

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

Conocimientos, actitudes y comportamientos acerca de la Psicofarmacología en población general: El fenómeno de la medicalización de los estados emocionales

Alumnos:

Borawski Chanes, Valeria Fernanda - Mat.2984/94

Martinez, María Vanesa – Mat.5800/02

Morzzone, Maximiliano Luis Pedro – Mat. 3851/96

Supervisora: Dra. Claudia E. Castañeiras

Radicación: Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica-GIEPsi

Fecha de presentación: 29 de Noviembre de 2011

Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los estudiantes Borawski Chanes, Valeria Fernanda, Martínez, María Vanesa y Morzone, Maximiliano Luis Pedro de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores

La que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los estudiantes Borawski Chanes, Valeria Fernanda (Mat. 2984/94), Martínez, María Vanesa (Mat. 5800/02) y Morzone, Maximiliano Luis Pedro (Mat. 3851/96), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 29 días del mes de Noviembre de 2011.

-

Firma, aclaración y sello del Supervisor

Informe de evaluación del supervisor

En mi condición de supervisora de la tesina de grado que se presenta quiero dejar constancia de las cualidades personales y la capacidad de trabajo que los estudiantes Borawski Chanes, Martínez y Morzone han puesto en evidencia durante todo el proceso de investigación. La dedicación, disponibilidad, responsabilidad, compromiso y esfuerzo han sido características permanentes en todas y cada una de las etapas requeridas y merecen ser destacadas en esta instancia.

--

Dra. Claudia E. Castañeiras

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los estudiantes Borawski Chanes, Valeria Fernanda (Mat. 2984/94), Martínez, María Vanesa (Mat. 5800/02) y Morzone, Maximiliano Luis Pedro (Mat. 3851/96).

Firma y aclaración de los
miembros de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación:

Resumen

Este estudio empírico se inscribe en el área general de la Psicología de la Salud y se propone estudiar las relaciones entre el conocimiento/información, las actitudes/opiniones y las prácticas/comportamientos en relación al uso de psicofármacos en una muestra de población general de la ciudad de Mar del Plata. Se trata de un estudio de carácter descriptivo con metodología correlacional que tiene por objetivo explorar: a) el conocimiento/información disponible sobre psicofarmacología en la muestra bajo estudio, b) las actitudes/opiniones hacia la utilización de psicofármacos para los problemas emocionales y, c) los comportamientos relacionados con el uso de psicofármacos. Adicionalmente se analizó el efecto del consumo y del estado emocional relacionado al bienestar psicológico sobre dichas variables y la presencia de diferencias en función del sexo, la edad y el nivel de instrucción informado. Para su realización se administrará en forma personal e individual y bajo consentimiento informado un instrumento diseñado específicamente para

indagar información socio descriptiva y sobre la experiencia con psicofármacos, actitudes hacia el consumo y conductas/prácticas sobre el mismo. La muestra intencional estuvo compuesta por 150 adultos de población general incluyendo hombres y mujeres, entre 21 y 65 años, fundamentando esta elección del rango de edad en el principio de autonomía de los potenciales consumidores de psicofármacos y en la edad límite comprendida para la vida laboral activa. Para el procesamiento de los datos se utilizará una estrategia de análisis combinada cuanti-cualitativa en función de las respuestas de los sujetos. Por último se diseñó una guía informativa sobre el uso racional de psicofármacos para entregar a la población general.

Palabras Clave: psicofarmacología – conocimientos – actitudes – comportamientos – estados emocionales - bienestar psicológico - población general

Descripción Detallada:

En los últimos años asistimos a un escenario en el cual las sucesivas crisis de la economía y de las condiciones de vida en general han impactado de un modo negativo en la cultura social, exponiendo a las personas a mayores niveles de riesgo psicosocial y favoreciendo estados de fragilización progresiva de la vida psíquica. Esta situación ha generado un incremento notable de las demandas a los servicios de atención de la salud, que a su vez funcionan bajo presión para dar lugar a exigencias de eficacia, rapidez, resolución sintomática y atención a bajo costo. Sin duda un contexto propicio para la prescripción y difusión masiva de psicofármacos *para todos y para todo* (Galende, 2002).

Respecto al consumo de psicofármacos, una investigación realizada por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha

contra el Narcotráfico de la ciudad de Buenos Aires (SEDRONAR), estableció que su uso extensivo -es decir, no restringido a sujetos diagnosticados con una patología mental- se ha incrementado progresivamente durante la última década, lo que habilita la renovación del debate sobre las concepciones acerca de la salud y la enfermedad, de su atención y del lugar de los síntomas en la sociedad contemporánea. Los psicofármacos han ido adquiriendo una función salvadora para resolver rápidamente las angustias y depresiones como herramienta en la búsqueda de un mayor autocontrol que garantice la competencia en términos profesionales, sociales y afectivos (Ehrenberg, 2000), y de una vida “más feliz” o tal vez, menos dolorosa.

Surge así una oferta cada vez más diversificada de sustancias reguladoras del estilo de vida (las llamadas *Lifestyle Medicines*) que, desde un amplio 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 contexto el fenómeno de la medicalización se ha convertido en una opción de uso cotidiano que abarca un espectro sumamente amplio como respuesta al padecimiento emocional: desde el alivio del malestar y el control de estados sintomáticos hasta convertirse en una alternativa terapéutica efectiva para resolver las más diversas experiencias de sufrimiento y lograr estados de bienestar. Sin embargo, y a pesar del acceso creciente y masivo a su consumo, esto no necesariamente ha mejorado la calidad de vida y la salud de la población.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), los estados de ansiedad, la depresión y el estrés son situaciones clínicas que comprometen trastornos mentales significativamente prevalentes en la actualidad en la población

mundial, con estimaciones del orden del 12% sobre el total de enfermedades (OMS, 2007).

En nuestro país, mediciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) revelaron a comienzos de 2008 que los ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y sedantes fueron los medicamentos de mayor facturación durante el último trimestre del 2007, y su consumo representó para los argentinos un gasto de 362 millones de pesos, más del doble que en el año 2003. De acuerdo a un informe de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), el consumo de Clonazepam aumentó el 20% entre 2004 y 2006, y sigue en ascenso. Los estudios de la OMS indican que la depresión ocupará hacia el año 2020 el segundo lugar en morbilidad después de las cardiopatías isquémicas, un dato que ya resulta vigente diez años antes. De hecho, actualmente 121.000.000 de personas en el mundo alcanzan niveles clínicos de depresión (OMS, 2007). La proyección en el caso de nuestro país no es menos preocupante ya que el 20 % de la población requiere algún tipo de atención en este sentido y Argentina es el país de América Latina donde se registra una mayor utilización per cápita de psicofármacos (Gerber, 2005).

En Mar del Plata, según datos aportados por el Colegio de Farmacéuticos del Partido de General Pueyrredón, un estudio de 1996 indicaba que el consumo de psicofármacos alcanzaba un 13,80% de las ventas totales de medicamentos. Diez años después el consumo alcanzó el 15,93% del total de las ventas (Della Maggiora, 2008).

Otras investigaciones sobre este tema introducen la influencia de la variable de género en el uso de psicotrópicos (Markez et al., 2004). Todas ellas concluyen que las mujeres consumen más psicofármacos, o en todo caso son quienes permanecen más tiempo en tratamiento psicofarmacológico (Godoy et al., 2002).

De acuerdo a los datos disponibles, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se encuentran entre las situaciones clínicas con mayor frecuencia de

consulta en la actualidad, y dentro de las demandas para las cuales se prescriben más psicofármacos.

En este sentido, el estudio empírico que se presenta tiene por objetivo indagar y evaluar los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la naturaleza y alcance de la psicofarmacología para la salud de la población, y estudiar la influencia de los propios estados emocionales sobre la experiencia sobre psicofármacos, con el propósito de disponer de información local sistemática que permita una mayor y mejor comprensión al respecto.

Objetivo General:

Analizar los conocimientos, actitudes y comportamientos acerca de la Psicofarmacología y su influencia sobre la frecuencia de uso de psicofármacos en población general

Objetivos Específicos:

1. Indagar el conocimiento disponible sobre psicofarmacología en la muestra bajo estudio
2. Analizar las actitudes/opiniones hacia la utilización de psicofármacos para los problemas emocionales
3. Describir los comportamientos relacionados con el uso de psicofármacos
4. Estudiar las relaciones entre el conocimiento disponible, las actitudes y los comportamientos referidos a la frecuencia de uso de psicofármacos en población general
5. Evaluar el efecto diferencial de los estados emocionales autoinformados (afecto positivo, afecto negativo, bienestar psicológico) sobre las variables analizadas

6. Estudiar la presencia de diferencias en función del sexo, la edad y el nivel de instrucción
7. Diseñar una guía informativa para la población general sobre el uso racional de psicofármacos para su divulgación en población general

Hipótesis:

Dadas las características de la investigación propuesta, de carácter exploratorio-descriptivo, y el escaso conocimiento empírico disponible en nuestro contexto sobre este tema, se considera más adecuado plantear en este apartado el lineamiento hipotético que orienta la investigación y que está referido a analizar los conocimientos, actitudes y comportamientos vinculados al uso de psicofármacos en la actualidad y su relación con los estados emocionales informados.

Métodos y Técnicas:

Diseño

El estudio que se propone se basa en un diseño transversal con metodología descriptiva y correlacional.

Muestra

Se trabajará con una muestra no probabilística e intencional ($n = 150$) de población general de la ciudad de Mar del Plata. Para la obtención de la muestra se prevé hacer un relevamiento en distintos sectores poblacionales que

incluirá estudiantes de la carrera de Lic. en Psicología de la UNMdP, y personas que desarrollan sus actividades laborales, educativas, deportivas y de recreación en zona céntrica y periférica de la ciudad de Mar del Plata. La muestra admite hombres y mujeres entre 21 y 65 años, fundamentando esta elección del rango de edad en el principio de autonomía de los potenciales consumidores de psicofármacos y en la edad límite comprendida para la vida laboral activa.

En cumplimiento de la Ley Nacional 25.326 de protección de datos personales se garantiza que la información y los datos que se deriven de los análisis realizados se manejarán de manera confidencial. En todos los casos, será condición que los participantes expresen su consentimiento de manera voluntaria.

Instrumentos

- a) Registro de datos socio-demográficos básicos (sexo, edad, nivel de instrucción formal; ocupación) e información específicamente relacionada con el tema de investigación (experiencia de consumo de psicofármacos y utilización de los servicios de salud).
- b) Entrevista semi-estructurada diseñada específicamente para esta investigación con el objetivo de indagar los conocimientos, actitudes y comportamientos referidos a la naturaleza y uso de los psicofármacos.
- c) **Escala PANAS** (Sandín et al., 1999). Listado de adjetivos que describen estados emocionales (Afecto Positivo y Afecto Negativo). El sujeto debe responder en una escala de respuesta tipo Likert con rango de respuesta 1 (nada o casi nada) a 5 (muchísimo), cómo se siente habitualmente respecto a cada uno de los estados propuestos.
- d) **Escalas de Bienestar Psicológico** (Ryff, 1989a, 1989b). Traducción al español Verdinelli, S., & Castañeiras, C. E. (2009). Manuscrito no

publicado. Aporta puntuaciones para seis dimensiones constitutivas del bienestar psicológico: Autoaceptación; Relaciones positivas con otros; Propósito en la vida; Dominio del entorno; Crecimiento personal y Autonomía. El sujeto debe responder en una escala tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo) la opción que mejor describa su experiencia.

Procesamiento de los Datos

Se llevarán a cabo análisis cuantitativos (descriptivos; análisis de correlación y diferencias) y cualitativos (contenidos de las respuestas) de la información obtenida. Se utilizará el sistema operativo Windows Vista y el paquete SPSS.18.0 para el tratamiento estadístico de los datos.

Lugar de realización del trabajo: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cronograma de actividades

è	Bimestre					
	1	2	3	4	5	6
êActividades						
Relevamiento bibliográfico						
Elaboración del marco teórico						
Determinación de la muestra						
Administración del protocolo						

Codificación de las respuestas						
Elaboración de la base de datos e ingreso						
Análisis e Interpretación de resultados						
Redacción del informe final						

Referencias bibliográficas

- Beck, U. (1998) La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad. Buenos Aires, Paidós.
- Ehrenberg, A. (2000) La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Crece fuerte el consumo de una droga para calmar la ansiedad. (2007, Octubre 31). Clarín, p. 33.
- DellaMaggiora, M. (2008, Marzo 20). Tranquilidad artificial. Noticias y Protagonistas. Edición 456. Mar del Plata.
- Galende, E. (2002). Desafíos al psicoanálisis en el siglo XXI. Salud Mental, Sexualidad y Realidad Social. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Gerber, A. (2005, Agosto 14). Aumento del consumo de psicofármacos. Diario La Capital, p. 18.
- Godoy, M.; Fariñas Michelena, B.; Herrera García, A.; González González, M. 2002. "Adicciones Ocultas. Aproximación al consumo de psicofármacos." Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. -España. En http://www.fad.es/sala_lectura/ocultas.pdf (visitado en noviembre 2010).
- Jorge, G. (2005) Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas. La importancia de una derivación temprana. Buenos Aires, Letra Viva.
- Leiderman, E. (2006). "Consumo de psicofármacos en la población general de la Ciudad de Buenos Aires". Revista Vertex, Vol. XVII, Buenos Aires.

- Leiderman, E. (2006) Centro de Investigación en Psicología. Estudio sobre el consumo de psicofármacos, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo.
- Markez, I.; Póo, M.; Romo, N.; Meneses, C.; Gil, E. y Vega A. 2004. "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria", En, Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría N° 91, julio / septiembre 2004. Disponible en <http://www.asoc-aen.es/web/docs/RevAEN91.pdf> (visitado enero 2011).
- Moreno Luna, M.; Clemente Lirola, E.; Piñero Acín, M.; Martínez Matías, M.; Alonso Gómez, F.; Rodríguez Alcalá, F. (2000), "Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos". En, Revista Atención Primaria, No. 08 Volumen 26, España, Ediciones Doyma. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/home.home> (visitado marzo 2011).
- Moizeszowicz, J. (1998). "Psicofarmacología Psicodinamica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas". Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). En el 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo. En Organización Mundial de la Salud (Ed.), Informe sobre la salud en el Mundo (Versión española de Estudios Estadísticos). Madrid: Editor.
- PerezLeiros, C. (2005). "Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)". En Revista Química Viva, Número 2, Año 4, septiembre de 2005. Disponible en <http://www.quimicaviva.qb.fcen.uba.ar/V4n2/leiros.pdf> (visitado en enero de 2011).
- Romo, N. (2005) "La medicalización de los malestares. Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos". Instituto de Estudios de las Mujeres. Universidad de Granada, España. Material de seminario de Doctorado de la FCS-UBA "Género y psicotrópicos".
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. El

consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos. En Observatorio Argentino de Drogas (Ed.), Informe Final. Buenos Aires: Editor.

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

INDICE GENERAL

Agradecimientos.....

Introducción.....

Marco teórico.....

Estudio Empírico.....

Resultados.....

Conclusión.....

Bibliografía.....

Anexos.....

AGRADECIMIENTOS

Al mirar hacia atrás en el tiempo, nos situamos en aquellas primeras reuniones que nos llevaron a pensar el tema de investigación, que hoy es motivo de esta presentación. Con desconcierto sobre como iniciar este proceso tan importante en nuestra formación académica, acudimos a quien considerábamos que era la persona adecuada para canalizar nuestras incertidumbres, nuestros temores y para clarificar el camino a seguir. Es por esto que queremos agradecer en primer término a la Dra. Claudia Castañeiras,

quien con su vocación, su pasión, se comprometió a acompañarnos en este proceso, brindándonos su tiempo, guiándonos, enseñándonos, transfiriéndonos constantemente valores éticos y morales en el ejercicio del rol profesional y humano.

A lo largo de este proceso, son muchas las personas que nos han ayudado a lograr este objetivo, brindándonos su apoyo y contención en momentos en donde reinaba la ansiedad y el nerviosismo.

A Florencia, por habernos abierto las puertas de su casa para nuestras reuniones de trabajo, y por atendernos tan bien en los momentos donde el trabajo se hacía más sustancioso.

A Simón, quien con su llegada a este mundo nos llenó de energías y esperanzas.

Agradecemos a todos los funcionarios y empleados de la Universidad, del Centro Cultural Juan Martín de Pueyrredón, y del Centro de documentación de la Facultad de Psicología de la UNMdP, por su dedicación y contribución a la búsqueda de información.

Al farmacéutico Tomas Zignago, que nos dio su asesoramiento para la confección de la guía de uso adecuado de psicofármacos y nos abrió las puertas de la biblioteca del Colegio de Farmacéuticos para la recolección de información.

A los Dres. Juan Ramos y Eduardo Domínguez, que amablemente nos brindaron asesoramiento para la elaboración del Instrumento.

A los participantes, por su colaboración desinteresada y comprometida por permitirnos contar con sus experiencias (para responder las encuestas).

A nuestros amigos y compañeros de trabajo; todos, en estos momentos expertos en la temática psicofarmacológica.

Al equipo de trabajo de la Imprenta por haber hecho más de 3000 fotocopias en tiempo record.

Al personal técnico de Farmacias López y Farmacia SUMA.

A la Lic. María Cristina Posada, docente adjunta de la Cátedra de Instrumentos de Exploración Psicológica I, por brindarnos el espacio para la administración del grupo de estudiantes en horario de la clase teórica.

A la Mg. Claudia Arias, por su buena predisposición para la corrección de nuestro trabajo.

Por ultimo queremos agradecer a nuestras familias, que sin ellos esto no hubiera sido posible, con su apoyo incondicional, con el amor brindado cada día, fueron el motor para alcanzar este logro, logro que es tanto nuestro como de ellos.

INTRODUCCION

La medicalización puede ser entendida como un fenómeno que en los últimos años se ha convertido en una opción de uso cotidiano que abarca un espectro sumamente amplio de situaciones como respuesta al padecimiento físico y emocional: desde el alivio del malestar, el dolor y el control de estados sintomáticos, hasta convertirse en una alternativa terapéutica efectiva para resolver las más diversas experiencias de sufrimiento y lograr estados de bienestar.

Muchos procesos normales como el nacimiento, la adolescencia, la vejez, la sexualidad, el dolor y la muerte se presentan como patológicos a los cuales se les puede aplicar un remedio para su solución. Al dar una resignificación médica a circunstancias propias del acontecer vital, y de la vida cotidiana, el sujeto no sólo se convierte en un objeto pasible de enfermedad, sino también culpable por padecerla (Carpintero, 2007).

En este sentido, consideramos que el derecho a la información y al conocimiento, respecto de los peligros y beneficios que la tendencia a la medicalización implica, se constituye como uno de los recursos privilegiados con los que cuenta la sociedad en su conjunto para entablar un debate sobre este tema.

Como estudiantes de psicología hemos observado a lo largo de nuestra formación que la disciplina psicológica se ha ocupado mayoritariamente de los aspectos menos adaptativos y más patológicos de la población, y, en cambio,

se han estudiado en menor medida los aspectos más saludables de la misma. De este modo, la elección del tema que se presenta, es el resultado del interés por contribuir a reducir la brecha entre los conocimientos y los comportamientos respecto al uso de psicofármacos.

Comprendimos, luego de prolongados encuentros y debates, que era necesario delimitar nuestro interés para poder abordarlo con mayor especificidad teniendo en cuenta la ausencia de estudios al respecto y la vastedad del tema que nos convocaba, de modo que decidimos enfocarnos – dentro de este universo- a uno de los aspectos que más se aproxima e influye en la práctica psicológica, como es la medicalización de los estados emocionales, es decir la psicofarmacología como fenómeno y su repercusión en la población general.

Este estudio puso su foco en este tema por varias razones: la primera de ellas fue que en los últimos años el uso de psicofármacos ha alcanzado un auge extraordinario; en segundo lugar, la tendencia de la medicina a utilizar la psicofarmacología como prácticamente primer recurso en el tratamiento de las dolencias psíquicas y emocionales; por otra parte, la convergencia de factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica, redefiniendo la salud humana a través de una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante (Carpintero, 2007)

Este estado de cosas nos motivó a pensar que desde la psicología debían generarse aportes para la comprensión de este tipo de fenómenos, con impacto en los modos de intervención sobre las conductas de salud y el ejercicio responsable de la utilización de fármacos en la población. Por lo tanto, un estudio empírico sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población respecto al uso de psicofármacos podría ser un primer paso en este sentido.

Al iniciar esta investigación, no se contaba con antecedentes que aborden esta problemática en la ciudad de Mar del Plata, en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos en relación a la psicofarmacología.

Según datos aportados por el Colegio de Farmacéuticos del Partido de General Pueyrredón, un estudio de 1996 indicaba que el consumo de psicofármacos alcanzaba un 13,80% de las ventas totales de medicamentos. Diez años después el consumo alcanzó el 15,93% del total de las ventas (Della Maggiora, 2008).

Considerando estos datos estadísticos nos preguntamos si el aumento del consumo de psicofármacos 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 en tal caso, cuál es la participación de la información, las actitudes y las prácticas predominantes en la población al respecto.

Entendemos que un trabajo de investigación de estas características tiene como primera misión introducir el debate sobre el tema en la instancia formativa de los psicólogos y proyectar esta posibilidad a la sociedad en su conjunto.

Es por ello que además de realizar un exhaustivo relevamiento bibliográfico se hizo necesario diseñar un estudio empírico para abordar -aún de un modo inicial- este tema con la intención de aportar datos para su utilización en el área de la prevención y promoción de la salud relacionados con el uso racional de psicofármacos.

La presentación seguirá el siguiente orden: el primer capítulo corresponde al marco teórico en el cual se desarrollan el origen y evolución del fenómeno de la medicalización y se exponen los principales antecedentes en el tema. A continuación se presentan los capítulos que forman parte del estudio empírico que hicieron al desarrollo de la investigación propiamente dicho. Por último se presentan las conclusiones de este trabajo, sus alcances y limitaciones, así como los aspectos que serían necesarios considerar en futuros estudios sobre el tema.

MARCO TEORICO

La historia de la farmacología es tan vieja como la de la humanidad. El hombre siempre ha sufrido enfermedades y lesiones y ha generado los medios para combatirlas. Esta dinámica forma parte de las características que ha ido adquiriendo el progreso de la civilización.

Los primeros remedios medicinales que usó el hombre fueron resultado de múltiples factores, uno fue la observación de las actividades de animales salvajes y de los primeros animales domésticos. Por su capacidad de observación el hombre pudo aprender algunas propiedades con efectos terapéuticos de plantas, agua y barro. (Falconer, Gustafson, Patterson y Schram, 1977).

La experimentación con estas sustancias sentó las bases del comienzo de la medicina y su potencia curativa.

Los franceses que descubrieron la clorpromazina, citan a Moreau de Tours; en 1845, este psiquiatra escribió cómo, impactado por los efectos del hachís sobre el psiquismo lo aplicó en enfermos mentales. Faltaba mucho ensayo aún pero estaba seguro que había drogas de la mente y que tenía que ser posible sanar a los locos mediante la química. Para que las sustancias activas de efectos sobre el psiquismo fueran aplicadas como terapéutica para los trastornos mentales, hicieron falta productos menos tóxicos (Bueno, Sabanés, Salvador, Gascón, 1985).

Como describen Goodman & Gilman (1996), fue Henri Laborit (cirujano militar en Bizerte, Túnez) quien luchaba contra el shock operatorio, ese gran trauma de los operados que antiguamente los hacía morir con demasiada frecuencia a causa de las secuelas de una operación muchas veces técnicamente exitosa. Laborit hizo trabajos de farmacología a partir de 1946. Pasando de la teoría a la práctica, probó diferentes métodos y sustancias para combatir ese shock. Como parte de sus estudios administraba a los enfermos medicamentos antihistamínicos. Uno de ellos, la prometazina procuraba en los pacientes la “quietud eufórica”. En París, en el hospital militar del Val-de-Grâce, Laborit elaboró con el anestesiólogo Huguenard “cocktails” que fundaron el método de la “anestesia potencializada”; a partir de aquí, ya se expresaban los efectos característicos del primer psicotrópico, todavía por nacer (Goodman & Gilman, 1996).

El 3 de octubre de 1950 Pierre Koetschet (director científico del laboratorio que proveía la prometazina), redactó un proyecto de investigación tendiente al desarrollo de un nuevo medicamento a partir de la prometazina, a fin de encontrar un producto útil en pre-anestesia, ya previendo una posible aplicación en psiquiatría. Así nació la clorpromazina, que había probado su eficacia en estudios de laboratorio con animales. De este modo, a principios de 1952 se publicó un artículo científico de Laborit, Higenard y Allmaurme, que señalaba los efectos de la clorpromazina en anestesia y la posibilidad de utilizarla en psiquiatría con efecto calmante. Consecuentemente, en el hospital de Santa Ana, en 1952 se anunciaron los efectos de la clorpromazina en pacientes maníacos, melancólicos y esquizofrénicos (Bueno et. al., op. cit.).

Entre 1948 y 1950 se trabajó con la mefenesina, utilizada para aflojar los músculos. De la relajación muscular a la distensión del espíritu no había más que un paso. Se la consideró apta entonces para sosegar a los angustiados sin hacerlos dormir. En este sentido, Kline también trabajó con la iproniazida, utilizada como energizante psíquico apto para sacar a los deprimidos de su postración. Es un antidepresivo que pertenece a la familia de los IMAO (inhibidor de la monoamina oxidasa, una importante enzima del cerebro). En 1948 se comenzó a trabajar con el primer antidepresivo, la imipramina. Paralelamente, en 1949, el australiano John Cade trabajó con sales de litio en animales. Sólo resurgieron en los años '60 y constituyeron la tercera familia, para tratar ciertas depresiones mejor que los otros antidepresivos. Como tenían

efectos secundarios, a veces graves exigían controles médicos específicos y de mayor alcance. Más tarde, en 1958, se descubrieron los tricíclicos para ser suministrados como segundo antidepresivo de elección (Falconer et. al., op. cit.).

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, popularizada como la “droga de la felicidad” (Ehrenberg, 1994).

A partir de la segunda posguerra, los medicamentos psicotrópicos han sufrido grandes transformaciones en cuanto a sus modos de uso y fines terapéuticos, y esto ha impactado no sólo en el mundo de la medicina psiquiátrica sino en la sociedad en general.

En el contexto de tantos años de investigaciones se fue constituyendo una nueva disciplina neurocientífica, la psicofarmacología, dedicada a estudiar las relaciones entre fármacos psicoactivos, el sistema nervioso y el comportamiento (Litter, 1984).

De acuerdo a esta disciplina, los fármacos psicoactivos o psicofármacos son sustancias químicas que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC).

La etimología de la palabra, (del griego psiche, mente y tropeyn, “tornar”) expresa las transformaciones temporales que su consumo acarrea en los estados de ánimo, de conciencia, de percepción y de comportamiento (Litter, op. cit.).

Otra definición indica que los psicofármacos son medicamentos destinados a aliviar, reducir o eliminar síntomas en diferentes situaciones de padecimiento psíquico (Jorge, 2005).

El funcionamiento de este tipo de medicamentos en el organismo se puede describir desde un sustrato neuronal, es decir, las neuronas entran en contacto entre sí mediante neurotransmisores. Los psicofármacos generalmente actúan alterando el proceso de neurotransmisión a nivel sináptico, 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 (SEDRONAR, 2007).

Las drogas ya sean inyectadas directamente en la circulación o bien absorbidas por la vía sanguínea o linfática, llegan a la sangre (plasma) desde donde se distribuyen a los diversos tejidos del organismo. La concentración de la droga en el plasma adquiere importancia capital en relación con el efecto farmacológico (Litter, op. cit.).

Las drogas en el organismo no permanecen indefinidamente, desaparecen por la eliminación química, o sea por transformación metabólica o biotransformación, es decir, por el pasaje de las drogas desde la circulación hacia el exterior del organismo o a conductos en comunicación con el exterior (vías urinarias) a través de los principales órganos de excreción (riñón, pulmón y tubo digestivo), incluida la excreción biliar (Litter, op. cit.).

Los psicofármacos pueden clasificarse, según lo propuesto por Delay y Deniker, como psicolepticos a los fármacos con efecto depresor, psicoanalepticos a aquellos que tienen efecto estimulante y psicodislepticos a los que provocan alucinaciones (Zieher, 1997).

- Psicolepticos: dentro de este grupo se incluyen

Los antipsicóticos (suprimen alucinaciones y delirios): Fenotiazinas, butirofenonas, clozapina, etc.

Los ansiolíticos (disminuyen la ansiedad patológica): Benzodiazepinas (bzd), buspirona.

Los hipnosedantes (inducen sedación y, a medida que aumenta la dosis, hipnosis, inconciencia y coma): Benzodiazepinas, zopiclona, zolpidem, barbitúricos, opiáceos.

- Psicoanalepticos: entre los cuales se encuentran

Los antidepresivos (mejoran el estado de ánimo del paciente deprimido; no actúan en el no deprimido): inhibidores de la monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos, nuevos antidepresivos, de segunda generación y atípicos.

Los psicoestimulantes (producen estimulación psíquica en todos los individuos): anfetaminas, cocaína, cafeína, etc.

- Psicodislépticos (son alucinógenos): ácido lisérgico y otros.

De acuerdo a datos aportados por el Colegio de Farmacéuticos del Partido de General Pueyrredón, la ley 19.303 modificada por la N° 19.678 establece que las drogas psicotrópicas deben prescribirse en un recetario oficializado por el Ministerio de Salud de la Nación para psicotrópicos. Este recetario debe ser completado por el profesional especializado en salud mental, encargado de la evaluación e indicación de psicofármacos.

Una vez que el especialista realiza la evaluación clínica y diagnóstica del paciente, estará en condiciones de determinar si es necesario un tratamiento psicofarmacológico. Este tratamiento deberá ser controlado en el tiempo en función de la evolución de los síntomas y de la respuesta del paciente al tratamiento. En cualquier caso su interrupción y/o finalización así como las modificaciones en las dosis o modo de consumo deberá ser supervisado por el especialista a cargo.

Los únicos lugares habilitados para adquirir este tipo de medicamentos son las farmacias.

El consumo de psicofármacos está muy extendido tanto en aquellos que sufren trastornos mentales, como en un porcentaje cada vez mayor de la población aquejada por malestares psíquicos relacionados con problemas de la vida cotidiana. Por tanto, el conocimiento de los efectos de los psicofármacos sobre el comportamiento es relevante tanto para el consumidor efectivo o potencial de estos fármacos como para los psicólogos en el ejercicio competente de la profesión.

Desde su implantación en los años cincuenta del siglo pasado, el desarrollo de salud mental se sostiene en una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria, la dimensión conflictiva de toda existencia humana y propone al sujeto una comprensión conjunta del malestar psíquico, esto es su participación en el proceso de atención. La consideración del trastorno como enfermedad por parte de la psiquiatría positivista prescinde del sujeto, ignora el conflicto que expresa el síntoma, y se propone suprimirlo a través del medio artificial del medicamento. El ingreso de esta perspectiva, de la utilización de los conocimientos científicos de las neurociencias para la producción de nuevos fármacos, y su utilización ampliada por los psiquiatras, esta determinando una regresión de la psiquiatría a los antiguos criterios del positivismo medico. También por el crecimiento de este consumo se produce un desplazamiento,

una sustitución, desde los criterios de las psicoterapias, la fenomenología y el psicoanálisis (Galende, 2008).

De este modo 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).

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 la esfera de lo social y ejerciendo sobre el individuo nuevas demandas de autocontrol e iniciativa individual, en virtud de lo cual el psicofármaco se integra como herramienta en esa búsqueda de control de sí mismo, en pos de una vida más socializada (SEDRONAR, op.cit.).

Esta pérdida de peso de las instituciones colectivas y el malestar social que ello implica, empujan al sujeto a acentuar los controles sobre sí mismo a fin de ser competente en términos profesionales, sociales y afectivos. El autocontrol 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. Esta batería de

medicamentos cumple la función de luchar contra los síntomas más invalidantes en la sociedad actual (SEDRONAR, op. cit.).

Surge así una oferta cada vez más diversificada de sustancias reguladoras del estilo de vida de notable difusión en los últimos años (las llamadas Lifestyle Medicines), que aluden al nuevo rol que los fármacos cumplen en relación con los estilos de vida, ofreciendo un menú de opciones que promete el logro de 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 más o menos controlada se vuelve el común denominador del uso de los psicofármacos.

En los últimos cinco años, el concepto de Lifestyle Medicines se ha difundido tanto en publicaciones profesionales como en aquéllas de divulgación masiva, particularmente en el exterior, América del Norte y Europa, aunque en nuestro 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 psicofármacos tienen una importancia clave dentro del grupo (SEDRONAR, op. cit.).

Se advierte que el uso de estos medicamentos deja de estar vinculado principalmente con la idea de curación para dar lugar al objetivo de bienestar personal y performance social, lo cual lleva a interrogarse sobre una progresiva banalización de la relación de los individuos con estos fármacos. Cuando hablamos de consumo indebido y de banalización lo hacemos en referencia a la conformación de un espacio de prácticas y representaciones que expresan el pasaje hacia un tipo de consumo compensatorio de insuficiencias personales a fin de volver la vida cotidiana más confortable (SEDRONAR, op. cit.).

Como señalan Milazzo y Perna (2001), en los últimos años la actitud de la población de consumir cualquier producto que le proponga bienestar se ha ido incrementando. Estos autores expresan que el uso de psicofármacos implica diferentes responsabilidades: por parte del especialista, respecto a la prescripción; por parte del paciente, en lo referido a seguir las pautas de tratamiento; y por último, responsabilidades sociales del entorno, por su influencia sobre el individuo.

En su artículo "Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)" Perez Leiros (2005), refiere acerca de la rapidez con la 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 pone en el centro del debate la cuestión del carácter recreativo que adquiere este fenómeno en al menos algunas franjas poblacionales como los adolescentes a través de una “quimicalización de la felicidad”, un concepto que merece ser discutido desde la perspectiva sociológica a la luz de los procesos sociales que lo atraviesan. Asimismo, la autora recomienda que las derivaciones sociales y culturales que este hecho genera en el ámbito urbano tales como la fuerte publicidad y el peso de la industria y comercialización farmacológica no pase desapercibido y forme parte de las investigaciones y abordajes sobre el tema.

Carpintero (2007) señala respecto a este tema:

“Como dice Remo Bodei el yo de la modernidad hecho de acero y cemento se ha transformado en un yo de plástico biodegradable, en un yo *video tape* que se cambia según las circunstancias. En “la era de la dominación de las conciencias” el poder disciplina nuestra subjetividad banalizando la experiencia, allí en un lugar donde el dolor y el conflicto dejan de ser una fuente de energía. Por el contrario, hay que evitarlos. El consumo de bienes, el alcohol, los tranquilizantes, la dependencia de los medios de entretenimiento es lo que ofrece la cultura para que anestesiemos nuestra subjetividad.”

En este sentido la actual evolución de las biotecnologías, las neurociencias, las técnicas médicas y farmacológicas que podrían estar al servicio del bienestar del sujeto son utilizadas como herramientas para inducirlo

a la cultura del sometimiento. Por ello el medicamento que estaba exclusivamente al servicio del “arte de curar” hoy se ofrece como un objeto necesario de consumir para soportar las incertidumbres de un futuro que es vivido como catastrófico (Carpintero, op. cit.).

Un estudio realizado entre enero y septiembre del 2006 por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), indagó en qué marco tenía lugar el proceso de banalización del consumo de medicamentos psicotrópicos, lo que derivó en la necesidad de comprender las cuestiones microsociales específicas de los grupos implicados y su articulación con el contexto macrosocial en el que esto está teniendo lugar. El estudio tuvo, entre otros, los siguientes objetivos: analizar el uso indebido de psicotrópicos en relación a la cuestión de la subjetividad contemporánea, explorar la relación médico-paciente y el proceso y percepción del momento de quiebre entre prescripción y uso indebido, indagar la percepción de riesgo del consumo indebido de psicotrópicos, y analizar las representaciones que circulan en las publicidades de psicotrópicos.

En la Argentina, los psicofármacos representan el 8,8% de los medicamentos vendidos en el país, según los datos aportados por la SEDRONAR durante el trienio 2000-2002 (Estudio Preliminar sobre el Consumo de Psicofármacos a nivel Nacional durante el trienio 2000-2002). Este estudio tuvo como fuente a 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 observa una preponderancia del uso de los tranquilizantes. Por otra parte se puede constatar que si bien en el período en que se llevo a cabo este estudio hubo una disminución en la demanda de medicamentos en general (23,3%), en el caso de los psicofármacos la baja fue menor (16,1%). Desde el punto de vista de la oferta, perspectiva en la cual se sitúa el estudio, estas características indican la 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, es decir, Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (SEDRONAR, op. cit.).

Según el INDEC, cuando se toman en consideración los datos de la Industria Farmacéutica se puede observar una tendencia de crecimiento en la facturación de los medicamentos destinados al SNC (Sistema Nervioso Central) desde el año 2002, sin distinguir entre consumo prescrito o no. Ello resulta significativo puesto que confirma que en los trimestres inmediatamente posteriores a la crisis de 2001, este grupo de medicamentos resultó ser el que mayor crecimiento de facturación evidenció, entre los de más alta facturación en el mismo período (Fuente: INDEC, Información de Prensa “La industria farmacéutica en la Argentina”, primer trimestre 2006) (SEDRONAR, op.cit.).

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 indicando que: en primer lugar, la población femenina muestra mayores índices de consumo en todos los segmentos etarios, siendo particularmente el grupo comprendido entre los 35 a 65 años el de 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, se destaca un 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 más instruida, tal lo evidencian los niveles de consumo del sector con nivel educativo terciario y universitario completos. Asimismo, si bien en ambos sexos el consumo es mayor a medida que aumenta el nivel de instrucción, en los hombres este hecho se observa de una manera más destacada. Por otra parte, el consumo de psicofármacos (tanto de tranquilizantes como estimulantes) es mayor cuanto mayor es el ingreso. Por último, en las zonas de mayor densidad poblacional se constatan mayores niveles de consumo que en las menos pobladas (SEDRONAR, op. cit.).

En síntesis, esta tendencia 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 mayores ingresos y en la población más

instruida. Por otra parte, aunque los tranquilizantes conforman el grupo de mayor consumo, son los estimulantes los que muestran índices más parejos de consumo en ambos sexos (SEDRONAR, op. cit.).

Algunas investigaciones indican que Argentina es el país de América Latina con mayor utilización per cápita de psicofármacos (Gerber, 2005).

De hecho, en nuestro país mediciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) reportaron a comienzos de 2008 que los ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y sedantes habían sido los medicamentos de mayor facturación durante el último trimestre del 2007, y su consumo había representado para los argentinos un gasto de 362 millones de pesos, más del doble que en el año 2003.

De acuerdo a un informe de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), el consumo de Clonazepam aumentó el 20% entre 2004 y 2006, y sigue en aumento (Clarín, 2007, Octubre 31).

La investigación realizada por Eduardo Leiderman en la Universidad de Palermo en el año 2006 sobre el consumo de psicofármacos en la población de la Ciudad de Buenos Aires, alerta acerca del aumento en la extensión del consumo y de las características de la población consumidora en cuanto a percepción de riesgo, accesibilidad e intervención de los profesionales prescriptores. Este estudio reveló que el 15,5% de los residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires consume psicofármacos. A simple vista no parece

un índice preocupante, pero una comparación con otras ciudades del mundo – sin ir más lejos San Pablo (10%)- muestra diferencias considerables en el consumo.

Su trabajo fue realizado en el año 2006, lo cual proporciona valiosos datos relativamente actuales aún considerando que el estudio tiene un alcance local. Leiderman trabajó sobre una muestra aleatoria de 1.777 casos y se planteó una serie de interrogantes acerca de la magnitud del consumo de psicofármacos y sus características en la ciudad. Su trabajo tomó en cuenta tanto a quienes eran consumidores bajo prescripción como a aquellos que se automedicaban. Entre las principales características socio-demográficas se observó un mayor consumo vinculado a la edad, el ser mujer, el tener mayor nivel de instrucción y pertenecer a clase media. Entre los motivos principales para el consumo el autor le otorga una importancia destacada a los efectos de la crisis socioeconómica de la sociedad argentina. Por otra parte, un resultado interesante tiene que ver con los síntomas mencionados por los entrevistados por los cuales se les prescribió algún psicofármaco, estos son, en primer lugar, problemas de sueño; ansiedad en segundo; y, en tercer lugar, depresión.

Se estima que el 20% de los medicamentos se ofrecen por fuera de los circuitos legales de comercialización. Como consecuencia nuestro país está considerado un “subconsumidor” y se encuentra entre los primeros del mundo en el consumo de psicofármacos. Una consulta de la Universidad Maimónides y el Instituto Argentino de Atención Farmacéutica realizado a 3000 pacientes y

400 farmacéuticos muestra que el uso de medicamentos sin control médico adecuado conduce a que 100.000 personas se internen por esta causa en los hospitales públicos y más de 770 terminen muriendo. En EE.UU. este hecho se ha transformado en la tercera causa de muerte (Carpintero, op.cit.).

La comparación con otros países muestra que una de cada seis personas en la ciudad de Buenos Aires consume ese tipo de fármacos. Así se ve que en Canadá, el consumo no supera el 7%, y que en Francia llega al 9,1%. (Leiderman, 2006).

Según los resultados de la investigación dirigida por Leiderman (2006), se observan otros indicadores: el 84,3% consumen tranquilizantes; el 80% solo toma un psicofármaco, el 19% toma 2 por día y el 1% toma 3 o más psicofármacos por día; el 78% dijo recurrir a ellos porque les resultaba indispensable para sentirse bien; el 41,8% reconoció su consumo para poder dormir, el 33,6% para disminuir la ansiedad y el 17,5% para tratar su depresión; al 69,4% se los prescribió un médico, al 30,6% un profesional no médico, un farmacéutico, un familiar o un conocido. Otros se automedicaban; los médicos que los recomendaron eran psiquiatras (50%), clínicos (36%), neurólogos (5,3%) y cardiólogos (2,8%); el 59% de los entrevistados en este estudio que informaron consumir psicofármacos, dijo que no podía dejar de tomarlos (Leiderman, op.cit.).

En Mar del Plata, según cifras aportadas por el Colegio de Farmacéuticos del Partido de General Pueyrredon, un estudio de 1996 indicaba que el consumo de psicofármacos alcanzaba un 13,80% de las ventas totales de medicamentos. Diez años después el consumo alcanzó el 15,93% del total de las ventas (Della Maggiora, 2008).

Creemos importante considerar que si bien como describen algunas investigaciones, la crisis socioeconómica de la Argentina de los últimos años resulta un factor importante a considerar al momento de estudiar el creciente consumo de psicofármacos, la comprensión de este fenómeno requiere un análisis más amplio que incluya otras características propias de un clima de época que trasciende fronteras y se instala como imaginario de estilo de vida en su conjunto. Esto no supone minimizar las especificidades locales sino más bien complejizar la cuestión tomando en cuenta las dimensiones globales y particulares que participan en el proceso (Arizaga, 2008).

Como plantea Galende (2008), si queremos comprender esta expansión de la medicalización, sus efectos sobre lo que constituyen las propuestas de salud mental, la tentación por el remedio rápido y este fenómeno de desubjetivación, debemos interrogar básicamente a la nueva producción cultural; mas allá de la responsabilidad de los psiquiatras, es congruente con ciertos significados y valores de la sociedad de consumo y de la cultura que acompaña.

Tradicionalmente la Psicología se ha orientado hacia el estudio y comprensión de las patologías y las enfermedades mentales, logrando un cuerpo de conocimientos que ha permitido generar teorías acerca del funcionamiento mental humano y desarrollar nuevas terapias farmacológicas y psicológicas para la enfermedad mental, logrando importantes avances en materia de salud mental. Seligman y Csikszentmihalyi (2000), postulan que este gran énfasis de la psicología clásica en la enfermedad la ha hecho descuidar los aspectos positivos, tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorando las consecuencias favorables que presentan para las personas. En este sentido, la Psicología Positiva trabaja con el objetivo de investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en el bienestar, la calidad de vida de las personas y en las sociedades en que viven. (Cuadra & Florenzano, 2003).

Para cumplir estos objetivos se hace necesario abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora bajo la cual el individuo se concibe como un agente activo que construye su propia realidad (Prada, 2005).

Como venimos observando a lo largo de la presente investigación, la expansión de la medicalización esta fuertemente vinculada a la búsqueda de bienestar, actualmente vehiculizada mediante la identificación con valores culturales que el mercado de consumo impone: el confort, la imagen, la evitación de conflictos, las autoexigencias por ser competentes a nivel profesional, social, afectivo y la búsqueda de satisfacción inmediata impulsan al

sujeto a recurrir a soluciones rápidas, halladas en los psicofármacos, que actúan aliviando y silenciando los afectos que acompañan al conflicto, en tanto impiden al sujeto actuar con conciencia sobre las contradicciones de sus deseos o de su realidad. (Galende, op. cit.)

Respecto a esto, cobra importancia lo que plantea Csikszentmihalyi (1999) en su Teoría del Flujo, en la cual explica que el bienestar estaría en la actividad humana en sí y no en la satisfacción o logro de la meta final. La actividad o el comportamiento, es decir, lo que el individuo hace, produce un sentimiento especial de flujo. La actividad que produce dicho sentimiento, es lo que se refiere al descubrimiento permanente y constante que está haciendo el individuo de lo que significa “vivir”, donde va expresando su propia singularidad y al mismo tiempo va reconociendo y experimentando –en diferentes grados de conciencia- la complejidad del mundo en que vive. (Cuadra et al., 2003).

Algunos antecedentes de investigación a nivel internacional en relación al tema que nos ocupa, hacen referencia a que son las mujeres quienes consumen más psicofármacos o, en todo caso, quienes permanecen más tiempo en tratamiento psicofarmacológico.

Una investigación realizada en España por el Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas relevó importantes aspectos a tener en cuenta en las investigaciones sobre el consumo abusivo de psicofármacos referidos a la incidencia de factores emocionales como parte de la problemática femenina de consumo, básicamente en la comprensión de este fenómeno en mujeres

mayores de 35 años (Godoy, Fariñas Michelena, Herrera García, González González, 2002).

Lo cierto es que muchas personas consumen psicofármacos con o sin prescripción médica, hecho que ya fue alertado por la ONU en 1988. Estudios realizados en Reino Unido demuestran que una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres consumen algún tipo de tranquilizantes en algún momento del año y, que aproximadamente uno de cada cuarenta adultos lo toman a diario (Haddon, 1985). Se trata de una clase de medicación ampliamente utilizada en el mundo civilizado.

La Dra. Rodríguez San Julián (1999), quien ha trabajado en España desde las perspectivas de género el tema del consumo de drogas y su impacto, expresa que las representaciones sociales sobre los psicofármacos constituyen una parte sustancial para entender cómo las sociedades conviven con estas sustancias y los diferentes tipos de consumo.

La Encuesta Nacional de Salud de Madrid, realizada en 1998, destaca que las mujeres españolas a partir de los 46 años toman casi cuatro veces más tranquilizantes que los hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 1998).

Los resultados de este estudio reflejan que las mujeres casadas, amas de casa y mayores de 45 años son las más propensas al abuso en el consumo de psicofármacos. Un alto porcentaje de mujeres consumen habitualmente

psicofármacos desde hace un año o más, lo que representa el 54,2% de la muestra femenina, pudiendo crecer esta cifra teniendo a la vista que otro 23,9% de las mujeres encuestadas consumen psicofármacos desde hace menos de un año.

Casi el 50% de las mujeres encuestadas han manifestado que sus vidas han cambiado como consecuencia del consumo de psicofármacos: pasan menos tiempo con familiares y amigos, han abandonado actividades que hacían antes, salen menos de su casa, tienden al aislamiento, soledad y apatía, aumentan los cambios de humor, problemas de memoria, apetito y concentración entre los aspectos funcionales los más afectados (Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, op. cit.).

Un artículo publicado en Revista AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría), "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria" (Markez et al., 2004), afirma que las mujeres tienen mayores posibilidades de recibir indicación de psicofármacos que los varones, y muestra también que son muy escasos los estudios que se proponen buscar explicaciones sobre el uso diferencial de psicofármacos en función del género.

Continuando en esta dirección, 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:

las mujeres jóvenes articulan su discurso en torno a la ansiedad, las de mediana edad en torno al estrés y las de mayor edad a la depresión. La principal conclusión del artículo se acerca a la línea de análisis del estudio de Markez sustentando la mayor exposición femenina a la prescripción de psicofármacos en la visión médica construida socialmente sobre las mujeres como un grupo de riesgo notablemente distinto al caso masculino.

Teniendo en cuenta los antecedentes de investigación relacionados con la temática de psicofármacos se puede observar que las principales causas del consumo de los mismos están vinculadas a los trastornos mentales prevalentes en la actualidad en la población mundial.

Sin embargo y a pesar del acceso creciente y masivo al consumo de psicofármacos, esto no necesariamente ha mejorado la calidad de vida y salud en la población.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), los estados de ansiedad, la depresión y el estrés son situaciones clínicas que comprometen trastornos mentales significativamente prevalentes en la actualidad en la población mundial, con estimaciones del orden del 12% sobre el total de enfermedades (OMS, 2007).

Los estudios de la OMS indican que la depresión ocupará hacia el año 2020 el segundo lugar en morbilidad después de las cardiopatías isquémicas, un dato que ya resulta vigente diez años antes. De hecho, actualmente

121.000.000 de personas en el mundo alcanzan niveles clínicos de depresión (OMS, op.cit.).

De acuerdo a estos datos los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son las patologías mentales o trastornos de mayor frecuencia de consulta en la actualidad, y se encuentran dentro de las demandas para las cuales se prescriben la mayoría de las terapias farmacológicas.

En este contexto, el estudio empírico que se presenta surge del interés por investigar cuales son las características de este fenómeno tan frecuente en la población. Asimismo, la investigación tuvo por objetivo indagar y evaluar los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la naturaleza y alcance de la psicofarmacología para la salud de la población en la ciudad de Mar del Plata y estudiar la influencia de los propios estados emocionales sobre la experiencia psicofarmacológica, con el propósito de disponer de información sistemática y local que permita una mayor y mejor comprensión al respecto.

Consideramos que los resultados de este estudio empírico pueden constituir un avance para la comprensión de un fenómeno que impacta sobre la calidad de vida y la salud de la población; ser un aporte que haga visible la problemática y promueva su debate en la sociedad en su conjunto con capacidad de transferencia en actividades y acciones destinadas a la prevención y promoción, estimulando la concientización y el uso racional de los psicofármacos.

ESTUDIO EMPIRICO

Se presenta a continuación la estructura del estudio empírico realizado. La información se organizará en función de los objetivos de la investigación, que estuvieron dirigidos a explorar y analizar los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con el uso de psicofármacos en la ciudad de Mar del Plata.

Objetivo General

Conocer la información, actitudes y comportamientos acerca de la Psicofarmacología y su influencia sobre la frecuencia de uso de psicofármacos en población general.

Objetivos específicos

1. Evaluar el conocimiento disponible sobre psicofarmacología en la muestra bajo estudio.
2. Analizar las actitudes y opiniones sobre el uso de psicofármacos para los problemas emocionales.
3. Describir los comportamientos relacionados con el uso de psicofármacos.
4. Estudiar las relaciones entre el conocimiento disponible, las actitudes/opiniones y los comportamientos referidos a la frecuencia de uso de psicofármacos en población general.
5. Evaluar el efecto diferencial de los estados emocionales autoinformados (afecto positivo, afecto negativo, bienestar psicológico) sobre las variables analizadas.
6. Estudiar la presencia de diferencias en las variables investigadas (conocimientos, actitudes/opiniones y comportamientos) en función del sexo, la edad y el nivel de instrucción.
7. Diseñar una guía informativa para la población general sobre el uso racional de psicofármacos.

Material y Método

Se realizó un estudio basado en un diseño transversal con metodología descriptiva y correlacional.

Muestra

Participaron en el estudio 150 adultos de población general de la ciudad de Mar del Plata (32% hombres; 68% mujeres). La edad ($Me=32,7$; $DS=10,5$) se distribuyó de la siguiente manera según criterio percentilar: de 21 a 24 años (29,3%), de 25 a 37 años (43,3%) y de 38 a 65 años (27,3%). El 75,3% de los participantes alcanzaba nivel formal de instrucción superior (terciario / universitario). El 61,3% informó estar en una relación afectiva estable (noviazgo, convivencia en pareja, casado) y el 30,7% solteros.

Otros datos que se indagaron como línea base para la participación en el estudio fueron: a) calidad de vida percibida y b) estado de salud percibido. En un 66% la calidad de vida fue valorada como satisfactoria y en un 54% de los casos la misma valoración se atribuyó a su estado de salud actual.

Si bien se trabajó sobre una muestra no probabilística, para la recolección de los datos se realizó un relevamiento en distintos sectores poblacionales tratando de lograr una muestra inclusiva de la diversidad propia de la ciudad. De esta manera se convocó a personas que desarrollan sus actividades laborales, educativas, deportivas y de recreación tanto en zonas céntricas como periféricas de la ciudad de Mar del Plata.

Instrumentos.:

Se aplicó el siguiente protocolo:

- a) Registro de datos socio-demográficos básicos (sexo, edad, nivel de instrucción formal; estado civil y de convivencia; ocupación) e información específicamente relacionada con el tema de investigación (experiencias de tratamientos psicológico/psiquiátricos y consumo de psicofármacos; valoración de la propia calidad de vida y del estado de salud).
- b) Entrevista semi-estructurada diseñada específicamente para esta investigación con el fin de Indagar de un modo sistemático el tipo y grado de conocimientos (información disponible) sobre la naturaleza y el uso de los psicofármacos, y opiniones, actitudes, experiencia y comportamientos personales referidos al uso y consumo de esta clase de medicamentos. Incluye un total de 33 preguntas que combinan opciones de respuestas abiertas, de opción múltiple y Escala Likert en un formato cuanti-cualitativo.

Para la elaboración de la entrevista se generaron inicialmente 140 ítems y a través de sucesivas fases de depuración y asesoramiento experto se definió la versión final de 33 ítems que se aplicó en este instrumento, constituido en tres bloques que permitieran indagar el conocimiento

(compuesto por 11 ítems), las actitudes/opiniones (13 ítems) y el comportamiento de los entrevistados respecto de los psicofármacos (9 ítems). Se contó en esta etapa con el asesoramiento del Dr. Juan Ramos (medico clínico), el Dr. Eduardo Dominguez (medico) y el Farmacéutico Tomas Zignago.

- c) Escala PANAS (Sandín et al., 1999). Consta de un listado de 20 adjetivos que describen estados emocionales positivos y negativos. El sujeto debe responder cómo se siente habitualmente respecto a cada descriptor en una escala de respuesta tipo Likert con rango de respuesta 1 (nada o casi nada) a 5 (muchísimo). Aporta dos medidas independientes de Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN) respectivamente.

- d) Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a, 1989b). Versión para la adaptación argentina (Verdinelli & Castañeiras, 2009). Manuscrito no publicado. Aporta puntuaciones para 6 dimensiones constitutivas del bienestar psicológico: Autoaceptación; Relaciones positivas con otros; Propósito en la vida; Dominio del entorno; Crecimiento personal y Autonomía. El sujeto debe responder en una escala tipo Likert que va de 1= totalmente en desacuerdo a 6 = totalmente de acuerdo la opción que mejor describa su experiencia para cada uno de los reactivos propuestos.

En el caso de los estudiantes de Psicología se gestionaron las autorizaciones correspondientes para la administración colectiva a los 50 estudiantes en transición entre el ciclo básico y el profesional de sus trayectorias académicas. Previamente se llevo a cabo un contacto con la docente a cargo de la Asignatura Instrumentos de Exploración Psicológica I con el fin de presentar formalmente el proyecto de investigación y de acordar día y horario posible para la administración de los protocolos.

Los restantes 100 participantes provenientes de distintos sectores de actividad productiva y ocupacional de la ciudad fueron entrevistados de manera individual.

Antes de comenzar con la administración propiamente dicha se realizó una prueba piloto para evaluar la comprensibilidad y aplicabilidad del instrumento diseñado. Luego de estas pruebas se realizaron los ajustes de forma y de contenido necesarios para su aplicación, consistentes en: mejorar la redacción de las preguntas para que las mismas fueran comprensibles a todos los niveles de instrucción y tener en cuenta el tiempo que le demandaría al sujeto completar el instrumento para organizar la administración. Asimismo, se hicieron modificaciones en la redacción del consentimiento informado y se agregó un ítem adicional abierto para que los entrevistados pudieran incluir algún otro comentario y/u observación sobre el tema que consideraran necesario.

En el resto de población general el protocolo se administró en forma individual, anónima y bajo consentimiento informado en un único encuentro de aproximadamente 40 minutos de duración.

Se adjunta un ejemplar del protocolo aplicado en el Anexo I.

Procesamiento de los Datos

Se llevaron a cabo análisis cuantitativos (descriptivos; análisis de correlación y diferencias) y cualitativos (análisis de contenido) de la información obtenida. Se utilizó el sistema operativo Windows Vista y el paquete SPSS.18.0 para el tratamiento estadístico de los datos.

RESULTADOS

Se aplicó un procedimiento combinado de análisis cuantitativo y cualitativo en función de la naturaleza de las respuestas.

Se realizaron en primer lugar los análisis de manera discriminada para el grupo de estudiantes de la carrera de Psicología bajo la presunción de un perfil diferente en relación a las variables analizadas, pero este grupo no presentó una tendencia significativamente diferente al del resto de la población general entrevistada a pesar de estar cursando una carrera que incluye en su formación contenidos sustantivos relacionados con la salud mental. Al momento de la participación en el estudio los estudiantes de psicología se encontraban cursando tercer año de la carrera, año de inflexión y pasaje hacia el ciclo profesional.

Por este motivo los análisis que se presentan a continuación tomaron a la muestra en su conjunto.

Otra aclaración necesaria de inicio alude a que la mayoría de los ítems indagados admitían la posibilidad de más de una respuesta simultáneamente (por ejemplo, acerca de las fuentes de acceso a la información los sujetos podían considerar más de una opción) y a su vez la estructura de la entrevista incluía un árbol de decisión que guiaba la secuencia de respuestas. Por lo tanto

los porcentajes relativos consignados en cada caso responden a esta doble condición.

Se analizaron en primer lugar las preguntas de línea base respecto a las características muestrales en relación a la experiencia y conocimiento sobre el tema.

Es interesante observar que prácticamente la mitad de la muestra (50,7%) dice haber hecho psicoterapia alguna vez y/o a necesitado en algún momento de su vida pedir ayuda psiquiátrica o psicológica (49,3%). Otro dato consignado es que en el último año un 22,7% ha estado o al momento de la participación en el estudio estaba en psicoterapia y/o consulta psiquiátrica.

En la Tabla 1 se presentan las respuestas sobre la valoración del nivel de información disponible sobre el tema.

Tabla 1: Distribución porcentual de respuestas en función del nivel de información declarado sobre el conocimiento de los psicofármacos.

Nivel de información	Muy bueno o suficiente	Bueno	Regular	Insuficiente
	3,3,%	20%	52%	24,7%

Como puede observarse si bien una importante proporción de la muestra manifestó tener experiencia y conocimiento sobre los psicofármacos este dato no se refleja en la valoración de suficiencia y calidad de la información disponible.

A continuación se expondrán los análisis y resultados obtenidos para los objetivos específicos propuestos.

Objetivo 1. Indagar el conocimiento disponible sobre psicofarmacología en la muestra bajo estudio.

Se evaluaron las preguntas-criterio seleccionadas para el módulo de conocimientos declarados, entendido como información disponible sobre el uso y consumo de psicofármacos.

Respecto a la información sobre psicofármacos el 66% de la muestra dio una respuesta afirmativa, si bien hubo variaciones en el contenido de dichas respuestas.

En primer lugar se analizó la fuente de acceso al conocimiento sobre psicofármacos en la muestra bajo estudio. Del 34% de la muestra que informó tener algún tipo de experiencia con los psicofármacos: el 22% fue por consumo personal; el 18,9% por conocer a alguien que consume y/o consumió psicofármacos y en un porcentaje residual (7,4%) a través de los medios de comunicación.

Con el propósito de lograr mayor claridad en la presentación, se incluyen los porcentajes (%) y diferencias correspondientes en función del criterio de respuesta correcta.

Se agruparon las preguntas correspondientes a este apartado en 5 categorías básicas según los contenidos indagados: a) **naturaleza del psicofármaco** (¿qué es un psicofármaco?); b) **identificación del profesional experto para su manejo** (¿qué profesional tiene a su cargo su indicación?); c) **razones y objetivos de su indicación terapéutica** (¿para qué se usa un psicofármaco?); d) **contraindicaciones** y, e) **accesibilidad al fármaco** (¿cómo y dónde se adquiere?).

En cuanto a la prescripción de psicofármacos, prácticamente la totalidad de los sujetos que dijeron tener conocimiento sobre el tema, indicaron que el profesional adecuado para su prescripción es el psiquiatra (94,7%), en segundo lugar el médico clínico (26,7%), y en una porcentaje significativamente menor lo atribuyeron a cualquier especialidad médica (4,7%) y al psicólogo como profesional idóneo (1,3%).

Posteriormente se evaluó en qué medida la experiencia de consumo era una variable sensible para discriminar la calidad del conocimiento sobre los psicofármacos. A continuación se presentan los porcentajes por frecuencia de respuesta y aquellos casos en los que se hallaron asociaciones estadísticamente significativas (prueba χ^2) en función de este criterio.

Tabla 2: Distribución porcentual conocimiento psicofármacos en función del consumo

Preguntas-criterio*	Consume (n=33)	No consume (n=117)
---------------------	-------------------	-----------------------

<i>¿Qué es un psicofármaco?</i>	80,6%	62,4%
<i>¿A qué profesional le corresponde prescribirlo?</i>	90,3%	95,7%
<i>¿Para qué se usa un psicofármaco?</i>	93,5%	86,3%
<i>Contraindicaciones:</i>		
<i>¿Tiene contraindicaciones el uso de psicofármacos?</i>	48,4%	47,0%
<i>¿Los psicofármacos son de venta libre?</i>	93,5%	82,9%

*sólo se informan el porcentaje de respuestas correctas

Como puede observarse en la Tabla 2, un 22% de la muestra informó consumir o haber consumido psicofármacos. Sólo se observa una mayor diferencia porcentual con significación estadística en la categoría naturaleza del psicofármaco (¿qué es?) en función de la experiencia directa de consumo ($\chi^2 = 3,65$; $p < 0,05$). En los demás reactivos, la tendencia de respuestas correctas también se mantiene superior en el grupo de consumo de psicofármacos, a excepción de la pregunta referida al profesional indicado para su prescripción en la cual esta tendencia se invierte. Probablemente en este caso la falta de homogeneidad en cuanto a los procedimientos de prescripción profesional genere un efecto como el observado. Es decir, en muchos casos la indicación de psicofármacos es realizada por otros profesionales de la salud como médicos generalistas, o de otras especialidades e incluso hasta por parte de otros agentes sociales que estimulan y/o facilitan su consumo. Estos datos

sugieren que la experiencia de consumo tiende a asociarse con una información más adecuada respecto del uso racional de psicofármacos.

Posteriormente y como parte de este primer objetivo, se analizó el contenido de las respuestas dadas a la pregunta ¿Qué es un psicofármaco? y se realizaron sucesivas clasificaciones en función de la naturaleza de la respuesta. En la Tabla 3 se presentan las categorías resultantes.

Tabla 3: ¿Tiene información sobre que es un psicofármaco? (n=97)

Medicamento que actúa sobre el SNC	29 (29,89%)
Droga para tratamiento de enfermedades psíquicas	24 (24,74%)
Medicamento para personas con alteración de sueño, depresión, ansiedad y estrés	22 (22,68%)
Droga para estabilizar o modificar la personalidad o las emociones	18 (18,55%)
Droga para complementar tratamiento psicológico	4 (4,12%)

Todas las respuestas dadas por el grupo de personas que informaron tener conocimientos sobre psicofármacos resultaron correctas teniendo en cuenta un criterio amplio al respecto. Básicamente las respuestas se organizaron en función de dos tipos de conocimientos. En primer lugar y mayoritariamente dieron cuenta de la naturaleza y el objetivo de la indicación de

los psicofármacos (un 65,97% se refirieron), es decir, aludieron a que los psicofármacos son drogas que se utilizan para tratar enfermedades psíquicas en general o problemas emocionales como ansiedad y depresión. En segundo lugar, en términos de frecuencia se identificaron respuestas referidas al principio activo de los psicofármacos. Sólo unos pocos sujetos consideraron que los psicofármacos se utilizan como complemento del tratamiento psicológico.

Objetivo 2. Analizar las actitudes y opiniones sobre la utilización de psicofármacos para los problemas emocionales.

Cabe destacar que en relación a los ítems que indagaban actitudes y opiniones sobre los psicofármacos fue elevada la frecuencia de respuestas que indicaban la falta de una opinión formada al respecto o de una actitud clara sobre el tema. De todas maneras un 31,3% de la muestra consideró que no es necesario consumir psicofármacos. Esta tendencia se mantuvo en los ítems analizados (Ver Tabla 4).

Tabla 4: Distribución porcentual opiniones y actitudes acerca del uso de psicofármacos

	SI	NO SABE	NO
¿Es necesario consumir psicofármacos?	51 (34%)	52 (34,7%)	47 (31,3%)
¿Cualquier persona puede ser medicada con psicofármacos?	5 (3,3%)	74 (49,3%)	71 (47,3%)
¿Los psicofármacos tienen contraindicaciones?	72 (48%)	76 (50,7%)	2 (1,3%)

¿Los psicofármacos son de venta libre?	3 (2%)	19 (12,7%)	128 (85,3%)
¿Las mujeres embarazadas pueden tomar psicofármacos?	4 (2,7%)	61 (40,7%)	85 (56,7%)
¿Usted considera que los psicofármacos generan dependencia?	102 (68%)	38 (25,3%)	10 (6,7%)

En relación a las contraindicaciones referidas, en la Tabla 5 se presentan los temas y frecuencias de respuestas atribuidas por los sujetos.

Tabla 5: ¿Cuáles son las contraindicaciones para el consumo de psicofármacos? (n=72)

Embarazo	16 (22,22%)
No sabe	15 (20,83%)
Efectos secundarios no deseados	14 (19,44%)
Alcohol	11 (15,27%)
Dependencia	6 (8,33%)
Enfermedades	4 (5,55%)

Actividades que requieren estado de alerta	4 (5,55%)
Etapa vital	2 (2,77%)

No obstante y aunque en un porcentaje residual hubo sujetos que consideraron que no existen contraindicaciones para el consumo de este tipo de medicamentos. Sólo en casos específicos como el embarazo un 56,7% (Tabla 4) informó que estaban contraindicados los psicofármacos, pero también en una proporción similar (40,7%) carecían de criterio para poder opinar sobre esta situación particular.

El 68% manifestó que los psicofármacos generan dependencia y una proporción no menor (25,3%) indicó no saberlo.

En cuanto a las razones por las cuales los sujetos justificaron que los psicofármacos no son de venta libre, en la Tabla 6 se exponen discriminadamente las respuestas:

Tabla 6: ¿Por qué los psicofármacos no son de venta libre? (n=130)

Porque requieren recetas emitidas por profesionales	108 (83,07%)
Por ser peligrosos para la salud	13 (10%)
Por su carácter adictivo	6 (4,61%)
Porque deben ser controlados y regulados por ley	3 (2,30%)

--	--

Complementariamente para el grupo de sujetos que indicó que los psicofármacos no son de venta libre se preguntó sobre los modos para su obtención. Las respuestas a este ítem fueron en su totalidad referidas a la necesidad de contar con recetas médicas para su compra en farmacias (n= 101, 77,69%) y mediante la consulta y diagnóstico del profesional (n= 29, 22,30%).

En el caso de una respuesta afirmativa a la necesidad de consumo de psicofármacos se indagó cuáles eran las situaciones para las que se consideraba necesario. En la Tabla 5a-5b y 6a-6b se presentan las respuestas clasificadas para la indicación de psicofármacos y los respectivos porcentajes. En el caso de la Tabla 6b se señala el número de respuestas informadas, teniendo en cuenta que el ítem ofrecía la posibilidad de opción múltiple.

Tabla 5a: ¿En que casos una persona puede ser medicada con psicofármacos? (n=63)

Por indicación del profesional	24 (36,36%)
--------------------------------	-------------

Como complemento de psicoterapia	4 (6,34%)
En una situación crítica y extrema	17 (26,98%)
Por trastornos de ansiedad, depresión, estrés y trastornos del sueño	6 (9,52%)
Como tratamiento de otros trastornos psíquicos	12 (19,04%)

Tabla 5b: ¿De que depende que una persona pueda ser medicada con psicofármacos? (n=63)

Del diagnóstico profesional	31 (49,20%)
De la patología y los síntomas	14 (22,22%)
Aspectos físicos, orgánicos y fisiológicos	10 (15,87%)
Del contexto social	8 (12,69%)

Tabla 6a: ¿En que situaciones es necesario tomar psicofármacos? (n=55)

En situaciones de impulsividad, desborde o crisis	15 (27,27%)
De acuerdo a criterio profesional	14 (25,45%)
Por trastornos de ansiedad, depresión, estrés y trastornos del sueño	9 (16,36%)
Por otros trastornos psíquicos	7 (12,72%)
Cuando no haya solución por otros medios	6 (10,90%)
Como complemento de psicoterapia	4 (7,27%)

Tabla 6b: ¿Para qué tipo de situaciones clínicas se recetan psicofármacos? (n=257)

Problemas emocionales	131 (87,3%)
Malestar emocional	70 (46,7%)
Tensión muscular	12 (8%)
Contracturas	8 (5,3%)
Problemas articulares	8 (5,3%)
No sabe	9 (6%)
Para cualquier situación	4 (2,7%)
Otra	15 (10%)

Otro dato lo reflejan las respuestas referidas a los motivos del consumo de psicofármacos (Tabla 7). Cabe aclarar que se consigna el número total de respuestas informadas (n=361), en virtud de tratarse de un ítem que ofrecía más de una opción disponible.

Tabla 7: Distribución porcentual por motivos de consumo de psicofármacos (n=361)

Porque se los ha recomendado el médico	114 (31,58%)
Porque tienen algún trastorno mental	79 (21,9%)
Porque no se sienten bien	67 (18,6%)
Porque se los ha recomendado un amigo	42 (11,63%)
Porque están enfermas	30 (8,3%)
Porque esta de moda	29 (8,03%)

--	--

También se indagaron en la población los efectos percibidos del uso de psicofármacos. En la Tabla 8 se observan los datos analizados.

Tabla 8: Distribución porcentual por efectos psicofármacos

	SI	NO SABE	NO
Tomar psicofármacos ¿puede afectar negativamente las actividades cotidianas?	77 (51,3%)	55 (36,7)	18 (12%)
El consumo de psicofármacos ¿influye en la vida sexual?	28 (18,7%)	105 (70%)	17 (11,3%)
Consumir psicofármacos ¿puede mejorar la vida de las personas?	89 (59,3%)	44 (29,3%)	17 (11,3%)
En los últimos años ¿es mayor el consumo de psicofármacos?	99 (66%)	48 (32%)	3 (2%)

Sigue siendo marcada la frecuencia de respuestas que se ubican en la opción NO SABE, lo que por un lado indica una importante proporción de respuestas de opinión basadas en el desconocimiento sobre el tema. Esta no es una cuestión menor si se tiene en cuenta el impacto que la percepción y creencias de las personas tienen sobre temas que modulan sus conductas de salud.

Al indagar estos aspectos de un modo más cualitativo se obtuvo la siguiente tendencia de respuestas sobre los efectos –negativos y positivos- de los psicofármacos en la vida de las personas:

Tabla 9a: ¿Por qué tomar psicofármacos puede afectar negativamente las actividades cotidianas? (n=78)

Porque afectan los procesos cognitivos y los procesos motrices	33 (42,30%)
Por la alteración de conducta, estados de animo y cambios de hábitos que producen	33 (42,30%)
Porque producen dependencia	11 (14,10%)
Por los prejuicios que se relacionan con este tema	1 (1,28%)

Tabla 9b: ¿De que manera el consumo de psicofármacos influye en la vida sexual? (n=27)

Produciendo disfunción sexual, disminución del deseo, problemas de erección	23 (85,18%)
Afectando la libido	2 (7,41%)
Retardando la eyaculación	2 (7,41%)

Tabla 9c: ¿De que manera consumir psicofármacos puede mejorar la vida de las personas? (n=90)

Generando estabilidad emocional	24 (26,66%)
Aliviando padecimientos	40 (44,44%)
Ayudando a afrontar situaciones	21 (23,33%)
Complementando la psicoterapia	5 (5,55%)

Particularmente es interesante que el 66% de la muestra opinó que en los últimos años se ha incrementado el consumo de psicofármacos. Estos datos

parecen avalar la hipótesis acerca del fenómeno de la medicalización de los estados emocionales que ha sido eje organizador de este estudio empírico.

También se analizaron las razones atribuidas sobre una percepción de mayor consumo de psicofármacos en los últimos años. En la Tabla 10 se presentan diferenciadas las respuestas.

Tabla 10: ¿Por qué cree usted que en los últimos años es mayor el consumo de psicofármacos? (n=98)

Por las condiciones sociales, económicas y por la inseguridad	46 (46,93%)
Por el malestar emocional (estrés, ansiedad, depresión, etc.)	24 (24,50%)
Por la influencia de los medios de comunicación	10 (10,20%)
Porque la gente se automedica	7 (7,14%)
Por la búsqueda de soluciones rápidas y fáciles	6 (6,12%)
Por la tendencia a la medicalización por parte de los profesionales	5 (5,10%)

Es evidente que las personas forman opinión y generan modos de comprender la experiencia en los entornos y contextos donde viven. En este sentido se observa una atribución multicausal referida a un mayor consumo de psicofármacos que, en principio, es inclusiva respecto tanto a razones del contexto (condiciones sociales, económicas, etc.) y a la influencia social como a variables internas de malestar emocional y búsqueda de soluciones.

Finalmente para este objetivo se exploró si los sujetos consideran que es necesario contar con información sobre este tema o es suficiente la que está disponible. En la Tabla 11 se exponen los datos obtenidos.

Tabla 11: Distribución porcentual necesidad o suficiencia de información sobre psicofármacos

	SI	NO SABE	NO
¿Considera necesario que las personas tengan información sobre el uso de psicofármacos?	144 (96%)	3 (2%)	3 (2%)
¿Le parece que se cuenta con suficiente información al respecto en la población?	8 (5,3%)	25 (16,7%)	117 (78%)

Como se puede observar hay una clara valoración respecto a la insuficiente información sobre este tema en la población y a la necesidad de proporcionar elementos que faciliten el acceso al conocimiento y que permita un consumo racional de este tipo de medicamentos.

Objetivo 3. Describir la experiencia/comportamientos relacionados con el uso de psicofármacos.

En cuanto a este apartado se observaron las siguientes características: el 26% de la muestra informó haber consumido alguna vez o consumir

actualmente psicofármacos. En la Tabla 12 se presenta el tipo de psicofármacos utilizado.

Tabla 12: ¿Qué psicofármacos consumió/me?

Ansiolíticos	21,8%
Antidepresivos	10,2%
Hipnóticos	2%
Anticonvulsivos	0,7%
Otros	0,7%

Concretamente en cuanto al grupo de los ansiolíticos y antidepresivos, se indagaron los motivos de su consumo. En la Tabla 13 se presentan las respuestas y sus respectivas frecuencias.

Tabla 13: ¿Por qué motivo consumió/me psicofármacos? (n=38)

Por malestar emocional (ansiedad, estrés, depresión, etc.)	30 (78,94%)
Por prescripción médica	5 (13,15%)
Por automedicación	2 (5,26%)
Por viaje	1 (2,63%)

Del grupo de personas que refieren haber consumido psicofármacos, al 11,6% se lo indicó el psiquiatra y en la misma proporción algún otro profesional de la salud. A un 1,4% se lo prescribió un psicólogo y al 2,7% un familiar.

En cuanto a los comportamientos de salud referidos al cumplimiento de las pautas el 45,7% dice adecuarse siempre a lo indicado, un 48,6% sólo a

veces y un 5,7% nunca siguió las indicaciones del médico a pesar de haber hecho la consulta. En las Tablas 14 y 15 se exponen las razones atribuidas para el no cumplimiento de la indicación del especialista.

Tabla 14: ¿Por qué motivo interrumpió o no siguió las pautas del profesional? (n=12)

Por irresponsabilidad	5 (41,66%)
Por el agotamiento de tener que seguir la rutina de tomarlas	3 (25%)
Por dificultades en los horarios de toma	1 (8,33%)
Por malestar físico y emocional	2 (16,66%)
Por dificultades en los horarios de toma	1 (8,33%)
Por comenzar otro tratamiento (psicoterapia)	1 (8,33%)

Tabla 15: Motivos para automedicación (n=10)

Por insomnio	6 (60%)
Por estrés	2 (20%)
Por recomendación de un familiar	2 (20%)

En los casos de automedicación predominantemente la medicación se consiguió a través de un familiar, amigo o conocido (7,5%), en segundo lugar, por frecuencia de respuesta, una farmacia (2%) y ocasionalmente en un kiosco o almacén (0,7%).

A su vez, el 28,7% informó tener familiares y un 36,7% amigos o conocidos que consumen psicofármacos. Aún así, un dato llamativo es que el 16% manifestó no saber si algún miembro de su familia tomaba este tipo de medicamentos. Esta tendencia también se observó en relación al grupo secundario. En este caso el 30% no lo sabe. Respecto a los motivos del consumo en las Tablas 16 y 17 se presentan las respuestas discriminadas.

Tabla 16: ¿Por qué motivos los miembros de su familia consumen psicofármacos? (n=36)

Estrés, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión	27 (75%)
Enfermedad y calmar dolores físicos	5 (13,88%)
Demencia-Alzheimer	4 (11,11%)

Tabla 17: ¿Por qué motivos los amigos/conocidos consumen psicofármacos? (n=46)

Estrés, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión	41 (89,13%)
Enfermedades psíquicas	3 (6,52%)
Duelo	1 (2,17%)
Adicciones	1 (2,17%)

En términos generales en los contextos interpersonales significativos de los sujetos se observa una presencia destacada del consumo de fármacos para situaciones vinculadas a ansiedad y depresión. Con mucha menor frecuencia se consignan otros motivos.

Cuando se indagó a qué fuentes recurría el sujeto de necesitar información sobre psicofármacos se constató claramente que los profesionales se identifican como la fuente principal (78%) y en segundo lugar Internet (48%), superando a la familia (20,7%), a los medios de comunicación convencionales (16,7%) y a la propia experiencia (3,3%).

Asimismo se exploró la influencia percibida de la experiencia de otros en el propio consumo. En la Tabla 18 se exponen los datos obtenidos derivados del análisis de frecuencias.

Tabla 18: Distribución porcentual probabilidad de consumo de psicofármacos por experiencia de otros.

	SI	NO SABE	NO
Si un familiar consume ¿aumenta su probabilidad de considerar los psicofármacos como una opción?	13 (8,7%)	27 (18%)	110 (73,3%)
Si un amigo/conocido consume ¿aumenta su probabilidad de considerar los psicofármacos como una opción?	8 (5,3%)	13 (8,7%)	129 (86%)

Tanto respecto al grupo familiar como de relaciones interpersonales cercanas, sólo hay una pequeña proporción que manifestó una mayor influencia

del entorno sobre el propio consumo. De todas maneras no es un dato de menor alcance el correspondiente a la categoría *no sabe* dado que se trata de un porcentaje de casos en los cuales este fenómeno podría llegar a producirse. Entre las razones se encuentran la reproducción de conductas familiares, debido al fácil acceso y por enfermedad hereditaria. En cuanto a los motivos que aumentarían la probabilidad de consumo personal en el caso de los amigos/conocidos, se destacaron la influencia o curiosidad y el consejo.

Objetivo 4. Estudiar las relaciones entre el conocimiento disponible, las opiniones y los comportamientos referidos a la frecuencia de uso de psicofármacos en población general.

No se encontró un patrón definido de relaciones entre el conocimiento, las opiniones y los comportamientos sobre el uso de psicofármacos y tampoco la variable *consumo* resultó modular dichas relaciones. No obstante un mayor nivel de información percibido por los sujetos se correspondió con respuestas más adecuadas en los ítems referidos al conocimiento sobre el tema.

Este dato de todas maneras resulta sugerente ya que probablemente indique la relativa independencia entre los conocimientos, las opiniones y los comportamientos referidos al uso racional de psicofármacos.

Objetivo 5. Evaluar el efecto diferencial de los estados emocionales autoinformados (afecto positivo, afecto negativo, bienestar psicológico) sobre las variables analizadas.

Se analizaron tablas de contingencia (2x2) para evaluar el grado de asociación de los estados emocionales (positivos-negativos) y el conocimiento, las opiniones y comportamientos.

Dentro de las dimensiones que describen las escalas de bienestar psicológico se constataron las siguientes asociaciones con significación estadística:

Las personas que puntuaron significativamente más en **Autonomía** informaron una menor experiencia de consumo ($\chi^2= 4,97;p<0,05$), conocen a menos personas que consumen o han consumido psicofármacos ($\chi^2= 6,52;p<0,05$), recurren menos a la familia y a los amigos como fuente de información sobre el tema ($\chi^2= 4,72;p <0,05$), ninguno informó haberse automedicado ($\chi^2= 4,27;p<0,05$), menos ha recurrido a familiares o amigos para obtener psicofármacos ($\chi^2= 3,99;p<0,05$). En síntesis, una mayor autonomía se asoció significativamente con una menor influencia percibida del entorno.

Un mayor grado de **autoaceptación** se asoció significativamente con un menor consumo efectivo de psicofármacos ($\chi^2= 8,73;p<0,01$), una menor experiencia de consumo ($\chi^2= 6,36;p<0,01$), y con recurrir menos a fuentes virtuales para obtener información ($\chi^2= 7,07;p<0,01$).

También mayores puntuaciones en la dimensión **Relaciones Positivas con otros**, se asociaron con menos consumo familiar ($x^2= 8,07;p<0,05$) y una menor percepción de aumento del consumo de psicofármacos en los últimos años ($x^2= 6,07;p<0,05$).

Los sujetos con puntuaciones elevadas en **crecimiento personal** como dimensión del bienestar psicológico indicaron una menor tasa de respuesta referida a que cualquier situación puede ser factible de prescripción psicofarmacológica ($x^2= 3,96;p<0,05$), y se asoció significativamente con menores restricciones de acceso a este tipo de medicamentos ($x^2= 9,342;p<0,01$), menos atribuciones de enfermedad para el consumo de psicofármacos ($x^2= 10,79;p<0,001$) y de aspectos circunstanciales como la moda ($x^2= 3,76;p<0,05$).

En cuanto a **Propósito en la vida**, otra de las escalas evaluadas, mayores puntuaciones se asociaron a una menor atribución a la capacidad de los psicofármacos para mejorar la vida de las personas ($x^2= 9,02;p<0,01$).

Puntuaciones más elevadas en **Dominio del entorno** se asociaron significativamente a una menor experiencia en el consumo de psicofármacos ($x^2= 6,92;p<0,01$), y un menor consumo efectivo ($x^2= 5,89;p<0,01$).

Finalmente los sujetos con mayores puntuaciones en **afecto positivo** informaron significativamente una menor percepción de que los psicofármacos pueden mejorar la vida de las personas ($x^2= 7,57;p<0,05$), consumieron menos

psicofármacos ($\chi^2= 3,61;p<0,05$). Cuando se evaluó el efecto modulador del **afecto negativo** sobre las variables analizadas, se constató que mayores puntuaciones en esta dimensión de la afectividad se asociaron significativamente con una mayor probabilidad de influencia del entorno sobre su conducta de consumo ($\chi^2= 6,05;p<0,05$) y un mayor consumo de ansiolíticos ($\chi^2= 7,23;p<0,01$) y de antidepresivos ($\chi^2= 4,06;p<0,05$), recurren más a la experiencia personal como fuente de información ($\chi^2= 11,33;p<0,001$).

Objetivo 6. Estudiar la presencia de diferencias en las variables investigadas (conocimientos, actitudes y comportamientos) en función del sexo, la edad y el nivel de instrucción.

Las mujeres informaron significativamente más tener algún familiar que consume o ha consumido psicofármacos ($\chi^2= 9,42;p<0,01$) y recurrir a la familia como fuente de información ($\chi^2= 4,52;p<0,05$). También presentan una opinión más marcada sobre la necesidad de consumir psicofármacos ($\chi^2= 12,44;p<0,01$), fundamentalmente para problemas emocionales ($\chi^2= 6,70;p<0,01$) por prescripción médica ($\chi^2= 9,39;p<0,01$)

En cuanto al nivel de instrucción, los sujetos que informaron un mayor nivel educativo dicen recurrir significativamente más a internet como fuente de información sobre el tema ($\chi^2= 4,76;p<0,05$). También mayor nivel de instrucción se asoció significativamente a una información más ajustada sobre

las indicaciones para los psicofármacos ($\chi^2= 14,04;p<0,001$) y específicamente en lo referido a las contraindicaciones ($\chi^2= 14,03;p<0,01$) y a ubicar como principal motivo para su consumo la recomendación médica ($\chi^2= 3,34;p<0,05$). En cuanto a los efectos de los psicofármacos, un mayor nivel de instrucción estuvo ligado a una opinión favorable sobre la capacidad de los fármacos para mejorar la vida de las personas ($\chi^2= 5,59;p<0,05$). Este grupo también considera que en los últimos años se ha incrementado significativamente el consumo de psicofármacos en la población ($\chi^2= 8,07;p<0,01$).

Finalmente se realizaron los análisis respectivos para la variable edad. Los jóvenes (21-24 años) plantearon una necesidad significativamente mayor de consumir psicofármacos ($\chi^2= 10,14;p<0,05$), y a la experiencia personal como fuente de conocimiento sobre el tema ($\chi^2= 12,46;p<0,01$), a los medios de comunicación ($\chi^2= 9,56;p<0,01$), a la familia ($\chi^2= 19,35;p<0,001$) y a los amigos ($\chi^2= 7,60;p<0,05$), pero también fue el grupo que más frecuencia de respuesta presentó en el ítem referido a las contraindicaciones ($\chi^2= 12,21;p<0,01$) y al consumo de fármacos por una cuestión de moda ($\chi^2= 6,38;p<0,05$), y que pueden afectar negativamente las actividades cotidianas ($\chi^2= 13,55;p<0,01$). El efecto edad resultó en una dirección diferente para el área de los comportamientos: a mayor edad, más consumo de psicofármacos ($\chi^2= 9,44;p<0,01$), particularmente antidepresivos ($\chi^2= 6,64;p<0,05$) y por indicación de un psiquiatra ($\chi^2= 6,31;p<0,05$) u otro profesional de la salud ($\chi^2= 6,00;p<0,05$). Este mismo grupo suele estar significativamente más informado

sobre los efectos del uso de psicofármacos que los más jóvenes ($\chi^2=8,56;p<0,01$).

Objetivo 7. Diseñar una guía informativa para la población general sobre el uso racional de psicofármacos.

Con respecto a este objetivo se pretendía diseñar una guía informativa para la población general que brindara elementos sobre el uso racional de psicofármacos, la misma fue realizada pensando cuáles serían aquellos conocimientos básicos que se deberían tener sobre este tema.

Esta iniciativa fue pensada como herramienta comparativa que sirviera de autoevaluación a la gente encuestada respecto del conocimiento que poseían sobre la temática, entregándose dicha guía a posteriori de la administración del protocolo.

Para la construcción de la guía, se realizó una extensa búsqueda sobre este tema; a partir de la información obtenida se pensaron numerosas preguntas que sirvieran de disparadores para así concentrar en pocos ítems las preguntas que se incluirían en el instrumento para evaluar el grado de conocimiento disponible en la población general.

Con el objetivo de luego tomar preguntas de este instrumento para la confección de la guía, se realizó una prueba piloto a 8 sujetos, lo que permitió corroborar a primera vista el escaso conocimiento que se dispone sobre este tema. Finalizada esta prueba piloto y obteniendo la información necesaria, se

procedió a confeccionar la guía, donde se tuvieron en cuenta las preguntas del bloque de conocimiento que mejor relevaban la información básica necesaria con la que se debería contar.

Para corroborar que la información consignada en la guía fuera la correcta, se realizaron consultas a profesionales médicos psiquiatras y farmacéuticos, quienes aportaron su conocimiento, otorgándonos herramientas para acotar la información útil, precisa y correcta en pocas líneas.

Si bien la guía fue diseñada previo a los resultados empíricos, cabe mencionar que su utilización fue pensada para entregarse al finalizar cada una de las entrevistas y aprovechar ese momento para transferir el conocimiento básico a las 150 personas entrevistadas, como forma de primer acercamiento a futuras campañas preventivas.

Se adjunta un ejemplar de la guía utilizada en el Anexo I.

CONCLUSIONES

La presente investigación arrojó datos acerca del conocimiento, las actitudes y los comportamientos respecto a la psicofarmacología en una muestra de población general de la ciudad de Mar del Plata.

Podemos mencionar que se realizaron en primer lugar los análisis de manera discriminada para el grupo de estudiantes, bajo la presunción de un perfil diferente en relación a las variables analizadas, pero este grupo no presentó una tendencia significativamente diferente a la del resto de la población general entrevistada en cuanto al conocimiento sobre que son los psicofármacos, como así tampoco sobre sus efectos secundarios y demás conocimientos/ información general sobre el uso adecuado de los mismos, a pesar de estar cursando una carrera que incluye en su formación contenidos sustantivos relacionados con la salud mental. Al momento de la participación en el estudio los estudiantes de psicología se encontraban cursando tercer año de la carrera, año de inflexión y pasaje hacia el ciclo profesional. Lo que puede indicar que hay una tendencia similar a basarse en el conocimiento intuitivo a la hora de responder.

En cuanto a las fuentes a las que recurre la población bajo estudio en caso de necesitar información sobre psicofármacos, se constató claramente que

los profesionales se identifican como la fuente principal y en segundo lugar Internet, superando a la familia, a los medios de comunicación convencionales y a la propia experiencia. Sin embargo, constituye un dato relevante que a pesar de la presencia muy marcada en la actualidad de las tecnologías de alto impacto y de la facilidad de acceso a las mismas, se observa un alto porcentaje de frecuencia de respuestas que se ubican en la opción NO SABE, lo que indica un importante nivel de desconocimiento sobre el tema. Estas respuestas eran referidas predominantemente a si es necesario el consumo de psicofármacos, quien puede ser medicado, cuales son las contraindicaciones, si afectan negativa o positivamente las actividades cotidianas, si influyen en la vida sexual.

Tal como manifiesta la OMS, los estados de ansiedad, la depresión y el estrés, son situaciones clínicas que comprometen trastornos mentales significativamente prevalentes en la actualidad, en la población mundial. Al indagar sobre la naturaleza y el objetivo de la indicación de los psicofármacos, un alto porcentaje alude a que los psicofármacos son drogas que se utilizan para tratar enfermedades psíquicas en general o problemas emocionales como ansiedad y depresión. Estos datos parecen avalar la hipótesis acerca del fenómeno de la medicalización de los estados emocionales que ha sido eje organizador de este estudio empírico.

Asimismo y en consonancia con datos estadísticos que brinda el INDEC, en cuanto a que los ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos son los medicamentos de mayor facturación en el país; la muestra bajo estudio de la presente investigación informo que aquellos que consumen o consumieron psicofármacos son ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos, en ese orden y como motivo de tratamiento a malestares emocionales tales como ansiedad, depresión y estrés.

Como era esperable, se observo en cuanto a los estados emocionales autoinformados, que aquellos que presentaron mayores puntuaciones en las dimensiones del bienestar psicológico referidas a la autonomía, autoaceptacion, relaciones positivas con otros, crecimiento personal, propósito en la vida y dominio del entorno informaron una menor influencia del entorno para el consumo, menor consumo efectivo y menor búsqueda en los psicofármacos para solución de los problemas y mejorar la calidad de vida.

En cuanto a la afectividad informada al igual que en el Bienestar Psicológico, se observo que los sujetos con mayores puntuaciones en afecto positivo informaron significativamente una menor percepción de que los psicofármacos pueden mejorar la vida de las personas, resultando ser quienes consumieron menos psicofármacos. Por el contrario, el análisis del afecto negativo permitió constatar que mayores puntuaciones en esta dimensión de la

afectividad se asociaron significativamente con un mayor consumo de ansiolíticos y de antidepresivos.

Cobra fuerza en este sentido que para una importante parte de los sujetos resulta tentadora la solución del medicamento para los dolores del malestar emocional pudiendo abandonar los esfuerzos por hacer visibles sus causas y enfrentar las contradicciones de su vida.

Es interesante observar que los datos obtenidos en nuestro estudio resultan compatibles con los hallazgos aportados por otras investigaciones (Godoy et al., 2002 y Marquez et al., 2004 y Godoy et al., 2002), los cuales expresan la predisposición y la tendencia del género femenino al consumo y a permanecer mas tiempo en tratamiento psicofarmacológico, recurriendo a la familia como fuente primaria en la búsqueda de información sobre este tema.

Por ultimo, no resulta de menor relevancia que un alto porcentaje de la muestra (96%) considera necesario que las personas tengan mayor información sobre este fenómeno, ya que resulta paradójico que en una era caracterizada por la saturación de los medios de comunicación social, los sujetos expresen no contar con la información suficiente sobre el tema. Estos datos motivan una reflexión sobre las políticas de prevención, regulación y asistencia de la salud pública y privada.

Creemos que este trabajo aporta más interrogantes que respuestas, en tanto el estudio pretendió ser un aporte que haga visible la problemática y promueva futuras investigaciones.

Finalmente, consideramos que nuestra disciplina tiene mucho por hacer en esta área de estudio, con el fin de generar herramientas e instrumentos que permitan, por un lado, la formación de profesionales competentes para su inserción en el campo de acción de la Salud Mental, y por otro lado, una mayor comprensión de este fenómeno promoviendo de este modo estrategias de intervención ciudadana que optimicen el acceso al conocimiento y su utilización al servicio de prácticas racionales compatibles con altos niveles de realización personal.

Referencias bibliográficas

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey- Bass Publishers.

Arizaga, C. (2008). *La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como "Pastillas para el estilo de vida"*. Buenos Aires.

Beck, U. (1998). *La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires, Paidós.

Bodei, R. (2006). Destinos personales. La era de la colonización de las conciencias. Buenos Aires. El Cuerno de Plata.

Bueno, J., Sabanés, F., Salvador, L., Gascón, J., Psicofarmacología Clínica. 1985. Madrid. Ed. Salvat.

Carpintero, E. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. *Revista Topía*, 17, 33-43.

Crece fuerte el consumo de una droga para calmar la ansiedad. (2007, Octubre 31). Clarín, p. 33.

Csikszentmihalyi, M. (1999). Fluir. Una psicología de la felicidad. Barcelona. Ed. Kairos, 7º ed. (Orig. 1990)

Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). Universidad de Chile. Ñuñoa Santiago, Chile. El Bienestar Subjetivo: hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, 001(12), 83-96.

Della Maggiora, M. (2008, Marzo 20). Tranquilidad artificial. Noticias y Protagonistas. Edición 456. Mar del Plata.

Ehrenberg, A. (2000). La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad. Buenos Aires, Nueva Visión.

Falconer, M.W., Gustafson, E.A., Patterson, H.R. y Schram, A. (1977). Farmacología y terapéutica. Quinta Edición. México. Nueva Editorial Interamericana.

Galende, E. (2002). Desafíos al psicoanálisis en el siglo XXI. Salud Mental, Sexualidad y Realidad Social. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial, Primera edición, 2008.

Gerber, A. (2005, Agosto 14). Aumento del consumo de psicofármacos. Diario La Capital, p. 18.

Goodman, A. & Gilman, R. (1996). Las bases psicofarmacológicas de la terapéutica. Novena Edición. México DF. Ed. McGraw-Hill-Interamericana.

Godoy, M.; Fariñas Michelena, B.; Herrera García, A.; González González, M. (2002). "Adicciones Ocultas. Aproximación al consumo de psicofármacos." Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. -España. En http://www.fad.es/sala_lectura/ocultas.pdf (visitado en noviembre 2010).

Haddon, C. (1985). La mujer y los tranquilizantes. Pirámide. Madrid.

Instituto Canario de la Mujer (1999). II Plan Canario de igualdad de oportunidades de las mujeres. Gobierno de Canarias. Canarias.

Jorge, G. (2005). Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas. La importancia de una derivación temprana. Buenos Aires, Letra Viva.

Leiderman, E. (2006). "Consumo de psicofármacos en la población general de la Ciudad de Buenos Aires". *Revista Vertex*, 6(17), 21-40.

Leiderman, E. (2006). Centro de Investigación en Psicología. Estudio sobre el consumo de psicofármacos. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires: Universidad de Palermo.

Litter, M. (1984). Farmacología general. Tercera edición. Buenos Aires. Editorial "El Ateneo".

Markez, I.; Póo, M.; Romo, N.; Meneses, C.; Gil, E. y Vega A. (2004). "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria". *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, julio / septiembre 2004. Disponible en <http://www.asoc-aen.es/web/docs/RevAEN91.pdf> (visitado enero 2011).

Milazzo, J y Perna, A. (2001). Análisis descriptivo de las prescripciones de psicofármacos en una población de la ciudad de Mar del Plata. Periodo febrero 2000 a febrero 2001. (Informe del Colegio de Farmacéuticos).

Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). Encuesta Nacional de Salud año 1998. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). Encuesta Nacional de Salud año 2000. En <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta>.

Moreno Luna, M.; Clemente Lirola, E.; Piñero Acín, M.; Martínez Matías, M.; Alonso Gómez, F.; Rodríguez Alcalá, F. (2000), "Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos". *Revista Atención Primaria*, 08 (26). España, Ediciones Doyma. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/home.home> (visitado marzo 2011).

Moizeszowicz, J. (1998). "Psicofarmacología Psicodinamica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas". Editorial Paidós. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud (2007). En el 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo. En Organización Mundial de la Salud (Ed.), Informe sobre la salud en el Mundo (Versión española de Estudios Estadísticos). Madrid: Editor.

Perez Leiros, C. (2005). "Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)". *Revista Química Viva*, 2 (4). Disponible en <http://www.quimicaviva.qb.fcen.uba.ar/V4n2/leiros.pdf> (visitado en enero de 2011).

Prada, E. C. (2005). Psicología Positiva & Emociones Positivas. Referencia electrónica: <http://www.psicología-positiva.com/Psicologiapos.pdf.pdf>.

Rodriguez San Julián, E. (2000). Perspectivas de género en los problemas de drogas y su impacto. Instituto Spiral Madrid. Referencia electrónica: <http://www.institutospiral.com/symposium/index.htm>.

Romo, N. (2005). "La medicalización de los malestares. Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos". Instituto de Estudios de las Mujeres. Universidad de Granada, España. Material de seminario de Doctorado de la FCS-UBA "Género y psicotrópicos".

Romo, N.; Gil E.; Póo, M.; Meneses, C.; Markez, I; Vega, A. (2003). Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas. Instituto de la Mujer (texto sin publicar). Citado en Markez I.; Póo, M.;Romo N.; Meneses, C.; Gil, E. y Vega, A. 2004. Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista AEN*, 91, Julio / Septiembre 2004. Disponible en <http://www.asoc-aen.es/web/docs/RevAEN91.pdf> (visitado enero 2011).

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2007). La medicalización de la vida cotidiana. El

consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos. En Observatorio Argentino de Drogas (Ed.), Informe Final. Buenos Aires: Editor.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Seligman, M.E.P., Lee Duckworth, A. & Steen, T. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review, Clinical Psychology*. Referencia electronica: [http://arjournals.annualreviews.org/\[20/10/04\]](http://arjournals.annualreviews.org/[20/10/04])

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

Vázquez, C. & Hervás, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.

Zieher, L.M. (1997). *Neuropsicofarmacología clínica*. Buenos Aires. Editorial Siltor.

ANEXOS

