

El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso.

Informe final

Febrero 2007

Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR.

Coordinador: Lic. Diego Alvarez.

Responsable de Investigación: María Cecilia Arizaga.

Asistente de investigación: Guillermo Quiña.

Colaboraron:

María Rosana Pistani.

Violeta Ruíz.

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción.	4
1. Justificación y presentación del problema.	
<i>El consumo de psicotrópicos en la Argentina. Destinatarios y beneficiarios. Objetivos generales y específicos.</i>	4
2. Marco conceptual.	11
<i>Historia. El concepto de psicotrópico y su clasificación.</i>	
3. Antecedentes	15
4. Perspectiva teórico – metodológica y diseño metodológico.	
<i>Definición conceptual metodológica de “Uso indebido” para la segmentación de la muestra. Técnicas seleccionadas y diseño de instrumentos. Criterios para la segmentación de la muestra y la conformación de los grupos focales. Selección de los puntos muestrales. Modo de reclutamiento de los participantes de grupos focales. El análisis de los datos. Organización del informe.</i>	23
Capítulo II. La medicalización del confort en la subjetividad contemporánea.	33
1. Contextualización del problema.	
<i>Depresión y ansiedad: el individuo vulnerable de la sociedad de la performance.</i>	33
2. La construcción social del concepto de “consumo indebido”	38
3. La perspectiva médica. Sujeto y sistema impacientes, el “círculo perfecto”	41
Capítulo III. Las representaciones sociales del consumo de psicotrópicos. El sujeto insuficiente y las pastillas para el estilo de vida.	58
1. Acerca de las representaciones sociales	58
2. Cómo circulan las representaciones de psicotrópicos: la promesa de calidad de vida en la publicidad de psicotrópicos	60
3. Iniciativa y rendimiento. El <i>sujeto competente</i> : la medicalización del <i>superhéroe</i>	67
4. Supervivencia: la <i>pastilla para mantenerse a flote</i>	81
5. La dependencia afectiva: “ <i>Estar bien yo para que los míos estén bien</i> ”	89
Capítulo IV. Patrones de consumo y tolerancia social.	112
1. El autodidacta	114
2. El farmacéutico “amigo”	121
3. La recomendación lega	123
4. El botiquín familiar.	124
5. La pastilla a escondidas.	127
6. Pertenencia social y trayectorias de autorregulación en relación con el médico y el sistema de salud. Delegación, don y personalización de la prestación.	131
Capítulo V. Conclusiones.	142
1. Tolerancia social y modelos de referencia cultural.	142
2. Tipología por género y ciclos de vida.	144
3. Aspectos a considerar.	152
4. Recomendaciones.	158
Bibliografía	162
Anexos	

1. Instrumentos	I
2. Procesamiento	XXXV
3. Tipología de publicidades	XXXIX

Capítulo I. INTRODUCCION

1. Justificación y planteo del problema.

A partir de la Segunda Posguerra, los medicamentos psicotrópicos han sufrido grandes transformaciones en cuanto a sus modos de uso y fines terapéuticos que han impactado no sólo en el mundo de la medicina psiquiátrica sino en la sociedad en general. El consumo de estas moléculas evidencia significativas variaciones en paralelo con la evolución de los espacios de producción de estos medicamentos.

Desde la esfera de la producción, la evolución de la farmacología constituye un proceso en constante superación desde la aparición de las benzodiazepinas en la década del sesenta hasta llegar a las nuevas drogas surgidas de la ingeniería molecular en los años noventa. En lo que se refiere al consumo, su uso extensivo - es decir, no restringido a sujetos diagnosticados con una patología mental- se ha venido incrementando progresivamente a lo largo de este período, poniendo en discusión concepciones acerca de la salud y la enfermedad, sobre la condición del sujeto contemporáneo y el tratamiento de los síntomas más amenazantes para el logro de una *performance* social adecuada.

Como plantea Ehrenberg, el ingreso de los medicamentos psicotrópicos en el espacio de la epidemiología de las drogas pone en escena una “toxicomanía a los medicamentos” (Ehrenberg, 2004:19), que lejos de caracterizarse por la desocialización y la decadencia, tal como está instalado en el imaginario de la droga, se define por la búsqueda de efectos positivos en la socialización y la *performance*. En el marco de una sociedad en pleno proceso de pérdida del peso de las instituciones colectivas que regulaban la vida social, es el individuo el que “se hace cargo” del malestar social, llevando al plano personal, individual, las consecuencias de las crisis originadas en el plano de lo social y ejerciendo sobre el individuo nuevas demandas de autocontrol e iniciativa individual, en virtud de lo cual el psicotrópico se integra como herramienta en esa búsqueda de control de sí mismo, en pos de una vida más socializada.

La literatura sobre el tema coincide en que el conjunto de normas sociales que crecientemente sobreexponen al individuo en el contexto de la autorregulación frente al debilitamiento de los marcos institucionales que tradicionalmente administraban el riesgo social, empujan al sujeto a acentuar los controles sobre sí mismo a fin de ser competente en términos profesionales, sociales y afectivos. Este clima existencial signado por el proceso de debilitamiento de los marcos de regulación tradicionales como el trabajo asalariado, la familia y los vínculos extendidos, coloca al sujeto en situaciones de inhibición, vulnerabilidad, excitación, depresión y ansiedad que tienden a ser resueltas químicamente a través de productos tranquilizantes y estimulantes, lo cual resulta en una batería de medicamentos que cumple la función de luchar contra los síntomas más invalidantes en la sociedad actual y a ser una herramienta efectiva para una demanda subjetiva de autocontrol que se ejerce sobre el individuo.

Esto supone una oferta cada vez más diversificada de sustancias reguladoras del estilo de vida (las llamadas *Lifestyle Medicines*¹) que desde un menú de opciones prometen una actitud más proactiva o serena según la demanda. En términos de Solal (2004), se trata de productos ansiolíticos sedativos y productos con virtudes estimulantes y proactivas que conforman dos polos en los cuales se juega la “prescripción del confort”, proporcionando la adaptación y la integración social. En este marco, tal como lo explica Solal, la farmacodependencia mediante una automedicación más o menos controlada, se vuelve el común denominador del uso de los psicotrópicos.

Teniendo en cuenta las discusiones que se están planteando en distintos campos que abarcan la psiquiatría y la medicina en general, el psicoanálisis y demás psicoterapias y la sociología, se advierte que el uso de estos medicamentos con un fin no mediado por la idea de curación sino por conceptos asociados a bienestar personal y *performance* social lleva a problematizar la cuestión desde la perspectiva de una progresiva banalización del consumo. Cuando hablamos de consumo indebido y de banalización, lo hacemos desde la

¹ El concepto de *Lifestyle Medicines* alude al nuevo rol que los fármacos cumplen en relación con los estilos de vida, de notoria difusión en los últimos años. Véase el apartado “Antecedentes” del presente capítulo.

conformación de un espacio de prácticas y representaciones que expresan el pasaje de un tipo de consumo fundamentado en conceptos ligados a la idea de curación y enfermedad hacia un tipo de consumo compensatorio de insuficiencias personales a fin de volver la vida cotidiana más confortable.

El estudio indaga en qué marco tiene lugar el proceso de banalización del consumo de medicamentos psicotrópicos, lo cual requiere comprender las cuestiones microsociales específicas de los grupos implicados en su articulación con el contexto macrosocial que promueve la cuestión. Desde un abordaje sociocultural, nos preguntamos por los planos sociales, económicos y culturales que subyacen a la problemática y el modo en que repercuten en los diferentes espacios de la vida cotidiana de los individuos (plano subjetivo-psicológico y plano social o de la sociabilidad: laboral, familiar, afectivo).

Como se detallará en los resultados, el criterio de definición de “lo indebido” en el consumo de psicotrópicos plantea en sí toda una problemática que ha debido trabajarse en el transcurso de la investigación. Por las características propias del problema en cuestión, a poco de comenzar nos vimos en la necesidad de reinterpretar el concepto de consumo indebido ya que abarca toda una serie de instancias que en muchos casos comprometen la prescripción médica de diferentes modos. ¿Hay un consenso acerca de lo indebido en el consumo y prescripción de psicotrópicos? ¿Se identifica un proceso de banalización por parte de los distintos actores en juego? Para comprender los alcances y modos que toma el fenómeno tuvimos en cuenta a los distintos actores, instituciones y variadas instancias que intervienen en el proceso: a los sujetos consumidores en primer plano pero también a los médicos y la industria farmacéutica como informantes clave y a los medios de comunicación, a fin de recabar los discursos que se producen y difunden, ya sea en canales específicos para los profesionales como las revistas científicas, *papers* y presentaciones a congresos, así como comunicaciones de divulgación y de consumo masivo.

Al interrogarnos sobre las modalidades de banalización, resultó central en la investigación profundizar el análisis en las representaciones sociales,

imaginarios y lugares comunes que sustentan el consumo indebido de psicotrópicos. Así, el estudio propone explorar desde una metodología cualitativa las motivaciones y prácticas relacionadas con el consumo indebido de psicotrópicos en la población adulta desde el enfoque propio de la sociología de la comprensión de las acciones y del saber de la vida cotidiana. Desde allí y en diálogo con estudios precedentes, nos preguntamos si el crecimiento del uso de psicotrópicos resulta un fenómeno paradigmático para comprender la transición de la idea de curación hacia la de “calidad de vida” al actuar como una respuesta química a los desafíos que se plantean para la subjetividad en la sociedad actual y cuáles son los alcances del fenómeno en cuanto a representaciones y prácticas. Para indagar en las motivaciones que llevan a una quimicalización de la vida, será necesario ubicarse en la problemática de la sensibilidad contemporánea y en la construcción de un “estilo de vida” articulado con representaciones e imaginarios sociales asociados a la idea de “calidad de vida” y *performances* en un marco social crecientemente incierto y demandante.

- El consumo de psicotrópicos en la Argentina:

En la Argentina, los psicofármacos representan el 8,8% de las cantidades de dosis de medicamentos vendidos en el país, según muestran los datos del estudio llevado a cabo por la SEDRONAR durante el trienio 2000-2002². Este estudio trienal tuvo como fuente los datos de las principales distribuidoras del país y su objetivo fue reconocer la magnitud de la comercialización de los psicotrópicos e identificar los comportamientos de la demanda en relación con los cambios de la oferta. Los datos cuantitativos revelaron que al interior del segmento de los psicofármacos se muestra una preponderancia del uso de los tranquilizantes. Por otra parte se puede constatar que si bien en el período estudiado hubo una disminución en la demanda de medicamentos en general (23,3%), en el caso de los psicofármacos la baja fue menor (16,17%). Desde el lado de la oferta, en el cual se sitúa el estudio, los datos ofrecen ciertas características referidas a la

² Nos referimos al Estudio Preliminar sobre el Consumo de Psicofármacos a nivel Nacional durante el trienio 2000-2002.

fortaleza del consumo de psicotrópicos, como la débil reacción frente a variaciones de precios –lo cual supone que ante un incremento de precios la demanda de psicofármacos se modifica en menor medida que otros medicamentos- y el mayor consumo *per cápita* en la Región Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires).

Según datos del INDEC, cuando se toman en consideración los datos de la Industria Farmacéutica se puede observar una tendencia de crecimiento de facturación de los medicamentos destinados al SNC (Sistema Nervioso Central) desde el año 2002, sin distinguir entre consumo prescripto o no. Ello resulta significativo puesto que confirma que en los trimestres inmediatamente posteriores a la crisis de 2001, el grupo de medicamentos destinados al SNC resultó ser el que mayor crecimiento de facturación evidenció, entre los de más alta facturación en el mismo período.³

Por otro lado y a los fines de construir un perfil de la población afectada, el Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en población de 12 a 65 años SEDRONAR-INDEC (2004) arrojó resultados significativos en torno al uso indebido de psicotrópicos: en primer lugar, la población femenina muestra mayores índices de consumo que la masculina en todos los segmentos etarios, siendo particularmente el grupo comprendido entre los 35 a 65 años el que evidencia mayor consumo. Al distinguir entre estimulantes y tranquilizantes se puede observar que si bien los primeros afectan de modo similar a ambos sexos en el total de la población, es evidente su mayor consumo femenino a partir de los 50 años. En segundo lugar, el corte analítico por nivel de instrucción del estudio hace patente el aumento del consumo de psicofármacos en la población mas instruida, tal lo evidencian los niveles de consumo del sector con nivel educativo terciario y universitario completos. Asimismo, en tanto en ambos sexos el consumo es mayor a medida que aumenta el nivel de instrucción, es en los hombres en quienes se hace más significativa la correlación. Por otra parte, el consumo de psicofármacos (tanto de tranquilizantes como estimulantes) muestra

³ Fuente: INDEC, Información de Prensa “La industria farmacéutica en la Argentina”, primer trimestre 2006.

mayores índices al ascender en el estrato de ingresos, siendo la población con ingresos mayores a \$1500 mensuales la que ostenta mayores índices de consumo. A la vez, este estrato de ingresos es el que muestra menores diferencias de consumo de tranquilizantes entre hombres y mujeres. Por último, tanto los conglomerados de 500 mil a 1 millón y medio de habitantes, como los de más de 1 millón y medio muestran mayores niveles de consumo que los menos poblados.

En síntesis, lo anterior permite identificar a la población más afectada por el consumo de psicotrópicos en grupos de edad mayores a 35 años, en mujeres, en sectores de medianos o altos ingresos y la población más instruida. Por otra parte, aunque los tranquilizantes conforman el grupo más consumido, son los estimulantes los que muestran índices más parejos de consumo en ambos sexos.

Por otro lado, cabe tener en cuenta a la Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2005, que puso de manifiesto que las provincias con mayores índices de consumo de tranquilizantes y estimulantes sin receta médica son Santa Cruz, Tierra del Fuego, Neuquén y Río Negro, seguidas por Formosa en el caso de tranquilizantes y Buenos Aires en el consumo de estimulantes. La población encuestada fue en su casi totalidad menor de 18 años.

- Destinatarios y beneficiarios:
 - ✓ Indirectos. Entendemos que un estudio de estas características tiene como primera misión promover el debate sobre el problema en la sociedad en su conjunto.
 - ✓ Directos. Reconocemos como destinatarios directos a:
 - la comunidad médica y a la industria farmacéutica -los profesionales y asociaciones, comités científicos y muy especialmente las universidades y otras instancias de formación profesional;

- el Estado, en su papel de promotor de políticas de prevención, regulación y asistencia de la salud pública;
 - la comunidad científica, en tanto el estudio representa un aporte al esclarecimiento de la problemática y un avance para futuras investigaciones.
- Objetivos del estudio.

Teniendo en cuenta el problema planteado, el estudio se propuso trabajar en los siguientes objetivos.

Objetivo general.

Explorar los patrones de uso e indagar en las motivaciones y representaciones sociales acerca del consumo indebido de psicotrópicos en la vida cotidiana.

Objetivos específicos.

- I. Analizar el uso indebido de psicotrópicos en relación con la cuestión de la subjetividad contemporánea.
- II. Explorar los imaginarios sociales en torno al concepto “calidad de vida” y la vinculación entre las drogas del tipo “Lifestyle Medicines” con modelos culturales vigentes asociados a estilos de vida.
- III. Explorar la relación médico-paciente y el proceso y percepción del momento de quiebre entre prescripción y uso indebido.
- IV. Indagar la noción de lo indebido en el consumo de psicotrópicos.
- V. Indagar la percepción de riesgo del consumo indebido de psicotrópicos.
- VI. Analizar las publicidades de psicotrópicos y su relación con las representaciones de consumo.

- VII. Indagar la perspectiva de género en su relación con el consumo indebido de psicotrópicos.
- VIII. Establecer particularidades según la edad y nivel socioeconómico y analizar la relación entre género, ciclos vitales y nivel socioeconómico específicos.
- IX. Identificar perfiles de consumo a partir de patrones de comportamiento y motivaciones.

Los objetivos específicos I al V implican un alto nivel de conceptualización mientras que los siguientes se ubican en un plano que alude a su posición en la estructura social (por género, edad, ciclo vital, nivel socioeconómico) o a actividades significativas para el estudio (construir tipologías de discursos publicitarios y de perfiles de consumo). Esta división es a título estrictamente operativo ya que los distintos niveles se articulan entre sí.

2. Marco conceptual.

Historia⁴.

La búsqueda de paliativos al dolor, la angustia o el insomnio se remite a la historia de la humanidad con el estudio de los efectos curativos y el empleo de hierbas, minerales y metales. Las “pociones” para la sedación fueron las bebidas alcohólicas, el láudano, la mandrágora y más adelante los agentes alucinógenos. Medicamentos como el bromuro, el hidrato de cloral, se usaron antes de 1900 como hipnóticos y sedantes. Ya en el siglo veinte aparecen los barbitúricos y más tarde, en la década del 1930, las anfetaminas. También la terapia electroconvulsiva para enfermedades mentales crónicas.

A partir de los años cincuenta aparece una revolución en la psiquiatría con el advenimiento de los psicofármacos. En 1947 Paul Charpentier, en su búsqueda de nuevos antihistamínicos y mejoras en agentes anestésicos redescubre las

⁴ La historia de los psicotrópicos se elaboró mediante el entrecruzamiento de bibliografía y diversas fuentes primarias y secundarias. Entre otras se sugiere: Roca, A. (2003), Ehrenberg (1994), Solal (1994) y Jorge (2005).

fenotiazinas. En 1949, John F. Cade, destaca los efectos antimaníacos del carbonato de Litio y Henri Laborit buscando un cóctel sedativo preanestésico descubre las ventajas sedativas y deshinibidoras de la clorpromazina. En esta misma línea de hallazgos coyunturales podemos clasificar a los IMAO (Drogas Inhibidoras de la Monoamino Oxidasa) que surgen para el tratamiento de trastornos depresivos mayores a partir de la búsqueda de fármacos antituberculosos y las benzodiazepinas, cuyo efecto ansiolítico fue descubierto en la búsqueda de tratamientos para la esquizofrenia. En 1960 Richard Sternbach, de Laboratorios Roche, inaugura la era de las benzodiazepinas con Librium. Luego, aparecerán el Diazepam (Valium), Lorazepam y una serie de ansiolíticos muy usados en la actualidad. Hacia finales de los años ochenta, surgen las primeras drogas de diseño, son drogas antidepresivas selectivas creadas por la biología molecular. En ese marco surge la Fluoxetina y su marca más conocida, el Prozac, como “droga de la felicidad”.

El concepto de psicotrópico y su clasificación.

Una sustancia psicotrópica es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central (SNC). La etimología de la palabra (del griego *psyche*, “mente” y *tropeyn*, “tornar”) expresa las transformaciones temporales que su consumo acarrea en los estados de ánimo, de conciencia, de percepción y de comportamiento⁵.

Graciela Jorge en su libro “Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas” presenta tres definiciones para el concepto. La primera, que denomina como “clásica” compromete a los *“medicamentos destinados a modificar (mejorar, atenuar, mitigar) los síntomas de las llamadas enfermedades mentales”* (Jorge, 2005: 55); la segunda no guarda mayores diferencias al incluir a *“todo fármaco o droga útil destinado a producir efectos sobre el comportamiento, con fines médicos: actúan sobre síntomas psiquiátricos”* (Jorge, 2005: 55). Por último, incorpora una tercera perspectiva al presentar un campo más amplio de uso:

⁵ No entran en la categoría de psicofármacos aquellas drogas que afectan de modo indirecto y secundario al SNC, como los antihistamínicos, betabloqueantes y algunas hormonas.

“[...] medicamentos destinados a aliviar síntomas en diferentes situaciones de padecimiento psíquico, observables tanto en estructuras psicóticas como neuróticas.” (Jorge, 2005: 55).

Las neuronas entran en contacto entre sí mediante neurotransmisores. Los psicotrópicos generalmente actúan alterando el proceso de neurotransmisión, ya sea estimulando o inhibiendo la actividad. Otros actúan modificando la permeabilidad de la membrana neuronal, tal es el caso de los que se emplean para el tratamiento de la psicosis maníaco depresiva a fin de reducir las crisis.

Sintéticamente, podemos hacer la siguiente clasificación⁶:

- **Estabilizantes del humor** (antimaníacos y antirrecurrentes), entre ellos se encuentra el Litio.
- **Antipsicóticos o neurolépticos o tranquilizantes mayores.** Se dividen en dos grandes categorías.
 - a) Típicos. Entre los típicos se pueden distinguir los sedativos, los incisivos y de transición.
 - b) Atípicos. En los atípicos se encuentran drogas como la Clozapina, Risperidona y Olanzapina, entre otras.
- **Ansiolíticos o tranquilizantes menores.** En este grupo hay dos grandes categorías:
 - a) Benzodiacepínicos que se diferencian según su acción sea:
 - i) prolongada (24 horas o más) tal el caso del Diazepam (Valium) y Clonazepam (Rivotril);

⁶ Para la elaboración de esta clasificación nos guiamos por el cuadro elaborado por Graciela Jorge (2005: 56, 57), diversas fuentes consultadas y por las entrevistas realizadas a informantes clave (médicos psiquiatras, principalmente). No todos los psicofármacos han sido categorizados en detalle y la clasificación que acá se presenta no pretende abarcar la totalidad del universo de psicotrópicos. El criterio seguido para detallar con mayor profundidad a un grupo obedece a que son las drogas y nombres comerciales que han aparecido en el proceso de investigación, ya sea como dato primario o secundario.

- ii) de acción intermedia (entre 24 y 12 horas) como el Bromazepam (Lexotanil) y Lorazepam (Trapax);
 - iii) de acción corta (6 a 12 horas) como el Alprazolam (Alplax);
 - iv) de acción ultracorta (6 horas o menos) como el Midazolam, que es un hipnótico,⁷ como otras benzodiazepinas.
- b) No benzodiacepínicos, como las drogas Zolpidem (Somit) y Zopiclona, que son hipnóticos (inductores del sueño).

Antidepresivos.

Como dos grandes grupos se pueden distinguir los antidepresivos clásicos, drogas no selectivas (Tricíclicos e IMAO) y los Nuevos o de Segunda Generación.

Las drogas de Segunda Generación son drogas selectivas y de diseño que instalan una “Nueva era farmacológica”, según muchos autores⁸ y según los médicos entrevistados. Son drogas novedosas surgidas hacia finales de los años ochenta y creadas por la biología molecular siguiendo fines determinados y actuando sobre un lugar de acción específico del SNC. Hasta la aparición de estas moléculas, las drogas psicotrópicas surgían como hallazgos coyunturales de otras investigaciones y su aplicación no se sustentaba en un lugar de acción específico del SNC.

Las drogas de diseño se pueden diferenciar en tres subgrupos:

- a) los IRSS (Inhibidores de la Recaptación de Serotonina⁹), cuya droga más conocida es la Fluoxetina (Foxetin, Prozac). También corresponde a la clasificación de IRSS, la Paroxetina (Aropax) y la Sertralina (Zoloft);

⁷ Todo ansiolítico tiene la propiedad de ser facilitador del sueño, acción hipnófora, como consecuencia del proceso de sedación, disminución de la ansiedad y relajación muscular. Sin embargo, nos referimos a hipnóticos cuando la función principal está referida a inducir al sueño.

⁸ Entre otros autores que refieren a esta idea, ver: Jorge (2005), pág. 133; Ehrenberg (1994 y 2000).

⁹ También aparecen como ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina.

- b) los IRDA (Inhibidores de la Recaptación de Dopamina);
- c) los Duales.

3. Antecedentes.

En los últimos cinco años, el concepto de *Lifestyle Medicines* se ha difundido tanto en publicaciones profesionales especializadas como en aquéllas de divulgación masiva, particularmente en el exterior, América del Norte y Europa, aunque en el país pueden rastrearse algunos artículos en revistas especializadas. El término alude de modo general a aquellos medicamentos o drogas cuyo uso se enmarca en un amplio conjunto de valores y significados asociados al “estilo de vida”, un concepto fuertemente desarrollado en la posmodernidad, que impregna de sentido el proceso de constitución contemporánea de subjetividades. Si bien el concepto abarca a otros medicamentos como vitaminas o suplementos dietarios, los psicotrópicos tienen una importancia clave dentro del grupo. En nuestro estudio, el concepto de *Lifestyle Medicines* resulta sumamente útil para abordar una perspectiva que rescate los imaginarios y procesos sociales que atraviesan el fenómeno del consumo indebido de psicotrópicos.

British Medical Journal, en su número 321, publicó un artículo firmado por Gilbert, Walley y New (2000), “Lifestyle medicines”, que debatía un conjunto de cuestiones vinculadas a las llamadas medicinas para el estilo de vida, tales como la definición de enfermedad, la responsabilidad o no de los sistemas de salud actuales para afrontar su compra, así como la complejidad requerida para elaborar políticas públicas de regulación efectivas, enfocando la cuestión desde la producción, regulación y prescripción profesional.

Canadian Medical Association Journal, en su número 164, publicó un trabajo de Joel Lexchin (2001), profesor de la Universidad de Toronto, “Lifestyle drugs: issues for debate”. En él propone discutir cuestiones referidas al uso masivo de las llamadas *lifestyle drugs*. En su perspectiva sobre el tema integra la prescripción médica con la fuerte demanda social, la publicidad y el marketing, habida cuenta del dinamismo económico de ese mercado en los últimos años, que

ha hegemonizado el crecimiento del mercado farmacéutico en general. El aporte es significativo también para una mirada sociológica, pues toma en cuenta la valoración social que adquieren el consumo y la prescripción, así como la relación social y la demanda planteada entre médico y paciente. En tal sentido, también se menciona la cuestión de género que históricamente atravesó el consumo y la prescripción de psicotrópicos. Por otro lado, se considera también los intereses en juego de los distintos actores (productores, profesionales, estado, consumidores), en virtud de lo cual Lexchin concluye que la cuestión en torno de estas drogas debe ser tratada con la intervención de todos ellos.

En la *Revista Química Viva*, número 2, la Dra. Perez Leiros, Investigadora del CONICET y profesora de Farmacología en la Universidad de Buenos Aires, publicó un artículo, “Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)” (Perez Leiros, 2005), retomando lo planteado en *British Medical Journal* y centrando su preocupación en la rapidez con que se ha difundido en los últimos años el consumo de estas drogas así como la dificultad de establecer el límite entre enfermedad y no-enfermedad que está en la base de la prescripción médica. Por otro lado, también se problematiza el uso recreativo de que son parte en el caso de los adolescentes como una “*quimicalización de la felicidad*”, un concepto que merece ser discutido desde la perspectiva sociológica y a la luz de los procesos sociales que lo trasvasan. Asimismo, las derivaciones sociales y culturales que tiene todo ello en el ámbito urbano no pasan desapercibidas para la autora, tales como la fuerte publicidad y el fenómeno de las grandes cadenas de farmacias que comercializan estos fármacos, dejando sentada la necesidad de tenerlas en cuenta en abordajes posteriores.

La investigación realizada por Eduardo Leiderman (2006) en la Universidad de Palermo, Buenos Aires, acerca del consumo de psicofármacos en la población de la Ciudad de Buenos Aires, alerta sobre la extensión del consumo así como también respecto de las características de la población consumidora, percepción de riesgo, accesibilidad e intervención de los profesionales prescriptores.

Su trabajo fue realizado en el año 2005, lo cual proporciona valiosos datos de actualidad, si bien el estudio se circunscribió a la población de la Ciudad de Buenos Aires. Leiderman trabajó sobre una muestra de 1777 casos tomada al azar y se planteó una serie de interrogantes acerca de la extensión cuantitativa del consumo de psicofármacos y sus características en la ciudad. Su trabajo tomó en cuenta tanto a quienes son consumidores prescriptos como al autoconsumo. Con relación a las características de la población consumidora, el autor menciona que el consumo asciende al aumentar la edad de la población, siendo en mujeres significativamente mayor que entre los varones, hay más altas tasas de prevalencia entre quienes muestran mayores nivel de instrucción y, por último, las clases medias (en su amplio espectro) concentran los mayores niveles de prevalencia. Por otra parte, un resultado interesante tiene que ver con los malestares mencionados por los entrevistados al consumir un psicofármaco, los cuales son en primer lugar problemas de sueño, ansiedad ensegundo y en tercero, depresión. Como motivos principales en el consumo, el autor asigna importancia a los efectos de la crisis socioeconómica de la sociedad argentina, particularizando en el contexto nacional.

La intervención de la variable género en el uso de psicotrópicos así como en el imaginario de consumidores y profesionales de la salud no es algo novedoso. Según el citado estudio de Lexchin (2001), muchas publicaciones médicas en las décadas sesenta y setenta estaban repletas de “publicidades de medicamentos psicotrópicos mostrando imágenes de mujeres universitarias jóvenes fuera de casa por primera vez o amas de casa ante gigantes aspiradoras”. Esa idea de que muchas mujeres que sufrían de desórdenes mentales podían ser tratadas farmacológicamente respondía tanto a un imaginario de sentido común respecto a los exigentes compromisos que debía asumir la mujer, como al de muchos médicos varones, quienes argüían que el propio sistema nervioso femenino era más sensible que el masculino para justificar sus asiduas prescripciones de psicofármacos.

El estudio llevado a cabo por Ruth Cooperstock y Henry Lennard (1979) “*Some social meanings of tranquilizer use*” arrojó resultados que dieron lugar a

estudios posteriores desde la perspectiva de género. Ellos realizaron una investigación cualitativa con grupos focales en la cual estudiaron el conflicto de roles involucrado en el uso de tranquilizantes (más particularmente, Benzodiazepinas) tanto por hombres como por mujeres. Entre las mujeres, se observó que la problemática residía en la habilidad para asumir los roles de esposa, madre y ama de casa o adaptarse a sus demandas, mientras en los hombres se asociaba más al desempeño laboral o a contener síntomas somáticos a la hora de afrontar un rol ocupacional determinado. Otra diferencia notoria en cuanto a género fue que en los grupos conformados solamente por mujeres, la cuestión del rol social rápidamente se volvía el foco del debate, mientras en grupos con al menos un hombre, la conversación se acercaba más hacia los efectos somáticos y colaterales del uso de las drogas. La diferencia entre ambos discursos y las cuestiones de rol en torno al uso de tranquilizantes es leída por los investigadores en tanto caracteriza a una problemática “que trasciende los límites de la profesión médica y demanda no respuestas médicas sino sociales”.

El artículo de Elizabeth Etorre y Elianne Riska (1993) “*Psychotropics, sociology and women: are the ‘halcyon days’ of the ‘malestream over’?*” publicado en *Sociology of Health and Illness*, se sumerge en un análisis del discurso médico y sociológico sobre el uso de psicotrópicos y critica la ausencia de una perspectiva que rescate la particularidad de uso femenino de psicotrópicos. Según las autoras, si bien desde los años sesenta las investigaciones han demostrado de manera consistente que las mujeres tienden a un mayor uso de psicotrópicos, las variadas explicaciones de tal descubrimiento tanto en el ámbito médico profesional como desde la sociología han padecido un sesgo que radica en individualizar la problemática antes que buscar niveles estructurales de análisis, dado lo cual se invisibiliza la cuestión de género en el consumo de psicotrópicos, naturalizando la diferencia de género antes mencionada.

En los últimos años, varios estudios extranjeros han sido concluyentes acerca de la mayor incidencia de la problemática en mujeres, aunque no se la haya abordado desde el género como pauta de análisis. En ese sentido mencionaremos tres trabajos, el primero fue publicado en *Atención Primaria*

(España) en noviembre de 2000, consistió en una encuesta de 800 casos realizada a profesionales de atención primaria del ámbito público de Castilla-La Mancha, con resultados que demostraban ante idénticas síntomas ansioso-depresivos mayor prescripción de ansiolíticos en pacientes mujeres, mientras los varones recibían mayores derivaciones a otros especialistas. El estudio resulta interesante porque revela un interés profesional por la relevancia del tema, al plantearse la necesidad de avanzar en investigaciones posteriores que busquen explicaciones ante la mencionada diferencia.

El segundo, refiere al uso de psicotrópicos en Canadá: "Psychotropic Medication Use in Canada" (Beck et al., 2005), publicado en *Canadian Journal of Psychiatry* y hace una lectura de resultados de la Encuesta Sanitaria de la Comunidad Canadiense, mostrando la marcada diferencia de consumo de drogas psicotrópicas entre las mujeres y a medida que aumenta la edad. Si bien resulta un estudio cuantitativo distinto al nuestro, representa una referencia válida en tanto sus resultados son congruentes con los estudios de la SEDRONAR respecto a las variables edad y sexo, con tasas de prevalencia relativamente similares (para el caso de varones 5% y mujeres 9,5%).

En tercer lugar, la investigación "*Adicciones Ocultas. Aproximación al consumo de psicofármacos*" (Godoy et al., 2002), de carácter cuantitativo realizada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas, España, relevó importantes aspectos a tener en cuenta en posteriores investigaciones sobre consumo abusivo de psicofármacos. En tanto no se encontraron cifras que dieran cuenta de un mayor consumo femenino de psicofármacos, sí se descubrieron mayores lapsos de consumo en mujeres que en hombres, poniendo al factor emocional como privilegiado dentro de la problemática femenina de consumo, el cual según los autores cobra vital importancia para la comprensión del fenómeno en mujeres mayores de 35 años.

Un artículo publicado en Revista AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría), "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria" (Markez et al., 2004), revisa un conjunto de investigaciones sobre el uso de

psicofármacos en atención primaria de la salud, especialmente los que se centran en su prescripción y uso por parte de las mujeres. Mientras se afirma en él que las mujeres tienen mayores posibilidades de ser prescriptas con psicofármacos que los varones, se muestra también que son muy escasos los estudios que se proponen buscar explicaciones al uso diferencial de psicofármacos por las mujeres. Al respecto, un aspecto interesante del trabajo es que problematiza la figura del profesional médico, pues en tanto construcción social propia de la medicina occidental, representa un depósito de saber y verdad omnipotente que ha colaborado en la caracterización de las experiencias femeninas como “problemáticas”, lo cual estaría en la base del proceso de medicalización de los “malestares femeninos” que los autores mencionan.

La investigación “Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas” (Romo et al.,2003) establece ciertas particularidades femeninas en el consumo de psicofármacos: las mujeres recurren a los psicofármacos para aliviar la ansiedad, estrés y depresión aunque existe una diferencia en cuanto a la edad, pues las mujeres jóvenes articulan su discurso en torno a la ansiedad, las mujeres de mediana edad en torno al estrés y las de edad mayor a la depresión. Se sostiene que las mujeres son conscientes del proceso de medicalización del que son objeto. La principal conclusión del artículo está centrada en la exposición femenina a la prescripción de psicofármacos, sustentada en la visión médica profesional construida socialmente sobre las mujeres como un grupo de riesgo, notoriamente distinto al caso masculino.

Siguiendo con los trabajos de Nuria Romo, investigadora de la Universidad de Granada y la Universidad Pontificia Comillas de Madrid (España), la investigación “*La medicalización de los malestares. ‘Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos’*” (Romo, s/f) estudia los motivos psicosociales que atraviesan la diferencia en el consumo femenino de psicofármacos a partir de las encuestas nacionales de salud en España entre el año 1993 y 2001. Allí se evidencia una proporción de consumo de psicofármacos en las mujeres que duplica la masculina, tendencia similar a otras naciones desarrolladas. Entre sus resultados

se otorga un lugar importante al concepto de 'calidad de vida' en la explicación del consumo femenino de psicofármacos, lo cual refiere a los roles femeninos socialmente contruidos y la representación del binomio salud / enfermedad que conforman el imaginario y las expectativas de las mujeres. Lo interesante del planteo de la autora es que encuentra no una actitud meramente pasiva de las mujeres ante la medicalización de sus malestares sino ciertas estrategias defensivas ante ello, como ser la regulación de las dosis, su rechazo o la postergación del inicio del consumo. Ese tipo de respuestas sería congruente con el ciclo de consumo, donde la automedicación emerge como respuesta alternativa en la que no interviene el saber médico profesional, siendo que éste deja poco espacio para el protagonismo de las mujeres en el manejo de sus malestares.

Por otro lado, se caracterizan distintas percepciones de 'calidad de vida' asociadas a necesidades y roles según la edad de las mujeres, de modo que en las más jóvenes aparece la necesidad de cumplir con roles públicos y privados mientras su desempeño es condición de aceptación social, en las de mediana edad una tensión entre el cumplimiento de roles tradicionales y la aprobación masculina de su desempeño en el hogar y en las de mayor edad, calidad de vida se relaciona con la resignación y la intención de evitar la ansiedad.

Su artículo "Género, salud y uso de drogas: cuerpos y vidas en pasado y presente" (Romo, s/f) por su parte, representa un llamado de atención sobre la importancia del trabajo cualitativo en el tratamiento del discurso femenino en pos de abordar críticamente los datos cuantitativos y epidemiológicos disponibles.

En Argentina, Mabel Burín ha trabajado la cuestión de género en el uso abusivo de psicofármacos integrando la perspectiva psicoanalítica a su abordaje. En su estudio *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, (Burín et al., 1990) analiza las condiciones que favorecen que las mujeres resulten un grupo de riesgo en el consumo de psicofármacos. Retomando este planteo, en el artículo "Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos" (Burín, 2005), se plantea indagar las motivaciones que sostienen un consumo de psicofármacos femenino que duplica al de los varones. La autora parte de considerar el proceso a través

del que los medicamentos han pasado a considerarse bienes de consumo, detrás del cual están los intereses económicos de las empresas productoras y un escaso control de las autoridades competentes. En su artículo se corrobora el mayor uso de psicofármacos por parte de las mujeres dentro de Argentina, en congruencia con lo que sucede en otras regiones del mundo. Se identifica al grupo femenino más cercano al abuso de psicofármacos en virtud de los roles sociales que las mujeres son llamadas a cumplir, amas de casa o trabajadoras fuera del hogar, en particular de mediana edad, destacando que en estos roles de género femenino existe una “normatización de su vida cotidiana”. En tal sentido, la autora identifica lo que llama “situaciones de contexto difíciles”, las cuales aluden particularmente a la combinatoria de los roles materno, doméstico y de trabajadora fuera del hogar, ante cuyas exigencias las mujeres pueden observar reacciones afectivas fuertes; ello respondería según la autora a una brecha entre las expectativas de rol de género y el desempeño efectivo. En lo que respecta a los efectos causados por los psicofármacos, la autora aborda desde la perspectiva psicoanalítica la complejidad y oica que da lugar a efectos distintos a los supuestos por el profesional que los prescribe, donde intervienen la psiquis individual y también atributos sociales.

En la Revista virtual *Drogas*, Patricia Sorokin publicó el artículo “Viejas feas, gordas y locas. Construcción social de la menopausia y su relación con el consumo de drogas” (Sorokin, s/f), el cual si bien no se centra en los psicotrópicos, aborda su consumo por parte de las mujeres en el período menopáusico integrando al análisis la presión social y la ausencia de una educación de salud preventiva. En tal sentido, se destaca que en tiempos de posmodernismo el envejecimiento femenino representa una fuerte pérdida de prestigio social y los psicofármacos formarían parte de las respuestas artificiales a que las mujeres recurren en un marco de somatofilia (amor por el cuerpo) hegemónico. Entre sus conclusiones, se plantea la menopausia como un momento complicado en lo que a comunicación intra y extra familiar se refiere, lo cual facilitaría el recurso al consumo de antidepresivos o ansiolíticos. En base a esto, se plantea la necesidad de un enfoque multidisciplinario que no se restrinja a la mirada médica y rescate los aspectos psicosociales involucrados.

4. Perspectiva teórico-metodológica y diseño metodológico.

El proyecto se enmarca en una perspectiva sociocultural indagando en los aspectos intersubjetivos y subjetivos desde los imaginarios y representaciones sociales que sustentan las prácticas y abonan a la comprensión de las mismas. Desde un diseño exploratorio de corte cualitativo, el estudio centra el eje de análisis en el nivel de la microsociología aunque teniendo especialmente en cuenta aquellos aspectos macro sociales que se articulan con los procesos de la subjetividad contemporánea. Este vínculo entre los niveles micro y macro sociales ha permitido profundizar la comprensión de la perspectiva del sujeto: desde el plano microsocial, en relación con la estructura incorporada como miembro de un grupo social específico con características propias en su articulación con el plano macrosocial, es decir teniendo en cuenta el contexto sociohistórico en que se enmarca el problema.

- Definición conceptual metodológica de “Uso Indebido” para la segmentación de la muestra.

A fin de establecer el perfil del consumo indebido que resulta pertinente al objetivo general, consideramos que limitar la categoría de lo indebido a cualquier modo de uso no prescrito del medicamento deja fuera de análisis a un universo significativo de consumidores que puede dar cuenta de la complejidad del problema que estamos abordando. Por otro lado, tampoco permite abordar sin limitaciones los diferentes matices que toma la relación médico-paciente en el proceso global de consumo. Es decir, muchos de los consumidores habituales de psicofármacos tienen una prescripción médica que acompaña el consumo habitual, prolongado e incluso “de por vida” y que se presenta de diversas formas a lo largo de su vida. En estos casos, lo que estaría actuando más allá de la prescripción es una “habitualidad indebida” que los incluye dentro de la categoría de “consumidores de psicotrópicos como estilo de vida”. Lo expuesto se justifica teniendo en consideración el estado de la cuestión según estudios precedentes y el material de datos secundarios relevado que permite identificar dos grandes grupos de

consumidores de psicotrópicos según rasgos motivacionales e intencionales: aquél que remite a una enfermedad o patología que supone un seguimiento periódico del profesional médico psiquiatra y el que con o sin intermediación médica recurre a estos medicamentos para una reorganización de su vida cotidiana en términos propios de las ideas de “estilo de vida” y calidad de vida”. Este último caso, en su relación con las nociones de “estilo de vida” y “calidad de vida”, que resultan especialmente significativas para el objetivo propuesto, fue el que se contempló como perfil de consumidor a analizar. Esto suma otra justificación al modo de selección de entrevistados que hemos expuesto, ya que el diseño de los filtros de reclutamiento debieron tener especialmente en cuenta esta distinción, lo cual requirió un trabajo de mayor personalización en el proceso de selección por parte del equipo de investigación. Por otro lado, la complejidad que presenta definir lo indebido en la problemática que nos ocupa, llevó a incluir un objetivo específico en la investigación a fin de indagar las percepciones de lo indebido en el consumo y prescripción de psicofármacos que circulan en el campo médico (cuándo es legítimo prescribir, quién tiene esa legitimidad) y la percepción de los consumidores al respecto.

- Técnicas seleccionadas y diseño de instrumentos.

Se han seleccionado las técnicas de recolección que más se ajustan a los intereses del estudio. En este sentido, los grupos focales han demostrado ser eficaces en la indagación de los aspectos intersubjetivos tales como las imposiciones de mandatos sociales, creencias, valores e imágenes compartidas por un grupo social específico. La experiencia nos demuestra que uno o varios miembros del grupo pueden actuar como detonantes o disparadores para la emergencia inconciente del colectivo. Su uso está indicado en aquellas temáticas de difícil abordaje donde abundan los prejuicios, temores y sufrimientos, como demostró ser el caso del problema en cuestión. También la dinámica del grupo ayuda a abandonar el discurso del “deber ser” o lo “políticamente correcto” con mayor facilidad que otras técnicas

cualitativas. Por otro lado, teniendo en cuenta el género como una dimensión altamente significativa del estudio, coincidimos con Nuria Romo y Carmen Meneses (s/f) cuando afirman que los grupos de discusión (o grupos focales) se ajustan a los fines de recabar ideas, significados y experiencias surgidas por la interacción de género. En el marco de la entrevista grupal se incorporó una *mini survey* a fin de focalizar alguna cuestión abordada grupalmente y para recavar datos que podían resultar confusos o de difícil acceso en el contexto del grupo.

Como técnica complementaria y a los efectos de lograr una triangulación se realizaron entrevistas en profundidad a consumidores de psicotrópicos. Estas entrevistas, que se concentraron en pocos casos y se fueron haciendo de acuerdo a las necesidades que surgían del procesamiento de los grupos focales, tuvieron como objetivo profundizar en las historias de vida y trayectorias respecto del consumo de psicotrópicos.

Se realizaron entrevistas a informantes clave, a fin de incorporar datos técnicos o informativos pero también con el objeto de abordar con mayor profundidad la problemática en torno a los diferentes actores involucrados. Estos fueron fundamentalmente médicos psiquiatras y de algunas otras especialidades médicas. También se entrevistaron psicólogos y profesionales relacionados con la industria farmacéutica.

Al tratarse de una muestra intencional y no representativa acerca de un grupo con características particulares y previamente definidas según los criterios conceptuales que planteamos para la segmentación de la muestra, para el reclutamiento de los grupos focales se elaboraron filtros que permitieran una muestra de acuerdo a las intenciones predeterminadas que requería el estudio. Para el relevamiento de los datos primarios se diseñaron pautas de entrevistas y para el procesamiento de los datos se diseñaron pautas de categorización y procesamiento¹⁰.

¹⁰ Al respecto véase el anexo.

Durante el proceso de investigación también se recabaron datos secundarios. Especialmente se diseñó una tipología de publicidades de psicotrópicos en revistas médicas, que evocan la idea de calidad de vida a fin de indagar las representaciones que entran en juego en el mensaje. Sin ser incorporadas a esta tipología porque supone un espacio de divulgación ampliado y de características diferentes, se consideraron aquellas publicidades que en los medios masivos aludían a medicamentos de venta libre o a distintos discursos asociados a la salud en relación con la idea de calidad de vida. Este material resultó sumamente útil para ampliar la mirada sobre los discursos en juego a fin de comprender la construcción del sentido común de los conceptos asociados a la medicina, salud, bienestar y calidad de vida.

Cabe destacar que durante el proceso de investigación asistimos al Congreso de Psiquiatría APSA (Mar del Plata, 2006). El encuentro resultó un ámbito muy propicio para conocer investigaciones, relevar datos secundarios, sobre todo folletería y publicidades, y contactar médicos para ser entrevistados. También ayudó a completar el diseño de la tipología de publicidades.

Es por sus características novedosas, de orden conceptual y metodológico y en la consecuente característica exploratoria que lo define que se decidió plantear el trabajo en dos etapas operativas. Tomando en consideración los datos apuntados elaborados por la SEDRONAR y antecedentes relevados de investigaciones locales y extranjeras, encontramos fundamentos de orden metodológico y conceptual que justificaron centrar un primer abordaje en varones y mujeres adultos de clases medias (en adelante NSE1) y en una segunda etapa nos abocamos a sectores de nivel social medio bajo y bajo (en adelante NSE2).

- Criterios para la segmentación de la muestra y la conformación de los grupos focales.

Como hemos anticipado, la muestra es intencional y no representativa. Se fijaron criterios de segmentación a partir de una construcción elaborada por el

equipo de investigación, que surge de una combinatoria entre los parámetros utilizados por la Asociación Argentina de Marketing (AAM) 2003 y criterios particulares que evaluamos pertinentes para el presente estudio, de acuerdo a investigaciones precedentes. Entre ellos, se evaluó que los participantes, teniendo como referente al Principal Sostén de Hogar (PSH), contaran con al menos una de estas dos características que han aparecido como significativas en el estudio SEDRONAR INDEC (2004):

1. Nivel de educación alcanzado (NEA): Terciario o Universitario Completo en el caso del NSE1, hasta terciario o universitario incompleto en el NSE2.
2. Nivel de Ingresos mensuales del PSH: más de \$ 1500¹¹ para NSE1 y hasta \$1.500 para NSE 2, cruzado con indicadores de *estilo de vida* que den cuenta de *habitus* específicos.

La decisión de definir perfiles a partir de al menos una de estas dos características se resolvió a partir de los siguientes criterios:

- De los antecedentes disponibles: el estudio SEDRONAR-INDEC (2004) muestra los mayores índices de consumo en el NEA terciario y universitario completo y con ingresos mayores a \$1.500. Como los cambios socioeconómicos y monetarios de los últimos dos años pueden establecer diferencias respecto a esta cifra y variaciones locales en los puntos muestrales, tomamos este criterio desde su complejidad y no de modo excluyente. Si bien entendemos que resultó una media para establecer un piso de ingresos en el segmento medio típico, al mismo tiempo fue matizado con indicadores *ad hoc* respecto a estilo de vida que indicaban un perfil de clase determinado, a partir de una combinatoria de capitales sociales, culturales, simbólicos y económicos dando cuenta de un *habitus*, entendido como las disposiciones sociales de los sujetos a partir de su pertenencia social (Bourdieu, 1980).

¹¹ Las características de la segmentación han tenido en cuenta los datos del Estudio SEDRONAR-INDEC (2004) y el Primer Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento Argentina (2004), los cuales muestran que el perfil de consumidores de psicofármacos está dado mayoritariamente por adultos de alto nivel educativo y con ingresos mayores a \$1.500.

- Trabajar con el criterio de “al menos una de las dos características” hizo posible reclutar una variedad de situaciones de acuerdo a diferentes trayectorias vitales y ocupacionales, entendiendo que las mismas podían ayudar a comprender en profundidad la problemática. También posibilitó habilitar una combinatoria de capitales (económico, social, educativo y cultural) que complejizó la construcción de la noción “sectores medios” enriqueciendo el análisis. Fundamentalmente entendemos que junto al análisis de los *habitus*, estas combinatorias nos ayudaron a reclutar a aquellos sectores medios que han sufrido procesos de empobrecimiento en la última década y cuyo perfil resulta sumamente significativo a la hora de analizar los factores macrosociales que intervienen en el fenómeno¹².
- Fijar la unidad de análisis de NSE en el Principal Sostén de Hogar (PSH) habilitó la inclusión de la categoría “amas de casa”, lo cual entendemos de suma importancia en el presente estudio.

Los grupos focales se conformaron en base a edad, género y teniendo en cuenta el nivel socioeconómico preponderante de cada etapa (NSE1 y NSE2). La decisión de tener en cuenta la dimensión de género resultó de los datos disponibles de investigaciones anteriores, los cuales muestran diferencias significativas de índole cuanti y cualitativa según el género. Sin embargo, a diferencia de otros estudios cualitativos que han puesto el foco en la cuestión del género desde la condición femenina exclusivamente, este estudio tuvo por objeto indagar la perspectiva de género en el consumo de psicotrópicos tanto en mujeres como en varones.

Esto constituye una perspectiva original en los estudios sobre consumos de psicotrópicos y creemos que aportará doblemente al estado del arte sobre el tema: por un lado, al incorporar en la perspectiva de género a la

¹² Al respecto, vale aclarar que en la primera etapa, donde se trabajó con sectores medios (NS1) se vió una diferenciada combinatoria de capitales que daban cuenta de la complejidad que supone hoy trabajar este perfil. Esta diversidad de combinatorias y trayectorias de clase dio como resultado que en algunos casos, en los grupos de NS1 surgieran características propias de sectores medios altos y en otros, aspectos identificados con sectores sociales más bajos, como se podrá apreciar en el estudio.

problemática masculina, lo cual supone abandonar el preconceito de vincular el género a “lo femenino” exclusivamente. Por otro lado y teniendo en cuenta que históricamente los estudios han apuntado mayoritariamente a la mujer, resulta interesante para extraer datos cualitativos sobre los modos de consumir y las representaciones sociales sobre el consumo de psicofármacos en los varones, identificando sus diferencias y continuidades respecto al consumo femenino así como los cruces que puedan establecerse con respecto a la cuestión que nos ocupa. Asimismo, si bien esta tendencia se explica por datos cuantitativos que avalan la percepción generalizada de un mayor consumo de psicotrópicos por parte de la mujeres, nos interesó indagar si otros factores no podrían estar incidiendo en estos datos, como por ejemplo lo planteado en anteriores estudios¹³ que marcan representaciones y modelos culturales diferenciados según género en la relación médico-paciente que llevan a ver de diferente modo lo que se prescribe o incluso el ejercicio de automedicación.

Los cortes etarios responden a ciclos vitales específicos dentro de la vida adulta. De este modo quedaron conformados seis grupos (tres de mujeres y tres de varones) en cada una de las ciudades a relevar por cada nivel socioeconómico:

- ✓ Joven (18 a 29 años): 1 grupo de varones / 1 grupo de mujeres.
- ✓ Intermedio (30-49): 1 grupo de varones / 1 grupo de mujeres.
- ✓ Mayor (50-65): 1 grupo de varones / 1 grupo de mujeres.

De este modo, se llevaron a cabo treinta y seis grupos focales en total, es decir dieciocho grupos focales en cada nivel socioeconómico propuesto. Por otro lado, la cantidad de entrevistas en profundidad a consumidores e informantes claves se ajustó a las necesidades emergentes para abarcar aspectos que fueron surgiendo en el transcurso de la investigación.

- Selección de los puntos muestrales:

¹³ Para citar algunos: en España el trabajo de Romo, N.; Gil E.; Póo, M.; Meneses, C.; Markez, I; Vega, A. (2003) y en Argentina el de Mabel Burín (1990) tratan este tema.

Se han tenido en cuenta los resultados arrojados por el estudio en Escuelas de Nivel Medio SEDRONAR 2005, los cuales indicaban tasas significativas de prevalencia anual de consumo de psicotrópicos en las provincias de que forman parte las ciudades en que se realizó el trabajo de campo. Asimismo, el estudio SEDRONAR INDEC (2004) señalaba diferencias significativas en las tasas de prevalencia de vida de acuerdo al tamaño de los conglomerados urbanos, razón por la cual se decidió hacer la muestra en tres conglomerados de distinto tamaño poblacional, respetando la segmentación por tamaño del citado estudio¹⁴.

Como aspectos secundarios para la segmentación, vale aclarar que hemos tenido en cuenta al Censo INDEC 2001 de Población y Vivienda, en cuyos resultados puede advertirse el impacto diferencial de la crisis socioeconómica sobre la tasa de desempleo de las ciudades en que se realizaría el campo. Consideramos conveniente tener en cuenta ese dato a fin de diseñar un trabajo de campo que tuviera en cuenta la dimensión de la crisis social y así contar con datos que nos lleven a interpretar los resultados teniendo en consideración esta dimensión.¹⁵

- Modo de reclutamiento de los participantes de grupos focales:

Debido a la novedad que supone emprender un estudio de esta naturaleza en lo concerniente a la temática y la metodología cualitativa a aplicar, la organización del campo se resolvió con la flexibilidad que la tarea requería a fin de estar atentos a desvíos que debieron hacerse durante el proceso. Se propuso una combinatoria o triangulación de la selección de los entrevistados a través de tres modos de acercamiento: el reclutamiento

¹⁴ Los aglomerados urbanos fueron segmentados entonces según poseyeran entre 100.000 y 500.000, 500.000 y 1.500.000, más de 1.500.000 habitantes, de modo que la ciudad de Bariloche respondía al tamaño poblacional del primer grupo, Mar del Plata al segundo y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) al tercero.

¹⁵ Los índices de desocupación relevados por el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 son: ciudad de Mar del Plata, 29,8%; Gran Buenos Aires, 36,6%; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 18,9% y Bariloche 30,4%. Fuente: INDEC.

externo, el timbreo y la bola de nieve. La triangulación en el modo de reclutamiento redundó en una economía de recursos al tiempo que brindó una mayor garantía de transparencia en la selección de los entrevistados.

- El análisis de los datos.

La discusión que se llevó a cabo en cada grupo fue grabada y desgrabada textualmente, tomando nota de la intervención de los participantes. Una vez hecho eso, se realizó un procedimiento de categorización de acuerdo a una pauta de ejes temáticos o categorías de análisis. Al mismo tiempo, se fueron integrando a esta pauta los ejes o categorías emergentes surgidos en el trabajo de campo.

Para el procesamiento se elaboraron matrices en las que se volcaba la información a medida que se avanzaba en la tarea, a fin de lograr una visión de los patrones emergentes tanto globales como particulares de edad, género o nivel socioeconómico. Estas matrices se iban reformulando a medida que se avanzaba con nuevas síntesis y esquemas de análisis. Finalmente, se reprocesaron las categorías por perfil lo que dio paso al diseño de una tipología.

En el análisis de los datos se tuvo en cuenta tanto la frecuencia de aparición de temas los grupos como la intensidad emotiva, las reacciones del grupo y la personalización de los comentarios, etcétera, con que surgió cada tema. La información obtenida en las entrevistas se trianguló con el marco teórico y conceptual a fin de lograr una interpretación de los mismos que permita comprender el sentido de la acción.

Para la identificación del grupo del cual se extrae la cita se consigna a continuación del testimonio, el género, el grupo etario, la ciudad y el nivel socioeconómico (NSE1, NSE2). Al ser extractos de comentarios en el marco de una charla grupal, muchas veces se seleccionaron partes del relato individual o de la conversación grupal.

- Organización del informe.

Luego de este capítulo primero e introductorio, el informe se adentra en los resultados del estudio. El capítulo dos se dedica a contextualizar la problemática desde la cuestión de la subjetividad actual mediante un marco conceptual que permite trabajar la noción de consumo indebido. Este capítulo también presenta la perspectiva médica respecto al fenómeno. El capítulo tres nos lleva a la temática de las representaciones sociales, abordando primero la circulación de las imágenes y los valores emergentes que revelan las publicidades de psicotrópicos para luego analizarlas en relación con las representaciones sociales emergentes en las entrevistas respecto del consumo de psicotrópicos e ideas de calidad de vida. El capítulo cuatro se centra en los patrones de consumo que se identificaron, conectándose con los diversos modos en que la tolerancia social se concreta en prácticas que llevan a una banalización del consumo. El último punto de este capítulo tiene una relevancia especial ya que analiza la relación de los sujetos con el sistema de salud y el rol del médico en el proceso en cuestión.

El capítulo final, a modo de conclusión, se dedica a presentar una tipología que sistematiza los perfiles, representaciones y patrones de consumo que se abordaron en detalle en los resultados y un punteo de cuestiones que se rescatan como relevantes para la discusión, la profundización de su investigación y para el debate de propuestas y recomendaciones de acción. Por último, se incluye la bibliografía trabajada y el anexo metodológico.

Capítulo II. LA MEDICALIZACION DEL CONFORT EN LA SUBJETIVIDAD CONTEMPORANEA.

“La depresión es una condición común y puede afectar a cualquiera”.

(Folleto de un laboratorio)

1. Contextualización del problema. Depresión y ansiedad: el individuo vulnerable de la sociedad de la *performance*.

Actualmente se habla de la depresión de un modo vago e impreciso que poco se acerca a la categoría de enfermedad. Depresión y ansiedad aparecen como condiciones básicas del “estar en el mundo” contemporáneo y ocupan un lugar significativo en el discurso cotidiano. Esta naturalización de la depresión, mediante un proceso que la saca de la categoría de lo patológico y la introduce en el terreno de la normalidad, en tanto parte constitutiva de la vida cotidiana, se da en simultáneo con un proceso inverso que introduce la idea de felicidad como precepto. Ambas cuestiones, entonces, pueden ser pensadas como parte un mismo proceso social signado por el autocontrol del individuo que al tiempo que inaugura una nueva sensibilidad repercute en los diferentes ámbitos del mundo de vida del sujeto.

El autocontrol a que hacemos referencia se da en el contexto de un cambio inédito en las formas de vida que ha venido conformándose a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Según el enfoque que se haga y los autores convocados, podremos hablar de posmodernidad o modernidad tardía para definir conceptualmente a esta etapa que se caracteriza por una progresiva desafiliación del sujeto hacia las instituciones que regían el orden social tradicional. El debilitamiento de la sociedad salarial, los cambios al interior de la familia, las transformaciones en la estructura social y un Estado Benefactor en retirada forman parte de este proceso por el cual se pasa de una sociedad centrada en lo social a una centrada en el individuo. Este proceso de individuación supone costes

sociales que se originan en los procesos de transformación de la estructura ocupacional, como la desocupación, la precarización laboral y la polarización en las estructuras ocupacionales y de ingresos, repercutiendo en procesos de creciente fragmentación social. En relación con este plano social, el proceso de individuación también repercute en el plano subjetivo y psicológico del individuo.

El autocontrol resultante del progresivo distanciamiento del sujeto respecto de las estructuras que tradicionalmente moldeaban su vida provoca en el individuo cambios que lo elevan a ideales de autonomía inédita, pero también le provocan instancias de mayor y constante exposición a la vulnerabilidad como producto de la incertidumbre de vivir en una sociedad que insta a “valérselas por sí mismo”. El “yo puedo” del sujeto proactivo - el individuo en constante estado de *performance*, es decir, de *rendimiento, capacidad e iniciativa individual* - lucha constantemente con el sujeto vulnerable de la sociedad de la incertidumbre y con el sentimiento de incapacidad, la amenaza de “no estar a la altura” de las exigencias cotidianas que depara la iniciativa individual. En la tensión constante de estos dos escenarios, el de la *iniciativa-performance* y el de la *vulnerabilidad-incertidumbre*, se debate la sociedad que exige la felicidad y la sociedad de los deprimidos como parte de un mismo *ethos* cultural.

La obligación que demanda paradójicamente esta libertad hace oscilar al individuo entre los beneficios de la autonomía y las exigencias continuas de iniciativa individual. Es allí donde se gesta un sujeto “fatigado de ser uno mismo”, como lo describe Ehrenberg (2000). Este autor analiza el modo en que se ha transformado la institución de la persona en el último medio siglo.

Estas nuevas formas de producción de la individualidad se dejan ver en la terminología empresarial reflejada en los clasificados de empleo. Se habla de “sujetos proactivos”, de “elaborar proyectos”, de “motivar”, “emprender”, se desvía la atención de las competencias técnicas hacia las cualificaciones del carácter, lo que lleva a una psicologización creciente de las relaciones sociales, apuntando a cuestiones como la “actitud” o el “perfil” y otorgando a lo psíquico una inscripción personal inédita que se despliega por múltiples vías farmacológicas,

psicoterapéuticas o socio-políticas (Ehrenberg; 2000: 268). Esta regla de la iniciativa individual, del rendimiento y la *performance* se vuelve necesaria como conjunto de aptitudes para desenvolverse en la sociabilidad, como se refleja en las publicidades de psicotrópicos que analizaremos más adelante. El proceso de institucionalización de esta regla supone que se *incorpora*, se *hace cuerpo* en las costumbres y prácticas cotidianas al tiempo que repercute en el carácter, dejando huellas en una subjetividad signada por el sentimiento de vulnerabilidad constante y un permanente ejercicio de búsqueda de “nichos de certeza” (Sennet, 2000). Estos “nichos de certeza” que buscan paliar los sentimientos de vulnerabilidad toman diferentes formas.

El modo de uso que vienen adquiriendo en los últimos años los medicamentos psicotrópicos nos hace pensar en un medio privilegiado de contrarrestar los costes psicológicos de asumir el desafío de “estar a la altura” en la sociedad actual. Esto implica pensar en una nueva subjetividad y su relación con el campo de la psiquiatría y las nuevas moléculas psicotrópicas. La emergencia de un nuevo sujeto, producto de un nuevo clima cultural, transforma el contexto normativo al pasar de la sociedad disciplinaria tradicional, apegada a las estructuras e instituciones reguladoras del orden social, a una sociedad individualizada, que más que disciplinar, se esfuerza en promover la iniciativa individual. Es el paso de la sociedad del deber a la sociedad del *poder por mí mismo, de ser capaz, de mostrar que puedo*. Del sujeto obediente al sujeto proactivo. Del sujeto culpable de no cumplir con las reglas instituidas al sujeto con sentimientos de insuficiencia y fatigado por la continua exigencia de la iniciativa individual (Ehrenberg, 2000). En este contexto, emergen las ideas de “estilo de vida” y “calidad de vida”, como conceptos clave de una subjetividad que se *construye a sí misma*.

En las sociedades contemporáneas, el sujeto ya no se siente constreñido a identidades fijas y adscriptas a categorías tradicionales. Se diluye la relación entre identidad y rol que se ocupa en la sociedad ya sea por situación laboral, de clase o en la estructura familiar, por el hecho de que estas mismas identidades están en continuo proceso de mutación. Frente a esto y a las multiplicidades de opciones

identitarias que se le presentan, el individuo se ve *condenado a elegir* entre un variado menú de opciones de *ser en el mundo*. Esto no sólo le trae sentimientos de libertad y autonomía sino una exigencia y vulnerabilidad como consecuencia de la presión constante de “ser uno mismo”. La idea de calidad de vida, lejos de sus tradicionales índices cuantificables y objetivos, se presenta como un concepto subjetivo y flotante que deriva en una serie de valores actitudinales, los llamados valores postmateriales, que refieren al clima de época de la individuación: proactividad, seguridad, hedonismo, juventud. Valores que pueden adquirirse mediante diversas estrategias que se nos presentan a diario a través, principalmente, de los medios de comunicación, como veremos al analizar las publicidades.

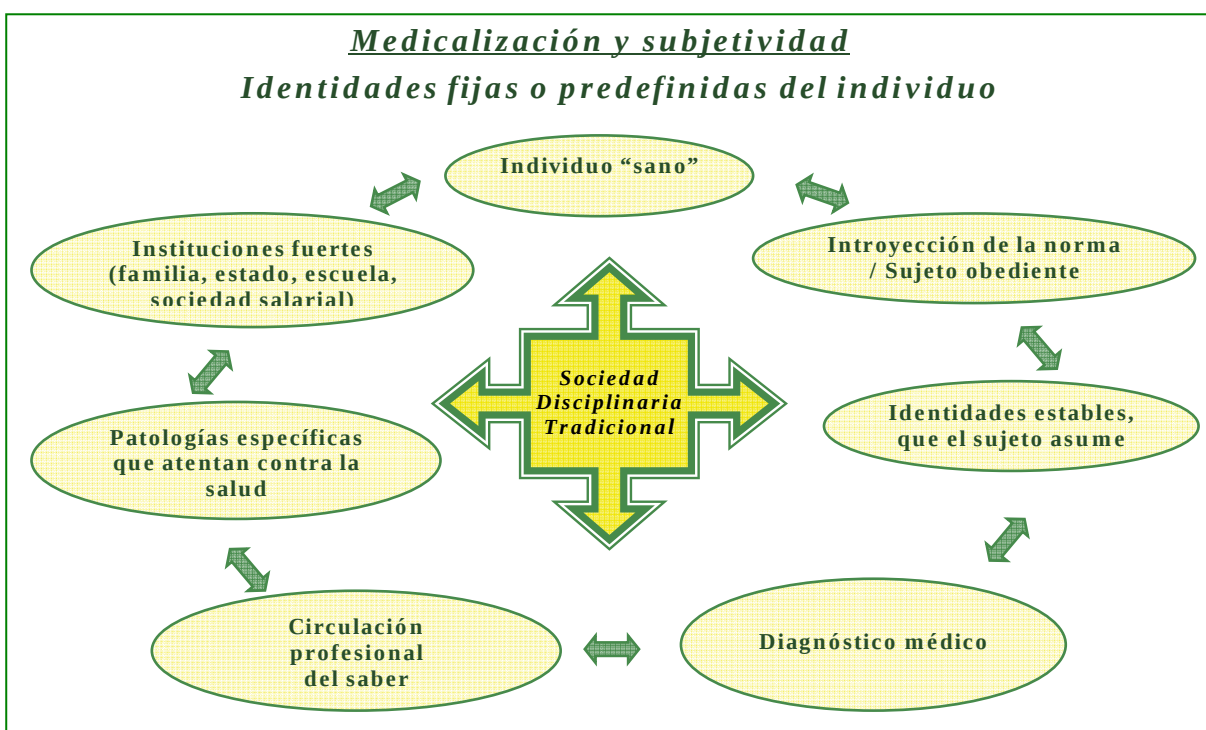


Gráfico 1. Sociedad tradicional e identidades fijas.

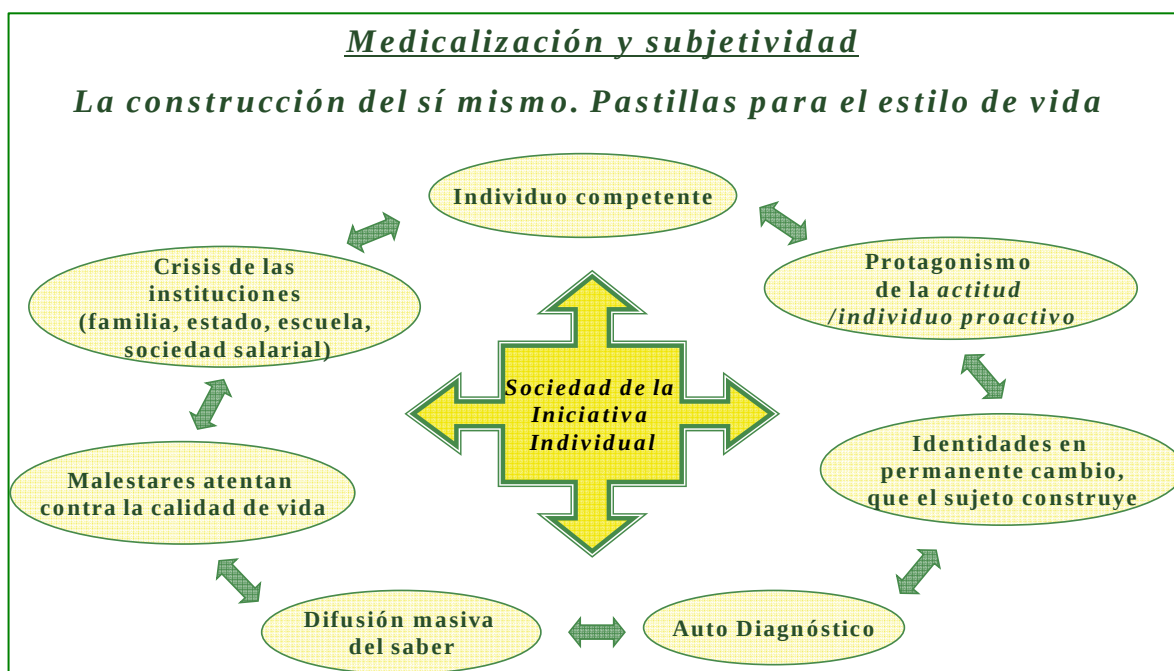


Gráfico 2. Sociedad de la iniciativa individual e individuo competente.

2. La construcción social del concepto de “Consumo indebido”:

Al hablar de construcción social, estamos diciendo que hay un proceso de construcción de sentido de lo que se entiende por “consumo indebido”. La noción de consumo “debido” e “indebido” se construye principalmente desde la prescripción o no de un medicamento. ¿Debe haber una prescripción médica? ¿Quién debe prescribir un medicamento psicotrópico? La primera pregunta tiene un marco legal que institucionaliza la respuesta: es obligatorio el expendio bajo receta de los medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, en la práctica la cuestión de lo debido y lo indebido resulta un problema complejo ya que gran parte del consumo se resuelve sin receta médica y otra gran parte se da en el marco de una relación insuficiente con el profesional. Aún en los casos donde hay un seguimiento más o menos periódico con el médico, la problemática de cuándo se debe medicar y quién lo debe hacer no parece estar formalmente instituida. Comprender las distintas instancias que participan en la construcción social de la

idea de consumo indebido resulta esencial para indagar las motivaciones que llevan a un proceso de medicalización de la vida con la consecuente banalización del consumo de psicotrópicos. Hay tres enfoques que a los fines del estudio nos interesa plantear en torno a la problemática del proceso de medicalización o quimicalización de la vida actual.

Una primera perspectiva de la cuestión se plantea desde la emergencia de las denominadas neurociencias, las cuales han provocado a la vista de distintos autores un cambio de paradigmas dentro de la medicina en general y de la psiquiatría en particular. La neurociencia “designa a una cantidad de estudios que sobre el SNC realizan distintas disciplinas como la biología, la química, la física, la genética, la psiquiatría o la farmacología” (Costa, 2006). El avance de las neurociencias, a partir de los hallazgos sobre el funcionamiento químico del cerebro, introduce novedades que impactan en el paradigma científico abriendo un debate acerca de posiciones que se vuelven polares: psicoanálisis versus neurociencias y humanismo versus cientificismo. Esto acarrea una serie de discusiones que van desde lo eminentemente propio del campo de la praxis médica a debates filosóficos. Sin embargo, algunos autores lejos de encontrar motivos de enfrentamiento entienden que ambos campos, el de las neurociencias y el del psicoanálisis, son altamente compatibles:

“Se ha abierto un diálogo entre psicoanalistas y neurocientíficos en que los participantes, sin abandonar sus respectivos dominios de pertinencia, tratan de ver cómo el trabajo colaborativo permite entender mejor la complejidad del funcionamiento mental, en especial, el entrelazamiento entre, por un lado, el nivel simbólico de la mente humana, marcada por los discursos, por el lenguaje, por las identificaciones, por las relaciones con los seres significativos y, por el otro, los procesamiento cognitivos y emocionales influenciados por las estructuras neurohormonales”. (Bleichmar, 1999)

El segundo planteo, enfoca la problemática desde un proceso de *patologización de la normalidad*. Desde este planteo, que podemos definir siguiendo a Blech (2005) como de “invención de enfermedades”, 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. Esto lleva a considerar como patológicos muchos de los procesos vitales habituales. Lo que está en el origen de este planteo es la construcción social de la normalidad, es decir, qué es “lo normal” y qué es “lo patológico”. Como construcción histórica, las ideas de normalidad y las ideas de enfermedad y no enfermedad han ido variando. En diferentes períodos y culturas, procesos que hoy se consideran normales, han sido definidos como enfermedades. La historia de lo normal y lo patológico en los procesos femeninos de menstruación y embarazo son un ejemplo paradigmático del peso de las representaciones construidas socialmente y su variación a lo largo del tiempo y de las culturas.

El enfoque que pone el acento en la idea de un proceso de invención de enfermedades se cuestiona acerca de quiénes se constituyen como actores de este proceso. Para ello, indaga el papel que en el mismo cumplen los laboratorios, la industria farmacéutica y los profesionales de la medicina. Cómo se crean falsas necesidades, cómo opera el marketing, cómo cambian los conceptos de normalidad y anormalidad y cómo se redefine constantemente la salud humana al “mover” de modo ininterrumpido los parámetros de diagnóstico (un ejemplo son los móviles índices de lo normal y lo patológico en el colesterol y la hipertensión).

Una tercera perspectiva se enfoca en la idea de “medicinas para el estilo de vida” (*lifestyle medicines*) teniendo en cuenta el proceso que hemos presentado acerca de considerar a los psicotrópicos como sustancias reguladoras del estilo de vida antes que en tanto medicamentos para curar sujetos enfermos. Consideramos a este enfoque como esencial para la comprensión del proceso que nos ocupa. La relación que se establece entre el consumo de psicotrópicos y la calidad de vida supone un traspaso de la idea de enfermedad por la idea de malestar, incomodidad, molestia, insuficiencia. Este traspaso de la enfermedad al malestar lleva a un cambio de perspectiva al reemplazar la idea de curación por la idea de calidad de vida. Si bien en primera instancia puede interpretarse como inverso, en la práctica termina siendo complementario al enfoque anterior de invención de enfermedades. La idea de molestia y malestar se impone en el

campo de la medicina, lo que por un lado genera efectos positivos al promover la emergencia de nuevas corrientes centradas en la atención primaria, pero por otro se corre el riesgo de medicalizar cualquier trastorno vital que acarree incomodidad, redefiniéndolo como enfermedad, paradójicamente al mismo tiempo en que la patología entra en crisis frente al avance de la idea de malestar y calidad de vida. Esto no significa la desaparición del sujeto enfermo, más bien muestra la crisis de la idea de curación frente al avance de la noción de calidad de vida y bienestar, como lo analiza Ehrenberg (2000).

Para los fines de este estudio tendremos en consideración los tres enfoques pero nos centraremos principalmente en cómo la idea de calidad de vida avanza sobre la idea de curación y cómo repercute este proceso en la construcción social de la idea de consumo indebido y en la emergencia de las “pastillas para el estilo de vida” consumidas por sujetos no enfermos sino incómodos, insuficientes: al no haber enfermedad sino malestar lo que se busca no es la curación sino el bienestar. La tendencia muestra que la medicación ya no se limita a personas enfermas, más bien se expande hacia el mejoramiento del confort psicológico de los “sujetos normales”, como plantea Kramer: *“¿Extensión del concepto de enfermedad mental o modificación de los estados mentales normales?”* (Kramer, 1997). Desde este enfoque, todo aquello que incomoda y nos distancia del bienestar se redefine como anormal o patológico a pesar de que esa incomodidad sea una respuesta tradicionalmente entendida como “normal” frente a un proceso o estímulo.

3. La perspectiva médica. Sujeto y sistema impacientes, el “círculo perfecto”.

En este punto nos centraremos en la mirada sobre la cuestión de los distintos actores “profesionales” que participan en la medicación, derivación y/o publicidad de medicamentos psicotrópicos. Si bien nos hemos concentrado en la perspectiva médica acerca de la problemática, también recurrimos durante el transcurso del trabajo de campo a psicólogos y profesionales de la industria farmacéutica a fin de enfocar más globalmente la cuestión.

Frente al avance de la idea de calidad de vida y bienestar, la patología pierde terreno en el campo de la psiquiatría, al tiempo que comienzan a ser “medicalizables” una serie de malestares que aquejan al sujeto en su vida cotidiana. Sentirse nervioso ante una entrevista de trabajo, el decaimiento ante una pérdida afectiva o el cansancio luego de largas jornadas laborales, ¿son situaciones que ameritan una medicación? ¿Se puede hablar de un cambio en la perspectiva de la salud mental a partir del auge de las nuevas moléculas? ¿Quién debe ser el que prescribe medicamentos psicotrópicos?, ¿cómo se está conformando la relación médico-paciente? ¿Cuál es el enfoque desde la industria farmacéutica y el mercado?

Las diversas situaciones cotidianas a las que nos vemos expuestos los individuos exigen una respuesta adaptativa que según los casos puede desarrollarse bajo síntomas de ansiedad, decaimiento o cansancio. Cuando frente a este panorama, el tratamiento del síntoma es resuelto por la vía farmacológica, muchas veces se asiste a una ausencia de discriminación por partida doble: el uso de psicotrópicos para estos síntomas (se consume cualquier psicotrópico ante cualquier indicio de malestar, sea cual sea el síntoma), sin antes discriminar su origen (qué es lo que lo provoca más allá de la situación objetiva). Este parece ser un procedimiento habitual en varones y mujeres ya sea por decisión personal o por distintas instancias de mediación profesional.

La interpretación de este procedimiento y de su habitualidad se realiza en los profesionales consultados desde los tres ángulos que enumeramos al conceptualizar lo indebido en el consumo de psicotrópicos.

Desde el enfoque crítico hacia la idea del reemplazo de la práctica terapéutica por las neurociencias, se hace hincapié en el uso abusivo y /o indiscriminado de estas nuevas drogas, que aparecen como “mágicas”, al sortear todas las “incomodidades” a las que nos enfrenta la vida, considerando sólo los síntomas y dejando de lado las causas que las provocan. Esto lleva al sujeto a un callejón de difícil salida para su malestar, al tiempo que instaura un nuevo paradigma científico que resulta más complejo que la tensión entre humanismo

versus cientificismo. Desde la psiquiatría, es el traspaso de la neurosis, centrada en el conflicto, a la depresión fundada en sentimientos de insuficiencia personal. Desde la medicina en general, es la tendencia a definir como no aceptables a toda una gama de conductas que se apartan del *deber ser* social y lograr su corrección desde la farmacología. En tal sentido, afirma la psicoanalista Eva Tabakian:

“En esta línea de búsqueda de la normativización y de un deseo no conflictivo, los psicotrópicos producen una corrección de las conductas no aceptables y suprimen los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico pero sin buscar su significación. La psicofarmacología que había nacido en el intento de devolverles a los locos su palabra y salvarlos de tratamientos abusivos e ineficaces, finalmente perdió parte de su prestigio al encerrar al sujeto en una nueva alienación... El peligro mayor es que la psicofarmacología permite a todos los médicos, especialmente a los clínicos, tratar de la misma manera a toda clase de afecciones... Y del mismo modo en que se igualan los cuadros, se igualan los pacientes y se postula otra vez un individuo que no se destaque ni por su padecer psíquico ni por sus conflictos con la sociedad ni por la búsqueda de nuevos horizontes”. (Tabakian, 2006)

Desde este enfoque, las neurociencias avanzan al paso que decae el psicoanálisis. Esto se manifiesta en un cambio cultural que excede el espacio médico y se instala en la vida cotidiana, donde se ve una tendencia de convivencia o reemplazo del lenguaje propio del psicoanálisis por el de la neurociencia en el sentido común. Así, si en los grandes centros urbanos se ha vuelto costumbre usar la terminología propia del psicoanálisis en la vida cotidiana (referirse a una persona nerviosa como histérica, por ejemplo), actualmente, se ve la tendencia de que en cualquier conversación aparecen términos como “frontal” para definir a una persona, refiriéndose a la parte del cerebro que actúa sobre el control del impulso, o la gente habla de “estimular sus endorfinas” (Adler, 2006).

- *Por ahí Argentina era a nivel internacional un país en el que se consumía regularmente, pero no de los que más se consumía, hasta la época de 1985*

a 1990; después del noventa lo que uno ve afuera y acá, un aumento, yo diría, casi logarítmico del consumo de los psicofármacos.

E.- ¿Y qué cree que está pasando?

- Básicamente mayor uso desde los profesionales de los psicofármacos.

E.- ¿Y eso responde a algo en especial?

- Responde a consensos internacionales, a un cambio en un paradigma de abordaje de la psiquiatría, por más que históricamente la psiquiatría biológica fue una de las importantes a nivel mundial y el tema de la psiquiatría biológica, la diferencia era el uso de psicofármacos, separando un poco lo que era la tradición de las terapias psicoanalíticas, que reinó durante tantos años y que sigue en Argentina. Pero desde la psiquiatría biológica se fue cambiando el abordaje a un abordaje más psicofarmacológico, que en estos momentos logró consenso en estar de acuerdo con el resto del mundo en las causas de ciertas patologías mentales y la resolución con fármacos. El tema es que de ahí, si no hay un buen control, después el psicofármaco lo termina también usando el clínico, lo aconseja el psicólogo, lo están manejando ahora los cardiólogos y además la automedicación, que es tan frecuente y común en la Argentina.

(Médico psiquiatra)

En algunos casos se cree que el auge de las terapias breves y focalizadas, sobre todo aquellas centradas en los aspectos cognitivos que responden a la matriz de la neurobiología - una mente que puede aprender más que un sujeto que sufre - también puede identificarse como parte de este proceso que por un lado, institucionaliza nuevas formas de pensar la subjetividad humana y al mismo tiempo, busca la solución sin demora.

- Entonces, vos tenés como una de las ramas de la neurociencia el cognitivismo y decís: "y ¿por qué el cognitivismo es una rama de la neurociencia?" Y bueno, porque se carga conocimiento, de cómo conocemos, cómo conocemos el mundo en el que estamos. Ellos estudian

esto, partiendo de la base de que uno es un ser pensante, que tiene un cerebro y que hay un mundo por conocer y que eso tiene un concepto neurobiológico. Entonces, las terapias están pensadas en esas convicciones. Y ¿en qué concepción? Bueno, si vos le tenés una fobia a un ratón es porque algo falla en tu conocimiento respecto del mundo. El ser humano sufre de tomar un avión, tiene esa angustia, pero en mi opinión el término sufrimiento ha desaparecido de ese abordaje de la problemática humana.

E.- ¿Por qué?

- Porque si vos reducís la cosa a la neurona, a los neurotransmisores y a los síntomas, la dimensión más subjetiva, que es el sufrimiento, no es tan considerada. Cuáles son los síntomas y cómo los tratamos, sí, pero se pierde esa dimensión subjetiva.

(Médico psiquiatra)

En este contexto, la pastilla responde a un “círculo perfecto” entre un sujeto impaciente con su malestar y un sistema sanitario que no tiene tiempo que ofrecer. La divulgación de los avances en el campo de la neurociencia sin profundizar en los alcances también es un componente a tener en cuenta para analizar la complejidad con la que opera este “círculo perfecto” entre individuo y sistema. En la conformación de este círculo, los medios de comunicación participan activamente en la “formación pedagógica” del paciente. Éste visita el consultorio habiendo hecho ya su autodiagnóstico e incluso interpellando al médico acerca de la medicación conveniente de acuerdo a lo que pudo registrar a través de la televisión, la prensa gráfica o Internet. Esta figura del paciente competente, informado, podría verse como un avance de la idea de un poder compartido entre médico y paciente, una relación más democrática, en definitiva. También desde el psicoanálisis, el autodiagnóstico puede ser pensado como un proceso de “causalidad subjetiva”, priorizando la perspectiva del sujeto, en cuanto a su participación en la producción del síntoma (Mantegazza, 2006). Sin embargo, esta tendencia hacia el poder compartido es vista por algunos médicos como

consecuencia directa del auge de los autodiagnósticos desde una banalización del saber médico y de la judicialización creciente de la medicina, lo cual parece llevar a efectos poco favorables al incidir en el debilitamiento de la confianza entre médico y paciente (Weill, 2006).

- *Porque lo que se está difundiendo desde hace ya una cantidad de años es toda una tendencia dentro de lo que sería la psiquiatría actual, donde el papel que tiene el psicofármaco es cada vez más importante. ¿En qué consiste? Eso se difunde mucho a través de todos los medios, televisión, diarios y revistas.*

E.- *¿Usted habla de medios especializados?*

-*No, los medios comunes. Los medios que lee la gente.*

E.- *¿Por ejemplo?*

- *Por ejemplo, el diario Clarín día por medio sale la novedad en el campo de la neurobiología.*

E.- *¿En notas?*

- *Sí, en notas periodísticas. Por otro lado, se difunden mucho los diagnósticos actuales de manuales de clasificación de psiquiatría. Entonces, las características actuales de los pacientes es que muchas veces ya vienen con el diagnóstico que le dio el médico clínico o que ellos mismos se identifican a partir de estas lecturas que hacen, que no son especializadas y donde está incluido el psicofármaco como la terapéutica más inmediata y efectiva.*

(Médico psiquiatra)

- *En realidad se va hacia algún síntoma o alguna situación que puede ser habitual en la población por razones socioeconómicas, simplemente, a veces ni siquiera porque realmente haya una enfermedad psiquiátrica o un trastorno psicológico en una persona, a veces se aprovechan situaciones socio económicas que hacen que naturalmente la gente se ponga nerviosa*

o se deprima o se entristezca, se empieza a trabajar sobre eso y subliminalmente se empiezan a mencionar drogas

E.- Y cuando se hace uso de eso, ¿quiénes son los que lo hacen?

- En general surge de los laboratorios. Cuando aparezca algún artículo en el diario o en una revista sobre algún tratamiento o que se empieza alguna campaña sobre alguna enfermedad o sobre alguna situación de salud, los que somos mal pensados lo primero que pensamos es que laboratorio esta patrocinando esto y por qué...

E.- Ahora, ¿ustedes notan que ha habido un acrecentamiento de este tipo de notas en los últimos años?

- Por supuesto, cada vez más. Ya hay campañas de pre marketing que están basadas por ahí en un año en plantear una situación de algún tipo de enfermedad o de trastorno de la opinión pública y ya se está pensando en que se va a lanzar un medicamento un año después, se genera una situación de necesidad. En cualquier producto de consumo masivo pasa lo mismo, lo que se crea es la necesidad y después viene lo que resuelve la necesidad. Si no existe la necesidad no hay producto válido.

(Médico gastroenterólogo. Director médico de una consultora de marketing farmacéutico)

La banalización de la medicación se completa con un marketing de los laboratorios que en muchos casos cumple con los mismos parámetros de seducción al cliente que cualquier producto de consumo masivo, sin tener en cuenta la especificidad de un producto médico.

- Los laboratorios en estos Congresos te regalan bolsitas de caramelos, de pastillitas con el envoltorio del psicofármaco. Yo, cuando me lo dieron (la bolsita con caramelos) el año pasado, lo tuve en mi escritorio por meses pensando que era el psicofármaco hasta que abrí uno y vi que eran

caramelitos. Yo digo, qué insidiosa la forma de naturalizar el consumo, la banalización del consumo del medicamento.

(Médico psiquiatra)

Esta seducción compromete al médico, pero éste y el consultorio parecen actuar de canal privilegiado para llevar este marketing de calidad de vida a un sujeto que sufre su déficit.

- ¿Vos nunca te pusiste a pensar por qué el laboratorio entrega estos folletos si el médico no los lee? Yo nunca leí estos folletos, yo los tiro a la basura, pero hay muchos médicos que lo dejan en su escritorio, o arriba de la mesita de la sala de espera, no a propósito, pero esto lo lee la gente. Esto lo lee la gente. La revista médica que está en la sala de espera, ¿por qué surgieron todas estas revistas que son dirigidas...? porque hay un problema que es la desregulación que no permite publicidad de medicamentos de venta bajo receta en revistas de uso popular, tiene que ser en revistas médicas. Surge una ola de revistas médicas pero que en realidad son de divulgación, salud, hay una que tiene que ver con la sala de espera, entre consultas, una cosa así. En realidad es una revista que es para poder salvar la regulación de publicidad, la sacan como revista médica pero en realidad el médico cuando la recibe la deja en la sala de espera

E- Pero ¿son revistas que no se compran, no se consiguen en kioscos?

- No, están dirigidas para la sala de espera del médico, no para el médico. El médico la ve como una revista, si bien en su origen es una revista médica que se distribuye en mano al médico, cumple las normativas legales, el médico en su lectura la ve como una revista de divulgación no como una revista científica, y está la publicidad porque en realidad su origen es una revista médica. Hay un montón de estas revistas de ese tipo, donde no se venden en ningún lado y se entregan en mano a los médicos, y esas publicidades claramente no están dirigidas para el médico, claramente.

E- Cuando nosotros las ponemos en los grupos focales resultan muy tentadoras para ellos, pero por otro lado muy conocidas también.

- Esta no es una publicidad de medicamentos. Este es un folleto que hizo especialmente el laboratorio para que el médico se lo dé al paciente. Acá viene el laboratorio y dice: 'doctor, usted que tiene poco tiempo en su consulta y es importante que su paciente este bien informado sobre la enfermedad, nosotros le ahorramos el trabajo y le trajimos esto para que su paciente este bien informado'; y en realidad la comunicación está hecha en forma directa para el paciente. Esto está hecho para pacientes, pero para que el médico se lo dé al paciente. Y el médico, a veces consciente y a veces inconsciente, cae en el tema: "le va a ahorrar el trabajo, le traje unos folletos bárbaros que explican los hábitos dietéticos que tiene que tener un paciente que tiene úlcera", y si uno no se toma el trabajo de leerlo... Porque a veces eran éticos, traían una dieta que a uno le evitaba el trabajo de escribir y no tenía nada. Pero esto está claramente dirigido para que el paciente que no había detectado que tenía problemas de éstos, los detecte.

(Médico gastroenterólogo, director médico de una consultora de marketing farmacéutico)

Desde la crítica al proceso de invención de enfermedades, se focaliza en la tendencia a crear o recrear una enfermedad o molestia en la que (casi) todos se sientan incluidos. ¿Quién podría definirse a salvo de situaciones de ansiedad, angustia, cansancio o tensiones de algún tipo? Con respecto a la tendencia a medicalizar malestares que antes no se medicaban y entraban en el terreno de la personalidad, el carácter o de respuesta al contexto, comentaba en la entrevista mantenida el director médico de una de las más importantes empresas farmacéuticas internacionales con sede en el país, que es hoy algo común ver que quien antes era considerado tímido hoy sea catalogado como fóbico social y medicado en consecuencia, mediante una práctica inadecuada, ya sea desde el

profesional médico o desde el autodiagnóstico realizado por Internet¹⁶. Junto con esto, la tendencia a la medicalización creciente de los problemas sociales coloca a la medicina en una difícil situación, al transformarla en “una prótesis para paliar las angustias de la existencia moderna”, como según Weill (2006) refiere Didier Sicard, presidente del comité consultor nacional de ética para las ciencias de la vida y la salud, de Francia. Mediada por la exigencia creciente de lograr la adaptación a los desafíos de la vida cotidiana, en pos de la idea de calidad de vida y a un mercado que encuentra allí un nicho de interés, la “invención” o construcción social de malestares, que llevan a instaurar en el escenario social “enfermedades de moda”, también resulta una práctica en la que participan laboratorios, médicos y medios de comunicación, según analizan médicos y profesionales médicos de la industria farmacéutica consultados.

- *Hoy en día, los pacientes, salvo grupos específicos, grupos de consumidores de drogas, que es otra historia diferente, el común de la gente consulta por dos razones, o por lo menos localiza en su problemática digamos, en dos términos, que son angustia y depresión.*

(Médico psiquiatra)

- *Creo que tiene que ver el tipo de trastorno. Por ejemplo la persona que viene de un trastorno psicótico o de alguna internación ven un camino más de construcción, de rehabilitación, de ir avanzando en un proceso que ven más allá de los momentos. En cambio la persona que viene por ataques de pánico, por fobias o trastornos de ansiedad están más predispuestas a decir: “estoy bien, ayer me tomé una pastilla entera porque estaba mal o mi nena me contestó mal o se fue.” Pasa entonces en los casos que vienen de estas patologías nuevas, las patologías de estos tiempos que son los trastornos de ansiedad, las fobias, los ataques de pánico, las patologías de consumo, bulimia y anorexia, y las depresiones.*

(Médico psiquiatra)

¹⁶ Entrevista a Director Médico de Empresa Farmacéutica Internacional con sede en el país. Por cuestiones de preservar el anonimato no figura el nombre de la empresa y a pedido del entrevistado este pasaje de la entrevista se realizó en off (sin grabación).

- Pero si vamos a tomar desde la psiquiatría, por ahí la gran moda ahora son los trastornos obsesivos, el tema de la bipolaridad. Hace un par de años atrás era la depresión. Por momentos son los trastornos hiperquinéticos en los chicos, que en verdad no es porque haya cambiado la patología, sino que esto responde a un marketing fundamentalmente de las grandes compañías. Y por ahí por el hecho de descubrir o fabricar una determinada molécula, poder resolver una determinada (o dar una respuesta a una) patología, toda la publicidad que se pone detrás de ellos hace que se le empiece a dar importancia, como es el tema de la bipolaridad. En estos momentos es como que todos son bipolares y hace veinte años atrás no se hablaba, no existía. Si uno agarra los escritos de Hipócrates ya ahí había bipolares. En verdad hay un aumento de la bipolaridad en números reales, en cantidad de población de lo que existía antes, porque hay otros factores desencadenantes que van a predisponer que una persona 'switchee' más fácilmente a cuadros depresivos o maníacos, que tiene que ver mucho también con el tema... o sea, sería otro de los tipos de bipolaridad por el lado de los fármacos, por drogas, no por sustancias, se los llama. Entonces, en equis cantidad de personas por cien mil habitantes ahora hay mucho más de los que había hace cien años atrás y muchísimos más de los que había en la época de Hipócrates, pero son patologías que siempre existieron. Pero hace veinte años nadie hablaba de eso.

(Médico psiquiatra)

Un planteo que sintetiza los tres enfoques es aquél que ve la instauración en la sociedad de ciertos malestares que atentan contra el precepto de la felicidad, el bienestar y la calidad de vida junto a la promoción de la idea de que pueden resolverse rápida y químicamente atendiendo (sólo) al síntoma. Es allí cuando la figura del médico entra en crisis: ¿un médico para atender sujetos sanos pero incómodos o una medicación sin médicos?

E.- En algunos escritos que estuvimos leyendo aparece la idea de pastillas para el estilo de vida.

- Sí, sí. Inclusive el famoso Prozac, eso era...

E.- Como paradigmático, claro.

- Claro, la droga de la felicidad. La felicidad forma parte de nuestro estilo de vida. Ahora, es cierto que no es que no recurran al médico, pero sí que recurran al médico como el que le va a dar lo que buscan y si un médico opta por decir que le va a bajar la medicación se van a buscar otro. Entonces, que aparezca el médico como un recetador y la decisión del paciente de continuar con la medicación y si el médico dice que no cambian de médico, eso por supuesto que es frecuente. Entonces se nota en los pacientes un porcentaje que tiene resistencia a que se le modifique eso o se le cambie o la idea misma de dejar la medicación. Y el médico es un recetador, no es alguien de consulta o la autoridad que dice si conviene o no conviene.

(Médico psiquiatra)

La idea del “médico recetador”, aquél que se limita a proveer recetas a un paciente “adiestrado” que “regula” sus dosis, resulta de una práctica habitual, como surge de las entrevistas a los distintos actores del proceso: médico, profesionales no médicos y consumidores-pacientes. Esta práctica está íntimamente relacionada con la idea de un sujeto impaciente (el *paciente impaciente*), un sistema de salud que por diversas circunstancias se ve llevado a dedicar un tiempo mínimo a la consulta y una cultura de la velocidad que propicia por un lado, la información sin mayores profundizaciones, lo cual lleva a “tocar de oído” y actuar en consecuencia, por otro, a una intolerancia manifiesta de todo aquello que demande tiempos más allá del corto plazo.

El criterio médico de la prescripción indebida se construye desde dos instancias, el campo o especialidad médica que determina quién es el profesional indicado para prescribir una receta de psicotrópicos y la pertinencia, lo cual establece cuándo se considera necesaria la prescripción, cuándo se deben buscar otros recursos que la reemplacen o complementen y cómo se debe medicar.

✓ **Por campo (por especialidad médica): ¿Quién debe prescribir?**

Entre los psiquiatras entrevistados hay consenso en que deberían ser estos especialistas los que tuvieran a cargo la prescripción de medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, ven que se ha generalizado la prescripción hacia otros médicos, especialmente clínicos y médicos dedicados a especialidades relacionadas con enfermedades asociadas a procesos de ansiedad o depresión como gastroenterólogos, endocrinólogos, cardiólogos y ginecólogos. En algunos casos se realiza una distinción entre tipos de psicotrópicos, pero esta distinción parece depender de opiniones personales acerca de cada tipo de medicamento ya que varía de un profesional a otro. Así, si en un caso un médico no psiquiatra afirma que prescribe “hasta benzodiazepinas” pero para antidepresivos busca la derivación al psiquiatra, en otro, un psiquiatra analiza como más problemática que la prescripción de antidepresivos, la de benzodiazepinas llevada a cabo por médicos no psiquiatras, por el acostumbamiento y peligro de adicción que provocan.

- *Una depresión más leve, donde la persona no tiene ganas de ir a trabajar pero va igual, o llega el fin de semana y se queda en la cama, hace todo muy a desgano y como si las cosas hubieran perdido su sentido. Es común que ya el clínico mismo ahí dé un antidepresivo. Cuando la cosa ya es más grave, bueno, ya no se mete.*

E.- *Y digamos, en el campo de la medicina, es legítimo que un clínico recete...*

- *Sería mejor que no, mejor que no.*

E.- *Digamos, no está legitimado pero es algo que está tolerado.*

- *Sí, es como una cosa difundida y no tiene más remedio que aceptarse.*

(Médico psiquiatra)

- *[...] por ejemplo, yo en mi especialidad tengo gran uso de psicofármacos porque el 80% de las enfermedades digestivas están relacionadas con*

algún trastorno psicosomático, uno utiliza psicofármacos menores, que pueden ser algún ansiolítico, algún antidepresivo de menor jerarquía, ya cuando uno pasa a psicofármacos de mayor envergadura ya es para el sector de psiquiatría, entonces en general los psicofármacos de menor nivel de acción; en general la industria se dirige a todos esos segmentos de médicos que están en relación con ese tipo de enfermedades, cardiólogos, los que se dedican a obesidad o nutrición, están muy en la línea con trastornos psicológicos menores, o neurosis de menor intensidad, no con enfermedades psiquiátricas organizadas pero sí con trastornos neuróticos 'borderline' donde por ahí hace falta algún uso, nunca ese paciente va a ir a un psicólogo o a un psiquiatra, a no ser que se lo termine convenciendo, pero en general cuando son 'borderline' nunca asumen que necesitan hacer una consulta especializada y ahí empieza el manejo de psicofármacos; si el médico que lo está haciendo tiene cierto grado de conciencia y responsabilidad sabe cuándo no pueden cruzar la línea, y hay otros que la línea la cruzan, y empiezan a usar psicofármacos de mayor intensidad.

E - Y ¿esa distinción que usted hace entre psicofármacos de mayor y menor intensidad cómo sería?

- Y por ejemplo un ansiolítico de uso común contra un antipsicótico, o un antidepresivo o un ansiolítico que tiene algún efecto antidepresivo menor con drogas mayores para trastornos más estructurados.

E. -Y estas nuevas moléculas que aparecen mucho en la bibliografía que son estas IRSS, ¿dónde estarían?

- Esas las tiene que manejar el especialista. Pero volvemos a lo mismo, en realidad se promociona el trastorno, entonces la gente va al médico de atención primaria, al médico clínico, al especialista que lo está tratando con otra cosa, y cree que ya tiene un diagnóstico porque lo leyó y coincide lo que leyó en el diario o en la revista con lo que él siente, entonces va insinuar o a pedir el tratamiento. Entonces si el médico es responsable dice: "no, mire, para esto tiene que ir a un especialista", y ahí pueden suceder

dos cosas; que el paciente vaya al especialista o que vaya a otro médico hasta que alguno le haga la receta.

(Médico gastroenterólogo director médico de una consultora de marketing farmacéutico).

- *A mí me llama la atención que medican mucho con psicotrópicos los clínicos, que medican mucho los cardiólogos. Me llama la atención los ginecólogos.*

(Médica psiquiatra)

✓ **Por pertinencia: ¿Cuándo hay que medicar? ¿Cuándo hay otros recursos? ¿Cómo medicar?**

En términos generales, desde los psiquiatras hay una crítica generalizada al uso abusivo que se hace de la medicación. Esto abarca tanto a estos especialistas como a los médicos generalistas o de otras especialidades. Denuncian un auge de la medicación por el deslumbramiento que generan las nuevas drogas ya sea por la novedad en el campo de las neurociencias como por los resultados rápidos que generan en el paciente, lo cual genera tranquilidad de ambas partes. El recurso terapéutico, si bien aparece nombrado como “el deber ser”, en la práctica lo ven en desventaja principalmente por los beneficios de rapidez y la naturalización del consumo de medicamentos. Un punto importante a tener en cuenta y que se desarrollará más adelante, tiene que ver con la cuestión de cómo se medica y el peso que cobra la autorregulación de la medicación con la aprobación médica.

- *Te voy a decir por qué, yo he visto, y lo veo con mucha alarma, que gente que ha dedicado su vida al psicoanálisis, ahora están haciendo cursos de médico psiquiatra porque tienen que medicar, pero ¿por qué tienen que medicar? Porque el paciente lo exige. Porque no toleran un tratamiento largo, todo tiene que ser bien pronto. Yo primero fui psiquiatra, primero fui psiquiatra de niños, después de adultos y después entré en la carrera de*

psicoanálisis. Hace muchos años que soy psicoanalista, hice el recorrido inverso. Y lo que me doy cuenta es que a mi me da mucha bronca medicar.

E.- Ese recorrido inverso era bastante clásico antes, ahora es al revés.

- Si, ahora es al revés. A mi me da mucha bronca medicar. A veces sí tengo que medicar, sí o sí, tengo que estar al día de todo lo nuevo en bipolaridad, en melancolía, ¿cómo no lo voy a estar? Pero me resisto. Y cuando veo a mis colegas que se fascinan por medicar, porque se fascinan, gente grande se fascina, te dicen: “tenés que dar tal cosa, tenés que dar un ansiolítico a tal otra”, y bueno, ¿por qué están fascinados? Porque hay una negación también de lo que puede ser la palabra, hay una identificación de la empresa que exige esta sociedad de que estés rápidamente bien para poder salir al ruedo. En el grupo ese que nosotros hicimos la mayoría eran psicoanalistas y yo me admiraba cuando vienen los visitantes, se tiran sobre los visitantes. Ojo, yo también, cuando necesito algo voy a ellos. Pero de repente es como negar que hay otros recursos.*

E.- Cuáles serían esos recursos?

- Estar en más grupos, las redes sociales y dentro de las profesionales, las redes profesionales. Si vos no tenés un conjunto que te contenga y que te sostenga y al que le puedas contar lo que te pasa y que el otro piense lo que te pasa, te consumís en sociedad. Te enfermas. Claro, si te tomás la pastillita, no te importa.*

(Médica psiquiatra)

- No, sólo que estaba tan preocupado por una cosa que no lo dejaba pensar bien o hacer las cosas correctamente. En esos casos yo prefiero medicarlos, darles como el arma de decir “bueno, en caso de..., usás la medicación”, no dejarlo arraigado para todo el tiempo, mañana, tarde y noche, como normalmente están acostumbrados a hacer. Trato de usar pocas benzodiazepinas, cuando veo que el cuadro es bastante importante agrego un antidepresivo, aunque no sea un gran componente depresivo,*

no, realmente no me fijo tanto en eso, sino que con toda la aparición de los IRSS, no se si habrás escuchado, la proxetina, la paroxetina, fluoxetina, que tiene un componente ansiolítico más a largo plazo. Entonces, la idea, la que trato de hacer generalmente es..., prefiero terminar utilizando los antidepresivos para bajar la ansiedad y sacar las benzodiazepinas.

E.- Y ¿por qué?

- Por el gran acostumbramiento que hay a las benzodiazepinas. O sea, el acostumbramiento es no poder vivir sin la droga y la tolerancia tiene que ver con que voy a ir necesitando a medida que vaya el tiempo mayores dosis para lograr el mismo efecto. Por supuesto todo esto acompañado por una buena psicoterapia con nosotros o con psicólogos, o mismo en mi consultorio particular, en este momento yo no hago psicoterapia con pacientes, pero sí trato de no medicarlos en la primera evaluación y si se requiere medicación los medico, pero enseguida le recomiendo el tratamiento psicoterapéutico, le explico “mirá, si no hacés el tratamiento psicoterapéutico nos atamos a la medicación casi de por vida” porque sino no va a resolver lo que lo trae a la consulta. Siempre que no estemos hablando de psicosis, la psicosis es otra cosa. Estamos hablando de ansiedad, depresión.*

(Médico psiquiatra)

- Lo que más se ve son trastornos de ansiedad, pero no sé si tiene que ver con la publicidad de los trastornos de ansiedad, la publicidad que se le da a los ataques de pánico, yo creo que todo eso ha ayudado mucho a que la gente se dé cuenta de qué es lo que está pasando, o sea, hace cien o doscientos años nadie sabía qué era un ataque de pánico. Creo que eso ayudó. Entonces, me parece que en algún punto, tanta publicidad, tanta manija que se le da hace que la gente le llame mal a una ansiedad que se puede tener por una situación en particular y lógica que hay, uno que pierde el laburo y se pone ansioso, ya eso es un ataque de pánico, trastorno de ansiedad, etcétera. Pero lo que se ve muchísimo es trastorno de ansiedad,*

la depresión se ve también y lo que se ve es un uso masivo de la medicación. Por eso es que yo, al principio, no tenía mucha conciencia de lo que era empezar a medicar un paciente porque después es muy difícil sacarle la medicación. Sobre todo uno tiene que hay que tener cuidado con gente joven, porque con gente grande por ahí no es tan complicado, no están acostumbrados a tomar medicación pero acostumbrar a un chico de 20 años a tomar medicación es como que...

(Médico psiquiatra)

En este capítulo se abordó el conjunto de transformaciones que operan en el campo médico. El retroceso de la idea de lo patológico ante las de malestar, calidad y estilos de vida afectan, como se vio, a las propias prácticas profesionales, desde la prescripción hasta el modo en que los médicos establecen la relación con los pacientes en la consulta; a su vez, ello favorece la constitución del auto didactismo en el consumo de los medicamentos, en un marco en que las terapias tradicionales, que requieren un tiempo prolongado de asistencia, tienden a mostrarse inadecuadas. En el capítulo siguiente se indagarán los imaginarios que operan en torno del consumo de psicofármacos, los malestares como representaciones sociales que subyacen a las prácticas de consumo.