



MEDICALIZACIÓN Y FARMACOLOGIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE SAN JUAN.

Donoso Ríos, Marcela
Escribá García, Karina Gisela
Guzmán, María Florencia
Tejada, Diego Guillermo ¹

Recepción: 23/07/2018 | Aceptación: 17/09/2018

Resumen

El presente artículo indaga sobre los fenómenos de Medicalización y Farmacologización de la Salud Mental con el objetivo de conocer cómo se manifiestan los mismos en la ciudad de San Juan. El análisis se realizó desde el campo de la Sociología de la Salud, basado en autores con un enfoque marxista que habilitan la comprensión de dichos fenómenos desde su carácter de mercancía en una lógica de mercado dentro del sistema capitalista. Los resultados obtenidos recorren diversas categorías de análisis entre las que se destacan: los criterios de diagnóstico por los profesionales de

1. Estudiantes avanzados de las carreras Licenciatura y Profesorado en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UNSJ. Correo electrónico de contacto: marceladonosorios@gmail.com

la salud, las expectativas de efectos del fármaco por consumidores/as, la permanencia del Modelo Médico Hegemónico y el surgimiento de modelos alternativos, la permanencia de la relación médico-paciente de ese Modelo, las prácticas de los profesionales y los usuarios, las formas de obtención y la legalidad del mercado de venta de los psicofármacos.

La reflexión sociológica permite problematizar y visibilizar el avance que la medicalización genera en el control de los cuerpos, en tanto se construyen y definen como “médicos”, problemas de orden social o personales que pueden adjudicarse como propios de la vorágine diaria. Los alcances de estas prácticas generan como contraparte paradójica que no sólo los profesionales de la salud promuevan estas prácticas, sino que los propios usuarios del sistema médico, demandan una creciente farmacologización de sus procesos de salud-enfermedad.

Palabras clave:

Modelo Médico Hegemónico, salud mental, medicalización y farmacologización.



Medicalization and pharmacology of mental health in the city of San Juan.

Abstract

This article investigates the phenomena of the Medicalization and Pharmacology of Mental Health with the aim of knowing how they manifest themselves in the city of San Juan. The analysis was conducted from the field of Sociology of Health, based on authors with a Marxist approach that enables the understanding of the facts of its character of a market logic within the capitalist system. The results obtained register several categories of analysis for which stand out: the diagnostic criteria of the alternative consumers, the permanence of the Hegemonic Medical Model and the emergence of alternative models, the permanence of the doctor-patient relationship of that Model, the practices of professionals and users, the ways of obtaining and the legality of the market for the sale of psychotropic drugs. The sociological reflection allows to problematize and to visualize the advance that the medicalization generates in the control of the bodies in as much they are constructed and they define as “doctors” social or personal problems that can be adjudged as own of the daily vortex. The scope of these practices generate, as a paradoxical counterpart, that not only health professionals promote these practices, but the users of the medical system demand an increasing pharmacology of health and disease processes.

Keywords:

Medical Model Hegemonic, mental health, medicalization, pharmacology.

Introducción

Desde un enfoque sociológico se puede considerar a la salud como una construcción social, sobre la cual influyen factores socio-históricos, culturales y económicos que condicionan la concepción que una sociedad determinada tiene acerca de la misma. El paradigma biologista dominó la ciencia médica hasta el siglo XX. En la actualidad, se concibe a la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, sobre la que intervienen diferentes factores que, en su mayoría, no han podido ser del todo comprendidos y explicados por el paradigma biologista en el cual se inscribe el actual Modelo Médico Hegemónico (MMH). Esto nos permite pensar a la salud desde una mirada crítica hacia dicho modelo, el cual responde a la lógica capitalista basada en la oferta y la demanda.

Por eso mismo, la lógica economicista que invade prácticamente a todo campo de juego, no hace la excepción con el campo de la salud. Y es por ello que los medios ofrecidos son mercancías provistas por empresas, o dicho más concretamente para el caso que nos ocupa, productos fabricados por laboratorios químico-farmacéuticos y con alcance masivo en la población. Tales productos adoptan la forma de jarabes, comprimidos, pastillas, pomadas; pero, además, el mercado farmacéutico ofrece otros productos que, como mencionamos anteriormente, no están orientados precisamente al combate de un agente patógeno o un síntoma. Se pueden enumerar suplementos dietarios, productos para la caída del cabello, estimulantes para la performance sexual, entre otros.

El Ministerio de Salud Pública de la Argentina (MSP), define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, y en armonía con el medio ambiente, es un derecho constitucional que cada uno de nosotros puede y debe ejercer (MSP, 2017).

La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 sancionada el 2 de diciembre del año 2010, establece una serie de

garantías para las personas que padecen ese tipo enfermedades e instituye, como principio rector, la necesidad de evitar la internación de los usuarios en institutos neuropsiquiátricos. Además, promueve la internación en hospitales generales, para garantizar un examen completo del estado de salud de quienes padecen este tipo de patologías.

Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Citado en InfoLEG, 2010)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen diversas formas de alteración de la salud mental, las cuales se incluyen en lo que denomina "Trastornos mentales":

Se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y trastornos del desarrollo, como el autismo (2017, p.1).

Diversos autores concuerdan en los límites de un diagnóstico psiquiátrico basado en los síntomas del sufrimiento psíquico. Sufrimiento para el que no basta una mera lectura médica o psicológica, sino que es preciso emplear la mayor cantidad de enfoques disponibles, integrando otros índices de funcionamiento de la persona, como así también considerar aquellos factores socioeconómicos, culturales y ambientales.

¿Qué sostiene esta red de relaciones entre acción social, consumo, enfermedad, y otros elementos? En el análisis del supuesto sobre el incremento del consumo de productos farmacéuticos, así como de la recurrencia más frecuente y generalizada a efectores de salud, nos encontramos con dos fenómenos que atañen

directamente al campo de estudio de la sociología de la salud: la medicalización y la farmacologización. Al vincular estos temas con el área de nuestro interés, surge la pregunta principal de este trabajo final de la cátedra de Sociología de la Salud: ¿Cómo se manifiestan estos fenómenos en el ámbito de la salud mental en la ciudad de San Juan? Se consideró importante abordar estos temas desde ésta sociología especializada en el proceso salud-enfermedad-cuidado, por el aporte de autores que, con un enfoque marxista, habilitan la reflexión y el abordaje de la temática desde una crítica a la lógica de mercado y del carácter de mercancía que la salud adquiere dentro del sistema capitalista.

Se propone como objetivo general, explorar los fenómenos de la medicalización y farmacologización sobre la salud mental en la ciudad de San Juan. En este marco, como objetivos específicos, indagar el vínculo existente entre medicalización y farmacologización en relación al consumo de psicofármacos para el tratamiento de la salud mental; conocer las percepciones de los agentes de la salud mental desde la rama médica de la psiquiatría y psicología; interpretar las prácticas de los agentes intervinientes en estos fenómeno, en la relación médico-paciente; detectar factores/trastornos relacionados al consumo de psicofármacos; y por último indagar sobre la existencia de modelos o prácticas alternativas al modelo médico hegemónico.

Se opta por un estudio exploratorio y descriptivo desde de la mirada de profesionales de la salud en psicología, psiquiatría y farmacéutica, como también desde los mismos usuarios.

Marco Teórico.

La medicalización de la vida.

Se entiende por medicalización "la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los últimos años recientes y abarca diversos problemas que antes no eran considerados como entidades

médicas" (Rodríguez Zoya, 2010, p.4). Una de sus manifestaciones es la creación de nuevas enfermedades, particularmente psíquicas, el establecimiento de nuevos patrones de "normalidad" y enfermedad, una mayor dependencia a la atención médica y un mayor consumo de medicamentos. Esto nos conduce a establecer una relación entre la medicalización y la farmacologización que, si bien son dos conceptos diferentes que tienden a confundirse, son interdependientes y se vinculan orgánicamente.

Entonces, ¿qué entendemos por farmacologización? Según Williams et al. (2011) y sus cooperadores:

Es necesario también pensar en la "farmacologización" como las condiciones de traducción o transformación de condiciones, capacidades y potencialidades humanas en oportunidades para intervenciones farmacológicas. Aunque con grandes similitudes con la medicalización, la farmacologización se distinguiría por no estar necesariamente relacionada a algún tipo de diagnóstico médico, como se muestra en el fenómeno del uso cada vez más presente de fármacos sin indicación terapéutica (Williams, 2011. Citado en De Camargo, 2013, p.33).

El abordaje de los fenómenos de farmacologización y medicalización, desde una perspectiva de la sociología de la salud, con enfoque marxista, implica indagar sobre aquellos procesos propios del capitalismo actual, teniendo en cuenta que la salud no escapa a la lógica del mercado, es decir constituye una mercancía más entre otras tantas. En este sentido, Rodríguez Zoya destaca que la medicina estuvo siempre ligada al poder, al control de los cuerpos, por lo tanto, lo que debería preocupar es la forma imperialista que adoptan las prácticas médicas. "La categoría de vida es central para la tecnología de poder biopolítico que busca regular los cuerpos en su carácter colectivo de especie y población". (Rodríguez Zoya, 2010, p.11-12).

Para comprender la relación intrínseca entre ambos fenómenos, es necesario desentrañar las relaciones

entre la industria farmacológica y los diferentes actores sociales como producto de un sistema económico, que busca la acumulación de capital a cualquier precio, incluso a través del control del cuerpo. Es así que, en el sistema capitalista donde todo es objeto de cosificación y mercantilización, la medicina en general, la salud y los cuerpos en particular, no escapan a esta realidad. En términos de Foucault (1990), la medicina es una estrategia biopolítica que forma parte de un sistema histórico relacionado con un sistema económico y de poder, en el que la patología se convierte en una forma de regulación de la sociedad que ha ido penetrando y transfigurando diversos ámbitos de la vida cotidiana.

Históricamente el discurso médico-científico coadyuvó a la normalización social, colocando las diversidades y anomalías bajo la categorización de enfermedades o buena parte de las conductas atípicas que se incluyeron como “enfermedades mentales”.

Esto conlleva a que los usuarios emprendan el tratamiento de su “enfermedad” comenzando por una transición hacia la mejoría pero que luego se convierten, en consumidores dependientes de psicofármacos sin tratamiento psicológico. El criterio médico-hegemónico fuerza a los usuarios a volverse cautivos del consumo de un cóctel de drogas que mantiene su humor “estable” desde el control químico de su cerebro. Su problema es efectivamente controlado y su comportamiento se vuelve socialmente normado, pero los factores existenciales de trasfondo siguen sin ser resueltos: las funciones de control y normalización “operarían construyendo un sujeto pasivo, burocratizado, “paciente”, que reproduce criterios médicos más allá de su eficacia terapéutica, a partir de una relación de subordinación con la autoridad médica” (Menéndez, 1983, 1984, 1990. Citado en Cannellotto y Luchtenberg, 2008, p.3).

Según Laplacette y Vignau (2008), para que el proceso de medicalización se produzca, deben configurarse una serie de condiciones: el comportamiento anormal debe ser socialmente definido y configurar un problema; las formas previas de control del citado comportamiento

deben haberse mostrado insuficientes; la institución médica debe estar de alguna manera preparada para hacerse cargo; la fuente del problema debe remitir a algún dato orgánico y, por último, el profesional médico debe aceptar que el comportamiento anormal es de su incumbencia.

La clave de la medicalización es su definición, “de tal forma que un problema de índole no médica se define como problema médico, es descrito en lenguaje médico y se entiende a través de la adopción de un marco médico” (Engelhardt, 1995. Citado en Natella, 2008, p.12). Es decir que, para analizar y comprender la problemática de la farmacologización y medicalización, es inevitable hablar del Modelo Médico Hegemónico (MMH).

Por MMH se entiende a aquellas prácticas, saberes y teorías en el desarrollo de la teoría científica a partir del siglo XVIII hasta lograr identificarse dicha teoría como la única forma posible de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado de un país o nación. Dichas prácticas refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización (Menéndez, 1988). Uno de sus principales rasgos estructurales, es la tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, produciendo una normatización de la salud/enfermedad, lo que contribuye al control social e ideológico y que induce al consumismo médico.

Según Menéndez, el Sistema Médico Hegemónico se va desarrollando a partir de una serie de rasgos o características de tipo estructural, el efecto de la estructura es lo que da capacidad explicativa al modelo y al análisis de cada rasgo particular. Las características señaladas por el autor son biologismo, ahistoricidad, burocratización, la primera se constituye como el rasgo estructural dominante. Las mismas configuran una forma hegemónica de atención e implican concebir la enfermedad sin basamentos socio-históricos, es decir, con evolución propia. Además se invisibiliza la relación social que supone el acto médico, se lo desidiologiza.

Por último, la burocratización que caracteriza el MMH, es según Menéndez (1988) "Expresión del crecimiento de la organización y división técnica del trabajo, del desarrollo del principio de organización y control, generando en su desarrollo una autonomía que tiende a crear sus propias condiciones de racionalidad social" (p.3).

El MMH tiene además una serie de funciones. A saber:

Eficacia pragmática se orienta a la curación, prevención y mantenimiento; es asimétrico y autoritario, participación subordinada y pasiva del paciente. Excluye además al consumidor/paciente del conocimiento; carácter de mercancía: visto el proceso de salud-enfermedad y atención como mercancía. Se integra con las funciones de normalización, medicalización y legitimación. Marcha a través de una profesionalización formalizada (Menéndez, 1988, p. 3-4).

En la década del 60' se evidenciaron limitaciones o fracasos de la intervención médica y psicológico-psiquiátrica respecto de los principales problemas de salud mental y alcanzó su máxima crítica en los 70'. Debido a los altos costos de las enfermedades, un constante aumento del consumo de fármacos, incremento y expansión de la industria farmacéutica, de la intervención médica en los comportamientos sociales, la normalización de determinadas prácticas y la "construcción de nuevos padecimientos como la hiperquinesia infantil expresan el incremento de las funciones de control, normalización y económico ocupacionales" (Menéndez, 1988, p.7). Como consecuencia, este modelo comenzó a ser duramente criticado y discutido. A pesar de los diversos cuestionamientos que sobre él recaen, aún continúa teniendo vigencia y dominio en la mayoría de las sociedades occidentales.

Farmacologización: la salud como mercancía.

En un sistema capitalista, en el que la lógica del mercado invade las relaciones y ámbitos de nuestras vidas, la salud fue convertida en una rama productiva de alta rentabilidad para las industrias químico-farmacéuticas. Producto de los procesos de mercantilización de la salud, estas industrias cumplen un doble rol:

Tanto en la producción y comercialización de productos y servicios, interviniendo en la organización de la atención de la salud y en el grado de accesibilidad de la población a sus prestaciones; como también en la construcción de patrones de legitimación del consumo de medicamentos (Laplacette y Vignau, 2008. Citado en Rodríguez Zoya, 2010, p.4).

El mercado de medicamentos prescriptivos tiene como característica que sus consumidores no deciden por su propia voluntad el producto a consumir, sino que éste es prescripto y autorizado por orden médica. Mediante este requerimiento, los laboratorios despliegan sus estrategias de marketing y publicidades para comercializar sus propios medicamentos. Dentro de esta estructura productiva, la cadena de comercialización de la industria químico-farmacéutica se divide en dos ramas:

Por un lado, las industrias químico-farmacéuticas o laboratorios venden sus productos a las droguerías (mayoristas), y éstas a las farmacias que son minoristas de ventas directa al público. Por otro lado, los laboratorios cuentan con los agentes de propaganda médica (APM) que son los representantes de los laboratorios ante el médico, llevando el mensaje de las marcas-productos a través de la propaganda y la promoción. Los médicos prescriben medicamentos a sus usuarios, quienes se presentarán como consumidores en las farmacias (Rodríguez Zoya, 2010, p.14).

Este mecanismo de medicalización opera por medio de una redefinición de las percepciones, donde los estados

físico-emocionales son tratados como un problema de salud o factores de riesgo sobre los que se requiere intervención médica. Es aquí donde los laboratorios y droguerías, para acrecentar sus ventas y maximizar sus ganancias, recurren a la invención de nuevas enfermedades y nuevas necesidades: el envejecimiento, estrés, insomnio, la calvicie, las pecas, la resaca y hasta el embarazo son tratadas como problemáticas que atentan contra la salud. Así, la farmacologización crea identidades en torno al uso de ciertos fármacos, lo que lleva a la expansión del mercado farmacéutico más allá de las áreas tradicionales, incluyendo el uso por individuos sanos, al debilitamiento del predominio de la profesión médica creando relaciones directas de la industria con los “consumidores” y la colonización de la vida humana por los productos farmacéuticos.

Para algunos autores, la industria farmacéutica promueve enfermedades para las cuales tiene ya su droga preventiva y/o curativa. Por ende, en el proceso de mercantilización de la salud, los medicamentos se constituyen en un área central en la puja por el poder económico de las empresas que desarrollan diversas estrategias, por medio de un discurso persuasivo, para aumentar sus ganancias y mantener la hegemonía. Las empresas químico-farmacéuticas son actores poderosos en el fenómeno de la medicalización de la salud, ya que juegan un rol activo no sólo en la producción de sustancias sino también en la construcción de patrones de legitimación del consumo de medicamentos (Laplacette y Vignau, 2008). Esto nos demuestra que “la medicalización se sustenta en circuitos de dependencia y no en una cultura de derechos ciudadanos” (Natella, 2008, p.8).

El consumo de psicofármacos como “solución inmediata”

En el ámbito de la salud mental es notable el incremento del consumo de fármacos para el tratamiento de diagnósticos como así también para suprimir cualquier displacer o aumentar el rendimiento, como respuesta a la demanda creciente de adaptación e integración social.

Es necesario definir qué se entiende por psicofármacos. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica (ANMAT) define a los psicotrópicos como: “Cualquier sustancia natural o sintética, capaz de influenciar las funciones psíquicas por su acción sobre el Sistema Nervioso Central y a los psicofármacos como todo producto farmacéutico compuesto por sustancias psicotrópicas, utilizado como objeto del tratamiento de padecimiento psíquicos o neurológicos” (ANMAT, 2010: p.34).

Actualmente, es preocupante la forma con la que los usuarios del sistema de salud son diagnosticados por parte de los efectores de salud que, en vez de situarse en las causas de determinado malestar, la atención va dirigida a los síntomas. De modo que el consumo abusivo de ansiolíticos puede significar el deseo del médico de silenciar a paciente (Barros, 2005. Citado en Natella, 2008). En estas circunstancias, la tristeza es tratada como depresión, la timidez como fobia y la ansiedad como síndrome de hiperactividad, entre otros diagnósticos, los cuales son sometidos a tratamientos específicos mediante el consumo de determinados psicofármacos.

Cuando estos psicotrópicos son utilizados para el tratamiento de condiciones neurológicas o psiquiátricas se los denomina psicofármacos. Son medicamentos destinados a (mejorar, atenuar, mitigar) los síntomas de las llamadas enfermedades mentales. Los psicofármacos son sustancias que se utilizan fundamentalmente para tratar tres tipos de alteraciones: la esquizofrenia y otras psicosis, la depresión y la manía (es decir, alteraciones del

estado de ánimo) y los cuadros producidos por angustia o ansiedad excesivas (Kierbel y Ciccía, 2012, p.7).

Los medicamentos, junto a las sustancias psicoactivas, encarnan un ideal de la sociedad actual, ya que eliminan “rápidamente y sin esfuerzo” cualquier estado de displacer, ayudan a mantener los estándares de rendimiento y éxito dictados por la época. Es decir, la dependencia a dichos fármacos “no está basada en la idea de curación, sino más bien con la idea de performance social, es decir que la dualidad que se pone en juego no es enfermedad-cura sino insuficiencias personales-vida comfortable” (Álvarez et. al., 2007. Citado en Caviglia, 2011, p.7).

Estudios en base a dicho aumento, demuestran que en la última década del siglo XX y primera del XXI el uso/consumo de los fármacos se generalizó elevando los índices de personas con problemas de farmacodependencia. Según la OMS, la farmacodependencia (consumo de drogas) es:

El estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo (OMS, 1969. Citado en ANMAT, 2014, p.34)

Asimismo, esta situación manifiesta lo que Natella (2008) concibe como la paradoja de la salud contemporánea, por un lado, con la restricción del acceso a fármacos esenciales para grupos poblacionales con escasos recursos económicos, y por otro, un uso banal, excesivo y abusivo de medicamentos. El 90% de la producción mundial de medicamentos es consumida por el 10% de la población.

En el marco de una sociedad en pleno proceso de pérdida y degradación de la incidencia de las instituciones colectivas para regular la vida social, es sobre el sujeto que recae el malestar social llevando al plano personal las consecuencias de las crisis (originadas en el plano de lo social) y ejerciendo sobre él nuevas demandas de autocontrol e iniciativa individual. Es decir, colocan al sujeto en situaciones de inhibición, vulnerabilidad, ansiedad, frustración o depresión, que tienden a ser resueltas químicamente a través de productos tranquilizantes y estimulantes, esto puede interpretarse como medicamentos que cumplen la función de luchar contra los síntomas más invalidantes en la sociedad actual.

En este contexto, los psicofármacos se integran como herramienta en esa búsqueda de control de sí mismo, en pos de una vida más socializada. El concepto de Lifestyle Medicines (Caviglia, 2011) como conjunto de valores y significados asociados al estilo de vida, tiende a una individualización y autonomía que facilitan la aceptación de los fármacos como solución inmediata para poder continuar así con el ritmo que la vida cotidiana impone.

La regulación del consumo y venta de psicofármacos.

Según la OMS (2005), diversos factores influyen en el uso de psicofármacos, entre ellos: la falta de conocimiento suficiente acerca de su prescripción y utilización, factores económicos y culturales, creencias arraigadas en las comunidades, comunicación deficiente entre las personas que prescriben y los usuarios, y escaso cumplimiento de la correcta prescripción terapéutica.

Ante esto, el Estado es o debiera ser el órgano encargado de regular el uso y expendio de psicofármacos para evitar su autoconsumo y la venta ilegal. En Argentina, tanto los psicotrópicos como los estupefacientes, denominados “sustancias controladas”, son fiscalizadas por el Estado a través de leyes nacionales 19.303 (psicotrópicos),

17.818 y 23.737 (estupefacientes). La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) es el organismo responsable de la aplicación de las mismas, a fin de ejercer los procesos de fiscalización y control. En cuanto a la comercialización de psicofármacos, determina que se debe ejercer bajo receta archivada cuya duración es de dos años.

Si bien la dispensación al público se encuentra regulada por una serie de normas que la autoridad sanitaria ha previsto, queda en cada uno de los profesionales la obligación de conocer conscientemente toda la normativa existente. Es evidente que, en la dispensa de una sustancia psicotrópica o estupefaciente, se debe poner énfasis sobre una herramienta fundamental para el despacho al público de un producto farmacéutico: la receta médica. El farmacéutico también es el responsable de la adquisición de productos de proveedores legítimos, de su correcta conservación y almacenamiento, control de los vencimientos y exacto registro en los libros previamente rubricados por la autoridad sanitaria correspondiente.

Desde la Organización Panamericana de la Salud se publicó un informe en el año 1998 que considera el rol que tiene el farmacéutico en el Sistema de Atención de la Salud. En él se destaca que, frente a la actual realidad sanitaria caracterizada en grandes rasgos por un aumento de la expectativa de vida, de enfermedades crónicas y el desarrollo tecnológico en farmacología; el papel del farmacéutico es fundamental en la atención de la salud individual y de la comunidad en general.

*La atención farmacéutica es definida como:
El compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente (OMS, 1993: p. 5).*

Respecto a la venta y consumo de psicofármacos, es importante que dichos valores éticos realmente

se cumplan ya que son un medio para contribuir a un tratamiento integral del usuario y un modo de contención, además de la que debería encontrar el usuario recurriendo a un médico.

En el informe también se acordó reconocer al farmacéutico como “dispensador de atención sanitaria que puede participar activamente en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, junto con otros miembros del equipo de atención de la salud” (OMS, 1993: p.6). Una farmacoterapia apropiada y el uso racional de medicamentos permiten obtener una atención sanitaria segura y económica, ya que el uso inadecuado de los fármacos tiene importantes consecuencias tanto para los usuarios como para la sociedad en general.

Por otra parte, la OMS señala que es necesario mejorar el uso de los psicofármacos. En esta tarea están involucrados diversos actores como los médicos quienes recetan el medicamento, farmacéuticos, quienes los dispensan y por último los usuarios quienes los consumen.

Cifras alarmantes: Las ventas y el consumo de psicofármacos en Argentina se incrementaron en la última década. Una investigación realizada por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) en el año 2012, a fines de construir un perfil de la población afectada, detecta que son las mujeres quienes muestran mayores índices de consumo que la población masculina en todos los segmentos etarios, “siendo particularmente el grupo comprendido entre los 35 a 65 años el que evidencia mayor consumo” (Kierbel y Ciccía, 2013, p.88).

En San Juan, según un relevamiento realizado por diario Tiempo de San Juan en el año 2014 en el que incluyó ocho farmacias de Capital e información dada a conocer por la Cámara de Propietarios de Farmacia local, el consumo de psicofármacos en la provincia creció un 20% comparado con el año anterior. Los grupos etarios en los que más se notó el aumento es en personas de 30 a 40 años y que los medicamentos más vendidos son el Clonazepam, Alplax, y en algunos casos el Neuryl. En

cuanto a los diagnósticos, el estrés es la principal causa de consumo. Asimismo, nos resultó relevante un dato aportado por una farmacéutica entrevistada en dicha investigación ya que, según ella, "generalmente las prescripciones las realizaban psiquiatras mientras que actualmente hay cardiólogos y clínicos que prescriben esta clase de medicamentos".

En busca de soluciones: ¿hay alternativas al MMH?

La medicalización y la farmacologización como herramienta y requisito funcional del MMH, vislumbran un panorama cada vez más desolador y agobiante en donde el control social y la salud como mercancía no escapan a la lógica del mercado. Las consecuencias y el costo a pagar son altos. La hegemonía de dicho modelo subordina otros saberes e intenta la exclusión ideológica y jurídica de otros modelos alternativos. Tal como plantea Menéndez, la expansión del MMH "se genera conflictivamente lo que supone, en la mayoría de los casos, soluciones de complementariedad y no la emergencia de modelos contradictorios" (Menéndez, 1981, p.214).

Conforme con esto, en los últimos años, son más las personas que recurren a las prácticas y saberes de medicinas complementarias, ya sean usuarios como así también los profesionales de la salud. Por tal motivo, han pasado a ser reconocidas y apoyadas por la OMS quien las define como: "Medicina Tradicional, es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. Medicina Complementaria:

Los términos "medicina complementaria" "medicina alternativa" aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas

en el sistema de salud predominante. Medicina Tradicional Complementaria (MTC): fusiona los términos "medicina tradicional" y "medicina complementaria" y abarca productos, prácticas y profesionales (OMS, 2014, p.15).

Dichas medicinas se caracterizan por una visión totalizadora del ser humano, por una concepción holística que busca la armonía entre cuerpo y mente, considerando la enfermedad como un desequilibrio del organismo. Apuntan fundamentalmente a la prevención de enfermedades y utilizan métodos naturales como los alimentos, hierbas, minerales, masajes, relajación, yoga, etc. Para nombrar sólo algunas, podemos mencionar la ayurveda, homeopatía, osteopatía, reflexología, acupuntura, reiki y masoterapia.

Buscar alternativas que hagan frente al modelo médico vigente y contemplen la complejidad de los procesos de salud-enfermedad evitando así el reduccionismo biológico, nos conduce a considerar la importancia de la noción de nexos biopsíquicos (Laurell, 2008). Según Laurell:

Es una dimensión particular de la totalidad social en cuanto representa la expresión en la corporeidad y psiquismo humanos de los procesos sociales. Esto quiere decir que es un concepto que no contrapone lo social con lo biológico y psíquico, sino que permite aprehender la constitución de lo biológico y psíquico humano como proceso social a través de su articulación en otros procesos sociales. A pesar de que el objeto de conocimiento está construido a partir de las colectividades humanas, no plantea una contraposición entre lo colectivo y lo individual, sino que recurre a lo colectivo para poder estudiar lo social del nexo biopsíquico humano, dado que es en la colectividad donde resulta aprehensible (2008, p.8).

Está claro que el mercado, en una economía capitalista, no deja de proteger e incrementar sus intereses económicos, y estos intereses vienen de la mano de la investigación científica. Así, lejos de una concepción

biologista impuesta por el MMH en el que se centra en la causalidad de la enfermedad sin tener en cuenta las relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad, es necesario poner en práctica la transdisciplinariedad de las ciencias biológico-médicas con las ciencias sociales. De este modo, se podrá tener en cuenta la complejidad de los fenómenos y facilitar la elección de elementos idóneos para tratar las enfermedades y malestares de la sociedad (Laurell, 2008).

Estrategia Metodológica

En relación al aspecto metodológico del trabajo, se recurrió a informantes clave a los que se accedió por medio de una muestra intencional, utilizando entrevistas semi-estructuradas en el marco de una metodología cualitativa; la misma: "Implica desentrañar las estructuras conceptuales complejas en las que se basan las prácticas, las ideas y las creencias de las personas en estudio, que configuran las significaciones habituales con las que transitan su vida" (Sandín, 2003, p.153).

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo que constituye una aproximación inicial teniendo en cuenta aquellos antecedentes sociohistóricos y culturales difundidos acerca de la salud mental, especificando propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno con la intención de visibilizar el fenómeno desde una perspectiva sociológica.

Fuentes de información:

- *Primarias: se realizaron entrevistas a dos profesionales de la salud, dos farmacéuticos y dos personas que consumieron algún psicofármaco.*

La muestra intencional de profesionales de la salud es seleccionada por el criterio de diferentes áreas de

desempeño: Un médico psiquiatra y a una psicóloga, con el objeto de conocer ambas perspectivas respecto al abordaje de la salud mental y farmacéuticos.

Respecto a los Farmacéuticos, se los abordó con el fin de rescatar aquellos datos necesarios para conocer la venta y consumo de psicofármacos en la provincia y su percepción sobre esta problemática en particular, teniendo en cuenta el rol que ocupan y juegan, en tanto dispensador de atención sanitaria, con el propósito de comprender cómo se lleva adelante la comercialización de psicofármacos, qué factores intervienen en ese proceso y cómo es la relación que establecen con el cliente/consumidor.

En cuanto a las personas que consumieron alguna vez algún tipo de psicofármacos, se intentó conocer su experiencia respecto a las causas que condujeron al consumo, cómo accedieron a éstos y qué efectos producen, ya que éstos constituyen el último eslabón en la cadena de producción-comercialización-consumo de psicofármacos.

Las entrevistas se realizaron en la ciudad de San Juan durante los meses de junio y julio del año 2017. En el caso de los profesionales de la salud, en sus respectivos lugares de trabajo, y a las personas consumidoras, en su domicilio particular. Se decide el carácter anónimo de las entrevistas para preservar su identidad. Así, han sido codificadas como: P.1 (médico psiquiatra), P.2 (psicóloga), F.1 (farmacéutica y propietaria de la farmacia) y F.2 (farmacéutico-bioquímico), C.1 (mujer de 27 años) y C.2 (mujer de 64 años).

- *Secundarias: leyes nacionales, diarios nacionales y provinciales, libros, informes, investigaciones y revistas científicas, referidas a nuestro objetivo de investigación.*

Percepciones del uso de psicofármacos de distintos actores involucrados/as.

En base a los datos obtenidos de las entrevistas realizadas y a los objetivos propuestos, se identificaron las siguientes categorías que son analizadas desde las perspectivas teóricas mencionadas anteriormente:

Enfermedad Mental.

Conceptualización.

En cuanto a la concepción de enfermedad mental se establecen algunas diferencias entre la psiquiatría y la psicología. Por un lado, el psiquiatra alude al término "patología": "es una patología que se origina en la psiquis, pero afecta la relación del paciente consigo mismo y con el entorno" (P.1). Por otra parte, la psicóloga utiliza los términos "síntomas" y "signos": "Conjunto de síntomas y signos que una persona en alguna situación específica manifiesta o presenta, teniendo por supuesto sexo, edad, grupo familiar..."(P.2).

La primer noción destacada puede remitirse a la comparación establecida por Durkheim (2003) entre "lo normal" y "lo patológico", dejando entrever una noción biológica al describir lo que se considera enfermedad mental. Sin embargo, ambos profesionales afirman que la enfermedad mental implica dar cuenta de la existencia de un entorno social como condicionante de la misma.

Enfermedades consideradas mentales.

1.1.1.1. Aquellas con origen en causas estructurales: como la psicosis, la esquizofrenia.

Patologías mentales puras y derivadas: Se considera desde la psiquiatría que es fundamental que haya un saber y un criterio médico capaz de discernir entre las patologías mentales puras y aquellas "derivadas de una enfermedad médica" (P.1). Por

eso, la psiquiatría, para diagnosticar correctamente, no puede desprenderse del criterio que se utiliza en la medicina clínica.

Se observa una paridad entre las expresiones "enfermedades con causas estructurales" del profesional P.2 con "patologías mentales puras" descritas en P.1, ambas hacen referencia a un criterio propio del diagnóstico médico.

Diagnóstico.

Entre los criterios particulares de cada profesional para diagnosticar una enfermedad mental, encontramos los siguientes:

Capacidad de adaptación del paciente a la realidad: Que un paciente esté enfermo mentalmente o no, dependerá de su capacidad para adaptarse a la realidad: "Si consideramos a la salud mental como algo que engloba a una serie de trastornos, patologías y enfermedades, los criterios tienen que ver con la capacidad de adaptación [...] Se toma en cuenta lo conductual, lo afectivo, en el interjuego que se establece en lo vincular" (P.2)

Criterio interdisciplinario y preventivo: Se sostiene que el abordaje de la salud mental no debe estar a cargo sólo del psiquiatra en la atención, diagnóstico y tratamiento en consultorio. Debe incluir además la visión de distintos profesionales de la salud para poder lograr un abordaje integral con el objetivo de que el paciente transite los efectores en los distintos niveles de atención y los profesionales que necesite para llegar a un diagnóstico certero, y que no necesariamente requiera un diagnóstico psiquiátrico inmediato y medicalizado. Así se evitaría el sub-diagnóstico o el sobre-diagnóstico.

Desajustes entre problema y diagnóstico: Se considera que la comunidad de profesionales en psiquiatría suele incurrir en el sobre-diagnóstico de

usuarios, los cuales resultan muchas veces rotulados de forma desproporcionada o desatinada respecto a su problemática o patología.

Incurrancia en diagnóstico apresurado: Se sostiene que los psiquiatras se ven impulsados a recetar de forma frecuente recetas farmacológicas, sin conocer con precisión si el diagnóstico que están medicando es aquel que realmente se corresponde con el paciente y sus síntomas. Esto podría originarse porque los médicos, tienen un número excesivo de usuarios o simplemente por la necesidad de inmediatez para dar un diagnóstico a éstos.

Desencadenantes del consumo de psicofármacos.

Con información recabada de las entrevistas y en base a la bibliografía seleccionada, se nombró a esta categoría como “desencadenantes”, porque se puede inferir a partir de los datos, que el consumo se debe principalmente a malestares que la persona atraviesa en un determinado momento más que a una patología mental.

En las entrevistas realizadas se observa el estrés como el principal factor desencadenante que forma parte de una configuración de la sociedad actual, relacionado con las actividades vinculadas al trabajo conjugadas con las relaciones familiares cotidianas. Según la mirada de los farmacéuticos: “Para mí por el estrés, es muy sensible el nivel de estrés”(F.2.). “[...] a veces la gente recurre a eso como una forma de tratar su estrés o su ansiedad de la vorágine diaria” (F.1.) A su vez, quienes consumieron psicofármacos también comentan que lo hicieron por angustia o estrés: “en ese momento tenía muchos problemas que me tenían muy angustiada y lo único que quería era dormirme rápido para no pensar en nada”(C.1.). “[...] estaba muy estresada, era una situación muy complicada por la que pasaba [...] estaba angustiada y buscaba algo que me permitiera seguir haciendo mis actividades diarias” (C.2.).

Expectativas de efectos del fármaco por consumidores/as.

1.1.1.Solución inmediata: “lo único que quería era dormirme rápido para no pensar en nada [...] me lo tomaba y al ratito empezaba a darme mucho sueño y me dormía al toque. Sin eso daba mil vueltas y tardaba hasta más de una hora en dormir, en cambio con eso era inmediato” (C.1). La farmacéutica (F.1) también coincide en que “buscan la solución rápida, al margen de que la vida también te impone esos tiempos [...] les resulta más fácil ir y comprar algo que los relaje o duerma rápido y listo”.

1.1.2-Apoyo transicional: “Yo sabía que este medicamento (Tranquinal) lo iba a tomar por un tiempo limitado porque sé que hacen mal y generan adicción, siempre supe que era una situación particular en la que me encontraba y la iba superar [...] También siempre supe que no lo iba a hacer costumbre (antidepresivo) porque sé que hace mal, esas pastillas me dan miedo, me daba miedo no poder dejarlas después [...] además de siempre saber que si tomaba algo era circunstancial, creo que eso me ayudó mucho, a tener en claro que fueron momentos en los que necesité de algo más, estaba muy vulnerable, pero sabía que iba a pasar” (C2).

Consumo y Obtención de Psicofármacos.

Por prescripción médica: a través de una receta de archivo que se utiliza para el control de las ventas de psicofármacos por parte de Salud Pública. Deberían ser prescritos por psiquiatras sin embargo en base a lo indicado por los farmacéuticos F1 y F2 y el profesional P1 se ha generalizado la prescripción hacia otros médicos/as especialmente clínicos, por lo que se puede inducir que pueden ser causantes del mal uso de psicofármacos.

Automedicación: Sobre la cual podemos emplear los patrones de consumo propuestos por Álvarez y sus colaboradores (2007), en los cuales es posible distinguir:

El/la autodidacta: "van al médico y les piden que les den algo, les dicen "deme algo" abiertamente" (F.1)

El/la farmacéutico/a "amigo/a": La farmacéutica F.1 manifestó que, "en una época vendía algunos psicofármacos sin receta que los compraba en determinados lugares o al laboratorio directamente, pero tenía una farmacéutica que me avala en eso, me cubría. Pero no se lo vendía a cualquiera [...] son personas que no la consumen todos los días, no lo hacen siempre y son responsables, con ellas tengo confianza, son sólo 6 o 7 clientes que me llaman a mí personalmente".

También la consumidora C.1 comenta obtenerlo por el mismo medio: "un muy amigo de él tenía un amigo farmacéutico que le vendía las cajas de Tranquinal sin la receta, se conocían y tenían la confianza, sabía que no era para hacer abuso de eso".

Por recomendación: "alguien se los recomendó, es muy común que la gente se preste este tipo de medicamentos ya que "si a mí no me hace nada, a vos qué te puede hacer", comentó F.1. También C.1 accedió por recomendación, "me lo dio quien era en ese momento mi novio".

Sin receta: F1 y F2 manifiestan que cierto sector del público recurre a las farmacias intentando comprar psicofármacos sin receta médica, en una forma de "probar suerte".

Recetas Apócrifas y Mercado Ilegal: Los farmacéuticos F1 y F2 manifestaron preocupación por el incremento de las recetas apócrifas para la obtención de psicofármacos.

El Mercado ilegal: en torno a la presencia de recetas apócrifas, podemos dilucidar que la búsqueda por la obtención de psicofármacos por medio de este medio es, en muchos casos no sólo para consumo, sino que tiene otros fines, como adicción o para la reventa. Se pueden considerar que tales motivos pueden influir

en el aumento de la venta ilegal de psicofármacos. Una publicación del portal de noticias San Juan8.com en junio del 2017, señala que la División de Farmacia de la provincia en los controles detallados de recetas encontró en el año 2015 unas 27 farmacias que tenían alrededor de 450 recetas apócrifas.

En nuestra provincia, la División de Farmacia perteneciente al Ministerio de Salud Pública, es el ente encargado de controlar la comercialización de todo tipo de medicamento, droga y elemento destinado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Los psicofármacos entran en la categoría de "sustancias controladas", por lo que se requiere para su compra y consumo la indicación por un médico en una receta archivada, la que luego será registrada y supervisada por Salud Pública cuando lo requiera.

Psicofármacos que más se venden/consumen: Por la información disponible, se observa que los ansiolíticos o tranquilizantes menores son los psicofármacos que mayormente se consumen/venden, principalmente los benzodiazepínicos de acción prolongada como es el caso del Diazepam y Clonazepam; como los de acción corta como el Alprazolam. A su vez en las entrevistas a consumidores se destaca el consumo de Tranquinal y antidepresivos.

Género que más consume y franja etaria: Un informe presentado por la OAD (2012), señala a como mayores consumidoras psicofármacos a las mujeres siendo evidente un mayor aumento de su ingesta a partir de los 50 años de edad. Los farmacéuticos entrevistados F1 y F2 señalan la misma franja etaria y género como mayores consumidores.

Tratamiento en base a la prescripción de psicofármacos.

Relación médico-paciente: Las entrevistas revelaron que, dentro de la relación médico-paciente en torno al tratamiento de la enfermedad, se establece una jerarquía de roles. En cuanto a la concepción del rol del médico, se deja entrever la permanencia del MMH ya que, como plantea Galende (2008), la consideración del trastorno como enfermedad prescinde del sujeto, ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que éste sería sólo signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales, y se propone por consiguiente suprimirlo por un medio artificial, el medicamento. Galende coincide con Barrios (2005, en Natela, 2008), al afirmar que el consumo abusivo de ansiolíticos puede significar el deseo del médico de silenciar a paciente, lo que también refleja el farmacéutico F.1 cuando comenta que los médicos prescriben para complacer y mantener contento al paciente.

Por su parte, Forcades (2012) define “desocialización de la enfermedad” teniendo en cuenta el rol de la ciencia médica, como extensión del MMH, y su concepción biologista que aísla al individuo de su entorno para comprender su enfermedad.

Entonces, es en base al MMH que podemos comprender la relación médico-paciente que aquí se vislumbra. De acuerdo al planteamiento de Parsons expuesta en su obra “El sistema social” (1986), la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo humano, comprendiendo el estado del organismo como sistema “biológico” y el estado de su ajustamiento “persona” y “social”. De este modo, la enfermedad se define en parte biológicamente, y en parte socialmente. Para superar esta disfuncionalidad causada por la enfermedad, el autor le da importancia a la práctica médica, la cual está organizada en la aplicación del conocimiento científico a los problemas de la enfermedad y la salud, es decir, a controlar la enfermedad.

Aplicación de consentimiento informado: Con respecto al consentimiento informado, Tealdi lo define como: “Una declaración de voluntad efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindar suficiente información referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención” (Tealdi, 2008, p.219).

En este sentido, el profesional P.2 no compartiría la postura del MMH, ya que se toma en cuenta el punto de vista del paciente y se garantiza su conocimiento y acuerdo con el tratamiento a seguir. Por otra parte, el P.1 posee un criterio más cercano al MMH, puesto que establecer un consentimiento con el paciente es, en cierto modo, una forma de participación subordinada y pasiva del paciente, puesto que se establece una relación transparente, creando así cierta asimetría sostenida por un autoritarismo médico.

Demanda de farmacologización: Se pudo constatar que en la relación médico-paciente está presente la demanda de farmacologización, la cual hace referencia a la acción del paciente orientada a obtener recetas médicas para continuar consumiendo la medicación que éste considera pertinente, dejando en un segundo plano la atención médica, por lo tanto también al criterio médico que resuelve la conveniencia y los beneficios que acarrea consumir o no determinada medicación.

Percepción del tratamiento por parte de usuarios: En los dos casos entrevistados a consumidoras, esta categoría emerge caracterizando de una manera peyorativa la percepción del tratamiento y del rol del médico, siendo éste ineficiente para solucionar su problema: “El error fue mío por no leer las indicaciones, lo tomé a la mañana, antes de ir a trabajar, porque yo suponía que por todo lo que le dije me iba a dar algo para levantarme el ánimo en el día, yo le dije que dormía perfectamente, el tema era enfrentar toda mi situación, pero Tranquinal estaba indicado para la noche” (C2).

Iatrogenia.

Las diferentes intervenciones médicas pueden tener efectos negativos sobre las personas que se sometan a ellas, especialmente si los tratamientos propuestos son de tipo farmacológico. “Los efectos negativos de las intervenciones médicas constituyen la iatrogenia o némesis clínica” (Forcades, 2012, p.805).

Como consecuencia del consumo de psicofármacos, ya sea indicado por el médico o por automedicación, producen en la salud graves efectos negativos y perjudiciales lo que es una clara demostración de los límites e insuficiencias que el propio modelo médico presenta.

El uso indebido y excesivo de psicofármacos por parte de usuarios, podría ser una consecuencia de que los mismos fueran recetados por un médico que no es especialista en psiquiatría y, por ende, puede ocasionar efectos adversos. En este sentido el relato de C.2 expuesto en el ítem anterior, en relación a la percepción del tratamiento, es un reflejo de esto. También C.1 deja entrever lo perjudicial del consumo en torno a sus efectos adversos: “Dormía plácidamente toda la noche, pero lo único más feo era que al otro día me sentía como cansada, como que todo me costaba incluso hasta hablar, era como que seguía en estado de relajación total (...) por un lado me dormía al toque y sin esfuerzos, pero al otro día andaba como zombie y drogada” (C.1).

Rol del farmacéutico en la venta de psicofármacos.

El rol del farmacéutico como dispensador de la atención sanitaria es planteado desde un fundamento ético centrado en el compromiso, la responsabilidad, conocimiento y asesoramiento de los usuarios según la OMS (1993). Sin embargo, observamos la existencia de una contradicción entre fundar dichos valores éticos en su práctica profesional con el sostenimiento de su negocio como fuente laboral ya que ambos entrevistados son

propietarios de su farmacia. Pese a esto, manifiestan priorizar la contención y asesoramiento en el uso racional de fármacos en conjunto con su economía, buscando alternativas más saludables.

Alternativas al modelo médico hegemónico.

Perspectiva de profesionales de la salud: Tanto la psicóloga como el psiquiatra entrevistados conciben que existen actividades o prácticas alternativas a aquellas específicamente en relación con sus profesiones, y que pueden ser beneficiosas para la salud del paciente. Sin embargo, ninguno de ellos las menciona como una forma de tratamiento llevada a cabo desde su práctica profesional.

Perspectiva del farmacéutico: Los relatos de las entrevistas realizadas a farmacéuticos destacan los beneficios de prácticas naturales en oposición al consumo de fármacos y la mercantilización del campo de la salud. Así mismo, la farmacia cuenta con productos naturales para aliviar los síntomas del estrés o inducir el sueño.

Perspectiva de consumidores/as de psicofármacos:

Actividad física: Ambas entrevistadas manifestaron los beneficios que provocó el haber comenzado a hacer alguna actividad física, tanto físico como psíquico: “empecé a entrenar con un grupo de running en el parque y eso me re ayudó porque iba a divertirme y eso me ayudó a despejar la mente”, relata C.1. “Desde ese entonces hago yoga y me solucionó varios problemas físicos y me tranquilizaba, me relaja, esa hora es la desconexión de mis problemas de todos los días”, comenta C.2.

Relaciones vinculares-afectivas: Ambas entrevistadas coinciden en la importancia que tuvieron los vínculos afectivos y el apoyo de sus familiares en el mejoramiento de sus malestares.

Las soluciones transmitidas por las entrevistadas dan cuenta de que la mejoría de su estado estuvo intrínsecamente relacionada con sus afectos y cambios en el estilo de vida más saludables. Esto denota una clara diferencia con la concepción biologista característica del MMH y la medicalización que de aquél se deriva.

Reflexiones finales.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio es posible bosquejar una serie de reflexiones sin poder realizar conclusiones taxativas. Se recupera, sin embargo, que esta instancia de exploración de estas temáticas, permite problematizar y visibilizar el avance que la medicalización y la farmacologización generan en el control de los cuerpos, en tanto se construyen y definen como “médicos” problemas de orden social o personales que pueden adjudicarse como propios de la vorágine diaria.

En base a las entrevistas y la recopilación documental, se puede interpretar que se concibe como solución óptima para cualquier “enfermedad” la ingesta de medicamentos que brindan una solución rápida. Esto fetichiza a los medicamentos y enmascara el proceso mediante el cual la industria farmacéutica cumple con su objetivo principal que es el de vender productos a cualquier costo. Es así que, entre las manifestaciones de esta búsqueda de soluciones inmediatas, puede considerarse la automedicación, que como se señaló en este estudio trae graves problemas de dependencia, además de distintos efectos adversos: producción de nuevas y diversas enfermedades, especialmente psíquicas, junto a la construcción y legitimación de nuevos patrones de “normalidad” y enfermedad; como también una mayor dependencia a la atención médica y aumento del mercado ilegal de psicofármacos. Un ejemplo claro de esto, puede palpase en las constantes pautas publicitarias que promocionan gran variedad y diversidad de medicamentos para estar “saludable”.

Es notable que, actualmente, los problemas de salud como también la medicalización de la vida cotidiana parecen devenir en una cultura de lo inmediato

e instantáneo. En otras palabras, el consumo de fármacos como solución inmediata al estrés, cansancio, angustia y frustraciones para poder continuar con el ritmo acelerado que la vida cotidiana demanda. Esto denota, además, el silenciamiento de los síntomas, de los malestares y emociones, y el enajenamiento por sí mismo de su propia conciencia.

De acuerdo con esto, no se puede desconocer que en la relación médico-paciente que se establece en el tratamiento, hay una prevalencia del MMH y la concepción parsoniana del proceso de salud-enfermedad. El rol del médico también juega con el veloz ritmo del tiempo que la sociedad impone, junto con la mercantilización de la salud y, en vez de analizar detenidamente al paciente como una totalidad bio-psico-social, opta por la medicalización del malestar.

Sin embargo, se hace cada vez más visible la búsqueda de terapias alternativas al actual modelo hegemónico en el tratamiento de la salud mental. En ellas, se reconoce la importancia de sus beneficios para contrarrestar el incremento en el consumo de psicofármacos y los efectos negativos que esto ocasiona, reemplazándolos por otros métodos naturales como también la necesidad de hacer algún tipo de ejercicio físico.

En síntesis, se puede argüir que la “medicalización de la vida cotidiana” hace referencia a convertir un conflicto personal en un problema médico que necesita ser abordado por profesionales de la salud. Son los mismos usuarios, además, quienes al momento de realizar una consulta con un médico especialista, propone de manera inmediata que les prescriban medicación. Según los agentes de la salud, si no recetan algún fármaco en la primer consulta realizada, el usuario se va disconforme y muchas veces no regresa para seguir adelante con el tratamiento, el cual debe tener un seguimiento y duración en el tiempo, según expresó el psiquiatra entrevistado. Por tal, el aumento del consumo de psicofármacos, en base a nuestro estudio, no se debe a un incremento de trastornos de la salud mental, sino que forma parte de la patologización y silenciamiento de los síntomas que provocan los malestares, angustias,

frustraciones, cansancio, propios de la alienación del sujeto en su vida diaria. Problemática que logra ser comprendida en su complejidad en el marco de la lógica del mercado, en donde el sujeto deviene sujeto de consumo. Tal es así, que actualmente, pese a sus limitaciones, críticas y las profundas ineficiencias que presenta, continúa en vigencia el MMH y una concepción biológica de los procesos de salud-enfermedad, ya que los agentes del campo de la salud y del sistema sanitario en general no escapan a esta lógica mercantilista.

Rescatar las perspectivas desde diferentes enfoques y actores permite una aproximación para la comprensión y vislumbramiento sobre la problemática de la medicalización y del vertiginoso incremento del consumo de psicofármacos, lo que abre el camino a estudios más profundos que contribuyan a formular herramientas para aminorar o solucionar una realidad compleja con graves consecuencias para amplios sectores sociales.

Bibliografía

- Álvarez, D. (coord.) (2007): "El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso". Informe final. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina). Buenos Aires, Argentina.

- Atención Primaria y Trastornos Mentales y del Comportamiento: una mirada exploratoria. (2010) Revista de Salud Pública, (XIV) 1: 6-14. Consultado en junio de 2017 en http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_04_art1_pp%206_14.pdf

- Bolaños, R. (Coord.) (2014): "Psicotrópicos y estupefacientes. Visión farmacológica y normativa". Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT). Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Buenos Aires, Argentina. Disponible en la web: <http://www.anmat.gov.ar/ssce/Libro-psicotropicos-estupefacientes.pdf>

- Caballero, N. (Jueves 29 de Junio de 2017). Venta ilegal de psicofármacos: los comprimidos más pedidos son para patologías de la salud mental. Diario San Juan 8. Recuperado de: <http://www.sanjuan8.com/san-juan/venta-ilegal-psicofarmacos-los-comprimidos-mas-pedidos-son-patologias-salud-mental-n1425320.html>

- Caballero, N. (Sábado 13 de Septiembre de 2014). Creció un 20% el consumo de psicofármacos en San Juan. Diario Tiempo de San Juan on line. Recuperado de: <http://www.tiempodesanjuan.com/sanjuan/2014/9/13/crecio-consumo-psicofarmacos-juan-65252.html>

- Canaparo, A. (2015): "Argentina ansiosa: en diez años creció un 132% el consumo de clonazepam". Perfil, 5 de diciembre del 2015. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.perfil.com/ciencia/argentina-ansiosa-en-diez-anos-crecio-132-el-consumo-de-clonazepam-1205-0095.phtml>

- Cannellotto, A., Luchtenberg, E. (2010): "Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión". Editorial Universidad General de San Martín Edita. Buenos Aires, Argentina. Disponible en la web: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MedicalizacionYYSociedad.ZLecturasZCrticasZsobreZunZFenmenoZenZExpansin.ZAoZ2008.-.pdf>

- Caviglia, A. (2011): "Factores psicosociales y el consumo racional de psicofármacos en la Argentina". Facultad de Humanidades. Carrera Licenciatura en Psicología, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, Argentina.

- DeCamargo, K. (2013). Medicalización, farmacologización e imperialismo sanitario. *Cad Saúde Pública* 2013; 29 (5): 844-846.
- Durkheim E. (2003) *Las Reglas del Método Sociológico*. Cap. III: lo Normal y lo Patológico. Buenos Aires: Ediciones Libertador.
- Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste (s.f.): "FARMACODEPENDENCIA DROGADICCIÓN". Pág. 88-95. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/8_dependen.pdf.
- Forcades, T. (2012): "La medicalización de los problemas sociales". *Revista Cubana de Salud Pública*; 38(5): 803-809.
- Foucault, M. (1990). "Historia de la medicalización" e "Incorporación del hospital en la tecnología moderna". En: *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: La Piqueta.
- Galende, E. (2008): "Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser". Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina. Reseña recuperada de la web en: http://www.intercanvis.es/pdf/20/n20_arto2.pdf
- Kierbel, V. y Ciccía, M. (2013): "Una mirada específica sobre la problemática del consumo de psicofármacos en Argentina 2012". Secretaría de la Nación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico. Presidencia de la Nación. Marzo, 2013.
- Laplacette, G. y Vignau, L. (2008): "Medicalización de la salud". En: Cannellotto, A., Luchtenberg, E. (2010): "Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión". Editorial Universidad General de San Martín Edita. Buenos Aires, Argentina.
- Laurell, A. C. (2008): "Sobre la concepción biológica y social del proceso de salud-enfermedad". Disponible en la web: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-043.pdf>
- Menéndez E. L. (1984): "Relaciones Sociales de Cura y Control, Notas sobre el desarrollo del Modelo Médico Hegemónico". *Revista Paraguaya de Sociología*. Nº 61. Paraguay.
- Menéndez, E. L. (1981): "Modelo Médico Hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales". Artículo publicado en Cuadernos de la Casa Chata nº86, México. Disponible en la web: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a14.pdf>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2010: Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Recuperado de InfoLEG: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> el 27/06/17.
- Ministerio de Salud Pública (2017): "Temas de Salud de la A a la Z". Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planos/55-temas-de-salud-de-la-a-la-z>
- Natella, G. (2010): "La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental". En Cannellotto, A., Luchtenberg, E. (2010): "Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión". Editorial Universidad General de San Martín Edita. Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Página oficial: <http://www.who.int/es/>
- OMS (1993): "El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud". Informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japón. 31 de agosto al 3 de setiembre de 1993.
- OMS (2010): "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en atención primaria de la salud Washington, D.C.: OPS Recuperado en: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
- OMS (2014): "Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023". Ginebra, Suiza. Disponible en la web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf
- Parsons T. (1986): *El sistema social*. Capítulo X. Madrid: Revista de Occidente.
- Pérez Serrano, G. (1998): "La investigación cualitativa. Retos e interrogantes". Edit. La muralla Madrid.
- Revista digital "Mirada Profesional Farmacéutica" 2014. Recuperada en: <https://miradaprofesional.com/ampliarpagina.php?npag=0&id=6261>
- Rodríguez Zoya, P. (2010): "La medicalización como estrategia biopolítica". *A Parte Rei Revista de Filosofía*. Nº70, julio. Recuperado de: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/zoya70.pdf>
- Sandin, E. (2003): "Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones". Editorial McGraw Hill. Madrid.
- Spinetta, F. (2017): "La Argentina insomne". Página 12, 5 de junio. Buenos Aires, Argentina. Disponible en la web: <https://www.pagina12.com.ar/42298-la-argentina-insomne>
- Tealdi, J. (2008): "Diccionario latinoamericano de bioética". UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.