

Resumen:

El siguiente ensayo abarca un tema basado en cómo afecta el uso y abuso de psicofármacos a la sociedad y a las personas en general y, en sentido inverso, como la sociedad posmoderna promueve el consumo para todos y abusivo de fármacos. Se parte de una cultura posmoderna exigente, que moldea un tipo de subjetividad caracterizada por taponar las faltas o fallas con objetos mercantiles (celulares, ropa, pastillas). Muchas veces, estas sustancias suelen generar efectos adversos, abuso y dependencia volviéndose un peligro a quien esté bajo su consumo. Estudios realizados en las últimas décadas arrojan cifras alarmantes donde cada día son más las personas que optan por estos fármacos. Si bien, son útiles para tratar distintos malestares, no son la única opción para ello ya que también existe la ayuda de profesionales (no necesariamente psiquiatras) que realizan abordajes no farmacológicos e incluso que trabajan con el sujeto dentro de equipos interdisciplinarios.

Palabras clave:

Posmodernidad/ Capitalismo/ Psicofármacos/ Malestar.

Introducción

Nuestra sociedad contemporánea atraviesa un momento de avance y desarrollo en materia de ciencia y tecnología, lo cual permite una mejor posición para las distintas Industrias del mercado. Este ámbito de continuo cambio, posee ciertas exigencias en distintos aspectos y las personas deben acomodarse a ellas. Es natural que no siempre se dé este ajuste surgiendo inquietudes y malestares en la población. Es así que la psiquiatría toma partido permitiendo el surgimiento de la denominada industria farmacéutica. La misma otorga su producto final: El Psicofármaco o, como se la conoce generalmente, las Drogas con el fin de solucionar o calmar al menos, esos malestares.

Se entiende por Psicofármaco aquella droga producida en laboratorios con fines médicos que incluyen sustancias que afectan la mente, el sistema nervioso y las funciones psicológicas superiores (Milanese, 1996) y que, en lo cotidiano suelen adquirir diversos nombres bajo el concepto general y global de *pastillas*. Los avances tecnológicos, el marketing, la publicidad y los medios de comunicación hacen de este producto la solución a todos los malestares y patologías que invaden a la sociedad lo cual genera una gran demanda por parte de las personas que, sin un conocimiento previo, optan por esta salida.

El presente Trabajo Integrador Final tiene por objetivo general, forjar una toma de conciencia en el estudiante que esté iniciando su camino por la Psicología y/o carreras afines y en el lector común sobre las causas y los efectos del consumo de pastillas.

Para ello, como objetivo específico, se brindará información acerca de estos productos del mercado actual ya sean legales o ilegales, especialmente los antidepresivos y los ansiolíticos, su consumo y cómo afecta a la persona en general.

Conceptualizando el concepto de Posmodernidad

“Cuando la cantidad de culturas relativiza los valores, y la ‘globalización’ aplasta con su poder y les impone una uniformidad arrogante, el ser humano, en su desconcierto, pierde el sentido de los valores y de sí mismo y ya no sabe en quién o en qué creer”.

E. SÁBATO (2000, p. 30).

Durante los últimos tiempos asistimos a un profundo cambio y aceleración de nuestra cotidianeidad, cuyo principal agente, es el denominado Sistema Capitalista marcado por la globalización. No se trata de aquel que los historiadores ubican junto a la Revolución Industrial en Inglaterra, caracterizado por el uso de técnicas disciplinarias con el objetivo de la sumisión de los trabajadores a las normas para seguir produciendo y reproduciendo la diferencia de clases: obrera y capitalista, de las cuales, la primera estaba sometida a la explotación de la segunda, sino que hablamos, transición de por medio, de un Capitalismo globalizado y posindustrial. La autora Sibila (2013) sostiene que en este último: “Las transformaciones se propagan aceleradamente y, al parecer en esa metamorfosis, el capitalismo se fortalece” (p. 21).

Esta aceleración del ritmo cotidiano marca el paso hacia un presente posmoderno. El concepto de Posmodernidad es una categoría escasamente utilizada a diferencia del concepto de Modernidad, periodo que tuvo como propósito centrar la razón en un Sujeto

de la conciencia puesto al dominio y al cálculo racional como ejercicio primario de la existencia; en palabras de Follari (2006): “Se trata de la subjetividad racionalista que pretende el conocimiento del mundo a fines de dominarlo” (p. 43).

La característica principal de la Subjetividad Posmoderna, la podemos extraer del mismo autor:

“Se está refiriendo a las condiciones culturales que se han dado a nivel planetario en las últimas décadas, caracterizadas por la producción de una nueva modalidad de subjetividad. Esta subjetividad es oscilante, variable, sin centro fijo ni continuidad de sentido y convicciones” (Follari, 2006, p. 38).

El autor continúa remarcando las características de la categoría de Sujeto como centrado en sí mismo, distanciado del compromiso con lo colectivo, naciendo en él una regresión a los intereses más próximos e inmediatos.

Una segunda característica de la Posmodernidad alude al término *Discurso del Capitalismo*. ¿Qué decimos cuando decimos *Discurso*? Lacan, cada vez que emplea este término se refiere a un lazo social basado en el lenguaje. Dicho concepto es introducido en el seminario XVII, presentándolo como una perversión del Discurso del Amo, propio de la modernidad. Alude a un cambio en los lazos sociales, donde hay una renegación de la castración. Y como en toda perversión se rechaza la posibilidad del lazo amoroso. Triunfa el consumo que colma con objetos nuestra falta estructural. Por otro lado, Lacan va a echar luz sobre la función superyoica en la posmodernidad. El Superyó ya no actúa como garante de la prohibición, sino que nos arroja al goce pulsional. Condena al Yo a buscar un perpetuo y continuo progreso socio-económico. Nos arroja hacia las máximas libertades exigiéndonos gozar locamente a cada momento. En este sentido existe una *presión-de* este Superyó que empuja al Yo a la frustración por no poder estar a la altura de estas exigencias, es que los mandatos superyoicos son imposibles de cumplir.

Otra característica de la Posmodernidad es la caída de los ideales. Gerard Pommier (2002) señala que “el hombre ya no se entusiasma por un futuro que canta, prometido para antes o para después de la muerte. La esperanza de una realización del ser humano se difumina” (p. 09). Cada hombre vive como si fuera el último. La muerte pierde sentido, la vida se vuelve absurda.

En base a lo dicho anteriormente, se deja en claro que el Sujeto está inserto en una cultura marcada por un Superyo intolerante, feroz, obsceno, que no señala otro camino más que el del éxito y el progreso y que empuja a la frustración y al fracaso, sin perdonar la caída. Así caracterizó Freud en *El Malestar de la Cultura*, al Superyo propio de cada época cultural. Esboza que éste “plantea severas exigencias ideales cuyo incumplimiento es castigado mediante una ‘angustia de la conciencia moral’” (Freud, 1994, p. 137). Asimismo deambulan las personas, buscando su propia felicidad y alejándose del sufrimiento, en una sociedad donde las nuevas tecnologías, las modas, las adicciones, etc. invaden a cada momento debido a la publicidad que ofrece el Mercado propio y característico de dicha sociedad. Este Mercado posmoderno, aprisiona al hombre en un sistema que lo deshumaniza y, cuando este padece algún sufrimiento, le ofrece una salida por la vía de los Psicofármacos.

Debido a eso, nos encontramos con distintas problemáticas referentes al campo de la salud mental, donde la psiquiatría toma partido creando nuevas entidades clínicas, amparando con nomenclaturas y tranquilizando con pastillas, teniendo como base la industria farmacéutica. Así, se niega al sujeto, se lo calla y se le quita la posibilidad de

hacerse cargo de su deseo. El Yo queda resguardado en la nueva enfermedad y se contenta con su encasillamiento.

Malestares Contemporáneos

Para comenzar con el desarrollo de este párrafo, resulta necesario responder ¿Qué se entiende por Malestar Contemporáneo? Sabemos que cada época cuenta con un discurso cultural que la predomina imponiendo una cosmovisión en un momento histórico dado. Según Lamovsky (2002): "Este favorece ciertas formas de subjetividad, propone modelos identificatorios y otorga un abanico de ideales ilimitados que prestan semblante fálico a la imagen de sí" (p. 01).

Siguiendo a la autora antes mencionada, nuestra cultura posmoderna:

"Requiere del ser humano la disolución de subjetividad con la consecuente desorientación del deseo y la causa que lo guía. Por sobre la ética del deseo prevalece una engañosa propuesta de goce irrefrenable y desmedido. Promesa de goce que se obtiene por apropiación o por posesión de variados objetos" (Lamovsky, 2002, p. 02).

Es necesario recordar que la subjetividad tiene su base en el deseo, que sin este, "el sujeto se desintegra en los goces arrasadores de sus objetos" (Lamovsky, 2002). Esta subjetividad se ve debilitada por el Discurso del Capitalista, el cual al entrar al seno familiar, distorsiona el orden vigente, debilita las relaciones de alianza y con ella el lugar paterno. En fin, se dificulta la producción de lazo social dando lugar a un desamparo simbólico, este "está relacionado con un exceso de oferta que no permite formular la demanda" (Lamovsky, 2002). Consecuencia de este desamparo son las denominadas patologías de época caracterizados por la emergencia de fenómenos de angustia extrema, adicciones, trastornos en la alimentación entre otros.

Entonces, se entiende por Malestar Contemporáneo aquellos rasgos de la sociedad que la gente experimenta como pérdida o declive a medida que se desarrolla la civilización. Lo que se percibe en el presente es un aminoramiento o merma del lazo social formando individualidades, dando lugar a diversas patologías y promoviendo el bienestar en la acumulación u obtención de objetos. Tales malestares se diferencian de los clásicos síntomas de la época freudiana debido a su falta de mecanismo psíquico.

"Se trata de síntomas particulares, ligados a cantidades de energía no ligadas, sin tramitación psíquica, que producen efectos muchas veces devastadores, cuyo único elemento parece ser el pulsional y por ello se vuelven tóxicos. El elemento somático sin la envoltura representacional aparece como algo que intoxica" (Arca, Mazzoni, Naparstek, Bousoño, 2014, p. 18)

Por otro lado, las patologías propias de la época freudiana se caracterizaban por tener un alto contenido psíquico en donde dos fuerzas opuestas daban lugar a una formación de compromiso manifestándose en pensamientos o en alguna parte del cuerpo e incapacitando al sujeto a realizar ciertas actividades.

En este contexto, las personas experimentan ciertas exigencias y necesidades propias e impuestas por la cultura; dicho de otra manera, en palabras de Brandolín (2013): "el mundo no está hecho a la medida de nuestras necesidades [...] este estado de cosas implica que, para algunas necesidades que expresemos recibiremos satisfacción y apoyo, mientras que para otras no recibiremos más que frustración" (p.04). Las personas que crecen y se desenvuelven en contextos con un alto grado de rigidez y frustración, entre

otras condiciones, tienen una capacidad de respuesta a las exigencias mermada y por ende, visualizarán el mundo como un ambiente hostil, inseguro y peligroso. De este modo, se darán las condiciones para el desarrollo y avance de diversas patologías y sufrimientos (Brandolín, 2013). A continuación se dará información sobre tres malestares que se escuchan comúnmente en los medios; ellos son el estrés, la depresión y trastornos de ansiedad.

Desde una mirada biologicista, las palabras del profesor Milanese (1996) destacan:

“El estado normal de una persona que vive en una gran ciudad, es el de un organismo sometido al stress o sobrepresión, por lo cual se siente en un estado de permanente amenaza a su integridad psicofísica y naturalmente se defiende con una reacción automática, que es la de prepararse para la lucha o huida, es decir sintonizar su organismo con un estado fisiológico que acompaña y complementa el estado de alerta total, proceso que se lleva a cabo a través del sistema neuroendocrino, por intermedio de lo que se llama el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, que al ser estimulado por vía de las emociones, produce secreciones hormonales, glucocorticoides, mineralcorticoides y otras sustancias como adrenalina, que tienen efectos directos sobre los sistemas nervioso, hormonal e inmunológico y obviamente psíquico”(p.08).

Es de suma importancia dar un breve paso por el término Emoción para poder comprender el Estrés. Las emociones son respuestas producidas por nuestro cuerpo frente a diferentes situaciones. Hay distintos autores que aportan su teoría en base a la causa de la emoción.

James afirmaba que la percepción de ciertos acontecimientos produce cambios a nivel corporal y son estos los que se sienten como emociones. Para tal autor, la base de la emoción radica en la percepción de las sensaciones fisiológicas. Distinta es la mirada de Cannon, para quien la emoción supone un aumento de la vigilancia y preparación para la acción. La experiencia emocional y la activación fisiológica son simultáneas y no se producen una detrás de la otra como explicaba James (Ballesteros, 1996, p. 344). Se puede agregar un tercer autor, Carlson (2006) que define así a las emociones:

“Consisten en respuestas comportamentales, neurovegetativas y endocrinas. Estos dos últimos componentes, las respuestas neurovegetativas y las endocrinas, son los que pueden tener efectos perjudiciales para la salud. Puesto que las situaciones amenazantes generalmente requieren una actividad enérgica, las respuestas neurovegetativas y endocrinas asociadas son catabólicas, es decir: ayudan a movilizar las reservas energéticas del organismo” (p. 623).

Según la profesora Tuccio (2008), estos estados emocionales pueden ser persistentes o crónicos y en base a sus características y signos van acompañados de respuestas fisiológicas determinadas, constituyendo un importante factor en la génesis de una amplia gama de trastornos, ya sean psicológicos u orgánicos. Acá entra en juego el estrés porque si bien, es un importante proceso adaptativo a una situación difícil que permite la movilización de suficiente energía, se debe evitar su persistencia y su cronificación. Dicho de otra manera, una respuesta emocional que se vuelve intensa, constante y repetitiva, a causa de cierto suceso, lleva al organismo a producir un exceso de hormonas causantes de estrés, la rama simpática del sistema nervioso neurovegetativo se activa y las glándulas suprarrenales segregan adrenalina, noradrenalina y hormonas esteroides. La continua producción y segregación de tales hormonas tienen efectos perjudiciales a largo plazo llevando a un déficit en el funcionamiento del sistema inmune. Es importante destacar que el estrés no debe confundirse con la emoción aunque esté relacionado con la misma.

Selye, pionero en las investigaciones sobre el estrés, lo definió en 1936 como la reacción inespecífica del organismo ante cualquier requerimiento y/o exigencia (interna o externa) que sufre con prescindencia de todas las reacciones específicas. En otras palabras, alude al conjunto de cambios que se producen en la intimidad de ciertos órganos, tejidos y en el medio interno, y que acompaña a las reacciones específicas que permite al organismo la adaptación a los cambios (Pasqualini, 1977 p. 06).

En este sentido, el autor detalló el Síndrome General de Adaptación como un conjunto de manifestaciones concretas y objetivadas del estrés. Es un síndrome debido a que las reacciones que lo componen son coordinadas, afecta al organismo en su totalidad y permite adaptarse y adquirir resistencia para soportar el estrés. Se desarrolla en tres fases:

1) Reacción de Alarma: el organismo experimenta una serie de cambios que oscilan entre ser exitosos y favorecer una adaptación activa frente a un suceso o el shock caracterizado como la reacción de alarma más intensa.

2) Fase de Resistencia: los cambios fisiológicos de la primera fase se mantienen y van en aumento. Se intensifica la actividad de las glándulas que secretan glucocorticoides y mineral-corticoides a la sangre respondiendo a un mecanismo de feedback positivo.

3) Fase de Agotamiento: continúan los cambios similares al de la fase inicial, pero al persistir el estrés, se obtienen resultados irreversibles capaces de conducir a diversas enfermedades y la muerte.

Junto con el Síndrome General de Adaptación, Selye describió dos tipos de estrés:

- El primero denominado *Estrés Fisiológico*, está ligado a los procesos homeostáticos, a la salud del sujeto, a la tensión necesaria para poder vivir; no es sinónimo de daño sino un cierto monto de estrés útil para llevar a cabo las actividades diarias.
- El segundo tipo es designado *Estrés Patológico*. Hace referencia a un equilibrio dinámico pero patológico al que llamó *alostasis* y vinculó a las enfermedades de adaptación.

Los desvíos del síndrome general de adaptación pueden alterar la homeostasis normal de un sistema u organismo en forma duradera, pasando a ser regulada de un modo patológico. A esta sustitución de una homeóstasis normal por una patológica se la denomina *Alostasis*. El sujeto que padece un estrés patológico no ha podido resolver una situación a través de la acción, no logró un ajuste homeostático dentro de los parámetros de un nivel normal.

Dentro de nuestra sociedad, el rendimiento y la efectividad son cualidades muy apreciadas y buscadas. Toda persona que no pueda cumplir con estas referencias es relegada en cierto modo y diversos grados, manifestando un profundo sentimiento de exclusión que luego lleva a diversos síntomas, de ahí surge un malestar de gran repercusión denominado Depresión (Naranjo, 2016). La misma es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una de las enfermedades más graves de nuestra época que incluye un abanico de sufrimientos, desde una simple tristeza hasta una profunda melancolía (Bertholet, 2006).

El término depresión toma estatuto de síndrome clínico a partir de 1905 promovido por el psiquiatra Meyer, contemporáneo de Freud y Kraepelin, con el fin de sustituir al concepto de melancolía, predominante hasta ese momento.

A través del tiempo fue adquiriendo múltiples abordajes desde diferentes perspectivas, trabajos e investigaciones realizados.

Desde el psicoanálisis, vemos en Freud y Lacan ciertas referencias que marcan la clínica de las depresiones. Según el profesor Bertholet (2006) “tanto uno como otro ponen en juego la relación del sujeto con el goce” (p. 03).

El citado autor continúa expresando (Bertholet, 2006, p. 03):

“En Freud, es el abordaje que hace del trabajo de duelo en Duelo y Melancolía lo que nos permite captar cual es la renuncia que se manifiesta en la depresión y entonces, lo debemos articular y diferenciar de otros estados dolorosos: la inhibición, la angustia, el duelo. Por su parte, Jacques Lacan en Televisión nos brinda su definición de la depresión como cobardía moral, una falla en el bien-decir para reconocerse en la estructura, si se trata de una neurosis, mientras que en la psicosis se trata de un rechazo del inconciente”.

Es decir, que desde la mirada de Lacan (1977) la depresión es “una cobardía moral, que no cae en última instancia más que del pensamiento, o sea del deber de bien decir o de reconocerse en el inconciente, en la estructura” (p. 107). Cobardía que lleva a la tristeza del sujeto por el hecho de no reconocerse en su inconciente, por las dificultades y conflictos en la elaboración simbólica y por la existencia de una traición que el sujeto hace consigo mismo y a su propio deseo. Éste queda bajo un disfraz, oculto, escondido. En fin, la depresión no es sino un modo de gozar. Es entendida como un goce y no como una formación del inconciente. Pero ¿Qué hay tras ese goce? ¿Qué es lo que esconde el goce de la depresión? Gallano propone:

“Lo que se esconde en las delicias de la depresión es la voluntad de ser sin saber de la falta, dicho en otros términos, la voluntad de ser sin pasar por la castración que agujerea al Otro y que está inscrita en el saber del inconciente. No consentir a la pérdida que da entrada al sujeto en el campo del deseo que es el campo del Otro, se paga en un retorno de la pérdida como separación de la Demanda del Otro. (...) La tristeza dura mientras el sujeto se queda en el eterno instante de la pérdida, sin consentir entrar en el tiempo del saber en el que el inconciente ofrece el cauce del deseo” (Gallano, 1997, pág. 153-154).

Para el psicoanálisis, la Depresión no es un concepto fundamental, pero es un significante con el que se presentan muchos pacientes hoy en día identificando a su ser y a su malestar, por ende, el diagnóstico que interesa al analista es el de estructura, tal como lo constituyeron Freud y Lacan: neurosis, psicosis y perversión, ya que nos indican el modo en que el sujeto tramitó la castración: represión, forclusion y denegación. La depresión puede darse en cualquiera de las tres estructuras, especialmente en la neurosis y en la psicosis. Es de suma importancia ver el papel que desempeña la depresión en el sujeto, ya que puede cumplir una función de suplencia en una psicosis o ser la única respuesta posible frente a la angustia o al trauma en una neurosis (Bertholet, 2006). Otro punto crítico en el tratamiento de la depresión es poder distinguir sus rasgos estructurales, es decir, aquellas características que, articuladas entre sí, conforman toda depresión. Ellas

son: un desdoblamiento simbólico, una disminución del brillo narcisista y la pérdida del goce fálico.

Desde la mirada de las Terapias Cognitivas Comportamentales, se toma como referente a Beck, quien comenzó realizando investigaciones con el fin de desarrollar una forma breve de psicoterapia dirigida a mitigar esa psicopatología focal, siempre dentro del ámbito del psicoanálisis. Los resultados obtenidos llevaron a Beck a poner en tela de juicio toda la teoría psicoanalítica y a desprenderse de la misma.

Se centró en las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias y observó que adoptaban una descripción negativa de sí mismos y sus experiencias en la vida. Este tipo de visiones eran formas distorsionadas de interpretar la realidad. Sus posteriores investigaciones aprobaron la idea de que

“El paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa. Encontramos que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, que quedaba expresada dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas” (Beck, 2005 p. 09).

Con sus investigaciones, postula el Modelo Cognitivo de la Depresión que engloba tres conceptos fundamentales para explicar el sustrato psicológico:

1) Triada Cognitiva que consiste en tres patrones cognitivos que llevan al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de modo idiosincrático. Ellos son: A- Visión negativa de sí mismo en la cual el paciente se ve enfermo, torpe, sin valor y que atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo y, por ende, se ve inútil. B- Visión negativa del entorno en la cual percibe sus relaciones con el entorno en términos de derrota o frustración. C- Visión negativa del futuro en la que la persona depresiva, al realizar proyectos de gran alcance, anticipa que sus sufrimientos y dificultades actuales continuaran por tiempo indefinido. Espera penas, frustraciones y privaciones.

2) Los Esquemas, que son estructuras de procesamiento de la información que toman partido en la generación y adscripción de significado, permitiendo construir de esta manera un enfoque estable de sí mismo y del mundo. Se pueden conceptualizar como principios organizativos cuyo fin es otorgar sentido a las experiencias vitales y que se van desarrollando desde el nacimiento.

3) Errores Cognitivos caracterizados como errores en el procesamiento de la información y que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos. Algunos de ellos son la inferencia arbitraria que refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de una evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión, la generalización excesiva que refiere al proceso de confeccionar una regla general o una conclusión a partir de uno o varias situaciones aisladas y la personalización que refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una relación entre uno y otro.

Desde la clínica psiquiátrica se puede añadir un tercer punto de vista de la depresión tomando como principal autor a Ey, quien la caracteriza como un síntoma, un síndrome y una entidad nosológica cuyo elemento semiológico fundamental es el *descenso del humor* al cual agrega dos características más que son la *inhibición* y el *dolor moral*. El autor se ocupa de precisar que no es posible reducir el síndrome a una naturaleza fisiológica.

Por otro lado, en la psiquiatría actual se apunta cada vez más a situar en los neurotransmisores sinápticos y en los genes del ADN la causalidad de los diversos trastornos; debido a esto son descritas como perturbaciones que cuentan con hipótesis neuroquímicas, es decir, anomalías en la neurotransmisión. Y así, encontramos una definición de la depresión en palabras del profesor Milanese (2007): “es un estado de pesadez y lentitud en el procesamiento psicológico, con tendencia a la quietud e inmovilidad, ánimo triste e inhibición de los instintos vitales” (p. 02). Cabe destacar que la depresión cuenta con formas clínicas etiológicas que marcan y/o dan indicios de su origen (Milanese, 2007).

Depresión Reactiva: surge como respuesta a situaciones y acontecimientos de pérdidas subjetivamente importantes ya sean materiales o emocionales que suelen suceder al común de las personas, a esto debe su nombre. El Yo retira la poca energía del mundo externo, del mundo circundante y la deposita sobre sí mismo con el fin de auto-repararse. Durante este periodo surgen, en la persona afectada, culpas, temores y conflictos interiores que se manifiestan mediante un estado de inhibición general, desasosiego y tristeza.

Esta depresión, por lo general, se caracteriza por desaparecer sola, no necesita de una medicación sino de un proceso natural de elaboración de pérdida. En caso contrario puede seguir el camino de la cronificación, por lo que se vuelve necesaria la intervención profesional.

Depresión Endógena: Las personas perturbadas por este tipo de depresión inician crisis que no tienen relación con sucesos de la vida emocional ni conflictos intrapsíquicos. Los afectados sienten una profunda tristeza y no saben por qué, no logran determinar su origen ni tomar conciencia de ello. Es algo que les ocurre, que sienten como externo y ajeno pero, en realidad, proviene del interior. Este tipo de depresión se la considera Melancolía o Depresión Mayor según los estándares del DSM VI y puede presentarse sola, sin pasar por otros niveles de depresión. La persona afectada de melancolía vivencia su existencia y su entorno como triste, miserable, catastrófico, sin esperanzas. Y en algunos casos suele aparecer el suicidio ya que, este profundo malestar encuentra solución en la muerte. Se han realizado numerosas investigaciones acerca de los mecanismos biológicos que darían origen a estos cuadros endógenamente generados. Algunas de estas hipótesis son de tipo hormonal, otras de índole genético y otras apelan al papel de los neurotransmisores. Si bien, ninguna de ellas ha sido comprobada en la totalidad de los casos, la hipótesis neuroquímica ha permitido tratarlas con psicofármacos. Esta hipótesis plantea que hay un déficit en el metabolismo de las sustancias implicadas en el mantenimiento del estado anímico y del humor las cuales son, la serotonina (5HT) y la noradrenalina (NA) que son neurotransmisores.

Un tercer malestar que invade nuestro presente son las crisis o estados de Ansiedad. Debido a que es un concepto cotidiano, muy escuchado y mencionado, las personas suelen definir erróneamente al término otorgándole mala prensa, por eso se hace necesario interrogarse ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es una reacción emocional propia de todos los seres vivos, que permite mantenerse activo, fuerte y que tiene el fin de preservar la especie humana; es útil y bueno para la supervivencia de las especies, por lo que trae consigo una tendencia a la acción.

El psicólogo Ellis (2010) muestra un posible origen de la ansiedad:

“Surge cuando usted desea algo y ve que es posible que no lo obtenga, o cuando no lo desea y se da cuenta de que corre el peligro de tener que pasar por ello. Si realmente no tuviera usted ningún tipo de preferencias o deseos, sería indiferente a casi cualquier cosa que le pudiera ocurrir y, por tanto, no tendría ansiedad” (p. 28).

El mismo autor, alerta acerca de distintos tipos y niveles de ansiedad, algunos de ellos muy dañinos y autodestructivos. Se pueden hallar dos tipos de ansiedad:

La *Ansiedad Sana*, sinónimo de inquietud, vigilancia o precaución, cuyo fin es preservar la vida, otorga el control de las emociones, ayuda a manejar situaciones arduas de manera eficiente. Este tipo de ansiedad está relacionada con miedos realistas o racionales, por ejemplo el temor a un posible robo luego de una salida nocturna. Son miedos a sucesos con mayor posibilidad de que ocurran.

Sin embargo, la ansiedad suele ser a menudo *Malsana*, perjudicial para las necesidades básicas. Lleva a perder el control, tomando forma de pánico, horror, fobias, estados de shock, y todo tipo de reacciones físicas y psíquicas. Este tipo de ansiedad se relaciona con los miedos irracionales, por ejemplo subir a un ascensor y tener la sensación de que faltara el aire y ahogarse. Son miedos irracionales porque es poco probable que sucedan.

¿Cómo es posible que suceda esto? Según Ellis (2010) “porque la ansiedad autoprotectora se vuelve hiperprotectora y, por tanto, autodestructiva” (p. 34) Para explicar este fenómeno se halla una razón de tipo evolutivo. En términos generales, la ansiedad se edificó y formó parte de nuestras emociones y acciones hace miles de años. Por ese entonces, la vida en la Tierra era extremadamente peligrosa. El hombre es débil en comparación con otros animales, por lo tanto, resulta más fácil herirlo. En esos tiempos, había que estar muy preparado para la lucha o huida con el fin de sobrevivir. Debido a eso, a los primeros hombres se les otorgó precaución, inquietud y ansiedad extrema, la cual los debió proteger de los animales.

Hoy en día, el hombre no precisa de ese monto elevado de ansiedad pero corre la posibilidad de que siga instaurado en el organismo. Por eso, además de reaccionar con precaución e inquietud a peligros reales, llegamos a experimentar pánico, fobia y ansiedad ante miedos irreales. (Ellis. 2010).

Desde la perspectiva psicoanalítica, hay un problema terminológico desde el inicio. Freud utilizó el término alemán *Angst* que literalmente significa *miedo*.

“El concepto de *Angst* tradicionalmente se ha traducido al castellano por ansiedad, siguiendo la vertiente de la traducción inglesa anxiety, o por angustia, de acuerdo con la tendencia francesa que utiliza angoisse. Siguiendo esta lógica, en términos muy amplios, tanto angustia como ansiedad serían alternativas válidas de traducción para “*Angst*”, y podrían utilizarse como sinónimos.”(Etchebarne, Gómez Penedo, Juan y Roussos, 2010, p. 200).

La concepción freudiana de Ansiedad se puede rastrear desde los primeros escritos donde postulaba una tesis sobre la ansiedad que diferenciaba dos conjuntos nosográficos: por un lado ubica a las Psiconeurosis de Defensa en las cuales, la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico, un desplazamiento del afecto que se manifestaba en síntomas psiconeuroticos, y por otro lado, sitúa a las Neurosis Actuales (que incluyen a las neurosis de ansiedad) en las que la ansiedad se correspondía con una falta de procesamiento psíquico de la libido, expresándose en forma más o menos automática

como descarga somática y/o como una actitud psicológica de ansiedad libremente flotante.

Con el historial del pequeño Hans, Freud complejizó esta teoría de la ansiedad como efecto tóxico y su vínculo con los dinamismos intrapsíquicos de la neurosis. Teoriza sobre el surgimiento de dicho afecto como resultado de la represión. La ansiedad presente en las perturbaciones neuróticas resulta de la represión de mociones libidinales. Esta primera teoría sobre la ansiedad permite a Freud conceptualizarla como aquel afecto displacentero que surge como resultado de fallas en la descarga y procesamiento afectivos, relacionadas con tensiones presentes acumuladas o con mociones infantiles que se encuentran bajo represión.

Ya para mediados de 1926, Freud modifica sus perspectivas sobre la ansiedad planteando que el proceso represivo es consecuencia y no causa de la aparición del afecto en el Yo. Dicha instancia, frente a la señal de ansiedad pone en marcha los procesos defensivos. Así, quedan establecidas dos vertientes posibles para la ansiedad: la *ansiedad señal*, anticipatoria utilizada por el Yo para defenderse de conflictos internos y exigencias de la realidad, también llamada angustia de castración, y la *ansiedad automática* que sobrepasa la cualidad de señal invadiendo al aparato psíquico paralizándolo al Yo. (Etchebarne, Gómez Penedo, Juan y Roussos, 2010).

Volviendo a los primeros escritos freudianos, se caracteriza a las Neurosis Actuales como aquellas que no son formaciones del inconsciente ya que no poseen mecanismo psíquico, en la cual se ubicaría a la ansiedad, siguiendo el camino de la traducción de *angst* en la que angustia equivaldría a ansiedad. Freud extrae de la Neurastenia un determinado conjunto de síntomas que denominó "Neurosis de Angustia". En *Sobre la justificación de separar de la Neurastenia un determinado síndrome en calidad de Neurosis de Angustia*, Freud define a la Neurosis de Angustia como un complejo de síntomas en la que todos sus componentes giran o se pueden agrupar alrededor del síntoma principal que es la angustia, la misma se observa aislada o combinada con otra neurosis y se presenta en personas jóvenes y adultas (Freud, 1895). Algunos de los síntomas que Freud señala son: irritabilidad general, expectativa angustiada, vértigo, pavor nocturno entre otras. Y aclara que su etiología no se debe buscar en lo psíquico, no es una formación del inconsciente sino que parte de frustraciones y/o perturbaciones en la vida sexual y que influyen en el sistema nervioso (Freud, 1895).

Una industria que crece progresivamente: La Psicofarmacología y los Psicofármacos

Haciendo un recorrido por la historia, se observa cómo en los últimos 50 años aproximadamente, el uso de los capitales farmacológicos para el tratamiento de las diversas alteraciones y/o perturbaciones se ha expandido a tal punto de ser, hoy en día, la primera medida terapéutica que se utiliza. Según estudios y estadísticas realizadas por el Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (SAFYB) y publicados en un informe del Diario La Nación del 2017, a partir del año 2012, cerca del 20% de la población, un poco más de 8 millones de personas, consumen o consumieron alguna vez psicofármacos de manera regular y sin prescripción médica para tratar problemáticas como ansiedad, insomnio, nerviosismo, depresión y estrés. Los profesionales citados en dicho diario caracterizaron a la población argentina como una "sociedad tensa", que atraviesa un clima de violencia y que tiende a la resolución rápida de los conflictos. Esta realidad influye en nuestras emociones (Costa, 2017). A esto debemos sumar el interés económico que caracteriza a la sociedad argentina de hoy, cuyo fin no es más que el afán de lucro. Las empresas ven en los medicamentos un negocio redondo, por ende, recurren a los

avances tecnológicos y científicos, quienes en conjunto con la publicidad, auspician y aprueban diversas investigaciones para luego insertar su producto en el mercado, volviendo difícil la tarea de poder diferenciar lo que es una afirmación científica de lo que es una publicidad de venta y forjando un consumo que ciertas veces no es necesario ni conveniente y que no alerta acerca de los efectos secundarios. (Milanese, 2007)

Hoy en día, la psiquiatría se impone como paradigma hegemónico que tiene como base sólida la producción masiva de medicamentos y otorga una firme plataforma que sirve como argumento para la producción masiva de medicamentos. El entorno que da lugar al Psicofármaco es la Psicofarmacología entendida como:

“Una rama de la terapéutica medica que se ocupa del estudio y desarrollo de fórmulas bioquímicas preferentemente sintéticas que permitan la fabricación de productos cuya finalidad es intervenir en los procesos nerviosos de las personas para modificar su estado afectivo, intelectual, de conciencia y la resultante de todos estos procesos, que es, desde este punto de vista, su conducta” (Milanese, 2007, p. 01-02).

Aquel actúa sobre el sistema nervioso produciendo inhibiciones o excitaciones y recibe el nombre genérico de *Psicotrópico*. Por su parte, el psicofármaco es un tipo de sustancia psicotrópica, es decir que actúa sobre las sinapsis nerviosas produciendo inhibiciones o excitaciones y, en consecuencia, se clasifica a estas sustancias de la siguiente manera:

- Psicolépticos: su efecto es siempre depresor del SN, inhibe disminuyendo la sensibilidad, intensidad y velocidad de los impulsos nerviosos, actuando sobre los neurotransmisores que intervienen en ellos. Ejemplos: ansiolíticos, anticonvulsivos, hipnóticos, entre otros.
- Psicoanalépticos: su efecto y/o función es excitar al SN, intensifican y aumentan la sensibilidad, velocidad y actividad de las funciones nerviosas. Ejemplos: antidepresivos, estimulantes, entre otros.

Un ejemplo de la primera clasificación son los Ansiolíticos. En ellos encontramos a las *Benzodiazepinas* que producen una inhibición cerebral ante diversas situaciones como estrés, ansiedad e insomnio y a los *Barbitúricos* que se caracteriza por ser sedantes o hipnóticos dejando a la persona en plena relajación o sueño profundo. Por otro lado tenemos los Antidepresivos que se utilizan para los padecimientos más graves del estado de ánimo idealmente aunque, no todas las aflicciones y padecimientos humanos van a requerir de este medicamento. Ejemplos de antidepresivos son los *Tricíclicos* que aumentan los niveles de serotonina, los *Imao* (Inhibidores de la mono-amino oxidasa) que inhiben la enzima que degrada a algunos neurotransmisores como la serotonina, la dopamina, etc. Los fármacos anteriormente nombrados tienen un uso legal por parte del ámbito de la psiquiatría generalmente. Su uso debe estar bien diagnosticado y certificado por los profesionales en psiquiatría. En caso contrario, estos agentes son potencialmente letales en sobredosis agudas causando una morbilidad de suma importancia. Inclusive con un uso clínico meticuloso y con dosis adecuadas, se deben evitar negligencias. (Goodman y Gilman, 1991).

Hay una tercera clase de psicotrópicos denominados Psicodislépticos que distorsionan al sistema nervioso creando respuestas no incluidas en la fisiología natural como ilusiones, alucinaciones y pseudoalucinaciones; debido a eso también se las denomina alucinógenos y no tienen ninguna función terapéutica reconocida. (Milanese, 1996) La psicofarmacología solo se encarga de los psicolépticos y psicoanalépticos.

Por otra parte, también hubo un desarrollo en materia de salud mental diferente de la oferta de los fármacos llevada a cabo por distintas disciplinas terapéuticas que, según Galende (2008):

“Se sostiene en una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria, la dimensión conflictiva de toda existencia humana y propone al sujeto una comprensión conjunta del malestar psíquico, esto es su participación en el proceso de atención” (p.09).

Esto diferencia a las diversas posturas psicoterapéuticas de la psiquiatría positivista quien considera al trastorno *psi* como una enfermedad ignorando el conflicto que manifiesta el síntoma y se propone suprimirlo a través del medicamento (Galende, 2008).

Para el conjunto de las psicoterapias, se pensó el síntoma en todas las vicisitudes de la vida del hombre, su entorno, cultura y relación con el otro. Dentro de este plano social van a surgir necesidades y deseos contradictorios y conflictivos que llevan al hombre a enfermar debido a no poder reconocerlos y enfrentarlos. Según Freud, el conflicto indica las fuerzas psíquicas que se juegan en el devenir del sujeto y al esclarecer este juego, surge la posibilidad de comprensión de los síntomas propios de la neurosis. No se trata de anular el conflicto o resolverlo, sino de dejarlo o hacerlo hablar, para que al escucharlo se restituya la dimensión del sujeto implicada en su existencia. Desde la perspectiva de las psicoterapias, se interviene con el fin de abrir las dimensiones del conflicto, reconocer sus fuerzas, dejar que se exprese en palabras o en el cuerpo para que el hombre pueda trabajar sus síntomas, asumir sus deseos y encontrar sentido a su existir. (Galende, 2008)

A partir la postura de Galende (2008) se entiende que el psicofármaco actúa en sentido contrario, aliviando y silenciando los afectos que acompañan al síntoma y expresan el malestar del sujeto, entre ellos podemos encontrar angustia, ansiedad, insomnio, tristeza, obsesión, etc., además de optar por una permanencia indefinible del conflicto que impide al sujeto actuar con conciencia. Para el común de las personas, la oferta del medicamento resulta tentadora ya que procura una rápida solución y/o salida a los malestares subjetivos y atribuye su presencia a causas ajenas al sujeto, exteriores a él, desubjetivando el conflicto y eximiendo a todo hombre de cualquier responsabilidad al momento de tratarlo. El consumo de psicofármacos así como de las drogas ilícitas está vinculado al anhelo de perturbar la conciencia y sus emociones e interrumpir el pensamiento. En fin, es poder enajenarse de uno mismo descartando los afectos, llevando a la desubjetivación, eliminando, no de raíz, el malestar que porta todo sujeto. A esto, él lo denomina *la ilusión de no ser*.

El autor deja en claro que su mirada no hace referencia a la prescripción de medicamentos sino que considera que la atención en el campo *psi* debe ser asistida por medios psicológicos y porque el marco legal que rodea el uso de psicofármacos no habilita a los psicólogos para tal fin pero conviene tener un conocimiento profundo sobre el tema ya que, en ciertos casos, varios pacientes habrán sido derivados por psiquiatras bajo los efectos del medicamento. Es necesario agregar que:

“No se trata de oponerse al uso de psicofármacos que tan importantes son y han sido en la disminución de padecimientos de las personas con trastornos mentales, sino de acotar y encuadrar su uso racionalmente, relativizando la importancia que tienen y limitando estrictamente su prescripción a los únicos habilitados por su formación, los psiquiatras.” (Milanese, 2007, p. 04).

Efectos Adversos y Efecto Placebo. Uso y Abuso de Fármacos

No cabe duda que el empleo de fármacos en el tratamiento de diferentes trastornos dio un buen resultado al momento de su utilización, pero es preciso destacar que, más allá de la prescripción médica, las personas suelen optar por estos medicamentos sin antes hacer una consulta al profesional, y ante una mejora de su salud, ahorran esa *visita* yendo directamente a lo rápido, a la solución urgente, en definitiva al consumo; produciendo así un abuso de tal sustancia que en casos más graves termina en dependencia excesiva y, como afirma Beck (2005), impidiendo la utilización de parte del paciente de sus propios métodos psicológicos para afrontar sus problemas atribuyendo los mismos a un desequilibrio químico y la mejoría a los efectos farmacológicos.

Esto se debe a que los fármacos se caracterizan por tener propiedades reforzadoras: tienen la capacidad de generar dependencia y ser objeto de abuso. Acá se obtienen dos términos de suma importancia que están relacionados estrechamente: Abuso y Dependencia.

La expresión *Abuso* se utiliza con dos significados. Por un lado, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en el manual DSM IV considera el abuso como un patrón de consumo de sustancias que no llega a reunir los criterios de dependencia y que se expresa por consecuencias adversas significativas relacionadas con el consumo repetido de sustancias; es un diagnóstico no tan grave como el de dependencia. Por otro lado, dicha expresión se utiliza como juicio de valor haciendo referencia a la ingesta de drogas en cantidades y entornos que se desvían de las normas y/o pautas sociales y medicas de una cultura. El concepto trae consigo desaprobación social. (Camí y Ayesta, 2011)

El término *Dependencia* (de la sustancia) o bien, Farmacodependencia se caracteriza por ser un:

“Trastorno conductual en el cual, como resultado de los efectos biológicos de una determinada sustancia, una persona tiene disminuido el control sobre el consumo de esta sustancia [...] Lo característico de toda dependencia es la existencia de una compulsión a seguir tomando la sustancia de forma periódica o continuada. A medida que se instaura la dependencia, el consumo pasa a ser regular y el individuo fracasa reiteradamente en el intento de cesar o reducir el consumo; la conducta de autoadministración prosigue a pesar de la aparición de efectos adversos y de la disminución de los efectos placenteros, que la persona quizá perseguía experimentar en las primeras etapas” (Camí y Ayesta, 2011, p. 565).

Ahora bien, sabemos que todo medicamento provoca un Efecto Terapéutico el cual es producido por el mecanismo de acción del fármaco y por un Efecto Psicológico que ayuda al primero, llamado Efecto Placebo. ¿Qué se entiende por dicho efecto?

El Efecto Placebo es lo que sucede cuando una persona ingiere un medicamento o sustancia creyendo que le va a ayudar, aunque en realidad es algo inocuo, y de alguna forma, le produce un efecto terapéutico. El medicamento o tratamiento en sí es conocido como un *placebo*, y viene del latín *placēbō* o *complaceré*, es decir, *voy a complacer*. Dicho de otro modo, el efecto placebo “resulta de la acción psicológica y psicofisiológica inducida por el placebo. Todos los tratamientos medicamentosos, quirúrgicos o psicobiológicos, tienen un factor específico sobre los síntomas y uno secundario positivo (placebo) o negativo (nocebo)” (Goldman y López Gastón, 1999, p. 25). Este último considera la aparición de trastornos o perturbaciones de la salud, manifestados como efectos desagradables secundarios, que uno no busca ni espera, también conocidos como Efectos Adversos, los cuales surgen en contraposición a los Terapéuticos. Por

ende, cuando se administra algún medicamento hay que tener en cuenta riesgo-beneficio. (Sosso, 1997)

Los efectos adversos son varios. Se observan:

- *Efectos Tóxicos* relacionados con las dosis (todo medicamento posee una dosis terapéutica que actúa dentro de cierto margen, si se pasa este límite, por encima de la dosis terapéutica, se produce un fenómeno que se llama tóxico).
- *Efectos Idiosincráticos* referidos a la sensibilidad propia de cada paciente ante un medicamento.
- *Efectos de Supresión* relacionados con lo que sucede cuando se corta abruptamente la medicación (el paciente abandona la medicación y como consecuencia aparecen diversos síntomas).
- *Efectos Colaterales* relacionados con ciertas consecuencias no deseadas, que se obtienen al ingerir un medicamento con sus dosis justas.

Entonces se deja en claro que dentro de los Efectos Secundarios, posteriores al terapéutico, el efecto placebo tiene un tinte positivo. Esta afirmación se ve reflejada según los estudios del Dr. Walter Brown, quien ha estudiado al efecto placebo desde los años 1980 y calificó a dicho término como un agente activo y efectivo, que produce respuestas beneficiosas y que, va más allá que una simple cápsula o inyección, debido a que abarca otros aspectos como la relación médico-paciente, la voluntad del paciente durante el consumo del fármaco, etc., (Goldman y López Gastón, 1999) mientras que efectos nocebos, tóxicos, idiosincráticos, etc. son aquellos que uno no busca al consumir determinado medicamento.

Además de los Efectos Adversos, se producen otros fenómenos durante el consumo de fármacos. Estos son el desarrollo de *Tolerancia* y la aparición de un *Síndrome de Abstinencia* al cesar o disminuir el consumo.

Cuando se establece una dependencia surge un estado de adaptación psicofisiológica del organismo dando lugar a una sintomatología adversa cuando disminuye o cesa el consumo de sustancias. Esta reacción es el Síndrome de Abstinencia y consiste en la aparición de signos y síntomas opuestos a las reacciones farmacológicas de la sustancia, mientras que se considera Tolerancia a la disminución progresiva de los efectos de una sustancia a medida que se consume de manera reiterada y se caracteriza por la necesidad de ir aumentando la dosis con el objetivo de alcanzar los efectos iniciales. La tolerancia es una capacidad de adaptación del organismo a la existencia continua de un compuesto extraño. Tales efectos suelen aparecer en la mayoría de los casos puesto que todas las personas son vulnerables a tales fenómenos.

Como bien se nombró primeramente, además de su uso dentro de los parámetros limitados por la medicina, los fármacos ansiolíticos y antidepresivos generan un abuso que puede terminar en dependencia por parte de las personas. Diversas investigaciones acerca del consumo dan cuenta de ello mostrando las sustancias que están dentro de las más buscadas en el mercado.

Los informes que el diario La Nación brindó allá por el año 2003 expresan que los tranquilizantes/ansiolíticos son los más buscados, seguidos por los antidepresivos y, en

tercer lugar, los antipsicóticos junto con los hipnóticos y sedantes. En aquel entonces, el 10% de los remedios vendidos bajo receta eran drogas modificadoras de la conducta.

Como contrapartida del abuso de fármacos está la dificultad de quienes realmente los necesitan y no pueden acceder a ellos, es decir, personas que deben ingerir alguna sustancia farmacológica para un determinado tratamiento pero no la reciben mientras que, personas con facilidad al acceso y consumo, reciben tal medicamento sin necesidad de ingerirlo. Este detalle fue otorgado por Mirta Assem (2003), del área de Relaciones Internacionales de la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) quien continuó diciendo que la Automedicación y la Sobremedicación son las dos principales vertientes del abuso de psicofármacos. La primera se acentúa en las mujeres de entre 35 y 55 años, mientras que los casos de sobremedicación se registran en mayor medida entre las personas mayores. Esta situación se puede revertir con una farmacoterapia racional, con responsabilidad médica, y con una legislación más restrictiva, que regule y limite más la prescripción y venta de estos remedios ya que, cualquier médico puede hoy recetar psicofármacos cuando, lo ideal sería que sólo los psiquiatras lo hicieran.

Según datos más recientes, obtenidos durante el 2017 de la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 15 personas de cada 100 manifestaron haber consumido algún fármaco bajo tratamiento médico o bien por su cuenta. Es decir que, casi 3 millones de argentinos entre 12 a 65 años acuden a tales medicamentos para dormir, disminuir la ansiedad o tapar alguna patología. Este consumo expresó un alto crecimiento en la población urbana, lo que llamó la atención en la salud pública. Según el Observatorio Argentino de Drogas, el consumo aumenta a medida que sube la edad de los consultados.

El inicio en la ingesta sin prescripción médica (s/pm) de *tranquilizantes* ronda los 25 años y alcanza el 26,4 % entre las personas de 50 a 65 años. El informe del año 2017 reveló que las mujeres son quienes acceden con más frecuencia al consumo de ansiolíticos con un 17,6 % mientras que los varones un 12,8%. También las mujeres expresaron un mayor porcentaje en cuanto al empleo de antidepresivos.

Entre las causas principales que llevan al consumo y posteriormente abuso de fármacos se encuentran la falta de educación formal, el desempleo y la separación marital para los hombres mientras que las mujeres tienden a ingerir sobredosis de fármacos durante crisis personales.

Nuestro país no es el único afectado por esta problemática. En América Latina, Uruguay lidera el consumo. Según datos del sitio web *Subrayado* en el año 2016, las benzodiacepinas son las sustancias más buscadas luego del tabaco y el alcohol. Ese mismo informe detalla que un 27 % de la población consumió tranquilizantes y de ese porcentaje, el 22% lo hizo sin prescripción médica. El principal problema es que no hay políticas públicas que regulen el consumo de tales fármacos dando lugar a una mayor demanda.

Por otro lado, en España, también se presenta este problema de orden mundial. En los últimos años creció el consumo de psicofármacos ansiolíticos y antidepresivos cuya causa principal fueron los trastornos de ansiedad, del sueño y depresivos. El 28% de un total de 602 personas adultas seleccionadas que acudían a centros de Atención Primaria, cumplía con los criterios de dependencia a este tipo de sustancias. El mayor número de consumidores está representado por personas desempleadas y amas de casa. Los

resultados obtenidos pusieron en alerta a la población de Asturias por lo que se plantea la necesidad de la puesta en marcha de estrategias que reduzcan el uso de fármacos. (Secades Villa, Rodríguez García, Valderrey Barbero, Fernández Hermida, Vallejo Seco y Jiménez García, 2003).

¿Por qué ocurre este Uso y Abuso de Fármacos?

El interrogante que viene al encuentro exige una respuesta de gran amplitud. Como se dijo más arriba, nos encontramos frente a una cultura tensa marcada por el capitalismo y el libre juego de oferta y demanda, en la que, la opción del fármaco resulta tentador para apaciguar las angustias que surgen. Esto es el resultado de varios sucesos a lo largo de la historia, cuyo principio se remite a un periodo que arranca en el proceso de construcción del hombre moderno, el cual se comprende a sí mismo como *subjectum* y se forma durante el siglo XVII junto con el advenimiento de la ciencia moderna, periodo donde Descartes funda las bases de la modernidad con la fórmula de la duda metódica *cogito, ergo sum*. Es en ese proceso donde se edifica la concepción moderna del hombre como *máquina*, es decir, un cuerpo como objeto, cuantificable y separado de sí mismo (Pinafi, 2013).

Frente a un mundo que se torna cada vez más hostil, violento, plagado de enfermedades, guerras desastres naturales, hambre, migraciones, con grandes cambios culturales entre otras cosas, las subjetividades se vuelven cada vez más vulnerables, marcadas por el terror, el sufrimiento y el miedo a la muerte. Es notorio que los sufrimientos del presente no son los mismos que aquellos propios de la época de Sigmund Freud, donde el modelo de sufrimiento se localizaba en un conflicto psíquico. Hoy en día, el malestar posee un registro corporal y por ende se transformó en una anomalía que debe ser combatida. La autora Pinafi (2013) ubica las causas de las nuevas formas de sufrimiento contemporáneo en las modificaciones sociales y políticas, que dan como resultado un entrecruzamiento de cambios culturales.

Con el advenimiento de una nueva cultura posmoderna regida por el Discurso Capitalista donde el cuerpo humano es concebido como una máquina que debe alcanzar la mayor eficacia posible, hay un pasaje del *pienso, luego soy* cartesiano al *gozo, luego soy* propio del sujeto de la posmodernidad en la que, con distintos objetos vistos como mercancía, se trata de colmar las faltas. En esta carrera de desobjetivación, el avance de la psiquiatría como paradigma hegemónico con el consiguiente descubrimiento de fármacos tiene su lugar de privilegio, ya que resulta seductora su oferta de rápida solución cuando el cuerpo tiene alguna falla o avería. Esto permite a la industria farmacéutica experimentar un mayor crecimiento durante el último periodo. A medida que se expande, produce una medicalización que lleva a interpretar la noción mecanicista del cuerpo como máquina. “Al reducir la corporalidad humana a la lógica del mecanismo, el dolor será desvinculado de cualquier trascendencia y pasará a ser interpretado en términos de un mal funcionamiento, un defecto que debe ser arreglado” (Pinafi, 2013, p. 81). Es por esto que se observa cómo en los últimos años creció progresivamente el consumo abusivo de medicamentos psicotrópicos por parte de sujetos que sufren decaimiento, inhibición, ansiedad, etc. Estas molestias tienden a ser tratadas a través de sustancias tranquilizantes o estimulantes, cuyo fin no es más que acallar el síntoma.

Además, esta cultura cada vez más desigual posee determinantes sociales que llevan a un abuso de diferentes sustancias ya sean legales e ilegales. Según Milanese (1996)

“Los descubrimientos procedentes de la Psicofarmacología que fueron aplicados a los trastornos mentales, no llegaron solamente a los afectados sino también al común de una gran parte de la población occidental. La publicidad y los medios de comunicación de masas vulgarizaron su conocimiento....” (p.23).

En este contexto, se destacan factores sociales determinantes de una propensión al abuso de sustancias.

- Pobreza: hay personas que por un escaso ingreso o carencia de oportunidades laborales, intentan cambiar su realidad monótona cayendo en el abuso de sustancias. Buscan con ello refugio, placer, evasión, etc.
- Aumento de la marginalidad: en los últimos años se ha producido un vertical crecimiento de la marginalidad social. Los dos extremos en las edades del hombre, la adolescencia y la vejez, no están incluidos en la población activa y en el proceso productivo, por ende, carecen de inclusión e inserción social y laboral. A futuro estas personas son vulnerables a buscar cualquier medio para mejorar o evadir su penosa existencia.
- Medios de difusión de masas: con el paso del tiempo, los medios crecen progresivamente, aumentando su capacidad de dirigir la opinión e inducir a la adopción de usos, modelos y costumbres relacionadas con distintos aspectos. Los medios generan la idea socialmente aceptada de que la mayoría de las situaciones y conflictos pueden solucionarse recurriendo a medicamentos, así inducen al consumo de sustancias.
- Industria farmacéutica hiper-desarrollada: existe una sobre oferta de productos psicotrópicos que han perdido la característica de ser medicamentos y se transformaron en mercancías comunes, vendidas en supermercados y kioscos.
- Carácter mercantil de la sociedad contemporánea: en una sociedad regida por las leyes del mercado, todo se convierte en un bien de consumo más allá de su valor y peligrosidad.

Finalmente, se puede conjeturar que estamos frente a un círculo vicioso llevado a cabo por el discurso capitalista, quien al debilitar los lazos sociales, genera malestares individuales que si bien afectan de diferente manera a cada sujeto, se le ofrece una solución idéntica, universal mediante el desarrollo de la psicofarmacología.

A modo de cierre

Es necesario hacer este breve recorrido ya que, es un tema que nos convoca a todos los profesionales de la Salud Mental y todos los psicólogos debemos tener un conocimiento más o menos profundo acerca de los tipos de psicofármacos y de su origen, de cómo la psiquiatría fue ganando terreno en los últimos años y con ella la industria farmacológica, de los efectos que producen (tanto terapéuticos como adversos) y de sus peligros en casos de sobredosis. ¿Por qué? Porque en la mayoría de los casos se reciben pacientes con algún tratamiento y/o bajo los efectos de tales medicamentos, porque la industria capitalista y la publicidad que invade el mercado hicieron del psicofármaco un producto especial para solucionar de inmediato el malestar sin antes una visita al profesional de turno y porque, según los informes citados, hay un crecimiento progresivo del consumo y la automedicación.

De igual manera, también es de suma importancia saber el contexto que nos atraviesa hoy en día. La cultura posmoderna está marcada por un superyó que exige la satisfacción de las necesidades y la solución de problemas rápidamente produciendo un cambio en la subjetividad. Para eso, nos lleva a colmar la falta con objetos de consumo. Algunos alivian

nuestros dolores y otros nos dan una gota de *felicidad* por momentos. Como dice Freud en *El Malestar en la Cultura* (1994), toda persona tiene como fin alcanzar la *dicha*, una dicha que, en realidad es un engaño, ya que es inalcanzable debido a la existencia de peligros que se manifiestan en el cuerpo propio, en el mundo exterior y desde los vínculos con otros seres humanos. La fuente primaria de todos estos peligros se ubica en la cultura. Tres grandes sucesos históricos confirman esto de los cuales, haré énfasis en el tercero y más importante: el descubrimiento de la Neurosis, es decir, el ser humano se vuelve neurótico al no poder soportar las frustraciones que la sociedad le impone como trabas a sus ideales. La propia cultura genera en cierto modo algún malestar pero también ofrece la solución mediante el psicofármaco, el cual se ha transformado en una mercancía que se encuentra fácilmente en quioscos y lugares de venta, aislándose, en cierta manera, de su ámbito de origen: la psicofarmacología y la psiquiatría y volviéndose un producto peligroso a las personas que lo eligen. La Ley de Salud Mental N° 26.657, en base al tema de la medicalización y la prescripción médica, puntualiza que solo debe realizarse en caso de que la persona tenga algún padecimiento mental y que se administrará con fines terapéuticos y por profesionales en psiquiatría. Tales tratamientos deben realizarse en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Para terminar, es preciso destacar que los fármacos son útiles para los tratamientos pero no son la única opción sino que en este ámbito de la Salud se trabaja interdisciplinariamente, que hay otras opciones como la escucha y el lenguaje corporal. Y trabajando en conjunto podemos otorgar una mejora a cada persona eliminando el síntoma de raíz sin la necesidad de silenciarlo.

Referencias Bibliográficas:

- Ayesta, F. J. y Camí, J. (2011). *Farmacodependencias* en Florez, Jesús (3°ed) *Farmacología Humana*. Santander, España: Masson, S. A.
- Arca, Gabriela; Mazzone, Yanina y Naparstek, Fabián (2014). *Modos del sufrimiento contemporáneo: Del Síntoma al Estrago*. *Anuario de investigaciones* 21 (2), pág. 17-20. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000200001&lng=es&tlng=es.
- Baldessarini, R. (1991). Los fármacos y el tratamiento de enfermedades psiquiátricas en Goodman, L. y Gilman, A. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Ballesteros, S. García Rodríguez, B. (1996). *Procesos psicológicos básicos*. Madrid: Universitas.
- Beck, A. Rush J. Shaw B. Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bertholet, R. (2006). *Revista Las depresiones*. Rosario: Centro Estudiantes Facultad de Psicología.
- Brandolin, D. (2013). *La concepción de la Naturaleza Humana para la Terapia Gestalt* (en Revista Cuadernos de Campo N° 12). Buenos Aires: Campo Grupal.
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Person.
- Costa, J. M. (2017). *114 Pastillas por segundo: el consumo de ansiolíticos creció 40% en 5 años*. La Nación. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/2035772-114-pastillas-por-segundo-el-consumo-de-ansioliticos-crecio-40-en-cinco-anos>
- Ellis, A. (2010). *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona. Editorial: Paidós.
- Etchebarne, I. Gómez Penedo, J. M. Juan, Santiago., y Roussos, A. (2010). *Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales*. Revista de la sociedad de Psicoanálisis. N° 14.
- Ey, Henry. (1974). "Estados depresivos y crisis de melancolía." en *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Editorial Toray Masson.
- Follari, Roberto A. (2006). *Revisando el concepto de Posmodernidad*. Quórum Académico [en línea], 3 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 14 de marzo de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199016766003> ISSN 1690-7582
- Freud, S. (1994). *Sobre la justificación de separar de la Neurastenia un determinado síndrome en calidad de Neurosis de Angustia*. En Obras completas, tomo III. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1994). *El malestar en la cultura*. En Obras completas, tomo XXI. Buenos Aires. Amorrortu.

- Gallano, C. (1997). "¿Qué se esconde en las delicias de la depresión?" en Autores varios, *La depresión y el reverso de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Klein, Naomi. (2017). *La Doctrina del Shock: el auge del capitalismo del desastre*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1977). Capítulo IV: Televisión en *Psicoanálisis, Radiofonía & Televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Lamovsky, Liliana. (2002). *Subjetividad contemporánea: el Desamparo Simbólico*. Escuela Freudiana de Buenos Aires, pág. 01-06
- La Nación (2003). *Alarma por el alto consumo de psicofármacos en la Argentina* Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/550255-alarma-por-el-alto-consumo-de-psicofarmacos-en-la-argentina>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Republica de Argentina. Año 2011.
- Milanese, A. (1996). *Uso y abuso de drogas* Editorial: UNR.
- Milanese, A. (2007). *Cuadros maniacos, depresivos y esquizofrénicos*. Editorial: UNR.
- Milanese, A. (2007). *Apuntes básicos de psicofarmacología*. Editorial: UNR.
- Milanese, A. (2007). *Psicofarmacología*. Editorial: UNR.
- Naranjo, Gino. (2016). *Depresión ¿Un malestar contemporáneo?* Geosalud. Recuperado de: https://www.geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_malestar.htm
- Pasqualini, R. (1977). *Stress*. En Cuadernos de Medicina. Año 1, N° 3.
- Pommier, G. (2002). *Los cuerpos angélicos de la postmodernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pinafi, Tania. (2013). *Malestar y Psicofármacos: dependencia en la posmodernidad*. Revista Nómadas. Disponible en: <http://nomadas.ucentral.edu.co/index.php/10-la-sensibilidad-potencia-y-resistencias-nomadas-39/67-malestar-y-psicofarmacos-dependencia-en-la-posmodernidad>
- Sábato, E. (2000). *La resistencia*. Buenos Aires. Editorial Planeta Argentina S.A.I.C. / Seix Barral. Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/sabato/resistencia.pdf> Consultado el 4 de marzo de 2018, 14:28 p.m.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. SEDRONAR. (2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas.
- Secades Villa, R. Rodríguez García, E. Valderrey Barbero, J. Fernández Hermida, J. Vallejo Seco, G. y Jiménez García, J. (2003). *El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias* (España). Revista Psicothema, N° 15, p. 650-655.

Sibila P. (2013). *El hombre postorganico. Cuerpo subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Sosso, O. (1997). *La psicofarmacología de última generación (antipsicóticos y ansiolíticos)*. Salud y Psicología. Recuperado de: <http://www.saludypsicologia.com/posts/view/380/name:La-psicofarmacologia-de-ultima-generacion-antipsicoticos-y-ansioliticos/redirect:1>

Subrayado Investiga (2016). *Abuso de psicofármacos en Uruguay*. Recuperado de: <https://www.subrayado.com.uy/subrayado-investiga-abuso-psicofarmacos-uruguay-n57370>

Tuccio, A. (2008). *Emoción, estrés y enfermedades*. Editorial: UNR.