

Psicotropos: bienestar y malestar

Carlos L. M. Cornaglia

Plantear la relación entre sustancias con acción específica en el Sistema Nervioso Central y el bienestar-malestar de los seres humanos constituye una posibilidad de nuestro siglo y de nuestra cultura. Las sustancias que denominamos “psicotropos”, por sus consecuencias en lo que llamamos psiquismo humano, son por primera vez reconocidas como tales en este siglo. Mas aún, la mayoría de ellas son producidas en los últimos cincuenta años. También a partir de nuestra época podemos conocer, retrospectivamente, que diversas sustancias existentes en la naturaleza provocaban, ya desde hace miles de años, consecuencias diversas en lo que llamamos “psique”.

Nos interesa aquí la relación entre psicotropos, bienestar y malestar en el ámbito de nuestra labor profesional como psicólogos y psiquiatras. Dejamos de lado la multiplicidad de consideraciones que podrían realizarse desde otras perspectivas.

En efecto, cuando indicamos un psicofármaco (y en este sentido hablamos aquí de “psicotropos”), ¿qué fines seguimos? ¿Qué actores, en qué roles y vínculos comunicacionales construyen la situación en la

que los psicofármacos llegan a los seres humanos? ¿De qué forma interactúan los actores, los roles y los objetos en su relación con el bienestar y el malestar?

Quiénes indican psicofármacos

En primera instancia la respuesta a esta pregunta debería ser por demás precisa y unívoca. La realidad nos muestra que ello no es así.

En nuestro país indican psicofármacos los médicos (psiquiatras y no psiquiatras), los enfermeros, las mucamas, los trabajadores sociales en los hospitales, los farmacéuticos en las farmacias, los psicólogos, los agentes de propaganda de los laboratorios, las personas en su rol de pacientes que se los indican a sí mismos, los familiares de estas personas y los amigos y conocidos que se los recetan a sus amistades.

De este rápido listado, que hemos construido a partir de nuestras investigaciones en once provincias argentinas, durante un período de trece años, nos sorprenden los siguientes hechos:

1. No solamente los médicos indican psicofármacos.
2. Un conjunto de personas, en roles muy diversos, los indican (Bruera y Prada, 1993; Araca et al., 1993).
3. Quienes los indican pueden ser o no profesionales (Juárez et al., 1993).
4. A pesar de que las leyes en vigencia establecen las indicaciones de fármacos como prerrogativa

Carlos L. M. Cornaglia es Doctor en Medicina y Licenciado en Psicología. Se desempeña actualmente como profesor titular de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica (Facultad de Ciencias Médicas) y profesor de Psicopatología (Facultad de Filosofía y Humanidades Cátedra Libre) en la Universidad Nacional de Córdoba. Es profesor invitado de la Maestría en Salud Mental en la Universidad Nacional de Entre Ríos.

de las incumbencias del rol médico, otras personas no autorizadas por la ley lo hacen.

5. Las personas se administran psicofármacos a sí mismas.

Estos hechos nos pueden facilitar la presentación de una hipótesis de índole general: todas estas personas y roles estarían involucrados en la construcción socio-cultural (en diversos ámbitos: individual, grupal e institucional, por lo menos) de un bienestar y un malestar vinculados a estas conductas.

¿Para qué son indicados los psicofármacos?

Las respuestas que encontramos, por ahora, a estas preguntas, deseamos entenderlas a manera de hipótesis exploratorias.

Las personas, cualquiera sea su rol —en la lista ya mencionada—, indican psicofármacos por lo menos para: (a) estar más tranquilos, (b) dormir mejor, (c) sentirse mejor, (d) poder afrontar situaciones que aparecen como difíciles o promotoras de intranquilidad o de malestar, (e) poder trabajar adecuadamente, (f) tener más memoria, (g) soportar o disminuir el dolor, (h). intentar quitarse o quitar la vida, etc.

Ahora bien, ¿para qué circunstancias y con qué fines indican los psicofármacos quienes los producen?

Comencemos por los psicofármacos más vendidos en nuestro país:

LEXOTANIL (Bromazepan).

Indicaciones: desequilibrios emocionales: tensión y angustia, dificultad de contacto social, depresiones ansiosas, desasosiego e insomnio. Trastornos funcionales de los aparatos respiratorio y cardiovascular: pseudoangina de pecho, precordialgia, taquicardia, hipertensión emocional, disnea, hiperventilación. Disturbios gastrointestinales: intestino irritable, espasmos, meteorismo, diarrea nerviosa. Alteraciones genitourinarias: vejiga neurógena, polaquiuria, dismenorrea. Síntomas psicósomáticos: cefalea y dermatosis psicógena, asma bronquial, úlcera gastroduodenal, colitis ulcerosa. Neurosis fóbicas y de ansiedad, manifestaciones hipocondríacas. Psiconeurosis ansiosas. (Lépori, 1994, p. 314)

“

A pesar de que las leyes en vigencia establecen las indicaciones de fármacos como prerrogativa de las incumbencias del rol médico, otras personas no autorizadas por la ley lo hacen.

”

TRAPAX (Lorazepan)

Indicaciones: manifestaciones clínicas de la ansiedad (cefaleas, trastornos gastrointestinales, palpitations, insomnio, etc.). Ansiedad complicante de las enfermedades orgánicas (afecciones cardiovasculares, trastornos gastrointestinales). Todo tipo de neurosis (neurosis de ansiedad, depresivas, obsesivo-compulsivas, fóbicas, o mixtas). Ansiedad que acompaña a trastornos psicóticos y depresión intensa. Medicación preoperatoria. Inyectable: destacada actividad ansiolítica. Posee acción amnésica anterógrada de gran interés en anestesiología. (Vallory, 1993, p. 544)

VALIUM (Diazepan)

Indicaciones: comprimidos: ansiedad, trastornos psicósomáticos, tortícolis, espasmos musculares. Ampollas: sedación previa a intervenciones (endoscopías, biopsias, fracturas); estados de agitación motora, delirium tremens, convulsiones. (Lépori, 1994, p. 717)

Conclusiones

De estos ejemplos podemos inferir que: (a) las indicaciones son variadas, (b) abarcan un conjunto muy diverso de manifestaciones humanas, (c) se incluyen síntomas aislados de diversas enfermedades humanas, o nominaciones de enfermedades, (d) se incluyen enfermedades consideradas tanto de etiología orgánica, como de etiología psíquica, (e) se incluyen manifestaciones concomitantes de diversas enfermedades, y (f) se indican para situaciones especiales como precirugía.

Algunas consecuencias de los psicofármacos ansiolíticos

En los ejemplos que siguen mostramos situaciones de seres humanos que han concurrido a nuestra consulta por motivos diversos y en cuya historia vital estaba incluido el consumo de psicofármacos ansiolíticos.

Caso A

Una mujer de 80 años, viuda, consulta pues se siente “muy depresiva”. Le cuesta mucho salir de su casa, no tiene deseos de hacer nada. Se siente inútil, desesperanzada y abatida. Siempre ha sido una mujer muy activa, decidida y emprendedora. De noche tarda

en conciliar el sueño y se despierta temprano sin deseos de levantarse. A veces siente una intranquilidad o molestia en el pecho y en el abdomen. Físicamente ha sido y es muy sana. Su aspecto general no aparenta 80 años. Desde hace un tiempo está medicada con Bromperidol gotas, Lorazepan y Bromazepan. Tras retirar lenta y progresivamente toda la medicación, la señora se siente con más ganas, más impulsos y deseos. Durante la supresión progresiva del Lorazepan llega a experimentar momentos de intensa ansiedad y malestar que durante una noche se acompaña de ilusiones y alucinaciones visuales que provocan un estado de intenso pánico. La señora no había experimentado nunca alucinación, delirio o ilusión alguna. Estas manifestaciones agudas desaparecen luego en el curso de una semana.

Caso B

Una mujer de 65 años, casada, consulta por intensas manifestaciones de angustia que acompañan un estado casi permanente de desánimo, abulia y sensación de insuficiencia. Las tareas de la casa, que antes eran realizadas con entusiasmo y dedicación, han sido casi totalmente abandonadas. El dormir se hace difícil. Salir de la casa o recibir visitas, aun de seres muy cercanos, como sus hijos y nietos, sólo es posible por medio de un gran esfuerzo. La relación con su marido es excelente, como con su familia toda. En sus ascendientes y otros parientes existen antecedentes de estados depresivos, pero ella no había experimentado problema alguno hasta después del siguiente acontecimiento. Un año antes de la consulta padece un episodio de "fibrilación aguda de alta frecuencia". Por este motivo es internada en terapia intensiva. El informe de terapia intensiva adjudica la causalidad inmediata del problema a un tratamiento "homeopático" que venía realizando la señora. Lo hacía para bajar de peso. En dos meses había bajado ocho kilos. Los sucesivos controles cardiológicos, después de la internación en la que se suprime la medicación "homeopática", no muestran perturbación alguna. La paciente llega a nuestra consulta con un antidepresivo de nueva generación en dosis no terapéutica, junto a Bromazepan. Este último medicamento es consumido, junto a otros ansiolíticos, desde hace aproximadamente diez años. De manera gradual suprimimos primeramente el ansiolítico. La paciente experimenta entonces episodios de angustia más intensos que los que había padecido hasta el momento, pero en el cur-

so de una semana van disminuyendo. Luego de este paso, cesa la recepción del antidepresivo con el que llegó a la consulta, y es sustituido por un antidepresivo no tricíclico en dosis terapéutica mínima. Con la sola disminución y supresión del ansiolítico, junto a la psicoterapia individual, de pareja y familiar, la señora siente disminuir ostensiblemente sus estados depresivos, aun antes de la introducción del antidepresivo sustitutivo.

Caso C

Mujer de 48 años, docente de escuela secundaria, sin antecedentes de depresión en su familia. Desde hace tiempo, en especial después de una importante enfermedad de su marido, comienza a experimentar un considerable malestar y opresión en precordio. Estos estados se van intensificando lentamente en el transcurso de un año, cuando comienza a experimentar otras sensaciones corporales de malestar que considera expresión de su menopausia. En los últimos meses siente un estado de desgano cada vez mayor, a tal punto que se siente incapaz de continuar con su actividad docente, que siempre realizó con gran placer y alegría. Junto a la enfermedad de su marido, aparece en primer plano otro acontecimiento de importancia: la partida de uno de sus hijos a la universidad. Cada vez puede dormir menos y se desespera pensando en la noche y en el próximo día en el cual se imagina impotente y desesperanzada. Cuando comenzaron sus primeras manifestaciones de angustia fue medicada con Lorazepan, que mantiene desde entonces con una dosis que se fue incrementando por decisión propia. Una vez reducido el Lorazepan hasta suprimirlo, la paciente comienza a mejorar en su estado. La inclusión de un antidepresivo no tricíclico y la acción psicoterapéutica acentúan la mejoría que se sostiene hasta que se reintegra a su trabajo y actividades acostumbradas.

Caso D

Un hombre de alrededor de 50 años, arquitecto exitoso en su profesión, consulta por su gran estado de angustia, temblor generalizado, sensaciones corporales molestas diversas, desasosiego, y palpitations. Algunos años atrás había bebido con intensidad, sobre todo en ocasión de reuniones sociales a las que, por sus actividades comerciales, concurría con mucha frecuencia. Habría llegado a tomar más de una botella de whisky por día.

Dadas las intensas manifestaciones corporales, especialmente las palpitations con la sensación de muerte inminente, debió recurrir en repetidas ocasiones al servicio de un equipo de emergencia médica a domicilio. En varias de estas oportunidades fue medicado con Lorazepan sublingual y desde entonces sigue consumiendo esta medicación cada vez con mayor frecuencia y cantidad.

Caso E

Una mujer de 65 años experimenta un intenso dolor en la cara interna de su brazo izquierdo, con palpitations y sensación de desmayo. El servicio de emergencia que acude al domicilio realiza un exhaustivo examen cardiológico que no revela signo alguno de patología cardiocirculatoria. La paciente es medicada con Lorazepan sublingual.

Caso F

La abuela (75 años) de una joven de 15 años, cuya madre se encuentra internada en un servicio de psiquiatría desde hace varios años, luego de otras internaciones en un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, consulta por la situación de su hija internada. En esa circunstancia se deslizan comentarios relativos a su nieta. La joven ha vivido siempre con ella y su marido (90 años) desde que la madre de esta última fue internada. Debido a que la conducta de la joven se habría vuelto problemática para la abuela, decidió llevarla a un médico clínico. A partir de esta consulta se le indica medicación ansiolítica a la joven. Después de un mes de consumir ansiolíticos, la nieta experimenta problemas en la relación con su novio. Un par de días después de este problema, la joven de 15 años consume todos los ansiolíticos que encuentra a mano, de una sola toma. La abuela la encuentra en su habitación “como dormida” y no logra despertarla. Llama al servicio público de emergencia, y la joven, por su estado, debe ser hospitalizada y desintoxicada.

Caso G

Una señora de 72 años le cuenta a su hija que desde hace un año comenzó con unas “flojeces”, “el cuerpo flojo”, “ganans de llorar”, “no siento ganans de

“

Hay tiempo de estar bien y tiempo de estar mal, hay tiempo de bienestar y tiempo de malestar, y ambos son tiempos simultáneos y consecutivos.

”

hacer nada”. En su familia existen antecedentes de depresiones u otros trastornos psiquiátricos que no son claramente definidos. Por estos motivos consulta a un médico clínico y éste le indica Alplax y Rohypnol en la siguiente dosis y distribución diaria: Alplax: medio comprimido en la mañana y medio en la merienda; Rohypnol: medio a la noche. Antes de llegar a mi consulta había consultado a un neurólogo, por los mismos motivos de un año atrás, aunque con manifestaciones más intensas. Este

le suprimió esa medicación, indicando al mismo tiempo Tofranil 10 mg., un comprimido al día. Las relaciones familiares con su marido, sus hijos y nietos no muestran perturbación alguna. Una vez retirado el Tofranil y explicadas las características de su problema le indico un antidepresivo no tricíclico, un comprimido de 30 mg diariamente.

Al mes, la paciente se considera mejorada en un 50%; su hija entiende que esta mejoría es de alrededor de un 90%.

Podríamos enumerar, casi *ad infinitum*, casos como los relatados. Mas aun, podríamos incluir algunos en los cuales los consultantes son colegas médicos clínicos o cirujanos. Pero dada la repetición de las configuraciones nos parece suficiente con los casos mencionados. Baste una observación solamente: todos los casos que llegaron a nuestra consulta en los últimos años, cualquiera fuera el diagnóstico, lo hicieron con algún tipo de medicación ansiolítica, o antidepresiva o neuroléptica (generalmente prescritas por médicos no especialistas, con menos frecuencia por médicos que realizan actividades psiquiátricas sin ser especialistas, y con menor frecuencia, aun por especialistas). En muchos casos se encontró automedicación de inicio, o a poco de comenzar el tratamiento. Esta automedicación se observa exclusivamente con ansiolíticos. La dosis de éstos tiende a aumentar progresivamente a lo largo de meses y años, mientras al mismo tiempo disminuyen las consultas. La mayor parte de los consumidores de estas drogas no han recibido información adecuada respecto de lo que consumen. Habitualmente se superpone más de un ansiolítico.

En la mayoría de estos pacientes encontramos trastornos del sueño, manifestaciones depresivas e incremento progresivo de los estados de angustia.

Ahora bien, ¿por qué si estos psicofármacos han sido indicados para transformar los malestares que generaron la consulta, se llega nuevamente a otra consulta en la que se puede observar una intensificación de los problemas originarios?

La primera respuesta que encontramos a esta pregunta es que las indicaciones no han sido las adecuadas. En efecto, en la mayoría de los casos que mencionamos, se ha indicado ansiolíticos porque alguien diagnosticó este síntoma sin considerar el conjunto de las manifestaciones que acompañaban a la ansiedad y sin poder establecer una relación jerárquica de mayor determinación en el conjunto de los problemas; o bien, porque se ha confundido ansiedad con manifestaciones depresivas. Pretendiendo generar bienestar, se genera un malestar más intenso.

Esto aparece como una primera conclusión de índole general: la búsqueda del bienestar, a partir de una situación autodiagnosticada (pacientes) y heterodiagnosticada como malestar, lleva directa o indirectamente a que se indiquen psicofármacos (en su mayoría ansiolíticos), que generan un aparente y momentáneo bienestar, para conducir, a poco andar, a dos órdenes de malestar: manifestaciones depresivas más intensas y manifestaciones diversas de dependencia (tolerancia y abstinencia), e incremento de la angustia.

Las interacciones de bienestar y malestares

Ahora bien, esta génesis de “bienestares” y nuevos malestares acontece en un contexto comunicativo que se caracteriza por lo menos por las siguientes notas:

1. Quien está mal consulta a quien se presupone está bien (el médico).

“

...asistimos hoy a la promesa de un mundo de bienestar absoluto, y para alcanzar ese estado especial basta con apelar a los ídolos que brindan tal posibilidad: los psicofármacos cuando se los utiliza de forma anticientífica, inhumana y destructiva.

”

2. El médico, a su vez, supone que el otro está mal y que él está bien, además, que está bien indicar ansiolíticos.

3. Esta conducta del médico se genera y sostiene en relación con las siguientes circunstancias que corresponden al orden del código que sostiene la comunicación.

4. El código contiene el siguiente conjunto de reglas:

4.1. Hay que tender a indicar ansiolíticos a toda persona que llegue a su consultorio (ver más abajo).

4.2. Hay que indicar ansiolíticos porque todos indican ansiolíticos.

4.3. Indico ansiolíticos porque yo me indico ansiolíticos.

4.4. Hay que indicar ansiolíticos porque los agentes de propaganda médica indican ansiolíticos muy frecuentemente.

4.5. Indicando ansiolíticos me siento bien y hago sentir bien a otros.

En otros términos, si el médico indica ansiolíticos y si el paciente los acepta, se “resuelven”, al menos momentáneamente, varios malestares: los del paciente designado, los de sus familiares y los del médico. Todos logran evitar la ansiedad ante la ansiedad y la angustia. Ahora, todos parecen estar bien.

Pero este problema, momentáneamente resuelto, deriva en algo inevitable: más ansiedad, más angustia, pero además: depresión, dependencia y adicción.

Malestar y bienestar en las instituciones psiquiátricas

Si hay una institución en la que quienes moran en ella son depositarios de todo tipo de malestar, esa institución es la psiquiátrica. En efecto, a ella concurren quienes “están mal de la cabeza” (dicho en términos populares).

Y ¿qué se hace en estas instituciones para transformar el malestar?

Tabla 1

Indicaciones de fármacos por día de pacientes internados en el servicio de psiquiatría del Hospital General de Rawson (Chubut) y un paciente de hospital de día (año 1990)

Psicofármaco	dosis	Psicofármaco	dosis	Psicofármaco	dosis
<i>Caso a. Mujer</i>		<i>Caso e. Mujer</i>		<i>Caso i. Hombre</i>	
Mefenamina 100	1 comp.	Halopidol 10	4 comp.	Meleril 200	2 comp.
Artane	1 comp.	Meleril 200	3 comp.	Nozinán 25	2 comp.
Vallium 10	3 comp.	Tegretol	3 comp.	Halopidol 10	2 comp.
Nozinán 25	2 comp.	Rohypnol	2 comp.	Tagamet	2 comp.
Rohypnol	2 comp.	Vallium 10	2 comp.		
		Artane	2 comp.		
<i>Caso b. Hombre</i>		Nozinán 25	4 comp.		
Halopidol 10	2 comp.	Luminal 0,1	2 comp.		
Artane	1 comp.				
Stelazine 10	3 comp.	<i>Caso f. Mujer</i>			
Nozinán 25	4 comp.	Meleril 200	3 comp.	Tegretol	4 comp.
Trapax	1 comp.	Artane	1 comp.	Vallium 10	1 comp.
Rohypnol	1 comp.	Dormicum	2 comp.	Tranxilium Digest.	2 comp.
		Etumina	2 comp.		
<i>Caso c. Hombre</i>		Nozinán 25	2 comp.	<i>Caso j. Hombre</i>	
Halopidol 10	8 comp.	Tegretol	3 comp.	Vallium 10	3 comp.
Artane	4 comp.	Opovital B 12	2 comp.	Propinolol 40	2 comp.
Ampliacetil 100	4 comp.	Piportyl L4 4 ml.	1 / mes	Stelazine	2 comp.
Fenergán 25	4 comp.			Distalene	2 comp.
Rohypnol	2 comp.	<i>Caso g. Mujer</i>		Nozinán 25	3 comp.
Stelazine	5 comp.	Halopidol 10	12 comp.	Opovital B 12	6 comp.
Halopidol Decanoato	3 ml. 1/mes.	Vallium 10	4 comp.	Piportyl L4 4 ml.	1/ mes
		Nozinán 25	5 comp.		
<i>Caso d. Hombre</i>		Artane	4 comp.	Paciente de hospital de día	
Halopidol 10	4 comp.	Rohypnol	2 comp.	<i>Caso k. Mujer</i>	
Meleril 200	3 comp.	Ampliacetil 100	2 comp.	Creosedin 6	2 comp.
Nozinán 25	6 comp.	Fenergán	2 comp.	Anafranil 75	1 comp.
Artane	3 comp.	Zantac	2 comp.	Vallium 10	1 comp.
Rohypnol	3 comp.	Halopidol Decanoato	3 ml. 3/mes	Stelazine	1 comp.
Etumina	3 comp.			Tegretol	2 comp.
Stelazine 10	8 comp.	<i>Caso h. Mujer</i>		Fenergán 25	1 comp.
Tegretol	4 comp.	Rohypnol	1 comp.		
Opovital B 12	4 comp.	Lotoquis	3 comp.		
Halopidol Decanoato	3 ml. 1/mes.	Vallium 10	3 comp.		

A continuación referimos un caso institucional argentino, con el fin de ilustrar un modelo de acción institucional que ha sido —y en parte es— dominante en nuestro país en estas últimas décadas.

El servicio de psiquiatría de un hospital argentino

La Jefatura del Departamento de Salud Mental a cargo del Sr. Médico Jorge Pellegrini, del S.I.PRO.SALUD (Sistema Provincial de Salud) de la Provincia de Chubut, realizó en 1990 un pormenorizado estudio (Pellegrini, 1990) de las prescripciones de fármacos de los pacientes por entonces internados en el

servicio de psiquiatría del Hospital General de Rawson. Ello fue parte de un conjunto de reformas que se realizaron en dicho servicio.

De ese material extraemos los datos que se observan en la tabla 1.

Las indicaciones corresponden a la última prescripción realizada antes del estudio, efectuado a mediados del año 1990, y corresponden a lo que diariamente recibía cada paciente.

Sobre un total de 32 casos (13 mujeres y 19 varones) extraemos una muestra de 11 casos, en que se menciona el nombre del psicofármaco y la dosis indicada.

A partir de un estudio de esta casuística que me solicitaron las autoridades del SI.PRO.SALUD en febrero de 1991, pude constatar que:

1. Las historias clínicas no registraban en muchos casos un diagnóstico actualizado.
2. Muchas veces el diagnóstico no mostraba relación con la farmacoterapia implementada.
3. Las evoluciones de las historias clínicas mostraban períodos de meses y años sin registro.
4. Las indicaciones eran sostenidas durante largos períodos sin modificación alguna.

En las tablas 2, 3, y 4 resumimos la configuración de las indicaciones en los 32 casos estudiados.

Configuración institucional de la prescripción de fármacos

De acuerdo con los datos que hemos reunido hasta aquí, resulta factible caracterizar en sus aspectos centrales la modalidad de prescripción dominante en este servicio.

1. Tendencia a indicar en el 97% de los pacientes más de un fármaco.
2. Tendencia a prescribir cuatro o más fármacos en el 68,4% de los pacientes.
3. Tendencia a indicar más de un neuroléptico en un mismo paciente.
4. Tendencia a indicar más de un ansiolítico en el mismo paciente.
5. Tendencia a prescribir fármacos con potencial adictivo (ansiolíticos, antiparkinsonianos) en la mayoría de los pacientes y por largos períodos (75% de los pacientes (24) reciben uno u otro). Y 59,3% (19) de los pacientes reciben ansiolíticos de potencial adictivo.
6. Estas indicaciones se correlacionan con ausencia de diagnóstico preciso y fundamentado en los procedimientos médicos más elementales.

De este estudio institucional podemos inferir algunas conclusiones:

1. Este tipo o modelo institucional de prescripción de psicofármacos muestra una tendencia dominante en gran parte de nuestro país, en las últimas décadas.
2. Este modelo supone un concepto de bienestar y malestar institucional, grupal e individual.

Tabla 2

Cantidad de fármacos por día, por paciente, Hospital General de Rawson, Chubut, 1990

Cant. de fármacos por paciente	N	%
Con un fármaco	1	3,1%
Con dos fármacos	4	12,5%
Con tres fármacos	5	15,6%
Con cuatro fármacos	3	9,3%
Con cinco fármacos	10	31,2%
Con seis fármacos	2	6,2%
Con siete fármacos	2	6,2%
Con ocho fármacos	3	9,3%
Con nueve fármacos	1	3,1%
Con diez fármacos	1	3,1%
Total :	32	100,0%

Nota: en los casos en los que la misma droga fue indicada vía oral e IM (en depósito) hemos contabilizado como otro fármaco. Ello ocurre en tres casos. El 59,1% de los pacientes reciben cinco fármacos o más.

3. Estos modelos, que hemos conceptualizado como "iatrogénicos" (Cornaglia, 1990) generan una forma nueva de malestar que se muestra claramente en el incremento de patología psíquica (institucionalismo u hospitalismo) y física en los pacientes, y en los empleados (profesionales y no profesionales), como en el aumento permanente de internados, hasta la saturación institucional.

4. El consumo de psicofármacos, con la esperanza del bienestar, genera malestar de otro tipo.

5. Es probable que entre los fines perseguidos en la indicación y consumo de psicofármacos esté incluida la representación de obtener un cierto bienestar y disminuir o transformar de alguna forma el malestar.

6. Este consumo generalizado, masivo, indiscriminado a nivel individual, grupal, institucional y poblacional nos muestra una tendencia globalizante.

7. Los estudios realizados acerca de las adicciones muestra claramente, en nuestro país, el aumento permanente del consumo y dependencia de psicofármacos.

Tabla 3*Indicaciones realizadas a 32 pacientes (Rawson, 1990)*

Denominación comercial de los fármacos utilizados	Nombre genérico farmacológico	Denominación comercial de los fármacos utilizados	Nombre genérico farmacológico
Neurólépticos		Antidepresivos	
Meleril	Tioridazina	Anafranil 75	Clorimipramina
Halopidol	Haloperidol	Sub-total : 1	1
Ampliacetil	Clorpromazina	Antiepilépticos	
Etumina	Clotiapina	Luminal	Fenobarbital
Nozinán	Levomepromazina	Logical	Acido Valproico
Fenergán	Prometazina	Epamín	Fenitoína
Stelazine	Trifluoperazina	Tegretol	Carbamacepina
Piportyl L4 4ml.	Pipotiazina	Lotoquis	Fenobarbital + Fenitoína
Sub-total : 8	8	Sub-total : 5	4
Antiparkinsonianos		Total : 24	24
Artane	Trihexifenidilo	Otros	
Akineton	Biperideno	Distalene	Orfenadrina
Sub-total: 2	2	Propanolol	Propanolol Clorhidrato
Ansiolíticos		Opovital B 12	Polivitamínico con minerales y Aminoácidos
Valium	Diazepan	Reagín	Citidincolina
Rohypnol	Flunitrazepan	Digoxina	Digoxina
Trapax	Lorazepán	Calcigenol B12	Polivitamínico con minerales y aminoácidos
Dormicun	Midazolán	Effortil	Clorhidrato de Etillefrina
Xanax	Alprazolán	Tagamet	Cimetidina
Insomnium	Triazolán	Nuriban	Furseמידa- Dietilaminoetanol
Tranxillium Digest	Clorazepato Dipotásico + Sulpirida	Ranitidina	Ranitidina Clorhidrato
Creosedin 6	Bromazepán	Sub-total : 10	12
Sub-total : 8	9		

Bienestar, malestar, psicofármacos y cuerpo

Sin lugar a dudas la comunicación e información de psicofármacos que acontece en todas estas situaciones planteadas en nuestra casuística, suponen un concepto del ser humano y de su cuerpo. Existe la pretensión de modificar la conducta humana en el sentido de un supuesto bienestar, por medio de elementos químicos y según ciertos procedimientos que se suponen científicos.

Pero el ser humano no sólo queda reducido a su nivel de integración más elemental y desintegrado, cual es el nivel químico, sino que su cuerpo (en el sentido biológico) es concebido de una manera reducida y desintegrada.

Muy diferente es el concepto del cuerpo y del ser humano que, por ejemplo, se expresa en la primera epístola del apóstol San Pablo a los Corintios.

(8) Haciendo referencia a los dones espirituales dice San Pablo acerca del cuerpo: "Porque así como el cuerpo es uno, y tiene muchos miembros, pero todos los miembros del cuerpo, siendo muchos, son sólo un cuerpo, así también Cristo. Además, el cuerpo no es un solo miembro, sino muchos; de manera que si un miembro padece, todos los miembros se duelen con él, y si un miembro recibe honra, todos los miembros con él gozan" (12:12, 14, 26).

En absoluta contraposición con estos conceptos unitarios, y a la vez diferenciadores, que, además, remiten el cuerpo humano a otra dimensión que es Cristo, la concepción que forma parte del accionar con el ser humano desde la perspectiva que está incluida semántica y pragmáticamente en la información y comunicación de psicofármacos, implica nada más y nada menos que una reducción extrema a lo químico. Para el ser químico, no existe el bienestar o el malestar. Estar bien y estar mal pueden ser considerados

Tabla 4*Tipos de asociación de fármacos (N: 32, Rawson, 1990)*

Caso 1 2 Neur. + 2 Ansiol. + 1 Antipark.	Caso 17 3 Neur. + 1 Antipark. + 2 Ansiol. + 2 Antieip.
Caso 2 3 Neur. + 1 Antipark.	Caso 18 4 Neur. + 1 Antipark. + 1 Ansiol. + 1 Antieip. + 1 Otro
Caso 3 1 Ansiol. + 1 Antipark. + 3 Otros	Caso 19 4 Neur. (Halop. Or. / Dec.) + 1 Antipark. + 3 Ansiol.
Caso 4 3 Neur. + 1 Antipark. + 2 Ansiol.	Caso 20 3 Neur. + 2 Ansiol. + 2 Antieip. + 1 Otro
Caso 5 4 Neur. + 1 Antipark. + 1 Ansiol.	Caso 21 2 Ansiol. + 2 Antieip.
Caso 6 2 Neur. + 1 Antipark. + 1 Ansiol.	Caso 22 2 Neur. (Halop. Or. / Dec.) + 1 Antipark. + 1 Ansiol.
Caso 7 2 Neur. + 1 Antipark.	Caso 23 2 Ansiol. + 3 Antieip.
Caso 8 3 Antieip. + 1 Otro	Caso 24 3 Neur. + 1 Antipark.
Caso 9 5 Neur. (Halop. Or./ Dec.) + 1 Antipark. + 1 Ansiol. + 1 Antieip. + 1 Otro	Caso 25 1 Neur. + 1 Ansiol.
Caso 10 4 Neur. (Halop. Or./ Dec.)	Caso 26 4 Neur. + 1 Antipark.
Caso 11 1 Neur.	Caso 27 1 Antieip. + 1 Otro
Caso 12 2 Otros	Caso 28 3 Neur. + 1 Antipark. + 1 Otro
Caso 13 2 Neur. + 1 Antipark.	Caso 29 1 Neur. + 1 Ansiol. + 1 Antideip.
Caso 14 1 Neur. + 1 Ansiol.	Caso 30 3 Neur. + 1 Ansiol. + 3 Otros
Caso 15 2 Neur. + 1 Antipark.	Caso 31 2 Neur. + 1 Otro
Caso 16 1 Neur. + 1 Antipark. + 1 Ansiol. + 2 Otros	Caso 32 2 Neur. + 2 Ansiol. + 1 Antieip. + 1 Antideip.
	TOTAL DE COMBINACIONES : 29

Nota: Con el fin de simplificar la percepción de lo planteado hemos considerado solamente los tipos más generales. En realidad, las combinaciones son más complejas, pues en cada tipo general se dan a su vez combinaciones dentro de ellos, lo que puede visualizarse en los casos que hemos especificado al comienzo.

contenidos y formas del “ser-estar-consciente-vigil-cotidiano-medio” (Scharfetter, 1990) (9), pero éste, a su vez, es sólo una forma restringida del “ser-estar consciente humano”. En esta forma de magia química, de pseudo ciencia y de pseudo religión, asistimos hoy a la promesa de un mundo de bienestar absoluto, y para alcanzar ese estado especial basta con apelar a los ídolos que brindan tal posibilidad: los psicofármacos cuando se los utiliza de forma anticientífica, inhumana y destructiva.

Un ser humano sin cuerpo, un cuerpo sin espíritu, un conjunto de maravillosas e increíbles moléculas

pasan a ser ahora fijados por sustancias determinantes de esa pretensión antropológica, aparentemente humana, que no puede resultar en otra cosa que en una ilusión de bienestar. Esta ilusión de bienestar se transforma inmediatamente en un malestar idéntico al que promovió la búsqueda de esta sustancia. A veces ese malestar es más trágico y denigrante, porque lleva al ser humano a la dependencia de una simple sustancia química. Así, lo que al comienzo parecía un camino hacia la ilusión de sentirse bien, se transforma luego en una dependencia que enferma a los seres humanos que están mal, pero que en esta ilusión no se sienten mal. A poco andar, vuelve

a encontrarse, en el camino de búsqueda del bienestar, la dependencia.

Para este ser humano químico, entonces, no hay cuerpo, y menos aún la posibilidad de un cuerpo integrado de bienestar y malestar. Menos todavía, la posibilidad, no sólo de comprender que la búsqueda del bienestar puede pasar precisamente por cierto tipo de vínculo especial con el malestar, sino que sólo puede construirse desde otra forma de bien, cual es la bienaventuranza.

Para este concepto químico no es posible que de la pobreza de espíritu surja la posibilidad del reino de los cielos. Para este concepto químico no existe la posibilidad de comprender que el llanto, la angustia, la ansiedad, forman parte de la vida humana, pues “hay tiempo de llorar, y tiempo de reír” (Eclesiastés 3:4).

Hay tiempo de estar bien y tiempo de estar mal, hay tiempo de bienestar y tiempo de malestar, y ambos son tiempos simultáneos y consecutivos. Por ello el bienestar no se logra solamente intentando suprimir el malestar. Tampoco el malestar surge solamente de la destrucción del bienestar. Ambos existen al mismo tiempo.

Bienestar-malestar, psicotropos y lo que está bien y está mal

Por último y como conclusión final nos preguntamos: ¿Está bien que los seres humanos intenten una búsqueda del bienestar por medio de estos elementos químicos?

No estamos en condiciones de responder a esta pregunta, ya que ello señala claramente una dimensión ética, que, si bien no pretendemos haber eludido en todo nuestro desarrollo, requiere de un análisis desde otras perspectivas conceptuales.

Tampoco podemos responder la pregunta opuesta: ¿Está mal que los seres humanos consuman estas sustancias y de esta forma?

La dimensión ética de estas preguntas señala el camino de una discusión ulterior y seguramente no definible fácilmente.

“

Los estudios realizados acerca de las adicciones muestran claramente, en nuestro país, el aumento permanente del consumo y dependencia de psicofármacos.

”

Mientras tanto, he intentado, por medio de esta presentación, compartir con ustedes este conjunto de experiencias profesionales y científicas que me preocupan. La Adicción de estas cuestiones en los medios autodenominados “académicos” suele ser la regla. Más allá de estas consideraciones queda, seguramente, la enseñanza proporcionada por estas experiencias. A saber, qué tristes pueden ser estas formas humanas de “sentirse bien” y de “estar bien”, en el más profundo de los malestares. Y

qué alegres pueden ser esas formas humanas de sentirse mal y estar mal, y que al mismo tiempo permiten gozar de la más profunda bienaventuranza.

Referencias

- Avaca, G. et al. (1993). Automedicación en alumnos de la Escuela de Psicología. En C. L. M. Cornaglia, Psicología Sanitaria. Listado de trabajos de alumnos, 1989-1993. Córdoba: Cátedra de Psicología Sanitaria.
- Bruera, D. L.; Prada, E. A. (1993). Estudio sobre la automedicación en una población santafecina. En C. L. M. Cornaglia, Psicología Sanitaria. Listado de trabajos de alumnos, 1989-1993. Córdoba: Cátedra de Psicología Sanitaria.
- Cornaglia, C. (1990). *La institución psiquiátrica: De la institución iatrógena a la institución terapéutica*. Tesis doctoral. Córdoba: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.
- Lépori, L.V.R. (1994). *Vademecum, 1995*. Buenos Aires: ECSA.
- Vallory, C. (1993). *Vademecum*. Buenos Aires: V.D.B.
- Pellegrini, J. (1990). *Departamento de Salud Mental*. Rawson: Si.Pro.Salud.
- Scharfetter, Ch. (1990). *Schizophrenie Menschen. Urban y Schwarzenberg*. München.