



Consumo de Psicofármacos y Género en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

2010

**Observatorio de Drogas
Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones
Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Jefe de Gobierno
Ing. Mauricio Macri

Jefe de Gabinete de Ministros
Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Ministra de Desarrollo Social
Lic. María Eugenia Vidal

Subsecretaria de Promoción Social
Lic. María Soledad Acuña

Director General de Políticas Sociales en Adicciones
Lic. Claudio Parrilla

Director Operativo Observatorio de Drogas
Lic. Roberto Canay

Investigadores
Dra. María Verónica Brasesco
Lic. Ángeles Legisa
Lic. Romina Pighin
Lic. Florencia Tufro

Presentación

Argentina es uno de los países que registra mayor consumo mundial de psicofármacos. Estos son utilizados generalmente para tratar síntomas y trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad que afectan a millones de personas en el país. Según el último informe sobre el perfil de consumo de drogas en la población general de la Ciudad de Buenos Aires (Observatorio de Drogas Ciudad de Buenos Aires, 2008)¹, alrededor del 5% de la población consumió tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica alguna vez en la vida.

El estudio local citado y en numerosos otros estudios nacionales e internacionales, se verifican diferencias significativas en el consumo de psicofármacos según el sexo, con un porcentaje superior de uso de estas drogas en las mujeres. Resulta curioso señalar que esta tendencia se verifica a edades tempranas en las encuestas sobre consumo de drogas en población estudiantil donde, de forma sistemática, las jóvenes refieren consumir más tranquilizantes que los jóvenes (Observatorio de Drogas Ciudad de Buenos Aires, 2007)². El consumo de estas drogas y del tabaco no respetan el patrón de consumo prevalentemente masculino que se verifica en la población estudiantil.

En relación a la descripción del consumo de acuerdo con el 'género', es necesario no confundir dicha variable con 'sexo'. En muchas ocasiones existen confusiones y/o prejuicios que ponen cuestión la contemplación de la perspectiva de género para el análisis y el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido es importante destacar que especialmente en la última década, se han realizado estudios desde diferentes perspectivas indagando las razones por las que se realizan el doble de prescripciones de psicofármacos en las mujeres que en los varones.

Este consumo prevalente de psicofármacos en las mujeres se verifica en un marco donde la automedicación es una práctica arraigada socialmente, el acceso a los fármacos está facilitado y la comercialización de la mayoría de los medicamentos sin receta no encuentra mayores impedimentos. Sumado a lo anteriormente referido, existe un marcado proceso de medicalización asociado al desarrollo de la industria farmacéutica, especialmente a partir de la década del 60, pudiendo afirmar que nos encontramos en una sociedad medicalizada.

El presente trabajo se propone generar información que defina lineamientos estratégicos para una política pública sobre el consumo de medicamentos desde una perspectiva de género, que permita el desarrollo de acciones específicas y cambios estructurales en el sistema sanitario, con el objetivo de disminuir y controlar la prescripción y consumo de este tipo de medicamentos.

Roberto Canay
Director Observatorio de Drogas

¹ Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en población general de 12 a 65 años en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires(2008)

² Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de educación media en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2007)

Índice

- 1- Introducción
- 2- Los psicofármacos
- 3- Reseña de estudios antecedentes en Argentina
 - 3.1- Algunos resultados relevantes de estudios antecedentes
- 4- Género y consumo de psicofármacos
 - 4.1- Aproximaciones a los conceptos de género y salud
 - 4.2- Género e investigación en salud
- 5- El consumo de psicofármacos en la Ciudad Autónoma de Bs. As.
 - 5.1 Consumo en pacientes en rehabilitación
 - 5.2 Consumo de psicofármacos en los estudiantes secundarios de colegios públicos y privados
 - 5.3 Impacto del consumo de psicofármacos en la emergencia hospitalaria
 - 5.4 Conclusiones generales sobre los datos de consumo de psicofármacos en la CABA
- 6- Objeto del estudio
 - 6.1- Objetivo General
 - 6.2- objetivos específicos
- 7- Metodología
 - 7.1- Diseño metodológico
 - 7.2- Metodología cualitativa
 - 7.3- Marco muestral

8- Trabajo de campo

8.1- - Definición de instrumentos y procedimientos de registro y supervisión en el campo

9- Proceso y análisis de la información

10- La visión desde la perspectiva de los médicos psiquiatras

10.1- La prescripción

10.2- La información al paciente

10.3- Consumo problemático de psicofármacos

10.4- El motivo de consulta

10.5- Inicio en el consumo de psicofármacos y tratamiento

10.6- El riesgo de dependencia

10.7- Impacto de la publicidad

10.8- Tolerancia social al consumo de psicofármacos

11- La visión desde la perspectiva de los farmacéuticos

11.1- Acerca de la prevalencia

11.2- Acerca de quien debe prescribir

11.3- Acerca del consumo problemático

11.4- La industria farmacéutica

11.5- Impacto de la publicidad

12- La visión del consumo desde las mujeres sin consumo problemático

12.1- Iniciación en el consumo

12.2- Percepción de riesgo

12.3- Impacto de la publicidad

12.3- Tolerancia social

13- La visión del consumo desde la perspectiva de las mujeres adictas

13.1- Cronología del consumo

13.2- Acceso a los psicofármacos

13.3- Tipificación y significados del consumo

14- El consumo femenino en el imaginario de varones adictos

15- Conclusiones

16- Bibliografía

17- Anexo I - Guión entrevista a farmacéuticos

18- Anexo II – Guión grupos focales mujeres adictas

19- Anexo III - Guión grupos focales de mujeres con consumo no problemático de psicofármacos

20- Anexo IV - Guión entrevista médicos psiquiatras

1- Introducción

En Argentina y en el mundo, el desarrollo de los psicofármacos a mediados del siglo XX significó una innovación tecnológica sin precedentes en el campo de la salud mental en general y en la práctica clínica psiquiátrica en particular. Esta innovación fue promovida desde el sistema científico-tecnológico de los países desarrollados y penetró en el campo de las disciplinas psicológicas provocando tanto fuertes adhesiones como grandes resistencias, sin llegar a alcanzar consenso absoluto sobre la eficacia y alcance de los mismos. En la actualidad, dicha dicotomía persiste y mientras algunos investigadores encuentran evidencia de la eficacia de los psicofármacos, otros todavía cuestionan sus efectos terapéuticos definitivos, al considerarlos como meros paliativos de síntomas que no acaban con las causas del malestar psíquico.

La aparición hacia 1957 de los primeros antidepresivos dio lugar a la discusión sobre la naturaleza de los estados depresivos, la oposición entre tratamientos biológicos y tratamientos psicodinámicos, la validez de las nosologías tradicionales, la necesidad de construir nuevas categorías clasificatorias, y la necesidad de incluir la investigación cualitativa en este campo (Healy, 2000; Ehrenberg, 2000). A finales de los ochenta, la llegada de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) prolongó el debate sobre los límites de la transformación de la personalidad en base a estos nuevos psicofármacos tal como fuera planteado por el Dr. Kramer en su libro *“Escuchando al Prozac”* (1994).

Alain Ehrenberg³, propone que el desarrollo de las terapias farmacológicas surge en ayuda de un sujeto de acción presionado por la necesidad de resultar eficaz y eficiente en su medio social. Así la Psiquiatría concibe al psicofármaco como un instrumento terapéutico válido para el tratamiento tanto de las enfermedades mentales como de *‘malestares psicológicos menores’*. Cabe destacar que los médicos de base se han sumado a los psiquiatras en cuanto a la intervención psicofarmacológica con antidepresivos sobre los sufrimientos de orden *‘humoral/afectivo’* sin trastornos del pensamiento asociados.

Un horizonte de científicidad respaldó la intencionalidad en el desarrollo de los antidepresivos, con procedimientos complejos de control y evaluación que determinaron no sólo la producción

³ Ehrenberg, A. (2000) *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires, Nueva Visión.

productos tecnológicos particulares, “las píldoras antidepresivas”, sino un tipo de conocimiento específico para su uso. Considerados como tecnologías de intervención psicológica, los antidepresivos suponen tres instancias: un área específica de transformación —la depresión—, sujetos que puedan operar el producto tecnológico —los psiquiatras— y agentes encargados de su desarrollo —los investigadores en farmacología—.

La noción de disciplinas psicológicas (Duarte, 1997) permite reconocer un campo social común a un conjunto de disciplinas divergentes que se interesan por el dominio específico del estudio y abordaje terapéutico de la interioridad del ser humano y su relación con el entorno. Bajo esta categoría, entonces, la psiquiatría, el psicoanálisis, otras corrientes psicoterapéuticas y la psicología en general han pasado por momentos particulares de institucionalización y desarrollo teórico-técnico, constituyendo un campo de mutuo relacionamiento y tensión, compartiendo entre sí un horizonte general de conceptos y representaciones culturales. Los psicofármacos en cuanto tecnología impactaron en todas estas disciplinas, incidiendo en la modificación de supuestos epistemológicos, lógicas subyacentes, concepción teórica, ejercicio y expectativas de las técnicas terapéuticas.

A partir de la llegada de los antidepresivos se sucedieron instancias de reflexión académica y de práctica de investigación científica sobre las depresiones y los propios antidepresivos. Instancias en las que se pusieron en cuestión la eficacia de estas drogas, la naturaleza de la entidad “depresión”, las categorías diagnósticas, los procedimientos de investigación y las competencias específicas de cada una de las disciplinas psicológicas en el ámbito de las depresiones.

Los antidepresivos llegaron conjuntamente con las metodologías de investigación utilizadas en su desarrollo, las nosologías empleadas en estos ensayos de drogas, el sustento explicativo que daba cuenta de los mecanismos de acción de estas sustancias y una postura acerca de las hipótesis de base sobre el funcionamiento psíquico humano. En torno a los antidepresivos se cristalizaron relaciones sociales en las que el tipo de conocimiento científico al cual estaban asociadas promovía el ascenso de una corriente psiquiátrica en particular: la Psiquiatría Biológica. De hecho, se generó cierta pretensión totalizadora en torno a los antidepresivos como terapéutica biológica eficaz de reemplazo de las terapéuticas psicológicas.

La razón de esto se encuentra en parte, en la dicotomía existente en el campo de las disciplinas psicológicas biológico versus psicológico. De hecho, la utilización masiva de los antidepresivos resaltó temáticas controversiales tales como:

1. Clasificación de cuadros clínicos en Psicopatología
2. Oposición y coexistencia entre tratamientos psicofarmacológicos y tratamientos psicoterapéuticos
3. Oposición de explicaciones teóricas acerca de la depresión en la psicofarmacología y en las corrientes psicológicas, especialmente en las de la Psicología Dinámica
4. Tensión entre investigación apoyada en ensayos clínicos e investigación cualitativa basada en el estudio de casos.

La articulación de ambos tipos de tratamientos, farmacológico y psicológico en la actualidad continúa siendo conflictiva. En algunos casos, algunos autores como Montenegro (1985) y Brum (1985) encuentran en los psicofármacos un facilitador de la psicoterapia: *“Nosotros estamos absolutamente convencidos de que el paciente deprimido tiene que estar medicado, y bien medicado. Para hacer psicoterapia tenemos que trabajar con elementos neurológicos lúcidos. Con elementos, diría yo, entre comillas, lo más “ágiles” posible. La medicación es de una ayuda increíble en estas circunstancias”*.

Otros autores como Orrego Bonavita (1985), se orientan hacia la búsqueda de criterios psicopatológicos que ayuden a dirimir esta controversia considerando posiciones opuestas tales como endógeno-reactivo o gravedad y levedad. Por ejemplo considerando que los factores biológicos son determinantes en depresiones endógenas, o cuando existe riesgo de suicidio o angustia intolerable y desorganizante.

2- Los psicofármacos

En el año 1953 con la introducción de la reserpina y la clorpromazina se produce un cambio de suma importancia en la farmacología y, consecuentemente, en el tratamiento de trastornos mentales caracterizados por altos niveles de excitabilidad. Los efectos ansiolíticos y antitensionales de la reserpina, droga obtenida a partir del extracto de una planta del género de la Rauwolfia, eran ya conocidos y utilizados por la medicina hindú para bajar la presión arterial. Tras un período de uso sostenido en pacientes psiquiátricos, se empezaron a verificar numerosos casos de estados depresivos, melancolía y suicidios. Estos efectos colaterales extremadamente nocivos propiciaron un cambio en la prescripción hacia la clorpromazina, droga inicialmente utilizada como antihistamínico que, a partir de la observación clínica, se descubrió que tenía efecto tranquilizante pero con menos efectos colaterales dañinos que la reserpina.

Rápidamente, la industria farmacéutica se abocó a la investigación sobre los efectos psíquicos de ciertos fármacos, llegando a una amplia y variada producción de drogas capaces de modificar el psiquismo: los psicofármacos. Estas drogas, sustancias psicotrópicas (del griego *psyche*, "mente" y *tropein*, "tornar"), son agentes químicos que actúan sobre el sistema nervioso central produciendo cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de consciencia y comportamiento de las personas. Cuando estos psicotrópicos son utilizados para el tratamiento de condiciones neurológicas o psiquiátricas se los llama *psicofármacos*, palabra que etimológicamente alude a *psykhé/alma* y *phármakon/medicamento*.

Los médicos y profesionales de la salud en general utilizan la palabra psicofármaco haciendo alusión al alivio de síntomas presentes en las enfermedades mentales:

- 1- Medicamentos destinados a modificar (mejorar, atenuar, mitigar) los síntomas de las llamadas enfermedades mentales.
- 2- Todo fármaco o droga útil destinados a producir efectos sobre el comportamiento con fines médicos que actúa sobre síntomas psiquiátricos.

- 3- Medicamentos destinados a aliviar síntomas en diferentes situaciones de padecimiento psíquico, observables tanto en estructuras psicóticas como neuróticas.

Por un lado, podríamos definir el concepto de psicofármaco como: *“sustancia química exógena no necesaria para el funcionamiento celular normal que altera significativamente las funciones de las células del Sistema Nervioso cuando se toma en dosis relativamente bajas”* (Carlson, 1999). Los mensajeros químicos producidos por el organismo no son fármacos pero sí lo son las sustancias químicas que mimetizan sus efectos. La definición de fármaco excluye los nutrientes esenciales (proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas).

Todos los fármacos tienen efectos a baja dosis debido a que prácticamente todas las sustancias pueden alterar el funcionamiento de las células si se toman en grandes cantidades. La vía de administración de los psicofármacos puede ser tanto inyectada, como oral, sublingual, rectal, inhalada, tópica o intracerebroventricular.

Los mecanismos de acción de estas drogas a nivel neuronal implican la alteración del proceso de neurotransmisión estimulando o inhibiendo la actividad o modificando la permeabilidad de la membrana neuronal. Se clasifican en:

- Estabilizantes del humor (antimaníacos y antirrecurrentes, por ejemplo Litio).

- Antipsicóticos o neurolépticos o tranquilizantes mayores:

a) Típicos (sedativos, incisivos y de transición).

b) Atípicos (clozapina, risperidona y olanzapina).

- Ansiolíticos o tranquilizantes menores⁴:

a- *Benzodiazepínicos:*

a.1- Acción prolongada (24 horas o más) tal el caso del diazepam (Valium) y clonazepam (Rivotril);

⁴ Todo ansiolítico tiene la propiedad de ser facilitador del sueño, acción hipnófora, como consecuencia del proceso de sedación, disminución de la ansiedad y relajación muscular. Sin embargo, nos referimos a hipnóticos cuando la función principal esta referida a inducir al sueño.

- a.2- Acción intermedia (entre 24 y 12 horas) como el bromazepam (Lexotanil) y lorazepam (Trapax);
- a.3- Acción corta (6 a 12 horas) como el alprazolam (Alplax);
- a.4-) Acción ultracorta (6 horas o menos) como el midazolam, que es un hipnótico.

b- *No benzodiazepínicos*, cuya acción es la inducción del sueño (Zolpidem -Somit y Zopiclona).

- Antidepresivos

- a- Clásicos, drogas no selectivas (Ttricíclicos e IMAO).

- b- Nuevos o de Segunda Generación (drogas novedosas surgidas hacia finales de los ochenta, creadas por la biología molecular que actúan sobre un lugar de acción específico del SNC):

- b.1- IRSS - Inhibidores de la recaptación de serotonina: fluoxetina (Foxetin, Prozac), paroxetina (Aropax) y sertralina (Zoloft).

- b.2- IRDA - Inhibidores de la recaptación de dopamina

- c) Duales.

3- Reseña de estudios antecedentes en Argentina

En relación a cómo las teorías médico-psicológicas y sus estrategias terapéuticas han contribuido a plasmar modos de vida y de expresión del malestar psíquico en la sociedad contemporánea, especialmente en las grandes urbes, existen algunas destacadas investigaciones desarrolladas en el país, entre las que caben destacar:

- 1 El estudio de prevalencia de consumo de psicofármacos en la Capital Federal y el Conurbano desarrollado por el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET entre 1979 y 1981. Indica que el 9,72% de las mujeres y el 6,6% de los varones han consumido psicofármacos en el último año.
- 2 El estudio de la Subsecretaría de Prevención y Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (SADA) realizado en 1996. Concluye que dos de cada tres personas tenían algún contacto con psicofármacos, en ese mismo año se habían comprado 20 millones de ansiolíticos.
- 3 El estudio sobre la *“Medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de psicotrópicos en los adultos”* (2007), cuyos resultados se comentan párrafos más abajo y *“La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos”* (2008), ambos dirigidos por la investigadora María Cecilia Arizaga del Observatorio de Drogas de la SEDRONAR.
- 4 El estudio sobre prescripciones de psicofármacos en Mar del Plata, *“Análisis Descriptivo de las Prescripciones de Psicofármacos en una Población de la ciudad de Mar del Plata”* (2001). Realizado por los investigadores José D. Milazzo y Ana M. Perna.

- 5 El estudio sobre las funciones de la sedación en las mujeres, “*La tranquilidad recetada*” (1990). Realizado por Mabel Burín.

3.1- Algunos resultados relevantes de estudios antecedentes

1- En cuanto a las conclusiones que presenta la licenciada Arizaga en su estudio, cabe mencionar:

- Acerca de la medicalización en la vida de las mujeres: la idea de que la mayor frecuencia de visitas al médico por parte de las mujeres genera una intensa apropiación de saberes legítimos, notoriamente mayor que los varones, que las califica mejor para la autogestión de sus malestares, muchas veces a través de la dinámica de ensayo y error. Las mujeres hablan con mayor naturalidad del propio consumo de psicotrópicos y consultan al inicio del consumo o cuando la situación se vuelve insostenible.
- Acerca de la banalización del consumo de psicofármacos: el grupo de tranquilizantes o ansiolíticos del tipo benzodiazepinas son las drogas que presentan una mayor naturalización y banalización en su uso y los antidepresivos de segunda generación, como la fluoxetina, el consumo está asociado a la idea de rendimiento, proactividad, *performance* social.
- Acerca del consumo según pertenencia socio cultural: en los grupos de sectores medios empobrecidos, medios bajos y bajos muchas veces se recurre al sistema de salud antes de comenzar el proceso de medicalización por cuenta propia, el cual se inicia a partir de una serie de fracasos que el sujeto experimenta con el sistema.
- Acerca de la frecuencia, esta se acrecienta en los grupos a medida que se eleva la edad. Los jóvenes consumen en situaciones específicas mientras que las personas de edades mayores consumen cotidianamente o en períodos más extensos y recurrentes.

2- En cuanto a las conclusiones de Milazzo y Perna cabe mencionar que se analizaron la prescripción de psicofármacos a afiliados de cuatro mutuales de la ciudad de Mar del Plata, dispensados a través de farmacias comunitarias, durante el período comprendido entre el 1º de Febrero de 2000 y el 1º de Febrero de 2001⁵.

- Procesaron 179.660 recetas, de la cuales el 17,08% contenían psicofármacos (3,53% indicadas por psiquiatras y 13,55% por médicos generales). Hallaron que la cantidad de envases⁶ con psicofármacos fue de 35.552 unidades, donde las benzodiazepinas representaron el 64,58%, los antidepresivos el 23,61%, los antipsicóticos el 7,52% y los hipnóticos el 4,29%.
- Para las benzodiazepinas, los hipnóticos y los antidepresivos se comprobó un amplio predominio de prescripción por parte de los médicos generales, tendencia que para los antipsicóticos se igualaba en haloperidol y se invertía para risperidona y otros atípicos, por una pequeña diferencia en favor de los psiquiatras.
- Los autores también encuentran que en el período más recientemente analizado (años 1995-1996) el 15,8% de las recetas corresponden a psicofármacos. La comparación de aquél perfil con el de 200-2001 muestra un cambio en la preferencia dentro del grupo de las benzodiazepinas, destacándose un llamativo aumento de la prescripción de clonazepam, flunitrazepam y antidepresivos ISRS.
- El perfil de prescripción hallado en este período evidencia que las dolencias prevalentes responden a los diagnósticos de ansiedad, depresión, trastornos psicóticos y trastornos del

⁵ La población estudiada estuvo compuesta por personas en edad activa, en su mayoría con familia a cargo, escasa presencia de adultos de tercera edad, adultos jóvenes y niños en menor proporción. Estas obras sociales están integradas por trabajadores en relación de dependencia, voluntarios y estudiantes, en un número aproximado de 60.000 afiliados totales.

⁶ Se tomó como unidad de medida al envase, desagregándolo de las recetas que los contenían, procesando en totales con psicofármacos. Se consideró como psicofármaco (PSF) a los publicados en “Normas legales y listado de Psicofármacos y estupefacientes” del año 1994 publicado por ANMAT y publicaciones de actualización en Boletín Oficial N° 28513 del 1/10/96 y las especialidades vigiladas vigentes hasta el 21/1/97 incluyendo la disposición 7650/98 del ANMAT.

sueño, en ese orden por consumo decreciente, dato que concuerda con otras publicaciones. La falta de intercambio de información entre profesionales que atienden al mismo paciente es una situación que se presenta en nuestras farmacias con bastante frecuencia. Cuando se lo interroga, se advierte muchas veces que la indicación efectuada por un profesional es repetida por otro, alargando innecesariamente un tratamiento y consecuentemente volviéndolo irracional, aumentando también el costo para el paciente y la seguridad social.

- Los autores concluyen que es importante insistir en la necesidad de instaurar sistemas que permitan la vigilancia de las dosis y controlen la duración de los tratamientos con estos fármacos, ya que por sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas la mayoría de ellos provocan fenómenos de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia, también interaccionan en forma peligrosa con otras drogas como el alcohol. Actuando en esta forma se logra mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir los costos.

3- En cuanto al estudio realizado por Mabel Burín, cabe destacar que se identifican factores de riesgo para el abuso de psicofármacos en mujeres:

- El trabajo maternal tradicional y la maternalización de todos los roles de las mujeres, especialmente el rol de esposa y de ciertos roles laborales, que parecería que adquirieran su máxima eficacia cuando son maternalizados.
- Las expectativas sobre el rol de género femenino como encargado de mantener el equilibrio y la armonía de los vínculos familiares.
- La doble jornada de trabajo de las mujeres, especialmente la experiencia de sentirse "tironeada", excesivamente demandada y agotada por el esfuerzo.



- La situación de la crisis económica como factor de riesgo.
- Los problemas de la pareja, especialmente la falta de comunicación y la dependencia económica de las mujeres y su incidencia en su baja autoestima.
- El aislamiento, la soledad y la falta de redes sociales ubican a las mujeres de mediana edad, amas de casa tradicionales, como grupo de riesgo predominante en casi todos los talleres realizados.

4. Género y consumo de psicofármacos

4.1 Aproximaciones al concepto de género y salud

Podemos definir el concepto género, como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y varones, que son producto de largo proceso histórico de construcción social, que no sólo genera diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que, a la vez, esas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos.

En esta construcción social del género, inciden los valores y expectativas de varones y mujeres, asignándoles los roles sociales de género, que es lo esperable para una mujer y un varón en esa sociedad y en ese tiempo. Como toda construcción social, es variable y plausible de cambio, pero para pertenecer al grupo propio, un sujeto debe mostrar comportamientos acordes a los roles que define el grupo. Y estos roles son diferentes para el varón y la mujer.

De acuerdo con la teoría del rol social del género, Eagly⁷ indica que varones y mujeres desempeñan y asumen estatus sociales diferenciados, existiendo una influencia de estos roles y estatus sociales diferenciados en la conducta de los individuos. En este sentido podemos señalar que los varones son educados con el foco puesto en el desarrollo de tareas más instrumentales, relacionándose más el con el afuera, con el mundo de lo público, mientras a las mujeres se las socializa más en tareas vinculadas con lo emocional, con los vínculos afectivos, con el mundo familiar y de lo privado.

Es decir, que la identidad de género que se construye en una determinada sociedad, crea modelos de lo femenino y masculino que inciden el desarrollo psicológico y social de las personas. Si los individuos se comportan de acuerdo a lo que socialmente se espera de ellos, es decir, que cumplen con su rol social de género, tendrán asegurada su aceptación social. A su vez, los roles sociales definen también, normas que son diferentes para varones y mujeres. Estas normas, se pueden considerar mecanismos de control, que determinan lo que es adecuado para cada uno de los sexos.

⁷ Eagly, A.H. (1987) Sex differences in a social behaviour: A socia-rol interpretation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum

La transgresión a estas normas, no es neutral, y tiene diferente peso para varones y mujeres, ya que es valorada en función de los roles asignados.

En este sentido, cuando analizamos el consumo de sustancias por sexo, vemos que la prevalencia de mujeres sólo es mayor en el consumo de drogas “lícitas” (tabaco, psicofármacos), lo que está estrechamente ligado a su rol de género: para una mujer ser catalogada de “adicta” es mucho más “costoso” en términos sociales y familiares, ya que se aleja de lo que se espera del desempeño de su rol madre, protectora, etc.

Algunos autores plantean que, en relación con los hombres, las mujeres con problemas de drogas tienen la tendencia a experimentar un estigma que es más estresante y más destructivo que el que sufren ellos. Así, además del estigma asociado a ser “mujer adicta”, desde su espacio privado, ésta es mal juzgada en el ejercicio de su rol materno (no brinda el cuidado socialmente esperado a sus hijos/as) y, desde lo público, es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación familiar, por tanto, alguien en quien no se puede confiar desde otros ámbitos, como el laboral, por ejemplo.

Diferente es el caso de los psicofármacos, en dónde la adicción se invisibiliza, ya que en general la prescripción la realiza un profesional médico (por lo menos al principio), y siempre responde a la necesidad de “curar” o disminuir síntomas vinculados con la esfera de las emociones (que como vimos, es la típicamente asignada a las mujeres). Por otro lado, para acceder a este tipo de drogas no es necesario internarse en un circuito de ilegalidad: se compran en la farmacia y se consumen en la casa, sin necesidad de ocultarlo.

Entre las causas que llevan a las mujeres a este tipo de consumo encontramos problemas y tensiones en el hogar, situaciones de violencia en la familia, la desvalorización de su aporte social, tendencia a ocupar un lugar postergado, es decir conflictos que en su mayoría están vinculados con su rol social de género, que están en el centro de la escena de su dependencia, y que casi nunca son tenidos en cuenta en el momento de ser medicadas o durante el proceso de tratamiento.

Cuando nos introducimos en el mundo médico, sabemos que desde siempre, la construcción del saber, su objeto de estudio y su discurso, tuvo como protagonista al varón, suponiendo que las

mujeres tenían las mismas características en los procesos de enfermedad y en las alternativas para su superación. Las únicas cuestiones que fueron específicamente estudiadas desde las mujeres, por cuestiones obvias, fueron las vinculadas con la reproducción. Como sostiene García Calvete⁸, “la investigación clínica ha seguido unas normas masculinas, provocando lo que se ha llamado “sesgo de género” en la investigación biomédica.

Recientemente se ha puesto en evidencia que la gran mayoría de ensayos clínicos para probar nuevos fármacos excluyen de manera sistemática a las mujeres. Sin embargo, las conclusiones sobre los efectos del fármaco se generalizan para varones y mujeres presuponiendo una falsa igualdad entre ambos. Sin embargo, en los últimos años, y partir de que los movimientos feministas en todo el mundo comenzaron a visibilizar esta situación y los organismos internacionales dieron lugar a estos reclamos⁹, son cada vez más los estudios que demuestran que tanto la forma en que se enferman mujeres y varones, como el momento en que acuden al médico, su adhesión al tratamiento, los efectos que tiene la medicación prescrita por el profesional, no son iguales ni equiparables.

Lo antedicho conduce a la necesidad de investigar cuáles son las causas de estas diferencias. Un ejemplo de esto, se corrobora en la investigación realizada por Deborah Tajer¹⁰ sobre enfermedades cardiovasculares, en dónde se ve que muchas veces no se realizan buenos diagnósticos en las mujeres, ya que sus síntomas físicos no coinciden con los que se le atribuyen a este tipo de enfermedades (dolor que comienza en el pecho y se extiende al brazo izquierdo), signos que resultan característicos en los hombres. Muchas mujeres acuden a la consulta con síntomas de mareos, cansancio, desgano, y se las medica por un diagnóstico de estrés, sin tener en cuenta, que muchas veces estos síntomas, tienen que ver con una el inicio de una enfermedad coronaria.

En diversas áreas de la salud, las mujeres son subdiagnosticadas, ya sea porque ellas mismas acuden tarde a la consulta por menospreciar el malestar o porque sus síntomas tardan en ser leídos adecuadamente, debido a que frecuentemente prevalece un parámetro masculino a la hora de

⁸ García Calvetem María del Mar, Generoy Salud: un marco de análisis e intervención, Dialogo Filosófico N° 59, 2004

⁹ La III Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, Nairobi 1985, marcó un hito en el proceso de transformación de la salud de las mujeres hacia el concepto de género. En este congreso se puso de manifiesto la desventaja que padecían las mujeres en los diversos ámbitos de la sociedad y se decidió adoptar estrategias para mejorar esta situación a nivel mundial.

¹⁰Tajer, Debora, Heridos Corazones: Debilidad Coronaria en Varones y Mujeres, 2009,Editorial Paidós

interpretar los signos de la salud y la enfermedad. En el tema de las adicciones, desenmarañar el problema del consumo de drogas desde una perspectiva de género nos exige analizar en cada situación cómo el hecho de ser mujer o ser varón influye en las elecciones de consumo, las formas de consumo, los momentos y lugares, y en la elección del tratamiento que deberían seguir para su recuperación.

Según Burín¹¹, cuando una mujer consulta por depresión, pánico, problemas relacionados con los ciclos vitales o agobio por tener que cumplir una multiplicidad de tareas, los profesionales optan por la prescripción de psicofármacos como única respuesta, sin interesarse en el origen del malestar. Esta medicalización del malestar resulta una “habilitación” para muchas mujeres al ingreso del consumo de drogas que, aunque socialmente tolerado, no deja de ser muy perjudicial para su salud mental y física.

Una cuestión importante, que generalmente no es tenida en cuenta por los profesionales de la salud, es que en muchos casos las mujeres consumen drogas para poder “soportar” situaciones de violencia doméstica y sexual. Tanto los psicofármacos como el alcohol, son las sustancias que ayudan a estas mujeres a “sostener” su vida familiar y “soportar” esta vida durante años, sin que nadie sospeche la situación por la que están atravesando.

Burín¹² señala como manifestaciones emocionales tales como la tristeza, la tensión y el enojo, son cada vez más medicalizados y han alcanzado el status de ‘enfermedad’: *“Nuestro sistema de salud dominante tiende a visualizar estas reacciones emocionales como patológicas, y responde ofreciendo estas drogas para lo que llaman “tratar la enfermedad”. Las mujeres mismas son percibidas como “el problema”, por parecer débiles, dependientes, emocionalmente incontrolables, necesitadas de ayuda para enfrentar sus problemas.”* Ellas asumen este estereotipo de mujeres débiles, frágiles y vulnerables, que necesitan ayuda para continuar con sus obligaciones familiares y laborales cotidianas. Y, como señala la autora *“aunque oscuramente perciben que los psicofármacos no constituyen ninguna solución a sus problemas, sin embargo, parecería que no podrían más que someterse a esa prescripción, y dar por concluida la consulta con la repetición, una y otra vez, de la*

¹¹ Burín Mabel, El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada. Buenos Aires. Paidós 1990

¹² Burín Mabel op cit

misma receta, aunque a menudo se deba aumentar la dosis cuando el tranquilizante comienza a producir acostumbramiento".

4.2- Género e investigación en salud

Históricamente los estudios sobre adicciones se han realizado en grupos mixtos de pacientes. Además, como consecuencia de una prevalencia de 3 a 10 de varones adictos sobre mujeres, dichos grupos presentaban una constitución mayoritariamente masculina. Indiferentes a las especificidades de género, los investigadores concluyeron sobre temas asociados al consumo de sustancias a partir de investigaciones basadas en datos provenientes de sujetos masculinos, transfiriendo dichos resultados a la población de mujeres adictas.

En la década de los 90, a partir de las críticas hacia la investigación sesgada en cuestiones de género de Karen Berkley, se comienza a otorgar relevancia a la necesidad de realizar estudios sobre desigualdad de género¹³ para no perder información específica al respecto sobre los riesgos en la salud en cada etapa de la vida de la mujer.

La reducción de las desigualdades en la atención en salud entre géneros es uno de los objetivos clave de la OMS para el siglo XXI. En los últimos años muchos países occidentales desarrollados han publicado informes sobre el tema, confirmando la existencia de desigualdades, con el agravante de una mayor morbilidad en las mujeres pertenecientes a los grupos económicos más desfavorecidos. Cabe destacar el tratamiento especial que tuvo este tema en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer de la ONU, celebrada en Pekín en 1995 con el fin de discutir acerca de cómo mejorar los servicios de salud para la mujer y lograr que tengan un perfil más adecuado sensible a la perspectiva de género.

¹³ Se define 'desigualdad de género' como el impacto que tienen distintos factores (como el sexo, la edad, el grupo étnico, el nivel sociocultural, la residencia rural o urbana, o el lugar donde se vive) sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población.

En relación a lo expuesto García Campayo (2006) señala que en la investigación actual en salud mental se verifica *"la aceptación a la mujer como sujeto de investigación diferencial en todos los momentos de su vida, con consideración de la importancia producida por los aspectos socioculturales, y teniendo en cuenta las diferencias entre los distintos grupos étnicos"* (pp.2).

García Campayo, indica que las mujeres utilizan más frecuentemente los servicios sanitarios que los varones, consultando sobre enfermedades menos graves que estos, sobre todo en atención primaria. Sin embargo el consumo de servicios hospitalarios es mayor en el hombre. Además, en relación con la percepción subjetiva de la salud, las mujeres tienen una sensación de peor calidad de vida, de salud y estado general que los hombres. En el mismo sentido, se han subseguido a partir de la década de los 90 una serie de investigaciones sobre género y salud en diversos países occidentales.

Estos estudios indican:

- La prevalencia general de patología psiquiátrica es mayor en mujeres que en hombres
- No existen diferencias de prevalencia entre géneros en trastornos con fuerte carga genética asociada, como los trastornos psicóticos.
- En las mujeres prevalecen los trastornos psiquiátricos menores, como ansiedad, depresión y fobias.
- En los hombres prevalecen patologías relacionadas con conductas de consumo de sustancias o con disonancia con el medio social establecido (trastornos de la personalidad).

También ha habido un incremento notable de los estudios que abordan los factores de género en la relación médico-paciente. Entre las razones que justifican el aumento de este interés se podría mencionar:

- La mayor importancia política y socio económica de la mujer en las últimas décadas.

- La mujer consulta más al médico que al varón (sin considerar las consultas relacionadas con los procesos reproductivos), al menos en atención primaria.
- Las mujeres padecen mayores tasas de morbilidad, tanto de procesos agudos como crónicos e invalidantes
- El porcentaje de profesionales de la medicina mujeres ha ido creciendo en forma exponencial
- La calidad de la relación médico-paciente es un tema de especial preocupación en los países occidentales.

En líneas generales, estos estudios coinciden en que a las mujeres se les prescriben más medicamentos que a los hombres, y especialmente más psicofármacos. Entre las causas de este fenómeno, se encuentran la mayor prevalencia de estados ansiosos y depresivos y una tendencia a inducir al médico a la prescripción de psicofármacos, más de lo que lo hacen los hombres por un lado. Por otro, los médicos atribuyen a las mujeres más que a los varones, causas psicológicas a los síntomas físicos de presentación atípica. De esta manera, se tiende a medicalizar el malestar psicológico femenino prescribiendo psicofármacos para síntomas depresivos de baja intensidad.

La medicalización de este malestar citada en el párrafo anterior, es considerada por varios autores como un tratamiento sintomatológico ajeno a las causas que lo generan. Al respecto Friedan (1974) indica que es absurdo medicar un malestar derivado de la falta de oportunidades laborales, restricciones en la libertad de elección y confinamiento a las labores domésticas, sobre todo en las clases sociales más desfavorecidas. La autora denomina a esta sintomatología inespecífica femenina *'la enfermedad que no tiene nombre'*.

Siguiendo a Rodríguez San Julián (1999), las representaciones sociales sobre los psicotrópicos forman una parte sustancial de cómo cualquier sociedad convive con las mismas y sus diferentes consumos. Encontramos que los estereotipos, consideraciones y valoraciones respecto a las sustancias adictivas, evaluación de los problemas asociados y la percepción de los consumos serían, al menos, disímiles entre hombres y mujeres. Y es en este ámbito, el de las representaciones

sociales, donde se puede hallar respuestas al porqué de la diferencia en los motivos, tipos y características del consumo abuso y dependencia diferencial en hombres y mujeres.

La Dra. Rodríguez San Julián (1999) ha observado la existencia de importantes diferencias de género en las conductas objetivas de consumo: tipo de drogas, cantidades, etc. Al respecto Haddon (1985) afirma que si alguna mujer acude al médico solicitando un tratamiento por encontrarse “nerviosa”, lo más probable es que el médico le recete tranquilizantes. Son los médicos de cabecera los que suelen recetar psicofármacos cuando evalúan que sus pacientes mujeres no necesitan ser hospitalizadas, ni recibir una atención psiquiátrica/psicológica especializada.

A su vez, las mujeres aceptan la prescripción de tranquilizantes menores y somníferos, creyendo en muchas oportunidades que esta terapéutica es suficiente y no es necesario solicitar otro tipo de ayuda profesional para hacer frente a la ansiedad. Es decir, es pertinente hablar de la invisibilización de muchos problemas específicos de salud mental por falta de proyectos de investigación que aborden las particularidades de la salud mental de las mujeres

Una investigación realizada en el Principado de Asturias (Secades Villa, 2003) determinó la existencia de diferencias significativas en el consumo de psicofármacos en función del sexo, con un porcentaje superior de uso entre las mujeres (44,6%) que entre los hombres (27,4%). Este resultado es consistente con la mayoría de los estudios realizados en los países occidentales en este primer decenio del siglo XXI. También esta tendencia se aprecia en las encuestas sobre consumo de drogas en la población juvenil local, en donde, de forma sistemática, las chicas refieren consumir más tranquilizantes que los chicos (Observatorio Adicciones GCABA, 2009).

Tal vez una de las causas que expliquen esta diferencia en la población adulta esté relacionada con el hecho de que, en general, la situación socio laboral de las mujeres es más precaria que la de los hombres. Así, existe un mayor número de mujeres fuera del mercado laboral, sobre todo en determinadas áreas geográficas, o también, mayor porcentaje de mujeres sin estudios. Los datos que apuntan en esta dirección indican que hay una relación entre el consumo de psicofármacos y la

situación laboral, en el sentido de que las amas de casa presentan un número más elevado de casos de usuarias de fármacos junto con los desempleados. En este sentido, los resultados de varios estudios confirman la tendencia al deterioro de la salud mental con la persistencia del desempleo (del Pozo, Ruiz, Pardo y San Martín, 2002).

Por último, las investigaciones citadas también destacan la diferencia en el uso de psicofármacos en función del tipo de convivencia familiar. Las personas que viven solas consumen más cantidad de psicofármacos que las que viven en familia. Entre las personas que consumen psicofármacos en la actualidad en España¹⁴ o los han tomado en el último año, el 60% sólo toma ansiolíticos o hipnóticos, el 9% sólo toma antidepresivos y el 31% combina el uso de un ansiolítico o un hipnótico con un antidepresivo. Teniendo en cuenta el dato anterior, en concreto el elevado consumo de ansiolíticos, parece lógico que las principales motivaciones para la utilización de estos medicamentos sean la ansiedad seguida de cuadros con sintomatología depresiva inespecífica.

En relación al riesgo de dependencia de psicofármacos entre mujeres, se señala la existencia de ciertos problemas derivados de un uso inadecuado de psicofármacos se debe añadir que alrededor del 30% de los sujetos consume durante un período mayor de 5 años, considerado uso crónico¹⁵. En síntesis, se delinea el siguiente perfil de consumidor de psicofármacos: mujer, entre 46 y 64 años, ama de casa o en situación de desempleo, con escasa formación y sin apoyo familiar. En un porcentaje importante, el uso de psicofármacos deriva en la cronificación y en un patrón de dependencia con los consiguientes problemas asociados.

La maternidad es considerada por los investigadores como un motivo básico para que muchas mujeres no se sometan a tratamiento psicológico psiquiátrico, por ejemplo por temor a no poder cuidar de los hijos, o perder la custodia de los mismos. En consecuencia, las mujeres consumirían más tranquilizantes prescritos por los médicos clínicos y ginecólogos que los hombres en todos los rangos de edad.

¹⁴ Observatorio de Drogas de España

¹⁵ Cuando el consumo de psicofármacos se mantiene durante períodos superiores a doce meses existe un alto riesgo de generar un trastorno por dependencia.

En general los investigadores (M. J. de la Cruz Godoy y otros, 2001) observan que el deterioro mayor en las mujeres consumidoras de psicofármacos se verifica en las áreas socio laboral (disminución de las relaciones sociales en cuanto a cantidad y calidad, malestar en el sistema sanitario por saturación y consecuente caída de la calidad de las prestaciones, deterioro de las relaciones familiares, reducción del rendimiento en el trabajo) y personal (descuido de la higiene personal, alteraciones en el humor, síntomas asociados como cefalea, mareos, náuseas, reducción de las actividades placenteras).

Mabel Burín (2005), investigadora argentina, llega a conclusiones similares a los expuestos en los países europeos en los párrafos anteriores acerca del consumo de psicofármacos en mujeres y la caracterización de subgrupo de mayor riesgo en la Argentina. Específicamente considera que el principal grupo de riesgo está constituido por las amas de casa de mediana edad, de medios urbanos o suburbanos, así como las dedicadas al trabajo maternal, con varios hijos pequeños, y las que realizan doble jornada de trabajo (doméstico y extra doméstico). En el mismo sentido van los hallazgos de Arizaga expuestos en el tópico anterior, quien identifica el consumo problemático de psicofármacos y la cronificación del mismo como un fenómeno que tiende a acentuarse en mujeres y varones de mediana y tercera edad.

La exposición generalizada de la población, y en especial de las mujeres, al consumo de fármacos, los potenciales efectos dañinos del abuso y/o dependencia, el impacto de este consumo sobre el gasto sanitario público y la constancia de que este comportamiento es potencialmente modificable, sin perder por ello la calidad de la prescripción de una forma racional de los medicamentos, resultan motivos suficientes que justifican la realización de este estudio acerca de la situación actual en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Más aún, a sabiendas que no existe ninguna investigación específica al respecto realizada con la población de la Ciudad.

Por lo tanto, y en función del interés por disponer de estudios del proceso salud / enfermedad que contemple la influencia del género, así como la integridad de las componentes somáticas, psíquica y social en el enfermar de las mujeres, a fin de poder desarrollar una atención sanitaria eficaz, se concretó la realización de este estudio descriptivo sobre el consumo de psicofármacos en mujeres, identificando características y necesidades y el perfil diferencial con el consumidor masculino. Cabe

destacar que este estudio no pretende dar respuesta exhaustiva a todas las problemáticas asociadas al consumo de psicofármacos, sino aportar datos sobre las dimensiones que toma en cuenta el relevamiento.

Se espera que la información que se presenta sirva de fundamento a futuras investigaciones. Se suman a los datos cualitativos del estudio etnográfico, datos cuantitativos surgidos de varios estudios de prevalencia de consumo de psicofármacos realizados en distintos ámbitos y grupos de población por el Observatorio de Drogas del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de modo tal que dicha triangulación metodológica permita alcanzar resultados válidos en pos de la articulación de la teoría y la práctica orientando las directrices para el tratamiento de la problemática.

5. El consumo de psicofármacos en la Ciudad Autónoma de Bs. As.

En la actualidad proliferan artículos periodísticos alertando sobre al alto nivel de morbi mortalidad asociado al consumo de medicamentos de venta libre en Argentina. Entre ellos, un artículo del Diario La Nación del domingo 3 de mayo de 2009 precisa que mueren 21.800 personas por año en el país, de los cuales el 50% corresponde a la polifarmacia (tomar simultáneamente seis medicamentos o más) y un 30% a la automedicación¹⁶, básicamente con medicamentos de venta libre, y también antibióticos, colirios, y psicofármacos. En tal artículo se indica , además, que el mal uso de medicamentos provoca 100.000 internaciones por año, cifra que engloba a los que se exceden en las dosis, los que mezclan con otras sustancias, energizantes, alcohol, a las reacciones alérgicas, los efectos secundarios, y los mal prescritos, entre otros.

También, en Marzo 2010 en un artículo del Diario Uno de Mendoza¹⁷ se notificó el evento de consumo grupal de ansiolíticos en un secundario de Mendoza, que provocó la manifestación de síntomas neurológicos en los alumnos durante la clase. En este caso no fue necesario que los alumnos recurrieran al mercado negro de medicamentos, bastó con que se proveyeran en el botiquín familiar al que los adultos de referencia recurren para filtrar estímulos negativos y malestares asociados con el afrontamiento de la vida cotidiana.

En conocimiento de los cambios en cuanto a la extensión del consumo de psicofármacos en todos los grupos etáreos de la población ciudadana y de las diferencias en los patrones de dicho consumo, el Observatorio de Drogas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizó una serie de estudios que se exponen en los tópicos subsiguientes.

¹⁶ En la Argentina tres de cada cuatro argentinos se automedican, fuente: artículo citado del diario La Nación http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1124110

¹⁷ Diario Uno Mendoza <http://www.diariouno.com.ar/edimpresa/2010/03/26/nota239474.html>

5.1 Consumo de psicofármacos en los pacientes en tratamiento de rehabilitación:

De acuerdo con los datos obtenidos en el estudio “*Perfil de Pacientes en Centros de Tratamiento*”¹⁸, el inicio en el consumo de drogas en los pacientes varones se verifica con una mayor variedad de drogas ilegales entre las cuales se encuentran las Benzodiazepinas (1,2%) y Tranquilizantes y Antidepresivos (1,2%) consumidos sin prescripción médica.

En la actualidad el inicio en el consumo de psicofármacos resulta en edades más tempranas y presentan niveles de prevalencia mayores como droga de inicio en relación a estudios anteriores. Actualmente ha cambiado el perfil de consumo de psicofármacos como droga inicial, resultando que los pacientes menores son quienes se han iniciado prevalentemente con dichas drogas. Este dato marca una nueva tendencia donde los psicofármacos no son más una ‘*droga de llegada*’ para los adolescentes, sino una droga de partida en la historia de consumo de sustancias.

Cuadro 1. Distribución porcentual de pacientes que consumieron psicofármacos como primera droga según sexo y edad. Perfil de pacientes en tratamiento por consumo de sustancias. CABA 2009

Primera droga consumida	Total (%)	Sexo		Edad		
		Varón(%)	Mujer(%)	Hasta 18(%)	Edad 19 a 25(%)	Edad 26 a 35(%)
Benzodiazepinas	1,0	1,2	,0	1,9	,0	,0
Tranquilizantes/Sedantes/ Antidepresivos	1,0	1,2	,0	1,9	,0	,0

CABA (2009)

¹⁸ Población: Pacientes en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Cuestionario: SEDRONAR /OEA. No de centros: 15. No de casos: 100. Trabajo de Campo: Diciembre 2008 a Enero 2009.

5.2 Consumo de psicofármacos en los estudiantes secundarios de colegios públicos y privados¹⁹

El consumo en la vida de *Tranquilizantes sin prescripción médica* es más frecuente en mujeres (8,3%) que en varones (6,2%), mientras que la prevalencia de consumo de *Estimulantes sin prescripción médica* es similar en varones y mujeres.

Cuadro 2. Prevalencia de vida de psicofármacos sin pm según sexo. Estudiantes de enseñanza media. CABA 2007

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

CABA (2007)

Los estudiantes incorporan los psicofármacos a temprana edad y, en el caso de los *Tranquilizantes*, a medida que aumenta la edad aumenta su consumo: a 14 años y menos la prevalencia es igual a 4,4% y a 17 años es 10,2%, fenómeno que no se verifica en relación al consumo de *Estimulantes*.

Cuadro 3. Prevalencia de vida de psicofármacos sin pm según tramos de edad. Estudiantes de enseñanza media. CABA 2007

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

CABA (2007)

¹⁹ "Encuesta a estudiantes de enseñanza media de la Ciudad de Bs. As., 2007"

En cuanto a la edad media de inicio no difiere significativamente cuando se considera el consumo de *Tranquilizantes y Estimulantes*.

Cuadro 4. Edad de inicio y desvío típico de tranquilizantes y estimulantes sin pm. Estudiantes de enseñanza media. CABA 2007

<i>Sustancia psicoactiva</i>	<i>Media de edad</i>	<i>Desvío típico</i>
Tranquilizantes sin pm	12,7	4
Estimulantes sin pm	12,1	4

CABA (2007)

El consumo frecuente de Tranquilizantes y Estimulantes es considerado una conducta de riesgo, pero la alarma disminuye cuando se trata de consumo ocasional y experiencial de estas sustancias y sólo poco más del 50% de los estudiantes percibe riesgo.

Cuadro 5. Percepción de riesgo de tranquilizantes y estimulantes sin pm. Estudiantes de enseñanza media. CABA 2007

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

CABA (2007)

A medida que aumenta el grado escolar, también aumenta la prevalencia de consumo en la vida de *Tranquilizantes*, y en menor nivel la de *Estimulantes*: el 5,2% del 8º año ha consumido *Tranquilizantes*, cifra que alcanza el 9,2% de prevalencia en el 12º año escolar, fenómeno que no se verifica en relación al consumo de *Estimulantes*.

Cuadro 6. Prevalencia de vida de de psicofármacos sin pm según año de estudio. Estudiantes de enseñanza media. CABA 2007

Sustancia psicoactiva	Año de estudio		
	8º año (%)	10º año (%)	12º año (%)
Tranquilizantes sin pm	5,2	8,5	9,2
Estimulantes sin pm	3,8	4,7	4,2
CABA (2007)			

El consumo en la vida de *Tranquilizantes sin prescripción médica* es similar en alumnos de colegios públicos y privados, pero no ocurre lo mismo con el consumo de *Estimulantes*, ya que en los *colegios públicos* existe una mayor prevalencia de consumo en la vida (5%) que los colegios privados (3,5%).

Cuadro 6. Prevalencia de vida de psicofármacos sin pm según tipo de colegio. Estudiantes de enseñanza media. CABA 2007

Sustancia Psicoactiva	Tipo de colegio	
	Público (%)	Privado (%)
Tranquilizantes sin pm	7,4	7,1
Estimulantes sin pm	5	3,5
CABA (2007)		

5.3 Impacto del consumo de psicofármacos en la emergencia hospitalaria:

Según el informe del estudio “Emergencia Hospitalaria y Consumo de Sustancias Psicoactivas” el Hospital de Agudos P. Piñero²⁰ y en el Hospital Penna²¹ presentaron prevalencias similares de pacientes que 6 horas anteriores al ingreso a la guardia habían consumido Tranquilizantes, Antidepresivos, Sedantes, Anticolinérgicos, Anfetaminas y Flunitracepán.

Cuadro 7. Prevalencia de últimas seis horas de psicofármacos sin pm según hospital. Emergencia hospitalaria (CABA 2008)

Sustancia psicoactiva	Hospital Piñero (%)	Hospital Penna (%)
Tranquilizantes	2,8	2,5
Sedantes	1,7	1,2
Anfetaminas	0,3	0,2
Anticolinérgicos	0,3	0,2
Antidepresivos	2,5	1,2
Flunitracepan (Rohypnol, Chicota, etc.)	0,2	2
CABA (2008)		

Los pacientes que llegaron a la consulta de emergencia con consumo de psicofármacos mostraban prevalentemente asociada la ingesta de Alcohol, inclusive, el consumo de Anfetaminas y Anticolinérgicos se verificó solo asociado a la ingesta de Alcohol.

²⁰ Estudio descriptivo que indaga la relación de la emergencia hospitalaria con el consumo de sustancias psicoactivas, estudio de campo realizado en el Hospital General de Agudos Dr. P. Piñero (Av. Varela 1301) de la Ciudad Autónoma de Bs. As. durante la semana del 20 al 26 de Octubre de 2008. Cuestionario: SEDRONAR/OEA. Población: Total de casos 645 llegados a la guardia de emergencias.

²¹ Estudio de campo realizado en el Hospital General de Agudos Dr. J. A. Penna (Pedro Chutro 3380) de la Ciudad Autónoma de Bs. As. durante la semana del 27 de octubre al 2 de Noviembre de 2008. Cuestionario: SEDRONAR / OEA. Población: Total de casos 402 llegados a la guardia de emergencias del Hospital General de Agudos Dr. J. A. Penna.

Cuadro 7. Prevalencia de últimas seis horas de psicofármacos con y sin alcohol. Emergencia hospitalaria (CABA 2008)

<i>Sustancia psicoactiva</i>	<i>Sobre el total de sustancias consumidas solas (%)</i>	<i>Sobre el total de sustancias consumidas con alcohol (%)</i>
Tranquilizantes	18,5	30,8
Sedantes	4,6	25,0
Anfetaminas	0,0	5,8
Anticolinérgicos	0,0	5,8
Antidepresivos	10,8	26,9
Flunitracepán	1,5	15,4
CABA (2008)		

El ingreso a guardia por consumo de psicofármacos prevaleció en el grupo de pacientes de entre 25 y 34 años en primer término y en segundo término en los mayores de 50 años. En las mujeres prevaleció el consumo de Anfetaminas, Anticolinérgicos y Antidepresivos y en los varones el de Flunitracepán.

Cuadro 8. Prevalencia de últimas seis horas de psicofármacos según sexo y edad. Emergencia hospitalaria (CABA 2008)

<i>Sustancia psicoactiva</i>	Total (%)	<i>Sexo</i>		<i>Edad</i>			
		Varón %	Mujer %	Menos de 25	25-34 %	35-49 %	50 y + %
Tranquilizantes	2,7	2,9	2,4	0,4	5,2	1,3	3,7
Sedantes	1,5	1,5	1,6	0,7	2,8	0,4	2,0

Anfetaminas	0,3	0,2	0,4	0,0	1,2	0,0	0,0
Anticolinérgicos	0,3	0,2	0,4	0,0	0,8	0,0	0,3
Antidepresivos	2,0	1,7	2,4	0,0	3,6	2,2	2,3
Flunitracepán	0,9	1,1	0,6	1,1	1,6	0,4	0,3
CABA (2008)							

El consumo de Tranquilizantes, Sedantes y Antidepresivos prevalece en los pacientes con altos niveles de escolarización y bajo o nulo nivel ocupacional. El consumo de Anfetaminas y Anticolinérgicos se presentó en pacientes con primaria y secundaria completa pero con bajo o nulo nivel de ocupación. El consumo de Flunitracepán se verificó en pacientes con bajo y alto nivel de escolarización pero con bajo o nulo nivel de ocupación.

Cuadro 10. Prevalencia de últimas seis horas de psicofármacos según nivel de instrucción y situación ocupacional. Emergencia hospitalaria (CABA 2008)

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

S/I: sin información; P/I: primario incompleto; P/C: primario completo; S/I: secundario incompleto; S/C: secundario completo; T/C: terciario completo; TTC: trabaja a tiempo completo; TTP: trabaja a tiempo parcial; TE: trabaja esporádicamente; D: desocupado; I: inactivo

5.4 Conclusiones generales sobre los datos de consumo de psicofármacos en la CABA

Es cada vez más frecuente que los adolescentes se inicien, en torno a los doce años, en el consumo de drogas con psicofármacos. Estudiantes secundarios varones y mujeres consumen por igual estimulantes, mientras que las mujeres consumen más ¿?, conducta que cuando es ocasional no es considerada de riesgo.

La prevalencia e intensidad de consumo progresa rápidamente entre los estudiantes a medida que aumenta la edad y el grado escolar. Los alumnos de colegios públicos y privados consumen por igual Tranquilizantes, pero en relación al consumo de Estimulantes, los estudiantes de colegios públicos duplican en consumo a los de las instituciones educativas privadas.

Cuando se analiza el impacto de los psicofármacos en la guardia de emergencia hospitalaria, Tranquilizantes, Sedantes, Estimulantes, Antidepresivos, Anticolinérgicos, Anfetaminas y Flunitracepán resultan las drogas con mayor prevalencia. En la gran mayoría de los casos la ingesta de psicofármacos se realiza acompañada de consumo de Alcohol, prevalentemente en personas de 25 a 34 años en primer término y en mayores de 50 años en segundo término.

Las mujeres consumen prevalentemente Anfetaminas, Anticolinérgicos y Antidepresivos y los varones Flunitracepán. A su vez, el consumo de Tranquilizantes, Sedantes y Antidepresivos se asocia con altos niveles de escolarización y bajo o nulo nivel ocupacional, el de Anfetaminas y Anticolinérgicos se asocia con bajo o nulo nivel de ocupación y nivel de escolarización medio y, por último, el de Flunitracepán se verifica en todos los niveles de escolarización pero con bajo o nulo nivel de ocupación.

A manera de conclusión y en función de la lectura de los datos, se identifican tres factores de relevancia que se asocian a la difusión del consumo de psicofármacos:

- 1- La *'normalización'* del consumo de psicofármacos como parte de los hábitos de la vida cotidiana la gran urbe, está asociada a la aceptación de la manipulación de las emociones por parte de los ciudadanos comunes, los psiquiatras y los médicos de base.

- 2- La ingesta de psicofármacos como parte de *'la intoxicación nuestra de cada día'* de grandes grupos de adolescentes que acompaña el consumo de Alcohol y varias drogas ilegales, que permite hacer extensivo a los psicofármacos el concepto de *'droga dura'* acuñado para el Alcohol por el Dr. Hugo Miguez²². Drogas que más allá de sus efectos tóxicos, barren con un horizonte de sentido, creatividad y voluntad de ser uno mismo el timonel de la propia existencia.

- 3- La ingesta de psicofármacos en tanto instrumento consensuado como eficaz para llevar adelante una estrategia suicida²³, cuando la desesperanza, el anonimato y la falta de redes socio afectivas sólidas genera y solidifica creencias acerca de un *'no lugar'* para la existencia física y psíquica de los residentes de la urbe.

²² "Epidemiología de la alcoholización juvenil en la Argentina", 2004.

²³ "Emergencia Hospitalaria y Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Hospital de Agudos P. Piñero"; "Emergencia Hospitalaria y Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Hospital de Agudos J. A. Penna", 2008, Observatorio de Drogas de la Ciudad Autónoma de Bs. As.

6. Objetivos del estudio

6.1- Objetivo general

Describir, analizar y caracterizar, teniendo en cuenta el contexto social y cultural específico, el tipo de modalidad de consumo de psicofármacos en las mujeres y las funciones que el mismo cumple en las estrategias de vida, las representaciones sociales e individuales, así como el sentido que éstas dan a éste consumo.

6.2- Objetivos específicos

1. Analizar el uso indebido de psicotrópicos en relación con la cuestión de la subjetividad contemporánea y el lugar de la mujer.
2. Explorar la vinculación entre el consumo de psicotrópicos y los modelos culturales vigentes asociados a estilos de vida y género.
3. Indagar la noción de riesgo asociada al consumo de psicotrópicos en pacientes adictos y consumidores no adictos.
4. Explorar la perspectiva médica respecto al problema.
5. Explorar la perspectiva de los farmacéuticos respecto del problema.
6. Analizar las publicidades de psicotrópicos y su relación con las representaciones de consumo.

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

7. Metodología

7.1- *Diseño metodológico*

Se propone un diseño transversal de tipo descriptivo exploratorio con informantes claves. Este diseño busca establecer asociación entre variables, es decir no busca establecer relaciones causales únicas y unívocas, sino determinar factores de riesgo para el abuso de psicofármacos en mujeres.

Se trata de un estudio de carácter cualitativo que comprende la indagación de los significados del consumo de psicofármacos desde la perspectiva de los actores. El fenómeno es estudiado en mujeres en tratamiento de rehabilitación por consumo de psicofármacos, mujeres consumidoras pero no identificadas con consumo problemático, farmacéuticos y médicos psiquiatras.

7.2- *Metodología cualitativa*

Partiendo del supuesto metodológico que NO hay observaciones objetivas sino observaciones contextualizadas socialmente y que NO existe un único método a través del cual podamos alcanzar y comprender totalmente las sutiles variaciones de la experiencia humana, se ha decidido implementar una metodología cualitativa de investigación debido a, comprendiendo técnicas tales como la entrevista en profundidad y los grupos focales.

La aplicación de las técnicas mencionadas permite el estudio en profundidad del consumo de psicofármacos en mujeres, permitiendo caracterizar modalidades, patrones y creencias que sustentan dichas prácticas de consumo a fin de comprenderlas en su especificidad y particularidades locales. Además se trata de un estudio en ámbito natural que permite estudiar el fenómeno de acuerdo con los significados contextualizados y personalizados que tiene para las personas

implicadas. Esta metodología confía en las expresiones subjetivas de los significados dados por los propios sujetos en el marco de un clima de intimidad y comodidad. El cuerpo de investigadores alcanza de este modo una visión holística del consumo de psicofármacos en las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires a partir del estudio de su lógica, ordenaciones y normas explícitas e implícitas.

7.3- Marco Muestral

El marco muestral sobre el cual se realizó la indagación es de tipo no probabilístico y está conformado por 10 grupos focales (6 con pacientes en recuperación – 2 masculinos y 4 femeninos - y 4 sin consumo problemático) de 8 personas segmentados por rangos de edad entre jóvenes, mediana edad y mayores²⁴ y 30 entrevistas a informantes claves (15 médicos psiquiatras y 15 farmacéuticos).

La definición de caso de “informante clave médico psiquiatra” contempló como criterio de selección, que los médicos psiquiatras tuvieran título de Especialista en Psiquiatría y hubieran tenido una experiencia de trabajo con pacientes consumidores de psicofármacos y adictos a los psicofármacos.

La definición de caso de “informante clave farmacéutico” contempló como criterio de selección, que los farmacéuticos tuvieran experiencia de trabajo continuado en farmacias con atención al público de al menos 5 años.

La definición de “paciente en recuperación” consideró que se tratara de personas en recuperación con historias de consumo continuado de psicofármacos previo al tratamiento de rehabilitación.

La definición de “consumidoras de psicofármacos sin consumo problemático” consideró que se tratara de mujeres con consumo actual o antecedente de psicofármacos con prescripción médica.

²⁴ En lo que refiere a la edad, se consideraron tres grupos etarios: “Jóvenes” (18-29 años), “Mediana edad” (30-49 años) y “Mayor” (50-65 años).

8. Trabajo de campo

Personal entrenado de la Universidad de Tres de Febrero realizó todo el relevamiento de datos. Coordinó los grupos focales, con una duración de una hora y media en el marco en espacios físicos apóstitos previstos. Por un lado en las instituciones donde desarrollan los tratamientos de rehabilitación las pacientes adictas, y por otro en espacios de la Universidad para las mujeres consumidoras de psicofármacos en el marco de tratamientos médicos. También, estos profesionales tomaron las entrevistas en profundidad a médicos psiquiatras y farmacéuticos en el ámbito laboral habitual de los profesionales en cuestión.

8.1- Definición de instrumentos y procedimientos de registro y supervisión en el campo. Etapas:

- a. Elaboración y prueba de guías de observación y registro de datos vinculados al consumo, dentro del segmento seleccionado.
- b. Elaboración de la agenda de recolección de datos en un período de dos meses a partir del 1 de Octubre de 2009.
- c. Desarrollo y prueba de instrumentos informáticos para la organización del material y supervisión del trabajo de campo.
- d. Revisión y control de la información recogida.

9. Proceso y análisis de la información. Etapas:

- a. Elaboración de las guías de análisis de grupos focales y entrevistas en profundidad
- b. Sistematización de las entrevistas grupales e individuales
- c. Segmentación de datos por categorías
- d. Sistematización de la información cualitativa
- e. Análisis de datos (Software Atlas ti²⁵).
- f. Consolidación de datos
- g. Redacción de informe final

²⁵ El material cualitativo se analizó con el software Atlas ti de análisis cualitativo. <http://www.atlasti.com>

10. La visión desde la perspectiva de los psiquiatras

Casi la totalidad de los psiquiatras entrevistados se formó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). La residencia en Psiquiatría fue realizada en diversos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires o del Conurbano Bonaerense. Los profesionales entrevistados contaban con entre 5 y 30 años de experiencia en clínica en prescripción de psicofármacos en pacientes con diversos trastornos mentales, incluyendo pacientes adictos.

10.1- La Prescripción

La gran mayoría de los pacientes acude a su médico clínico ante malestares somáticos asociados al estrés, angustia y estados del humor de tipo depresivo. Es el clínico quien prescribe una primera terapéutica psicofarmacológica y sólo en caso en que resulte fallida, el profesional deriva al psiquiatra para una interconsulta. Al respecto, los psiquiatras consideran que los clínicos prescriben más benzodiacepinas que ellos y que el paciente que llega después de una primera terapéutica administrada por el clínico es más reticente a establecer una relación terapéutica con el psiquiatra y su objetivo es que el psiquiatra les dé 'solo algo más fuerte o efectivo que el clínico: *“Los motivos generales por los cuales se prescribe, en primer lugar están los malestares somáticos es decir... o un malestar ligado a estados depresivos, que no son los episodios típicos de trastornos depresivos, en general. Son malestares somáticos en donde el paciente primero, en casi un 85% de los casos recurre a un clínico o un médico general y que ya le prescribe psicofármacos, entonces llega a la consulta de*

cierto nivel de atención ya medicado con psicofármacos. Existe más bien la cultura de dame algo que me solucione el problema”.

El consumo de tranquilizantes y en especial de benzodiazepinas comienza después de los 40 años. Los jóvenes temen el estigma en relación al consumo de psicofármacos prescritos por un psiquiatra. Prefieren tomarlos por sí solos ante problemas puntuales de la vida diaria que los lleva a dormir mal, a no rendir bien en el trabajo o afrontar situaciones que les producen pánico: *“Muchos los conocen ya porque un amigo o la madre toma una benzodiazepina y entonces alguna vez lo tomaron sin prescripción porque les pasaba algo que los había puesto mal”.*

Algunos psiquiatras hacen referencia a que la clase social de pertenencia marca una mayor o menor aceptación de los psicofármacos. Las personas de clase media que tienen obra social o pueden acceder a una consulta privada, van al psiquiatra ya sabiendo que es muy probable que la terapéutica indicada sea un psicofármaco. Esta actitud “positiva” conlleva una mayor aceptación de la prescripción acompañada a su vez de un nivel alto de adhesión al tratamiento. Algunos perciben un mayor temor a la medicación en los pacientes de clases más desventajadas, estos temores se relacionan con efectos adversos como no poder dejarlos o aumentar de peso. Los pacientes de clases medias y altas utilizan Internet para obtener información sobre las drogas prescritas, con el riesgo de que no comprendan la información que se ofrece online y se creen prejuicios difíciles de erradicar, consensuados por la opinión popular y sin fundamentos científicos.

Los profesionales realizan una distinción entre el nivel de aceptación de la prescripción y adherencia al tratamiento entre los pacientes hospitalarios y los pacientes privados o de obra social. Los pacientes hospitalarios no discuten ni interrogan al psiquiatra acerca del por qué de la prescripción ni de la modalidad de administración del fármaco, a diferencia del paciente privado que solicita mucha información antes de aceptar la prescripción: *“El paciente de hospital, en general es más sumiso y acepta lo que el profesional le dice. Un paciente de consultorio privado es más exigente o pregunta más”.*

Tratándose de personas de clase media, las consultas prevalentes son por trastornos de ansiedad, crisis de pánico y depresión (*“Estamos hablando de una determinada población de clase media, y las*

consultas de la patología más neurótica”), mientras que a medida que la condición socio económica del paciente es más baja, aumenta la gravedad del trastorno que motiva la consulta. De todos modos, sea cual fuere la condición social del paciente, tanto la aceptación de la prescripción como la adhesión al tratamiento farmacológico dependen de la seguridad con la que el profesional explica los determinantes de sus decisiones médico farmacológicas.

La mayor adherencia al tratamiento la tienen las benzodicepinas: *“Por el tema bioquímico o farmacodinámico las que mejor adherencia tienen son las benzodiazepinas porque cuando el paciente saca la benzodiazepina siente la abstinencia que es lo que no pasa con otros fármacos. Es un arma de doble filo, completamente”*. De todos modos en cuanto a la adhesión al tratamiento no deben desestimarse factores específicos asociados con la patología del paciente, por ejemplo como según los profesionales consultados ocurre con los pacientes bipolares: *“Los menores niveles de adhesión al tratamiento se verifica con los pacientes bipolares, Eso es un dato universal. La gente bipolar que tiene episodios maníacos son pacientes mucho más reticentes a los tratamientos, más paranoides. Además el paciente bipolar en fase maníaca se siente bien estando así, entonces no entiende que tiene que tomar medicación y que ese estado de sentirse bien no es normal”*.

Es sabido que los profesionales deben tomarse el tiempo necesario para hacer buenos diagnósticos que antecedan las prescripciones, e indagar con cuidado el estado general de salud de los pacientes para desestimar contraindicaciones. Varios psiquiatras coinciden en que la terapia farmacológica debe ser acompañada, además de psicoterapia para alcanzar la mejoría del paciente y lograr mayores niveles de adhesión al tratamiento. En el caso de que los pacientes sean menores de edad, la adhesión al tratamiento debe ser de orden “familiar”, es decir que no basta un consentimiento familiar dado inicialmente, sino que debe “ser trabajada” la prescripción con la familia. Este es porque en muchos casos la adherencia al tratamiento ‘es de la familia’ porque el paciente no está en grado de decidir, ni es consciente de la importancia del tratamiento farmacológico: *“Después por ahí sí hay pacientes que, por ahí la medicación la tiene que manejar los familiares y todo por cuestiones de riesgo, el paciente no accede a la medicación y todo pero el cumplimiento muchas veces uno lo garantiza a través de un familiar que se haga cargo. Por ejemplo, un paciente demente, que no pueda entender que tiene que tomar la medicación, bueno eso se los explica al familiar y la adherencia se cumple generalmente a través de un tercero”*.

Se puede considerar entonces las razones de la adhesión al tratamiento de orden multifactorial, donde inciden tanto la calidad de atención que ofrece el especialista, como la gravedad de la patología o el estilo de funcionamiento familiar: *“Lo que pasa es que la adicción al tratamiento está relacionado con que el paciente entienda los beneficios del tratamiento, con la buena relación médico-paciente. Por supuesto si tenemos un paciente que es un trastorno límite de la personalidad, un paciente complicado, una familia complicada va a tener baja adhesión al tratamiento, por su trastorno de personalidad. También a veces el médico baja la adhesión con su atención rápida, inadecuada, cuando no explica, así que es multifactorial”.*

De todos modos, la mayoría de los pacientes no viene a la consulta a pedir psicofármacos, sino que la necesidad surge del coloquio con el especialista quien lo comunica y explicita en el marco de la consulta. En líneas generales se puede afirmar que quienes vienen a solicitar directamente la medicación son personas con consumo problemático, resultando la droga más requerida la clonazepina. Esta droga es también la mejor aceptada cuando se la receta, pero luego de un tiempo de consumo es difícil de suprimir debido a sus rápidos efectos beneficiosos. Rápidamente el insomne puede dormir o la persona angustiada se calma, efecto que no se verifica con los antidepresivos, que necesitan tres semanas hasta que la droga comienza a actuar. De lo antedicho surge la idea del riesgo que comporta la prescripción de las benzodiazepinas es que apuntan a la cancelación del síntoma sin prever el peligro de adicción a la sustancia: *“Hay que tener más cuidado es con las benzodiazepinas que, bueno, no por algo son las drogas más vendidas y que están recetadas por los clínicos, por los cardiólogos, y la gente una vez que las empieza a tomar no las quiere dejar, producen un bienestar, mejora el sueño, un montón de cosas más rápidamente”.*

En algunos casos la prescripción tranquiliza a los pacientes porque el fármaco consolida la creencia de que se trata de un problema orgánico y no psicológico, es decir algo más ‘tangible y curable’. Se trata de pacientes que reniegan absolutamente de la idea de hacer algún tipo de psicoterapia y van al psiquiatra a sabiendas de que la terapéutica para su problema va a ser de orden farmacológico: *“Los pacientes vienen para que se prescriba psicofármacos cuando viene a la consulta a ver un psiquiatra. Ahí es más fácil, porque plantean el problema, y para ellos es más orgánico, y a una cosa más orgánica lo primero que se le da es la medicación y lo aceptan con mayor facilidad”.*

Quienes más resisten la prescripción son los pacientes que han estado internados en clínicas psiquiátricas para ser desintoxicados, es decir pacientes que han debido rehabilitarse de adicción a psicofármacos y otras drogas. Los psiquiatras en estos casos siguen protocolos farmacológicos actualmente suficientemente probados en estudios: *“Por lo general los pacientes que pasaron por clínicas psiquiátricas para ser desintoxicados tienen miedo de quedar, como ellos dicen, “babeando”, sin voluntad de hacer cosas o estar completamente drogados y no poder entender lo que les pasa. Pero nosotros por lo general medicamos con sustancias que las damos en dosis para el impulso (...) o para estabilizar el ánimo, y otras veces cuando los pacientes son o esquizofrénicos que han desarrollado una adicción o han tenido situación donde han partido del consumo, también damos sustancias... como la clozapina que anda muy bien y también se está dando la risperidona”*.

También interfieren en la aceptación de la prescripción y la adhesión al tratamiento las creencias sociales acerca de que la ‘psiquiatría es para los locos’, especialmente en los pacientes adultos o adultos mayores: *“Cuanto más grandes son más resistencia hay, o más reticentes son, porque está esto de que: “el psiquiatra es para los locos” y ellos no son locos, entonces por qué les dan psicofármacos”*. La resistencia a la prescripción, en líneas generales es más marcada en los pacientes hombres, inclusive en aquellos que son o han sido adictos a otras drogas.

Cabe destacar que muchos profesionales prefieren dejar la medicación psicofarmacológica como última instancia de tratamiento y fortalecer las redes de sostén familiar (*“Por lo general nosotros tratamos de que si hay voluntad, acompañamiento y contención y no hay ningún componente psiquiátrico o algún signo o sintomatología que hable de una patología psiquiátrica, no es necesario prescribir psicofármacos”*), o bien implementar estrategias psicoterápicas para inducir la modificación de conductas: *“A veces uno necesita un bastón, la medicación no es lo único, necesitan apoyo psicológico y modificar ciertas conductas también”*. En muchos casos se prescribe en forma combinada una doble terapéutica, farmacológica y psicoterapéutica: *“El apoyo psicológico es como el fortalecimiento de las piernas para poder caminar, y la medicación es el bastón que necesitan de apoyo hasta poder fortalecer esas piernas. Uno lo explica así y lo aceptan bastante conformes”*.

Muchos psicólogos también creen que la terapéutica combinada psicoterapia y psicofármacos aumentan la eficacia, sobre todo en aquellos pacientes que tienen serias dificultades para lograr cambios de conducta. En estos casos derivan a sus pacientes a interconsulta psiquiátrica y aceptan seguir los pacientes en conjunto: *“Vienen para que le prescriban psicofármacos pacientes que están haciendo terapia y el psicólogo los mandó porque necesitan algo más y después o que no duermen o tienen algún síntoma específico y que entienden que con una medicación va a poder resolverse... en general, una persona mayor, de 50 para arriba viene, tiene más claro, alguien más joven no tiene tan claro que necesita medicación”*.

Algunos psiquiatras refieren trabajar en forma coordinada con los psicólogos del ámbito hospitalario, el trabajo interdisciplinario resulta más efectivo, pero los pacientes de hospital resisten más las indicaciones de los psicólogos que la de los psiquiatras: *“En este servicio como en otros en los que he trabajado se hacen tratamientos conjuntos, se admite al paciente entre un médico y un psicólogo y se encara el tratamiento de manera conjunta. Pero el tratamiento psicoterapéutico es mucho más resistido, es mucho más resistido, faltan más, en general”*. Consideran los psicofármacos como un sostén químico del tratamiento psicológico, antes de que éste se pueda poner en marcha o comience a dar los resultados esperados.

Estos psiquiatras hospitalarios consideran que la terapéutica farmacológica debe anteceder a la psicológica, sobre todo en pacientes que presentan cuadros ansiosos agudos: *Al haber síntomas muy intensos va a ser muy difícil la vida de esa persona durante unos meses hasta los que logre alguna forma de equilibrarse y resolver cuestiones lo desbordan. No puede hacer una terapia, ni siquiera puede hablar de lo que le pasa, entonces cuando esos síntomas son inmanejables, ahí se prescribe un psicofármaco”*.

En cuanto a la adherencia al tratamiento en los pacientes adictos es casi inexistente; muchos van en busca de la receta, por lo general tranquilizantes, y luego intentan que se la repitan sin que importe quien es el profesional que prescribe, es decir no establece una relación médico pacientes en el marco de la cual la medicación cobra sentido: *“Cuando se les prescribe generalmente lo que quieren es por algo que no pueden dormir o porque están muy ansiosos, les piden la receta a cualquier*

persona que tienen a mano, después dejan de concurrir a la consulta y piden que cualquier médico les haga la receta”.

Los psiquiatras detectan una particularidad en cuanto a los adictos a drogas ilegales y la aceptación de la prescripción de psicofármacos, específicamente no encuentran una respuesta acabada a la resistencia de estos pacientes a ingerir psicofármacos cuando están habituados a incorporar sustancias extremadamente dañinas en su cuerpo sin ningún tipo de control médico: *“Es por ahí difícil que entiendan que no es lo mismo, no es lo mismo estar consumiendo cocaína que estar consumiendo un psicofármaco que está tratando de, vamos a suponer un caso, de la depresión que tenía previamente. Ahí cuesta un poco más la adhesión al tratamiento”.*

Si bien no se encuentran las razones del rechazo a los psicofármacos en algunos pacientes adictos, saben que deben dedicar un tiempo especial a las explicaciones que justifican la prescripción para lograr la adhesión y correcto cumplimiento de la misma: *“En general en los pacientes adictos se ve un contrasentido muy importante; son adictos y se han metido sustancias extrañas en el cuerpo y se han inyectado cocaína, aspirado o fumado, o lo que sea y generalmente son de los pacientes más reticentes a recibir psicofármacos, paradójicamente, porque se han metido sustancias muy nocivas y después tienen, evidentemente, una cuestión con el miedo a tratarse, que después eso si se trabaja no trae inconvenientes”.*

En los pacientes con consumo crónico (mayor a cinco años) los psiquiatras realizan un tratamiento de desintoxicación o tratamiento de reemplazo. Estos tratamientos, en su mayoría de benzodiazepinas, son complicados, requieren un descenso lento y paulatino de las dosis a las que los pacientes están habituados. Provocan fuerte resistencia en los pacientes porque las benzodiazepinas ofrecen una rápida sensación de bienestar y los reemplazos no logran dicho efecto en corto tiempo: *“Por ejemplo en los trastornos de ansiedad se reemplazan por antidepresivos. Yo voy bajando la medicación paulatinamente porque no se debe bajar muy bruscamente pero es muy adictiva, muy adictiva porque funciona porque saben que hacerlo funciona y funciona toda la vida y además genera una dependencia psíquica y física y si, principalmente eso. Además tiene un efecto rápido, otras drogas tienen un efecto mucho mas..., que requieren un tratamiento sostenido, un antidepresivo para que*

haga efecto lo tenés que tomar 3 ó 4 semanas, eso cuesta mucho para la adherencia. La benzodiazepina genera un bienestar evidentemente notorio y placentero”.

Se destaca la existencia de pacientes ‘policonsultadores’ que visitan continuamente diversos profesionales buscando algún psicofármaco que les soluciones sus malestares asociados a una vida insatisfactoria. No se puede decir que sean pacientes dependientes de algún psicofármaco en particular, pero sí depositan todas sus expectativas de curación en estas drogas y dependen psicológicamente de la ingesta de ‘alguna de ellas’: *“Piden psicofármacos pacientes psiquiátricos previos, que fueron por ahí policonsultadores que en líneas generales no lograron los tratamientos satisfactorios que ellos requieren, entonces vienen y ya preguntan que les puede indicar uno, que van a tomar. Si uno les rebota la prescripción porque conoce los pacientes o para ver un poco más el caso, se ponen como ansiosos y preguntan recurrentemente que van a tomar y cuando”.*

De todos modos es necesario diferenciar el caso de los adictos con comorbilidad psiquiátrica, donde el paciente dual debe consumir psicofármacos para el tratamiento de su patología psiquiátrica durante el período de rehabilitación de la adicción a las drogas, cabiendo la posibilidad de que se trate de un adicto a psicofármacos. Los psiquiatras en líneas generales coinciden en que los pacientes duales son de difícil tratamiento y rehabilitación debido a que las terapéuticas para el aspecto psiquiátrico de la patología muchas veces son contrapuestas con la terapéutica para la rehabilitación de la adicción y viceversa.

En cuanto a la diferenciación por género en el consumo de psicofármacos, a partir de los 40 años las mujeres utilizan más que los hombres drogas para dormir. Por lo general, la mujer no es consciente de que estas drogas son adictivas, sobre todo si han estado alejadas de cualquier tipo de consumo problemático de drogas. El problema se agrava en las mujeres con problemas laborales, económicos y/o desocupadas, ya que las cantidades de tranquilizantes que ingieren son mucho mayor. Una vez que la mujer genera el hábito de consumir altas dosis diarias de psicofármacos, aumenta el riesgo de morbi mortalidad en los estados tanto de abstinencia como de sobredosis: *“El caso de esas personas, las que no tienen trabajo, que están desocupadas es mucho más grave, porque la cantidad que pueden llegar a tomar es mucho mayor. Hay que tener en cuenta que las benzodiazepinas dan una abstinencia muy grave, hasta pueden perder la vida, no es una abstinencia menor”.* Es de destacar,

que también aumenta el riesgo de consumo problemático de psicofármacos cuando estos? están desocupados”.

La mujer siempre consulta más en medicina y también en psiquiatría y presenta mayor adherencia al tratamiento. Generalmente los hombres tardan más en llegar a la consulta y acuden al psiquiatra en situaciones de urgencia. Las mujeres consultan por Síndromes depresivos crónicos o agudos pero que se manifiestan principalmente por insomnio, fallas laborales y problemas relacionales, conflictivos familiares principalmente: *“Los hombres son un poquito más susceptibles al tratamiento. Las mujeres por ahí tienen un poquito más de confianza de entrada No tanto por los fármacos sino por como viene a entregarse. El hombre en general por mi experiencia cuando está realmente muy desesperado es cuando más se entrega, cuando ya está muy, muy... y el malestar es muy grande, hay como más resistencia. Creo que por una cuestión cultural que el hombre tiene que, que poder bancársela más que la mujer”*. Pareciera, además, que las mujeres tienen más información que los varones acerca de los psicofármacos, muchas veces directamente llegan a la consulta con el nombre del psicofármaco que demandan se les prescriba, dado que tienen información acerca de los beneficios del producto.

Es probable que incidan fenómenos asociados a prejuicios culturales en el mayor consumo de psicofármacos en mujeres que en varones. El alcohol como droga anestésica del malestar no estaría “permitido” en las mujeres, como así tampoco la trasgresión en el sentido del consumo de drogas ilegales, por el contrario, generalmente cumple con una prescripción médica, es decir ‘hace lo que se debe hacer’. Los psicofármacos son ‘drogas legales’, quien los consume no se aparta de lo permitido, además de ser drogas que no comprometen el desempeño de los roles sociales y comportan severas alteraciones de la conducta: *“Es el tema de las mujeres y el malestar humano, el hombre en general se vuelca mas hacia las drogas o al alcohol. En la mujer en ese sentido lo que hace es menos transgresora, quizás no le gusta tampoco hacer el papelón de alcoholismo, es mas miedosa con eso entonces busca digamos un médico, un aval médico que le diga “bueno, tome esto”, entonces van a un clínico, el clínico le da una medicación y después olvidate lo siguen tomando”*.

La mujer utiliza el psicofármaco como ‘lubricante social’, que permite que pueda seguir respondiendo a una infinidad de exigencias familiares y sociales sin quedar agobiada por la angustia. Los psicofármacos son de este modo sentidos como facilitadores de la vida cotidiana en todos sus

aspectos: relacionales, de auto aceptación, de eficiencia, de control de los impulsos, de tolerancia a la frustración, etc. En relación a la auto aceptación la vida en las grandes urbes occidentales, como lo es la Ciudad de Buenos Aires, exige velocidad, eficiencia, juventud y belleza. Entre otros, para estar a la altura del modelo la mujer debe ser delgada y soportar el esfuerzo de las dietas, el hambre y la frustración que comportan: *“Toman psicofármacos porque quieren bajar de peso, por ahí tienen problemas con su cuerpo”, “Y a veces, este culto que se hace a la eterna juventud empuja un poco a las mujeres a estar bien, y a no comer y tienen que calmar la ansiedad de alguna manera. Y por ahí a veces para ser aceptada por el grupo o por las personas del otro sexo que quieren conquistar tienen que bajar de peso y aguantar la dieta”; “Algunas toman para calmar la ansiedad que les produce consumir un sándwich o un chocolate”.*

En cuanto a la función de ‘lubricante relacional’ el psicofármaco oficia como un filtro de emociones negativas permitiendo una conducta mayormente adaptativa: *“Las chicas más jóvenes a veces los toman por una discusión con el novio, una pelea, o porque no consiguen trabajo y están bajoneadas. Creen que se van a sentir mejor con el psicofármaco y van a poder arreglar las cosas”, “Consumen para sentirse mejor, para poder descansar, para no contestar mal, para no estar tan irritables”.* Las numerosas situaciones y crisis vitales por las que pasa una mujer adulta parecieran más sencillas cuando son filtradas por la ingesta de psicofármacos: *“La infidelidad, la separación, los conflictos de pareja de distinto orden, a veces pueden ser conflictos con los hijos también o por alejamientos de los hijos de la casa”.* En este marco, la prescripción es sentida como una compensación afectiva: *“La medicación le da como una caricia digamos, una caricia social que lo tranquiliza”.*

También la ingesta de psicofármacos oficia como ayuda para tolerar la frustración en muchos casos, por ejemplo en las familias disfuncionales donde las mujeres son víctimas de violencia psicológica y/o física y/o sexual, la ingesta de psicofármacos, dicho consumo se enmarca dentro de una estrategia de anestesia del dolor y sometimiento: *“Por ahí las mujeres que sufren violencia, vienen porque no pueden dormir, generalmente están insomnes”, “Quieren estar menos irritables porque si contestan, la situación en la casa se complica” y se sienten culpables de la situación, piensan que así pueden mejorar”.*

En cuanto a la relación entre consumo y edad en las mujeres, hay quienes sostienen que entre las mujeres menores de 30 años abunda la consulta por Trastornos de la Personalidad que son medicados con psicofármacos, en vez en las mujeres mayores de 50 años no se medica la psicopatología sino la soledad: *“Es común que las mujeres vengan por trastornos depresivos o crisis vitales a los 50 años. Los temas del abandono, los hijos son grandes y se quedan solas. Muchas veces frente a la soledad buscan los efectos de psicofármacos. En cambio en población más joven podés encontrar más trastornos de personalidad que pueden llevar a la necesidad del uso de psicofármacos”*; *“Generalmente son mujeres, en muchos casos, desocupadas, con hijos de más de 18 años. Empiezan a perder protagonismo. Con mala relación de pareja o sin pareja. En algunos casos, va acompañado del tema del alcohol o tabaco”*. En las mujeres ancianas la depresión y la concomitante prescripción de psicofármacos se relaciona entonces prevalentemente con la pérdida de la autonomía, el desapego de los afectos y la escasa inserción social.

Los psiquiatras que adhieren a la teoría biológica consideran que el aumento de la consulta por depresión y ansiedad y la correspondiente prescripción de psicofármacos en el período pre y pos menopáusico se basan en factores neuro hormonales típicos de dicho periodo, a los cuales suman en algunos casos crisis vitales relacionadas con la ida de los hijos del hogar por ejemplo: *“Creo que son más afectadas después de la edad, época peri y post menopáusica. Están más lábiles emocionalmente por el tema biológico de la perdida de estrógenos, hay mayor ansiedad, mayor propensión a una depresión, además a veces coincide con que los hijos se le van y por ahí hay crisis de pareja, que después de 40 años cualquier pareja se desgasta”*.

Cuando las mujeres llegan a la consulta psiquiátrica con problemas de dependencia a los psicofármacos, en una primera etapa difícilmente lo reconocen, exigen la receta y no quieren dejar de consumirlos. Consideran que su efecto es benéfico porque las ayuda a tolerar el ritmo de vida cotidiana, les permite dormir y trabajar. Además, ya saben que las benzodicepinas, por ejemplo, no interfieren en que cumpla con sus deberes de madre hacia con sus hijos, pudiendo garantizar el sostén del ritmo del hogar: *“Sienten que es lo que les hace bien y tienen miedo a no poder dormir. En todo caso lo que te piden es que si les vas a sacar esa sustancia, que les des otra que los haga dormir más. No es que concurren para dejar de tomar psicofármacos sino el problema es que sigan haciendo*

efecto. Te piden que sea una sustancia que les permita trabajar. Y algunas que no trabajan, quieren dormir o calmar la ansiedad a cualquier costo. Si tiene hijos, si se tiene que levantar a la mañana temprano te pide que el psicofármaco se lo permita”.

Cabe destacar que a la consulta psiquiátrica llegan muchos casos de mujeres con trastornos de ansiedad o trastornos depresivos que han sido mal medicados por médicos no especialistas en psiquiatría: *“Vienen ya muy acostumbradas. Yo he visto pacientes en alto número, en un trabajos ya he escrito yo del tema, pacientes de 40 ó 45 años que ya llevan 10 años de toma de benzodiazepinas, que es casi imposible suprimírselas, además... Llegan con un uso cronificado de esta medicación indicada por un médico clínico que alguna vez repitieron prescripciones y que ya consiguen la medicación sin prescripción médica y tiene como un gran espectro de refuerzo positivo porque vos ves como el paciente se siente enseguida distinto cuando la toman y eso refuerza su deseo de tomarla”.* Especialmente la sobre medicación de psicofármacos la observan en pacientes ancianas: *“Acá la población es mayoritariamente anciana y vienen mas bien las mujeres, vienen con una medicación ya sea para un aparente nerviosismo o insomnio vienen medicadas con benzodiazepina de manera crónica”.*

Los psiquiatras consideran que los médicos clínicos medican con mayor facilidad sus pacientes mujeres que los pacientes hombres, aunque no saben dar las razones de ello. También detectan casos de mala praxis con pacientes adictos que consultas psiquiatras no especialistas en adicciones quienes les recetan psicofármacos en grandes cantidades: *“Muchas veces lo que pasa es que médicos no especialistas en psiquiatría o en adicciones empiezan a dar medicamentos y después esa paciente pide que la receta se la haga otro y lo que pasa es que en el momento en que empieza a tomar gran cantidad de dosis siente que tampoco le hacen efecto y pide más y se genera una nueva adicción”.*

En líneas generales todos acuerdan que el médico clínico u otros especialistas no psiquiatras pueden prescribir, pero consideran que ‘ir al psiquiatra’ tiene un peso psicológico social tan importante que redundando en la importancia que se le da al tratamiento prescripto y deriva en un cumplimiento más riguroso y seguimiento más prolongado del mismo: *“Yo creo que si un médico está bien preparado puede prescribir, lo que pasa es que muchas veces un clínico puede dar una medicación y el paciente no vuelve a control, o recibe la prescripción sin el control necesario. Creo que con la especialidad de*

psiquiatría por las mismas creencias que envuelven a la palabra psiquiatra a lo mejor el control es más estricto, desde la persona, no desde el profesional”.

Los profesionales pueden prescribir en tanto y en cuanto estén entrenados. Los médicos de atención primaria de la salud manejan cuadros psiquiátricos leves (depresiones leves y trastornos de ansiedad) y cuando consideran que no los pueden manejar los derivan a especialistas en psiquiatría. Esto ocurre sobre todo en lugares del interior del país donde no hay especialistas, lugares aislados donde el médico de familia da respuesta a todo el arco de problemas sanitarios.

10.2- Información al paciente

Los profesionales acuerdan unánimemente que conocer el propio tratamiento es un derecho y, en líneas generales, consideran que es necesario dar toda la información acerca de las drogas prescritas y de las contraindicaciones. Inclusive hay consenso acerca de la necesidad de solicitar un consentimiento formal, tal como ya se realiza en algunas empresas de medicina Prepaga, donde en la historia clínica consta el consentimiento firmado de todo paciente que es medicado, quien da fe de estar en conocimiento de los posibles efectos adversos de la medicación. Los problemas que se plantean al respecto se relacionan más bien con el alcance o profundidad de dicha información, por ejemplo acerca de los posibles trastornos sexuales asociados con los antidepresivos.

También algunos profesionales ponen en cuestión el riesgo que comporta la explicitación detallada de los efectos adversos por ejemplo en pacientes psicósomáticos: *“También hay que ser realista evito, le puedo listar los efectos adversos pero diciéndole que probabilidades tiene de presentarse, caso contrario también tenemos ese grupo de pacientes que sabe del efecto adverso y lo somatiza”.* De todos modos, coinciden que es mejor que den ellos mismo la información a sabiendas de los riesgos citados, antes que los pacientes se informen en los foros de internet: *“Ahora, gran cantidad de paciente en esta época donde la información esta tan a la mano va a recurrir a la Internet a revisar que va a pasar con la droga, prefiero decírselo yo para que la información pase filtrada porque así*

encuentran una serie de foros que te dicen cualquier cosa los foros, entonces es preferible que salga de la consulta”.

Los entrevistados coinciden en que la explicitación de las contraindicaciones debe hacerse en el marco de un buen clima de relación médico paciente y que el alcance en la comprensión de las explicaciones se asocia con el tipo de psicopatología del paciente. Además, dan cuenta de un factor de crecimiento de la aceptación de los tratamientos psicofarmacológicos en la población con el correr de los años y, de alguna manera las terapéuticas psiquiátricas psicofarmacológicas han sido homologadas en el imaginario ciudadano, a las terapéuticas prescriptas por las otras especialidades: *“Generalmente los pacientes psicóticos entienden menos y aceptan mucho la medicación y no son reticentes a recibir la medicación; sí los pacientes adictos. Pero en líneas generales, cuando uno les explica bien al paciente y todo, no tiene problemas. Los problemas suceden porque no se les explica y no se les informa bien y porque a veces los pacientes tienen prejuicios con la medicación. Eso ha ido cambiando mucho, la gente confía cada vez más, así como se confía en los antibióticos se confía más en los psicofármacos que hace 20 años. Se cambió el concepto de la psiquiatría. Las medicaciones no se utilizan para atontar, ni para controlar ni para... puede haber algún caso que necesite un paciente excitado”.*

Brindar información acerca de los psicofármacos prescriptos resulta relevante para la mantención de la abstinencia de los pacientes adictos. Se trata de una estrategia más que colabora en la cura del paciente, a sabiendas que la red socio familiar es en este campo el sostén primordial de un adicto en rehabilitación: *“Les doy el 100% información, les digo que efectos va a traer la sustancia. Trato de que estén comprometidos con la abstinencia. Esto genera un nivel alto de adhesión. Generalmente están en una situación límite que tienen que hacer algo, salvo los casos en que el psicofármaco no es lo principal. Pero, si la persona tiene un policonsumo ahí hay que tener una red familiar que lo sostenga”.*

Algunos profesionales entrevistados hacen referencia al ejercicio de una función ‘psicoeducadora’ del psiquiatra que favorezca el cumplimiento del derecho a la información: *“Yo creo que una función del médico o una función primordial es la de psico - educar o la de educar con respecto a lo que se*

está prescribiendo. Además mira, es un derecho del paciente el saber que droga está consumiendo, cuáles son sus efectos adversos, cuáles son sus efectos positivos, el tiempo de latencia de la droga”. El problema que se plantea es que para poder cumplir correctamente con esta función es necesario que las consultas duren el tiempo suficiente, hecho que no se verifica en las consultas con los tiempos establecidos por las Obras Sociales: “Ahora el sistema de salud existente, el sistema de obras sociales te da un tiempo muy escaso entonces uno tiene que, o sea son 30 minutos más o menos uno tiene que hacerse...hacer magia digamos para poder entrevistar, prescribir, educar pero bueno se lo puede ir haciendo en el transcurso de las consultas. Pero yo creo que cuanto más información tiene el paciente mejor respuesta va a tener el fármaco, entonces trato de que sea toda la posible”.

La pregunta acerca de cuánta información es necesaria que tenga el paciente sobre los psicofármacos no es fácil de resolver. La sobre información de los pacientes lejos de colaborar con la adherencia al tratamiento, en muchos casos la entorpece, por ejemplo como sucede en aquellos pacientes que leen en detalle el prospecto y luego buscan en internet el significado de cada uno de los términos que en él figuran, llegando a poner en jaque los conocimientos farmacológicos de los médicos, con la consecuente caída de la credibilidad y la confianza en los mismos para aceptar los tratamientos: *“Los que tenemos más frecuentes son los pacientes que a partir de que, mas con psicofármacos, le das algo y se ponen a leer el prospecto y te vienen a la otra consulta diciendo ¿que me dio? En realidad los prospectos son tan amplios y hay tantas cosas que bueno uno tiene que empezar a generar un discurso distinto para que realmente se adhiera al tratamiento porque bueno la información excede. Por un lado eso, por el otro lado tenemos que a nosotros nos juega, a los médicos, nos juega muy en contra el tema de Internet. - Googlean y a nosotros nos mata...por una mala información o por una sobre información que no manejamos nosotros”.*

En cuanto al problema de la información sobre la prescripción dada a adultos mayores, este tiene particularidades asociadas por lo general, con una larga historia de tratamientos psicofarmacológicos tanto en varones como en mujeres. Como fuera referido anteriormente, en este grupo de población prevalece la polimedicación crónica y la consecuente acumulación de experiencias y saberes fragmentarios e incompletos en cuanto a las características y funciones de los distintos psicofármacos. De este modo, los adultos mayores, opinan, interpretan y deciden acerca de la modalidad de la ingesta de psicofármacos, con consecuencias negativas sobre la salud o bien a nivel

de no alcanzar los objetivos que el médico había planteado para determinado tratamiento: *“La gente más grande en general hace manejos de la medicación más notorios. Como que dan interpretaciones a las medicaciones, tienen mucha medicación son poli medicados y dan una interpretación muchas veces errónea a la medicación y a su uso y a su demanda, discontinuando tratamientos a veces, tratamientos que requieren un tratamiento continuado para ver un efecto, para llegar a dosis plenas. Los discontinúan o, en el caso de la medicación para dormir, hacen usos inadecuados, a veces tomando dosis más altas”.*

Sin lugar a dudas, las más ávidas de información sobre la medicación y las particularidades del tratamiento, son aquellas personas que tienen menor o ninguna trayectoria en tratamientos psicofarmacológicos, resultando indistinto su grupo etéreo o sexo. Un paciente con una amplia y prolongada trayectoria de tratamiento, es alguien que no ha encontrado una respuesta satisfactoria a sus malestares psíquicos, es decir trae consigo una trayectoria de fracasos que van minando tanto las expectativas de éxitos de los nuevos tratamientos propuestos, como la confianza en que el psiquiatra podrá resolver su problema.

10.3- Consumo problemático de psicofármacos

En primera instancia, los profesionales indican que es difícil que los pacientes que abusan de psicofármacos consulten. Por lo general llegan a la consulta de emergencia por sobredosis y menos frecuente es la vez que el problema es detectado por el médico clínico o de otra especialidad: *“Son personas que tienen un perfil muy parecido al de los adictos, es muy difícil que alguien venga a decir ‘yo...’, no digo que no suceda, pero es raro que alguien te venga a decir ‘Yo consumo medicación de más’, salvo que haya tenido un momento de acción suicida, o un episodio donde haya querido matarse, entonces bueno venga y te diga, en ese episodio”;* *“Psicofármacos. Esa es una pregunta también difícil de contestar porque se hace una consulta cuando el consumo se hace problemático para terceros, o porque llegan a una guardia y están con un cuadro de abuso, o a veces con un*

cuadro de terapia intensiva. Mientras que ellos puedan manejar la situación, en general no llegan a la consulta. Pero lo que pasa es que también es muy difícil porque hay situaciones y situaciones. Existen también las personas que vienen y dicen: ‘Yo estoy preocupado porque estoy... porque no puedo dejar de tomar... me recetaron una vez Alplax y no puedo dejar de tomarlo’, hay casos que es así. Pero es más común que venga el marido preocupado por la mujer, o los padres preocupados por la hija, un tercero, un médico”.

El tiempo transcurrido entre que el paciente comienza a abusar las benzodiazepinas y cuando la familia o él mismo se da cuenta es muy variable: *“Puede pasar un mes y pueden pasar diez años, no hay un plazo”*. En general las personas jóvenes tienen menos conciencia del propio consumo problemático y tardan más tiempo en llegar a la consulta por sí misma que los adultos. El consumo ego sintónico hace que no sean los jóvenes por lo general quienes consultan por motus propio, sino sus familias: *“Si hay alguna conciencia de enfermedad la tienen más las personas adultas, en este sentido, así que si, podríamos pensarlo así. Los chicos más jóvenes tardan más, y es más fácil que vengan por terceros”*.

Por ejemplo, el alto nivel de ingesta de benzodiazepina no es visto como un problema sino como la solución al problema, creencia que genera descrédito hacia la consulta y, por el contrario, el ingreso en sistemas de ‘pseudo consulta’ para conseguir recetas. Sin caer en situaciones netamente marginales a la ley, las formas más comunes de conseguir recetas son la condisión y socialización de recetas con familiares y amigos y frecuentes visitas a diversos especialistas a quienes se les van pidiendo las recetas de las recetas: *“No quieren dejar de consumir benzodiazepina, además ya tienen todo un circuito armado, alguien siempre se las receta, en vez si van al psiquiatra se las sacan”*.

Considerando la patología, el mayor riesgo de generar dependencia hacia las benzodiazepinas se presenta en pacientes adictos, los depresivos de mediana edad y aquellos con trastorno de la personalidad. Se puede afirmar que en la población de adictos a las drogas ilegales, prácticamente casi todos han consumido benzodiazepinas mezcladas con alcohol. En los pacientes con trastorno de personalidad, la experiencia clínica indica que resulta sumamente difícil retirar las benzodiazepinas. También se ha identificado un factor de riesgo exclusivamente asociado al sexo, más allá de la psicopatología, se trata de las mujeres de mediana edad en el inicio de estados depresivos, que

inician con dificultades para conciliar el sueño y son medicadas con benzodiazepinas. Estas pacientes tienen dificultad para dejar estas drogas porque los problemas del sueño persisten debido a que su origen es una alteración del estado del humor: *“Está el perfil, como te decía, de mujeres de mediana edad que son adictas a algún tipo de benzodiazepina, no les podés sacar el Alprax, o no les podés sacar el clonazepam porque no duermen, porque están nerviosas, porque se ponen ansiosas, entonces tienen una droga ‘amiga’, a diferencia de los adictos a drogas ilegales que mezclan todo”*.

En los hombres es frecuente que lleguen al consumo problemático de benzodiazepinas a partir de alguna receta inicial de psicofármacos dada por un gastroenterólogo, o bien por la indicación de la ingesta de algún remedio que contiene en su fórmula bajas dosis de estas drogas: *“Vienen en los medicamentos a veces por ejemplo, los medicamentos que da el gastroenterólogo vienen pequeñas dosis de benzodiazepinas y a veces una vez que empiezan con eso, después les cuesta cuando se lo sacan y ellos descubren que tenía benzodiazepina que les produjo un efecto beneficioso y las empiezan a tomar y les cuesta dejarlas”*.

También llegan a la consulta por consumo abusivo de psicofármacos, hombres que hacen físico culturismo. Este grupo de población ingiere gran cantidad de esteroides y testosterona, drogas que dificultan la conciliación del sueño y, además, se someten a dietas muy rigurosas que aumentan la irritabilidad de la persona: *“En los últimos tiempos veo un consumo de psicofármacos en gente que hace fisicoculturismo, por ejemplo, no pueden dormir, hacen dieta y están muy irritados por los esteroides que toman y entonces consumen psicofármacos, o la testosterona también, o las dietas que hacen para participar de los concursos de fisicoculturismo, muchas veces tienen problemas en el sueño”*. Cabe destacar que, así como las mujeres consumen las benzodiazepinas para tranquilizarse y afrontar con serenidad innumerables responsabilidades domésticas y laborales, los hombres las consumen con alcohol para desinhibirse en las conductas de conquista y seducción.

Los motivos por los que el adicto a psicofármacos recurre a la consulta psiquiátrica son diversos: algunos quieren abandonar el consumo preocupados por la salud de ellos mismos (es decir que el problema deviene egodistónico), mientras que otros acusan el malestar relacional social y familiar que se deriva del propio consumo (malestar egosintónico). En este último caso, no es raro que se

presenten en la consulta los familiares, quienes presionan para que el paciente se rehabilite. Además, cabe destacar, que el grueso de la consulta de adictos es por demanda externa al paciente. El paciente tiende a consultar solo cuando tiene dificultades para sostener momentos de abstinencia, o está muy agobiado por sintomatología ansiosa o por un insomnio pertinaz: *“Utilizan los psicofármacos con otras sustancias. Con cocaína lo usan para bajar, si están duros, si están demasiado ansiosos”*.

Los adictos jóvenes a drogas ilegales en líneas generales no están preocupados por el consumo de psicofármacos tales como el Rivotril o el Alplax, sino por el consumo de otras drogas como Paco y Cocaína. Cabe destacar que estas drogas son bastante nuevas dentro de la preferencia de los jóvenes adictos, quienes antes preferían consumir cocaína con Roypnol o con antihistamínicos. Las benzodicepinas se consumen con alcohol, y sus usuarios confunden los nombre genéricos con los de las marcas comercial: *“Ellos te dicen: “Consumo rivotril con clonazepam” sin darse cuenta que uno es el nombre genérico y el otro es la marca comercial. Ahora se ve más ansiolíticos, no tanta mezcla. Eso acompañado de alcohol”*.

Entre los jóvenes se encuentra mayor cantidad de abusadores recreativos que entre los adultos, quienes suelen abusar de los psicofármacos en el marco de la automedicación: *“La gente grande tiene problemas con el tema de consumir medicaciones porque se automedican y los jóvenes a veces porque tienden a ser usos recreativos, a mezclar alcohol con pastillas”*. Dentro de los ansiolíticos más usados por los adultos en calidad de ‘automedicación’ está el bromazepam, cuyo nombre comercial es el Lexotanil, pero también consumen diazepam, clonazepam y nitrazepam.

En los últimos años llegan al consultorio pacientes adultos mayores de 40 años con altos niveles de escolarización que consumen Paco. Esta información corrobora el dato que el Paco no puede ser más considerado ‘la droga de los pobres’. También en estos casos, la alerta y la conciencia de necesidad de tratamiento es mayor en las mujeres, quienes recurren al especialista antes que los hombres: *“En los últimos años me he encontrado con gente grande y gente “educada” que ha caído en la dependencia del Paco. Las mujeres acuden antes, en general, aunque hay algunas excepciones, pero las mujeres acuden antes”*.

10.4- El motivo de consulta

Los motivos de consulta que prevalentemente se presentan a los médicos y que derivan en la prescripción de psicofármacos son básicamente dos y opuestos, la necesidad de estímulo y la de sedación: *"La falta de energía es un motivo de inicio bastante frecuente y la necesidad, a su vez la necesidad de sedación en otro momento también"*. Cuando el paciente es adicto a los psicofármacos, la consulta al psiquiatra en líneas generales no es por interés en detener el hábito de la automedicación ni el abuso de psicofármacos (la automedicación es un hábito muy arraigado y naturalizado en la Ciudad de Buenos Aires) ya que, en todo caso, el paciente descubre que es problemático en el ámbito de la consulta psiquiátrica: *"En un revista de psiquiatría se comentó un estudio que se hizo entrevistando a los habitantes de Buenos Aires y creo que era alrededor del 65% que consumía o había consumido alguna vez benzodiazepinas. Más de la mitad eran sin prescripción médica, por esto que te decía: 'Me lo dio mi mamá porque estaba nerviosa', 'Me lo dio una amiga que a ella le hizo bien, que se lo medicaron para dormir', y vienen ya tomando. La verdad que sí, es un problema"; "Consultan por otros problemas y después uno descubre que están haciendo abuso de automedicación, es un descubrimiento que se da en el tratamiento. Por ahí un paciente consulta porque está con síntomas de ansiedad o con problemas de conductas o lo que sea, o trastorno de estado de ánimo y uno descubre que se viene automedicando hace tiempo y eso es lo que ha hecho que se prolongue la consulta"*.

Para generar conciencia acerca del uso problemático de psicofármacos, algunos profesionales recurren a la entrega de papers o casos de estudio publicados de pacientes con este problema: *"Y yo, que no uso mucho el clonazepám, salvo en los casos agudos de drogadicción, yo les traigo investigaciones que hay acerca de que el clonazepán provoca demencia en cualquier dosis, si los toman durante 3 años seguidos. Les doy para que lean y después vienen como tema de consulta para querer dejarlo"*.

Los cardiólogos están entre los especialistas que recetan muy frecuentemente benzodiazepinas sin tener en cuenta el riesgo adictivo, ni otros daños colaterales que provocan estas drogas: *“Hay un estudio que tiene más de 150 pacientes con consumo problemático de benzodiazepinas, del grupo que venía medicado, casi el 60% venía medicado por parte de cardiólogos, a pesar que no hay indicación en cardiología de que se indique una benzodiazepina para tratamientos de hipertensión, este alto porcentaje eran tratados para la hipertensión con un antihipertensivo. Eso es iatrogenia pura y cuando te topas de puntas al cardiólogo no te muestra evidencias sino que te dice que esto es lo que se usa, la costumbre. El cardiólogo en el combo le dio Alplax y vos no se lo poder sacar nunca”*.

Entre los problemas más frecuentes que comporta el uso crónico de las benzodiazepinas están los déficits en la memoria, sobre todo en pacientes mayores de 60 años, por ejemplo con la ingesta crónica de clonazepán que acelera los procesos demenciales. En los pacientes jóvenes en vez, las benzodiazepinas y los antidepresivos se asocian a las disfunciones sexuales. Estos problemas se observan frecuentemente en jóvenes pánicosos que inician el consumo de tranquilizantes y antidepresivos entre los 20 y los 30 años, quienes ante el temor de volver a sentir pánico que no quieren renunciar a la ingesta de estos fármacos: *“Los pacientes pánicosos consideran las benzodiazepinas como una droga que va pegada a la vida, una droga hiper necesaria”*.

De acuerdo con la experiencia clínica de los profesionales, las intoxicaciones por uso de psicofármacos atendidas en las guardias hospitalarias, se verifican en su mayoría en mujeres jóvenes. Generalmente está implicado el consumo de una sola droga con una gran cantidad de comprimidos. La intencionalidad de dicho consumo se asocia básicamente a dos situaciones: 1- lograr anular un síntoma muy resistente, por ejemplo el insomnio y 2- suicidio.

A la guardia también llegan pacientes con síndrome de abstinencia de psicofármacos debido a que han disminuido o suprimido la dosis a la que estaban habituados porque están intentando dejarlos o bien porque no consiguieron quien se los provea. En estos casos hay un protocolo terapéutico a seguir que incluye una restitución paulatina, ya que cuando hay dependencia el plan de desintoxicación no permite una suspensión abrupta del fármaco al cual se es dependiente. La abstinencia es un momento delicado en todo tratamiento de desintoxicación de consumo de

psicofármacos y necesita de un apoyo externo o red de contención del paciente: *“Tenés que llegar a un acuerdo con el paciente donde el paciente quiera empezar a limitar, porque no se puede sacar si el paciente está abusando de la medicación no se la puede sacar de golpe. A veces tenés que bajar la droga, hacer una baja programada de la medicación y para eso siempre tenés que contar con algún familiar o alguien que te apoye porque en la persona que está consumiendo de mas no podés confiar en ella, sino no tendría el problema del consumo problemático, siempre tenés que contar con un tercero”.*

Es frecuente que el psiquiatra intervenga en las urgencias hospitalarias luego de que el médico de guardia diagnostique y medique una excitación psicomotriz. En estos casos el paciente está somnoliento y no es posible hacer un diagnóstico psiquiátrico claro ni dar indicaciones fármaco terapéuticas: *“La mayoría de las veces en las guardias son problemas así, que en paciente que hacen excitaciones psicomotrices o agitaciones y cuando uno llega el paciente por ahí esta medio somnoliento y uno se encuentra con un panorama tan oscuro y te decís: y ahora que hacemos? esperamos o no esperamos, le damos algo o no? lo despierto o no? porque lo voy a excitar y es contraproducente. Están todos esperando que hagas algo porque vos sos el psiquiatra responsable de esta de guardia y tenés que hacer algo, pero en realidad ya está hecho, está mal hecho la mayoría de las veces”.* Luego durante la internación hospitalaria se altera el ritmo del sueño y la vigilia y se hace sumamente difícil estabilizar con psicofármacos a los pacientes: *“En las habitaciones los pacientes de repente los duermen durante un día entero, se pasan de medicación y al otro día se vuelven a excitar, entonces te vuelven a llamar porque se excitan o les sacan medicación porque estaban muy dormidos”.*

10.5- Inicio en el consumo de psicofármacos y tratamiento

En muchos pacientes adictos a las benzodiazepinas se verifica un inicio temprano (pre adolescencia, adolescencia), en el marco policonsumo de drogas legales e ilegales: *“Los pacientes que llegan a la consulta por consumo problemático de psicofármacos, han comenzado a consumirlo en general,*

catorce, quince años. O porque no podían dormir, o porque los invitaron o le dieron alguna mezcla en algún boliche”. Otros pacientes iniciaron en juventud o edad adulta a partir de una prescripción médica realizada por el médico clínico o especialista y, entre estos últimos, los psiquiatras. También está el grupo de personas con consumo problemático que identifica el inicio de dicho consumo en la época universitaria, asociado al manejo artificial de las horas de sueño y vigilia: *“Algunos por ahí los consumen en la época de estudiantes para poder dormir, para poder estar despiertos durante el día, bueno, cuando estaba por dar exámenes te dicen”*.

Es recurrente que el inicio en el consumo de psicofármacos se verifique en el seno de una familia donde este consumo está naturalizado. En estos casos los miembros consumidores van iniciando en el consumo a otros a partir de que inician con síntomas de malestar psicológico de tipo ansioso, resultando en algunos casos la coexistencia de varios casos en la familia con consumo problemático de psicofármacos: *“A veces la familia tiene el mismo problema. Es muy común que los que abusan de psicofármacos vengan de familias que abusan de psicofármacos. A veces ya vienen de familias que se van pasando el Rivotril de unos a otros, hay algunos que logran manejarlo y hay algunos que no, que pasan a abusar y cuando los quieren sacar no pueden”*.

El problema comienza con el contenido del ‘botiquín de urgencias’ de la casa y con aquello que en contexto socio familiar es considerado un malestar psicológico que requiere una respuesta ‘urgente’. Todo aquello que se considera urgente exige una respuesta inmediata, las benzodiazepinas pueden otorgar bienestar inmediato y, estando a la mano de los miembros de la familia, se constituyen en un excelente vehículo de la automedicación: *“Te dicen: era habitual que tomaran en mi casa” entonces estas como..., como la aspirina, como acostumbrado. Si no se podía dormir, se tomaba tal cosa”; “durante un trabajo, tomaba algo que me daba mi mamá”*. Además, en aquellos hogares con acceso a Internet, se puede acceder a información que avala dicho consumo, desestimando el riesgo que comporta: *“Entonces hay dos problemas, uno el consumo desorganizado de un fármaco y otro, toda la información posible que sacó de Internet y tomé el tiempo necesario para explicarle y que abandone el consumo”*.

10.6- El riesgo de la dependencia

Como se dijo anteriormente, muchas veces los psicofármacos son fáciles de prescribir pero difíciles de retirar, los pacientes no quieren renunciar al efecto placentero, olvidando que les fueron prescritos con una función terapéutica de alivio de síntomas subjetivos, pero no de transformación de la realidad. Cuando el paciente es dependiente, aunque ya no sea placentero el consumo, es muy displacentera la disminución o supresión de la dosis porque debe hacer frente a la realidad y no es posible tener el soporte químico de alivio: *“Entonces sacar un psicofármaco trae mayor angustia para el paciente, la realidad no cambió o ‘de eso no se puede hablar, entonces es preferible el consumo”*.

El efecto placebo del psicofármaco oficia entonces de señuelo tanto en el inicio como durante el tiempo que dure el consumo: *“Cuando uno encuentra un cierto bienestar con la pastillita va a seguir buscando ese bienestar y no se da cuenta que ya está inclinándose y queda pegado, y ya no se despega”*; *“Hay determinadas personas que aceptan la medicación como efecto placebo digamos, entonces es como que se adhieren muchísimo también a la medicación y es como que después consideran que es una medicación necesaria”*.

Algunos especialistas consideran que hablar sólo de potencial adictivo de los psicofármacos es insuficiente. Si bien estas drogas impactan sobre el sistema nervioso central, donde se generan los fenómenos de abstinencia y tolerancia²⁶ (indicadores claves de que un sujeto es adicto a una sustancia), es necesario que quien consume tenga determinadas características clínicas, de personalidad y de integración en redes sociales: *“Tiene que ver mucho con el diagnóstico clínico y con el diagnóstico de trastorno de personalidad. Los psiquiatras nos manejamos con diagnósticos de distintas áreas, en lo que tiene que ver con la personalidad, en lo que tiene que ver con el trastorno clínico que tiene el paciente en ese momento, en lo que tiene que ver con su desarrollo social y*

²⁶ La Tolerancia es un fenómeno por el cual la persona se habitúa a consumir y necesita una dosis cada vez mayor para obtener el efecto buscado. El síndrome de abstinencia comporta un conjunto de signos (indicadores objetivos) y síntomas (indicadores subjetivos) de malestar cuando se disminuye o suprime la dosis a la cual la persona estaba habituada.

profesional, en lo que tiene que ver con su familia. Es decir, tratamos de hacer un diagnóstico muy integral para decir que una persona tiene riesgo de adicción”.

En el marco situacional en que se desarrolla una adicción frecuentemente existe escasa contención familiar, falta de figuras de apego y sensación de ‘vacío’: *“Las personalidades adictivas tienen una raíz importante en problemas familiares desde chiquitos, con ausencias de un familiar o de una figura, que tienen una necesidad de cubrir ese vacío con algún objeto, el cual puede ser una persona, puede ser un trabajo, puede ser una sustancia”.*

No existe un marco familiar *tipo* capaz de sostener a los pacientes durante la abstinencia o de contener a un miembro de la familia que ha iniciado a tener un consumo problemático de fármacos: *“Nos hemos sorprendido con gente que no tiene recursos y la familia lo acompaña o viceversa, gente con altos recursos que la familia no los acompaña. No creo que haya una familia tipo para acompañar o no, depende de la comunicación que haya con los componentes de la familia. Es muy importante la comunicación y el afecto”.*

Entre los factores de personalidad ‘de riesgo’ para desarrollar una adicción a psicofármacos, se encuentra la ‘personalidad de estilo dependiente’ y la de ‘estilo controlador’. Los dependientes se amparan bajo el efecto del psicofármaco: *“No es adicto el que quiere sino el que puede, como decía Freud, depende mucho del tipo de personalidad”, “Depende más de la personalidad, que sean más dependientes y se sienten más protegidos con la medicación, dicen ‘yo necesito la medicación”.* Los controladores necesitan controlar sus emociones y la ingesta les resulta un instrumento válido: *“Sabén cómo se van a sentir, no hay sorpresas”.* También están aquellos que ingieren compulsivamente cualquier tipo de medicamentos, entre ellos los psicofármacos: *“Hay gente que tiene una actitud de ingerir medicamentos ante cualquier situación. La gente que es propensa a tomar medicamentos por cualquier cosa, tiene más riesgo”.*

Entre los factores adictivos específicos relacionados las drogas, todos coinciden en la potencialidad adictiva de las benzodiazepinas, cuyo consumo, según algunos, se vuelve riesgoso después de los 15 días continuados de consumo: *“Está demostradísimo que crean dependencia”;* *“Por ejemplo las benzodiazepinas tienen un efecto inmediato, en algunos casos inmediato y muy notorio que genera*

un refuerzo positivo notorio para el paciente mismo. Siente un cambio cuando lo toma, entonces eso favorece repetir la conducta. En cambio con la sustancia que no hace efecto en el momento, que tarda un tiempo, no genera el refuerzo para seguir consumiéndola y a la vez eso es un mal adictivo que genera discontinuidad en los tratamientos”.

Dentro del grupo de psiquiatras biólogos predomina el concepto de que la conducta adictiva está relacionada con la neuroplasticidad del cerebro y con la dinámica de los receptores. La esperanza para prevenir la adicción está puesta en este caso en el desarrollo de conocimiento científico sobre el funcionamiento biológico del cerebro: *“En realidad todavía no se sabe bien cómo actúa a nivel del sistema nervioso. Pero sí, porque genera dependencia y a su vez la necesidad de ir aumentando la dosis porque se genera la tolerancia a la dosis y en general esto depende de la neuroplasticidad del cerebro. Se supone que los circuitos que se van generando se van a conocer más. Debe haber receptores que funcionan de una manera que todavía no conocemos”.*

Otro factor que se asocia fuertemente al riesgo de desarrollar o no una adicción, es si el consumo de psicofármacos se da en el contexto de un tratamiento que conlleva un control y seguimiento médico o no: *“En principio depende de si está haciendo un tratamiento o no, porque si está con un profesional, le va a diciendo hay que cambiar la medicación, hay que ir dejándolo. Si el psicofármaco es prescripto y no tienes el debido control del especialista te vas a quedar pegado”.*

También incide la capacidad del profesional de evaluar la necesidad y objetivo de la prescripción, capacidad que es puesta en duda por algunos psiquiatras en el caso de los médicos que no son de la especialidad: *“O sea, con qué criterio controla un clínico que la droga no continúe o que la droga haya tenido su efecto si el médico no tiene formación para eso. Con qué criterio puede controlar un cardiólogo si es que prescribió la droga con otro objetivo”; “Si el cardiólogo te prescribe un ansiolítico como antihipertensivo te vas a quedar pegado toda tu vida porque la hipertensión es crónica, si el dermatólogo te prescribe el fármaco porque muchas enfermedades dermatológicas son producidas por ansiedad, te quedas muy pegado. Tiene que el médico tener muy claro objetivos de prescripción, utilizar lo que en el uso racional de medicamento es llamado fármaco personal que implica la variable primera que es: para que estoy prescribiendo? Y los fármacos tienen indicaciones específicas y*

generalmente son las que da la FDA²⁷, no nos podemos ir muy lejos de eso". Desde esta postura, el riesgo no se vincula con la droga en sí, sino con el médico que la prescribe y en la forma en que la prescribe; médicos que en general no son especialistas en psiquiatría que utilizan los psicofármacos para paliar síntomas inespecíficos.

El riesgo de adicción a los psicofármacos en los niños se considera menor que en los adultos por varios motivos. En primer término, casi ningún especialista que no sea Psiquiatra Infantil o Neurólogo Infantil les prescribe estas drogas, es decir se respeta más el saber del especialista que en los adultos: *"Yo creo que en eso los pediatras son bastante cuidadosos para dar un psicofármaco, los pediatras en general se manejan con los neurólogos o con un psiquiatra infantil. Me parece que se meten bastante menos que con los adultos, a mi me parece que los pediatras marcan bien el límite "esto es mío" y si ven un chico con problemas psicológicos o psiquiátrico, van enseguida a consultar con los especialistas, son bastante respetuosos, sí. No es tan así con el adulto".*

Los especialistas se detienen en los diagnósticos y la prescripción en líneas generales esta cuidadosamente estudiada, hecho que reduce el margen de error de la terapéutica y el riesgo de adicción al fármaco: *"Si está bien dado no tendría porque pasar nada, si está bien diagnosticado no tendría porque pasar nada, por el contrario, mejoran. O sea, no es que porque uno empieza a consumir desde chico si está prescripto bien se va a transformar en adicto".* Además existe como un mayor 'reparo' en dar medicación potencialmente adictiva en los niños, es por ello que los psiquiatras de adultos se niegan a atenderlos: *"Hay muchos casos en los que se dan anfetaminas para el ADDH²⁸, hay que tener mucho cuidado de cuando dejarlo, cuando dejar de medicar, porque cambia toda la fisiología neuronal de los chicos".*

Además, un niño llega a la consulta acompañado de un adulto cuidador, que por lo general es reacio a aceptar inmediatamente la prescripción psicofarmacológica y solicita mayores explicitaciones al médico hasta que acepta la terapéutica: *"Los chicos van a estar siempre mejor cuidados porque van a ir... en términos generales, en la compañía de sus padres, hay mucha más resistencia del padre a que*

²⁷ Food and Drug Administration

²⁸ Déficit de Atención con Hiperactividad

el chico sea medicado, en psiquiatría infanto juvenil se utiliza el psicofármaco, por lo general, como último recurso es decir, me parece que están mucho más cuidados y no son de primera elección, salvo los estimulantes para el trastorno de atención, no son de primera elección los fármacos que generen mucha dependencia. Yo creo que el chico en general está mucho más cuidado y no corre tanto el riesgo de trastornos futuros”.

Los niños aceptan los psicofármacos como cualquier otra medicación que es dada por su adulto cuidador: *“Y con los chicos, dependerá de los adultos, de cómo conciben ellos los psicofármacos o de cómo lo ven, lo aceptan y lo reciben. Si el padre es reticente, el hijo también, en general. Si el padre lo acepta y se lo da como algo que lo necesita, lo aceptará”.* Las patologías más frecuentes en las cuales se prescriben fármacos a los niños son las Psicosis y el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD). En líneas generales estos trastornos requieren terapéuticas farmacológicas de larga duración: *“Lo más probable que sea uno, que empieza con una patología de chico tenga que seguir tomando medicación pero no desde la adicción sino desde la necesidad por la enfermedad”.*

En cuanto a los pacientes ancianos el consumo de benzodiazepinas resulta sumamente riesgoso, no solo por el efecto adictivo de las mismas, sino por los efectos colaterales en la musculatura y el equilibrio que ponen en riesgo de accidente a los consumidores dentro de este grupo de población. Es decir que en los ancianos son más los perjuicios que los beneficios del consumo de psicofármacos: *“En el grupo etéreo de los pacientes ancianos la verdad es que es muy riesgoso el consumo de benzodiazepinas, porque predispone a que tengan caídas, le producen alteraciones en la marcha, sabemos que si un paciente miedoso se cae y se termina fracturando la cadera, y eso termina trayendo un montón de consecuencias, y además no los ayuda en nada a mejorar el sueño, que es generalmente por lo que se prescribe. Por ejemplo el clínico en algún momento les dijo: “Bueno, tómese esta pastillita para que pueda dormir bien de noche”, y la verdad que no mejora el sueño de noche y genera todas estas cuestiones”.*

De todos modos, los especialistas coinciden en que los psicofármacos son uno de los grandes descubrimientos de la medicina contemporánea, que han ayudado a dar respuesta terapéutica a grandes grupos de pacientes que antes contaban con la única terapéutica del aislamiento: *“Pero*

además los psicofármacos, como cualquier medicina, bien utilizados son buenísimos. Yo creo que han revolucionado a la medicina”.

10.9- Impacto de la publicidad en el consumo

Sin lugar a dudas los laboratorios estudian y elaboran las mejores estrategias publicitarias para cada uno de los fármacos que producen en función del destinatario del mensaje. En teoría debería existir un único receptor: el médico, y la estrategia debería ser consecuentemente homogénea. A su vez, la falta de tiempo, la residencia lejana, los costos, etc., no permiten que todos los médicos realicen un proceso de formación continuado. Más aún, en muchos casos esta formación médica continua está a cargo de la industria farmacéutica, siendo el vehículo más frecuente de capacitación el visitador médico, donde se filtra la propaganda del fármaco bajo el ‘vestido de información científica’.

El visitador médico llega al consultorio de los profesionales y entrega de folletos, DVDs, vademecums, etc. manteniéndolos ‘actualizados’ a partir de charlas personalizadas, donde informa sobre avances surgidos en investigaciones subvencionadas por el mismo laboratorio de pertenencia del visitador. En los países de nuestra región la publicidad médica no está sometida a estrictos controles, de este modo, el médico acepta la información presentada como válida y suficiente. El riesgo de no detectar la información falaz es menor en los psiquiatras, quienes por su formación, cuentan con un estudio más profundo acerca de los beneficios y efectos colaterales de los psicofármacos.

El riesgo de prescripción de psicofármacos por influencia de la publicidad, sin que exista criterio científico clínico es mayor en dos grupos de médicos, aquellos que no pertenecen al ámbito de la neuropsiquiatría y los residentes en general. En cuanto al primer grupo, existe bastante consenso entre los psiquiatras acerca de que los laboratorios planifican y desarrollan las estrategias de marketing centrándose en los no especialistas en psiquiatría y neurología. Son más en su conjunto y, además, son quienes prescriben mayor volumen de psicofármacos: *“Entonces, el clínico se convence porque eso le dicen, no tiene mucha crítica y eso que le dicen y es su única fuente de información”.*

Es común que los visitantes dejen muestras de psicofármacos en consultorios de clínicos y especialistas varios, quienes las dan a prueba sus pacientes con diversas dificultades emocionales y de vida en general, bajo la referencia de que se trata de una estrategia válida de afrontamiento de los problemas de la vida cotidiana. Estos médicos prescriben psicofármacos sin una estrategia de salud mental ni de abordaje de la psicopatología, ni mucho menos guiados por la planificación de un tratamiento con el seguimiento consecuente. Se trata a los psicofármacos como paliativos indiferenciados sin darles la atención que ameritan como drogas que promueven cambios subjetivos y de la conducta: *“El ginecólogo por ejemplo tiene una muestra de un antidepresivo, llega una paciente que él considera que está deprimida, le dice que está asociada y le dice empezá a tomar esto y le da la cajita de Paroxetina. Pero se la da y después no sabe que hay que seguirla, no conoce el manejo de la medicación y no sale bien. Los médicos con las benzodiazepinas están muy confiados y con los antidepresivos se los venden los visitantes y compran lo que les dicen”; “A los visitantes médicos los preparan para ir a hablar con el médico y venderle al médico que no es de esa especialidad. La publicidad es para los médicos no especialistas. En general los que más prescriben psicofármacos son los no especialistas”.*

En relación a los médicos que no han hecho la residencia hospitalaria, son los más interesados en recibir capacitación y están más dispuestos a detenerse a escuchar y leer por cuenta propia y es probable que cuenten con tiempo para las actividades extra hospitalaria de formación como asistencia a congresos, becas, etc. ofrecidos por los laboratorios: *“La publicidad apunta al médico residente en general o médicos jóvenes. Mira que esto es nuevo, proba y te ofrezco tal cosa. Es más, veo como que está preparado las cenas, las charlas, las becas todo para el médico que recién empieza. A veces vienen para promocionar un fármaco nuevo vienen con una Jornada y después te dan un Dvd de la exposición y a veces son catálogos que son estudios hechos con ese psicofármaco o contra otros que se usaban”*

Las estrategias de venta de los laboratorios incluyen regalos, congresos con pago de viaje y viáticos incluidos, etc. El visitante médico cumple en este caso el rol de agente administrativo, que de alguna forma sigue al médico y hasta presenta sus necesidades al laboratorio. Algunos médicos llegan a ser referentes de laboratorios y reciben paga por dar conferencias sobre el beneficio de los fármacos que

allí se producen y o venden. En algunos casos no se trata de estrategias de publicidad sino de estrategias que rayan con los límites éticos. La falta de un ente regulador específico, permite la vigencia de este tipo de maniobras inductoras de las ventas: *“Aquí no hablamos solo de publicidad, aquí hablamos de maniobras antiéticas de la industria que van desde el cheque al final del mes. Hasta la invitación al Congreso, hasta el pasaje por el país si viene un psiquiatra más top al Congreso Mundial. Si vos ves un Congreso de psiquiatría en cualquier lugar del mundo de 10 stands, de 10 conferencias que puede haber, 8 tienen al menos un miembro de la industria farmacéutica y dentro del Congreso lo mas, las charlas mas publicitadas son las que están manejadas por la industria. Como anécdota nosotros en un Congreso “x” no voy a decir cual, dábamos una charla con ciertos datos poco, poco favorables para ciertos fármacos de moda y la conferencia fue que fue un viernes a las 12 del día y en el stand más alejado, consecuentemente no teníamos mucho público, creo que éramos más expositores que público. Es decir, la industria interfiere directamente sobre la profesión sobre todo cuando no hay un ente regulador*

Los visitantes médicos son vendedores especializados en un tipo de productos y, aquellos que venden psicofármacos poseen una especialización ulterior en dicho tema. En algunos casos, en las descripciones que hacen los psiquiatras de los visitantes, se resaltan rasgos de tinte psicológico: *“Ellos apenas entran al consultorio ven qué tipo de médico eres, y por ahí te puede ir hablando, y ellos lo sacan rapidísimo. Ven quien no sabe, quien no lee estudios científicos, quien... y te venden cualquier cosa. Y de hecho, quien no lee ningún estudio, que cree que es lo mismo medicar con un antidepresivo que con una benzodiazepina”*. El visitador se coloca en el lugar de la persona de confianza incluyendo como parte de la estrategia de venta el interés y conocimiento por la vida personal y la formación continua del médico: *“Llega, uno como amigo tuyo, no llega como persona que te facilita las cosas, llega “hola como estas”, se sienta en el consultorio, conversa sobre ti, sobre la familia, sobre los hijos ves, se convierte en amigo del médico”*.

El visitador en líneas generales minimiza los efectos adversos de los fármacos cuando los presenta a los médicos y de alguna forma naturalizan el consumo de los psicofármacos: *“Los visitantes lo plantean como algo que no es grave tomarlo digamos, que está bien y que si está bien indicado funciona bien y que la medicación que ellos presentan es más eficaz entre medicaciones con la menor cantidad de efectos adversos”*.

Los laboratorios son muy seductores y ofrecen muchísimos beneficios si se prescriben los fármacos que ellos producen. Pero, si bien está prohibido hacer publicidad entre los posibles pacientes, de alguna manera buscan atraer a los consumidores: *“Me parece que la publicidad de alguna manera también es para los pacientes, que ven Tranquinal y ven a una persona levitando y bueno, ya el nombre con la publicidad de esa persona es como que todos quieren sentirse así”*; *“Les ponen nombres, caras de personas felices... Imaginate que esto es una estupidez total dirigido a un profesional, que vea dos personas felices y es un antidepresivo. Muestran personas contentas, psicóticos con cara de neuróticos, esas cosas las hacen”*; *“Los nombres son muy llamativos, para los trastornos del sueño se llaman Dormicúm, o antidepresivos hay uno que se llama Humor Up, y la gente lo escucha y obviamente que los quiere comprar”*.

Otro aspecto interesante de la publicidad gráfica de los laboratorios son las imágenes utilizadas, estas corresponden a adultos jóvenes o mayores bien vestidos y con indicadores de pertenencia a un estrato social alto: *“Generalmente creo las imágenes de adultos, y de gente que lo puede pagar. Muchas fotos son de adultos jóvenes, con buen nivel de vida”*; *“Mira este es un antidepresivo y te muestran en la foto que son pacientes añosos o más o menos añosos que están en un yate. O sea, es también como venderte un auto, el auto por campañas a 100 por hora y una mujer bonita al lado del conductor”*. Este dato no es menor, sobre todo en los antidepresivos y antipsicóticos que se caracterizan por tener un alto costo al público. La publicidad de las benzodiazepinas en vez, apuntan a la población general, para cualquier circunstancia y de fácil administración: *“De hecho vienen masticables, como un caramelo que te lo comés y al toque se te pasa el malestar. Vienen con sabor a menta. Enmascara una medicación que aparece como algo rico y que te da ganas de comerlo”*.

La otra idea que se intenta promover con fuerza, es que con ciertos psicofármacos la persona recupera el 100% de funcionalidad y por ende, de su integración socio laboral: *“En la mayoría o en todas lo que dicen, es funcionamiento 100 por ciento. Me acuerdo de una propaganda, no me acuerdo... “retorno a la función...” creo que dice y no es tal”*, *“Con los antiedemenciales te muestran pacientes de la tercera edad en excelente función”*. Como dijera un psiquiatra entrevistado ‘en los psicofármacos hay venta de paradigmas’, se vende el paradigma de cómo ser hiper activo, hiper sexualizado, hiper sereno, hiper optimista, sin que los problemas y angustias de la vida cotidiana

hagan mella en un funcionamiento social eficaz: *“Entonces la gente viene además a resolver los problemas lo más rápido posible porque tiene que seguir trabajando, tiene que seguir estudiando, tiene que seguir haciendo entonces y que nada lo interrumpa. Hoy la gente quiere todo lo más práctico, lo más rápido y lo menos complicado... la pastillita de la alegría”.*

Es por todo esto que en la publicidad se muestra gente sana y con diversos indicadores de éxito que todos desean. Como es sabido, alcanzar éxito y bienestar asociado al éxito, es un desafío que lleva gran parte de la vida, pero en los tiempos de la modernidad no hay tiempo para esperar ni para disfrutar de la espera, los resultados deben ser inmediatos. Ver rostros sonrientes en la publicidad gráfica da sensación de inmediatez y de plenitud, y los laboratorios saben que esa identificación con el bienestar vende.

De todos modos, como fuera dicho en párrafos anteriores en Argentina la legislación no permite que se haga publicidad dirigida hacia los consumidores. En otros países esto está permitido y deviene en un factor de presión hacia el médico de que prescriba determinadas drogas o no otras: *“En otros países, en EEUU había una publicidad que decía ‘pídale Prozac a su médico’”.* En nuestro país la publicidad de los laboratorios incide en decisión de los médicos en forma más subliminal que en los EEUU. La publicidad convoca ideas de felicidad, estabilidad, amor, pro actividad e iniciativa, evitando presentar imágenes fáciles de asociar a la vulnerabilidad: *“Entonces te ponen unas parejas, ponen a alguien joven con pinta de exitoso y feliz”; “Siempre es la mujer con la pareja o con la familia o disfrutando de la familia. Se ven todos felices y muy bonitos, te entra por los ojos”.*

La publicidad ‘más ingenua’ que alude a efectos benéficos mostrados a través de imágenes placenteras, casi ilustrando el efecto humoral en el rostro de la persona, está destinada a los médicos no psiquiatras: *“La publicidad quiere poner en una droga una capacidad de bienestar que no es real. Esa pareja de gente feliz con un antidepresivo se la dan a un ginecólogo, no a un psiquiatra, el ginecólogo recibe a una paciente deprimida y a veces, haciendo mal las cosas, le da la cajita”.*

Además, las ideas que convocan estos textos publicitarios refuerzan la imagen y viceversa: *“La benzodiazepina que mejora la calidad de vida, que mejora el insomnio, que mejora el estado de ánimo”.* Este tipo de publicidad en la que se muestran imágenes idílicas de los pacientes luego de

haber tomado el psicofármaco, provoca en los psiquiatras tanto hilaridad como enojo: *“No es bronca la palabra ideal, es como risa como una sátira. El extremo o lo utópico de la felicidad tomando una medicación, ya es como que si yo fuera paciente me molestaría eso, porque eso ya es sátira, una burla. Un paciente psiquiátrico en general la pasa muy mal, entonces ver en los videos, las gráficas, la gente sonriente, perfecta o demás, me generó algo cuando veo las gráficas y digo a veces no tendría que ser así”*.

En cierto modo, algunas imágenes de la vida cotidiana que se presentan en envases y folletos, parecieran promover una cierta naturalización del fármaco, otorgándosele un lugar de certeza en el día a día: *“Proponen el consumo de psicofármacos como natural y masivo. Sabemos que hay que ver las características del paciente. Lo venden para todos. Y no es así y esto es mundial”; “Si, como que es el café con leche de la mañana. Que es habitual, que fácil de consumir y que es crónico. Un fármaco que es de uso crónico como parte del día, como tomar agua, una necesidad básica cuando no debería ser así. Eso asusta”; “Lo presentan como un estilo de vida como algo no limitado. En general los tratamientos, sacando lo que son los psicóticos, tienen un tiempo de duración, está recomendado tratar tipo 1 año, 2 años para tal o cual trastorno y el mensaje de la publicidad me parece que es mas de por vida, más un estilo de vida”*.

Las ideas promotoras de pro actividad en juego aluden a aumento de la energía, a partir de estar más sereno o de lograr dormir mejor: *“Va dirigido a una persona de más de 45 años, porque ahí es cuando aparecen las grandes depresiones, el stress en algunos casos, al empresario, que no puede dormir, o está estresado y se sugiere el consumo de ansiolíticos”*. Las cuestiones relacionadas con los tiempos del fármaco y los efectos, se nombran más en términos de cuestiones técnicas de la droga, como comienzo de acción de la droga, etc., pero no en términos de mejoría clínica. No se precisa el tiempo para alcanzar los objetivos: mejoría del estado de ánimo, vulnerabilidad, realización laboral, cese de las dificultades relacionales, etc.

La publicidad en líneas generales más seria, se hace a través de la presentación de trabajos científicos. Pero, con esta modalidad de propaganda puede ocurrir que por la falta de controles de la calidad de los trabajos científicos, se presenten como definitivos resultados de estudios que en

realidad no fueron desarrollados siguiendo todos los pasos que requiere el diseño clínico experimental. En relación a este punto, es difícil que el médico entienda de metodología de investigación y sepa diferenciar un estudio serio de otro que no lo es: *“Yo soy docente de posgrado en la Universidad ninguno de los alumnos que tenía sabía leer bien un artículo científico para poder ser crítico de la información, entonces cualquier información puede ser manipulada”*; *“Después viene lo otro que es “te ayudo” con la estrategia del tu a tu, ahora te ayuda dándote información falsa o más que falsa manipulada, porque no el 100% de los médicos sabe leer bien un artículo científico”*.

También por ley se deben incluir en el prospecto los efectos adversos de un medicamento, pero dicha información se presenta en letras muy pequeñas que ofrecen dificultad a la lectura. Por el contrario, los efectos benéficos están en letras grandes. Por ende, la gráfica su características y distribución, también juegan un rol importante a la hora de guiar la lectura y comprensión de la información que se ofrece. La estrategia de venta que se esconde detrás de la falta de información o de su invisibilización, es clara cuando se compara la información adjunta en los envases en Argentina y en otros países: *“Comparado con la farmacopea americana o con una farmacopea completa vas a ver que hay hasta un 50 – 60 % de información sobre todo lo que es efectos adversos, sobre todo lo que es contraindicaciones, el tema de precauciones de uso, etc. Esta omisión..., esta omisión de información es para el médico, si el médico no lee lo otro se va con esta información”*.

Los laboratorios utilizan una estrategia mixta de ‘bombardeo’ de información a través de diversos medios, ya que a medida que aumentan la inversión en publicidad, aumenta la venta de psicofármacos: *“La estrategia es un combo. Es decir, lo gráfico, el video, lo verbal, si bien es una cuestión de dinero también. Más gita le ponen en el marketing, mayor remuneración económica van a tener en el psicofármaco”*. La oral llega a través del visitador médico, es considerada por los psiquiatras como la menos científica, pero la más eficaz para promover la prescripción entre los médicos clínicos y de otras especialidades. Los psiquiatras prefieren la gráfica o en audiovisual porque pueden detenerse a analizar la información que se les brinda.

Algunos especialistas ven ‘la mano negra’ de la industria farmacéutica en la promoción a través de diversos medios de comunicación de datos epidémicos acerca de algunas enfermedades, que de acuerdo con los estudios por ellos subvencionados se tratan con los fármacos que ellos mismos

producen. Es el caso de la actual extensión de diagnósticos, con carácter casi epidémico de Trastorno Bipolar: *“La industria es muy peligrosa, maneja, son grandes lobbystas. Parte del lobby de la industria es manejar programas en los medios de comunicación para promocionar enfermedades entonces, te ponen de moda una enfermedad en cuanto al producto que tiene la nueva patente”*.

No sólo los médicos avalan los ‘trastornos psicopatológicos de moda’, sino que el público consumidor de psicofármacos está pronto a adherir a las nuevas prescripciones en boga: *“No en vano trastorno bipolar está de moda y la mayoría de psiquiatras te diagnostican trastorno bipolar y te prescriben ciertos fármacos cuando pasas por la calle. Ahora todos somos bipolares, son las modas de la ciencia pero el paciente ya te viene ‘soy bipolar porque, porque cambio de estados de ánimo en un día y eso vi en la tele’*.

A sabiendas del ‘bombardeo’ permanente de publicidad de los laboratorios, los psiquiatras toman las decisiones para prescribir basándose en diferentes factores: el criterio clínico basado en la experiencia profesional (*“cuantos más años de experiencia en el trabajo el médico tiene más criterio tiene y más autonomía de criterio y menos lo influencia la propaganda”*), los costos asociados tanto a la condición económica (*“Porque si eso que le sale carísimo no funciona la gente empieza como a descreer le va a costar más adherirse a un tratamiento”*; *“Uno sabe que en lo general son tratamientos de largo tiempo y quiere que el paciente los sostenga y si el paciente llega un momento en la mitad del tratamiento y dice “doctora, discúlpeme, cámbieme porque yo no puedo seguir pagándolo”, uno trata de evitar llegar a esa situación*) y hasta en algunos casos los pacientes valoran el tratamiento en función del gasto que realizan (*“hay pacientes que necesitan pagar una medicación cara para sentir que cumple su efecto terapéutico”*). Estos y muchos más factores, como la confiabilidad que le despierta el laboratorio de acuerdo con la propia experiencia profesional, van a incidir en la adhesión y en el éxito del tratamiento.

Cabe destacar que entre los psiquiatras existe coincidencia absoluta en relación al juicio que les merece la automedicación tanto con psicofármacos como con fármacos en general que funciona casi con valor de verdad-axioma: *“Con ningún psicofármaco en inofensiva la automedicación, es más, ninguno, ni siquiera la aspirina, que la gente la consume como si fuera agua, como si fuera inocua e inofensiva, como si no fuera un fármaco”*.

10.10- Tolerancia social hacia los psicofármacos

La percepción de la tolerancia social hacia el consumo de psicofármacos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no es unánime entre los psiquiatras. Son los menos quienes piensan que las personas ocultan el consumo por temor al estigma social. Para estos profesionales la prescripción y el tratamiento queda en el seno de la familia en la máxima reserva, ya que aún perdura la creencia social de que la Psiquiatría es para los locos: *“En general...no comentan que les han prescripto psicofármacos como algo que se comenta rápidamente a cualquiera. Creo que es algo que tiene que ver con la privacidad y que solo se comenta al entorno”*; *“Yo creo que se esconde bastante en todas las personas. Creo que los varones más. Pero creo que el psicofármaco no está bien visto. Por la estigmatización que tiene la psiquiatría, en general se oculta”*.

El estigma pareciera ser mayor en los hombres que en las mujeres. Este pensamiento los psiquiatras lo fundamentan en una cuestión más de orden sociológico que psicológico y consideran que socialmente se solicita más al hombre que a la mujer una performance con indicadores visibles de éxito: *“Supongo que las mujeres hablan más, porque en el hombre como que es más un estigma que toma medicación psiquiátrica”*. Factores culturales como el machismo, impiden que los hombres se muestren ‘con fallas’ y necesitado de ayuda, fenómeno que no se verifica en adolescentes ni adultos jóvenes quienes no sienten pudor en comunicar que están en tratamiento psicofarmacológico: *“Las mujeres lo pueden llegar a contar sin ningún tipo de problema. Los hombres son un poco más reservados, pero los chicos que toman, no los niños, lo pueden llegar a contar. Porque quizás el hombre adulto con todo el tema del machismo, lo ve como una debilidad, que no se la puede bancar solo”*.

Hace aproximadamente diez años se comenzó a verificar un importante cambio cultural y los pacientes comenzaron a no sentir que seguir un tratamiento psicofarmacológico era un hecho 'vergonzoso': *"Me dicen, me lo dio usted doctor, por qué ocultar, ¿psicofármaco no es una mala palabra verdad?"*. La gente comenzó a hablar por sobre todo de las fobias sociales y del éxito del tratamiento ansiolíticos para superarlas. Así se fue incorporando este tipo de tratamientos como una alternativa más que válida para superar dichas dificultades.

Los pacientes aliviados de sus síntomas comenzaron a animar a otros conocidos con dificultades similares a que consultaran por este tipo de terapéutica biológica. Probablemente la hipótesis causal orgánica de los malestares también resultó un alivio para pacientes con terapias psicológicas frustradas o con rechazo por este tipo de terapéuticas: *"Si un paciente con depresión salió bien con la medicación, lo comenta. Porque es como un problema orgánico, como si tuvieras un problema con la presión arterial y tenés que tomar la pastilla"; "Si tienen buena experiencias lo comentan y lo recomiendan. Tiene que ver con el resultado, si para ellos fue bueno, hablan con amigos, y les cuentan sus experiencias con psicofármacos"*.

Todo indica que la tolerancia social varía de acuerdo con el psicofármaco comprendido, por ejemplo no existe alarma en relación a las benzodiazepinas, las mismas son los psicofármacos con consumo más extendido y naturalizados en la población. Pero, en relación a los antipsicóticos y los antidepresivos la tolerancia social es baja: *"Los antipsicóticos se ocultan, se ocultan cual sea el efecto buscado porque no siempre es cortar un delirio ni mucho menos y los antidepresivos también. Son las medicaciones más estigmatizantes de los tratamientos. En cambio una benzodiazepina es muy aceptada o sea, demasiado aceptada porque son consideradas drogas seguras"*.

Las benzodiazepinas son consideradas tan seguras, que la gente no tema variar la dosis prescrita, ni intercambiarlas con amigos y parientes consumidores de otras benzodiazepinas: *"De hecho lo veo cuando se juntan mi abuela y mi otra abuela a hablar y van comparando y las ves que una cambia porque a la otra le hizo bien la que estaba tomando y nunca le dice al médico que cambió por otra y se las convidan como si fueran masitas y eso que estoy yo. Les digo y les repito que no, no se hace eso por favor, si no estás conforme o no sentís que haga su efecto la que te dieron hablalo, no le va a molestar al médico, lo que sí le molesta al médico es que hagas esto, que no que le preguntes si se*

puede cambiar o no. Es más, de hecho mucha veces los cambios de medicación vienen por ese lado, una benzodiazepina que a la madre o a la prima le hizo bien y cambiaron por esa, es lo que veo en mi población”.

La falta de alerta en relación a las benzodiazepinas se extiende hasta en los médicos clínicos y especialistas en general (menos en psiquiatría ni en neurología): *“Los pacientes van al clínico o al cardiólogo o al gastroenterólogo y le dicen ‘no voy a sacar turno en el psiquiatra para que me repita la receta, ¿me la repite usted?’ y se la hacen porque no les parece una droga riesgosa o complicada”.* Con los farmacéuticos la historia se repite, venden las benzodiazepinas bajo promesa que luego les traerán la receta, o aceptan la receta sin el duplicado: *“Los pacientes a veces se sorprenden cuando yo hago un duplicado, porque es con receta archivada. Lo que pasa es que no se los pidieron nunca o los consiguieron de una manera menos protocolar pero bueno..., todos llevan dos recetas, se nota cuando es la receta de un psicofármaco”.*

Algunos psiquiatras llevan meticulosamente la cuenta de hasta cuándo les puede alcanzar la medicación y en función de ello organizan la cita para el próximo encuentro con el paciente. De este modo se lleva un cierto control del consumo, y en caso de que el paciente venga antes de los concordado se indagan las causas de la falta de medicación.

Una conducta frecuente en los servicios hospitalarios, es concurrir a la cita con su psiquiatra y luego volver otro día sin turno hacerse dar una receta por un médico de turno o de guardia: *“Muchos pacientes, especialmente los hombres, al descubrir los hombres en ese sentido son más truchos. Muchas veces vienen a la consulta, eso lo veo en el hospital, sacan un turno para la consulta y después vienen un día que yo no estoy en el hospital a buscar con otro colega la receta, cuando ya tenían mi entrevista y la medicación. Así que cuando aparecen les pongo el ultimátum”.*

Pero, lamentablemente, en la actualidad el acceso a las benzodiazepinas no ofrece ninguna dificultad en la Ciudad de Buenos Aires, ya hay kioscos donde las venden: *“Me sorprendió hace poco, caminado una noche en Av. Santa Fe, en un kiosco en una esquina una señora que estaba un poco nerviosa fue al kiosco a comprar clonazepam y se lo vendieron. De hecho se fijó porque el kiosquero tenía un montón de otros remedios así que dijo: ‘hay no, me quedo esto, toma’”.*

11. La visión de los farmacéuticos

Los 10 farmacéuticos entrevistados son graduados de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y cuentan con más de 17 años de experiencia de trabajo continuado en farmacias con atención al público.

11.1- Acerca de la prevalencia

En líneas generales, las farmacias no cuentan con registros estadísticos de la venta de psicofármacos, pero en base a la experiencia han tipificado perfiles de consumo por droga. En primera instancia hay acuerdo entre los farmacéuticos que la droga más vendida es el Clonazepam, principio activo de la marca Rivotril. La venta de esta droga prevalece por sobre otras en ambos sexos y en los diferentes grupos etéreos, salvo en niños. El diagnóstico que en líneas generales justifica la prescripción es el de Trastornos del Sueño y/o Ansiedad: *“Se lleva las palmas en todas las edades y en los dos sexos, es muy recetado como..., para aquellas personas que tienen problemas y trastornos del sueño fundamentalmente. Es un tranquilizante”*.

Los farmacéuticos indican que el Clonazepán es la droga más prescrita en la actualidad debido al aumento de los niveles de estrés en la población que trae aparejado problemas del sueño. Hacen referencia también a una ‘epidemia de Trastornos del sueño’, en el marco de la cual la población adopta la estrategia común de la automedicación: *“Hay mucho estrés en la gente, hay mucha disociación y entonces eso lleva a que haya un mal dormir, que haya alteración del sueño y se busca una pastilla que solucione el tema pero no se busca solucionar el tema de raíz, que se tendría que tender a eso, pero bueno eso es harina de otro costal. Para solucionar el problema de que no puedo*

dormir hoy muchas veces una amiga, un amigo recomienda y porque no vas al médico que te de Rivotril por decir, o clonazepam en forma genérica, eso es muy común”.

En cuanto a los estimulantes, su venta es muy inferior a la de tranquilizantes, en primera instancia porque el control es muy estricto y necesitan en muchos casos de triple receta y en segunda instancia, porque abunda el consumo de bebidas energizantes y cócteles de psicofármacos con alcohol que son utilizados como estimulantes: *“En cuanto a estimulantes hoy por hoy está muy controlado y casi no se comercializa. Entonces buscan otro tipo de estimulante como ser el consumo de cafeína asociado y lo vemos en la calle cuando escuchamos hablar sobre el consumo de los famosos energizantes con vodka o la jarra loca que le llaman que ya provocó una muerte en Córdoba hace un par de años atrás o en casos de chicos intoxicados con, con alcohol por estas mezclas de energizantes y demás”.*

Desde la farmacia se detecta en los últimos cinco años un cambio en el patrón de consumo de psicofármacos por sexo. Las mujeres consumen más que los varones, especialmente entre los 40 y los 50 años. La explicación que prima se asocia al agobio y el estrés por la sobre carga de trabajo dentro y fuera del hogar: *“El público femenino es mayoritario, que el público masculino con respecto a psicofármacos y en general el tipo de psicofármaco que consumen son inductores del sueño”; “No nos olvidemos que la vida de hoy es muy exigente, la mujer tiene que cumplir con su rol de madre, con su rol de esposa y encima tiene que trabajar a la par del hombre, cosas que años atrás eso no existía, entonces ese avance en las carreras diríamos, individual o profesional de una mujer lleva a una situación de estrés y a un consumo mayor de Rivotril por ejemplo, para la disfunción o la alteración del sueño”.*

El consumo ha aumentado notablemente también los jóvenes y adultos jóvenes, especialmente de clase media y media alta. A partir del año 2.000 aumentó la consulta en este grupo de población, especialmente por ataque de pánico, problemas de inserción socio laboral y conflictos interaccionales en general: *“En relación a los jóvenes que hoy consumen drogas como el clonazepán, son chicos que quizás por la edad que tenían, empiezan a largarse a la vida y les cuesta vincularse. Tienen muchos temores. Es un problema generacional. Nosotros quizá superábamos los conflictos de*

otra manera, estábamos más preparados para la lucha y, por eso digo, son chicos todos de clase social media alta, muy acostumbrados a tener todo más fácil”; “Tienen entre los 20 y los 30 años. Cuando son jóvenes consumen más ansiolíticos y ahora están consumiendo mucho antidepresivo también”.

Si bien ha cambiado el estilo de crianza y los padres de los jóvenes de entre 20 y 30 años han seguramente facilitado el acceso a sus hijos a los objetivos deseados, también hay que destacar que en la actualidad se interponen una infinidad de obstáculos sociales, económicos y de espacio de desarrollo que dificultan que puedan alcanzar por sí solos los objetivos que se plantean. Entre todas las estrategias de solicitud de ayuda que implementan, estos jóvenes incluyen la consulta al psiquiatra. A diferencia de los jóvenes, la población de mayores de 65 años raramente presenta una receta prescrita por un psiquiatra en el mostrador de la farmacia. Los psicofármacos en su mayoría hipnóticos y en muchos casos asociados a ansiolíticos, son prescritos prevalentemente por el médico clínico.

Las recetas de psicofármacos en su mayoría pertenecen a sujetos de clase media y media alta, asociándose la prevalencia de la prescripción de estas drogas en estos grupos de población directamente con el poder adquisitivo del paciente, ya que estas drogas tienen costos altos. Las personas de clase baja compran más drogas para problemas de salud físicos como fiebre y dolores musculares. El sufrimiento subjetivo no se plantea como un problema prioritario cuando el recurso económico es insuficiente para afrontar los gastos de la vida diaria; las prescripciones apuntan en las clases más desfavorecidas a intervenir psicofarmacológicamente en psicosis y/o en problemas neurológicos de cierta entidad.

11.2- Acerca de quién debe prescribir

Las prescripciones de ansiolíticos y antidepresivos provienen de médicos clínicos y especialidades varias: *“Los antipsicóticos y neurolépticos en general son prescritos por psiquiatras y neurólogos. Y*

al psiquiatra se consulta cuando la patología es mayor, ya cuando es una psicosis más bien y no por una ansiedad". Tal estado de la proveniencia de las prescripciones es avalada por el cuerpo de farmacéuticos: "No podemos darle la indicación a un médico de que recetar o no recetar. Evidentemente el Rivotril para un trastorno leve del sueño no necesita a lo mejor de un psiquiatra. Pero ya cuando se detecta una conducta psiquiátrica yo creo que debería ser derivado a un psiquiatra propiamente dicho porque ya estaría asociado a otro tipo de enfermedades que son especializadas. Hablemos de..., que se yo..., no sé..., puede ser una depresión mayor, puede ser alguna demencia senil tipo Alzheimer. Esos ya son tipos de situaciones muy específicas que deben ser manejadas por especialistas".

Existe consenso entre los farmacéuticos en cuanto a que los psicofármacos tienen que estar prescritos por todo médico habilitado como tal, independientemente de la especialidad que tenga. Algunos piensan que el médico que no es de la especialidad debería hacer la prescripción inicial y derivar al psiquiatra para el control de tratamiento. Es decir, que se considera que todo médico está en condiciones de hacer un buen diagnóstico pero no de hacer un seguimiento a largo tiempo, entre otras cosas porque existe la creencia de que el psiquiatra puede ser más riguroso que el clínico, porque la relación médico paciente no está sesgada por el 'vínculo de confianza' que existe entre el clínico y el paciente ("el psiquiatra es más duro, más estricto, no le da la confianza que le da el médico clínico").

La ley sanciona que todos los médicos pueden prescribir y los farmacéuticos se muestran muy poco cuestionadores de la ley. Se indica que en todo caso es una cuestión de conciencia del médico, sopesar si están en grado de diagnosticar y prescribir un tratamiento psicofarmacológico para pacientes graves: "Acuerdo con que los psicofármacos sean prescritos por otros especialistas en medicina que no sean psiquiatras. Entiendo que un psiquiatra es un médico, y tiene la potestad de prescribir cualquier tipo de medicamentos y la ley de por sí, se la da. Lo que sí, un médico común, un médico clínico por ejemplo, ante un problema severo, de envergadura podría recetar siempre y cuando esté seguro de lo que hace".

Como elemento distintivo, al psiquiatra se le reconoce una mirada más atenta al estado psicológico general del paciente. Esta diferencia entre 'los otros médicos' y los médicos psiquiatras es que estos

últimos, a diferencia de los primeros, proponen, respetan y sostienen un seguimiento psicológico paralelo: *“Otra cosa que no se hace es que no falten al psicólogo. Eso en adultos mayores, no lo hace nadie”*.

Se presenta una defensa de la figura del médico generalista, su capacidad de juicio y accionar criterioso. La visión del especialista es evaluada como fragmentaria y con mayor riesgo de error, sea cual fuera la especialidad en cuestión: *“Me disgusta en los últimos tiempos de la medicina es que cada profesional ve su rama focalizada y se olvida del contexto, del resto. En realidad aunque uno vaya al traumatólogo, el traumatólogo tiene que ver la historia clínica y todas las prácticas del paciente. Y no puede prescribir si no sabe cómo es ese paciente en todos sus aspectos clínicos. Y bueno, eso lo veíamos a diario en la farmacia. De repente van al traumatólogo y le dan algún tipo de producto y sabés que el paciente es diabético o que tiene algún problema y le decís que no le conviene, porque vos sabes toda la medicación que lleva el paciente.*

En muchos casos, los farmacéuticos actúan como ‘unidad centralizadora de información’, haciendo a su vez detección precoz e intervención temprana en prácticas iatrogénicas: *“Y uno mismo, bueno, yo llamaba al médico y le explicaba y por ahí muchas veces había correcciones en la prescripción”*. Algunos farmacéuticos consideran que ellos tienen una mirada más global y mayor respeto hacia el consumo de psicofármacos que los médicos especialistas: *“Por lo menos yo a los pacientes no les vendía el medicamento así nomás, le preguntaba para qué es. Conversaba con ellos, más si era la primera vez, es que siempre atendí a la clientela viéndolo como lo que es, una persona, es decir. La faz comercial, solicitar y vender, eso solo no es la farmacia, la farmacia es todo”*.

11.3- Acerca del consumo problemático

Los farmacéuticos consideran que cuentan con indicadores eficaces para la detección del consumo problemático en el momento de la compra que van desde aspectos conductuales (*“no pueden hablar correctamente, la voz se les vuelve gangosa o están excitados o deprimidos”*), verbalizaciones que denotan dependencia (*“me estaba por quedar sin la medicación y me dio miedo”*), signos en la receta

(“con solo ver una receta uno se da cuenta si la receta es verdadera o falsa, con solo ver la escritura uno se da cuenta que viene de una persona con consumo problemático”).

En líneas generales se trata de personas jóvenes con aspecto desalineado donde el farmacéutico sospecha también el consumo de otras sustancias. Se presentan de continuo en la farmacia, ellos mismos o algún enviado aún ante la reiterada negativa de venderles: *“Cuando compré la farmacia tenía todo un grupo de gente joven que venían con estupefacientes y querían llevar recetas. Me llevó un año correr a esa gente. Traían recetas y te daban cuenta que las recetas, por más que estuvieran bien hechas eran falsificadas por la actitud de la persona que venía. Inclusive tenía algunos que eran insistentes y mandaban a alguna persona anciana de PAMI y decían que yo no les quería vender y le decía al jubilado “dígame”. Yo les decía que no estaba ese producto. Y el anciano por ahí se incomodaba”.*

11.4- La industria farmacéutica

La industria farmacéutica tiene un desarrollo progresivo de la producción científica para alcanzar un superación continua de los productos, logrando identificar principios cada vez más complejos en las drogas. La competencia entre los laboratorios llega a ser extrema y es típico ‘el robo’ o ‘copia’ de productos: *“Por ejemplo, suponte hace unos años se recetaba cierto tipo de ansiolíticos, clonazepam, lorazepam, ahora pasamos a otro tipo de ansiolíticos que además actúan como antidepresivos. Entonces el conjunto de acciones del medicamento sobre el individuo es mayor”.*

Los desarrollos suponen un largo período de investigación que comprende estudios in Vitro, en animales, con las consecuentes fases de estudios clínicos. Desde que se comienza a investigar una molécula y se llega a la comercialización pasan entre diez y quince años en los cuales hay diferentes etapas (1 – 2 – 3 – 4). Cada una de esas etapas tiene una categoría diferente y para llegar a la etapa 4, que es la liberación al consumo humano, primero tiene que pasar por la tercera que es la etapa de experimentación en animales. El período de fármaco vigilancia comprende las cuatro etapas y un período posterior al lanzamiento. Hasta que se lanza a la venta existe información diríamos objetiva

no probada y luego del lanzamiento, comienzan los reportes de efectos adversos e inconvenientes que no se detectaron en las fases de experimentación y son propios del consumo: *“Es decir, un principio activo nuevo si no se empieza a consumir no vamos a saber como va a reaccionar el organismo humano”*.

En las fases dos y tres sucede el desarrollo en la especialidad medicinal y se analizan las posibilidades que puede tener ese fármaco en el mercado: *“Depende de un tema económico, nadie va a investigar, ni nadie va a producir un principio activo y ni nadie va a comercializar un principio activo para que le dé pérdida es decir, busca una rentabilidad y evidentemente es una decisión estratégica también, sobre todo en la investigación y que dura tanto años sacar una molécula nueva”*.

Las intenciones económicas en el desarrollo de la industria no son cuestionadas en el ámbito farmacéutico, pero si se remarca la necesidad de que dicho desarrollo se verifique en un marco ético de beneficio para la población en todos los sentidos: *“Eso que se desarrolla realmente que tenga un beneficio real para el paciente, ya sea con menos efectos secundarios, o efectos indeseables, o que produzca menor dependencia. El aspecto ético se tiene que tener desde que se diseña una droga hasta que se pone en la calle”*.

Las necesidades de la población se comprenden por estudios de mercado y estudios epidemiológicos de prevalencia de enfermedades: *“Tiene que ser el enfoque en una ecuación de gana-gana. Gana la empresa que trabaja, investiga y produce y gana el cliente porque se beneficia con una nueva droga que tiene que significar un beneficio mayor”*. Para recabar la información los laboratorios evalúan permanentemente el consumo de lo que interviene en su cartera. Sobre todo los laboratorios grandes que pueden llegar a las farmacias y a los médicos y recabar información sobre prescripción y consumo. El PAMI por ejemplo, hace su propia auditoria para verificar las prescripciones del mes.

Existe plena coincidencia entre los profesionales de la farmacia en que el Estado tendría que regular las líneas de desarrollo de psicofármacos incentivando a los laboratorios a producir ciertos tipos de drogas que pueden llegar a ser útil para la población, es decir, garantizar que se cumpla con un objetivo social además del económico. Esta intervención del estado en la industria farmacéutica existió hasta los años 70 a través de los laboratorios de las Fuerzas Armadas que contaban con

producción propia y abastecían de medicamentos a bajísimos costos a los afiliados a las mutuales de los cuerpos de las fuerzas armadas, a las tropas y a los hospitales.

Entre los entrevistados surgen otras ideas de fortalecimiento de la industria nacional farmacéutica, como por ejemplo a través del incentivo de la desgravación y la facilitación impositiva para laboratorios nacionales en un sentido amplio y durante un cierto período, con la condición de que con sus productos alcancen nichos de población descubiertos del mercado y/o produzcan medicamentos con principios activos para que el medicamento llegue a toda la población a bajos costos.

Existe consenso en que la presión sobre los médicos para inducir a recetar ciertos fármacos, es fuerte. Los laboratorios utilizan una cierta gama de artilugios comerciales de presión sobre el médico para que recete psicofármacos que son muy costosos y beneficios económicos para el paciente de los cuales es muy difícil retrotraerse para el profesional.

Los pacientes no son conscientes de ello pero los farmacéuticos sí. Pero, dado que esta estrategia no conlleva ninguna consecuencia negativa para la farmacia, en el mostrador se continúa con la venta de dichos productos: *“Muchas veces los laboratorios les dan a los médicos unos bonos de participación, donde aparece determinado nombre comercial de psicofármaco. Entonces, bajo ese nombre de psicofármaco el médico le tiene que recetar, aunque haya veinte en plaza. El beneficio sobre el que compra es que le regalan media caja si compra uno. El paciente no se da cuenta de que es una presión. Para nosotros no implica un gasto ni beneficio porque es la droguería la que lo provee. Pero en general esos psicofármacos cuestan el triple de lo que cuestan los otros, de la idéntica fórmula. Y para el paciente el médico es Dios”.*

Según los farmacéuticos, la información que los médicos otorgan a sus pacientes es insuficiente, motivo por el cual es habitual que el paciente solicite al farmacéutico precisiones acerca de los fármacos prescritos. La figura del farmacéutico resulta más cercana al paciente que la del médico y con ‘más tiempo a disposición’ para detenerse a explicar: *“Siempre vinieron preguntando algo mas porque el médico no les dice todo. Muchas veces por temor o por no molestar no le hacen las preguntas que corresponde, no le comentan la médico lo que están tomando porque el médico nunca*

ha tenido el suficiente tiempo como para atender ese paciente en forma amplia y correcta para mi entender. Ese paciente viene a la farmacia y nos pregunta 'y el médico me receto tal cosa, pero no sé cómo tomarlo. ¿Lo tomo antes de comer, por la tarde o por la noche?', esas son preguntas de todos los días. Eso habla de que la comunicación con el paciente está muy restringida".

La mayoría de los farmacéuticos orienta a los clientes en la compra de medicamentos, pero esta conducta no se repite cuando se trata de psicofármacos. El respeto popular por este tipo de drogas en líneas generales es mayor y los clientes no se atreven a alejarse de la prescripción médica. Según los farmacéuticos, el respeto que el paciente siente por el médico no se condice por el nivel de conocimientos de farmacodinamia de los médicos. Éstos suelen quedarse con la información que trae el visitador y no analizan en detalle los estudios clínicos ni sus resultados: *"Los farmacéuticos vamos más al fondo, investigamos más".*

La información sobre las drogas que se encuentra en los prospectos es exagerada en cantidad, insuficiente, confusa, generando en muchas oportunidades, dudas acerca de si cumplir con la prescripción médica o no: *"La gente quiere que le expliquen las cosas claramente. Hay muchos medicamentos que tienen, que son sábanas escritas y a veces la letra es tan chiquitita que hay que ponerse el telescopio, no una lupa siquiera, para poder leerlas. Y al paciente hay que traducírselo en forma concreta y en términos cotidianos".*

Los prospectos que acompañan las drogas en otros países, por el contrario están pensados y diseñados para que el paciente lo entienda. Es decir, el paciente debe entender la farmacodinamia y eso ayuda a que se cumpla con la prescripción en su modalidad indicada. La falta de información por parte del médico y de los laboratorios redundan en un mayor trabajo del farmacéutico hacia los pacientes: *"No lo entienden porque los prospectos están hechos para el médico. No tienen una indicación contundente para el paciente para pueda entender sobre cómo actúa el medicamento. Ese trabajo lo hacemos en la farmacia"; "El médico debería decirle "Usted tiene una depresión, biológicamente en sus cerebro le está faltando o sobrando determinado neurotransmisor, entonces lo que yo le voy a dar es una medicación que ayude a transportar ese neurotransmisor o a que no actúe."*

11.5- Impacto de la publicidad

No hay estrategia de marketing pública, de venta al consumidor. Los psicofármacos son de venta bajo receta archivada y por ende está prohibida la publicidad. Además, la estrategia de marketing de los psicofármacos se diferencia sustancialmente de los otros medicamentos porque está prohibido entregar muestras gratis de psicofármacos. Las muestras gratis son un componente de acción del médico con el paciente, de imponer determinado medicamento. La muestra es el primer enlace que tiene el paciente con el medicamento: *“Si con ese medicamento le va bien, el paciente va a querer más. Nosotros en la farmacia decimos ‘es venta bajo receta’. Pero no todo es venta bajo receta, con los psicofármacos están prohibidas las muestras gratis, pero hecha la ley, hecha la trampa, es decir, en vez de darle una muestra gratis, les regalan un específico entero”*. Los farmacéuticos sugieren que para resolver el problema de la prueba acerca de la efectividad del fármaco, se debería solicitar a la industria la confección de presentaciones de menor tamaño.

No caben dudas entre los farmacéuticos que la publicidad del psicofármaco tiene que estar exclusivamente orientada al médico y al farmacéutico y ser presentada solo a través de un dossier científico. Es decir, la información técnica o científica que el laboratorio debe entregar del producto tiene que estar avalado por algún estudio científico. En segundo lugar está prohibido por ley hacer publicidad oral o escrita, es decir radio, televisión de un psicofármaco e inclusive gráfica. Pero, la publicidad logra hacerse su lugar y los visitantes médicos llegan con información científica e inciden en la elección de la marca del laboratorio en el momento de la prescripción.

La información que se presenta proviene en líneas generales de publicaciones internacionales avaladas por diferentes tipos de organismos, entre ellos la FDA (Asociación Federal de Drogas) de los Estados Unidos de América. Prevalentemente se trata de estudios de eficacia, estudios de biodisponibilidad, avalados y justificados en estudios y referencias bibliográficas de peso en la materia, ilustrados con diagramas de flujo de estabilidad, de eficacia, de valoración del principio activo en el comprimido, etc.

Dado que la publicidad a consumidores directos está prohibida, se utilizan otros medios de llegada: *“Le regalan un talonario al médico donde en el encabezado o en el pié de página está el nombre de un psicofármaco y eso el paciente lo recibe en su prescripción o en las indicaciones de cómo tomar el medicamento que le recetaron. Es una propaganda pero encubierta”*. Otra parte de la estrategia está desarrollada en la gráfica, en la folletería que se entrega a los médicos por ejemplo, suelen aparecer imágenes del antes y el después de que alguien haya tomado la medicación, donde la semiología del rostro y la actitud corporal indican una mejoría notable: *“Un antes con una persona opaca, sin brillo, después de tomar el medicamento está sonriente y resplandeciente”*.

El médico lee las presentaciones que le llevan a su consultorio de los psicofármacos recientemente desarrollados. Como se mencionara anteriormente dichas presentaciones muestran estudios con resultados de eficacia positivos y dicha información resulta suficiente al profesional para comenzar a prescribirla. El médico no tiene presente que el descubrimiento del verdadero alcance y magnitud de los efectos adversos se sabrá solo después de un tiempo de que el fármaco esté en venta en el mercado: *“Hay que ser muy prudente con toda droga nueva cuando se hacen los estudios clínicos, por una cosa lógica, los grupos poblacionales son reducidos, son 2.000, 3.000, en el mejor de los casos 30 mil pacientes. Y los efectos indeseables se obtienen en uno de 10 mil o de 100 mil, y entonces los productos obtienen el registro, salen a la venta y cuando se masifica el medicamento es cuando aparece lo que no apareció en los estudios clínicos, y no por negligencia del laboratorio que lo desarrolló, sino porque la incidencia es mucho más alta, y ahí está la responsabilidad de los profesionales, de los farmacéuticos y los médicos, de reportar a la fármaco-vigilancia el tema de los efectos indeseables, es esencial la prudencia del médico al prescribir una droga nueva y la responsabilidad que tiene el médico y el farmacéutico de reportar efectos adversos. Y eso es algo también que por ejemplo, estadísticamente, somos más reportadores los farmacéuticos que los médicos, y eso es algo que los médicos deberían asumir y hacer”*.

La idea de que el farmacéutico es más responsable que el médico es recurrente y sustenta el hecho de que los laboratorios decidan que sean farmacéuticos quienes estén a cargo de la mayoría de las actividades de control de la producción y publicidad de psicofármacos: *“En cualquier laboratorio, su director técnico debe ser farmacéutico, los que participan adentro del laboratorio son y deben ser*

farmacéuticos o químicos. Hay otro director, que es el médico, que es para el enlace con el visitador médico y con el médico. La función del farmacéutico es de custodia, como establece la ley”.

También existen formas de publicidad encubierta en los medios de comunicación. Por ejemplo en televisión, en el marco de algunos programas se desarrollan temas asociados a la psicopatología se mencionan nombres comerciales de psicofármacos: *“En un programa de TV que dan al mediodía , por ejemplo, hay publicidad encubierta porque habla de las fobias y miedos y dicen ‘si toma Rivotril’. Y eso queda fijado en la mente del paciente y los televidentes”.*

Dado que no se puede explicitar en la publicidad el tiempo necesario para alcanzar el éxito deseado, las menciones suelen estar al interno de frases tales como: *“....por esto es probable que en tres meses su enfermo va a sentirse recuperado”.* O bien, lo más frecuente es que aluda al tiempo en términos de información científica: *“El pico máximo de concentración en sangre se alcanza a las 2 horas, por ejemplo. Entonces, eso si es objetivo y esa publicidad si es la que tienen y pueden dar”.*

Es necesario hacer una mención diferencial acerca de los ‘psicofármacos naturales’, ya que sobre estos fármacos a base de hierbas no se objeta la publicidad. Por ejemplo los inductores del sueño a base de melatonina, hormona humana que marca el ritmo biológico, pueden tener publicidad dirigida al usuario porque son de venta libre. Dichos fármacos dejan de ser inocuos cuando se consumen junto a psicofármacos de laboratorio con los cuales comparten principios activos, produciendo reacciones adversas. Lo mismo ocurre cuando el paciente está medicado con un antidepresivo, por ejemplo floxetina, siente nerviosismo y consume medicamentos a base de pasiflora para serenarse: *“La pasiflora tiene en sí, como droga, el mismo principio activo que el Vallium y se contrapone con la floxetina”.* En las farmacias barriales con reducido flujo de pacientes, el farmacéutico en general conoce la medicación que compran habitualmente sus clientes y los puede alertar al respecto, cosa que no ocurre en las grandes farmacias, donde a la luz de estas prácticas, es de esperar que la iatrogenia médica esté presente en mayor número de casos.

La naturalización en el consumo de psicofármacos es creciente. En muchos casos resultan una respuesta veloz y efectiva a las angustias de la vida cotidiana y los psiquiatras no se detienen a pensar si el paciente necesita una vida de relación más rica en vez de un tratamiento

psicofarmacológico: *“Te dicen ‘me puede vender tal cosa, porque yo ayer estaba muy nerviosa o excitada y fulanita me dio tal cosa y me hizo bien’. Es decir, ellos ya saben que el Rivotril, el clonazepám le va a cubrir su ansiedad o va a hacer que no tenga miedo. Y lo ve como un éxito en su vida que se vuelve necesidad”*; *“En general, nada es natural y todo medicamento, hasta el más inofensivo, es un tóxico para el cuerpo si está tomado en dosis inadecuadas, como el agua que es tan necesaria para la vida, si te caes en el mar, o en un lago que es agua dulce, te ahogas también, el psicofármaco es necesario, pero en su justa dosis. No es mejor ni peor que otros medicamentos, pero tiene que haber buenos diagnósticos, buenas prescripciones, buena dispensación. Hay que tomar responsabilidad como todo equipo de salud. Yo creo que a nuestros psiquiatras les falta la parte de socialización con el paciente y el trabajo en equipo con el psicólogo”*.

12. La visión del consumo desde las mujeres sin consumo problemático

12.1- Iniciación en el consumo

Las mujeres comienzan a consumir prevalentemente psicofármacos a partir de la mediana edad (entre 35 y 50 años aproximadamente), bajo circunstancias de apremio dadas por deber continuar afrontando las exigencias de la vida hogareña y profesional en el marco de crisis vitales y/o eventos de vida dolorosos: *“Empecé a los 45 cuando falleció mi marido porque me costaba dormir, porque yo quede viuda con cinco hijos, el más chico tenía dos años. Bueno, ahí empecé a tomar, tomaba cuando me sentía mal”* (57 años); *“Lo consumí como 8 años, Trapax, porque yo tenía a mi marido enfermo. Yo iba a trabajar y lo tenía que dejar solo y tomaba como 2 ó 3 Trapax, así hasta que murió”* (51 años).

El psicofármaco funciona como un filtro que neutraliza las emociones negativas en las mujeres, les permite ‘sonreír a la dificultad’, cumplir con la función de amparo materna, y ser agradables compañeras de trabajo a pesar del malestar subjetivo al cual no pueden retrotraerse: *“Algunas veces tomo un tranquilizante, si estoy muy nerviosa porque los nietos me ponen nerviosa, entonces por ahí tomo un tranquilizante y los tolero mejor y estoy mejor con ellos”*; *“Treinta y ocho años empecé cuando murió mi marido, fui al médico porque me sentía mal, me faltaba siempre el aire, pero era todo nervioso, por la situación que estaba pasando. Cuando yo veía que ya me bajaba un poquito el ánimo, ahí tomaba para estar bien por los chicos, porque ellos no tiene porque aguantar verme con cara larga”*.

Ser mujer después de los 40 años resulta un verdadero esfuerzo del cual se toma autoconciencia en ese momento. La mujer es quien ‘carga’ con el peso del cumplimiento de las responsabilidades de la vida cotidiana: *“Mi sobrina tiene el problema de ir a trabajar, de cuidar los chicos, de llevarlos al colegio”*; *“Toman por una cuestión de responsabilidades quizás con las cosas que tienen que cargar y que las estresan”*. El alivio al esfuerzo, el psicofármaco, se constituye en la estrategia esgrimida por las últimas cuatro generaciones de mujeres: *“Por lo general después de los cuarenta que uno empieza*

a tener problemas. Me acuerdo que tenía treinta años y mi mamá tomaba pastillas, mi suegra tomaba, la tía tomaba, y yo decía ‘Como joden estas viejas con los remedios’. Y después uno por diferentes situaciones tiene que tomar”.

Además, cuando se acerca la ancianidad, los psicofármacos ‘sirven’ para tolerar más a los otros, estar menos irritable, ser más aceptado y por ende estar menos solo: *“Ahora lo tomo ponele un día que me pongo nerviosa porque por ahí mi hija me contesta mal y que no es que me guste, pero me las tengo que aguantar porque yo estoy sola y por ahí si estoy nerviosa le respondo y no me quiero pelear con ella porque después no me habla por unos días”* (65 años).

En las mujeres ancianas, el historial personal de consumo de psicofármacos es rico y variado y, si se considera la totalidad de psicofármacos consumidos por las mujeres de la familia, la lista de fármacos y de profesionales intervinientes en las prescripciones se multiplica exponencialmente: *“Tengo a mis dos hermanas, la mayor que tiene 80 años, ella toma Valium, té de tilo, no sé cuantas cosas porque no puede dormir porque ella es muy nerviosa. Y mi otra hermana tiene 72 y un problema de disritmia y toma Yustum y Depamin para las convulsiones, y toma también otro remedio también así para que pueda dormir que se lo dio el neurólogo, todo recetado”*; *“Mi hermana que falleció tomaba Valium, Lexotanil y las pastillas para la presión, todo siempre recetado. Murió a los sesenta años”*; *“Mi mamá toma Lexotanil porque tenía presión y era nerviosa. Tenía presión nerviosa que le traía problemas cardiacos”*.

Por otra parte, hay un grupo minoritario de mujeres que comenzaron a consumir psicofármacos en juventud, preferentemente en época de estudios. La tensión por los exámenes justificaba en casi todos los casos el consumo, que además es avalado y sostenido por el resto de la familia: *“Tomé porque tenía exámenes y se me había juntado todo en el último año de la secundaria. Y me lo daba mi mamá, una cápsula más o menos una hora y media antes de que me duerma”*.

La medicación prescrita a un miembro de la familia es considerada de uso común para todos aquellos miembros que la necesitan: *“Claro, mi mamá tomaba. Si, a ella se lo prescribía el médico, pero ella me lo dio a mi porque yo no aguantaba más, no podía dormir, estaba pasada de rosca”*. Una

vez habilitado este ‘consumo en familia’, el fármaco queda a disposición de quien lo requiera en el botiquín para usuarios de la casa y amigos de la familia: *“Como mi papá tomaba Lexotanil entonces había y tomaba, no le pedía, lo agarraba directamente. Por ejemplo había una pastilla de diez miligramos, capaz que tomaba la mitad, o el cuarto. Más que nada por el tema de las palpitaciones y de ir a rendir. O había un compañero amigo mío que estaba re mal y le daba a mi compañero también”*.

El embarazo es un período en el cual las mujeres soportan el malestar subjetivo, sea cual fuere la situación de conflicto por la que están atravesando, incluso aquellas que consumían psicofármacos desde jóvenes. Luego de haber pasado el período de lactancia, existe una tendencia a volver a un consumo menos frecuente y con dosis más bajas: *“Y desde que me embaracé de la nena no tomé más y después que nació casi nunca, salvo alguna situación. En las situaciones más terribles estaba embarazada y no tomé nunca, es más, fumaba, dejé de fumar también”*.

El psicofármaco queda en la cartera, a disposición por si se dispara la angustia, no vaya a ser que ‘el nerviosismo interfiera’ en la ejecución eficiente de las múltiples tareas diarias: *“En la actualidad casi no tomo, el Lexotanil, lo tengo en la cartera como se lleva cualquier cosa”; “El día de hoy lo llevo en la cartera pero no lo uso. Como prevención, que se yo, viste eso que te agarra de que por ahí y vos tenés que seguir haciendo y no te puede agarrar la loca”*.

El antecedente de haber consumido un psicofármaco, habilita con mayor facilidad al médico clínico a que realice la prescripción. Las mujeres son quienes se ocupan de la salud del grupo familiar y el médico sabe que los mensajes preventivos para hombres, mujeres y niños del hogar deben dirigirse a las mujeres adultas del grupo. Además, la experiencia previa de la paciente en cuanto a haber consumido psicofármacos, haber transcurrido el tratamiento previo sin presentar signos clínicos de mal manejo de la medicación (físico ni psíquicos), precipita en el profesional la creencia de que la mujer es una buena evaluadora y diagnosticadora de los propios estados de ánimo y de la presunta necesidad de consumir un regulador biológico: *“Como yo había andado bien con esa pastilla y no me*

había hecho nada, cuando la necesito ahora se le pido al clínico. Si quiero un tranquilizante él me lo receta”.

Queda a criterio de las pacientes también como manejar las dosis, en frecuencia, cantidad y suspensiones temporarias. La creencia de que son capaces de manejar la propia medicación como si fueran un profesional se consolida progresivamente: *“Con los años fui disminuyendo el Lexotanil, lo fui manejando, pasé de dos veces al día a una y ahora lo tomo en ocasiones especiales, no todos los días. Como se tendría que tomar dicen los médicos”.* Inclusive si deciden consultar, luego revisan la indicación médica recibida y la acomodan a su propio criterio: *“Pero ahora por ejemplo, trato de no tomar. Si el doctor me dice que tome una pastilla tomo un cuarto, la divido en porque quiero ir dejándolo...no, no lo consulté, digo: ‘Voy a ver si estoy bien así’”.*

En muchas ocasiones, acosadas por las exigencias de la vida cotidiana, las mujeres van a al médico a solicitar alguna medicación. El profesional cumple el rol de un expendedor de de recetas, casi anónimo, alguien con firma autorizada que cumple la función de ser herramienta para alcanzar la medicación: *“No me acuerdo quien era el doctor, estaba muy nerviosa y fui al Güemes, era socia del Sanatorio Güemes.- Un clínico sería, porque me parece que nunca fui a un psiquiatra”; “No me acuerdo quien me recetó, era del Hospital Italiano, no sé... Paz, Dra. Paz sería; y bueno tomaba una cápsula por noche, antes de irme a dormir y al principio no me funciono mucho y después al seguirlo tomando por un par de meses me funcionó. Y ahora yo ya no tomo más...no, no volví a ver la médica”.*

En algunas oportunidades, las mujeres deciden dejar el fármaco y probar con actividades alternativas físicas y psicológicas para alcanzar las modificaciones de los estados subjetivos deseadas: *“Hará dos años me recetaron Alplax creo que era 0.25 para la noche porque yo me despierto mucho y al menor ruido ya me desperté. Lo tome un tiempo, pero después lo deje de tomar porque lo que me resultó más son las caminatas a la mañana, estoy tranquila y a la noche duermo re bien”.* Se trata de tratamientos trancos donde la medicación se suspende por cuenta propia sin conciencia de la necesidad de ser suspendidos paulatina y progresivamente en el marco del control médico, tal como los requieren algunos psicofármacos.

En muchas mujeres los antidepresivos son la droga subsiguiente después de un período de consumo de ansiolíticos. El recorrido indica que a partir de los treinta la presión por cumplir adecuada y eficientemente todos los roles (madre, trabajo, hija, amiga, mujer, etc.), induce a la incorporación de ansiolíticos en calidad de ‘prótesis psicológica’ para asegurar las funciones requeridas. A medida que pasan los años el camino del estrés y el burnout está asegurado, y es común que a los 40 se incorporen ‘las prótesis antidepresivas’.

12.2- Percepción de riesgo

La percepción de riesgo del consumo de psicofármacos es muy variable. El riesgo se asocia a:

- La figura del médico, en calidad de ‘buen o mal recetador’: *“Con el primer psiquiatra estuve muy mal. Entonces una amiga ‘te va a matar ese médico’. Era uno de la obra social y entonces una señora que limpiaba del doctor donde yo voy a ahora me dijo ‘Ana, ¿qué le pasa que está tan delgada, por qué no va del Dr. Sinatra? Es acá cinco cuadras, vaya que va toda la gente’. Le dije que me estaba atendiendo con otro médico que me tenía dormida, entonces me dijo ‘tome esto que Usted el sábado va a estar lo más bien, confíe en mí’”.*
- La sustancia en sí misma como más o menos adictiva: *“El más riesgoso es el Lexotanil me parece. Mi hermana tomaba Lexotanil y por cualquier cosita decía ‘dame Lexotanil, dame Lexotanil’, ya era una desesperada mi hermana, se lo había recetado el médico pero estaba que lo quería todo el tiempo”; “Podes hacerte adicta al Lexotanil. Cuando a mi me recetaron, si yo no lo tenía en la cartera me parecía que me iba a descomponer”.*
- La frecuencia y la cantidad: *“Yo pienso que es riesgoso tomarlos seguido, tomarlo en grandes cantidades, por ejemplo 6 miligramos. Yo tomo de 3 y a veces lo parto a la mitad”.*

- La edad de inicio y tiempo de consumo: *“Una cosa es tomarlo a los 80 años o los 70 y otra es a los 15. Yo creo que si a los 15 ya empieza a tomar Rivotril entonces ¿que le queda para cuando tenga 40?”.*

También existe la creencia que hay personas con una ‘fortaleza’ especial que no corren riesgos de iniciar una carrera adictiva con psicofármacos. La noción de fortaleza se relaciona entre otras cosas con un buen nivel de inserción social: *“Yo creo que también depende la persona. Si es una persona fuerte y siempre estuvo bien acompañada o si es una persona débil y está sola”.*

De todos modos, el factor de protección reconocido por todas es que el consumo derive de una prescripción médica: *“Es una sensación de que es riesgoso, porque si uno lo necesita, si está prescripto, si uno sigue lo que el médico le dijo no es riesgoso”.*

La automedicación se transforma de esta manera en el factor de riesgo más importante, encontrándose implícito un reconocimiento a los estudios del médico que le permiten disminuir las probabilidades de error en el momento de la prescripción: *“Automedicarse es riesgoso porque no estudiaste, no sabés todos los efectos secundarios”.*

Los médicos clínicos son quienes han sido los mayores emisores de recetas de psicofármacos, en segundo término los psiquiatras, en cuarto los neurólogos y en quinto lugar el resto de los especialistas en su conjunto. Muy pocas han intentado terapias psicológicas para disminuir el malestar subjetivo.

12.3- Imaginarios del consumo

Luego de las mujeres adultas y los estudiantes, quienes son considerados grandes consumidores de psicofármacos son los adolescentes y jóvenes que hacen un uso recreativo: *“Los que salen a bailar, chicos de diecisiete. En esa época yo tomé y todos tomaban”*. La mezcla con alcohol caracteriza esta modalidad de consumo (jarra loca) entre los 14 y los 25 años: *“Hay un bache donde se casan, tienen hijos, capaz las mujeres como están con el tema del embarazo y no se toma alcohol ni nada, hay como un bache en el medio que se cuidan, pero antes y después consumen psicofármacos”*.

Dentro del grupo de las mujeres jóvenes con fuerte inserción laboral también se percibe un aumento del consumo de psicofármacos (*“En la oficina el 80% de las chicas toma por distintas situaciones, una tuvo una muerte, otra problemas cuando era chica, y así todas”*). Los jóvenes se resisten más a cualquier tipo de terapéutica, psicofarmacológica o psicológica; el peso del estigma social de locura improductiva interfiere en la consulta: *“Yo tengo uno de mis hijos que tendría que ir al psicólogo desde hace años. Una vez lo lleve arrastrando y la psicóloga dijo que tenía que ir por su propia voluntad, y él dice que no porque van a decir en el trabajo que está loco”*.

En las mujeres adultas está más naturalizado, no critican el propio consumo, más aún la ingesta de la pastilla es un momento más entre los hábitos de la vida cotidiana: *“En las mujeres más grandes, o más ya de mi edad es más por un tema de practicidad: ‘bueno, yo me voy a dormir, me tomo una pastilla, chau hasta mañana. Como quien se toma un vaso de agua antes de ir a dormir, se toman la pastilla. Se lavan los dientes, la pastilla y a dormir”*.

En el imaginario social circula también la idea de un ‘naturaleza más nerviosa’ en la mujer asociada tanto a factores biológicos (*“La mujer para mi sufre más los nervios, aparte orgánicamente sufre un montón de cambios a lo largo de su vida que el hombre no los sufre en su cuerpo”*), psicológicos (*“La mujer cambia de repente de estado de ánimo, de repente es depresiva y después se pone”*) y sociales (*“Se ocupa de todo siempre y el hombre no, el hombre nada, el hombre nada mas trabaja”*).

Por último existen consideraciones acerca del nivel socio educativo de la mujer que también determinan su nivel de acceso a los psicofármacos: *“Por una cuestión adquisitiva, no es lo mismo una persona que se puede comprar un psicofármaco que otra persona que no. La gente que tiene menos recursos no puede comprarse nada. Tiene más prioridad un sachet de leche que compres una*

medicación”; “Aparte si estudiaste y trabajás estas mas informado, tenés acceso a más cosas y la posibilidad de ir y comprártelo. Por ahí la gente de clase baja ni sabe que existe eso”.

12.4- Impacto de la publicidad

Muchas personas que han consumido fármacos a penas pueden diferenciar el nombre comercial del grupo farmacológico al que pertenecen dichos medicamentos. Mucho menos tienen información acerca de los compuestos, ni de su nombre genérico, ni de la acción terapéutica. Por ejemplo consultadas por el Lexotanil responden que vagamente que se trata de un tranquilizante o un relajante o para *‘bajar los nervios’*. Lo compran porque es la marca comercial que figura en la receta, pero desconocen la droga genérica

Acerca de posibles efectos adversos entre fármacos las entrevistadas hacen mención a que el Alplax te despierta y es la contra del Lexotanil. O bien que el Rivotril es para personas muy nerviosas o con problemas neurológicos. Muchos nombres los han escuchado en la televisión en programas de la tarde: *“Por ejemplo una famosa conductora dice ‘Yo tomo la pastilla Rivotril’ ...Nombran Valium en la tele también”*. Otras han escuchado en radio la publicidad de fármacos psicoactivos naturales: *“En la Radio decían ‘Te tomás un Melatol y te dormís”*.

Los nombres comerciales más conocidos de psicofármacos comerciales y naturales entre las mujeres son Rivotril, Clonazepam, Clonagin, Alplax, Trapax y Melatol. De estos fármacos conocen el grupo farmacológico de pertenencia solo del Melatol (melatonina) y del Clonagin (clonazepam).

En relación a la estrategia publicitaria del Melatol, la gráfica es muy pregnante y todos conocen el dibujo del búho. Es una propaganda muy incisiva y con mucha presencia en los medios y en la calle (*“en las autopistas cuando vas, lo identifico por el búho”*). La publicidad del Melatol apunta a gente

adulta que no quiere ir al médico y prefiere la automedicación (*“Este apunta a gente grande, a adultos que viven con las responsabilidades”; “apunta a la persona que no quiere ir al médico”*).

Varias coinciden en que la publicidad de los productos que contienen sustancias psicoactivas naturales, en general está dirigida a mujeres en pre menopausia o en menopausia, momento de cambios hormonales que suelen asociarse a trastornos del sueño y agitación. También se mencionan trastornos de orden psicológico relacionados con el ‘síndrome del nido vacío’: *“En esta época, la mujer sufre, tiene todos abandonos: físicos, psíquicos, espirituales. A esta edad ya no tenes tu hijos en tu casa, te quedas sola, los chicos se te fueron, son grandes y te agarra más fuerte el trastornos de la menopausia”*.

12.5- Tolerancia social

El consumo de psicofármacos está sumamente difundido entre los jóvenes. Como se dijera anteriormente, es fácil hallarlos en los botiquines de las casas y su consumo no despierta severas sospechas ni condenas: *“Tengo un amigo mío que el papá es médico y se los saca a él, y él se los pasa a otro amigo que es el que los usa”*. Algunos jóvenes comercian con el botiquín familiar y venden los psicofármacos en los lugares de recreación que frecuentan.

El botiquín surtido de psicofármacos trae otro tipo de problemas de salud colaterales, como por ejemplo la ingesta por parte de niños de psicofármacos que se encuentran al alcance de sus manos: *“La maestra había dicho ‘Fijense bien lo que traen los chicos al colegio en la mochila’, una nena de jardín llevaba una pastilla tranquilizante y la agarro un compañero y la tomó”; “Mi hija le dio a mi nieta una pastilla mía que creyó que era un Geniol, un Geniolito, que son rosas. Y resulta que la tuvimos que llevar a un hospital por miedo de que le pasara algo, era una pastilla de dormir era chiquita. Fue una negligencia mía, lo que pasa es que a mi pieza no subían, y ese día subieron”*

Las mujeres se recomiendan entre ellas marcas comerciales de psicofármacos. Pueden comparar porque prueban la misma droga bajo diversos nombres; los fármacos los consiguen en los

laboratorios: *“Mi prima una vez por mes hace un pedido y se lo mandan”*; *“Yo tengo conocidos que trabajan en laboratorios que te dicen ‘que necesitas’ que te los consigo”*. Otras refieren conseguirlos a mayor precio en farmacias y sin receta: *“En farmacias truchas que los pagas más caros y los compras igual”*.

13. La visión de las mujeres adictas en tratamiento

13.1- Cronología del consumo

El alcohol es la droga común de consumo entre los adolescentes. En los últimos años, y en forma progresiva se ha verificado, un aumento en el consumo de psicofármacos, y en la actualidad son parte infaltable del cóctel recreativo: *“Las chicas tomábamos pastillas y siempre tomábamos alcohol, era como algo que no podía faltar”.*

Entre las pacientes el relato da cuenta de un consumo de alcohol que se inicia uno o dos años del consumo de psicofármacos; en líneas generales con alcohol se comienza entre los 12, 13 años y con pastillas entre los 13 y 14 años. Muchas adolescentes y jóvenes mujeres en rehabilitación perciben un mayor nivel de descontrol en ella que en los varones: *“Para mí el hombre se puede poner más límites, la mujer no tiene un límite, es más descontrolada. A veces salimos solamente chicas y no me pongo límite y quedamos todas mal. Mis amigas toman mucha pastilla y quedan descontroladas”.* Otras consideran que no hay diferencias en por género en cuanto a los efectos del abuso de psicofármacos: *“Todos, los varones y las mujeres quedan re cachivaches con las pastillas, ahí, todos tirados, caminan y se tambalean todos”.*

En síntesis, los efectos predominantes en ambos sexos son alteraciones del habla, aumento de la agresividad y amnesia: *“Te pone más agresiva, más violenta, insultás, buscás pelea, hablás re mal, todos tirados en el suelo y también buscaba pelea a mis otros amigos”;* *“Por la pastilla se pelean, se lastiman y después no saben si te peleaste con tu mamá”;* *“Empastillado te soltás a decir cualquier cosa. Maleducado, agresivo, te ponés a gritar, no te importa nada, o por ahí te ponés a putearte, a insultarte a vos”.*

El psicofármaco exterioriza la violencia interna, por algunos considerada la 'droga maldita' (*“A muchos les gusta porque es como que saca la parte maldita de uno, la parte negra”*), efecto que se potencia cuando se mezclan varias drogas, aumentando el nivel de agresividad en las jóvenes y generando lagunas mnésicas. Para las jóvenes en rehabilitación el efecto es similar al del alcohol pero potenciado: *“Yo me levantaba y pensaba que era la misma noche y pasaron dos días, no tenés registro de tiempo para nada, lo que te va pasando son imágenes. Te perdés mucho, no te acordás de nada. Pueden abusar de vos, te pueden llevar a cualquier lado. En el momento vos podés elegir un*

poco, pero después no te acordás si estuvo bien o qué hiciste. Aparecés donde aparecés. Eso es típico de la pastilla”.

Las deficiencias mnémicas perduran por varios días, en algunos casos hasta una semana: *“Se te pasan los días, ponele hoy consumo 5 pastillas a la noche, y mañana me levanto pensando que estoy bien, pero pasado no me acuerdo ni lo que hice ayer. No sé si fue que me pasó esto el martes o el lunes... por ahí hoy me siento bien, pero mañana no me acuerdo y capaz que ya tomé hace una semana. Y recién te acordás el día que realmente estás bien por pedazos. Se te pasan los días y no te acordás de nada”.* Inclusive se presentan casos de falta de recuerdo de acontecimientos graves y violentos: *“Me ponía re violenta, me cortaba, no me acordaba de que me había cortado, me peleaba con gente”.*

En relación a los trastornos mnémicos algunas chicas desarrollan la estrategia de buscar un cuidador que vele porque no les ocurra nada: *“Yo no me acordaba de nada. Lo que pasa es que estaba confiada porque yo estaba con mi chico y él me cuidaba. Después cuando me levanté estaba en la casa de él, durmiendo lo más bien. Pero no, no me acuerdo de nada”.*

Algunas adolescentes en rehabilitación relatan que probaron los psicofármacos en el ámbito del hogar, en algunos casos tomándolos del maletín familiar y en otros sumándose al consumo familiar. Aun habiendo vivenciado en primera persona los perjuicios que trae el consumo de psicofármacos, las jóvenes han probado las drogas familiares de consumo: *“Mi tío, una vez se quiso matar tomando pastillas, porque él tiene una enfermedad, que es del cerebro... que mi mamá también la tiene, y toman medicamentos recetados; pero él se tomó toda la tableta y casi se muere. Después yo las quise probar”.*

Las pastillas se ingieren con finalidad recreativa, sin importar el tipo ni la cantidad ingerida: *“Tomaba para estar una noche en un cumpleaños, en una fiesta, que se yo. Las primeras eran clonazepán, Alplax, todas de distintos colores. En una misma noche consumíamos de todas un poco. El primer día me tomé como 10 pastillas en toda la noche, de varios tipos. Después no me acuerdo qué pasó, qué hice”.*

Los psicofármacos se comparten e intercambian y, en algunos casos, existe alguna recomendación acerca de no ingerir demasiada cantidad o mezclar ciertas pastillas; pero bajo el imperativo de intoxicarse para divertirse, los jóvenes se vuelcan al consumo sin prestar atención a probables daños: *“Uno tenía una tableta de una, otro de otra y compartía. A ver, te doy dos de esas, dame dos de esas, y se ponía más en el alcohol. O te dan 4 juntas o vos mismo pedís de las que querés. Me daba lo mismo cualquiera, yo quería consumir, ‘tomo esto y ya está’”*.

Las pastillas se identifican por:

- Los colores: *“Tomábamos unas que eran amarillitas”*.
- El precio: *“Yo tomaba de las que costaban diez pesos cada una, y si tenía plata por ahí la otra de quince”*.
- Los ‘miligramos de alguna sustancia’ que contienen: *“A mi amiga lo que más le gusta es la de menos miligramos, era como que ella quedaba más dada vuelta, ella decía que la de mayor miligramos no la dejaba conforme, la de 5 miligramos. Algunos buscan la marca, otros buscan el precio, pero para mí lo que mayormente todos buscan son los miligramos las que más potentes son”*
- Los aspectos comunes/terminación del nombre comercial: *“En mi caso tomaba todas las que terminan con “pan”. Vos cuando buscás así, buscás que termine en ‘pan’ y que sea de 2 miligramos y si es de uno te tomás dos pastillas y listo, pero lo importante es que termine con pan”*.

En búsqueda de sensaciones, se ingieren fármacos sin efecto psicoactivo pero, se verifican fenómenos sugestivos a partir de los cuales los consumidores dicen modificar los estados subjetivos en el sentido en que lo hacen los psicofármacos: *“Ni sabés la diferencia, de qué te hace, que no te haga la otra. Yo me compraba Bayaspirina y lo mezclaba con energizante, y me hacía la cabeza de que eso me iba a pegar y capaz me ponía un rato energética y yo sentía que por un rato estaba re contenta”*.

Es decir, las variaciones en los efectos de las pastillas se relacionan con la expectativa de cuáles emociones se quieran vehicular: *“En cada persona, sea la pastilla que sea, si a uno le pega violentamente, siempre es así, tome lo que tome es violento. Y si a otro le pega con la cosa amorosa, con las pastillas va a ser con cualquier tipo de pastillas. Es como psicológico, por ejemplo si yo quiero que me tire abajo, puedo lograrlo tranquilamente, y capaz que tome un Rivotril. Si lo mezclás con alcohol por ahí podés estar durmiendo días y días y capaz que es un antidepresivo”*. A la misma pastilla se le asigna capacidad de producir emociones variadas y contrapuestas de acuerdo a las necesidades y características subjetivas de cada consumidor.

De alguna manera, el adicto considera alcanzar con el consumo de psicofármacos un buen control de los estados subjetivos, expectativa coincidente con la de aquellas personas que las consumen bajo prescripción médica. El consumo aumenta los fines de semana para manipular el estado subjetivo y alcanzar una óptima predisposición a la alegría: *“yo tengo que estar preparado para matarme de la risa”*.

Algunas jóvenes comenzaron a consumir pastillas en los lugares de trabajo, donde existía una cierta ‘solidaridad’ entre compañeros de trabajo para ayudarse a superar el cansancio y el estrés laboral. Este tipo de consumo solapado en ámbito laboral, en líneas generales pasa inadvertido por un período en la familia, hasta que los signos de consumo problemático se hacen visibles: *“Empiezo a consumir en el trabajo en Constitución, con mis compañeros de trabajo y de mi familia no sabía ninguno que yo consumía. Cuando mi papá muere, a mi no me importa nada, dejo el trabajo y empiezo a consumir con mis amigos del barrio. Y bueno... me mis hermanos me hicieron un re problema”*.

En muchos casos, hasta que se da curso a un proceso de rehabilitación en manos de profesionales especialistas en el tema, los adictos a los psicofármacos son víctimas de intervenciones iatrogénicas de otros profesionales que desconocen la especificidad de este tipo de adicción: *“En mi caso mi mamá lloraba, porque como yo estaba nerviosa porque no me dejaban consumir y el médico clínico me medicó con clonazepam, y me las tomé con alcohol”*.

13.2- Acceso a los psicofármacos

Las pacientes relatan que consiguen los psicofármacos en farmacias sin receta (*“Arreglás, tenés el farmacéutico que está aliado con vos y no hay problema; vos le vas todos los días y te la dan”*) o bien compran recetarios y se hacen ellas mismas las recetas, y/o duplican o roban recetas de familiares, y/o cambian las fechas a recetas viejas y/o las compran sueltas en ciertos lugares de la ciudad.

Las adictas saben que en numerosas oportunidades ‘el farmacéutico sabe’ que no es verdad que ellas compran los medicamentos para otros, tal como lo indican las recetas que llevan, ni mucho menos que están en tratamiento psiquiátrico bajo el profesional que firma la prescripción, pero de todas formas se los vende: *“El farmacéutico te ve a vos entrar con un grupo de amigos, te ve el aspecto digamos, y no te va a decir “no, mirá, vos las querés para consumir vos”, y te las vende. Aunque le llevés receta vas con la pinta que tenés y te las venden igual”*.

Proliferan los puestos de venta de psicofármacos clandestinos, kioscos, almacenes y hasta puestos de feria: *“Por mi casa hay una feria, que vende todo tipo de analgésicos, de antibióticos y distintos tipos de pastillas. Siempre todos los pibes le van a comprar a ella, a la mañana siempre en la feria, van todos disimulando y por ahí te vende cinco pesos una pastilla, más cuesta en la farmacia y el triple te va a salir si se la comprás a un transa en un barrio”*.

Poco importa la procedencia de los fármacos, se consumen hasta aquellos que se recogen en la basura: *“O a veces a mi amiga se las traía un hombre que iba a Capital los domingos a juntar cosas, y siempre como en Capital tiran todas esas cosas le traía pastillas... a ella no le importaba de donde venían y las tomaba igual”*.

13.3- Tipificación y significados del consumo

Adolescentes y jóvenes hablan de consumo de ‘pastillas’ haciendo mención indiferenciada a psicofármacos, drogas de síntesis y drogas constituidas básicamente por precursores químicos: *“La primer pastilla fue Aceto²⁹ que es la que te explicaba recién. Es la que me tenía todo el tiempo inquieta. La empecé a consumir porque la pasta base es como que me dejaba muy mal, quedaba muy dura. Si, me cortaba, claro, me cortaba. Digamos, la pasta base me dejaba quieta y el Aceto me dejaba en movimiento y después clonazepam y después lo que venga. Tomaba clonazepam porque no conseguía Aceto”*.

Los psicofármacos con mate amargo son considerados para el consumo diurno y alcohol a la noche para fomentar más la euforia previa a la salida nocturna: *“Mi amiga y yo la mañana tomábamos siempre, de día tomábamos con mate amargo siempre las pastillas, y quedábamos empastilladas pero no descontroladas como a la noche cuando tomábamos con alcohol”*.

Algunos consumen psicofármacos bajo la ilusión de ‘ser otro’. El fármaco ‘hace ser’, no solo estar bajo un determinado estado de ánimo. Esta condición pareciera diferencial en relación al consumo de otras drogas, son ‘las sustancias que otorgan sustancia’, ‘se es’ en el efecto: *“Querer estar todo el tiempo en efecto de algo. Ser otra persona. Porque podés estar consumiendo pastillas y bajo el efecto de otra cosa, pero vos querés que en ese momento tu persona sea la que es cuando estás tomando pastillas. Porque ya que tomes todo el día todos los días es que no podés soportar la persona que sos vos en sí. Porque podés estar consumiendo marihuana y no pastillas y ya está, pero vos en un momento querés que la persona sea otra”*.

El concepto de que los psicofármacos permiten al consumidor ‘no darse cuenta de quién es’, es reiterativa en el discurso de las jóvenes en rehabilitación. Más aún, algunas describen al psicofármaco como la droga ideal para evadir la realidad subjetiva, la conciencia del propio ser. Cuando se despierta del ensueño de alegría, euforia y potencia que genera el psicofármaco, la

²⁹ El Aceto es un polvo conformado por anhídrido acético, al que debe su nombre. Su efecto dura 8 horas y es un desinhibidor de la conducta. El anhídrido acético es un precursor químico que se utiliza en la elaboración de drogas químicas como la heroína.

realidad resulta aplastante y es necesario volver a consumir. Así se comienza con un consumo diario que deriva en un consumo compulsivo: *“No es lo mismo salir de tu realidad unas horas y de cualquier forma estar un poco consciente, que salirte un par de días y no enterarte de nada, eso está bueno, no enterarte de quien sos”*.

En la actualidad conviven dos generaciones de adictos a los psicofármacos, por ejemplo, se encuentran internadas pacientes por consumo de alcohol y psicofármacos, cuyas madres padecen la misma problemática: *“Mi mamá tomaba alcohol conmigo, consumía conmigo. Llegaban las fiestas, tomá, llevate todo esto, referido a alcohol, pastillas. Mi mamá misma me compraba a veces pastillas o me daba la plata o iba a comprar conmigo donde sea. Ella consumía cada 15 días, muy poco, pero así durante 20 años, antes de que yo naciera”*.

14. El consumo femenino en el imaginario de adictos varones

Estos párrafos resultan del análisis del material recogido en los grupos focales de varones adictos en tratamiento en instituciones de rehabilitación por consumo de drogas.

Los varones adictos refieren que existe un consumo diferencial de psicofármacos con fines de intoxicación en varones y mujeres. En el imaginario masculino de los adictos prevalece la idea de que las mujeres de algún modo son inducidas al consumo de estas drogas por los varones. Prevalece la imagen de una joven 'inocentes/poco consciente' de su conducta, casi como que no le cabe la responsabilidad de haber empezado a consumir: *"Para mí cuando empieza a consumir una mujer es porque..., siempre está el hombre invitándola. Las mujeres empiezan a consumir porque están con un chico que consume, la droga que trae el hombre, hasta que se vuelve adicta... y entonces se vuelven más adictas que los hombres"*.

En algunos casos, el discurso hace pensar en una suerte de repetición del mito 'Caperucita y el lobo', donde el señuelo es la música y el baile: *"Los hombres envuelven a las mujeres a través de música, eso les gusta. Tuve una novia que la invité con pastillas y después pasó a ser mucho más adicta que yo"*. Además, se considera obvio que una chica no va sola a comprar, sino que es el hombre quien mercadea sustancias: *"El problema es cuando la chica va al baile, porque viene uno y le dice tomá esto o aquello. El problema es el baile porque no creo que la chica se vaya a un transa y que compre una pastilla"*.

En el marco de la creencia que el 'descontrol' es sinónimo de diversión, las mujeres son quienes más se descontrolan, idea que provoca un cierto desdén hacia las mujeres por parte de los varones. Es decir, la mujer tiene que descontrolar bajo el control' de un varón, en caso contrario 'es mal visto': *"Las mujeres no se pueden controlar, pierden el control rápido. No las toman con agua, una vez que descontrolan no les importa nada y no ven las consecuencias y siguen tomando con alcohol, y no con cerveza, con bebidas más fuertes"*. Este concepto alude a que la mujer 'no sabe', 'es incapaz' de 'drogarse bien', 'no conoce' y por eso no pregunta qué está tomando: *"Las mujeres consumen lo que consume el hombre. Nos juntamos todos en la plaza y por ejemplo, yo llevo para tomar una pastilla y ellas toman. Todo lo que hay en la parada ellas toman, no eligen tanto"*.

Esta concepción de la ‘mujer pura llevada por el mal camino’ por los muchachos adictos, se extiende en algunos casos hasta afirmar que el robo y la vagancia son conductas típicamente masculinas: *“Yo pienso que la mujer no tiende a robar o a tener otros tipos de pensamiento que tiene un hombre, cómo estar pensando siempre cómo hacer para seguir drogándose. Al hombre se le hace costumbre estar en la esquina, y en la esquina no hay mucho para hacer, más cuando aparece la droga, que lo único que hay que hacer es drogarse”*.

Más aún, en esta concepción se considera que la competencia por alcanzar un mayor nivel de marginalidad es típicamente masculina: *“Entre los hombres, está el que se droga más, el que roba más, el que tiene la mejor zapatilla”*. Por el contrario, la marginalidad en la mujer lejos de ser valorada, es condenada: *“Los hombres pueden vivir en una casa quinta y ser chorros, en las mujeres las veo más así en las villas, pero de un lugar así como un barrio normal, no sé si una chica de un lugar así como este podría robar”*.

Las chicas comienzan a consumir en el marco de la propia red de amigos, no se alejan del barrio. En el caso de las que tienen novio, el círculo de amistades por lo general es delimitado por los muchachos: *“Ella empieza a consumir porque está en mi grupo, conmigo”*; *“Yo en mi caso tuve una novia que yo era de la misma religión que ella, la acompañaba a la iglesia y todo”*. Según los muchachos es fácil tener sexo con las chicas cuando están bajo el efecto de las pastillas, se trata de encuentros efímeros de los que queda poco registro, a veces ninguno, y en los que no se toman recaudos para evitar la transmisión de enfermedades: *“No usas preservativo, nada son 5 minutos que te olvidas de todo”*.

Las mujeres son consideradas más emotivas, razón que justifica para los muchachos el fuerte consumo femenino de psicofármacos. Esta ‘hiper emotividad’ de la mujer la hace más sensible a los eventos y desavenencias de la vida cotidiana y corra mayor riesgo de caer en estados depresivos que necesitan luego de psicofármacos correctores de dichos estados: *“Yo creo que tiene que ver con el estado de ánimo de las mujeres, la mujer es como más depresiva, se hace mucha mala sangre ya sea porque tenga hijos o porque la dejó el marido o porque está mal en la casa, si tiene padres o si la maltratan o fue violada, abarca todo eso y es mas depresiva. Toman para satisfacerse y para cambiar su estado de ánimo”*.

La música (que se escucha y baila), también resultan un indicador del nivel socio económico y del tipo de consumo de la mujer: *“Si vos vas a un boliche te das cuenta si son mujeres que tiene plata porque toman otras pastillas como por ejemplo éxtasis, son las que escuchan electrónica que toman éxtasis y las que escuchan cumbia toman clonazepan”*.

Algunos consideran que el ‘ideal de mujer bella’, asociado al baile y la seducción en general, está suficientemente instalado en el deber ser de las mujeres, como para operar de límite cuando comienza a producirse un deterioro físico: *“Depende la edad, puede ser que se vean mal, que ya no se sientan lindas, como arruinadas, como un cachivache, eso también puede ser que las lleve a parar”*.

De todos modos, los varones consideran que el denominador común en mujeres de cualquier clase social es que cuentan con la maternidad como facilitador para abandonar el consumo. La maternidad es considerada un factor de protección por los varones quienes dicen no tener motivadores tan significativos en su vida para abandonar el consumo: *“Mi hermana pudo dejar y yo no. Llegó un punto, que tenía un hijo y dejó. Yo no pude”*.

Inclusive, muchos varones perciben que entre las mujeres en el momento del embarazo se crea una solidaridad muy fuerte, de modo que la red femenina de referencia presiona fuertemente para que abandone el consumo, hecho que no se verifica bajo ninguna circunstancia entre los varones: *“La maternidad. Mi hermana fue así, cuando estaba embarazada, ella consumía. La pareja que ella tenía consumía marihuana y jalaba poxirán, era un cachivache, no hablaba con él, nada. Cuando estaba más cerca de tener el nene, dejó de consumir y de fumar cigarrillos comunes, a estar más con mi abuela, mi abuela era la que le decía lo que tenía que hacer: A cuidarse!”*

15. Conclusiones

Los principales prescriptores de psicofármacos a las mujeres son médicos de cabecera, ginecólogos y cardiólogos. Estos profesionales consideran a las mujeres criteriosas en cuanto a la percepción del malestar subjetivo propio y de los integrantes del hogar, y confían en su capacidad de evaluación para decidir la prescripción de psicofármacos.

El consumo de psicofármacos tiende a extenderse por períodos prolongados (de uno a diez años), favoreciendo la instalación de hábitos de consumo problemático de estas drogas en población sin sintomatología psiquiátrica de peso.

La utilización en forma racional se basa en un correcto diagnóstico, el cual lleva implícito un pronóstico y permite la elección del o los recursos terapéuticos más adecuados. Por esto, es cuestionable el hecho de que la mayoría de los psicofármacos sean prescritos por médicos generales y especialistas alejados del campo de la psiquiatría.

Se puede inferir que las prescripciones representan indicaciones para episodios agudos o la simple repetición de la receta que anteriormente fuera hecha o no por un especialista. Esto no responde a un tratamiento racional con el seguimiento, evaluación y tiempo de terapéutica adecuado para las pacientes.

Los ansiolíticos e hipnóticos son los psicofármacos más consumidos. Las benzodiazepinas son las drogas que producen el mayor nivel de consumo problemático, resultando muy difícil la deshabitación a dichas drogas. Además, la consulta por adicción al psicofármaco generalmente es tardía debido a que el síntoma adictivo es ego sintónico: la paciente siente que dicho consumo alivia al malestar subjetivo y mejora su performance cotidiana, motivo por el cual no encuentra razones que justifiquen cesar con dicho hábito.

Existen dos momentos de mayor riesgo de consolidar el hábito de consumo problemático en las mujeres que no son consumidoras compulsivas de alcohol y otras drogas:

- 1- El momento de la crianza de los hijos (treinta a cincuenta años) en mujeres que trabajan fuera del hogar. En este período la mujer debe responder con idoneidad y eficiencia a las tareas de desarrollo profesional, hogareñas y de cuidado de los hijos. El posicionamiento desde una mayor exigencia de fortaleza frente a la responsabilidad del espacio privado, sumado a la participación en la vida pública, remite a la necesidad de ser capaz de “controlar” y “demostrar control” en todos los ámbitos en los que se desenvuelve. En este caso el psicofármaco se constituye en una prótesis de sostén laboral.
- 2- El momento de la partida de los hijos del hogar jóvenes/adultos. Se verifica principalmente en mujeres amas de casa cuyo proyecto de vida está centrado en la crianza de los hijos, dicho evento vital es conocido como ‘síndrome del nido vacío’. En este caso el psicofármaco se constituye en una herramienta de sostén del sentido de vida la cual se incorpora definitivamente para acompañar a las mujeres durante la vejez, resultando las ancianas el grupo con mayor sobre medicación de psicofármacos.

En la actualidad son cada vez más las jóvenes que consumen psicofármacos para enfrentar sentimientos de insuficiencia y estados de stress derivados de la multiplicidad de exigencias a las que deben responder: requerimientos de estudio, trabajo, condiciones de belleza y performance social requeridos para ser considerada una mujer de éxito en la vida urbana.

Esta generación de nuevas consumidoras jóvenes, cuenta con casi cuarenta años de antecedentes en el consumo de psicofármacos. Es decir, está instalado en los hogares de la Ciudad de Buenos Aires, donde muchas de estas jóvenes han tenido como modelo abuelas y madres con consumo crónico.

Es frecuente que las mujeres mayores de la casa ofrezcan a las jóvenes sus propios psicofármacos ante la aparición de temores e indicios de malestar subjetivo. En la actualidad las mujeres de medios urbanos en vez de transmitir estrategias de afrontamiento de la dificultad, consolidan y naturalizan el hábito de consumo, facilitando a sus hijas y nietas prótesis químicas para resistir una vida adulta de

sobre exigencias y una vejez de soledad. La manipulación de las emociones queda naturalizada en la sociedad en su conjunto incluyendo los profesionales a cargo de la prescripción.

En esta compleja dinámica de la naturalización del consumo inciden también las estrategias de marketing de los laboratorios que insertan en envases, prospectos y presentaciones científicas, imágenes de serenidad y felicidad donde se ven personas, preferentemente mujeres, desarrollando actividades cotidianas. No hay claras indicaciones de alerta ni de riesgo adictivo para los médicos ni los pacientes.

En la actualidad algunas las farmacias barriales actúan como instancias de mitigación de los efectos iatrogénicos de la anónima relación entre médicos y pacientes. El farmacéutico, en el marco de una relación personalizada con los clientes, lleva un control informal de la medicación que consumen, actuando como unidad centralizadora de información médica. Esta función es cada vez menos desarrollada por los médicos de cabecera, resultando en oportunidades, el farmacéutico quien realiza detección precoz de prescripciones psicofarmacológicas incompatibles con la medicación usada para palear enfermedades orgánicas.

La ingesta de psicofármacos en adolescentes y mujeres jóvenes se vincula con el consumo recreativo, en busca básicamente de dos efectos:

- 1- Descontrol y euforia, efecto que se logra mezclando los psicofármacos con alcohol. Este uso es prevalentemente nocturno resultando parte de la preparación 'previa' para el baile y la fiesta. Los efectos indeseados de esta modalidad de consumo son el aumento de la autoagresión (cortarse) y héteroagresión (violencia verbal y física) y los estados de amnesia y escasa conciencia de las situaciones de riesgo en las que se involucran, tales como relaciones sexuales sin protección, violaciones, con las probables consecuencias de embarazos no deseados y/o el contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- 2- Estabilidad del estado de ánimo durante el día. Este uso es preferentemente diurno. Su consumo se combina agua o mate y sirve para evitar conectarse con el malestar subjetivo

asociado a la falta de proyecto de vida y a los recuerdos desagradables de conductas derivadas de la intoxicación con fármacos y otras drogas. En este caso no se presentan conductas agresivas ni estados amnésicos, sino que prevalece la ilusión de 'ser' una persona pro activa y agradable 'como se debe ser'.

Los psicofármacos:

- Son las drogas que más consumen las mujeres, dado que las “ayudan” a cumplir mejor con el rol social de género que tienen asignado (cuidado del ámbito privado, maternidad).
- Tienen la ventaja de ser consideradas de consumo lícito, ser de fácil acceso y encontrarse, por ejemplo, en el botiquín del propio hogar y en los hogares de la red de relaciones de adolescentes y jóvenes.
- Para adquirirlos no es necesario que las mujeres se pongan en riesgo ingresando a villas u otros lugares de alta peligrosidad, ya que se venden en kioscos y negocios varios y en numerosas farmacias que aceptan recetas de origen dudoso.

Las consumidoras desconocen los principios activos de los psicofármacos consumidos y no distinguen nombres comerciales. Existen criterios de clasificación 'de fantasía' de los psicofármacos que consumen habitualmente basados en los colores, los miligramos, los precios o la terminación de nombre de estas drogas.

El único evento de vida motivador para detener el consumo perjudicial de psicofármacos en muchas mujeres es la maternidad (real o potencial) en donde una vez más, el rol social de género se refuerza, derivando en una conducta de control y auto cuidado y en la consecuente disminución de las dosis, la frecuencia o directamente en el abandono del consumo. Más aun, para muchas mujeres, este momento se presenta como 'la oportunidad' para el abandono definitivo del consumo.

El consumo en adolescentes y jóvenes mujeres recibe una doble penalización:

- 1- Desde la sanción social generalizada, en cuanto trasgresora de la norma de prescripción en el marco de un tratamiento médico.
- 2- Desde la sanción masculina de sus pares, en cuanto el descontrol afecta la imagen integral de la mujer, tanto en su aspecto interior como exterior.

Estas conclusiones generales sobre la problemática permiten comprender la complejidad del fenómeno, a la vez que aportan elementos para la discusión, para la definición de otras investigaciones y fundamentalmente la elaboración de políticas públicas aplicables con foco este tema.

10. Bibliografía

- Acevedo de Mendilaharsu, S. (1985) “A propósito de las depresiones en la edad media de la vida”, Revista de Psiquiatría del Uruguay, vol. 50, nº 297-298-299-300, 1985, pp. 175-179.
- Alonso, L. (1998) “Una mirada Cualitativa en Sociología. Una Aproximación Interpretativa”, Fundamentos: Madrid.
- AMBROSIO, E. (1999) Psicobiología de las adicciones. Madrid: UNED/ FUE.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Arizaga M.C. (2007) La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos. SEDRONAR www.sedronar.gov.ar
- Becerro, A. (1999) Alternativas preventivas al uso de psicofármacos en las mujeres. Revista Proyecto Hombre, Nº 30 pp. 7-10.
- Beck, A., Wright, F.D., Newman C.F., Liese, B.S (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Buenos Aires: Paidós.
- Becoña, E. (1999) Psicopatología y tratamiento de las adicciones. Madrid: UNED/ FUE.
- Brugalat, P.; Séculi, E.; Fusté, J. *Estado de salud y género en Cataluña: una aproximación a través de las fuentes de información disponibles*. Gac Sanit 2001; 15:54-60.
- Brum, J. L. “Replanteo de la relación entre el psiquiatra y el psicoanalista”, Revista de Psicoterapia. Psicoanalítica, I(4), 1985, pp. 75-79.
- Burin, M. (1987) “Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Burin, M. (1990) La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (s/f) *Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos*. <http://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos/h>
- CONACE Mujeres y tratamiento de drogas. Chile 2004
- De la Cruz Godoy M.J, Herrera Fariñas A., González González M.T., Fariñas Michelena B. (2001). “Adicciones Ocultas: Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos”. Las Palmas: Colegio de Psicólogos de canarias.
- Díez, E.; Peiró, R. *Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud*. Gac Sanit 2004; 18 (supl 1): 158-167.
- *D.S.M. IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995, Masson: Barcelona.*
- Eagly, A.H. (1987) Sex differences in a social behaviour: A socia-rol interpretation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Ehrenberg, A. (2000) La fatiga de ser uno mismo. Depresión y Sociedad, Bs. As.:Nueva Visión.

- Frank E., Carperntn LL., Kupfer DJ. *Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant?* American Journal Psychiatry 1988; 145: 41-45.
- Friedan, B. (1974) *La mística de la feminidad*. Madrid: Júcar.
- García Calvete, M. (2004), *Genero y Salud: un marco de análisis e intervención*, Dialogo Filosófico Nº 59
- García Campayo, M. (2006) *Psiquiatría y Psicología diferencial de la mujer*. Madrid: EdikaMed.
- Gil García E., Romo N., Poo M., y cols. *Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de un investigación cualitativa*. Atención Primaria 2005; 35:402-407.
- Gili M., Leal C. *Diferencias de género en salud mental*. En: Vallejo J., Leal C., (eds.). *Tratado de Psiquiatría*. Ars XXI. Barcelona, 2005: 2195-2209.
- Haddon, C. (1985) *La mujer y los tranquilizantes*. Madrid: Pirámide.
- Hartung CM., Widiger TA. *Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of the DSM-IV*. Psychological Bulletin 1998; 123: 260-278.
- Healy, D. (2000) *The Antidepressant Era*. Cambridge, Harvard University Press.
- Henderson JT., Weisman CS. *Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences*. Medical Care 2001; 39: 1281-1292.
- Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Documento Técnico: *Mujer y Adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención* (2005)
- Kramer, P. D. (1994) *Escuchando al Prozac. Un psiquiatra explora el campo de los antidepresivos*. Barcelona:Seix Barral.
- Lenhart SH., *Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians*. Journal American Medicin Women 1993; 48: 155-159.
- Lewis-Hall F. *Gender differences in psychotropic medications*. Mount Sinai Journal Medicine 1996; 63: 326-329.
- MILAZZO J.D. y PERNA A. M. (2001), *Análisis Descriptivo de las Prescripciones de Psicofármacos en una Población de la ciudad de Mar del Plata (Argentina)*. *Colegio de Farmacéuticos de General Pueyrredón, Pcia. de Buenos Aires, Mar del Plata, Argentina*.
- Montero I., Aparicio D., Gómez-Beneyto M. y cols. *Género y salud mental en un mundo cambiante*. Gacetilla Sanitaria 2004:18 (supl 1): 175-181.
- Moreno Luna ME., Clemente E., Piñero MJ., y cols. *Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso-depresivos*. Atención Primaria 2000; 26: 554-558.
- NIDA (2000) *Método de tratamiento para la mujer*.12964. En
- <http://www.nida.nih.gov/Infofax/Metodostrat-Sp.html>

- Observatorio/Dirección General de Políticas Sociales/Gobierno de la CABA, (2009), “Perfil de pacientes en tratamiento”, www.observatorio.buenosaires.gov.ar
- Orte, C. (1998) Sexualidad, mujer y drogodependencia. Revista
- Proyecto Hombre 26 Pp-7-12.
- Palacios, L. (2000) Abordaje psicoterapéutico de la adicción
- femenina. Instituto Spiral. Madrid. En <http://www.institutospiral.com/symposium/index.htm>
- Pignarre, P. (1997) Qu’est-ce qu’un médicament? Un objet étrange entre science, marché et société. Paris:Éditions la Découverte.
- Rodríguez San Julián, E. (2000) Perspectivas de género en los problemas de drogas y su impacto. Instituto Spiral Madrid en <http://www.institutospiral.com/symposium/index.htm>
- Romo, N. (s/f) “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”, 2005.
- Romo N, (2004) “Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres.” *Monografía Humanitas*. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, vol. 5.
- Secades Villa R., Rodríguez García E., Valderrey Barbero E., Fernández Hermida J.R., Vallejo Seco G. y Jiménez García J.M. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a la atención primaria en el Principado de Asturias – España. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 4, pp. 650-655.
- Stocco, P. (2000) Nuevas perspectivas en prevención e intervención con mujeres adictas en Europa. Instituto Spiral Madrid en <http://www.institutospiral.com/symposium/index.htm>
- Valles, Miguel (1997) “*Técnicas Cualitativas en Investigación Social*”, *Síntesis:Madrid*.
- Tajer, D. (2009) Heridos Corazones: Debilidad Coronaria en Varones y Mujeres, Paidós: Buenos Aires.
- Taylor, S., Bogdan, R. (1998), “*Introducción a los Métodos Cualitativos. La Búsqueda de Significados*”. Buenos Aires: Paidós.
- Usall J. *Psicofarmacología sensible al sexo: influencia del sexo en el tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos*. Actas Españolas Psiquiátricas 2004; 32: 307-313.
- Vázquez-Barquero JL., Santiago A., Díez-Manrique JF. *La salud mental de la mujer en España. Informe básico, vol.3*. Instituto de la Mujer. Madrid, 1992.
- Weekes NY., MacLean J., Berger D. *Sex, stress, and health: does stress predict health symptoms differently for the two sexes?* Stress and Health 2005; 21: 147-156.



- Wilkinos, S. y Kitoinger, C. (1996) *Mujer y Salud, una perspectiva feminista*, pp. 97-114. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO N° 1

Guión entrevista a farmacéuticos

Fecha:

Lugar:

Entrevistador:

1- Datos generales:

1.1- ¿Dónde se formó como farmacéutico?

1.2- ¿Cuántos años hace que trabaja como farmacéutico?

2- Datos de prevalencia:

2.1- Posee estadísticas propias, o posee estadísticas de la Ciudad o del País sobre la población que consume psicofármacos? Tipificar tipo de psicofármaco por edad y sexo. Solicitar la opinión acerca del porqué de dicha distribución de prevalencia.

2.2- Diversos estudios indican que las mujeres consumen mayor cantidad de psicofármacos que los varones, ¿se verifica este dato de acuerdo a su experiencia?

2.3- Según su experiencia: ¿se podría tipificar el tipo de psicofármaco que se consume por nivel socio económico? ¿Por qué?

2.4- ¿Se puede detectar desde una farmacia personas con consumo problemático de psicofármacos? (abuso y dependencia). ¿Qué los caracteriza?

2.5- ¿Está de acuerdo con que los psicofármacos sean prescritos por otros especialistas en Medicina que no sean Psiquiatras? ¿Por qué?

3- La industria farmacéutica:

3.1- ¿De qué depende la línea de desarrollo de productos de la industria farmacéutica?

3.2- ¿De qué dependen las líneas de investigación que se plantean?

3.3- ¿Cómo se evalúan las necesidades de drogas psicofarmacológicas específicas por parte de la población?

3.4- ¿Considera suficiente y adecuada la información que se da a los consumidores de psicofármacos en los prospectos respectivos? ¿Por qué? ¿Cómo debería ser?

4- Impacto de la publicidad en el consumo de psicofármacos:

4.1- ¿Las estrategias de marketing de los psicofármacos se diferencian sustancialmente de las de otros medicamentos? ¿Por qué?

- 4.2- ¿Cree que la publicidad de los laboratorios incide en las decisiones de los médicos llegado el momento de la prescripción de psicofármacos? Si responde positivamente continuar con las preguntas sucesivas
- 4.3- ¿Qué tipo de estrategia de marketing es más efectiva: gráfica, oral, videos?
- 4.4- A la hora de decidir los contenidos a publicitar, ¿los laboratorios participan evaluadores externos como psiquiatras o farmacéuticos?
- 4.5- Describa por lo menos tres grandes grupos de psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos), las ideas que convocan los textos e imágenes que aparecen en la publicidad y el por qué de dichas elecciones a la hora de la campaña de marketing.
- 4.6- Si no surgió en el punto anterior preguntar: ¿La publicidad de algunos psicofármacos a veces promueve ideas de proactividad (iniciativa, etc.), vulnerabilidad (sentimiento de insuficiencia, angustia, etc.), hedonismo (búsqueda del placer)? ¿De cuáles psicofármacos por ejemplo?
- 4.7- ¿Cómo piensa usted que se deciden las imágenes de publicidad para cada psicofármaco? (puede aparecer en una imagen una mujer en la edad de la menopausia por ejemplo)
- 4.8- ¿En la publicidad o en los prospectos se alude a tiempos para alcanzar los resultados? (por ej. Inmediatez del bienestar)
- 4.9- Si espontáneamente no refiere si en la publicidad no se hace alusión a la nocividad del medicamento o efectos colaterales, preguntarlo.
- 4.10- ¿Piensa que la forma en la cual se publicitan actualmente los psicofármacos propone ese consumo como natural?

8- Observaciones:

Guión grupos focales de mujeres adictas

Fecha:

Lugar:

Entrevistador:

Cantidad de participantes:

1- Datos biográficos, identidad y condiciones de integración social:

1.1- ¿Cómo se llaman?

1.2- ¿Cuántos años tienen?

1.3- ¿Dónde nacieron?

1.4- ¿Tienen hermanos, otra familia?

1.5- ¿Dónde viven sus familias?

1.6- ¿De dónde vinieron sus familias? En el caso de familia
o sujeto migrante indagar las causas y lugar de origen

1.7- ¿Quiénes aportan dinero a la casa?

1.8- ¿De qué se ocupan?

1.9- ¿Las familias de ustedes se juntan con familiares o vecinos para
pasar un rato agradable? ¿Van a algún club, a la iglesia?

1.10- ¿En casa, qué hacen para pasar un buen rato?

1.11- ¿Ustedes trabajaban? ¿Haciendo qué?

1.12- ¿Fueron a la escuela? ¿hasta qué grado?

1.13- ¿Por qué y cuándo dejaron la escuela?

2- Iniciación en el consumo de la droga:

2.1- ¿Toman alcohol en sus familias y grupos de amigos? ¿Cuánto? ¿Las mujeres también? ¿Qué edades
tienen?

2.2- ¿Consumen psicofármacos u otras drogas los adultos de las familias de ustedes y los amigos? ¿Las
mujeres también? ¿Qué edades tienen?

2.3- ¿A cuál edad se empieza a consumir psicofármacos en general?

2.4- ¿Quiénes proveen inicialmente las pastillas?

2.5- ¿Por qué se empieza a consumir psicofármacos? ¿Para los varones es igual?

2.6- ¿Dónde se realizan los primeros consumos?

2.7- ¿Cómo se sintieron cuando recién empiezan a consumir? ¿Sienten lo mismo las mujeres que los varones?

2.8- ¿Qué dijeron en la familia cuando empezaron a consumir psicofármacos?

2.9- ¿Los amigos/as se enteraron? Si responde NO, indagar ¿por qué? y si responde SÍ indagar ¿qué comentarios hicieron cuando se enteraron?

3- Historia y cronología de consumo:

3.1- Iniciación en el consumo de Tranquilizantes o ansiolíticos (Valium, Alplax, Lexotanil u otros que sean usados para calmar los nervios o para poder dormir)

3.1.1- Inicio: edad y si fue con o sin prescripción médica y cantidad, circunstancia de vida en la que sucedió, motivo del consumo.

3.1.2- Origen de la prescripción médica y tipo de especialista que lo hizo/persona que lo administró (era consumidor habitual, etc.).

3.1.3- Después del primer consumo, cómo continuó la frecuencia, horarios, cantidad de consumo y modalidad de consumo (asociado a Alcohol, Éxtasis x ej.).

3.1.4- En la actualidad, lugar donde lo compran, intensidad de consumo, frecuencia, número de día por semana y cantidad de consumos del último mes.

3.1.5- Los motivos por los cuales actualmente consumen Tranquilizantes son distintos a los del inicio? Que los integrantes se expliquen sobre el tema.

3.2- Estimulantes y antidepresivos: (Foxetin, Prozac, Aropax, Zoloft)

3.2.1- Inicio: edad y si fue con o sin prescripción médica y cantidad, circunstancia de vida en la que sucedió, motivo del consumo.

3.2.2- Origen de la prescripción médica y tipo de especialista que lo hizo/persona que lo administró (era consumidor habitual, etc.).

3.2.3- Después del primer consumo, cómo continuó la frecuencia, horarios, cantidad de consumo y modalidad de consumo (asociado a Alcohol por ejemplo).

3.2.4- En la actualidad, lugar donde lo compran, intensidad de consumo, frecuencia, número de día por semana y cantidad de consumos del último mes.

3.2.5- Preguntar si son distintos los motivos actuales por los cuales consume Tranquilizantes a los del inicio. Que los integrantes se expliquen sobre el tema.

3.3- Otros Psicofármacos:

- 3.3.1- Inicio: edad y si fue con o sin prescripción médica y cantidad, circunstancia de vida en la que sucedió, motivo del consumo.
- 3.3.2- Origen de la prescripción médica y tipo de especialista que lo hizo/persona que lo administró (era consumidor habitual, etc.).
- 3.3.3- Después del primer consumo, cómo continuó la frecuencia, horarios, cantidad de consumo y modalidad de consumo (asociado a Alcohol por ejemplo).
- 3.3.4- En la actualidad, lugar donde lo compran, intensidad de consumo, frecuencia, número de día por semana y cantidad de consumos del último mes.
- 3.3.5- Preguntar si son distintos los motivos actuales por los cuales consume Tranquilizantes a los del inicio. Que los integrantes se expresen sobre el tema.
- 3.3.6- ¿Los psicofármacos fueron la primer sustancia que consumieron? ¿Conocían el Psicofármaco con el cual se iniciaron en el consumo? Registrar edad
- 3.3.7- ¿Cuál fue el segundo psicofármaco que consumieron? ¿Cuánto tiempo después del primero? ¿Conocían ese psicofármaco? Registrar edad
- 3.3.8- ¿Cuáles fueron el tercer y cuarto psicofármaco que consumieron? ¿Cuánto tiempo después del segundo los probaron? ¿Conocían esas drogas? Registrar edad
- 3.3.9- ¿Cuáles fueron el quinto, sexto y séptimo psicofármaco que consumieron? ¿Cuánto tiempo después del cuarto los probaron? ¿Conocían esas drogas? Registrar edad
- 3.3.10- ¿Con cuál de estos psicofármacos les pasó que no podían parar de consumir? ¿Después de cuanto tiempo de consumo?
- 3.3.11- ¿Qué sintieron y qué pensaron cuando se dieron cuenta que no podían estar sin consumir ese/esos psicofármaco/s?
- 3.3.12- ¿Intentaron dejar de consumirlo/s? ¿Cómo?

4- Tipificación del consumo:

- 4.1- Después de un tiempo que consumían varios (y /o en cantidad) psicofármacos, como era un día típico en sus vidas (preguntar por día de semana y de fin de semana)
- 4.2- ¿Amigos o familiares consumían al mismo nivel que usted? ¿Quiénes? ¿Hablaban del consumo como algo normal o problemático?
- 4.3- ¿Cómo conseguían los psicofármacos? ¿Alguien se encargaba de traerlos o los buscaban ustedes? ¿Compartían con amigos o familiares consumidores?
- 4.4- ¿Consumían en las casas? ¿Las familias lo notaban? ¿Qué pasaba?

- 4.5- En el caso en que tengan amigos o familiares varones que consumían psicofármacos ¿mujeres y varones prefieren consumir los mismos psicofármacos o diferentes? Indicar preferencias personales y de los varones y razones de las mismas
- 4.6- ¿Mezclaban psicofármacos entre sí o con otras sustancias? ¿Cuáles? (Incluye alcohol)
- 4.7- ¿Cantidad de psicofármacos que consumían en un día?
- 4.8- En general, cuando habían consumido, la conducta cambiaba? ¿Cómo era? Solicitar ejemplos personales o de otros consumidores conocidos.
- 4.9- ¿La calidad de la droga base de los psicofármacos varía de un laboratorio a otro? Especificar a partir de qué perciben las diferencias.
- 4.10- ¿Cuánto gastaban promedio en una semana para costear el consumo de psicofármacos?
- 4.11- ¿Varían los precios de acuerdo con quien es el proveedor?
- 4.12- ¿Cómo accedían al dinero necesario para cubrir el consumo?

5- Otros Vínculos y consumo:

- 5.1- ¿Cambió la relación con la familia después que empezaron a consumir? Averiguar sobre quiebres en las relaciones familiares. ¿Cómo fueron los cambios? Que indique los aspectos relacionales que cambiaron y en qué tiempos se produjeron dichos cambios. Indagar si la actitud de las familias es diversa en relación a la edad, la maternidad, etc. de los consumidores.
- 5.2- ¿Ahora cómo están con sus familias?
- 5.3- ¿Tienen pareja? ¿Están en pareja desde antes de haber empezado a consumir psicofármacos?
- 5.4- ¿Cambiaron el modo de ser y tratar a la pareja, hijos, amigos, etc. después de empezar a consumir? ¿Cómo? ¿Piensan que ahora van a poder ser con ellos como eran antes de empezar a consumir?
- 5.5- ¿Antes de empezar a consumir qué les gustaba hacer cuando tenían tiempo libre?
- 5.6- ¿Ahora piensan en lo que van a hacer con el tiempo libre cuando terminen el tratamiento?

6- Drogas y Salud:

- 6.1- ¿Piensan que hace mal a la salud tomar psicofármacos? ¿Por qué? ¿Mujeres y hombres por igual?
- 6.2- ¿Con todos los psicofármacos se corren los mismos riesgos en cuanto al compromiso de la salud?
- 6.3- ¿Tuvieron problemas de salud relacionados con consumo de psicofármacos? Si no surge espontáneamente, preguntar si tuvieron accidentes.

7- Significados del consumo:

- 7.1- ¿Por qué consumen psicofármacos las mujeres? ¿Es lo mismo a cualquier edad?

7.2- ¿Cualquiera se puede quedar pegado a los psicofármacos? ¿Quiénes prefieren los psicofármacos?

7.3- ¿De qué depende que te quedes o no pegado a los psicofármacos? Indagar sexo y edad de mayor riesgo.

7.4- ¿Qué pasa con los chicos a los que el médico prescribe psicofármacos?

8- El pedido de ayuda:

8.1- ¿Al cuánto tiempo de consumir psicofármacos empezaron a darse cuenta que les hacía mal y empezaron a pensar que tal vez era mejor dejar?

8.2- ¿Pensaban que era posible en un futuro dejar de consumir? ¿Por qué?

8.3- ¿Qué es lo que hace que una mujer se decida a dejar de consumir?

8.4- ¿La familia o los conocidos intentó ayudarlos a dejar de consumir? ¿Cómo fue? 8.5- ¿Qué hubieran debido hacer para ayudarlos a decidirse a hacer un tratamiento?

8.6- Según ustedes, ¿de qué depende que una mujer se pueda rehabilitar o no del consumo de psicofármacos?

9- Observaciones:

ANEXO N° 3

Guión de entrevista mujeres con consumo no problemático

Fecha:	Lugar:
Entrevistador:	
Cantidad de participantes:	
1- <u>Datos biográficos, identidad y condiciones de integración social:</u>	
1.1- ¿Cómo se llaman?	
1.2- ¿Cuántos años tienen?	
1.3- ¿Dónde nacieron?	
1.4- ¿Tienen hermanos, otra familia?	
1.5- ¿Dónde viven sus familias?	
1.6- ¿De dónde vinieron sus familias? En el caso de familia o sujeto migrante indagar las causas y lugar de origen	
1.7- ¿Quiénes aportan dinero a la casa?	
1.8- ¿De qué se ocupan?	
1.9- ¿Las familias de ustedes se juntan con otros familiares, amigos o vecinos para pasar un rato agradable? ¿Van a algún club, a la iglesia?	
1.10- ¿En casa, qué hacen para pasar un buen rato?	
1.11- ¿Ustedes trabajaban? ¿Haciendo qué?	
1.12- ¿Fueron a la escuela? ¿Hasta qué grado/año/universidad?	
1.13- ¿Por qué y cuándo dejaron la escuela/universidad?	
2- <u>Iniciación en el consumo de Tranquilizantes o ansiolíticos</u> (Valium, Alplax, Lexotanil u otros que sean usados para calmar los nervios o para poder dormir)	
2.1- ¿Han consumido este tipo de psicofármacos? ¿Cuándo por primera vez? Edad y si fue con o sin prescripción médica y cantidad, circunstancia de vida en la que sucedió, motivo del consumo.	
2.2- Origen de la prescripción médica y tipo de especialista que lo hizo/persona que lo administró (era consumidor habitual, etc.).	

2.3- Después del primer consumo, cómo continuó la frecuencia, horarios, cantidad de consumo y modalidad de consumo (asociado a Alcohol, Éxtasis por ejemplo).

2.4- En la actualidad, lugar donde lo compran, intensidad de consumo, frecuencia, número de día por semana y cantidad de consumos del último mes.

2.5- Preguntar si son distintos los motivos actuales por los cuales consume Tranquilizantes a los del inicio. Que los integrantes se expresen sobre el tema.

3- Estimulantes y antidepresivos: (Foxetin, Prozac, Aropax, Zoloft)

3.1- ¿Han consumido este tipo de psicofármacos? ¿Cuándo por primera vez? Edad y si fue con o sin prescripción médica y cantidad, circunstancia de vida en la que sucedió, motivo del consumo.

3.2- Origen de la prescripción médica y tipo de especialista que lo hizo/persona que lo administró (era consumidor habitual, etc.).

3.3- Después del primer consumo, cómo continuó la frecuencia, horarios, cantidad de consumo y modalidad de consumo (asociado a Alcohol por ejemplo).

3.4- En la actualidad, lugar donde lo compran, intensidad de consumo, frecuencia, número de día por semana y cantidad de consumos del último mes.

3.5- Preguntar si son distintos los motivos actuales por los cuales consume Tranquilizantes a los del inicio. Que los integrantes se expresen sobre el tema.

4- Otros Psicofármacos:

4.1- ¿Han consumido este tipo de psicofármacos? ¿Cuándo por primera vez? Edad y si fue con o sin prescripción médica y cantidad, circunstancia de vida en la que sucedió, motivo del consumo.

4.2- Origen de la prescripción médica y tipo de especialista que lo hizo/persona que lo administró (era consumidor habitual, etc.).

4.3- Después del primer consumo, cómo continuó la frecuencia, horarios, cantidad de consumo y modalidad de consumo (asociado a Alcohol por ejemplo).

4.4- En la actualidad, lugar donde lo compran, intensidad de consumo, frecuencia, número de día por semana y cantidad de consumos del último mes.

4.5- Preguntar si son distintos los motivos actuales por los cuales consume Tranquilizantes a los del inicio. Que los integrantes se expresen sobre el tema.

5- Percepción de riesgo: *Conocimientos sobre los efectos de las drogas consumidas, percepción de riesgo asociado a cada una de las drogas. Enfermedades y accidentes relacionados con el consumo*

5.1- Es riesgoso tomar... (enumerar cada uno de los fármacos que fueron dichos), ¿por qué?. Ver si consideran de riesgo la dependencia, el abuso o el consumo saltuario de los psicofármacos mencionados.

5.2- Indagar el riesgo de la automedicación para cada uno de ellos

5.3- Indagar el origen de la prescripción para cada uno de ellos (clínico, ginecólogo, neurólogo, psiquiatra, etc.)

6- Imaginario del consumo:

6.1- Indagar las creencias sobre las edades en que las mujeres consumen más psicofármacos y por qué.

6.2- Indagar creencias acerca de si la clase social influye en el consumo de psicofármacos en las mujeres y por qué.

6.3- Indagar los diferentes motivos por los cuales ellas comenzaron a consumir y por cuáles otros motivos consumen psicofármacos las mujeres, buscando especificidad y diferenciación con el consumo masculino.

6.4- Si no han surgido en el punto anterior respuestas que aludan al rendimiento, pro actividad, sentimientos de inseguridad, hedonismo, seguridad, alteraciones del humor relacionados con el climaterio preguntar

7- Impacto de la publicidad en el hábito del consumo: Hacer el ejercicio con por lo menos tres (3) psicofármacos de los que ellas consumen

7.1- Nombre comercial

7.2- Grupo farmacológico al cual pertenece

7.3- Droga base

7.4- Acción terapéutica a la cual se refiere

7.5- Medios publicitarios (gráficos, tv, radio, etc.)

7.5- Ideas que convocan los textos e imágenes que aparecen en la publicidad

7.6- Si no surgió en el punto anterior preguntar si la publicidad promueve ideas de proactividad (iniciativa, etc.), vulnerabilidad (sentimiento de insuficiencia, angustia, etc.), hedonismo (búsqueda del placer)

7.7- Perfil del usuario al que la publicidad alude (puede aparecer en una imagen una mujer en la edad de la menopausia por ejemplo)

7.8- Que identifiquen si la publicidad alude a tiempos para alcanzar los resultados (por ej. Inmediatez del bienestar)

7.9- Ver si hace alusión a la nocividad del medicamento o efectos colaterales

7.10- Si no hay indicadores de riesgo que las entrevistadas piensen si la publicidad propone ese consumo como natural. Indagar si para ellas admite automedicación.

8- Tolerancia social:

- 8.1- Lugar donde obtienen los fármacos, dificultades o facilidades para su adquisición (amigos, familiares, farmacéutico amigo)
- 8.2- Casos de venta libre
- 8.3- Recomendaciones de uso a través del entorno familiar, social, laboral, etc.
- 8.4- Consumo a escondidas o público

9- Demanda de tratamiento: *Asistencia y tratamientos*

- 9.1- Personas que habiendo consumido medicamentos, tranquilizantes o estimulantes en el último año están o estuvieron en tratamiento a causa de dicho consumo.
- 9.2- Percepción del curso y los resultados del tratamiento

10- Observaciones:

ANEXO N° 4

Guión entrevista médicos psiquiatras

Fecha:	Lugar:
Entrevistador:	
1- Datos generales:	
1.1- ¿Dónde se formó como psiquiatra?	
1.2- ¿Cuántos años hace que trabaja con pacientes adictos?	
2.- La prescripción	
2.1- ¿Cuáles son en líneas generales los motivos que determinan las consultas?	
2.2- ¿Cuál es la actitud prevalente de los pacientes frente a la prescripción de psicofármacos? Especificar por sexo, edad y tipo de droga	
2.3- ¿En qué casos los pacientes vienen para que usted les prescriba psicofármacos? Especificar por edad, sexo y tipo de droga.	
2.4- ¿Qué nivel de información otorga a los pacientes sobre las drogas prescritas?	
2.5- En líneas generales, ¿cuál es el nivel de adhesión al tratamiento prescrito? Especificar por edad, sexo y tipo de droga	
3- Consumo problemáticos de psicofármacos	
3.1- ¿Estimativamente, qué casuística ha tenido de pacientes con consumo problemático de psicofármacos? (incluye adictos y abusadores). Describir proporciones por edad, sexo.	
3.2- ¿Cuál tipo de psicofármacos se encuentra más comprometido en el consumo problemático? Describir por edades y sexo	
3.3- ¿Cuáles son en líneas generales los motivos que determinan las consultas? ¿Los pacientes son conscientes de que el consumo de psicofármacos ha pasado a ser problemático?	

3.4- En líneas generales los pacientes abusan o son adictos a una droga específica, o mezclan psicofármacos entres sí o con otras drogas?

3.5- ¿Después de cuánto tiempo sostenido de consumo problemático llegan los pacientes a la consulta? Especificar por sexo y edad.

4- Iniciación en el consumo psicofármacos y tratamiento:

4.1- ¿Los pacientes que llegan a la consulta por consumo problemáticos de psicofármacos, a cuál edad han comenzado a consumirlos en líneas generales? Especificar por sexo.

4.2- ¿Por qué motivos comenzaron a consumir psicofármacos? Especificar por sexo

4.3- ¿La familia se interesa por el consumo de psicofármacos de los pacientes y los acompaña durante el tratamiento?

4.4- ¿Cuáles son los escollos más importantes en la rehabilitación del consumo problemático de psicofármacos?

4.5- ¿Existen otras variables facilitadoras/colaboradoras del “éxito del tratamiento” con psicofármacos?

4.6- ¿Está de acuerdo con que los psicofármacos sean prescritos por otros especialistas en Medicina que no sean Psiquiatras? ¿Por qué?

5- El riesgo de la dependencia:

5.1- ¿Por qué consumen psicofármacos las mujeres? ¿Es lo mismo a cualquier edad?

5.2- ¿Cualquiera puede “quedar pegado” a los psicofármacos? ¿Quiénes prefieren los psicofármacos?

5.3- ¿De qué depende que “quedar o no pegado” a los psicofármacos? Indagar sexo y edad de mayor riesgo.

5.4- ¿Qué pasa con los chicos a los que el médico prescribe psicofármacos?

6- Impacto de la publicidad en el hábito del consumo:

6.1- ¿Cree que la publicidad de los laboratorios incide en las decisiones de los médicos llegado el momento de la prescripción? Si responde positivamente continuar con las preguntas sucesivas

6.2- ¿Qué tipo de estrategia de marketing es más efectiva: gráfica, oral, video?

6.3- Describa por lo menos en tres grandes grupos de psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos), las ideas que convocan los textos e imágenes publicitarios.

- 6.4- Si no surgió en el punto anterior preguntar: ¿La publicidad de algunos psicofármacos a veces promueve ideas de proactividad (iniciativa, etc.), vulnerabilidad (sentimiento de insuficiencia, angustia, etc.), hedonismo (búsqueda del placer)? ¿De cuáles psicofármacos por ejemplo?
- 6.5- ¿Cuál es el perfil del usuario al que la publicidad alude por tipo de psicofármaco? (puede aparecer en una imagen una mujer en la edad de la menopausia por ejemplo)
- 6.6- ¿La publicidad alude a tiempos para alcanzar los resultados? (por ej. Inmediatez del bienestar)
- 6.7- Si espontáneamente no refiere si en la publicidad no se hace alusión a la nocividad del medicamento o efectos colaterales, preguntarlo.
- 6.8- ¿Piensa que la forma en la cual se publicitan actualmente los psicofármacos propone ese consumo como natural?
- 6.9 ¿Con algún psicofármaco es inofensiva la automedicación?

7- Tolerancia social:

- 7.1- ¿Sus pacientes a veces le cuentan que al no tener su receta consiguieron los psicofármacos a través de amigos, familiares, farmacéutico amigo, etc.? Diferenciar por sexo.
- 7.2- ¿Conoce casos de venta libre?
- 7.3- ¿Cree que sus pacientes comentan en su entorno que les han sido prescritos psicofármacos?

8- Observaciones: