

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
Facultad de Psicología

Proyecto de Investigación – Requisito Curricular
Plan de estudios 1989 (O.C.S. 143/89)

Apellido y nombres

Brunet, Cecilia -- Mat. 4100/97 DNI: 27.139.325

Lago, Hernán -- Mat. 4195/97 DNI: 26.922.238

Supervisor

Dr. Juan Carlos Turnes

Co-supervisor

Lic. Claudia Arias

Título

Consumo de psicofármacos en adultos de 20 a 50 años residentes en la ciudad de Mar del Plata



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-β B	
	N° INVENTARIO:
	R-584

Descripción resumida

Argentina es el país de América Latina donde se registra una mayor utilización per cápita de psicofármacos. Los más vendidos son los tranquilizantes, le siguen los antidepresivos, antipsicóticos y sedantes. (Gerber, 2005).

En la última década, en la ciudad de Mar del Plata se ha incrementado el consumo de psicofármacos. (Della Maggiora, 2008)

El objetivo general del estudio apunta a evaluar el consumo de psicofármacos en adultos de ambos sexos de 20 a 50 años, residentes en Mar del Plata.

Para llevar a cabo la presente investigación se realizará un estudio no experimental transversal de tipo exploratorio descriptivo.

A una muestra intencional de 120 sujetos de ambos sexos se les administrará un cuestionario para indagar el consumo de psicofármacos, el motivo de consumo, tipo de psicofármaco consumido, automedicación, etc.

Se espera que los resultados de esta investigación aporten conocimientos acerca de esta problemática actual.

Palabras claves

Psicofármacos, consumo, automedicación.

Descripción detallada

Motivos y antecedentes

Argentina es el país de América Latina donde se registra una mayor utilización per cápita de psicofármacos. Los más vendidos son los tranquilizantes, le siguen los antidepresivos, antipsicóticos y sedantes. (Gerber, 2005)

Se estima que el 20% de los medicamentos se ofrecen por fuera de los circuitos legales de comercialización. Su consecuencia es que nuestro país está considerado un "subconsumidor" de medicamentos y se encuentra entre los primeros del mundo en el consumo de psicofármacos. (Carpintero, 2007).

Desde la crisis del 2001 se ha disparado el consumo en personas de entre 35 y 55 años pertenecientes a sectores sociales con obra social, prepaga o que pueden acceder económicamente a estos medicamentos. (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 13,8% del consumo era de este



tipo de medicamentos que actúan sobre los procesos psíquicos del sistema nervioso central. Hoy, diez años después y una fuerte crisis social y económica mediante, el consumo alcanzó el 15,93% del total de las ventas. (Della Maggiora, 2008).

Si bien la crisis del 2001 es considerada como principal desencadenante, otros factores influyen en el alto consumo de psicofármacos, como el estrés y la sobre exigencia que sufren algunos sectores, sobre todo medios y altos. (Elustondo, 2006)

El consumo indebido de psicofármacos está instalado –dice Cecilia Arizaga, investigadora-. Vivimos en una cultura que promueve la automedicación. En ese marco crece el consumo de remedios que no son para curar sino para estar a la altura de la performance que exige la sociedad, y es grave: no hay percepción del riesgo que eso supone. (Elustondo, 2006)

El abuso de psicofármacos tiene dos orígenes: la sobre prescripción de los médicos y la automedicación. (García Terán, 2003).

El psicotrópico genera tanto tolerancia como dependencia. (Luciani, 2008)

La tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. La dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos.

El síndrome de abstinencia producido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracteriza por la aparición de un delirium (alteraciones de la conciencia y de las funciones psíquicas básicas, con alucinaciones visuales, táctiles o auditivas) que puede amenazar la vida. Puede haber síntomas a largo plazo de mucha menor intensidad y que persistan durante algunos meses.

La característica esencial de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de cambios fisiológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad

laboral o social). Estos comportamientos, pueden acompañarse de lenguaje farfullante, marcha inestable, nistagmo, problemas de memoria o atención, niveles de incoordinación que pueden interferir la conducción o actividades en las que se pueden producir accidentes y estupor o coma. (DSM-IV, 1995).

Laurent (2004) habla de la necesidad de “reintroducir” el sujeto en el campo de la indicación farmacológica, lo que pone en evidencia que ha sido excluido, más precisamente, forcluido.

La forclusión del sujeto tiene al menos una consecuencia: eliminar la condición de sujeto implica al mismo tiempo anular lo que llamamos responsabilidad.

En efecto: el psicofármaco es una de las manifestaciones más evidentes de la eliminación de la responsabilidad del sujeto, si es considerado exclusivamente en su acción neuroquímica. (Yellati, 2007).

En su libro “La era del individuo”, Renault plantea que la era de la subjetividad fue sustituida por la era de la individualidad. Estamos ante individuos y es esa consideración la que permite la medición, la evaluación, la estadística, los porcentajes que eliminan la singularidad del sujeto, pero que se consideran indispensables para darle a la intervención del medicamento estatuto científico.

Lo que hoy se considera un cuadro medicable no lo habría sido jamás hace diez o quince años. Este es otro problema: la expansión de los límites de los cuadros.

Hay temas que suben y bajan de interés, por motivos aparentemente misteriosos, hay temas que se ponen de moda. Lo que se observa es que luego de la aparición de un nuevo psicofármaco, comienza un importante interés en el estudio de un aspecto al que antes no se le prestaba mucha atención, como si las soluciones vinieran primero que los problemas. (Levin, 2007)

A partir de lo anteriormente expuesto y considerando que el abuso de psicofármacos puede dar lugar a situaciones peligrosas como puede ser conducir bajo sus efectos, o que los sujetos dejen de cumplir sus actividades laborales o escolares como resultado de la intoxicación, o tengan problemas familiares a raíz de episodios de consumo de la sustancia; nuestro interés es aportar conocimientos sobre esta problemática actual para poder posicionarnos desde otro lugar y reflexionar sobre el buen uso del psicofármaco.

Objetivo General

- Evaluar el consumo de psicofármacos en adultos de ambos sexos, de 20 a 50 años residentes en Mar del Plata.

Objetivos Particulares

- 1) Detectar los motivos más frecuentes del consumo de psicofármacos.
- 2) Identificar los psicofármacos más consumidos de acuerdo al sexo y las franjas etáreas
- 3) Comparar el consumo de psicofármacos por automedicación con el consumo de psicofármacos por prescripción médica.

Métodos y Técnicas

Para llevar a cabo la presente investigación se realizará un diseño no experimental transversal. El estudio será exploratorio descriptivo. La población estará constituida por adultos de ambos sexos, entre 20 y 50 años de edad, residentes en la ciudad de Mar del Plata.

Se seleccionará una muestra no probabilística de tipo intencional de acuerdo con las siguientes cuotas:

	Hombres	Mujeres
20-29	20	20
30-39	20	20
40-50	20	20

Se administrará, de manera anónima y voluntaria, un cuestionario conformado por siete preguntas cerradas. El mismo fue adaptado del instrumento original elaborado por Grela, Alvarez Spence, Dra. Horvat y el Dr. Domínguez (2006) para evaluar la automedicación en estudiantes universitarios.

El cuestionario adaptado indaga acerca de: consumo de psicofármacos, tipo de psicofármacos consumidos, automedicación o prescripción médica, motivo de consumo, principal fuente de información para decidir qué psicofármaco usar y accesibilidad a los psicofármacos.

Además se incluirán preguntas para indagar aspectos sociodemográficos como edad, sexo, ocupación y estado civil.

Se realizará un análisis cuantitativo de los datos aplicando técnicas de estadística descriptiva mediante la utilización de paquetes estadísticos informatizados.

Lugar de realización del trabajo

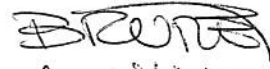
Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cronograma de actividades

Actividad	Meses				
	1°	2°	3°	4°	5°
Búsqueda bibliográfica	X	X	X		
Desarrollo del marco teórico		X	X		
Prueba piloto y revisión del cuestionario	X				
Recolección de datos	X	X	X		
Análisis e interpretación de datos				X	
Elaboración del informe final					X

Bibliografía

- Carpintero, E. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. Revista Topia. www.topia.com.ar/articulos/0703-carpintero.htm
- Della Maggiora, M. (2008, marzo 20). Tranquilidad artificial. Noticias y Protagonistas. Edición 456. Mar del Plata.
- Elustondo, G. (2006, julio 24). Crece el consumo de drogas entre los mayores de 40 años. Diario Clarín. Buenos Aires.
- García Terán, M. (2003, diciembre 01). Las drogas sociales: Alarma por el alto consumo de psicofármacos en la Argentina. Diario La Nación. Buenos Aires.
- Gerber, A. (2005, agosto 14). Aumento del consumo de psicofármacos. Diario La Capital. Mar del Plata.
- Grell C., Alvarez Spence S., George Horvat E., Domínguez J. Prevalencia de la conducta de automedicación en estudiantes de 5° año de la facultad de medicina de la UNNE. 2006
- Laurent, E. (2004). Cómo tragarse la pildora, en: Ciudades analíticas. Buenos Aires: Tres Haches.
- Levin, S. (2007). Los ensayos clínicos controlados en psicofarmacología, en: Psiquiatría y psicoanálisis. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Luciani N. (2008, febrero 25). Diario La Capital. Mar del Plata.
- Pichot P., López-Ibor Aliño J., Valdés Miyar M. (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Yellati, N. (2007). El sujeto del psicofármaco, en: Psiquiatría y psicoanálisis. Buenos Aires: Grama Ediciones.


CELIA ROBERT



Firma del Supervisor



Firma del Co-Supervisor


Hernán Lage

Firma de los alumnos

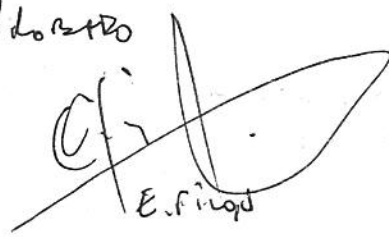
Área de investigación

Derivado de Lic. Edgardo Filhon, 21-7-08

Resultado de la evaluación

M. DOBRO

Fecha 22/7/08


E. Filhon

Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata

Título del Proyecto:

Investigación del consumo de psicofármacos en la ciudad de Mar del Plata.

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

Alumnos:

Brunet Cecilia, mat. 4100/97 D.N.I.: 27.139.325

Lago Hernán, mat. 4195/97 D.N.I.: 26.922.238

Supervisor:

Dr. Juan Carlos Turnes

Co – Supervisor:

Lic. Claudia Arias


Cátedra de radicación:

Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación Psicológica

Fecha:

06/04/09

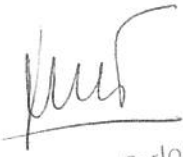
“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Cecilia Brunet y Hernán Lago de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.


MAT. 4100


Hernán Lago
Mat. 4195

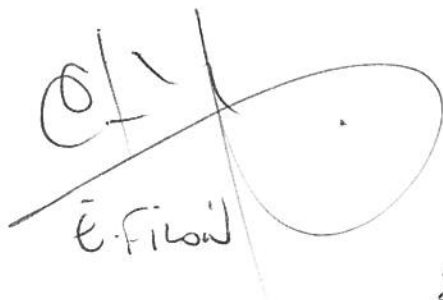
"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Cecilia Brunet, mat. 4100/97 y Hernán Lago, mat. 4195/97, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 6 días del mes de Abril del año 2009".

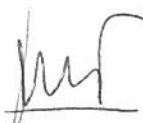

CLAUDIA ARIAS


Dr. Juan Carlos Turnes
PSIQUIATRA
M.P. 14947

"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 alumnos Cecilia Brunet, mat. 4100/97 y Hernán Lago, mat. 4195/97".

calificación: 10 (sobresalea)
24/08/2005


E. Filoni


Juan C. Torres


CLAUDIA
ARIAS

INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Parte I : Aspectos Teóricos	
Situación actual de los Psicofármacos.....	10
Abuso y Automedicación.....	17
Los Psicofármacos.....	22
Dependencia.....	25
Efecto Placebo.....	27
Patentamiento y Comercialización.....	30
La Industria Farmacéutica.....	32
Metodología.....	41
Parte II : Resultados y Conclusiones	
Resultados.....	44
Conclusiones.....	64
Bibliografía.....	69
Anexos.....	73

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es conocer el consumo de psicofármacos en adultos de ambos sexos entre 20 y 50 años de edad que residen en la ciudad de Mar del Plata. Para llevar a cabo la misma se realizó un estudio no experimental transversal de tipo exploratorio descriptivo. Se administró, de manera anónima y voluntaria, un cuestionario conformado por nueve preguntas cerradas a una muestra intencional de 120 casos (60 varones y 60 mujeres). El mismo indaga acerca de: consumo de psicofármacos, tipo de psicofármacos consumidos, automedicación o prescripción médica, motivo de consumo sin prescripción, principal fuente de información para decidir qué psicofármaco usar y accesibilidad a los psicofármacos. De la investigación realizada se obtuvieron como resultados más relevantes que el 45,83% de los casos ha consumido alguna vez psicofármacos y que, de ese grupo, el 58,19% consume habitualmente. Así mismo, podemos observar a través de los datos recabados que el 62,5% de los psicofármacos consumidos corresponden a ansiolíticos, el 9,38% a antidepresivos y el 28,12% a la combinación de ansiolíticos y antidepresivos. En cuanto a la automedicación, el 37,72% consume psicofármacos sin la prescripción médica correspondiente. Se concluye que el aumento en el consumo de psicofármacos, así como la automedicación hacen referencia a la naturalización de los mismos en la sociedad capitalista, donde lo importante es el consumo indiscriminado, sin pensar en las consecuencias para la salud que pueden acarrear estas prácticas.

INTRODUCCION

En los últimos años en nuestro país, ha crecido el consumo de psicofármacos. En nuestra ciudad, los últimos estudios realizados por el Colegio de Farmacéuticos de General Pueyrredón indican un aumento acelerado en la venta de psicofármacos, en particular los ansiolíticos. Sumado a esto, se encuentran los psicofármacos que se comercializan por fuera de los circuitos de las obras sociales y farmacias.

La siguiente investigación tiene como objetivo principal conocer las características del consumo de psicofármacos en la ciudad de Mar del Plata. También se propuso indagar los siguientes interrogantes ¿Ha aumentado el consumo de psicofármacos en Mar del Plata? ¿Existen diferencias de consumo entre los sexos? ¿Cuáles son las características del consumo en las diferentes franjas etáreas? ¿Cuáles son los psicofármacos más consumidos? ¿Cuál es la incidencia de la automedicación? ¿Cuales son los motivos más comunes por los cuales las personas se automedican?

La misma se llevó a cabo en la ciudad de Mar del Plata, a través de un diseño no experimental transversal. Se realizó un estudio exploratorio descriptivo. Se seleccionó una muestra de tipo no probabilístico intencional de 120 casos. Se incluyeron 40 sujetos de tres grupos de edad (20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 50 años). En cada uno de estos grupos se incorporaron 20 varones y 20 mujeres.

Los resultados principales a los que se arribo son que existe un alto porcentaje de consumo de psicofármacos en la actualidad y una naturalización del mismo en nuestra ciudad. También es de destacar que dentro de los consumidores de psicofármacos hay un número muy alto de automedicación y un fácil acceso a

los medicamentos sin la prescripción correspondiente. Así mismo en cuanto a los medicamentos mas consumidos encontramos que los ansiolíticos son los de mayor número, seguidos por los antidepresivos.

Este informe se divide en dos partes. En la primera se destacan los aspectos teóricos como son la situación actual de los psicofármacos en Argentina y en nuestra ciudad en particular, el abuso y la automedicación, las características de los psicofármacos, efecto placebo y dependencia, patentamiento y comercialización y características de la industria farmacéutica. Se incluye también en esta primera parte los aspectos metodológicos de la investigación.

En la segunda parte se vuelcan los resultados de la investigación con su posterior análisis y las conclusiones a las que se hemos llegado.

PARTE I

Aspectos teóricos

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PSICOFÁRMACOS

Argentina es el país de América Latina donde se registra una mayor utilización per cápita de psicofármacos. Los más vendidos son los tranquilizantes, a los cuales le siguen los antidepresivos, antipsicóticos y sedantes.

Desde la crisis del 2001 se ha disparado el consumo en personas de entre 35 y 55 años pertenecientes a sectores sociales con obra social, prepaga o que pueden acceder económicamente a estos medicamentos. (Gerber, 2005)

Cada vez más los argentinos se vuelcan al consumo de psicofármacos para paliar los momentos de mayor estrés. Hasta el momento, el ansiolítico más utilizado es el Clonazepam, un medicamento que genera dependencia a largo plazo y que, según los registros del observatorio de medicamentos de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), su consumo aumentó el 20 % durante los dos últimos años en el país. (Román, 2007)

Los datos de agosto del 2005 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) indican que los remedios con mayor facturación en el país son los destinados al sistema nervioso, cuando en el 2001 este ranking estaba liderado por los del aparato digestivo y el metabolismo. En el primer trimestre del 2005 los psicotrópicos siguieron aumentando su facturación en un 14%. (Gerber 2005)

El consumo de Clonazepam, según la COFA, aumenta de 5,1 millones de unidades en 2004 a 6,1 millones en 2006. A la vez, se redujeron las ventas de otras drogas de la misma familia como el Alprazolam y el Bromazepam, que calman también la ansiedad y son sedativos. (Román, 2007)

Un estudio realizado en la Ciudad de Mar del Plata en el año 1996, indicaba que el 13,8% del consumo era del tipo de medicamentos que actúan sobre los



procesos psíquicos del sistema nervioso central. (Colegio de Farmacéuticos de General Pueyrredón, 2006)

El Colegio de Farmacéuticos de General Pueyrredón realizó un relevamiento mediante el cual se describe el consumo de psicotrópicos durante 2005. Del estudio se desprende que de un total de 240.184 unidades, el 84% (201.914 unidades) corresponde a no psicotrópicos y el 16% (38.270 unidades) a psicotrópicos.

“Ha aumentado el consumo de psicofármacos”, sostiene Della Maggiora, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de General Pueyrredón. “El consumo de antidepresivos es bastante llamativo. Se dice que para el 2010, la incidencia de la depresión va a estar en el 10% de la población. Eso se nota en las farmacias”.

En 1996, el 89% de los médicos prescriptores eran no psiquiatras. Las cifras que aportan desde el Colegio de Farmacéuticos se basan en un muestreo que se centró en el consumo de prepagas y obras sociales. “Hoy, apenas un 12 o 15% los recetan los médicos especialistas. Los ansiolíticos son recetados por cualquier médico, y los psiquiatras recetan medicamentos más específicos”, insiste el profesional. (Noticias y Protagonistas, 2008)

Los datos recabados por el Colegio de Farmacéuticos de General Pueyrredón sobre el consumo de Psicofármacos en Mar del Plata durante el 2007, muestran una superioridad del Clonazepam (Ansiolítico) con un 24% (9411 unidades) de incidencia sobre los demás psicofármacos, le sigue Alplazolam (Ansiolítico), con un 15% (6054 unidades), Lorazepam (Ansiolítico) con 6,8% (2631 unidades), Paroxetina (Antidepresivo) con 6,77 (2617 unidades), Bromazepam (Ansiolítico) con 4,4% (1702 unidades), Fluoxetina

(Antidepresivo) con 4,15% (1604 unidades), Diazepam (Ansiolítico) con 3,21% (1241 unidades), Sertralina (Antidepresivo) con 2,98% (1152 unidades), Venlafaxina (Antidepresivo) con 2,48% (959 unidades).

Para Moizeszowicz (1998) el incremento del consumo de psicofármacos se debe a la aspiración de encontrar la “pastilla salvadora”, que pueda yugular rápidamente las angustias y depresiones sin entrar a analizar de forma profunda los diferentes conflictos psicopatológicos de la estructura individual y, finalmente, de la sociedad.

Estamos frente a rasgos nuevos del consumo que definen nuevas formas de subjetividad. La industria actual, lleva con una llamativa facilidad a los individuos de todo el mundo, a la asunción de necesidades cuya satisfacción procura como parte de la lógica de la producción de asegurar el consumo, porque en general los individuos quedan pegados a las necesidades que les han inducido y piensan en función de ellas.

Los apremios de la vida han crecido, sin duda. A pesar de las maravillas de la modernización y de los innumerables objetos para el control que nos rodean.

La aventura de la competencia en que ha devenido la vida, junto a la desprotección institucional de los menos aptos (los pobres, los viejos, los discapacitados, como desde siempre, pero ahora muchos más individuos de sectores sociales medios que tampoco resultan aptos para el acople a las nuevas formas de mercado), ha generado nuevos modos de sufrimiento subjetivo, muchos de ellos englobados en la idea de depresión, crisis ansiosas, pánico e inseguridad. Estamos asistiendo a un consumo masivo de psicotrópicos para aliviar estos malestares surgidos del peso de una presión psíquica inédita y de una crisis identitaria. (Galende, 1997)

La presión que en una sociedad difícil y compleja se ejerce sobre el individuo, de quien se espera que manifieste un equilibrio psíquico “adulto y responsable”, resulta muchas veces un factor de desequilibrio que desemboca en síntomas neuróticos, psicosomáticos y aún psicóticos.

De esta forma, la automedicación o la exigencia de medicación psicofarmacológica al médico de cabecera, se constituyen en psicoterapias de urgencia. (Moizeszowicz, 1998)

La consideración del trastorno como enfermedad por parte de la psiquiatría positivista, prescinde del sujeto e ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que este sería sólo signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales, y se propone por consiguiente suprimirlo a través del medio artificial del medicamento. (Galende, 2008)

El terreno en que debemos movernos para este análisis no es solamente el de las disciplinas establecidas, es también el de los rasgos de la nueva cultura y del ingreso de poderes del mercado, no sólo a través de productos para la salud mental sino también como generador de valores subjetivos para ordenar el comportamiento de las personas, es decir, de los consumidores. (Galende, 2008)

Los ansiolíticos o tranquilizantes, desde hace muchos años, se consumen de una manera que supera la indicación médica, especialmente el uso de drogas como el Alprazolam y el Clonazepam. Éstas son las drogas que más se consumen. También están los antidepresivos que intervienen sobre la ansiedad y sobre la depresión.

Las causas del incremento desmedido del consumo de psicofármacos tienen que ver con la tremenda crisis e inestabilidad social que todos los argentinos

hemos sufrido. Los factores principales son la pérdida del trabajo, la inestabilidad y la disminución de posibilidades que produjo grandes descalabros en todos los niveles de la vida.

La respuesta más rápida y barata a cualquier tipo de problemas es el uso y abuso del psicofármaco. Probablemente muchos de los que consumen psicofármacos, si tuviesen una vida más armada u ordenada, la demanda hacia estas drogas disminuiría. Los psicotrópicos sirven si son usados con racionalidad, con criterio, utilizados en las cantidades y dosis básicas y sabiendo siempre que el medicamento por sí solo no va a solucionar ningún problema. (Visconti, 2006)

En el 2007 se produce un hecho histórico: es la primera vez en la historia de la humanidad que viven más habitantes en las grandes ciudades que en zonas rurales. Sin embargo cada día se hace más difícil vivir en la ciudad del capitalismo mundializado.

La fragmentación social que aparece en el desarrollo urbano muestra especialmente lo que se inscribe simbólicamente en la subjetividad de aquellos que la habitan. Desde el poder, se genera esta violencia simbólica que enmarca nuestra identidad y legitima nuestras conductas en la afirmación individual no como una posible autonomía, sino como un yo hermético, sin fronteras, en cuyo espacio no entra nadie más y su cumplimiento es el encierro narcisista.

En "la era de la dominación de las conciencias" el poder disciplina nuestra subjetividad, banalizando la experiencia 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 pueden estar al servicio de la emancipación del sujeto se las utiliza para adaptarlo a la cultura del sometimiento. Por ello el medicamento que estaba exclusivamente al servicio del “arte de curar” hoy se lo ofrece como un objeto necesario de consumo para soportar las incertidumbres de un futuro que es vivido como catastrófico.

Medicar en un acto médico. En cambio la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica. La ingesta de remedios se la ha naturalizado como un medio de vida. (Carpintero, 2007)

Rojas y Sternbach (1997) sostienen que toda época histórica favorece el surgimiento de patologías vinculadas a la sobreadaptación: es decir, la adecuación acrítica y absoluta a los modelos culturales dominantes.

Cada momento histórico formula un “prototipo sano”: es decir, un conjunto de modalidades subjetivas acorde con los ideales predominantes y por tanto, estimulado y socialmente reconocido.

¿Cuáles serán los rasgos esperables del prototipo posmoderno? En primer término, los ideales promueven hoy un ritmo hipomaniaco ligado a la abolición de todo conflicto, al éxito y a la eficacia. Pragmático y veloz, poco sujetos a lazos y limitaciones de cualquier índole, el prototipo sano tendrá, como una de sus posibilidades, la búsqueda de la fama y el poder. No llamará la atención

que el prototipo sano padezca de stress o ciertos trastornos del sueño, ya incorporados a la habitualidad.

En su libro "La era del individuo", Renault plantea que la era de la subjetividad fue sustituida por la era de la individualidad. Estamos ante individuos, y es esa consideración la que permite la medición, la evaluación, la estadística, los porcentajes que eliminan la singularidad del sujeto, pero que se consideran indispensables para darle a la intervención del medicamento, estatuto científico.

Lo que hoy se considera un cuadro medicable no lo habría sido jamás hace diez o quince años. Este es otro problema, la expansión de los límites de los cuadros.

Hay temas que suben y bajan de interés, por motivos aparentemente misteriosos, hay temas que se ponen de moda. Lo que se observa es que luego de la aparición de un nuevo psicofármaco, comienza un importante interés en el estudio de un aspecto al que antes no se le prestaba mucha atención, como si las soluciones vinieran primero que los problemas. (Levin, 2007)

ABUSO DE PSICOFARMACOS Y AUTOMEDICACION

El problema de las drogas es tan antiguo como la humanidad. Parece que acompañan al hombre desde sus más primitivos intentos de subsistir como especie, en la lucha por la supervivencia. (Dupetit, 1983)

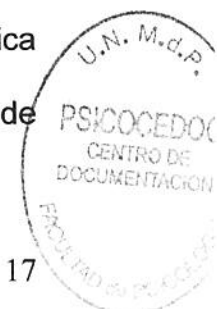
Los desarrollos médico-farmacológicos dieron existencia a las sustancias tóxicas hoy difundidas, elaboradas a partir del principio activo de los vegetales.

A la vez, la producción de barbitúricos, anfetaminas y toda clase de analgésicos y psicofármacos favoreció, por automedicación y, a veces, por sobremedicación nuevas posibilidades adictivas. Las drogas actuales, químicamente elaboradas, son más potentes y dañinas, a la par que algunas de ellas tienden a generar, con mayor rapidez, una intensa dependencia física. (Rojas y Sternbach, 1997)

El consumo indebido de psicofármacos está instalado. Vivimos en una cultura que promueve la automedicación. En ese marco crece el consumo de remedios que no son para curar sino para estar a la altura de la performance que exige la sociedad, y es grave porque no hay percepción del riesgo que eso supone. (Elustondo, 2006)

El abuso de psicofármacos tiene dos orígenes: la sobreprescripción de los médicos y la automedicación. (García Terán, 2003).

Se estima que el 20% de los medicamentos se ofrecen por fuera de los circuitos legales de comercialización. Su consecuencia es que nuestro país está considerado un "subconsumidor" de medicamentos 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. (Carpintero, 2007)

Otra investigación realizada en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires en 2002 sobre 889 casos mostró que se automedicaba el 32% de los pacientes, frecuentemente con psicofármacos, entre ellos, los ansiolíticos, que pueden causar adicción.

“El fármaco puede sustituir peligrosamente la relación médico-paciente y la automedicación es la evidencia más significativa de esta distorsión” –dice el psiquiatra Jorge Franco-. “Toda prescripción de un ansiolítico debe estar enmarcada en un plan que incluya la conciencia de que en determinado momento el medicamento dejará de tomarse. Es que, a diferencia de los modernos antidepresivos, los ansiolíticos tienen potencial adictivo”. Los especialistas encontraron que casi el 70% de los consumidores por cuenta propia estaban tomándolos desde hacía más de un año. Casi el 42% había repetido el mismo medicamento utilizado anteriormente para tratar un problema similar. (Ríos, 2007)

La compra directa de medicamentos por Internet está prohibida. Pero no hay controles.

Potentes psicofármacos, como el Rivotril y Valium, de venta permitida únicamente bajo receta archivada, pueden comprarse en la Argentina por Internet y sin que nadie requiera la prescripción ni verifique la edad e identidad del comprador.

Según relevamientos realizados por el Colegio de Farmacéuticos, en la Argentina hay alrededor de 300 sitios de Internet que se dedican a la venta por internet de remedios. (Galván, 2008).

Cuando se suman el aumento de la intolerancia al efecto de la droga con el aumento de la intolerancia a la abstinencia de la misma, el consumo va in crescendo, siendo cada vez más insufrible la conexión con el mundo sin ayuda de las drogas. (Dupetit, 1983)

El hábito significa una costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie que pueden ser buenos o malos, pero en relación con los medicamentos, suele denotar el empleo de un fármaco en exceso de la necesidad terapéutica para la cual fue administrado o cuando no ha habido en absoluto razón terapéutica genuina para emplearlo. El vicio o "manía" es término para denotar la dependencia hacia un medicamento que produce síntomas físicos perjudiciales al interrumpir su empleo.

La persona de edad que ingiere drogas en exceso, a menudo comenzó tomándolas con fines terapéuticos. Cualquier tipo de medicamento puede pertenecer a esa categoría, pero predominan los estimulantes, los depresores y los analgésicos. Dichos medicamentos se emplean en el tratamiento de muchas enfermedades y trastornos y por ello su abuso suele ser difícil de precisar. El paciente puede continuar ingiriendo el medicamento después que no lo necesita. Sin embargo, puede ser difícil comprobar que él realmente ha dejado de necesitarlo. Es extraordinariamente elevado el número de medicamentos de los que puede abusarse.

Entre el uso de medicamentos ordenados con fines médicos y el abuso, está, en sitio intermedio, lo que podríamos llamar “automedicación”. Denota al sujeto si se receta un medicamento sin consultar al médico.

El hábito de la automedicación se ha extendido ampliamente. Casi todo el mundo tiene su propia medicina para los resfriados, indigestión, dolor de cabeza, estreñimiento o cualquier alteración “benigna”. A veces el medicamento fue ordenado por un médico, pero muchos se los prefiere simplemente después que la propaganda y los medios de información han recomendado sus virtudes. Las compañías farmacéuticas a menudo proclaman la utilidad de sus productos para el tratamiento de diversos trastornos. Esta propaganda hace que la persona susceptible sienta la necesidad de este medicamento específico, pues sus “síntomas” son los mismos que los que señala la propaganda.

Otro problema reside en el efecto emocional psicológico del medicamento. Los fármacos pueden volverse “muletas emocionales”. El paciente se apoya en su “medicina” y no puede vivir sin ella. En breve se habitúa al medicamento en una forma muy semejante a como otra persona se habitúa al exceso de café, refrescos, tabaco y otras sustancias. A menudo hace que el individuo esté sometido a una tensión emocional extraordinaria. (Francone, 1956)

Según Galende (2008) el psicofármaco actúa en sentido contrario al síntoma, aliviando y silenciando los efectos que acompañan el conflicto. No sólo silencia el conflicto sino también juega a favor del síntoma y su permanencia, en tanto impide al sujeto actuar con conciencia sobre las contradicciones de sus deseos o su realidad.

Ante un problema como el de la adicción se necesita, por sobre todo, la capacidad de contener los impulsos y reflexionar. Exigimos a los adictos que lo hagan. Sin embargo la prevención, hija de la reflexión, queda postergada en una sociedad que da paso a la emergencia. (Dupetit, 1983)

Los efectos de las drogas pueden variar también cualitativamente con las dosis y la duración del tratamiento. Las dosis únicas de una droga pueden tener efectos bien distintos de los que se observan después de una serie de medicación, con los correspondientes fenómenos de acumulación y acostumbramiento.

Las expectativas ante la medicación provienen tanto del paciente como del médico que administra el psicofármaco, el psicoterapeuta que lo indicó, los familiares y el ámbito sociocultural en el cual se desenvuelve el enfermo.

El paciente espera de la medicación que recibe la reducción o supresión de los síntomas, que son para él la causa de su sufrimiento psíquico. Será posible obtener buena respuesta a la psicofarmacoterapia si el enfermo tiene conciencia de lo que le ocurre, desea ser tratado, reacciona positivamente al tratamiento psíquico efectuado y tiene una buena opinión de los profesionales intervinientes. (Moizeszowicz, 1998)

Los efectos psicofarmacológicos pueden ser negativos si el enfermo no está controlado psicológicamente y no existe un lugar donde su palabra pueda ser tratada.

La ventaja del terapeuta como médico administrador reside en que detecta con mayor precocidad los pequeños cambios al observar y escuchar de modo más frecuente al paciente, lo que le permite efectuar cambios de dosificación y medicamentos de forma rápida.

LOS PSICOFARMACOS

Hace ya miles de años que el hombre toma drogas psicotrópicas, compuestos farmacéuticos o producidos por la naturaleza, que afectan su mente. Mucha de la farmacéutica actual se deriva de estos primeros rudimentos.

No hay droga psicotrópica que afecte a todo el mundo en la misma forma; por el contrario, puede darse que la misma droga afecte a la misma persona de modo diferente de un día para el otro. Esto dependerá del estado en que se halle esa persona y del ambiente que la rodee. (Blum, 1968)

La introducción de los psicofármacos a mediados del siglo XX conforma una verdadera “revolución” en el tratamiento y, por medios indirectos, en el diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales.

El uso racional de los psicofármacos ya iniciado en el siglo XXI, implica un cambio fundamental respecto de las posiciones, prácticas, interpretaciones y doctrinas que imperaron desde su introducción como grupo terapéutico en la década del '50. Los primeros psicofármacos (neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, IMAO, litio) fueron descubiertos en buena medida por casualidad, como efectos colaterales de medicaciones utilizadas con otros propósitos. A partir de mediados de la década del '80, dejan paso a nuevos productos obtenidos por “diseño molecular” en los que se caracteriza en primer término el target molecular al que el fármaco se deberá fijar. (Zieher, 2003)

Los psicofármacos actúan a nivel de las vesículas presinápticas, inhiben o estimulan los receptores pre o post-sinápticos y/o bloquean y/o estimulan la recaptación de neurotransmisores.

El sitio de acción de los psicofármacos es la sinapsis. Cada uno de los diferentes neurotransmisores puede ser alterado por los psicofármacos,

consiguiéndose así inhibir o excitar las neuronas de acuerdo con el fármaco utilizado. Se puede esquematizar la acción de los psicofármacos como una interferencia que abarca desde la formación hasta la degradación de los neurotransmisores. (Moizeszowicz, 1998)

La Enciclopedia Médica Quirúrgica clasifica a las drogas de acuerdo al siguiente cuadro:

- I. Los depresores del Sistema Nervioso Central:
 - A) Alcohol.
 - B) Ansiolíticos (sedantes, tranquilizantes menores).
 - C) Hipnóticos
 - 1) Barbitúricos
 - 2) No barbitúricos
 - D) Analgésicos narcóticos
 - 1) Opio y sus derivados naturales y semisintéticos
 - 2) Narcóticos sintéticos
 - E) Antipsicóticos (tranquilizantes mayores)
 - F) Otros (bromuros, antihistamínicos, medicamentos)

- II. Los estimulantes del Sistema Nervioso Central:
 - A) Estimulantes de la vigilancia
 - 1) Los estimulantes menores
 - a) Cafeína y otras xantinas
 - b) Nicotina
 - 2) Los estimulantes mayores
 - a) Anfetaminas
 - b) Otros aneroxígenos que no son anfetaminas
 - c) Cocaína
 - 3) Otros
 - B) Los estimulantes del humor (antidepresivos)
 - 1) Inhibidores de la M.A.O. (Monoamino oxidasa)
 - 2) No inhibidores de la M.A.O. (Tricíclicos)

III. Los perturbadores del Sistema Nervioso Central:

- A) Derivadas del Cannabis
- B) Alucinógenos propiamente dichos
- C) Solventes volátiles
- D) Otros

Si observamos los principales ítems de clasificación, notaremos que coinciden con las características que atribuimos a los sistemas de organización defensivos: desafío, distorsión, negación.

En efecto, la clasificación en depresores, estimulantes y perturbadores, nos posibilita afirmar que los objetos de la realidad ajena al mundo subjetivo del individuo, entre los cuales encontramos las drogas, son instrumentados al servicio de estas organizaciones defensivas, permitiéndonos ensayar una clasificación similar:

- Las drogas que ayudan predominantemente a negar la realidad (Depresores).
- Las drogas que ayudan predominantemente al desafío de la realidad (Estimulantes).
- Las drogas que ayudan predominantemente a distorsionar la realidad (Perturbadores). (Dupetit, 1983)

DEPENDENCIA

Las drogas pueden tener efectos inesperados y poco deseables: dependencia desde el punto de vista afectivo o emocional, dependencia fisiológica y tolerancia a la droga, efectos todos que componen lo que se llama "toxicomanía", o problemas de dependencia a las drogas. (Blum, 1968)

Según el DSM-IV (2005) la tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado), o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

La dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos.

El síndrome de abstinencia producido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, se caracteriza por la aparición de un delirium (alteraciones de la conciencia y de las funciones psíquicas básicas, con alucinaciones visuales, táctiles o auditivas) que puede amenazar la vida. Puede haber síntomas a largo plazo de mucha menor intensidad y que persistan durante algunos meses.

Como productos farmacéuticos, los sedantes tienen un origen anterior al de los tranquilizantes. De todos ellos el grupo que se receta más comúnmente es el de los barbitúricos.

Los sedantes resultan útiles para inducir el sueño en las personas o para calmarlas, pero pueden tener también efectos secundarios. Los barbitúricos provocan especialmente dependencia física y psicológica, así como la formación de una tolerancia a la droga. Los bromuros pueden producir psicosis si se los toma en grandes cantidades y constituir la base de una dependencia psicológica por parte del paciente. También producen perjuicios notorios al razonamiento y a la coordinación muscular, como también se dan reacciones de dependencia. (Blum, 1968)

La Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar un fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por una privación. (Organización Mundial de la Salud)

EFECTO PLACEBO

Uno de los temas de mayor relevancia en la actualidad sobre los psicotrópicos se da en relación al efecto placebo. Éste constituye una de las mayores dificultades para evaluar correctamente los efectos somatopsíquicos en general, y especialmente, las acciones psicofarmacológicas.

Wolf (1959) define el efecto placebo como todo efecto que puede ser atribuido a una píldora, poción o procedimiento, pero no a sus propiedades farmacológicas o específicas. No sólo puede producir el placebo en los pacientes una sensación de placer aumentado, sino, como se demostró experimentalmente, la administración de un placebo puede ir seguida de cambios sustanciales y medibles del mecanismo somático, no siempre agradables o favorables. El efecto placebo puede ser también desagradable, imitando efectos de carácter tóxico.

El efecto placebo es un fenómeno psicosomático producido por la vivencia del paciente relacionada con un acontecimiento considerado por él como capaz de influir sobre su bienestar biológico. Las condiciones de la producción del efecto placebo son complejas, dependiendo en parte de la estructura o situación psicológica del individuo. Una de las condiciones que la favorecen, según Wolf, es la situación "significativa", un factor de gran importancia en la producción de toda clase de efectos psicosomáticos, en general. (Fisher, 1964)

En general se acepta que un placebo es una sustancia (o un procedimiento) que, careciendo por sí mismo de acción terapéutica, produce algún efecto curativo en el enfermo.

En relación con el efecto placebo, Wikler (1957) llama la atención sobre el hecho de que más o menos el 35% de los psicóticos y el 65% de los neuróticos responden a cualquier clase de tratamiento.

La perplejidad que produce en la medicina convencional la acción del placebo sólo puede explicarse por la persistencia de una concepción dualista de la naturaleza humana, por la convicción de que existe una dicotomía entre la mente y el cuerpo. Ya que si el placebo no actúa en el cuerpo enfermo, tal como lo concibe la medicina convencional, entonces es desde la mente donde modifica la sintomatología que el cuerpo expresa.

Hay dos grandes líneas de teorización e investigación: una atiende a los aspectos cognitivos que podrían estar involucrados, la otra analiza los aspectos emocionales.

Numerosos investigadores explican la respuesta al placebo como un proceso de condicionamiento clásico.

Quienes adjudican el efecto placebo a un proceso de condicionamiento sostienen que el comprimido, por ejemplo, actúa como estímulo condicionado y el agente activo (o droga) contenido en el mismo, como estímulo no condicionado. La presentación subsecuente de un comprimido idéntico en aspecto al original pero carente del agente activo, induce una respuesta similar en sentido y magnitud a la observada por la administración de dicho agente.

Una variante de esta teoría sostiene que dado que el agente activo en sí mismo no es percibido por el sujeto, lo que en realidad actúa como estímulo no condicionado, es la respuesta farmacológica.

Otros trabajos demostraron que la sustitución de una droga activa por un placebo retrasa la reaparición de los síntomas después de tratamientos crónicos.

Sabemos que el contexto en que la información es proporcionada, o la experiencia ajena es transmitida, es de vital importancia para que dicha información genere expectativa. Lo que en particular hace que un contexto sea favorable es que nos sea familiar, que existan ciertos rituales compartidos entre quienes proporcionan la información y quienes la reciben.

El placebo coloca a la enfermedad (y a la experiencia de estar enfermo) dentro de un sistema de símbolos compartidos. (Wikinski, 2003)

PATENTAMIENTO y COMERCIALIZACIÓN

Existen a nivel internacional distintas instituciones gubernamentales destinadas al control de la calidad de los medicamentos que se lanzan al mercado.

La Administración de Alimentos y Drogas (FDA), es el organismo estadounidense responsable de la aprobación y control de alimentos y medicinas.

Normalmente, el público puede acceder a un nuevo producto medicinal una vez que el organismo de regulación del país donde vive haya aprobado formalmente la solicitud de Nuevo Medicamento presentada por el fabricante, lo cual suele demorar alrededor de ocho a diez años en Estados Unidos. (Kaufman, 1991)

En nuestro país, el procedimiento para solicitar la aprobación de un nuevo producto medicinal se inicia actualmente presentando al Ministerio de Salud Pública una monografía, que es considerada en primer lugar por una Asesoría Médica y luego se remite al Instituto de Farmacología y Bromatología.

En la misma se vuelcan todas las características físicas y químicas referidas tanto a las drogas activas como a los elementos inertes. También se deja constancia de las técnicas analíticas empleadas por el laboratorio para llevar a cabo el análisis integral de la forma farmacéutica así como los ensayos microbiológicos, de estabilidad acelerada o retardada y, ya en orden farmacológico, los datos de biodisponibilidad referentes a la absorción, metabolización, excreción y vida media de la droga.

Cuando una droga ya se comercializa en otros países, por lo general no se piden ensayos preclínicos o clínicos. Si este no fuera el caso, suelen exigirse ensayos clínicos, que se realizan casi siempre en los servicios hospitalarios.

Una vez que, en base a los datos aportados, el Instituto de Farmacología ha completado los estudios y análisis correspondientes, envía todo el material a la Asesoría Médica, que puede solicitar o no mayor información y realiza el informe final. Todo el trámite, hasta alcanzar la aprobación final, puede llegar a durar más de dos años. (Landam, 1991)

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Desde hace años, bajo el slogan de la “década del cerebro”, la industria farmacéutica desarrolla una amplia política de difusión, dirigida a crear y fortalecer el mercado para sus productos. Esta política está dirigida en dos direcciones. A través de los medios masivos de comunicación se anuncian periódicamente nuevos descubrimientos “científicos” sobre el comportamiento humano y sus malestares, e indica que la “ciencia está tras ellos” para combatirlos y en muy poco tiempo se hace el anuncio de un nuevo producto.

Por otra parte, una política similar de propaganda se dirige al sector profesional, que es quien en definitiva vende estos productos; se presentan también artículos en revistas científicas, se publican nuevos estudios, y se financian libros y revistas. Gran parte de la literatura científica actual sobre neurociencias y la aplicación de fármacos en psiquiatría provienen de esta industria.

Asistimos, como parte de esta política, a una nueva asociación entre las industrias farmacéuticas y las corporaciones de los especialistas. Por esta asociación la industria financia la realización de congresos, las publicaciones de las asociaciones profesionales, viajes de placer, jornadas especiales sobre un nuevo producto. (Galende, 2008)

El incremento del gasto en fármacos refleja el hecho de que la gente consume muchos más medicamentos que antes, que esos medicamentos son con toda probabilidad los nuevos y más caros en lugar de los viejos más baratos, y que los precios de los que más se recetan se ven sometidos a alzas rutinarias, a veces varias veces al año.



La industria farmacéutica no es precisamente innovadora. Sólo unas pocas drogas importantes han aparecido en el mercado en años recientes.

La gran mayoría de las “nuevas” drogas no son nuevas, sino simples variantes de viejas drogas ya presentes en el mercado. A estas se las denomina medicamentos “yo-también”. La finalidad es asegurarse una buena participación en un mercado ya establecido y lucrativo produciendo algo muy similar a un medicamento de gran éxito en ventas.

Estudiar la enfermedad o la dolencia es por lo general el comienzo de la parte de investigación, y puede llegar a tomar muchos años, a veces décadas.

Según la industria farmacéutica, sólo una de cinco mil candidatas a drogas logra entrar en el mercado, una de cada mil sobrevive a las pruebas preclínicas, y entre éstas, una de cada cinco supera los ensayos clínicos.

Por ley, antes de que una compañía pueda poner a la venta un nuevo medicamento, debe mostrar que la medicina es razonablemente segura y eficaz. La demostración requiere, por lo general, una serie de experimentos clínicos, que se dividen en tres fases. La primera fase implica administrarle la droga a un número reducido de voluntarios, por lo general sanos, para poder establecer los niveles seguros de dosis y estudiar su metabolismo y efectos secundarios. Si la droga parece prometedora pasa a la segunda fase, que involucra a cientos de personas con la enfermedad pertinente o dolencia médica. La droga se administra en varias dosis, y los efectos se comparan, a menudo, con los de un grupo de pacientes a los que no se les administra la droga. Finalmente, si todo va bien, se llevan a cabo los ensayos clínicos de la tercera fase, que evalúa la seguridad y eficacia de la droga en grandes

cantidades de pacientes, y que casi siempre incluyen un grupo comparativo de control.

Son pocos los ensayos con nuevas drogas dirigidos a obtener la aprobación de la Administración de Alimentos y Drogas (FDA). Muchos son de medicamentos que ya circulan en el mercado (se los llama ensayos de “poscomercialización” o estudios de cuarta fase). A menudo, se llevan a cabo con la finalidad de encontrar nuevos usos para viejas drogas y así expandir su mercado.

A las compañías farmacéuticas les urge quitarse de encima los ensayos y dar comienzo a la comercialización de la droga. Y eso significa que necesitan encontrar voluntarios con mucha prisa.

La escasez de sujetos humanos es la mayor causa de la demora en introducir nuevos medicamentos en el mercado.

Para conseguir sujetos humanos, las compañías farmacéuticas o las organizaciones de investigación por contrato les ofrecen a los médicos grandes subsidios.

Uno de los riesgos de este sistema de subsidios y bonificaciones es que se puede inducir a los médicos a inscribir a personas que no cumplan con los requisitos. Si se inscriben los pacientes equivocados, los resultados del experimento no son confiables.

A las compañías se les permite promocionar los medicamentos únicamente para los usos y en las dosis para las que fueron aprobados, a pesar de que una vez en el mercado los médicos pueden recetarlas para los usos y en las dosis que consideren convenientes.

En los últimos años la cantidad de medicamentos nuevos ha descendido, al igual que su calidad. En 2001 y 2002, sólo se aprobaron 7 fármacos innovadores (es decir, nuevas entidades moleculares de revisión prioritaria) por año.

Las grandes compañías farmacéuticas no compiten tanto en la búsqueda de nuevas drogas, como en la cantidad limitada de drogas para patentar.

Las compañías sólo deben demostrar que los nuevos medicamentos son “eficaces”. No tienen que probar que son *más eficaces que* (o incluso, *tan eficaces como*) los que ya se utilizan para tratar la misma enfermedad. Sólo tienen que demostrar que peor es nada. En los ensayos clínicos comparan sus medicamentos nuevos con placebos (cápsulas de azúcar) en vez de hacerlo con las que proporcionan el tratamiento apropiado.

Sobre la base de los ensayos realizados con placebos, drogas que son incluso peores que las que existen en el mercado pueden obtener aprobación.

Esta falla en la ley es decisiva para entender la industria farmacéutica moderna.

Como dice el bioético Carl Elliot: “Para vender medicamentos lo mejor es vender enfermedades psiquiátricas”. El hecho de que pocos trastornos psiquiátricos tengan criterios objetivos de diagnóstico permite que estos trastornos sean expandidos con más facilidad que la mayoría de las enfermedades físicas.

Las personas que sufren de enfermedades poco comunes no provocan gran interés en las compañías farmacéuticas, porque el mercado es pequeño.

Tampoco se ocupan de las personas con enfermedades pasajeras, como la mayoría de las infecciones agudas. Las enfermedades mortales matan al

consumidor, así que los medicamentos para tratarlas tampoco suelen obtener grandes éxitos en ventas. Por otro lado, no es buen negocio fabricar medicamentos para clientes que no pagan. Por eso la industria farmacéutica no tiene ningún interés en buscar medicamentos para tratar las enfermedades tropicales. Aunque estas enfermedades existen en todas partes, no son importantes para la industria, ya que quienes las padecen viven en países demasiado pobres como para comprar medicamentos.

Lamentablemente no podemos saber si las medicinas nuevas son mejores o peores que las antiguas. Generalmente todo lo que tenemos es parcialidad y promoción exagerada.

La publicidad directa al consumidor engaña a los consumidores más de lo que los informan, y presionan a los médicos para que les receten medicamentos nuevos, caros, y a menudo, poco eficaces, aun cuando una opción más conservadora (que bien puede no incluir medicamento alguno) pueda ser mejor y más segura. Los médicos no quieren discutir con la gente, y muchos consideran más rápido y sencillo prescribir un fármaco que explicar por qué no es necesario.

La gente con dolencias menores sufre más por tomar demasiados medicamentos, y por todos los efectos secundarios de la mezcla de drogas que ello implica, que por no tomar los necesarios.

El verdadero objetivo de los esfuerzos de la propaganda de la industria no es el público sino los médicos. Ellos buscan a los visitantes para que les den información sobre las últimas drogas, y para recibir la inevitable bolsa llena de muestras gratis.

Los regalos a los médicos son generalmente suntuosos. Las muestras gratis constituyen los obsequios más importantes. Son una manera de familiarizar a los médicos y a los pacientes con un medicamento caro recién autorizado, a pesar de que uno más antiguo y barato puede ser mejor o igualmente eficaz.

Semejante cantidad de publicidad da pie a una pregunta: ¿Si los medicamentos que se prescriben son tan buenos, por qué tienen que esforzarse tanto?. La respuesta es que las drogas verdaderamente buenas no son tan publicitadas. Un medicamento genuinamente importante se vende solo.

Es ilegal que las industrias farmacéuticas vendan medicamentos para un uso no autorizado. Cuando se autoriza un fármaco nuevo, la autorización se restringe a un uso particular. No obstante, los médicos no están obligados a acatar esta ley. Pueden prescribir medicamentos para los usos que quieran. Por lo mismo, si las compañías pueden convencer a los médicos, de alguna forma, de prescribir drogas para usos no incluidos en el prospecto, sus ventas suben.

Es ilegal ofrecer sobornos y coimas a los médicos para que prescriban drogas. Sin embargo, si las compañías pueden justificar en forma verosímil sus formas de adulación como propósitos didácticos o de investigación, pueden salirse con la suya y seguir haciendo regalos ilimitados que atraigan mayores ventas.

Tenemos que preguntarnos si en verdad el público se beneficia al tomar tantos medicamentos. Nos hemos convertido en una sociedad sobremedicada. Los médicos han sido muy bien educados por la industria farmacéutica. Los pacientes han sido muy bien instruidos por la publicidad de la industria. Les han enseñado que si no salen del consultorio médico con una prescripción, el médico no está haciendo bien su trabajo. El resultado es que mucha gente

termina tomando fármacos cuando hay maneras más eficaces de lidiar con sus problemas.

Aún más serio es el hecho de que muchos toman demasiados fármacos al mismo tiempo. Esta práctica se denomina polifarmacia y tiene graves riesgos.

El problema es que muy pocas medicinas tienen un solo efecto. Además del efecto deseado, hay otros; y cuando se toman muchos medicamentos al mismo tiempo, tales efectos se pueden sumar. También podría haber interacción entre ellos, en cuyo caso un medicamento bloquea la acción de otro o demora su metabolismo, con lo cual su acción y sus efectos secundarios resultan mayores.

Los médicos no sólo reciben información parcializada, sino que aprenden un estilo de medicina muy orientado hacia la medicación. Llegan a creer que hay un medicamento para todo y que las nuevas medicinas (de las que tienen muchas muestras gratis) son siempre mejores que las antiguas. (Angell, 2006)

Argentina es un país rentable para los laboratorios, el Dr. Eduardo Leiderman publicó un trabajo de investigación donde dio cuenta que el 15% de los encuestados (276) de la ciudad de Buenos Aires consumen psicofármacos, tal cifra de prevalencia es una de las más altas a nivel mundial, superando el 3.5% del Reino Unido, el 5.5% de EEUU, el 6.4% de los países de Europa, el 7.2% de Canadá o el 10.1% de San Pablo, Brasil. El gasto de medicamentos en la Argentina significa entre el 25 y el 30% del gasto de salud, casi el doble de países como EEUU, Alemania y Canadá.

Philippe Pignarre en su libro "El gran secreto de la industria farmacéutica" revela que este sector es la "joya" de la industria capitalista y por lejos, su

industria mas rentable. Los márgenes brutos giran en torno al 70% y hasta el 90% y su tasa de ganancias es la más elevada de todas, por encima de la actividad financiera y las demás industrias.

La Ley 17.132 (1967) del ejercicio legal de la medicina establece en su artículo 20 una serie de prohibiciones para la práctica médica: "Allí se prohíbe vender cualquier clase de medicamentos (inciso 15) así como también inducir a los pacientes a proveerse en determinadas farmacias (inciso 19) y obtener beneficios de laboratorios de análisis o establecimientos que elaboren, distribuyan, comercien o expendan medicamentos (inciso 21)".

La Asociación Médica Argentina, en el año 2001 publicó el Código de Ética para el Equipo de Salud, allí en su artículo 366 dice: "Se considera una falta grave a la conducta ética la inducción por parte de empresas y/o laboratorios de productos medicinales, el uso de ciertos medicamentos o equipos biotecnológicos médicos prometiendo dadas o recompensas" . (Pavlovsky, 2007)

La ingesta de remedios se la ha naturalizado como un medio de vida. La enfermedad es una falla que hay que suprimir y no un problema a entender donde hay que dar cuenta de una etiología. (Carpintero, 2007).

La industria farmacéutica, factura anualmente a nivel mundial una suma que es superior al doble del Producto Bruto de Argentina, y posee un poder que se corresponde con esta suma. Para ganar este dinero tiene un enorme menú de opciones, que van desde la mínima antiética (dar publicidad de sus productos en revistas profesionales donde se subestiman sus contraindicaciones) hasta la máxima antiética (auspiciar golpes de Estado o amenazar a países que juzga



hostiles, violar el consentimiento informado de pacientes sujetos a experimentos, negar la iatrogenia de sus productos, fraguar estudios clínicos), oscilando entre estos extremos la zona gris que tiene que ver con la corrupción de individuos (profesionales Psi).

En Salud Mental, el capitalismo gana dinero, principalmente, vendiendo moléculas a un precio muy superior a lo que le cuesta fabricar estas moléculas. No es la única forma posible de dar Salud Mental: existen también, como suplemento y como alternativas otros procedimientos: la contención, la escucha, el empoderamiento, los cambios en hábitos y en la subjetividad. (Escudero, 2007)

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio no experimental transversal de tipo exploratorio descriptivo.

Se administró, de manera anónima y voluntaria, un cuestionario conformado por nueve preguntas cerradas. El mismo fue adaptado del instrumento original elaborado por Grela, Alvarez Spence, Horvat y Domínguez (2006) para evaluar la automedicación en estudiantes universitarios. Las modificaciones realizadas sobre el cuestionario original consistieron en focalizar en el consumo de psicofármacos; por otro lado, el universo al cual fue aplicado no se limitó como en el artículo original a estudiantes de medicina, sino a la población general de Mar del Plata, dentro de un rango de edad determinada. La muestra estuvo constituida por 120 adultos de 20 a 50 años de edad (20 a 29 años n: 20, 30 a 39 años n: 20 y 40 a 50 años n: 20), de ambos sexos, residentes en la ciudad de Mar del Plata.

El cuestionario adaptado indagaba acerca de: consumo de psicofármacos, tipo de psicofármacos consumidos, automedicación o prescripción médica, motivo de consumo sin prescripción, principal fuente de información para decidir qué psicofármaco usar y accesibilidad a los psicofármacos.

Además se incluyeron preguntas para explorar aspectos sociodemográficos como edad, sexo, ocupación y estado civil. Antes de comenzar con la administración propiamente dicha se realizó una prueba piloto a partir de diez casos, a fin de evaluar los alcances, limitaciones y dificultades que podía presentar el mismo. No se realizaron modificaciones, por lo tanto se procedió a tomar los cuestionarios.

Los sujetos de la investigación fueron elegidos en la vía pública, su participación fue anónima y voluntaria. La administración del cuestionario demoraba muy poco tiempo si no se habían consumido psicofármacos, y si habían consumido demoraba unos minutos, dependiendo del conocimiento de la persona acerca de los psicofármacos. En algunos casos los cuestionarios fueron autoadministrados y en otros casos fueron completados por nosotros.

Una vez finalizada la toma de los cuestionarios, se efectuó un análisis cuantitativo de los datos mediante el uso de paquetes informatizados para uso en Ciencias Sociales.

PARTE II

Resultados y Conclusiones

RESULTADOS

A partir del análisis de los datos relevados puede observarse que un porcentaje elevado -el 45,83% de los casos- ha consumido psicofármacos en alguna oportunidad.

Tabla 1. Porcentaje de consumo de psicofármacos

	N°	%
Si	55	45,83
No	65	54,17
Total	120	100,00

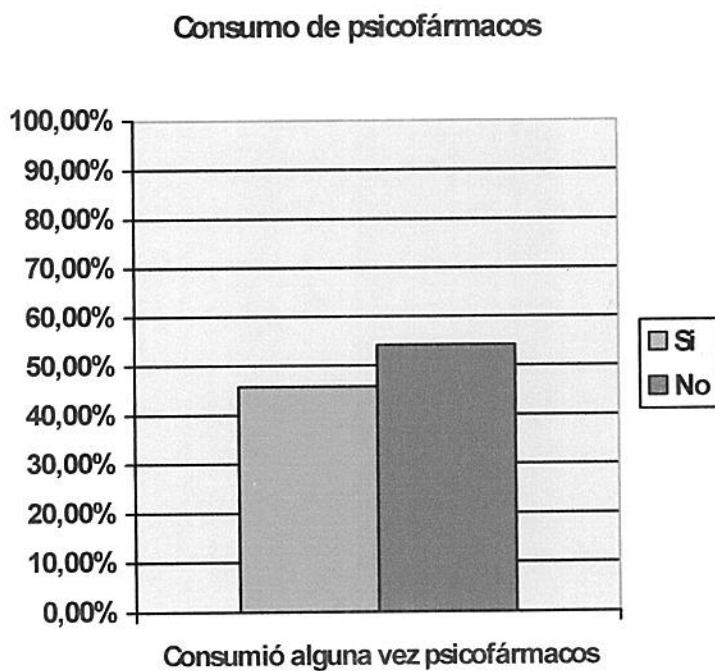


Gráfico 1. Consumo de psicofármacos en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008

El segundo punto de la encuesta indagaba sobre el consumo actual; los porcentajes obtenidos muestran que de los sujetos que han consumido alguna vez, el 58,19% lo sigue haciendo en la actualidad. Se establecieron tres niveles de consumo, pudiendo observarse que los porcentajes más elevados corresponden a quienes consumen casi nunca o a veces. Sin embargo el 18,19% expresó consumir casi siempre este tipo de medicamentos.

Tabla 2. Consumo actual de psicofármacos en personas que han consumido alguna vez.

	N°	%
Casi Nunca	23	41,81
A veces	22	40,00
Casi Siempre	10	18,19
Total	55	100,00

Consumo actual de Psicofármacos

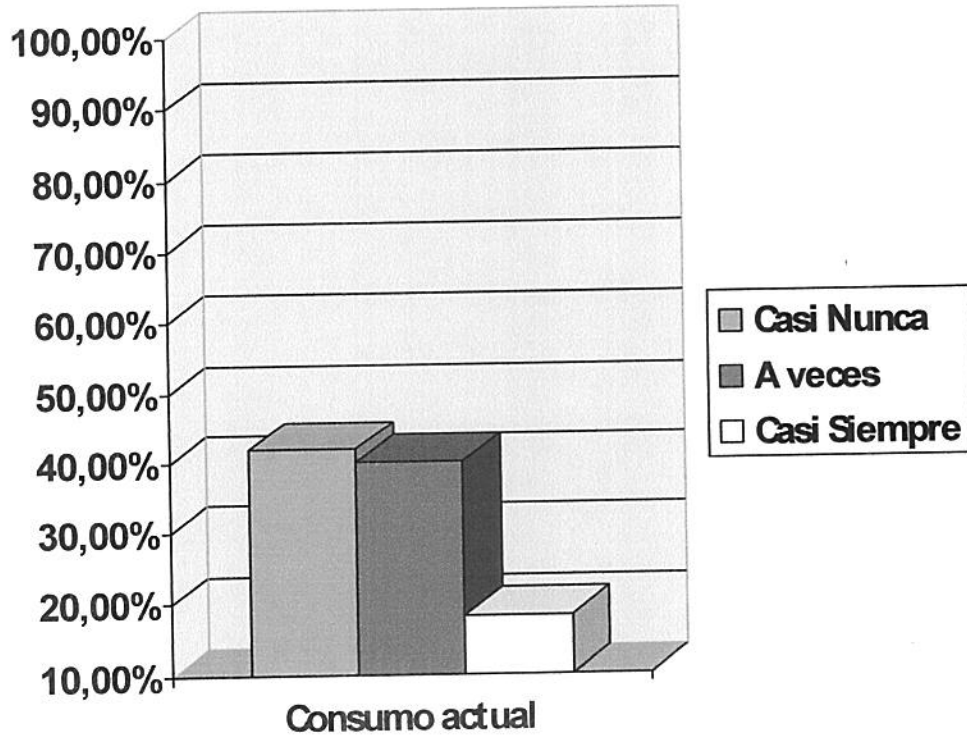


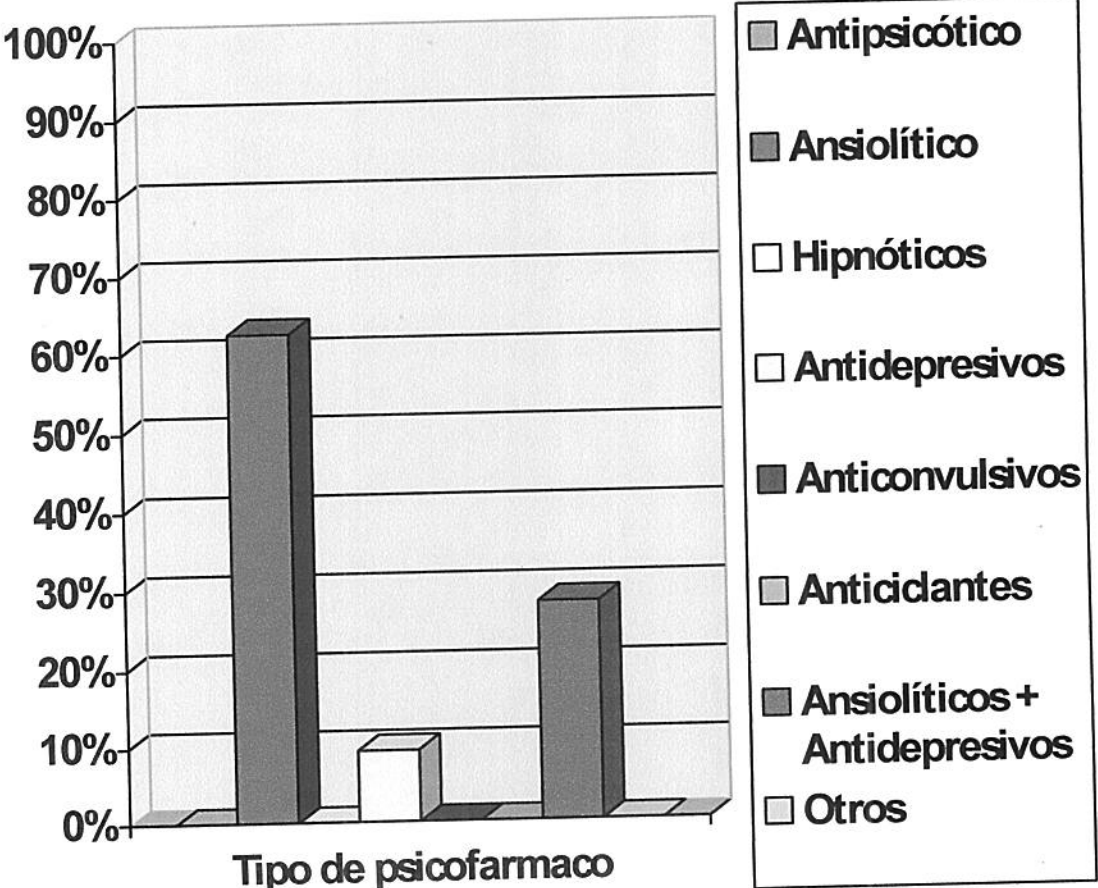
Gráfico 2. Consumo de psicofármacos en la actualidad en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008

El tipo de psicofármaco más consumido en la actualidad correspondió a los ansiolíticos (62,5% de los casos), seguido por los antidepresivos en un 9,38%. Un dato interesante que surge de este ítem es el elevado porcentaje en que combinan el consumo de ansiolíticos y antidepresivos (28,12%).

Tabla 3. Tipo de psicofármaco más consumido actualmente

	N°	%
Ansiolíticos	20	62,5
Ansiolíticos + Antidepresivos	9	28,12
Antidepresivos	3	9,38
Antipsicóticos	0	0,00
Anticonvulsivos	0	0,00
Anticiclantes	0	0,00
Hipnóticos	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	32	100,00

Gráfico 3. Tipo de psicofármaco más utilizado actualmente en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008



También se indagó sobre la droga específica que utilizaba cada uno de los encuestados. Los resultados se toman en relación a la población que actualmente consume psicofármacos, es decir un total de 32 casos.

Tabla 4. Drogas más consumidas actualmente

	N°	%
Clonazepan	15	46,90
Clonazepan + Fluoxetina	5	15,62
Diazepan	3	9,38
Clonazepan + Venlafaxina	2	6,25
Sertralina	1	3,12
Amitriptilina	1	3,12
Fluoxetina	1	3,12
Bromazepan	1	3,12
Clonazepan + Citolapram	1	3,12
Alplazolan + Citolapram	1	3,12
Clonazepan + Alplazolan+ Bromazepan + Diazepan	1	3,12
Total	32	100,00

Con respecto al consumo de psicofármacos sin la correspondiente prescripción médica podemos observar que se presenta en un alto porcentaje de casos (32,72%) (Ver Tabla 4) constituyendo un fenómeno bastante común. En la tabla 5 vemos como esta práctica no sólo es frecuente entre los que han consumido alguna vez sino que se presenta también en un alto porcentaje en quienes consumen actualmente.

Tabla 5. Consumo de psicofármacos sin prescripción médica en sujetos que han consumido alguna vez

	N°	%
Si	18	32,72
No	37	67,28
Total	55	100,00

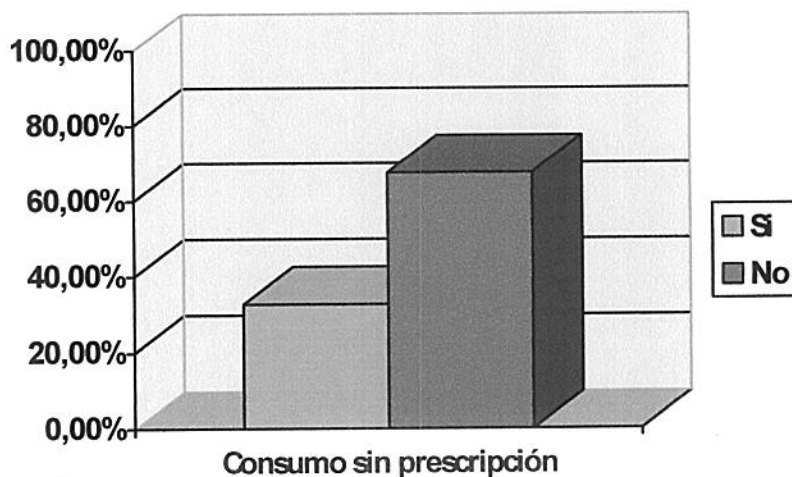


Gráfico 5. Consumo de psicofármacos sin prescripción en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008



Tabla 6. Consumo de psicofármacos sin prescripción médica en sujetos que consumen actualmente

	N°	%
Si	12	37,50
No	20	62,50
Total	32	100,00

Consumo sin prescripción actualmente

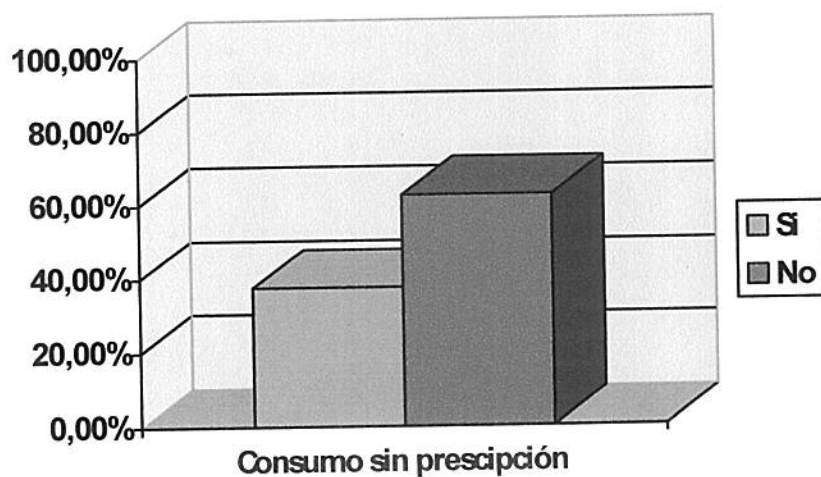


Gráfico 6. Consumo sin prescripción en la actualidad en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008

El quinto ítem de la encuesta indaga acerca del psicofármaco utilizado en la automedicación. Aquí también los ansiolíticos tienen preponderancia sobre el resto de los psicofármacos, seguidos por los antidepresivos en un porcentaje muy inferior. En la siguiente tabla se muestra los porcentajes correspondientes al tipo de psicofármaco utilizado en la automedicación.

Tabla 7. Tipo de psicofármaco empleado sin prescripción médica

	N°	%
Ansiolítico	17	94,45
Antidepresivos	1	5,55
Hipnóticos	0	0,00
Anpsicótico	0	0,00
Anticonvulsivos	0	0,00
Anticiclantes	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	18	100,00

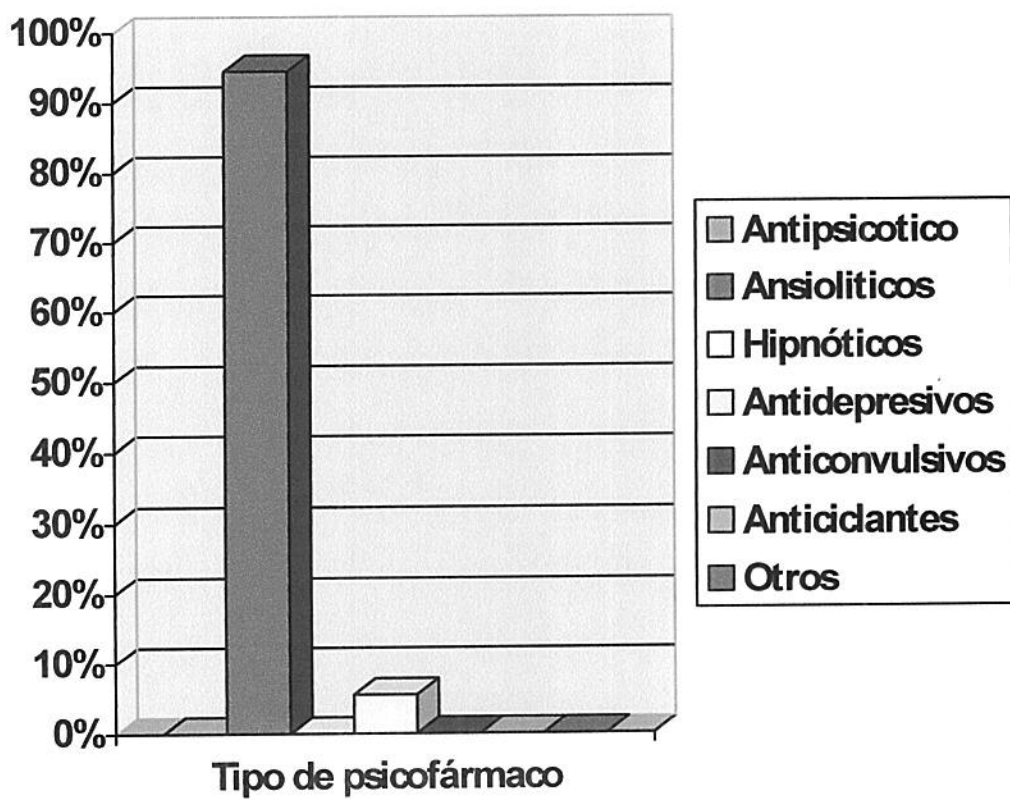


Gráfico 7. Psicofármacos más utilizados sin prescripción en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008

En cuanto a los motivos más frecuentes por los cuales los sujetos deciden automedicarse, como se muestra en la tabla 8 existe una distribución bastante pareja entre los diferentes motivos expuestos. Se destaca que principalmente la gente opta por automedicarse ya que considera que los síntomas no son tan serios.

Tabla 8. Motivos más frecuentes de automedicación

	N°	%
Porque los síntomas no eran tan serios como para acudir al médico	5	26,31
Por el tiempo que demanda esperar un turno médico para ser atendido	3	15,79
Porque tengo dificultades económicas y no poseo obra social	3	15,79
Porque confío en que lo que tomo no va a hacerme mal	3	15,79
Porque creo tener suficiente conocimiento para hacerlo	3	15,79
Otros*	2	10,52
Porque tengo vergüenza de acudir a la consulta médica	0	0,00
Total**	19	100,00

*Uno de los casos refiere a consumo antes de salir a bailar, el otro a que trabaja en un consultorio médico.

**El total de opciones indicadas por los sujetos excede el número de casos de consumo sin prescripción ya que se podía seleccionar más de una opción.

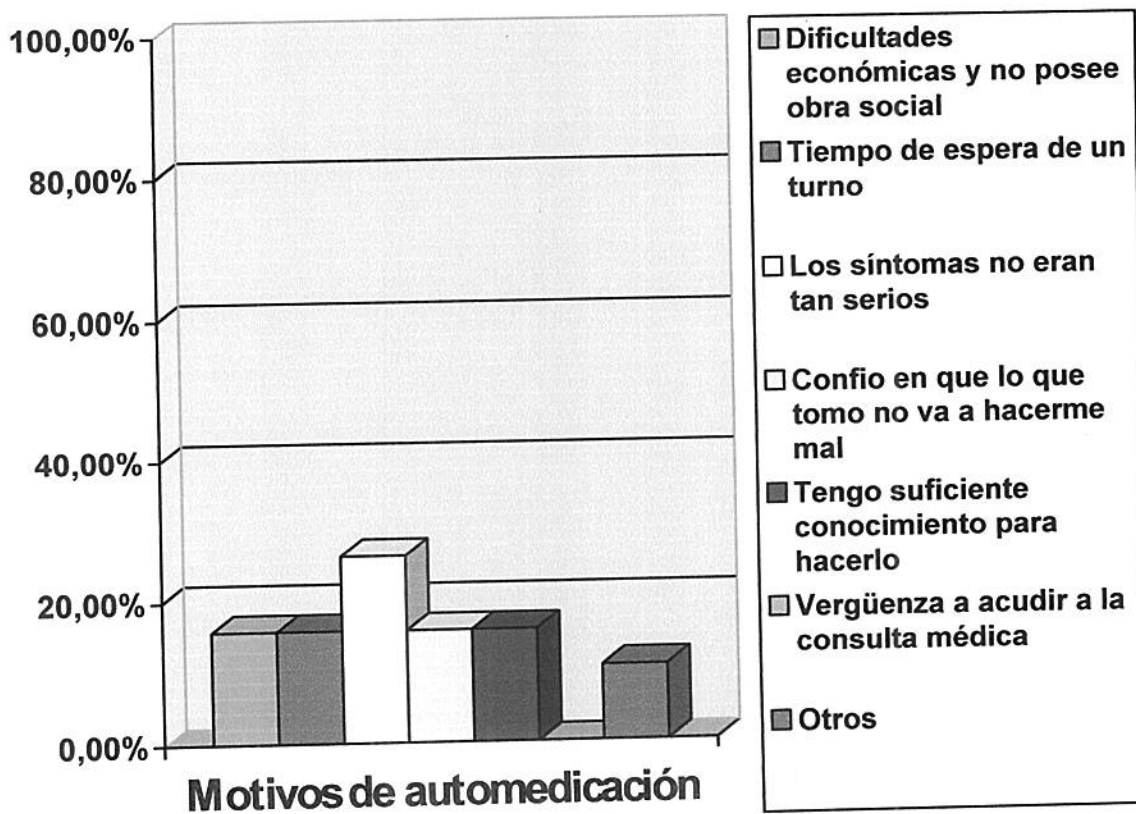


Gráfico 8. Motivos más frecuentes de automedicación en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008

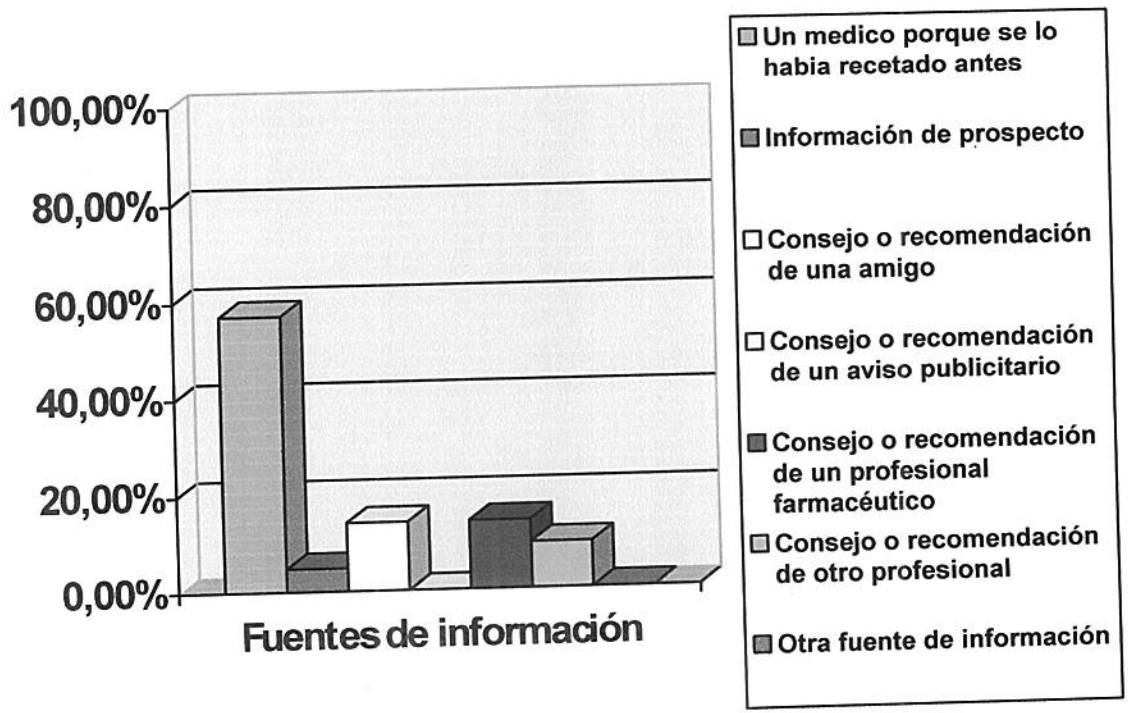
La principal fuente de información al momento de decidir cuál psicofármaco utilizar consiste en que se lo había recetado algún médico con anterioridad. Le sigue en orden de frecuencia decreciente el consejo de un amigo, familiar o compañero y la sugerencia o recomendación de un farmacéutico. No se presentó ningún caso que haya decidido qué psicofármaco tomar a partir de información aportada por los avisos publicitarios, ni por otra fuente que no haya sido especificada por el cuestionario. La tabla 9 muestra la totalidad de los motivos y los porcentajes correspondientes.

Tabla 9. Fuentes de información más comunes para decidir que psicofármaco utilizar

	N°	%
Un medico porque ya se lo había recetado anteriormente	12	57,14
El consejo o recomendación de profesional farmacéutico	3	14,29
El consejo o recomendación de un familiar, amigo, compañero	3	14,29
El consejo o recomendación de otro profesional	2	9,52
La información leída en el prospecto	1	4,76
El consejo o recomendación de un aviso publicitario	0	0,00
Otra fuente de información	0	0,00
Total*	21	100,00

*Idem tabla 6

Gráfico 9. Principales fuentes de información para elegir los psicofármacos en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008

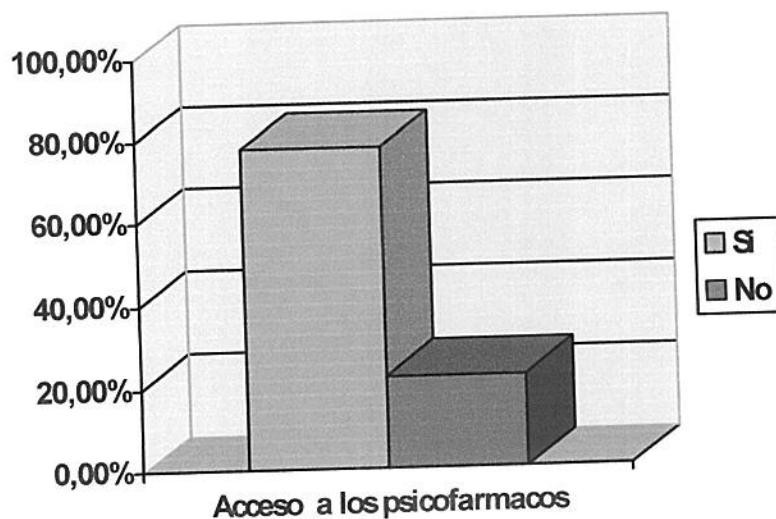


La investigación nos permitió establecer, como se muestra en la tabla 10, que para la mayoría resultó sencillo acceder a los psicofármacos sin la correspondiente prescripción médica.

Tabla 10. Resultó sencillo acceder a los psicofármacos

	N°	%
Si	14	77,78
No	4	22,22
Total	18	100,00

Gráfico 10. Acceso a los psicofármacos en una muestra de adultos de 20 a 50 años. Mar del Plata 2008



En relación al ítem anterior, la mayoría de las personas indicó que accedió a los psicofármacos a través de un familiar, amigo, vecino o compañero, y en menor medida en una farmacia. En la tabla 11 se muestra los porcentajes obtenidos en este ítem.

Tabla 11. Lugar en donde se adquirieron los psicofármacos sin prescripción médica

	N°	%
Me los dio un familiar, amigo, vecino, compañero	10	58,82
En una farmacia	4	23,53
Usé los que tenía	3	17,65
En un kiosco, supermercado o almacén	0	0,00
Total	17	100,00

En cuanto a los parámetros de consumo por sexo, edad y estado civil, los resultados son los siguientes:

Un 53,33% de las mujeres encuestadas manifiesta que ha consumido alguna vez psicofármacos, y de este número el 50% indica que sigue consumiendo actualmente. La tabla 12 nos muestra el consumo actual y su frecuencia en las mujeres.

Tabla 12. Consumo actual en mujeres

	N°	%
Nunca	16	50,00
A veces	9	28,12
Casi siempre	7	21,88
Total	32	100,00

El consumo en las diferentes franjas etáreas en las mujeres presenta una distribución bastante pareja.

Tabla 13. Consumo actual en mujeres según franjas etáreas

	N°	%
20 a 29	5	31,25
30 a 39	6	37,50
40 a 50	5	31,25
Total	16	100,00

En relación a los hombres, los resultados arrojados por la encuesta nos indican que el 38,33% ha consumido alguna vez psicofármacos, de este universo el 69,56% lo sigue haciendo en la actualidad. Se muestra en la siguiente tabla el consumo en la actualidad y su frecuencia.

Tabla 14. Consumo actual en hombres

	N°	%
Nunca	7	30,43
A veces	13	56,52
Casi siempre	3	13,05
Total	23	100,00

En cuanto a la distribución del consumo según las distintas franjas etáreas en los hombres, se observa que, a diferencia del caso de las mujeres, se presentan diferencias amplias en el consumo de los mismos. El 25% de los que poseen entre 20 y 29 años, el 12,50% de los de 30 a 39 años y el 62,50% de los hombres que poseen entre 40 y 50 años consumen psicofármacos en la actualidad.

Tabla 15. Consumo actual en hombres según franjas etáreas.

	N°	%
20 a 29	4	25,00
30 a 39	2	12,50
40 a 50	10	62,50
Total	16	100,00



Con respecto a la comparación del consumo de psicofármacos según estado civil, se obtuvieron los siguientes resultados: Del total de hombres que consumen actualmente el 43,75% son casados, el 37,5% solteros y el 18,75% divorciados. En cuanto a las mujeres que consumen psicofármacos actualmente, el 43,75% son solteras, el 31,25% son casadas y el 25% son divorciadas.

Conclusiones

CONCLUSIONES

A partir del trabajo realizado podemos formular algunas conclusiones. Con respecto al objetivo general de evaluar el consumo de psicofármacos en adultos de ambos sexos, de 20 a 50 años residentes en Mar del Plata, podemos observar que un porcentaje elevado (45%) de los encuestados han consumido alguna vez psicofármacos. En cuanto al consumo actual, de dicho grupo, el 18% lo hace casi siempre, el 50% a veces y el 33% casi nunca. Estos datos son consistentes con los aportados por el Colegio de Farmacéuticos de General Pueyrredón indicando un aumento en las ventas de psicofármacos.

En algunos casos los encuestados desconocían que el medicamento que habían consumido era un psicofármaco. Consideramos que quien utiliza este tipo de medicamentos en muchas oportunidades no le da al mismo la relevancia que debería tener, no recuerdan bien si lo que han consumido era o no un psicofármaco, y en la mayoría de los casos no tienen conocimiento de la droga recetada, de sus efectos secundarios y de las consecuencias de su uso sin un correcto control médico. Por otro lado, frente a la presencia de determinada sintomatología es recomendable un tratamiento psicológico que acompañe el consumo de psicofármacos. Esto generalmente no es tenido en cuenta ni por los profesionales ni por los pacientes

Otro de los objetivos planteados en esta investigación se orientaba a identificar si se presentaba el fenómeno de la automedicación, cada vez más presente en la sociedad capitalista. Al respecto, el análisis de los datos relevados nos indican que el 37,5% de quienes consumen actualmente, lo han hecho sin la correspondiente prescripción médica. El dato no es menor ya que estamos en presencia de un fenómeno que puede acarrear severos inconvenientes sobre la

salud psíquica y física de las personas. La automedicación constituye un acto peligroso que se está naturalizando en nuestra sociedad. Este fenómeno ha tenido un crecimiento muy importante en los últimos años, la mayoría de los medicamentos son de conocimiento público, y existe una gran inversión en la búsqueda de nuevas aplicaciones para drogas ya existentes en el mercado, sumado al apoyo publicitario y la incentivación a los médicos a prescribir los nuevos medicamentos.

En muchos casos una vez que le han recetado un psicofármaco, el paciente no vuelve a consultar al médico y se automedica cuando considera que los síntomas que presenta son similares a los que tenía. En estos casos no se tiene en cuenta que éstos pueden deberse a otras causas, se suprimen los síntomas, pero no la causa que los provoca, con el consiguiente peligro que ello implica. Por otro lado, al automedicarse, tampoco se consideran las posibles interacciones entre los distintos medicamentos que se consumen y sus efectos secundarios.

En cuanto al objetivo relacionado con los motivos por los cuales las personas deciden medicarse sin efectuar una consulta médica, el mencionado más frecuentemente por los encuestados fue el considerar que los síntomas que tenían no eran tan serios como para justificar la visita al médico. En orden de frecuencia decreciente le siguen las dificultades económicas; el tiempo que demanda esperar un turno médico para ser atendido; el confiar en que lo que toma no va a hacerle mal y porque creen tener suficiente conocimiento para hacerlo.

El hecho de considerar que los síntomas no son tan serios como para automedicarse con un psicofármaco nos habla de la naturalización de su uso.



(todos los consumidores); las personas se consideran con el conocimiento necesario como para diagnosticarse y automedicarse, sin evaluar la gravedad de ciertos cuadros, ni las consecuencias que puede acarrear la administración de medicamentos inadecuados, o de medicamentos adecuados en dosis incorrectas y durante períodos más prolongados que los que indicaría el médico.

Por otro lado, nos habla de la tendencia imperante en nuestra sociedad actual, en la que se vive el “aquí y ahora” y en la que los problemas deben solucionarse de inmediato. La mejor solución para contrarrestar un malestar es tomar la “pastilla salvadora”, en lugar de reflexionar sobre las causas del problema.

En cuanto a la fuente de información utilizada para automedicarse, en la mayoría de los casos se lo había recetado un médico anteriormente, y en menor medida por recomendación de un familiar, de un farmacéutico, o de otro profesional. En muy pocos casos la información había sido obtenida a partir de la lectura del prospecto.

En cuanto a la forma de acceso a los psicofármacos, a la gran mayoría de los entrevistados los había obtenido a través de un familiar, otros los compraron en la farmacia y la minoría utilizó los que tenía.

El hecho de que la mayoría de los encuestados que se automedican utilicen los psicofármacos recetados anteriormente por un médico y que consideren que los síntomas no eran tan graves como para consultar nuevamente, nos habla nuevamente del crecimiento del mercado de los medicamentos en general y de los psicofármacos en particular, así como también de la naturalización de los mismos en nuestra sociedad.

Respondiendo al objetivo referido a identificar los psicofármacos más consumidos, encontramos en primer lugar los ansiolíticos con un 62,5% de los casos. Le sigue el consumo de manera conjunta de ansiolíticos y antidepresivos (28,12%) y luego el uso de antidepresivos de manera exclusiva con 9,38%.

Entre las posibles causas del incremento desmedido del consumo de psicofármacos podemos considerar la tremenda crisis e inestabilidad social que se presentó en nuestro país en las últimas décadas. Ante la pérdida del trabajo, la inestabilidad y la disminución de posibilidades que produjeron grandes descalabros en todos los niveles de la vida, el uso y abuso de psicofármacos aparece como la respuesta más rápida y barata para cualquier tipo de problemas. La aventura de la competencia en que ha devenido la vida, junto a la desprotección institucional de los menos aptos ha generado nuevos modos de sufrimiento subjetivo, muchos de ellos englobados en la idea de depresión, crisis ansiosas, pánico e inseguridad. Estamos asistiendo a un consumo masivo de psicotrópicos para aliviar estos malestares surgidos del peso de una presión psíquica inédita y de una crisis identitaria.

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 pueden estar al servicio de la emancipación del sujeto se las utiliza para adaptarlo a la cultura del sometimiento. Por ello el medicamento que estaba exclusivamente al servicio del "arte de curar", hoy se lo ofrece como un objeto necesario de

consumo para soportar las incertidumbres de un futuro que es vivido como catastrófico.

Medicar es un acto médico. En cambio la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica.

La búsqueda de la salud se transforma en una exigencia que en muchas ocasiones genera enfermos imaginarios de enfermedades creadas por los propios laboratorios. Esta red de intereses altera la relación médico-paciente y ha llevado al aumento en forma alarmante de la automedicación. Los efectos psicofarmacológicos pueden ser negativos si el paciente no está controlado psicológicamente y no existe un lugar donde su palabra pueda ser tratada.

Ninguna pastilla hará que se encuentre a sí mismo, que alcance sus metas o que obre como es debido. Si la raíz del problema es filosófica, no hallará nada en los estantes de la farmacia que le proporcione un alivio duradero. Ninguna pastilla hará que se encuentre a sí mismo, que alcance sus metas o que obre como es debido.

Hemos confiado en que la tecnología mejoraría nuestras vidas y nos daría respuestas fáciles a todo. La única manera de obtener una solución real y duradera a un problema personal consiste en abordarlo, resolverlo, aprender de él y aplicar lo que se aprenda en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Angell, M. (2006). La Verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Blum, R. H. (1968, Mayo). Un hombre de ciencia juzga la droga. El Correo de la Unesco. Año 21 N° 5, 13-16.
- Carpintero, E. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. Revista Topia.
- Spitzer, R., First, M., Gibbon, M., Williams, J. (2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Ed. Masson
- Dupetit, S. (1983). La adicción y las drogas. Buenos Aires: Salto Editora.
- Escudero, J. C. (2007). Medicamentos, Médicos y Laboratorios: una cuestión del campo de la Salud Mental. Revista Topía.
- Elustondo, G. (2006, Julio 24). Crece el consumo de drogas entre los mayores de 40 años. Diario Clarín.
- Fisher, E. (1964). Psicofarmacología. Buenos Aires: López.
- Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galván, C. (2008, Noviembre 18). Automedicación: crece la venta de remedios en ciberfarmacias. Diario Clarín.
- García Terán, M. (2003, noviembre 30). Alarma por el alto consumo de psicofármacos en la Argentina. Diario La Nación
- Gerber, A. (2005, Agosto 14). Aumentó el consumo de Psicofármacos. Diario La Capital.

- Kauffman, T. (1991, Enero/Febrero). Aprobación acelerada de medicamentos. Ciencia Hoy Vol. 2 N° 11.
- Landan, S. (1991, Enero/Febrero). Procedimientos en la Argentina. Aprobación acelerada de medicamentos. Ciencia Hoy Vol. 2 N° 11.
- Levin, S. (2007). Los ensayos clínicos controlados en psicofarmacología. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Moizeszowicz, J. (1998). Psicofarmacología Psicodinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas. Volumen 1. Buenos Aires: Paidós.
- Noticias y Protagonistas. (2008, Marzo 20). Tranquilidad artificial. Semanario Web de Información y Opinión.
- Pavlovsky, F. (2007, Agosto). La tentación: vicisitudes de un psiquiatra. Revista Topia.
- Pignarre, P. (2005). El gran secreto de la industria farmacéutica. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Ríos, S. (2007, Enero 8). Automedicación y descontrol. Diario La Nación.
- Rojas, M., Sternbach, S. (1997). Entre Dos Siglos: Una Lectura Psicoanalítica de la Posmodernidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Román, V. (2007, Octubre 31). Crece el consumo de una droga para calmar la ansiedad. Diario Clarín.
- Soto, M. (1954). Farmacología aplicada a la terapéutica. Buenos Aires: El Ateneo.
- Visconti, P. (2006, Junio 2). Aumento y consumo de Psicofármacos. Diario Castellanos.

- Wikinski, S. (2003). ¿Qué sabemos acerca del mecanismo de acción del placebo?. Vertex vol. XIV, 59-64.
- Wikler, A. (1957). La relación de la psiquiatría a la farmacología. Baltimore: Williams y Wilkins.
- Zieher, Luis. (2003). Mecanismos de acción de los psicofármacos. Vertex vol. XIV, 23-24.

PARTE 5

Anexos

Edad: Sexo: Estado civil: Ocupación:

- 1) ¿Ha consumido alguna vez psicofármacos? SI - NO
2) ¿Consumes algún tipo de psicofármaco? Casi siempre a veces casi nunca

- 3) En caso afirmativo, señale con una cruz los que consume habitualmente
- Antipsicóticos (Haloperidol, Risperidona, Levomepromazina, Tioridazina, Olanzapina)
 - Ansiolíticos (Clonazepam, Diazepam, Alprazolam, Bromazepam, Lorazepam)
 - Hipnóticos (Rohypnol, Dormicum, Zopiclona, Eszopiclona, Zolpidem, Flunitrazepam)
 - Antidepresivos (Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Venlafaxina, Citalopram, Amitriptilina)
 - Anticonvulsivos (Carbamazepina, Lamotrigina)
 - Anticiclotantes
 - Otros especificar

- 4) ¿Ha consumido uno o más psicofármacos sin prescripción médica? SI - NO
5) ¿Qué tipo de psicofármaco empleó?

- Antipsicóticos
- Ansiolíticos
- Hipnóticos
- Antidepresivos
- Anticonvulsivos
- Anticiclotantes
- Otros especificar

- 6) ¿Señale cuál fue el o los motivos por los cuales decidió medicarse sin consulta médica?

- Porque tengo dificultades económicas y no poseo obra social SI - NO
- Por el tiempo que demanda esperar un turno médico para ser atendido SI - NO
- Porque los síntomas no eran tan serios como para acudir al médico SI - NO
- Porque confío en que lo que tomo no va a hacerme mal SI - NO
- Porque creo tener suficiente conocimiento para hacerlo SI - NO
- Porque tengo vergüenza de acudir a la consulta médica SI - NO
- Otros especificar

- 7) ¿Cuál fue la principal fuente de información para decidir qué psicofármaco usar?

- Un médico, porque ya me lo había recetado anteriormente SI - NO
- La información leída en el prospecto del psicofármaco SI - NO
- El consejo o recomendación de un familiar, amigo, compañero SI - NO
- El consejo o recomendación de un aviso publicitario SI - NO
- El consejo o recomendación de un profesional farmacéutico SI - NO
- El consejo o recomendación de otro profesional SI - NO
- Otra fuente de información. Especificar

- 8) ¿Le resultó sencillo acceder a los psicofármacos? SI - NO
9) ¿Dónde y cómo adquirió o accedió a los psicofármacos?

- En una farmacia
- En un kiosco, supermercado o almacén
- Usé los que tenía
- Me los dio un familiar, amigo, vecino, compañero
- En otro lugar o en otra forma. Especificar
