 2,9 | 3,9 | 3,2 | 1,6 | 3,4 | 3,1 | 5,4 | 2,5 |
| Antidepresivos | 2,0 | 3,6 | 0,0 | 1,2 | 3,2 | 2,5 | 3,9 | 1,6 | 1,6 | 0,9 | 3,1 | 2,7 | 2,5 |
| Anfetaminas | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,9 | 0,3 |
| Anticolinérgicos | 0,3 | 1,8 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 0,6 |
| Flunitracepán | 0,9 | 1,8 | 2,1 | 0,6 | 0,0 | 1,2 | 0,0 | 1,6 | 0,0 | 1,7 | 0,0 | 4,5 | 0,3 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| CABA 2008 | | | | | | | | | | | | | |

En segunda instancia, con respecto a este segundo grupo de tablas se observa que en el caso de la 2.1 existe una prevalencia en el consumo de Alcohol en asociación a la ingesta de psicofármacos destacando inclusive los casos de las Anfetaminas y los Anticolinérgicos en los que únicamente se las vinculó al consumo de dicha sustancia. Con respecto a la 2.2, se menciona que fue mayor el número de pacientes dentro del intervalo de los 25 y 34 años con respecto al ingreso a la guardia debido al consumo de psicofármacos, ocupando un el segundo lugar aquellos dentro del grupo de mayores de 50 años. Con respecto a las discrepancias en el sexo, fue superior el consumo de las mujeres con respecto a las Anfetaminas, los Anticolinérgicos y los Antidepresivos, y en los varones se destacó el de Flunitracepán (Canay et al., 2010).

En síntesis se pueden resumir algunas de las conclusiones de los autores anteriormente citados de la siguiente manera (Canay et al., 2010):

- ✓ Resulta cada vez más habitual que se suceda el inicio del consumo de drogas, como los psicofármacos, en adolescentes alrededor de los 12 años de edad.
- ✓ La continuidad y el grado de consumo se incrementa vertiginosamente entre los estudiantes conforme avanzan el grado escolar y la edad.
- ✓ El consumo de tranquilizantes no percibe diferencias sustanciales entre estudiantes de colegios públicos y privados; no respectándose así en el caso de los estimulantes, notándose el doble de consumo en la población que asiste a colegios públicos por sobre la de los colegios privados.
- ✓ Es habitual que el consumo de psicofármacos se realice acompañado de la ingesta de alcohol; ubicándose la población perteneciente al intervalo entre 25 y 34 años de edad en primer lugar, y la de mayores de 50 años en segundo.
- ✓ Tranquilizantes, Antidepresivos y Sedantes son los fármacos más utilizados dentro de la población con elevados niveles de escolaridad, aunque bajo o nulo nivel ocupacional. Anfetaminas y Anticolinérgicos se encontraron vinculados a la población con bajo o nulo nivel de ocupación y niveles de escolarización media. Finalmente, el hipnótico Flunitracepán, se asocia a todos los niveles de escolarización, aunque bajo o nulo nivel ocupacional.

Para finalizar, se mencionaran los señalamientos realizados en la segunda investigación sobre el consumo de psicofármacos en la ciudad autónoma de Buenos Aires; más específicamente, en la zona del conurbano bonaerense.

En dicho estudio un grupo de alumnos de la Universidad de Palermo, junto a un profesor de dicha institución, se encargaron de realizar entrevistas de manera azarosa a la población del conurbano bonaerense, con el fin de determinar los porcentajes de individuos que consumen psicofármacos, y los patrones y tipos de consumo que se realizan en dicha comunidad. Para lograr una mejor comprensión de la información expresada en dicho relevamiento, se realizó el siguiente cuadro que resume los resultados obtenidos en la investigación (Leiderman, 2007).

| CONURBANO BONAERENSE | | |
|---|--|---|
| CONSUMEN PSICOFARMACOS EN LA ACTUALIDAD | HAN CONSUMIDO PSICOFARMACOS PERO YA NO LO HACEN. | TOTAL DE QUIENES CONSUMEN, HAN CONSUMIDO O NO LO HAN HECHO NUNCA |
| <p>7% de la población encuestada consumen psicofármacos en la actualidad. La mediana de tiempo de consumo es de 4 meses, con un rango de 1 a 120 meses.</p> <p>81,5% consideran indispensable al psicofármaco para sentirse bien.</p> <p>92,4% consumen un solo psicofármaco 7,6% consumen dos psicofármacos.</p> <p>El consumo de psicofármacos es mayor dentro de la población femenina. 8,3% son mujeres, mientras el 5,5% son varones.</p> <p>La población que consume se concentra, en mayor medida, en los dos extremos del nivel educativo: hay un aumento de consumo en quienes tienen la primaria incompleta; como también sucede con quienes poseen terciario o universitario completo.</p> <p>En relación a la clase social que consume, se observa que el 20,6% pertenece a la clase media-alta; el 5,7% a la clase media baja y el 7,2% a la clase baja.</p> <p>85% consume Benzodiacepinas 5,3% consume Antidepresivos 3% consume Antipsicóticos 1,5% consume Antirecurrenciales</p> <p>45,8% los usa para poder dormir 37,4% los usa para disminuir la ansiedad 11,5% los usa para tratar la depresión. 5,3% los usa por otros motivos (como esquizofrenia, contracturas, fobias, etc.)</p> <p>90,1% ha recibido la indicación médica para consumir psicofármacos. 0,8% de un profesional no médico. 3,1% de un familiar 3,8% de un amigo o conocido 2,3% de nadie en particular</p> <p>El 52,7% creen que los psicofármacos generan algún tipo de dependencia o adicción.</p> | <p>6.7% de la población encuestada ha consumido psicofármacos, pero no lo hacen actualmente. La mediana de tiempo de consumo es de 36 meses, con un rango de 10 a 120 meses.</p> | <p>En total, el 13, 7% de la población población encuestada consume o ha consumido psicofármacos en algún momento de su vida.</p> <p>6,4% consumo en la última semana. 6,7% consumo en el último mes. 6,8% consumo en el último año.</p> <p>Son significativamente mayores en edad quienes consumen o han consumido, en relación a aquellos que no lo han hecho. 4,2% de los individuos menores a 45 años consumen psicofármacos, así como también lo hace el 7% de quienes comprenden el rango de edad de los 45 a 64 años de edad y el 19% de los mayores a 65 años.</p> <p>64% creen que los psicofármacos generan algún tipo de dependencia o adicción.</p> |

Información obtenida de Leiderman y colaboradores (2007). Universidad de Palermo.

La información anteriormente presentada opera en esta ocasión como elemento reforzador de las hipótesis que progresivamente cobraban consistencia mientras se avanzaba en el presente trabajo. Se vieron corroborados datos como que un porcentaje mayor de mujeres que de hombres consumen psicofármacos en nuestro país, que el consumo de estas drogas aumenta conforme sucede lo mismo con la edad, que en un porcentaje notablemente mayoritario son las Benzodicepinas el psicofármaco más consumido y que son la gran mayoría de la población consumidora quienes consideran indispensable a dicha droga para sentirse bien.

Por otro lado, a pesar de que ninguna de la investigaciones revisadas sea demasiado representativa de todo el territorio de la República Argentina, refiriéndose en cambio más en detalle a lo que sucede en este sentido dentro de la provincia de Buenos Aires, las mismas no dejan de resultar útiles para lograr una primera aproximación en términos estadísticos a una problemática social en franco crecimiento y que sin lugar a dudas compromete el futuro de nuestra sociedad en conjunto.

Si la tarea de *re-humanización* de la práctica que plantea Ferrali (2006b) es la *razón lógica* de las ciencias médicas, el uso y expendio racional de los psicofármacos debería apuntar a una reducción considerable de los cuadros tratados con estos, ya que lo que realmente habría que modificar son los factores sociales que los provocan. La sobreprescripción que existe en la Argentina debería revisarse considerando los factores analizados, para lograr aplicar medidas que mejoren las condiciones de trabajo, que son parte de la razón por la que el sistema no aplica los medios debidamente o que el paciente tenga un acceso restringido a la información.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Durante el desarrollo del presente trabajo final de carrera, se observó la relación existente entre los factores psicosociales (discurso circundante demonizador y oferta idealizadora capitalista) y el expendio y uso racional de psicofármacos, determinado desde el ámbito académico-científico. Con tal objetivo se realizó una revisión bibliográfica con el fin de vincular dichas variables, específicamente dentro de la República Argentina.

A continuación se presentaran algunas conclusiones que han podido ser extraídas a partir del desarrollo realizado en este trabajo.

La medicalización de la vida cotidiana es un fenómeno que, en Argentina, se ve representado con claridad, ya sea en las cifras de ventas de los laboratorios, en las recopilaciones de testimonios o en las consideraciones que se presentan por parte del ámbito científico. Se observó a lo largo de esta revisión cómo este proceso suscita opiniones absolutamente contrapuestas, presentándose un discurso orientado hacia la demonización, y otro que propone una perspectiva tendiente a la idealización de sus virtudes.

En relación a la variable del discurso circundante demonizador, se observó que el origen de dicho factor tiene relación con la estigmatización de los trastornos o enfermedades mentales en este país. De hecho, muchos artículos periodísticos suelen homologar las conductas delictivas con el uso de medicamentos. Por otro lado, se observa que estas condiciones son usualmente generadas por las industrias farmacéuticas. Estas mismas opacan la información, con el fin de regularizar el consumo de sus productos; llevando a que los usuarios se encuentren con la incertidumbre que genera la desinformación. Esta falta de certidumbre en relación al funcionamiento de los medicamentos y sus efectos secundarios es uno de los motivos por los cuales se produce una imagen negativa de los mismos. Otro de los motivos de la demonización radica en la constitución de un imaginario social vinculado a la anormalidad.

La globalización generó que muchos trastornos como la ansiedad, la depresión y/o el estrés sean considerados como enfermedades de época. Esta sociedad en particular no solo prioriza la individualidad, sino también la capacidad y el éxito, y en este sentido, generan que las personas se vuelvan reacias al consumo de psicofármacos por considerar que el ser humano debería ser capaz de controlar sus estados mentales. Por otro lado, se señala que muchos medicamentos se asocian con la vejez; una de las mayores preocupaciones del ser humano actual, lo que facilita que se genere una imagen negativa sobre los mismos.

En relación a la variable de la oferta idealizadora capitalista, se observa que dicha visión ubica a los medicamentos en un lugar de privilegio y/o una necesidad de la posmodernidad. Nuevamente, se señala que dicha forma de percibir a los psicofármacos suele tener relación con los laboratorios, quienes promocionan sus productos a costa de convertir procesos normales de la vida cotidiana como patologías.

Los intereses de esta sociedad radican en que sus miembros actúen de forma equilibrada, aplicándoles una presión tal que se constituye como uno de los factores que generan la aparición de variados síntomas; en donde los psicofármacos vienen a cumplir el rol de salvadores. En este sentido, se constituyen como bienes de consumo. La problemática de esta situación es que al idealizar las propiedades de los psicofármacos, se terminan generando situaciones de frustración, y lo que resulta más alarmante, es que se monopoliza el uso de psicofármacos por encima de otras formas de tratamiento. En otras palabras, se dejan de lado todos aquellos recursos psicoterapéuticos que posibilitan un abordaje integrativo de la persona.

Un fármaco que permitió comprender los alcances de la oferta idealizadora capitalista es el Prozac, también conocido como Píldora de la Felicidad. Incluso se vio como algunos autores como Kramer, a partir de la promoción del potencial milagroso del Prozac, comparo el uso del mismo con las cirugías estéticas, hablando de psicofarmacología cosmética. En este sentido, se pasa a comercializar la felicidad en lugar de su verdadera indicación. Es por ello que, a partir de los planteos realizados por Freud (en su texto "Malestar en la cultura"), se comprende el motivo que llevó al Prozac a ser el psicofármaco con mayor índice de ventas: la ilusión de dar fin a la búsqueda crónica del imposible.

Finalmente, a partir de lo que el conocimiento científico nos inculca, es que se puede comprender lo que significa un uso racional de psicofármacos. Lo que se entiende como uso racional implica cinco componentes, a saber: (1) que la aplicación de psicofármacos se realice de acuerdo a lo que dicta el conocimiento científico; (2) que sean administrados para una condición patológica adecuada y (3) que una vez administrado el psicofármaco se promueva la adherencia al tratamiento y el seguimiento del mismo. Como se ha podido observar a lo largo de todo el trabajo, estas condiciones, generalmente, no se suelen presentar en relación al uso en la Argentina. De hecho, la OMS señala que más de la mitad de las prescripciones, dispensaciones y ventas de psicofármacos son comercializadas de forma inapropiada.

La *re-humanización* de la práctica se constituye indudablemente en este contexto como la razón lógica de las ciencias médicas. Representa el núcleo del cambio y no es posible escapar a esta idea si es que se pretende pensar con seriedad un abordaje clínico que fomente el crecimiento y el desarrollo humano.

Por todo esto, se considera de suma importancia fomentar la reflexión en relación al expendio y uso de psicofármacos, priorizando la aplicación de medidas que consideren a todos los actores involucrados en el proceso de promoción, distribución y venta de este tipo de medicamentos; fomentado a su vez la participación activa de los medios educadores y formadores de profesionales y ciudadanos responsables y respetuosos de la implicancias adheridas a esta problemática.

Cabe mencionar que resultaría interesante y de suma utilidad para futuras investigaciones, el perseguir una ampliación del material estadístico disponible sobre el consumo de psicofármacos en todo el territorio de la Republica Argentina, y no solo en la provincia de Buenos Aires.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiad, P. (26 de Abril de 2002). *Acusan a un psiquiatra de estafar a sus clientes*. Diario Clarín.
- Álvarez, D., Arizaga, M. C., Quiña, G., Pistani, M. R., & Ruíz, V. (2007, Febrero.). *El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso*. Argentina: Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR.
- Bongers, W., & Olbrich, T. (2006). *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (fecha de acceso: 2010, 10 de Enero). *Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos*. [En Red] (Fecha de trabajo original: sin fecha). Disponible en: <http://www.psicomundo.com/foros/genero/fármacos/htm>.
- Burin, M., Moncarz, E., & Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabrera, I. C. (s/f). *Psicofarmacología Clínica*. Universidad Nacional de Tucuman - Facultad de Medicina - Catedra: Salud Mental II, 1-34.
- Canay, R., Brasesco, M. V., Legisa, A., Pighin, R., & Tufro, F. (2010). *Consumo de Psicofármacos y Género en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Buenos Aires: Secretaria de Medios. Ministeria de Desarrollo Social. CABA.
- Carpintero, E. (Abril 2007). *La medicalización de la vida cotidiana*. Revista Topía, 1-5.
- Cucco, L. (Noviembre 2008). *¿Hacemos un uso adecuado de las benzodiazepinas? Conocimientos prácticos para atención primaria*. Revisión Mg, 780-787.
- De la Serna, J. L. (fecha de acceso: 2010, 14 de Abril). *El fenómeno Prozac*. [En Red]. (Fecha de trabajo original: 10 de Febrero de 1994). Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/1994/94/00083.html>.

Ehrenberg, A. (2004). *Un mundo de funambulos. En A. Ehrenberg, Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E., & Torricelli, F. (Junio 2009). *La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/ medicamentación en la infancia*. *Margen*, (54): 1-10.

Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., & Tamburrino, M. C. (Jul/Sep. 2010). *Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 485-497.

Ferrali, J. (2006a). *Psicofarmacología para el Equipo de Salud Mental. Generalidades*. (2da edición). Hojas Clínicas de Salud Mental, 1-4.

Ferrali, J. C. (2006b). *Consideraciones introductorias en clínica, psicopatología, nomenclatura y clasificación*. (2da Edición). Hojas Clínicas de Salud Mental. , 5-13.

Flower, R. (2004). *Lifestyle Drugs: pharmacology and the social agenda*. *Trends Pharmacol Sci*, (25): 182-185.

Freud, S. (1930). *Malestar en la cultura*. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

García Ruiz, A. J., & Martos Crespo, F. L. (s/f). *De la práctica clínica a la academia: la evaluación económica de medicamentos*. Documentos de opinión para Atención Primaria. Universidad de Málaga. , 37-51.

García Terán, M. (fecha de acceso: 2010, 5 de Septiembre). *Alarma por el alto consumo de psicofármacos en la Argentina*. [En Red] (Fecha de trabajo original: 30 de Noviembre de 2003). Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/550255-alarma-por-el-alto-consumo-de-psicofarmacos-en-la-argentina>

García, A., López, A. C., Aguirre, J., Roitter, C., & Milone, C. (fecha de acceso: 2010, 19 de Agosto). *Uso racional de medicamentos*. [En Red] (Fecha de trabajo original: sin fecha). Disponible en: <http://www.cfe-fcm.unc.edu.ar/>.

Gilbert, D., Walley, T., & New, B. (2000). *Lifestyle medicines*. *British Medic Journal*, (321): 1341-1344.

Glattli, H. M. (2006). *Benzodiazepinas*. Hojas Clínicas de Salud Mental. (2da Edición): 23-38.

González Pardo, H., & Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*. Madrid: Alianza.

Grande, A. (28 de Febrero de 2009). *De cerca nadie es normal*. (M. Choukroun, Entrevistador)

Grimson, W. R., Verruno, C., & Assem, E. M. (Octubre 2003). *Primer estudio preliminar sobre el consumo de psicofármacos en la Republica Argentina durante el trienio 2000-2002*. Panamá: VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.

Kasulin, A. (fecha de acceso: 2010, 23 de Abril). *Eficacia y eficiencia en la investigación psicofarmacológica*. [En Red] (Fecha de trabajo original: 26 de Marzo del 2003). Disponible en: <http://www.intramed.net/>.

Kordon, D., Lipovetzky, G., & Escudero, J. (Noviembre del 2006). *Medicamentos, Médicos y Laboratorios: una cuestión del campo de la salud mental*. *Revista Topía*.

Lakoff, A. (2003). *Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina*. *Cuadernos de Antropología Social*, (18): 35-66.

Law, J. (2006). *Big Pharma: Exposing the Global Healthcare Agenda*. UK: Carroll & Graf.

Leiderman, E. (Agosto 2007). *Consumo de psicofármacos. Estudio en el conurbano bonaerense*. *Revista UPPsi*, 4-5.

Levin, S. (2007). *Claroscuros de la clínica psicofarmacológica*. Biblioteca Virtual Augusto Piccolo. Sociedad Psicoanalítica del Sur.

Lexchin, J. (fecha de acceso: 2010, 7 de Octubre). *Lifestyle drugs: issues for debate*. [En Red]. (Fecha de trabajo original: 2001). Disponible en: <http://www.cmaj.org.ca>.

Lipcovich, P. (fecha de acceso: 2010, 4 de Marzo). *El negocio de inflar la psicosis*. [En Red] (Fecha de trabajo original: 6 de Junio de 2004). Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-36315-2004-06-06.html>

OMS. (fecha de acceso: 2010, 17 de Octubre). *Medicamentos: Uso racional de los medicamentos*. [En Red] (Fecha de trabajo original: Mayo de 2010). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html#content>.

Pavlovsky, F. (Agosto 2006a). *La tentación: vicisitudes de un psiquiatra*. Revista Topía, 1-4.

Pavlovsky, F. (Agosto 2006b). *Fiestas para psiquiatras*. Revista Topía, 1-5.

Pérez Leirós, C. (2005, Septiembre). *Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)*. Revista Química Viva, 4 (2): 46-51.

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

Roldán, A. (s/f). *Psicofarmacología Cosmética*. En Ensayos desde el psicoanálisis, 15-22.

Romo, N. (2005). *La medicalización de los malestares. Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos. Género y psicotrópicos*. Granada, España: Instituto de Estudios de las mujeres.

Shapira, V. (2009). *La Argentina Ansiolítica. Medicados y automedicados: como nos están cambiando la vida las pastillas*. Buenos Aires: Sudamericana.

Solal, J. (2004). *Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable*. En A. Ehrenberg, *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. (págs. 191-202). Buenos Aires: Nueva Visión.

Stagnaro, J. C. (1 de Abril de 2009). *La salud mental: un problema de salud pública. Crisis en la prevención, el diagnóstico y la terapéutica*. (IntraMed, Entrevistador)

Urien Berri, J. (fecha de acceso: 2010, 3 de Junio). *Acusan a un psicoanalista de la manipulación de sus pacientes*. [En Red] (Fecha de trabajo original: 28 de Mayo de 2006). Disponible en: http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=809708