

MALESTAR EN LA CIVILIZACIÓN

La medicalización de la vida cotidiana [1]

Jordan Gurgel [*]

I- Presupuestos

Para iniciar un debate sobre las políticas públicas de salud, que en la práctica se basan en una medicalización de la asistencia, debemos considerar algunos supuestos.

La capacidad de la familia contemporánea de tolerar cada vez menos las dificultades y adversidades de la vida, junto a la fragilidad de las relaciones entre padres e hijos, ha incrementado el malestar generalizado y el recurso para enfrentarlo ha sido el uso desmedido de la píldora. En psicoanálisis esto tiene una lectura: la declinación de la función paterna consecuente con la falla constitutiva del discurso, falla en el orden simbólico que ni la poesía consigue armonizar.

Observamos todavía un intento verdadero de apaciguar, por medio de la píldora, el comportamiento humano, lo que nos lleva a interrogar: -¿estamos dejando de saber lidiar con nuestros sentimientos? y, frente a las adversidades, el uso de medicamentos aparece como el único recurso disponible. ¿Hay una medicalización de la vida cotidiana? [2]

En respuesta a esta pregunta, tenemos, por ejemplo, el uso reciente del derivado anfetamínico *Metilfenidato* para el tratamiento de niños que sintomatizan e incluso se estimula el uso también entre adultos sanos, para obtener un mejor desempeño en los estudios, pruebas, concursos, etcétera. Esta sustancia, que puede producir dependencia y adicción, está indicada para niños con *trastornos hiperquinéticos*, diagnóstico en los cuales “*anormalidades constitucionales desempeñan un papel crucial en su génesis, pero el conocimiento de una etiología específica no existe por el momento*”, según está descrito en la página 256 de la clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento del CID - 10.

II- La medicina y lo cotidiano

En una investigación³ realizada con seis mil niños y adolescentes (entre 4 y 18 años de edad), en escuelas de 16 estados brasileños, [3] se constató que apenas el 23,7% de los niños que recibieron el diagnóstico de *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*, padecían realmente este trastorno. Se trata de un dato alarmante: el 75% de los niños y adolescentes brasileños que toman remedios para el déficit de atención no cumplen los criterios diagnósticos establecidos por el DSM IV. Discutibles criterios que se caracterizan por síntomas de impulsividad, desatención e inquietud.

El *DSM IV -Manual Americano de Diagnóstico de Trastornos Mentales-* y su equivalente, el *CID 10 -Clasificación Internacional de las Enfermedades-* son índices de la transformación del orden simbólico poniendo el énfasis en el trastorno y en la clínica de los psicofármacos, que desconoce el diagnóstico estructural y no reconoce al sujeto del inconsciente.

Si en estas clasificaciones se pone énfasis en el trastorno, podemos considerarlo como contingente y preguntar:

¿Ser distraído es una enfermedad? Un niño tiene derecho a estar distraído como parte de un proceso defensivo: no prestar atención en la escuela cuando se siente afectado por una situación conflictiva, merece reflexión y no, necesariamente, medicación.

¿La hiperactividad no es una condición propia de la infancia? (salvo cuando está asociada a determinadas condiciones patológicas). No debemos diagnosticar como TDAH -Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad- las conductas de los niños que quieren atención, movimiento, juego y hablar. Ellas no pueden ser detenidas con drogas psicotrópicas, que se transformaron en instrumento de disciplina en los colegios y en los hogares, sino a costa de su desarrollo físico, emocional e intelectual. [4]

¿Tener modificaciones del estado de ánimo (los altibajos de lo cotidiano), variando de la alegría a la tristeza, es ser bipolar? [5]

Todos sintomatizamos y sufrimos de algún tipo de "problema psicológico" -llamarlo problema impone una solución que no siempre pasa por la medicina. Hay un mal-estar social pero no todos son enfermos mentales. [6] El imperativo *obtener placer* es una construcción de la modernidad que obliga al sujeto al semblante de ser feliz y reprimir la reacción de tristeza frente a las pérdidas materiales y psicológicas. Cada uno debe encontrar los recursos simbólicos e imaginarios para dar cuenta de lo real de su existencia y no siempre se necesita de medicamentos. [7] Por ejemplo, la Tv puede servir de ansiolítico para un niño angustiado.

La causalidad de la enfermedad mental es multifactorial; [8] no hay una relación de causalidad explícita (una cosa causa a la otra), lo que no impide considerar que hay determinantes sociales para enfermar y también respuestas singulares. Desde que el psicoanálisis comenzó a aplicarse al abordaje y tratamiento de niños se sabe que la enfermedad del niño expresa la enfermedad de la familia: una nueva causalidad se impone más allá de la genética y de las lesiones cerebrales. Hay que indagar sobre los estímulos negativos que se producen en torno al niño, a partir de actitudes, conductas, discursos u omisiones de los propios padres, familiares o incluso los problemas con la educación escolar.

Un dato importante a observar también es que la hipertecnología viene modificando la relación médico-paciente y, en consecuencia, el concepto de enfermedad y la importancia de la consulta médica. En un trabajo académico reciente se observó que el 80% de los entrevistados, al ser indagados sobre el momento más importante de la consulta médica, lo consideró como tal el de la prescripción medicamentosa. Estamos en el tiempo de tomar una píldora y no usar la palabra para reflexionar sobre la existencia y la dimensión humana de la vida, que es imprevisible y manifiestamente no científica. La sobrecarga de pacientes, la consecuente falta de tiempo, más allá de una formación médica que separa el cuerpo de la mente, lleva a los profesionales a realizar diagnósticos apresurados y decidir por la prescripción de un psicofármaco en vez de escuchar al paciente.

Hay que considerar también que existe un beneficio secundario para los pacientes y familiares que son diagnosticados y medicados. Considerar que el problema es bioquímico, que es cerebral y necesita de un psicofármaco para controlarlo, exime al sujeto de responsabilidad, llevándolo a pensar: "... algo le pasa a mi cerebro... yo no tengo la culpa", tranquilizando de este modo al paciente, a la familia y ¿por qué no? al médico. [9]

Seguimos atentos y debemos oponernos a las políticas públicas que no atienden las exigencias contemporáneas de un tratamiento integral que contemple el concepto positivo de salud que *abarque recursos sociales y personales, más allá de las capacidades físicas y de los instrumentos terapéuticos convencionales.*

Sin embargo, estas consideraciones no impiden que la industria farmacéutica tenga una prescripción de más de 725 billones de dólares al año en el mundo y Brasil (12 billones) esté entre los diez mayores países de este continente. [10] Esta condición engendra una cuestión que no quiere callar: ¿estaríamos en la época en que hay una utilización generalizada, desmedida, contraindicada y perversa de la medicación, y en la que el medicamento se transformó en un objeto de consumo más? Este imperativo de consumo no deja de ser una

forma de desresponsabilizar al sujeto frente a la frustración y evitar hacerlo pensar y enfrentar la vida con la creatividad necesaria.

III- Palabras y Píldoras

La terapéutica, que incluye la psicofarmacoterapia, es la respuesta del progreso de la ciencia para dar cuenta de la disarmonía entre el sujeto y su angustiante incompletud, con la naturaleza y la inadecuación de la relación sexual.

La psiquiatría actual, cuyo marco es la psico-neuro-inmuno-endocrinología, se integra al campo de la ciencia, que interfiere sobre lo real, basándose en un saber pleno y comunicable. En consecuencia, la ciencia opera rechazando la dimensión subjetiva, que no puede ser objetivada ni cuantificada y –ahí está lo que tanto a Freud como a Lacan les llamó la atención: aquello que la ciencia rechaza, lo que resiste a la universalización del saber –la causalidad psíquica– retorna como síntoma y genera las crisis subjetivas.

Es sabido que los psicofármacos atraviesan varios campos: son químicos y actúan en un cuerpo biológico produciendo efectos psíquicos, se insertan en el orden científico-tecnológico y en la cultura. Entonces, cuando un medicamento actúa, lo hace en un organismo produciendo también efectos imaginarios y simbólicos –esto es lo que nos interesa. Lo cual implica, más allá del efecto real en el cuerpo biológico, preguntarnos por las fantasías que operan a partir de esos efectos. ¿Qué fantasea un niño cuando es medicado porque no le va bien en la Escuela?

La experiencia apunta a un intercambio posible entre la palabra y el fármaco: el uso de la palabra reduce el uso del fármaco. El uso aislado de la píldora opera en lo cuantitativo –la reducción sintomática– y no cualitativamente: el saber del sujeto sobre su síntoma. El psicoanálisis puede contribuir con el saber médico aportando la palabra y agregando al sujeto, por su propia percepción, un saber sobre su síntoma. Es un acto analítico dar la palabra al sujeto y colocar el saber de su lado.

El psicoanalista sabe que el medicamento es uno de los significantes amos de nuestra civilización y no puede negar que el fármaco actúa en lo biológico. Asimismo, se impone la noción de que el poder del remedio es del orden de lo posible y de lo eventual y nunca de lo indudable. La existencia del placebo revela que todo medicamento es inseparable de una acción subjetiva [11] – no hay cómo separar la píldora del sujeto. El placebo –que etimológicamente deriva de placer– es una sustancia que, por sí misma, carece de una acción terapéutica pero igualmente produce un efecto curativo en el paciente, si este la recibe convencido de que dicha sustancia posee realmente tal acción. Es una demostración inequívoca de que hay una acción subjetiva; es la insistencia del sujeto para probar su existencia allí donde fue excluido. [12] No se trata de engañar al sujeto con la píldora-placebo sino de que haya un efecto-sujeto.

Por otro lado, cuando usamos un fármaco activo, un antidepresivo por ejemplo, su acción “engaña” al sujeto en su relación con el sentimiento de la vida. Cuando el sujeto pierde su relación libidinal con la vida, el antidepresivo manda un mensaje que interfiere en el dolor de existir y altera la condición libidinal, como si el sujeto olvidase su infelicidad. [13] Esta construcción del psicoanálisis es una alerta para los médicos que prescriben un antidepresivo para tratar reacciones de tristeza, que son diferentes de las depresiones.

De este modo, el psicoanálisis no se opone a una prescripción correcta de los medicamentos; esta admite y hace del poder contingente de la píldora un auxiliar de la palabra, que posibilita trabajar con sujetos decididos. Como no todo es biológico ni todo es causado por el significante, hay patologías no reductibles al significante. [14] La idea de un determinismo biológico no excluye los efectos del inconsciente. Nuestro desafío es salir de esta alternativa binaria y tomar la prescripción de un medicamento, cuando es la indicada, en su relación con el discurso del psicoanálisis, para privilegiar la palabra.

La indicación de un fármaco concibe dos usos: el sintomático y el etiológico. El psicoanálisis, al entender que el síntoma está relacionado con las vivencias constitutivas del sujeto y su modo de gozar, no acepta el uso del psicofármaco para el tratamiento etiológico del síntoma –sería no comprender al cuerpo como desnaturalizado por el lenguaje. La medicación influye en la transferencia y tenemos que interrogar qué efectos tiene en la dirección de la cura. El médico húngaro Michael Balint, defensor intransigente de la relación médico-paciente, sabía de los poderes de la transferencia y alertaba a sus colegas: “antes que nada el medicamento es usted”. Quería decir que el terapeuta funciona, él mismo, como un medicamento reparador.

IV- Propuesta ética

A partir de estas ideas podemos considerar que:

Debemos apartarnos de la medicina cosmética que se propone atender las demandas de más bienestar y felicidad por fuera de la indicación terapéutica. [15]

Es preciso distinguir la evolución del tratamiento del sujeto que se apoya en un tratamiento con la palabra de aquel que se trata únicamente con psicotrópicos.

No hay cómo separar el psicofármaco del sujeto que lo utiliza. El efecto es particular para cada sujeto –no hay un efecto que sea igual para todos.

Hay una eficacia de los psicofármacos en el tratamiento de los síntomas de los trastornos mentales (que no impide su retorno), pero debemos tener en cuenta privilegiar el efecto de la palabra en el resultado terapéutico.

La cuestión no es de oposición o complementariedad, y sí, que el psicoanálisis, que se funda en la clínica del sujeto, pueda ofrecer un abordaje que distinga la singularidad del sujeto, acoja lo imposible de soportar e intervenga allí donde la psiquiatría se confronta con la dimensión subjetiva del paciente y observa que el psicofármaco no actúa.

Proponemos prácticas que consideren al sujeto como un ser hablante capaz de analizar su propio discurso y sus vacilaciones inconscientes, en busca de un tratamiento posible para el goce. El psicoanálisis considera el *uno por uno* en contrapartida al abordaje psicofarmacoterapéutico que es aplicado para todos indiferentemente y no respeta la singularidad del sujeto.

Esta propuesta se basa en un modelo ético que no considera el síntoma simplemente como consecuencia de una disfuncionalidad neuronal, que el recurso del instrumento-píldora no sea el único agente de transformación posible, y que la responsabilidad del sujeto frente a su síntoma no sea excluida.

Nuestra práctica clínica con psicóticos revela que no hay una incompatibilidad entre el uso de la palabra y de la píldora, y demuestra que hay una nítida diferencia entre los pacientes que se tratan apenas con psicofármacos, de aquellos otros que se benefician también del discurso del psicoanálisis. Nuestro desafío es salir de esta alternativa binaria, medicar o analizar y, cuando es necesario, tomar la prescripción medicamentosa en su relación con el discurso del psicoanálisis, concientes de que tratamos sujetos y no enfermedades.

NOTAS

* Traducido por Cecilia Parrillo y revisado por el autor.

1. Presentado originalmente en el Ier Seminario Bahiano Medicalización de la Educación y de la Sociedad.
2. Según la expresión, originada en los años 70, de Iván Illich en su libro *A expropriação da saúde: némesis da medicina* [La expropiación de la salud: némesis de la medicina], al alertar que la ampliación y extensión del poder médico minaba las posibilidades de las personas de lidiar con los sufrimientos y pérdidas de la propia vida, transformando los dolores de la vida en enfermedades. Según el autor, la vida estaría siendo medicalizada por el sistema médico que pretendía tener autoridad sobre las personas aún no enfermas,

sobre personas para las que no se podría racionalmente pretender cura alguna, y para personas con problemas para quienes los tratamientos prescritos por médicos tendrían resultados semejantes a los ofrecidos por los familiares más experimentados.

3. Estudio publicado (mayo 2011) en *Folha de São Paulo*.
4. Según Juan Pundik, en *Prozac, sim o não?*, p. 42.
5. O podemos pensar al síntoma como acontecimiento del cuerpo: una palabra es dicha y el niño queda sometido a un horror particular.
6. Tenemos que estar atentos a las revisiones crecientes del C.I.D. (DSM en EEUU), que corre el riesgo de considerar que cualquier conducta humana puede ser diagnosticada, tratada y medicada. En 1968 el DSM-I describía 119 conductas diagnosticadas mientras que el DSM-IV ya contiene 886. ¿La inexistencia de biomarcadores no debería hacer concluir que las enfermedades mentales no tienen causas biológicas o somáticas?
7. Tenemos que considerar que hay enfermedades importantes en las cuales el medicamento no funciona; por ejemplo en la paranoia y el autismo.
8. La hipótesis bioquímica para la depresión (déficit de dopamina/serotonina) tiene el mismo valor que, al constatar los efectos de la aspirina, proponer que la fiebre es causada por la ausencia de esta sustancia. Sobre el diagnóstico, el psiquiatra Peter Kramer (USA, *Escuchando al Prozac*), dice "No sé muy bien de qué se trata pero si el paciente respondió bien a un antidepresivo, entonces era un deprimido".
9. Pundik, *Prozac, sim ou não?*, p. 69.
10. Datos de 2008.
11. Laurent, E., "Como engolir a pílula?", *Clique* -Revista de los Institutos Brasileños de Psicanálisis del Campo Freudiano-, N° 1, abril 2002. [Em español: "¿Cómo tragarse la píldora?", *Ciudades analíticas*, Tres Haches, Buenos Aires, 2004.]
12. Berkeman, J., "Acerca del efecto placebo", *Usos actuales de la clínica*, EOL/Paidós, Bs. As., 2001.
13. Según Eric Laurent, en *Clique* N° 1, *op. cit.*
14. Según Márcio Peter de Souza Leite, "Instantâneo: Palavras e Pílulas" ["Instantáneo: Palabras y Píldoras"], en *Clique* N° 1, *Íbid.*
15. Advertencia de Eric Laurent en "Como engolir a pílula?" ["Cómo tragarse la píldora?"], en *Clique* N° 1, *op. cit.*

BIBLIOGRAFÍA

- Bermudez, J. A. Z.; Bonfim, J. R. A. (org.), *Medicamentos e a reforma do setor saúde*, Hucitec/Sobravime, São Paulo, 1999.
- Bonfim, J. R. A.; Mercucci, V. L. (org.), *A construção da política de medicamentos*, Hucitec, São Paulo, 1997.
- Pundik, J., *Prozac, sim ou não?*.
- Kramer, P., *Escutando ao Prozac*.
- *Clique* -Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano-, N° 1, abril 2002.