



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Psicofarmacología Cosmética y Subjetividad: Experiencias de uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos en Montevideo

Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica

Autora:

Lauren Predebon

Directora de Tesis y Directora Académica:

Prof. Tit. Dra. Andrea Bielli

Montevideo - Uruguay

Diciembre de 2022

Agradecimientos

Agradezco a todas y todos que estuvieron a mi lado ayudando en la realización del presente trabajo. Gracias a mi tutora Prof. Tit. Dra. Andrea Bielli por acompañarme, habilitarme e inspirarme, por su lectura atenta y por sus señalamientos precisos y perspicaces. Gracias por integrarme al grupo de investigación y por todo lo que me has enseñado sobre investigar en la academia. Gracias a las integrantes del grupo de investigación, por los intercambios, compañerismo, fuerza y ayuda. Gracias a los y las integrantes del tribunal Prof. Dr. Jorge Chávez, Prof. Dra. Adriana Molas, Prof. Dra. Laura López y en especial al Prof. Dr. Amadeu Weinmann, de quien aprendí mucho cuando fui estudiante de grado en la UFRGS. Las discusiones propuestas en sus clases de psicopatología y psicoanálisis plantaron la semilla de este trabajo, y espero hacerles justicia. Gracias a las y los participantes entrevistados por la generosidad con la que compartieron sus experiencias conmigo y por lo que me enseñaron sobre este tema. Gracias a mis compañeras/os de maestría, por el compañerismo y amistad en estos años de jornada. Gracias a mis compañeras/os y amigas/os docentes que me inspiraron, apoyaron e incentivaron en esta trayectoria. Gracias a mi familia, por darme la vida, por amarme incluso cuando no nos dan los tiempos y por haberme incentivado siempre a estudiar. Gracias a Guille, mi compañero de vida, por caminar conmigo. Gracias a mis amigas y amigos de la vida, por siempre estar. Gracias a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por el apoyo financiero a mi formación y a la elaboración de esta tesis como producto del trabajo realizado¹.

¹ La investigación que da origen a los resultados presentados en la presente publicación recibió fondos de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación bajo el código **POS_NAC_2018_1_152249**

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues ¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? Que conozca bien la espiral a la que su época lo arrastra en la obra continuada de Barrel, y que sepa su función de intérprete en la discordia de los lenguajes.

J. Lacan. Función y campo de la palabra.

El programa que nos impone el principio de placer, el de ser felices, es irrealizable; empero, no es lícito — más bien: no es posible — resignar los empeños por acercarse de algún modo a su cumplimiento. Para esto pueden emprenderse muy diversos caminos, anteponer el contenido positivo de la meta, la ganancia de placer, o su contenido negativo, la evitación de displacer. Por ninguno de ellos podemos alcanzar todo lo que anhelamos. Discernir la dicha posible en ese sentido moderado es un problema de la economía libidinal del individuo. Sobre este punto no existe consejo válido para todos; cada quien tiene que ensayar por sí mismo la manera en que puede alcanzar la bienaventuranza.

S. Freud. El malestar en la cultura.

Resumen

La expansión del uso de psicofármacos en las últimas décadas ha incluido diferentes modalidades de consumo, no siempre conectadas a una patología; es en ese marco que emerge el concepto de psicofarmacología cosmética, definida como el uso de un psicofármaco para que una persona que no está enferma se sienta mejor de lo que está. Un ejemplo de uso cosmético es el consumo de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos, es decir, desconectado de sus indicaciones oficiales (el tratamiento del TDAH y la narcolepsia) con el objetivo de mejorar capacidades cognitivas como la atención y la memoria. La literatura describe una asociación entre el uso de esos fármacos y la búsqueda de performance en el estudio y en el trabajo, invitando a indagar acerca de sus relaciones con formas actuales de experiencia y subjetividad. De esa forma, esta tesis se propuso a abordar el uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos en adultos en Montevideo. Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad a 15 adultos residentes en Montevideo que han utilizado psicofármacos estimulantes, como medio de explorar motivos, circuitos y redes de circulación, percepción de riesgo y beneficio, modos de uso y relaciones entre los psicofármacos estimulantes y otras sustancias, así como las relaciones entabladas entre estimulantes, estilo de vida y cultura y las lógicas y significaciones asociadas al consumo. Si bien algunos entrevistados asociaron el consumo de psicofármacos estimulantes a un diagnóstico de TDAH, se observó asimismo la persistencia de características en común con relatos en los que no hubo una indicación médica, permitiendo indagar acerca de la controvertida frontera entre tratamiento y mejoramiento. Con el trabajo realizado, se busca contribuir al ámbito de la psicología clínica con el mapeo, aunque contingente e incompleto, de líneas por las cuales los sujetos se desplazan en la actualidad, ampliando la escucha a problemáticas contemporáneas. A la vez, se espera aportar elementos para pensar nuestra praxis y apuntar a la construcción de prácticas éticas en un escenario en constante cambio.

Palabras-clave: psicología clínica; psicofarmacología cosmética; mejoramiento cognitivo

Abstract

The expansion of psychopharmaceutical use in recent decades has encompassed various forms of consumption, not always connected to pathology. It is within this context that the concept of cosmetic psychopharmacology emerges, defined as the use of a psychopharmaceutical by a non-ill individual to enhance their well-being. An example of cosmetic use is the consumption of stimulant psychopharmaceuticals as cognitive enhancers, detached from their official indications (the treatment of ADHD and narcolepsy), with the aim of improving cognitive abilities such as attention and memory. The literature describes an association between the use of these drugs and the pursuit of performance in studying and working, prompting investigation into their relationships with current forms of experience and subjectivity. Thus, this thesis aims to address the use of stimulant psychopharmaceuticals as cognitive enhancers in adults in Montevideo. To achieve this, in-depth interviews were conducted with 15 adult residents of Montevideo who have used stimulant psychopharmaceuticals, as a means to explore motives, circuits and networks of circulation, risk and benefit perception, modes of use, and the relationships between stimulant psychopharmaceuticals and other substances, as well as the connections between stimulants, lifestyle, culture, and the logics and meanings associated with consumption. While some interviewees associated the use of stimulant psychopharmaceuticals with a diagnosis of ADHD, common characteristics were also observed in accounts where there was no medical indication, allowing for an inquiry into the controversial boundary between treatment and enhancement. Through this work, the aim is to contribute to the field of clinical psychology by mapping, albeit contingently and incompletely, the paths along which individuals navigate in the present, expanding the understanding of contemporary issues. Additionally, it is expected to provide insights for reflecting on our praxis and aiming towards the construction of ethical practices in an ever-changing landscape.

Keywords: clinical psychology; cosmetic psychopharmacology; neuroenhancement

Índice

1. Introducción	9
1.1. Psicofarmacología Cosmética: El “lado B” de los psicofármacos	10
1.2. Mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos estimulantes: ¿Una novedad?	12
1.3. ¿Qué efectos produce el uso de psicofármacos estimulantes?	18
1.4. Problema de Investigación	19
1.5. ¿Por qué Montevideo?	19
1.6. Preguntas de investigación	23
1.7. Objetivos de Investigación	23
1.8. Metodología	24
2. Subjetividad: Estar a la altura de nuestro tiempo	30
2.1. Subjetividad y Sujeto	30
2.1.1. Sujeto Farmacéutico	32
2.1.2. Sujeto Cerebral	33
2.1.3. Sujeto Neoliberal	35
2.1.4. Sujeto Posthumano	36
2.2. Tecnocuerpo Farmacéutico	37
3. Uso de estimulantes como mejoradores cognitivos en adultos	40
3.1. Perspectiva internacional a principios del siglo XXI	40
3.2. Perspectiva en América Latina	44
4. Mejoramiento Cognitivo: La experiencia Montevideana	50
4.1. Motivos de uso	50
4.2. Circuitos y redes de circulación	54
4.2.1. Formas de inicio de consumo	54
4.2.2. Modos de obtención	57
4.3. Percepción de riesgo y de beneficio	59
4.3.1. Beneficios	59
4.3.2. Riesgos	61
4.3.3. Riesgo versus beneficio	63
4.4. Modos de uso	68
4.5. Relaciones entre los psicofármacos estimulantes y otras sustancias	71

4.5.1. Intensidad, velocidad y duración del efecto	71
4.5.2. Complementariedad con otros fármacos	73
4.5.3 Incidencia del uso de otras sustancias en la decisión de consumo del estimulante	74
4.5.4. Socialización en el consumo	75
4.5.5. Control sobre el consumo de estimulantes	76
4.5.6. ¿Droga o medicamento?	76
5. Estimulantes, estilo de vida y cultura: Significaciones y lógicas asociadas al consumo en Montevideo	80
5.1. La vorágine del estudio, del trabajo y del poco tiempo	81
5.2. No soy un robot	85
5.3. Modafinilo Social Club	88
5.4. Soy un cerebro, Watson	93
6. Discusión	98
7. Conclusiones	101
Referencias Bibliográficas	106

Índice de tablas

Tabla 1 - Presentaciones comerciales de fármacos estimulantes en Uruguay	23
Tabla 2 - Caracterización de la muestra	27

1. Introducción

El inicio de la psicofarmacología moderna, ubicado en los años 1950, ha cambiado los modos de relacionamiento de los sujetos con el dolor, el sufrimiento, el placer, el goce y los ideales. Intervenir sobre uno mismo a través del consumo de sustancias psicotrópicas es una práctica que no está exenta de contradicciones, si bien se encuentra ampliamente diseminada en la actualidad. Consumir psicofármacos para dormir, para despertar, para trabajar, para ser feliz: ¿qué revela acerca del sujeto y sus modos de vida actuales? Pregunta fundamentalmente clínica que se juega en el terreno de la singularidad; asimismo, atravesada por una multiplicidad de movimientos subjetivos que plasman en la cultura algo de lo íntimo, y que será captado, entendido, procesado y devuelto por influyentes fuerzas anónimas como las políticas públicas en salud, el marketing farmacéutico, las reglas implícitas de los locales de trabajo y estudio, modificando las formas de ser y estar como sujetos. Así, el consumo de psicofármacos deja sus huellas en la realidad discursiva de las experiencias subjetivas y, más que resolver el sufrimiento, al menos hasta el momento, crea nuevas formas de sufrir que ameritan ser escuchadas desde una posición clínica revisada.

Desde esa perspectiva, esta tesis se escribe a partir de reflexiones e indagaciones suscitadas a partir del estudio de los psicofármacos y sus implicaciones para la psicología clínica: qué dice del sujeto, cómo lo afecta y constituye algo a la vez tan exterior y delimitado como una pastilla, que luego es consumida y disuelta en la carne propia. Para eso, esta tesis se enfoca en el estudio de la categoría específica de los psicofármacos estimulantes - incluyendo el metilfenidato (Concerta®, Ritalina®), el modafinilo (Carim®, Activigil®, Movigil®), la atomoxetina (Abretia®), entre otros - y del uso como "mejoradores cognitivos" (*neuroenhancers*). Se trata de una práctica particularmente interesante pues imprime cierta distancia en relación al tratamiento de un trastorno mental, apuntando a una versión alternativa del uso de los fármacos buscando mejorar funciones cognitivas, con frecuencia para fines de estudio y trabajo. Asimismo, esa práctica se revela analizadora privilegiada de situaciones que interrogan al estilo de vida del sujeto en la actualidad y a la posición subjetiva de quienes le hacen frente. De esa forma, esta tesis es también una invitación a reflexionar acerca de prácticas cotidianas, tan banales cuanto naturalizadas, pero sólidas a punto de constituir pilares fundamentales de ciertos valores que mantienen la cohesión social: trabajar, estudiar, rendir.

1.1. Psicofarmacología Cosmética: El “lado B” de los psicofármacos

“*Study drugs*” [drogas del estudio] (Sussman et al., 2006), “*smart pills*” [pastillas inteligentes] (Smith y Farah, 2011), “*academic doping*” [doping académico], “*viagra for the brain*” [viagra para el cerebro] (Lucke et al., 2011), “*as common as coffee*” [comunes como el café] (Partridge et al., 2011): a principios del siglo XXI, el uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos² ha dado lugar a una serie de metáforas que indican el lugar que han venido a ocupar en la cultura. En dichas metáforas no se constata una referencia a un trastorno mental, pero sí a actividades y ámbitos cotidianos (como el estudio y la academia), la comparación con otras sustancias potenciadoras (como el viagra y el café) y a la inserción de los psicofármacos en la serie *smart* (*smart pills*, *smart phones*, *smart watches*, *smart TV*...) que conforman y sostienen la vida contemporánea. Así, la condición de medicamento, en tanto “sustancia que sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta” (RAE, s/f) se encuentra tensionada por usos alternativos otorgados por los sujetos a los fármacos.

La práctica de mejoramiento cognitivo es considerada un ejemplo de práctica de psicofarmacología cosmética (Bekinschtein, 2018, p. 16), siendo esta definida como el uso de un psicofármaco para que una persona que no está enferma se sienta mejor de lo que está (Stolerman, 2010, p. 360). La primera mención del término es atribuida al psiquiatra norteamericano Peter Kramer en *Escuchando al Prozac*, de 1993 (Elliott, 2007, p. 177), y está referida al gran éxito de la fluoxetina, uno de los primeros antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) que acarreó importantes reflexiones acerca de qué uso se da a los psicofármacos, con cuáles expectativas y con qué resultados.

A la vez, el hecho de que el término psicofarmacología cosmética se haya formulado en los años 1990 no significa que ese tipo de prácticas haya empezado allí. En realidad, se podría argumentar que la psicofarmacología cosmética se ha practicado desde los inicios de la psicofarmacología moderna. Healy (2019) argumenta que la psicofarmacología cosmética, tal cual es ilustrada en los ejemplos utilizados por Kramer (1993), era floreciente ya en los años 1940 y 1950 cuando un gran número de personas, particularmente mujeres, se encontraban consumiendo anfetaminas, que en ese momento eran psicofármacos legales. Las anfetaminas eran, según Healy, tan específicas en su modo de acción cuanto el Prozac (o sea, no mucho), y propiciaban experiencias subjetivas comparables a aquellas que intrigaron y preocuparon a Kramer. La extensión del uso de psicofármacos entre mujeres

² “Mejoradores cognitivos” es la expresión adoptada en esta tesis para el término en inglés *neuroenhancement*. La bibliografía disponible no indica un consenso en la traducción del término, aunque “mejoradores cognitivos” pareciera ser la traducción más utilizada.

llegó a valerles el apodo de "pequeño ayudante de mamá", tanto en relación al uso de tranquilizantes en los años 1960 (Metzl, 2003) como el uso de metanfetamina en el posguerra para, como escribe Pine (2007, p. 357), mantener la cabeza en alto, el trabajo doméstico al día y el cuerpo atractivo. La canción *Mother's Little Helper* (Jagger y Richards, 1966)³ interpretada por los *Rolling Stones* oficia de testimonio de que lo que Kramer describiría décadas más tarde como psicofarmacología cosmética, que ha sido, en realidad, el "lado B"⁴ de la historia de los psicofármacos. Si es así, ¿habría alguna razón para que Kramer acuñara el término "psicofarmacología cosmética" en 1993 y que eso tuviera alguna relevancia?

Es posible enumerar algunas razones para eso. Primero, cabe destacar el aumento sustancial en las ventas de psicofármacos en Estados Unidos, desde donde escribe Kramer, en el final de la década de 1980 e inicio de los años 1990. Rosenheck (2005, p. 468) califica ese aumento como dramático y lo atribuye a la ascensión "meteórica" de dos clases de medicamentos: los antidepresivos ISRS y los antipsicóticos atípicos, usados en casos de esquizofrenia. Según el autor (2005, p. 468), el Prozac (fluoxetina), aprobado por el FDA en 1987, habría alcanzado 12 mil millones de dólares en ventas en 2001, contra 4.1 mil millones de los antipsicóticos atípicos. Para Kramer, la expansión del uso se debió a que estos medicamentos poseen menos efectos indeseados que sus antecesores y también al uso por personas que anteriormente no hubiesen consumido psicofármacos. A la vez, el autor destaca que el advenimiento de programas de salud *managed care* en Estados Unidos en los años 1980 que limitaban el reembolso de psicoterapias, contribuyó a impulsar los tratamientos psicofarmacológicos.

Por otro lado, los tranquilizantes, considerados *wonderdrugs*⁵ en las décadas precedentes, a fines de los años 1980 se encontraban involucrados en grandes polémicas. Un ejemplo es el caso del Halcion (flunitrazepam), fármaco implicado en el juicio de la norteamericana Ilo Grundberg, quien en 1988 asesinó a su madre bajo el efecto de esa medicación (Gabe y Bury, 1996). No solo Grundberg fue absuelta, sino que los posteriores desarrollos del caso llevaron a que la sustancia, un gran éxito comercial, llegara a ser transitoriamente prohibida en países de alto consumo como Inglaterra.

³ *Mother needs something today to calm her down / And though she's not really ill, there's a little yellow pill / She goes running for the shelter of her mother's little helper / And it helps her on her way, gets her through her busy day.* (Hoy una madre necesita algo que la tranquilice / y aunque no esté realmente enferma, hay una pequeña pastilla amarilla / ella corre al refugio del 'pequeño ayudante de mamá' / y esto la ayuda a sobrellevar su día atareado)

⁴ Se utiliza la expresión "lado B" en el sentido de analogía al empleo por la industria de la música en cuanto a los discos de vinilo, en que el "lado A" generalmente contenía las canciones más prestigiosas, mientras el "lado B" incluía grabaciones secundarias que recibían menos atención. Es, así, una contracara menos promocionada sin embargo presente.

⁵ Expresión que significa "droga maravillosa", utilizada especialmente en países anglosajones para designar a los fármacos que adquirieron amplias proporciones de comercialización y consumo, siendo considerados en su momento prácticamente panaceas.

Pero la promesa del Prozac era distinta. Mientras los tranquilizantes inducían el sueño, el Prozac proporcionaba ánimo para la vida cotidiana. Fukuyama (2002, p. 51), por ejemplo, plantea que el Prozac era fuertemente prescrito a mujeres deprimidas con baja autoestima y les proveía de un sentimiento de “macho-alpha” asociado a altos niveles de serotonina. Para Kramer (1993), los ISRS eran “medicamentos feministas” en el sentido de que liberaban y empoderaban a las mujeres. El autor destaca que aún no se tenía experiencia suficiente acerca de los efectos indeseados de largo plazo del nuevo ISRS como sí la había para los tranquilizantes, y los impresionantes relatos de consumidores del Prozac contribuyeron al éxito del nuevo fármaco. El propio libro de Kramer, aunque expuso importantes cuestionamientos al Prozac, fue considerado por algunos autores como factor que colaboró a la divulgación de ese fármaco (Fukuyama, 2002). El Prozac se convirtió en un éxito comercial y cada vez más personas querían consumir la “pastilla de la felicidad”, en muchos casos, de forma cosmética.

Así, el éxito del Prozac marca el inicio del reconocimiento y estudio de un fenómeno que pasa a ser nombrado como “psicofarmacología cosmética”. A continuación, se abordará una particular práctica enmarcada en la psicofarmacología cosmética: el mejoramiento cognitivo.

1.2. Mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos estimulantes: ¿Una novedad?

En línea con lo expuesto anteriormente, resulta interesante pensar cómo el uso de psicofármacos de forma cosmética pasa a formar parte de las prácticas que buscan mejorar las funciones cognitivas. A fines de los años 1990 e inicio de los años 2000, esas prácticas empiezan a aparecer en la bibliografía anglosajona denominadas como *neuroenhancement*, término que ha sido traducido como “mejoramiento cognitivo”, “potenciamiento cognitivo”, “mejoramiento cerebral”, “neuromejora”, “neuromejoramiento” o “neuropotenciamiento”. No se identifica un consenso acerca de la traducción de ese neologismo al español, en parte quizás porque pareciera que se trata de una práctica que se identifica y estudia primero en países de habla inglesa. En Latinoamérica se ha publicado relativamente poco al respecto, siendo la literatura aún incipiente. En este trabajo, se adopta como traducción el término “mejoramiento cognitivo”, debido a que esta es la traducción más utilizada.

Es importante notar que el mejoramiento cognitivo no nace o deriva de la psicofarmacología cosmética observada por Kramer en los años 1990. En sí, los intentos de mejorarse a uno mismo son tan antiguos como la humanidad misma, como dicen Schöne-Seifert y Talbot (2010), y probablemente sea todo lo que hemos estado haciendo desde que nos bajamos de los árboles, como afirma Greely (*HMS Center for Bioethics*, 2015, 36m00s). Para él, el más importante mejorador cognitivo ha sido la lectoescritura;

nada ha hecho más por nuestra memoria. Asimismo, las experiencias con la cocaína (Karch, 2006; Freud, 1884 [2004]) y con las anfetaminas (Rasmussen, 2008), aunque hoy sean de comercialización ilegal, también han cumplido objetivos similares desde antes de la introducción de los psicofármacos modernos en la década de 1950. Así, lo que la psicofarmacología moderna hace es ofrecer una nueva herramienta para realizar ese objetivo ancestral y actual, a la luz de una cultura específica.

Es posible, así, que el mejoramiento cognitivo haya tenido siempre un rol más protagónico en las prácticas de uso de psicofármacos de lo que hoy parecería, con importantes perspectivas a futuro. Un indicio en ese sentido es el artículo de Klerman (1974), quien en ese momento trabajaba en la Escuela de Medicina de Harvard y en 1977 asumiría el cargo de Jefe de la Administración de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental de la gestión de Jimmy Carter (Keller, 1992). En ese artículo, Klerman clasifica a los psicofármacos en tres grupos utilizando como criterio sus propósitos. Esos grupos son: agentes terapéuticos, fármacos utilizados para propósitos no terapéuticos (recreativos o de disfrute personal) y fármacos para mejorar la performance y las capacidades cognitivas. Sobre estos últimos, refiere:

Although, at the present time, there are relatively few drugs which have demonstrated capacity to enhance performance, this area probably represents the future scope of psychotropic drugs. Currently, drugs such as caffeine, and at times amphetamines, are used to counter fatigue and to alter the decrement of performance associated with drowsiness. The hope for the future is to develop drugs which will enhance normal performance by improving memory, learning, sexual ability and intellectual functioning. (1974, p. 82)⁶

A su vez, cabe considerar algunos acontecimientos de los años 1990 como decisivos para pensar las prácticas actuales de mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos, debido a los giros discursivos que impulsaron. Un primer giro a destacar tiene que ver con una nueva relación de los sujetos con los psicofármacos derivada de cierto grado de desestigmatización del consumo. Se puede indicar como uno de los grandes facilitadores de ello la habilitación en 1997 en Estados Unidos de la publicidad directa al consumidor (DTC, o *direct to consumer*) de medicamentos controlados. Como señala Achamallah (2011, p. 4), dichas publicidades han impactado significativamente la relación entre médicos y pacientes. Según la autora, los defensores de la publicidad DTC argumentaban que se trata de un vehículo de información a los consumidores que los posiciona en un terreno de mayor

⁶ Aunque, en el presente, relativamente pocos fármacos poseen una demostrada capacidad de mejorar la performance, esta área probablemente representa el futuro ámbito de actuación de los psicofármacos. Actualmente, fármacos como la cafeína, y por veces las anfetaminas, son utilizados para contrarrestar la fatiga y alterar la disminución de la performance asociada a la somnolencia. La esperanza para el futuro es la de desarrollar fármacos que mejorarán la performance normal a través de la mejora de la memoria, del aprendizaje, de las habilidades sexuales y del funcionamiento intelectual.

igualdad con los médicos; sin embargo, en realidad, la información publicada es generalmente incompleta e inadecuada para la toma de decisiones sobre el tratamiento. A la vez, señala ella, las demandas de los pacientes han presionado a los médicos a realizar prescripciones que pueden no resultar terapéuticas o para las cuales el riesgo supera los beneficios, especialmente en casos en que no hay una indicación farmacéutica clara. Por otro lado, Achamallah observa que, debido al alcance de esas publicidades, las mismas terminan anunciando imprecisiones acerca de los trastornos mentales, enfocándose en factores biológicos e ignorando factores psicosociales. Asimismo, afirma ella, algunas campañas llegan a promover nuevas categorías diagnósticas en un intento de generar nuevos nichos de consumidores, sugiriendo que cualquier persona puede estar padeciendo un trastorno mental y que debe medicarse. Para la autora, mientras en algunos casos eso puede ser así, dichas publicidades retratan personas lidiando con eventos de la vida cotidiana y experimentando reacciones normales, sugiriéndoles que lo que ellos están sintiendo puede ser patológico.

Uno de los diagnósticos que prosperó en ese marco fue el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), estrechamente vinculado a los psicofármacos estimulantes como tratamiento. Según Rose (2006, p. 472), el TDAH se ha convertido en el más controvertido trastorno límite entre lo normal y lo patológico. El autor destaca que es muy conocido el hecho de que se diagnostica más frecuentemente en Estados Unidos que en otros lugares, sugiriendo que se trata en realidad de lo que los antropólogos llaman "síndromes psiquiátricos culturales"⁷. El autor refiere que en la década de 1990 la tasa de prescripción de psicofármacos estimulantes en Estados Unidos aumentó ocho veces. A modo de comparación, de acuerdo con Rose (2006, p. 473), en 2003, se estimó que un 17% de los escolares en el estado de Virginia, Estados Unidos, fueron diagnosticados con TDAH, mientras en el Reino Unido, una encuesta realizada en el año 2000 arrojó una prevalencia de 1,4% de TDAH en esa población (2006, p. 473). Por su parte, Caliman (2006, pp. 84-87) relaciona el "acontecimiento TDAH" en Estados Unidos en la década de 1990 a estadísticas económicas basadas en los costos médicos y sociales del trastorno y relacionados a la dinámica de las sociedades de seguridad en que los peligros deben ser anticipados y controlados. En esa década, plantea la autora, se vio una proliferación de crímenes de agresión e impulsividad que parecían estar relacionados a una incapacidad de autocontrol. Caliman señala que ese contexto impulsa la creación y la legitimación del TDAH, y que en la lógica del riesgo, el TDAH se caracteriza por la impulsividad, la hiperactividad y la desatención, pero además constituye una "protopatología", vinculada al desarrollo de futuros

⁷ Según el Diccionario de Psicología de la APA (s/f), los "síndromes psiquiátricos culturales" constituyen un patrón de enfermedades mentales que es único a una etnia específica o población cultural y no conforma las clasificaciones standard de los desórdenes psiquiátricos.

problemas médicos, sociales y económicos. Es así que, recuerda la autora, en 2004 el TDAH es reconocido como uno de los problemas más graves e importantes de salud pública en Estados Unidos. La amplia diseminación de ese diagnóstico, aliada a una creciente demanda cultural por rendimiento y un discurso moral de prevención de problemas económicos y sociales, pone en cuestión las fronteras entre el consumo de psicofármacos considerado como tratamiento y el uso como mejoramiento cognitivo.

En ese sentido, Jenkins (2011, p. 20) observa que la publicidad directa al consumidor en Estados Unidos ha llevado a un notable y peculiar desarrollo psicopolítico: que la toma de decisión respecto a la ingesta de medicación sea un tema de "decisión personal". En ese caso, continúa ella, la intermediación médica puede llegar a ser un inconveniente o un obstáculo al *ethos du jour*: que la química cerebral no solo puede sino que debe ser regulada. Sumado a eso, los más jóvenes aseveran que ellos mismos son sus mejores farmacólogos (Harmon, 2005, como en Jenkins, 2011, p. 20). Para aquellos que sí consultan y reciben la prescripción - y acá es interesante el ejemplo referido por la autora - los síntomas de TDAH son por momentos presentados como medios para obtener "drogas de la inteligencia" como Adderall® (sales de anfetaminas) o Provigil® (modafinilo) para estudiantes universitarios demasiado comprometidos que sienten la necesidad de mejoramiento o incluso del mantenimiento básico de la performance (Talbot, 2009, como en Jenkins, 2011, p. 20).

Otro giro discursivo impulsado en la década de 1990 tiene que ver con el foco cada vez más puesto en lo cerebral. En ese sentido, también en Estados Unidos, se declaró a los años 1990 la "Década del Cerebro", patrocinada por la Biblioteca del Congreso (LC) y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). Si la psiquiatría puede ser entendida, de acuerdo con Pickersgill (2010), como un péndulo que oscila entre *psiché* y soma, encontramos que en esa década el péndulo se movió hacia su polo somático. Así, la Década del Cerebro fue celebrada como una década de progresos, según evalúa la revista *Nature (Celebrating a decade of progress, 1999)*: "The Decade of the Brain proclamation was not itself a funding allocation, but rather an exercise in public awareness, intended to create a climate in which neuroscience would prosper—as it has, not just in the US, but worldwide" [la proclamación de la Década del Cerebro no fue en sí misma una asignación de fondos, sino un ejercicio de concientización pública, con el objetivo de crear un ambiente en el cual las neurociencias prosperasen — como lo han hecho, no solo en los Estados Unidos, sino en el mundo] (1999, p. 487). El prefijo "neuro" pasó entonces a conformar cada vez más los más variados neologismos - *neurocoaching*, *neuromarketing*, neurofinanzas, neuroarquitectura, *neuromanagement*, neuroeducación, etc - confiriendo al mismo tiempo un aire científico y *cool* a nuevas y viejas prácticas repaginadas. A la vez, el interés del público general y la

producción científica alrededor del *neuroenhancement* prosperó en ritmo acelerado en las décadas subsiguientes.

Un tercer giro discursivo puede ser asociado a la profundización del modelo económico neoliberal y sus impactos en un mercado de trabajo cada vez más oscilante y con menos garantías, en el cual el esfuerzo individual ilimitado adquiere un valor cada vez más decisivo para mantenerse a flote. Deleuze (1990[2006], p. 2) observaría algunos movimientos estructurales en ese sentido. Para el autor, el paso del modelo fabril al modelo empresarial "instituye entre los individuos una rivalidad interminable a modo de sana competición, como una motivación excelente que contrapone unos individuos a otros y atraviesa a cada uno de ellos, dividiéndolo interiormente". Así, señala, el control ya no se ejercería externamente al sujeto, como en las sociedades disciplinarias, sino que corresponde al sujeto tomar las medidas necesarias para dar cuenta de su inserción; se configura un nuevo juego de poder, en que la tónica pasa del "estar empleado" al "ser empleable". El control adquiere formas cada vez más sutiles y afianzadas en deseos que, influenciados por prácticas de *marketing* y motivación, los sujetos pasan a reconocer como suyos. En esa línea, Byung-Chul Han (2012) observa un afianzamiento de la responsabilización de los sujetos por su éxito y fracaso, más allá del deterioro de las condiciones laborales, que ha incurrido en un cambio del imperativo de "deber" a otro de "poder" en el marco de una creciente presión por rendimiento. Así, Antunes (2018, p. 16) refiere un "privilegio de la servidumbre" en el que, debido a la precarización estructural del trabajo, el enfermar, el padecer, la tercerización, la desregulación y el acoso parecen ser más la regla que la excepción.

En ese contexto, se puede leer entrelíneas cómo los psicofármacos logran afianzarse como forma de aumentar el control sobre uno mismo. Para Byung-Chul Han (2012, p. 45), el incremento en el uso de fármacos es una forma de paliar los efectos de lo que concibe como una nueva organización social, en la cual una "sociedad de rendimiento" se convierte paulatinamente en una "sociedad de dopaje" (p. 45). El autor propone que el término *neuroenhancement* reemplaza a la expresión negativa "dopaje cerebral", y destaca que incluso científicos serios argumentan que es prácticamente una irresponsabilidad no hacer uso de tales sustancias: por ejemplo, un cirujano que opere más concentrado, por obra de los psicofármacos estimulantes, cometerá menos errores y salvará más vidas. Por eso, observa que la mera prohibición no impide la tendencia de que no solo el cuerpo, sino el ser humano en su conjunto se convierta en una "máquina de rendimiento" cuyo objetivo consiste en funcionar sin alteraciones y maximizar el rendimiento. Funciones cognitivas como la atención y la memoria se convierten en activos en esta conformación social, y la posibilidad de expandirlas se vuelve no solo una forma de incrementar la remuneración, sino también

en un requisito para mantenerse empleable. Pasa a ser, cada vez más, una cuestión de supervivencia.

Así, la cuestión no es si los estimulantes van o no a lograr constituirse como herramienta para sostener la dinámica social instalada, porque los mismos ya se encuentran en esa posición de formas más o menos asentadas en diversos lugares. Eso se produce en el marco de un momento histórico en que se habla de farmaceutización⁸ (Abraham, 2010; Williams et al., 2011), "Pharmocracia"⁹ (Sunder Rajan, 2017) e incluso "Pharmageddon"¹⁰ (Healy, 2012) para designar y subrayar la dominancia de los productos farmacéuticos en la vida cotidiana actual. Asimismo, Lakoff (2005) alega una "razón farmacéutica" como lógica subyacente a la intervención farmacológica en la psiquiatría biomédica. Finalmente, Martin (2015) refiere a la comercialización de "neurofuturos"¹¹ en la cual la expectativa de injerencia sobre el sujeto entendido como entramado neuronal y su respectiva exploración comercial tiende al crecimiento.

⁸ Según Williams et al. (2011, p. 710), la farmaceutización es entendida en términos de seis dimensiones: i) la redefinición o reconfiguración de "problemas" de salud como posible de solución farmacológica; ii) cambios en la gobernanza; iii) mediación; iv) la creación de nuevas identidades tecno-sociales y la movilización de pacientes o grupos de usuarios en torno a medicamentos; v) el uso de fármacos para propósitos no médicos y la creación de nuevos mercados consumidores y vi) innovación farmacológicas y colonización de los futuros de la salud.

⁹ Sunder Rajan (2017, p. 5) crea el término "Pharmocracy" para referirse al régimen global de hegemonía de la industria farmacéutica multinacional, y describe las formas en que opera la industria farmacéutica euroamericana impulsada por la investigación y el desarrollo para instituir formas de gobernanza en todo el mundo que son beneficiosas a sus propios intereses. El autor argumenta que la armonización global de los ensayos clínicos y los regímenes de propiedad intelectual debe entenderse en términos de esta expansión de la hegemonía corporativa multinacional, y que las regulaciones nacionales del Tercer Mundo se están instituyendo para facilitar los intereses corporativos del Primer Mundo, con consecuencias para la política estatal, la competitividad industrial y la salud pública en diferentes contextos nacionales.

¹⁰ Sobre el término "Pharmageddon", Healy (2012, p. 4) refiere que en 2007, Charles Medawar, uno de los principales defensores de los consumidores de servicios de salud, levantó el prospecto de algo más allá de la farmaceutización: "*I fear that we are heading blindly in the direction of Pharmageddon. Pharmageddon is a gold-standard paradox: individually we benefit from some wonderful medicines while, collectively, we are losing sight and sense of health. By analogy, think of the relationship between a car journey and climate change - they are inextricably linked, but probably not remotely connected in the driver's mind. Just as climate change seems inconceivably as a journey outcome, so the notion of Pharmageddon is flatly contradicted by most personal experiences of medicine*". [Me temo que nos estemos dirigiendo a ciegas hacia el Pharmageddon. Pharmageddon es una paradoja estándar de oro: individualmente nos beneficiamos de algunos fármacos maravillosos mientras que, colectivamente, estamos perdiendo de vista el sentido de la salud. Por analogía, piense en la relación entre un viaje en auto y el cambio climático: ambos están inextricablemente vinculados, pero probablemente ni remotamente conectados en la mente del conductor. Así como el cambio climático parece inconcebiblemente el resultado de un viaje, la noción de Pharmageddon se contradice rotundamente con la mayoría de las experiencias personales de los fármacos (y/o) de la medicina].

¹¹ Martin (2015) utiliza la expresión *commercializing neurofutures* ("comercializando neurofuturos") para analizar las grandes expectativas alrededor de la emergencia de una bioeconomía y la creación de valor económico alrededor de la misma, en especial en lo que concierne a la neurotecnología y la construcción de una neuroindustria.

1.3. ¿Qué efectos produce el uso de psicofármacos estimulantes?

Según Moncrieff (2013, p. 130), el principal efecto fisiológico de los psicofármacos estimulantes es el aumento de la activación cerebral, siendo que en dosis más bajas, la principal manifestación de la activación incrementada es un aumento de la capacidad de concentración y una sensación de calma. Eso es lo que Bradley (1937, p. 582) llamó “efecto paradójal”: el autor observó, en un experimento en niños, que la benzedrina, un fármaco estimulante, produjo un comportamiento sumiso (*subdued behavior*) en la mitad de los niños estudiados, lo cual se explicaría por un aumento en la actividad de la porción cerebral responsable por el control voluntario. A su vez, Kuhn et al. (2011, p. 151) refieren que los estimulantes producen sensaciones de mayor energía, mayor atención, promueven locuacidad, bienestar y placer; tienen como efectos somáticos estimular el sistema nervioso simpático, acelerar el ritmo cardíaco, aumentar la presión arterial y dilatar los bronquiolos pulmonares. Rose (2002, p. 976) destaca que el efecto estimulante en los procesos centrales puede afectar la performance a través de la reducción de la ansiedad, potenciando la atención o aumentando la relevancia de la experiencia a ser aprendida y recordada; esa propiedad se encontraría en la base del mecanismo de acción tanto de los estimulantes como también de los antidepresivos y ansiolíticos.

Respecto a efectos indeseados, Kuhn et al. (2011, pp. 151-152) definen tres clases de peligros de los estimulantes: peligro de muerte en función de sobredosis, peligro psiquiátrico de brote psicótico de hostilidad y paranoia, y peligro de adicción. Schnackenberg (1973) destaca la posibilidad de insomnio, anorexia, nerviosismo y dolor abdominal. Catenaccio (2016) advierte el riesgo cardiovascular, habiéndose registrado casos de muerte súbita en niños. Mohamed (2014) plantea el riesgo de reducción de la flexibilidad cognitiva y de la creatividad, debilitando la salud mental. Brukamp y Gross (2012, p. 47) alertan que los estimulantes pueden inducir una sobreestimación de las propias capacidades, por ejemplo, respecto a la atención y la vigilia mientras se conduce un vehículo, poniendo en peligro a uno mismo y a los demás. Moncrieff (2013, pp. 130-133) agrega que el uso continuado puede acarrear depresión, letargia, malestar y pérdida de reactividad emocional. Según la autora, en dosis altas pueden producir conductas de tipo obsesivo-compulsivo y movimientos anormales, como tics y muecas. La autora refiere además que los estimulantes inducen tolerancia, lo cual significa que el cuerpo se adapta y contrarresta sus efectos y por ese motivo, el uso a largo plazo requiere del aumento de la dosis para obtener los mismos efectos. Moncrieff indica que aunque los estimulantes no produzcan síndromes de discontinuidad severos y peligrosos, es posible experimentar síntomas de discontinuidad o abstinencia cuando la toma de estimulantes es interrumpida. Eso puede generar ansiedad,

irritación, entorpecimiento de la memoria, alteración en el sueño, efecto rebote y en casos severos, ideación suicida.

Moncrieff refiere que, aunque la literatura popular sugiere un efecto de corrección de desequilibrio neuroquímico, no se han encontrado pruebas de su existencia ni tampoco de que los estimulantes trabajen de ese modo (2013, pp. 129-130). En los estimulantes, según ella, esa hipótesis ha sido asociada al sistema de la dopamina, configurando una hipótesis dopaminérgica que sugiere que los estimulantes incrementan la disponibilidad y la activación de la dopamina (2013, p. 130). Otra versión de ese tipo de hipótesis es referida por Kuhn et al. (2011, p. 170), quienes plantean que los estimulantes aumentan las cantidades de todos los neurotransmisores monoamínicos en la sinapsis, los cuales incluyen la norepinefrina, la epinefrina, la dopamina y la serotonina. Por eso, los autores sostienen que los efectos de los estimulantes simulan lo que pasaría si cada una de las neuronas que liberan monoaminas se dispararan al mismo tiempo; de ahí que los efectos de los estimulantes sean tan complicados (2011, p. 170). Asimismo, el debate alrededor de los efectos neuroquímicos de los estimulantes permanece inconcluso.

1.4. Problema de Investigación

El problema que origina y orienta esta tesis parte de la observación de que, en las últimas décadas, el uso de psicofármacos estimulantes con la finalidad de promover un mejoramiento cognitivo ha ido en aumento en algunos países. Ese uso parece producirse desconectado del campo de lo patológico, lo cual invita a reflexionar acerca de las formas de subjetividad atravesadas por el uso de psicofármacos. Ese tipo de uso es impulsado por algunos movimientos: a) el ascenso de nuevas formas de relación de los sujetos con los psicofármacos, siendo éstos utilizados en un número creciente de situaciones; b) la demanda por alta performance en un mercado laboral cada vez más inestable y con menos garantías, c) la emergencia del mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos como respuesta adaptativa a la demanda por performance. Ese tipo de uso trae debates sobre la relación riesgo-beneficio, debates éticos sobre el fenómeno a nivel social y la regulación del acceso al medicamento. Se conforma, así, un fenómeno complejo cuya relación con formas actuales de subjetividad y experiencia constituye un campo a estudiar.

1.5. ¿Por qué Montevideo?

Montevideo concentra alrededor de la mitad de la población del Uruguay, país en el cual se observa un uso importante de psicofármacos. La Junta Nacional de Drogas (JND, 2019, pp. 63-75) identifica que casi un tercio (28,2%) de la población entre 15 y 65 años ha hecho uso

de tranquilizantes alguna vez en su vida, lo que los sitúa en tercer lugar entre las sustancias más consumidas por la población uruguaya. En cuanto a antidepresivos, por ejemplo, esa cifra es de 13,9%, y opioides, 13,1%. Los estimulantes se ubican como el grupo de fármacos menos consumido en la población relevada (1,3%) aunque la proporción de uso sin prescripción (38,8%, más 1% al que primero les fueron recetados y luego tomaron por su cuenta), es relativamente alto en comparación a tranquilizantes (18,7% más 2,7%), antidepresivos (4%) y opioides (6% más 1%).

Si bien la encuesta no discrimina el uso terapéutico del cosmético, Tamosiunas (2015, p. 2) refiere un uso extendido de metilfenidato "en amplios rangos etarios como 'medicamentos inteligentes' para rendir", situando así la práctica de mejoramiento cognitivo en Uruguay. Pero mientras Tamosiunas lo aborda como posiblemente problemático, Lista Varela (2009) representa una porción de profesionales médicos que promueve tal uso de los psicofármacos. Llama a esta aproximación médica la "medicina del desempeño": "es decir, aplicar los conocimientos médicos para proteger (y prevenir patologías) a la persona, aumentar el bienestar físico y psicológico y por ende para hacerla más feliz" (2009, p. 56).

Pese a esas referencias, no se han encontrado antecedentes de investigaciones acerca de experiencias de uso de psicofármacos estimulantes en adultos en Uruguay. Parecería haber despertado más atención el consumo de psicofármacos estimulantes en niños, objeto de estudio de diversas investigaciones (Bailador et al., 1996; Speranza et al., 2008; Gold, 2010; Bitancur et al., 2015) y considerado abusivo por Miguez (2011, 2012) y Palummo (2012, 2015). Datos del Ministerio de Salud Pública del Uruguay (Plá et al., 2017) respecto al consumo de metilfenidato en Uruguay entre 2014 y 2016 lo caracterizan como "un medicamento con potencial de abuso, que se receta mayoritariamente a niños en edad de crecimiento, y cuyo consumo viene en alza" (2017, p. 28). El documento apenas menciona al pasar la utilización de metilfenidato "con fines recreativos o para aumentar el rendimiento académico", señalando que "estudios realizados en cuanto a su uso recreacional indican que produce efectos en el comportamiento y sensaciones similares a los provocados por los estimulantes de abuso habitual" (2017, p. 6) para lo cual cita dos fuentes extranjeras.

Según la *VIII Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Educación Media 2018* (JND, 2020, pp. 51-52), un 3,8% de los encuestados declaró haber consumido psicofármacos estimulantes como Ritalina® (metilfenidato) o Cidrin®¹² (metanfetamina) en algún momento de su vida, siendo el 1,1% sin prescripción médica. El 1,6% de los estudiantes consultados había consumido en el último año y un 0,9% en el

¹² Pese a que ese medicamento es mencionado en el informe de la Junta Nacional de Drogas, el mismo no figura en listas de referencia de medicamentos comercializados en Uruguay como el Farmanuario y el portal de Consulta de Medicamentos del Ministerio de Salud Pública, así como tampoco figura su principio activo. Ese medicamento es comercializado en Chile por el laboratorio Abbott (Quiminet, s/f).

último mes, no presentándose diferencias significativas con la medición anterior en el 2016. Cabe observar que la prevalencia es levemente superior en el sexo masculino en relación al femenino en cuanto al consumo en los últimos 12 meses (1,8% ante 1,5%), en el último mes (1,2% ante 1%) y sin prescripción médica (0,6% ante 0,5%).

Aunque las cifras oficiales de consumo de psicofármacos estimulantes en adultos en Uruguay no hayan despertado demasiada atención, eso no significa que la población uruguaya no se haya interesado por sustancias con efectos estimulantes. El mate, por ejemplo, se ha convertido en tradición nacional, siendo que el consumo de yerba mate por persona ronda los 10kg por año (Ferreira, 2020). El tabaco, también considerado estimulante del sistema nervioso central, en 2018 había sido consumido por un 64,6% de la población uruguaya en algún momento de su vida, con una prevalencia de consumidores en ese momento de alrededor del 30% (JND, 2019, p. 49). A título de comparación, en Estados Unidos se estimó un 12,5% de fumadores en 2020 (*Center for Disease Control and Prevention*, 2022).

A la vez, la prensa uruguaya ha demostrado un incipiente interés en la temática del mejoramiento cognitivo a lo largo de la última década. En 2011, el Portal *La Red 21* publicó la nota "¿Hay pastillas para ser más inteligente?" indagando la realidad por detrás de la ficción en la película *Sin Límites* (Burger, 2011), en la que el desmotivado protagonista se vuelve exitoso tras el consumo de un fármaco. Esa nota valoró positivamente el fármaco retratado en la película, indicando como principal correlato de ese fármaco en la realidad el modafinilo. Ese mismo año, el diario *El Observador* repercutió una denuncia del diario francés *Le Monde* acerca del consumo del entonces prohibido y "revolucionario" modafinil en la guerra del Golfo en 1991 bajo prescripción de los médicos militares, destacando que este era un medicamento "menos peligroso que las anfetaminas" que les permitió "estar despiertos durante tres días sin crear adicción" y que salió al mercado en 1992 (Soldados franceses tomaron medicamento prohibido en guerra del Golfo, 2011). Luego, en 2013, otra nota del diario *El Observador* destacó la propiedad anti-hipnótica de los psicofármacos estimulantes para abordar la "lógica de la mejora del rendimiento", resumida en un argumento crucial: "Lo que solía ser normal - necesitar ocho horas de sueño por noche - es ahora entendido como una debilidad fatal" (Un ejército de insomnes, 2013). En 2014, la *Revista Paula* publicó la nota *¿Drogas inteligentes?*, de carácter crítico a las mismas. Esa nota cita al Prof. Dr. Sergio Dansilio, quien sostuvo que la ingesta de psicofármacos estimulantes no era una conducta nueva en estudiantes o profesionales, recordando el uso en personal de salud a fines de los años 1970. A la vez, señaló que solo en Uruguay los médicos que trabajan en emergencia realizaban guardias de 24 horas tres veces a la semana y que, por lo exigente que es, varios consumían modafinilo. El año siguiente, el *Montevideo Portal* (2015) publicó la nota *Preocupa creciente uso indebido de fármacos*

neuroológicos como 'potenciadores' mencionando como principales fármacos el metilfenidato y el modafinilo. Esa nota imprime un tono crítico al consumo pero, para quienes no hayan sido introducidos en la temática, presenta un curioso carácter informativo: menciona qué medicamento puede ser usado para ese fin, qué medio constituye la alternativa de obtención para quienes no poseen la receta y anuncia los riesgos como desconocidos. En 2018, el diario *El Observador* vuelve a abordar el tema en la nota *Adderall o la droga del éxito* (Supervielle, 2018), publicada a raíz del estreno del documental *Take your pills* (Klayman, 2018) y enfocada en los aspectos sociales del consumo en una "sociedad con déficit de atención". Finalmente, también en el 2018, el diario *El País* (Muro, 2018) publica la nota *Estar cansado siempre*, en que menciona que "hay fármacos como modafinilo (...) para inyectar algo de energía extra en el cuerpo".

Cabe destacar que, en Uruguay, el control de psicofármacos se realiza desde 1976 por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Decreto 454/976 que reglamenta la Ley de Estupefacientes 14.294 de 31 de octubre de 1974. El decreto determina que "el monopolio de la importación, exportación y distribución de las sustancias estupefacientes, contenidas en las listas 1 y 2 de la Convención Única de 1961 [ONU, 1961] (...) con el fin de que el empleo de ellas se haga exclusivamente para las necesidades terapéuticas será ejercido por el MSP". El decreto también reglamenta la venta, siendo que solo farmacéuticos, médicos e idóneos quedan habilitados a dispensar dichos fármacos. Asimismo, restringe la utilización en investigaciones científicas, para lo cual se deberá solicitar un permiso especial y realizar los registros correspondientes.

Según lo relatado por una Química Farmacéutica, contactada como informante calificada, el acceso a la lista completa de sustancias aprobadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) no es sencillo y no está a disposición del público general sino que solo se brinda a determinadas personas mediante solicitud. El MSP ofrece un buscador online¹³ de principios activos que retorna resultados de las presentaciones comerciales en las que determinado principio activo circula en el país. De esa forma, se corroboró que se encuentran en circulación hoy en Uruguay el metilfenidato, el modafinilo y la atomoxetina, conforme detallado en la tabla 1. Dicho buscador informa además que todas las presentaciones comerciales de los tres principios activos son denominadas "medicamento controlado" y que deben venderse bajo receta profesional. Para el metilfenidato, también se especifica que la venta debe realizarse mediante receta naranja triplicada de estupefacientes (esa condición no está indicada para los demás principios activos). La página del MSP no retornó resultados, por ejemplo, para la anfetamina o sales de

¹³ El buscador "Consulta de Medicamentos" del Ministerio de Salud Pública de Uruguay puede ser accedido en <https://listadomedicamentos.msp.gub.uy/ListadoMedicamentos/servlet/com.listadomedicamentos.listadomedicamentos>

anfetamina (principio activo del Adderall®) y otros principios activos estimulantes que en el pasado fueron comercializados en Uruguay, como la estricnina, la pemolina y la benzedrina. Asimismo, cabe mencionar que la búsqueda retornó resultados para otros compuestos conocidamente estimulantes como la cafeína y la teofilina; sin embargo, ninguna de las presentaciones comerciales es definida como medicamento controlado y apenas a algunas de ellas se especifica que el control médico es recomendado. De forma general, aunque la página del MSP no relacione las indicaciones de los medicamentos, la mayoría de ellos se reconoce como descongestionantes, antigripales y broncodilatadores.

Tabla 1 - Presentaciones comerciales de psicofármacos estimulantes en Uruguay

Principio activo	Nombre comercial	Laboratorio
Metilfenidato	Concerta®	Johnson & Johnson
	Ritalina® y Ritalina LA®	Scienza Uruguay
	Rubifen®	Servimedica
Modafinilo	Activigil®	Roemmers
	Carim®	Megalabs Uruguay S.A.
	Movigil®	Servimedica
Atomoxetina	Abretia®	Megalabs Uruguay S.A.
	Recit®	Gador

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de MSP (consultado en 10 diciembre 2022)

1.6. Preguntas de investigación

Las preguntas que orientaron esta investigación fueron:

- ¿De qué forma las decisiones individuales de consumo de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos en adultos en Montevideo son influenciadas por ideales de funcionamiento del sujeto?
- ¿Cómo son vistos, entendidos y percibidos los efectos de los psicofármacos estimulantes utilizados como mejoradores cognitivos en adultos?
- ¿De qué manera las modalidades de consumo de psicofármacos estimulantes usados como mejoradores cognitivos se conectan con las actividades de los sujetos?

1.7. Objetivos de Investigación

Objetivo general:

Indagar el uso de psicofármacos estimulantes como “mejoradores cognitivos” en adultos montevideanos en la actualidad en relación a ideales de performance, productividad, trabajo y estudio.

Objetivos específicos:

1. Analizar la relación entre consumo de psicofármacos estimulantes, estilo de vida y cultura a nivel local;
2. Explorar significaciones y lógicas asociados al consumo por los usuarios;
3. Explorar los motivos del uso según los usuarios;
4. Identificar modalidades de consumo a partir de los relatos;
5. Indagar la percepción de riesgo-beneficio asociada al fármaco;
6. Indagar los circuitos y redes formales e informales por los cuales dichos medicamentos transitan hasta llegar al consumidor final;
7. Explorar las posibles relaciones entabladas entre el consumo de psicofármacos estimulantes con el uso de otras sustancias estimulantes, como por ejemplo el mate, el café y la nicotina, así como el uso de sustancias en general.

1.8. Metodología

En el trabajo de campo realizado, se utilizó una metodología de carácter cualitativo. Según Quecedo y Castaño (2002), la metodología cualitativa se encuentra relacionada a la corriente teórica fenomenológica:

Busca comprender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Pretende comprender en un nivel personal los motivos y creencias que están detrás de las acciones. Según expresa Jack Douglas, las fuerzas que mueven a los seres humanos como seres humanos y no simplemente como cuerpos humanos... son “materia significativa” [ideas, motivos internos y sentimientos]. (p. 7)

Se eligió la metodología cualitativa para el presente estudio debido a algunas características listadas por Taylor y Bogdan (1986, como en Quecedo y Castaño, 2002, pp. 7-8). Una de ellas es su carácter inductivo, debido a que los conceptos desarrollados parten de los datos, en vez de recoger datos para evaluar teorías preconcebidas. Otra característica es que en ese marco, se entiende el contexto y a las personas bajo una perspectiva holística, sin reducirlos a variables. Asimismo, se considera a todas las perspectivas como valiosas; no se busca “la verdad o la moralidad”, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.

Como destacan Quecedo y Castaño (2002, pp. 8-9), los estudios cualitativos dan énfasis a la validez de la investigación, porque aseguran un estrecho ajuste entre los datos y

lo que realmente la gente hace y dice. Según los autores, la escucha de los sujetos permite obtener "un conocimiento directo, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias". Para ellos, en la metodología cualitativa se subraya la validez, mientras en los estudios cuantitativos hacen hincapié en la confiabilidad y reproducibilidad de la investigación; así, el estudio cualitativo es una investigación sistemática, no estandarizada, rigurosa con los datos que registra.

La presente investigación contó además con un carácter exploratorio. Quecedo y Castaño (2002, p. 38) definen la investigación exploratoria como de carácter prospectivo, cuyos resultados se interpretan como provisionales. Según Ruiz Olabuénaga (2012, p. 232) el carácter exploratorio se diferencia del confirmatorio según que la investigadora "pretenda explorar unos datos o, más bien, intente verificar una hipótesis concreta sobre datos conocidos y operacionalizados adecuadamente".

Como instrumento de recolección de datos, se utilizaron entrevistas en profundidad. Ruiz Olabuénaga (2012, p. 165) define a la entrevista en profundidad como "una técnica de obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales". Eso implica, según el autor, un proceso de comunicación, en el transcurso del cual entrevistador y entrevistado pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente, por lo cual el relato final es un obra "en comandita, entre (entrevista) los dos personajes".

A la vez, dichas entrevistas presentaron un carácter no estructurado, según lo que define Ruiz Olabuénaga (2012, p. 170) respecto a ese tipo de entrevistas: se pretendió comprender más que explicar, buscando maximizar el significado; se adoptó un formato de estímulo/respuesta sin esperar la respuesta objetivamente verdadera, sino subjetivamente sincera, y se obtuvo con frecuencia respuestas emocionales, pasando por alto la racionalidad. Asimismo, desde el lado de la entrevistadora y en línea con el autor, se formularon preguntas sin esquema fijo de categorías de respuesta, controlando el ritmo de la entrevista en función de las respuestas del entrevistado. También, siguiendo al autor, cuando necesario, se alteró el orden y la forma de las preguntas, añadiendo nuevas si fuera preciso, estableciendo una relación equilibrada entre familiaridad y profesionalidad y adoptando el estilo del "oyente interesado" pero sin evaluar las respuestas.

Así, en el trabajo de campo realizado, se llevaron a cabo 16 entrevistas a 15 personas residentes en Montevideo, Uruguay, que declararon usar o haber usado psicofármacos estimulantes. En un caso, se realizaron dos entrevistas a un mismo usuario debido a que, transcurrido cierto tiempo de la primera entrevista, el entrevistado tuvo una nueva y diferente experiencia con el fármaco y manifestó el deseo de realizar una nueva contribución al estudio. Las entrevistas duraron entre 20 y 77 minutos, siendo la duración

promedio alrededor de 40 minutos. Sumadas, totalizan 10 horas y 25 minutos de grabación. La convocatoria se realizó siguiendo la técnica de la bola de nieve. Inicialmente, se realizaron presentaciones informales de la investigación a personas conocidas, lo cual permitió reclutar aproximadamente la mitad de los entrevistados a lo largo de 2019. Luego, la pandemia de COVID-19 redujo los espacios de convivencia que habían permitido reclutar entrevistados hasta entonces, así como la disponibilidad de las personas para participar en una entrevista personal. Así, se implementó un reclutamiento a través de redes sociales y la modalidad de entrevista por videollamada. El trabajo de campo finalizó en diciembre de 2021.

La muestra quedó conformada en un 93% por personas con estudios universitarios, siendo la mayoría recibidas en sus respectivas carreras (o sea, profesionales), y un 40% (6 personas) con estudios de posgrado en curso o finalizados. Sólo una entrevistada no había realizado ningún tipo de estudio universitario al momento de la entrevista, aunque se encontraba cursando una tecnicatura de nivel terciario. De esa forma, se puede inferir que se generó un sesgo en relación al nivel educativo de la muestra, derivado quizás de la técnica de reclutamiento de bola de nieve que indica que se produjo una mayor accesibilidad a ese sector de la población por parte de la investigación.

Las áreas de formación de las personas entrevistadas incluyeron psicología, química, publicidad, medicina, economía, marketing, astronomía y biología. Asimismo, siendo 6 de esas personas profesionales o estudiantes de psicología, es posible que se haya generado cierto sesgo en relación a la circulación de ideas y percepciones en ese medio. Por otro lado, se consideró que las experiencias y perspectivas aportadas mostraron suficiente diversidad entre ellas, de modo de contribuir a los resultados de la investigación.

En cuanto a la ocupación, se encontraron, además de estudiantes, profesionales en ejercicio liberal, docentes de educación inicial y terciaria/universitaria, y el trabajo en empresas públicas, privadas y ONG. En algunos casos, las personas entrevistadas trabajaban en más de un lugar a la vez. En cuanto a las sustancias utilizadas, 10 habían consumido solo modafinilo, 2 habían consumido solo metilfenidato, 1 había consumido metilfenidato y modafinilo, 1 había consumido modafinilo y atomoxetina, y 1 había consumido metilfenidato, modafinilo y atomoxetina. Las marcas comerciales de modafinilo consumidas fueron Movigil®, Activigil® y Carim®; de metilfenidato fueron Ritalina® y Concerta®; y de atomoxetina fue Abretia®. En cuanto al género, se entrevistaron a 8 mujeres y 7 varones. Las edades variaron entre 20 y 51 años, siendo que cuatro personas se encontraban entre 20 y 25 años, cuatro entre 26 y 30 años, tres entre 31 y 35 años, y cuatro con 36 años o más. La tabla a continuación ofrece un resumen de las características de la muestra.

Tabla 2 - Características de la muestra

Características de la muestra	
Cantidad	15 entrevistados
Sexo	8 mujeres y 7 varones
Edad	20 a 51 años, encontrándose cuatro entrevistados entre 20 y 25 años, cuatro entre 26 y 30 años, tres entre 31 y 35 años, y cuatro con 36 años o más.
Psicofármacos estimulantes consumidos	Solo modafinilo (10), solo metilfenidato (2), metilfenidato y modafinilo (1), modafinilo y atomoxetina (1), metilfenidato, modafinilo y atomoxetina (1).
Nivel educativo	93% (14) con estudios universitarios, siendo la mayoría recibidos y un 40% (6) con estudios de posgrado en curso o finalizados. 7% (1) sin ningún tipo de estudio universitario pero cursando una tecnicatura.
Formación	Psicología, química, publicidad, medicina, economía, marketing, astronomía y biología.
Ocupación	Estudiantes, profesionales en ejercicio liberal, docentes de educación inicial y terciaria/universitaria, trabajadores de empresas públicas, privadas y ONG.

Fuente: Elaboración propia.

Cabe mencionar que algunas personas entrevistadas refirieron un uso en principio terapéutico de los psicofármacos estimulantes, sin embargo, sus relatos presentaron puntos en común con aquellos que declararon un uso por fuera de un tratamiento médico. Por ese motivo, esas entrevistas fueron mantenidas en la muestra, aportando interesantes insumos para pensar la difusa frontera entre tratamiento y mejoramiento que había sido indicada en trabajos anteriores (por ejemplo, Caliman y Rodrigues, 2014).

Todas las entrevistas realizadas fueron desgrabadas y pasaron por el proceso de análisis de contenido. El análisis de contenido es, según Bardin (1996, p. 32, como en Andreu, 2001):

el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de

conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes. (p. 3)

Andreu (2001, pp. 9-10) señala que el análisis de contenido se encuentra en la frontera de otras técnicas como el análisis lingüístico, el análisis documental, textual, de discurso y semiótico. Así, se diferencia del análisis lingüístico en la medida en que mientras este se ocupa de las formas y su distribución, el análisis de contenido tiene en cuenta fundamentalmente las significaciones. Por otra parte, diverge del análisis documental en tanto este actúa fundamentalmente sobre los documentos con el objetivo de representar condensadamente la información para su almacenamiento y consulta, mientras el análisis de contenido actúa sobre los mensajes comunicativos estableciendo inferencias o explicaciones en una realidad dada a través de dichos mensajes. A la vez, se distingue del análisis textual en tanto abarca tanto análisis textuales como no textuales, sin embargo a lo que alude no es al texto mismo, sino a algo que estaría localizado fuera de él y que se definiría y revelaría como su sentido. A su vez, comparte con análisis del discurso en cuanto la búsqueda del sentido del texto, pero se aparta del mismo en cuanto este suele acogerse a enfoques teóricos de nivel interpretativo. Finalmente, coincide con la semiótica al ocuparse del significado de los textos, pero se diferencia de esta debido a que la unidad última de análisis de la semiótica es el signo, con lo cual pretende la construcción del texto más que su análisis adoptando un aparato descriptivo-interpretativo de las acciones de los sujetos.

Andreu (2001, p. 20) refiere que en la actualidad se utilizan tres tipologías de análisis derivadas del análisis de contenido clásico: el análisis temático, el análisis semántico y el análisis de redes. En esta tesis, se utilizó el análisis temático, caracterizado según Andreu por solo considerar la presencia de términos o conceptos, con independencia de las relaciones surgidas entre ellos.

Así, el análisis de datos realizado comprendió una primera etapa de familiarización con los datos, que incluyó la lectura y el análisis de las entrevistas en el editor de texto Pages, destacando pasajes del texto en colores y realizando notas al margen. A partir de esa primera etapa, y teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación, emergieron los códigos que se utilizaron en una segunda etapa, abocada a la codificación del material. En esa oportunidad, se utilizó el software TAMS Analyzer. Algunos de los códigos utilizados fueron: estimulantes y estudio, estimulantes y trabajo, metáforas, significaciones, lógicas, motivo de uso, modo de uso, obtención, riesgo-beneficio, comparaciones con otras sustancias, entre otros. Finalmente, una vez concluida esa etapa, se extrajeron informes del TAMS Analyzer conteniendo la totalidad de citas codificadas bajo cada código. A partir del análisis del informe de cada código, emergieron nuevas categorías de temas recurrentes, las cuales fueron tomadas en cuenta en la escritura de la tesis.

Complementariamente a las entrevistas mencionadas, se consultó a tres informantes calificados: una Química Farmacéutica, actualmente trabajando en la industria farmacéutica, y un Licenciado en Psicología y una Doctora especialista en Cardiología que trabajan en conjunto en un servicio de salud de Montevideo. En el caso de la Química Farmacéutica entrevistada, si bien en su trabajo los estimulantes no ocupan un rol relevante, su perspectiva auxilió en la organización y búsqueda de sustancias estimulantes en Uruguay, dado que las informaciones oficiales están dispersas y resultaron difícil de organizar. A la vez, el contacto con el Lic. en Psicología y la Dra. Especialista en Cardiología contribuyó a entender los riesgos físicos percibidos en los estimulantes, así como una perspectiva profesional de la experiencia local.

Teniendo en cuenta lo anterior, la tesis está estructurada de la siguiente forma. El capítulo 2 se dedica a brindar un marco teórico desde el cual entender la subjetividad como terreno fértil para las prácticas de mejoramiento cognitivo. Analiza, así, distintas perspectivas acerca del sujeto en la actualidad para luego indagar el concepto de cuerpo, *locus* fundamental de la intervención. Lo que se propone es que dichas perspectivas atraviesan a los sujetos actuales, encontrando formas singulares de expresión en cada caso. Luego, el capítulo 3 aborda antecedentes de investigación respecto al uso de psicofármacos estimulantes en adultos, ofreciendo un panorama de las principales contribuciones distinguidas entre antecedentes internacionales y regionales, teniendo en cuenta que, conforme mencionado antes, Uruguay no cuenta con antecedentes específicos sobre la temática. A continuación, los capítulos 4 y 5 se enfocan en la presentación de resultados del trabajo de campo, teniendo como hilo conductor los objetivos específicos planteados en el proyecto de investigación. Así, mientras el capítulo 4 se ocupa de los objetivos referidos a motivos de uso, modalidades de consumo, percepción de riesgo-beneficio, circuitos y redes de circulación, relación con otras sustancias estimulantes, el capítulo 5 resalta los hallazgos en relación a los objetivos que tienen que ver con la relación entre consumo de psicofármacos estimulantes, estilo de vida y cultura a nivel local, y significaciones y lógicas asociados al consumo por los usuarios. Finalmente, el capítulo 6 presenta la discusión del trabajo realizado y el capítulo 7, las conclusiones suscitadas por el estudio.

2. Subjetividad: Estar a la altura de nuestro tiempo

¿En qué circunstancias emerge una práctica situada en el marco de la psicofarmacología cosmética con objetivos y modalidades propios, llamada "mejoramiento cognitivo"? Este capítulo parte de esa pregunta. Para abordarla, se buscará primero enmarcar los conceptos de subjetividad y sujeto, partiendo de los aportes de Biehl et al. (2007) y de la noción psicoanalítica lacaniana (Le Gaufey, 2010). A continuación, se retomarán cuatro dimensiones que atraviesan y materializan al sujeto en la actualidad, como forma de pensar movimientos colectivos que sirven como terreno para el uso cosmético de psicofármacos como mejoradores cognitivos. Esas dimensiones son: el sujeto farmacéutico (Jenkins, 2011), el sujeto cerebral (Ortega y Vidal, 2007), el sujeto neoliberal (Dardot y Laval, 2013) y el sujeto posthumano (Braidotti, 2015). Finalmente, se planteará cómo esas formas de subjetividad redefinen y rediseñan los cuerpos en la actualidad, siendo estos el *locus* fundamental de intervención psicofarmacológica, según aportes de Biehl et al. (2007) y Preciado (2008).

2.1. Subjetividad y Sujeto

De acuerdo con Biehl et al. (2007, pp. 5-6), el término subjetividad trae consigo múltiples procesos históricos y modificaciones. En el siglo XIX, la subjetividad se refería a una individualidad esencial, la conciencia de los estados percibidos por uno. Ese énfasis exclusivo en la mente humana o en la experiencia individual tenía implícito un tipo de dominación afectiva en la cual sentimientos, pensamientos, preocupaciones y percepciones, supuestamente personales, difuminan la visión del individuo y constituyen la contraparte de una visión científica objetiva. Por otro lado, la subjetividad moderna también sugería el cultivo de un modo de ser y estar que encuentra su realización máxima en el arte; en ese sentido, la subjetividad no implicaba un error sino que connotaba creatividad, la posibilidad de que un sujeto adopte una relación simbólica distintiva con el mundo para comprender la experiencia vivida.

A lo largo del siglo XX, según los autores (2007, pp. 6-7), los desarrollos acerca del entendimiento de la subjetividad, en especial aquellos propuestos por Clifford Geertz entre los años 1950 y 1970, han relacionado la subjetividad a la cultura. Desde esa perspectiva, los sujetos encarnan la cultura en el sentido de que las personas viven en un mundo fenomenológico distinto, y acceden a ese mundo a través de un conjunto de prácticas. Esa propuesta ha sido criticada por antropólogos que consideran que concebir la cultura como un dominio simbólico *sui generis* es arriesgado. Por eso, mientras algunos antropólogos plantearon la eliminación total de la cultura del léxico analítico, otros han insistido en su

relevancia. La cultura fue entonces repensada como emergiendo de interacciones institucionales e intersubjetivas y como un fenómeno en evolución, constantemente rehecho a través de encuentros sociales, deliberaciones éticas, procesos políticos y escritura. Eso ha llevado a que Fisher (2003, p. 7, citado en Biehl et al., 2007, p. 7) haya planteado que no hay cultura, y todo lo que hacemos es cultural:

Culture is not a variable; culture is relational, it is elsewhere, it is in passage, it is where meaning is woven and renewed often through gaps and silences, and forces beyond the conscious control of individuals, and yet the space where individual and institutional social responsibility and ethical struggle take place.¹⁴

Biehl et al. (2007, p. 8) señalan que esa formulación sugiere la necesidad de análisis culturales que visibilicen las diferencias de intereses, accesos, poder, necesidades, deseos y perspectivas filosóficas. Para ellos, la vinculación entre investigaciones de las formas simbólicas y los estudios de la vida de los sujetos pueden proporcionar dichos análisis, y contribuir a la reflexión acerca de algunas cuestiones importantes como: ¿quién, empíricamente, es el agente de la construcción y reconstrucción de la cultura? ¿Cómo ese proceso es mediado por las vidas de los sujetos? ¿Qué estructuras psicológicas y modos de experiencia contribuyen al trabajo de la cultura? Y ¿cómo los modos de subjetividad se entrelazan con configuraciones particulares de instituciones políticas, económicas y médicas? En otras palabras, ¿cómo, bajo condiciones bastante nuevas, las personas valoran la vida y los relacionamiento y realizan lo que ellos desean y se proponen, para ellos y para los demás?

Biehl et al. (2007, p. 7) destacan que la propuesta de Geertz se produjo en un momento en que uno de los debates franceses se enfocaba en la dependencia de la subjetividad en relación al lenguaje (Levi-Strauss y Lacan). Es pertinente, pues, retomar algunos de los aportes lacanianos. Una de las más conocidas y perennes definiciones de sujeto de Lacan es la proposición donde sujeto y significante se co-definen: "el significante representa al sujeto para otro significante" (Le Gaufey, 2010, p. 8). Le Gaufey (2010, pp. 141-142), observa que el sujeto se revela "no poco andariego" y ha elegido diversos domicilios a lo largo de la historia, siendo que hoy "parece más bien agitarse entre las neuronas, y el hombre de la calle no vacilaría casi en considerar que, si hay sujeto, reside en la actividad cerebral". De ser así, sostiene que se hace necesario "medir, al menos en algo, la extensión de la red en la que está tomado, en el entendido de que esa red tiene una historia larga y compleja" (2010, p. 66).

¹⁴ La cultura no es una variable; la cultura es relacional, está en otra parte, está de pasaje, es donde el significado se teje y se renueva a menudo a través de lagunas y silencios, y fuerzas más allá del control consciente de los individuos, y sin embargo, el espacio donde tiene lugar la responsabilidad social individual e institucional y la lucha ética.

Le Gaufey (2010, p. 128) señala que Lacan le adjudica al sujeto un lugar singular, vacío de significado y de potencia en cuanto a posibles significados. La singularidad es destacada por él en una pregunta retomada de Foucault: "¿cuál es, pues, esa singular existencia, que sale a luz en lo que se dice, y en ninguna otra parte?" Refleja, de esa forma, el lugar privilegiado que la palabra ha ocupado siempre en el psicoanálisis.

En contrapartida, advierte Le Gaufey (2010, p. 134), "inmovilizado, no es más sujeto". Expresa así su crítica al lado "más o menos cadavérico de las viñetas clínicas", las cuales "quieren a todo precio pintarnos un sujeto en su idiosincrasia, reduciéndolo a una batería significativa mínima, supuestamente decisiva para su vida fantasmástica o – peor – su localización psicopatológica" (2010, p. 134). Nos apartamos, así, de la psicopatología. En línea con el autor, la noción de sujeto adoptada en esta tesis invita a sostener la singularidad enunciativa del ser hablante, teniendo en cuenta al sujeto en su potencia de surgimiento. Esa singularidad encuentra puntos de relación con el entramado social e histórico en el cual se despliega; como señalan Dardot y Laval (2013, p. 325), "que lo histórico se apodere de lo estructural no debería sorprender a los lectores de Lacan, para quien el sujeto del psicoanálisis no es una substancia eterna ni un invariante intrahistórico, sino el efecto de discursos inscritos en la historia y en la sociedad." De ser así, los fenómenos colectivos de consumo de psicofármacos encontrarán matices singulares en cada sujeto, conformando fenómenos complejos y multifactoriales.

Partiendo de esa premisa, ¿cómo pensar la red en la cual se encuentra tomado el sujeto que practica el mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos estimulantes? Para desarrollar esa cuestión, se abordarán cuatro perspectivas de significantes destacados. Lejos de pretender definir o encorsetar el sujeto en alguna de ellas, lo que se aspira es explorar algunas propuestas relacionadas al tema de la tesis, como modo de ampliar la escucha a distintas líneas sobre las cuales el sujeto se despliega y configura.

2.1.1. Sujeto Farmacéutico

"Sujeto farmacéutico" es una noción que se desprende de Jenkins (2011, pp. 5-23), para quien las conexiones recíprocas entre lo político-económico y las experiencias de los usuarios son clave en el estudio de los psicofármacos. Según la autora, el sujeto se orienta en el mundo y hacia otras personas según una sumatoria de procesos que ella define como *self*, siendo el *self farmacéutico* un aspecto del *self* orientado por y hacia los psicofármacos. En ese sentido, Jenkins se interesa por las prácticas y significaciones de experiencias subjetivas de psicofármacos, moldeando lo que ella llama *self farmacéutico*, y por la conformación global del consumo que da lugar a un *imaginario farmacéutico* contemporáneo. A la vez, el *imaginario* es concebido como la dimensión de la cultura

orientada hacia las posibilidades concebibles para la vida humana, siendo el *imaginario farmacéutico* la región de lo imaginario en la cual los psicofármacos tienen un rol cada vez más crítico. Para la autora, el imaginario farmacéutico opera en la vida cotidiana de la sociedad global y, en la práctica, somos todos *sel/ves* farmacéuticos en un sentido cultural que apenas reconocemos. El *self* farmacéutico y el imaginario farmacéutico conforman, así, dos lados recíprocos de las subjetividades.

Jenkins (2011, pp. 19-20) menciona que si bien las comunidades científica y médica quizás aún no sean capaces de precisar cómo las drogas psicotrópicas pueden ayudar a las personas, el sector popular del comercio cotidiano parece tener poca dificultad en hacerlo. Por un lado, observa la autora, las empresas farmacéuticas ya no sólo comercializan medicamentos, sino también trastornos, por lo cual nos encontramos con sugerencias farmacéuticas de carácter psicológico y económico que despiertan la imaginación de los sujetos: ¿es eso lo que me pasa? A la vez, Jenkins plantea que la utilización fluida de vocabulario relativo a psicofármacos y trastornos mentales por parte del público general ha impulsado la creación de foros públicos en Internet con el objetivo de obtener y compartir información acerca de los psicofármacos. La autora señala que ese tipo de proyecto se lleva a cabo en el contexto de una búsqueda de la felicidad y del empoderamiento que incluye temas etnopsicológicos de “empoderamiento médico” (*med-empowerment*) y el derecho de controlar afectos, pensamientos o limitaciones inconvenientes. Así, a través de redes de intercambio entre pares, de la Internet y del mercado informal, los consumidores participan y hacen circular los significados que constituyen el imaginario farmacéutico.

Cabe destacar que el “empoderamiento médico” parece haber ganado fuerza en los últimos años, siendo abordado y defendido por autores como Flanigan (2017), para quien la automedicación es un derecho de los pacientes. En el mismo sentido, Koinig (2016, p. 6) no solo defiende la automedicación como forma de lograr objetivos de salud y belleza sino que sostiene que la propaganda farmacéutica es una herramienta adecuada tanto para familiarizar a las personas con los medicamentos como para educarlas respecto a sus potencialidades farmacéuticas. Son ideas que colaboran a delinear el entramado subjetivo en el cual lo farmacéutico cobra cada vez más espacio, y en el cual las prácticas de mejoramiento cognitivo encuentran terreno donde expandirse.

2.1.2. Sujeto Cerebral

Una segunda perspectiva a destacar es la noción de sujeto cerebral (Ortega y Vidal, 2007). Según Vidal (2009), el “sujeto cerebral” tiene que ver con el ascenso de una cierta visión sobre el ser humano en sociedades industrializadas y altamente medicalizadas que se basa en una creencia diseminada sobre la identidad personal: que tener el mismo cerebro es ser

la misma persona, y que el cerebro es la única parte del cuerpo que se necesita para ser uno mismo. El autor utiliza el neologismo "*brainhood*"¹⁵ para designar la condición de *ser* un cerebro, cualidad ontológica diseminada desde mediados del siglo XX. Esa perspectiva indica que el cerebro se ha combinado, mezclado e incluso confundido cada vez más con la noción de sujeto, delimitando las formas de entenderse a uno mismo en lo cotidiano.

Eso puede ser entendido teniendo en cuenta que, como plantea Rose (2007, p. 188), durante el último medio siglo los seres humanos cada vez más han llegado a comprenderse, hablarse y actuar sobre sí mismos y sobre los demás como seres moldeados por su biología. Esa somatización pasa a extenderse a la forma en que se entienden los pensamientos, deseos, emociones, comportamientos y la mente: si bien los mismos podrían, en otro momento, mapearse en un espacio psicológico, pasan a mapearse en el cuerpo mismo, particularmente en el cerebro. Para Ortega y Vidal (2007, p. 258), el cerebro aparece como el órgano material por excelencia, como la única parte del cuerpo que vale la pena ejercitar para mejorarse a uno mismo: el cerebro es tratado como un músculo, y la "musculación" del cerebro se convierte en la vía privilegiada para modelar a la persona.

A nivel profesional, eso se refleja en significativos cambios técnicos en el abordaje de los malestares. Valenstein (1998) señala que se ha pasado de culpar a la madre a culpar el cerebro, refiriendo que la perspectiva psicodinámica ha cedido lugar a un abordaje bioquímico del malestar. El autor observa que, en los años 1950, difícilmente un departamento de psiquiatría de relevancia sería conducido sin referencia al psicoanálisis, al paso de que, a fines de los años 1990, el cuerpo de profesionales de psiquiatría se encontraba dedicado a abordajes bioquímicos.

En ese sentido, Martínez-Hernández (2014) refiere un proceso contemporáneo de cerebralización de las aflicciones humanas, liderado por los sistemas expertos y filtrado en la cultura popular global, cuyos efectos son la creación de nuevas "biosocialidades" o "neurosocialidades" y también de "neurociudadanos", introduciendo nuevas formas de pensar lo que significa ser humano. En ese sentido, el autor constata que:

desde el *neuro-training* y la gimnasia cerebral ("*mantenga en forma su memoria*") hasta la psicofarmacología cosmética ("*esculpa sus estados de ánimo*"), desde el uso de las imágenes del cerebro en los ensayos clínicos y en los procesos legales hasta la irrupción de los nuevos movimientos sociales basados en la neurodiversidad, el cerebro se ha convertido en un lugar privilegiado para reflexionar sobre nuestros comportamientos, deseos y voluntades y también sobre nosotros mismos. (p. 4347)

La diversidad neurocultural debe ser entendida, según Ortega y Vidal (2007, p. 255) en el contexto de la emergencia de "bioidentidades" somáticas que intentan reemplazar

¹⁵ "Cerebridad", en analogía a "*personhood*", que se traduce como "personalidad".

nociones psicológicas e intimistas de la personalidad, aunque la extensión en que lo han logrado es cuestionable. Asimismo, la visión del sujeto como un cerebro que podrá ser modificado y mejorado a través de prácticas específicas permite entrever un discurso habilitador de las prácticas de psicofarmacología cosmética y *neuroenhancement*.

2.1.3. Sujeto Neoliberal

Una tercera perspectiva acerca del sujeto es la del sujeto neoliberal (Dardot y Laval, 2013). Para los autores (2013, p. 325), ese sujeto se distingue del sujeto productivo de las sociedades industriales; es correlato de un dispositivo de rendimiento y de goce, en el cual el goce aumenta proporcionalmente al aumento del rendimiento. Los autores señalan que:

Psicoanálisis y sociología, pues, cada uno a su manera, registran una mutación del discurso sobre el hombre que, como hace Lacan, se puede poner en relación por un lado con la ciencia y por el otro con el capitalismo: es ciertamente un discurso científico el que, desde el siglo XVII, empieza a enunciar qué es el hombre y qué debe hacer; y es, sin duda, para hacer de él este animal productivo y consumidor, este animal de necesidad y de dura labor, que un nuevo discurso científico se ha propuesto redefinir la marca del hombre. (p. 326)

Los autores subrayan dos grandes empujes paralelos, la democracia política y el capitalismo, como impulsores de un desdoblamiento del sujeto moderno dotado de derechos inalienables y a la vez sujeto económico guiado por su interés; el sujeto como "fin" y el sujeto como "útil" (2013, p. 327). Cabe destacar que el principio de la utilidad, uno de los pilares de la modernidad definido por Bentham (1781 [2000], p. 14) como "el principio que aprueba o reprueba toda acción según la tendencia que esta parece tener para aumentar o reducir la felicidad", constituye una orientación moral que supone que las acciones de los sujetos son racionales y buscan minimizar el dolor y ampliar el placer¹⁶.

Dardot y Laval (2013, pp. 328-329) observan que cierta emancipación del sujeto se hizo posible por medio de la mercantilización de las relaciones humanas. Como consecuencia, se instituyeron contratos voluntarios (por ejemplo laborales, de compra y venta, entre otros) que configuran procesos de normalización y de técnicas disciplinarias como dispositivo de eficacia. Los autores afirman que eso se hizo necesario porque los sujetos nunca se hubiesen convertido voluntariamente al modelo de sociedad industrial y mercantil: fue preciso pensar e instalar los tipos de educación del espíritu, de control del cuerpo, de organización del trabajo, de reposo y de ocio, que eran la forma institucional del nuevo ideal de sujeto calculador y productivo. Ese dispositivo de eficacia proporcionó a la

¹⁶ Afirmación frágil desde la perspectiva psicoanalítica, sobre todo luego del giro de los años 1920, pero que cobra importancia en las demandas actuales hacia los sujetos produciendo particulares formas de sufrir y gozar.

actividad económica los recursos humanos necesarios, sujetos aptos para funcionar en el gran circuito de la producción y del consumo.

En cuanto a los impactos en el ámbito laboral de esos sujetos, los autores (2013, pp. 332-341) proponen que en la actualidad se trata de gobernar a un ser cuya subjetividad debe estar implicada en la actividad que debe realizar, por lo cual debe reconocer en él la parte irreductible del deseo que lo constituye. Las nuevas técnicas de gestión (*neomanagement*) ven en el individuo el sujeto activo que debe entregarse por entero a su actividad profesional, un sujeto de la implicación total de sí implementado a través de la construcción de las figuras tutelares del mercado, de la empresa y del dinero, además de sofisticadas técnicas de motivación. De ese movimiento se origina una redefinición del "dominio de sí", que ya no consiste en conducir la vida de uno de forma lineal, rígida y dentro de un marco definido, sino en mostrarse capaz de flexibilidad, de emprendimiento. Aunque necesite flexibilizarse a fuerza, por medio de psicofármacos que los mejoren cognitivamente.

2.1.4. Sujeto Posthumano

Una cuarta perspectiva a tener en cuenta es la del sujeto posthumano, que según Braidotti (2015) no es solo productor y producto de innovaciones tecnológicas, sino también un compromiso ético de rechazo al humanismo clásico y de construcción de un futuro sustentable. Para Braidotti (2015, p. 12), el posthumanismo se apoya en la hipótesis de que la materia viva es, en sí, vital, capaz de autoorganización y, asimismo, no naturalista; su punto de partida es el *continuum* naturaleza-cultura. Para ella, el mejoramiento humano es el punto central de las discusiones sobre lo posthumano.

Braidotti (2015, pp. 26-68) indica que humanismo y antihumanismo son dos movimientos que precedieron el posthumanismo. Mientras el primero se origina en el Renacimiento y se desarrolla como modelo de civilización imperialista y eurocéntrica, en la que el sujeto equivale a la conciencia, a la racionalidad universal y al comportamiento ético autodisciplinante, el antihumanismo se impulsa en los años 1960 y 1970, arraigado en movimientos como el feminismo, el anticolonialismo y el antirracismo. El antihumanismo desconecta el Hombre de su universalismo y lo descubre como concepto histórico, contingente y variable, formación discursiva cada vez más problemática. Según la autora, el posthumanismo parte de la herencia antihumanista para ir más allá; siendo su principal fin es la "elaboración de precisas cartografías para las diferentes posiciones de los sujetos como trampolín de lanzamiento hacia una recomposición posthumana de un vínculo cosmopolita posthumano" (2015, p. 68).

De acuerdo con Braidotti (2015, p. 108), la tecnología es central en el concepto posthumano, considerando que la relación entre lo humano y el otro tecnológico ha cambiado en la contemporaneidad, alcanzando niveles sin precedentes de proximidad e interconexión. La autora observa el deslizamiento de la demarcación entre lo orgánico y lo inorgánico, lo original y lo manufacturado, la carne y el metal, los circuitos electrónicos y los sistemas nerviosos orgánicos. Braidotti plantea que nos hemos convertido en cuerpos biomedidos, y que ello permite avalar la hipótesis de que los *cyborg*¹⁷ son las formaciones sociales y culturales dominantes. Asimismo, asevera que las tecnologías pueden decirse dotadas de un fuerte efecto biopolítico sobre los sujetos, pensando entonces los *cyborg* no solo como los cuerpos *high tech* de atletas y celebridades, sino también como masas anónimas del proletariado digital. Esa mediación tecnológica se revela central para la subjetividad posthumana, uniendo la retórica del “deseo de ser cableado” con el materialismo que se dice “orgulloso de ser carne” (Braidotti, 2015, p. 110).

La subjetividad es así, para Braidotti (2015, p. 49), un "proceso de autopoiesis y autocreación del yo, que comprende complejas y continuas negociaciones con la norma y los valores dominantes y, por ende, formas de responsabilidad múltiples". Lo posthumano es un fenómeno en curso, afirma ella (2020, p. 9), y es una hipótesis de trabajo sobre el tipo de sujetos en los que nos estamos transformando. Butler (2014, p. 22), en contribución a un libro sobre Braidotti, destaca que el planteo de la autora es que estemos a la altura de nuestro tiempo, es decir, que aceptemos que los procesos tecnológicos y *comoditizados* han ingresado al campo material de la personificación (*embodiment*) y que ello constituye nuestro presente histórico; aceptar el presente es necesario para conocer los recursos que tenemos para construir el futuro. Butler entiende que el argumento de Braidotti es que podemos encontrar dentro de dichos procesos la dinámica de desmontaje (*disassembly*) y ensamblaje (*reassembly*) que son a la vez nuestra esperanza. En otras palabras, para Butler la única forma de intervenir en la producción contemporánea de lo posthumano es entrar en sus términos, discernir nuevas formas de devenir dentro de esa condición contemporánea y comprometerse en modos de comunidad relacional que puedan realizar un futuro más sustentable y justo.

2.2. Tecnocuerpo Farmacéutico

Subyacente a las nociones de subjetividad abordadas, es posible suponer una noción de cuerpo que permite y avala las prácticas del mejoramiento cognitivo a través de

¹⁷ Un *cyborg*, según Haraway (2009), es un organismo cibernético, un híbrido de máquina y organismo. Para la autora, somos todos *cyborg* en la medida en que se rompen tres fronteras: entre naturaleza y cultura, entre organismo y máquina, y entre lo físico y lo no físico. Haraway argumenta a favor del *placer* de la confusión de fronteras, así como en favor de la *responsabilidad* en su construcción.

psicofármacos, siendo el cuerpo el lugar fundamental de intervención. Para Biehl et al. (2007, pp. 8-9), la noción de cuerpo corresponde a una heurística privilegiada de procesos históricos y políticos, que extiende la fenomenología cultural a una subjetividad política, en la que lógicas de mercado, normas institucionales e intervenciones técnico-rationales definen la relación entre cuerpo y subjetividad. Demandado por instituciones, discursos y prácticas disciplinarias, así como por deseos y necesidades del sujeto, el cuerpo es, subjetivamente, siempre más y menos de lo que debería ser; uno continuamente aprende y reaprende a vivir con el cuerpo tanto cuanto a través del mismo, en estados de salud y enfermedad, juventud y vejez, rutina e inestabilidad (Biehl et al., 2007, pp. 9-10).

A su vez, Preciado (2008, pp. 39-40) sostiene que el cuerpo no se reduce a un estado prediscursivo, ni tiene sus límites en la envoltura carnal que la piel bordea; no puede entenderse como un sustrato biológico fuera de los entramados de producción y cultivo propios de la tecnociencia. Observa, así, que ese cuerpo es una entidad tecnoviva multiconectada que incorpora tecnología; no es organismo ni máquina, es tecnocuerpo. Coincide con Haraway en que el cuerpo del siglo XXI es una plataforma tecnoviva, el resultado de una implosión irreversible de sujeto y objeto, de lo natural y lo artificial. Para Preciado, en el circuito de tecnoproducción de excitación no hay ni cuerpos vivos ni cuerpos muertos, sino conectores presentes o ausentes, actuales o virtuales. Los fármacos, así como las imágenes, los virus, los programas informáticos, las células madre, las moléculas de alcaloides activos etc., presentan en la actual economía global un valor en tanto que integrables o no en una bioelectrónica de la excitación global. Para Preciado (2008, pp. 33-34), no hay nada que desvelar en la naturaleza, no hay un secreto escondido, sino que es necesario explicitar los procesos culturales, políticos y técnicos a través de los cuales el cuerpo como artefacto adquiere estatuto natural. De ser así, la verdad del cuerpo no es una verdad a ser desvelada; es *design*, una verdad a ser diseñada.

Preciado sostiene que una de las características de la economía posfordista es la dominación por la industria de la píldora, y que el control de la subjetividad es el verdadero motor del capitalismo actual; los neurotransmisores pasan a formar parte de un "complejo material-virtual que puede ayudar a la producción de estados mentales y psicosomáticos de excitación, relajación y descarga, de omnipotencia y de total control" (2008, p. 38). Así, sostiene que esa economía reposa sobre una base somatopolítica: el carácter toxicológico del placer entendido como satisfacción frustrante; esta es la divisa de la economía posfordista, y su fuente última de producción de riqueza (Preciado, 2008, p. 238). La producción de estados somáticos artificiales con el objetivo de mejoramiento cognitivo a través del uso de psicofármacos estimulantes acompaña esa lógica.

Este capítulo abordó el concepto de subjetividad y planteó un marco desde el cual pensar el sujeto que practica el mejoramiento cognitivo a través del uso de psicofármacos estimulantes. Ese sujeto, atravesado por el entorno político, económico y científico, se construye de modos singulares; es farmacéutico, cerebral, neoliberal, posthumano y mucho más, en diferentes medidas y sentidos. En ese contexto, el cuerpo materializa esa subjetividad; la recibe, contiene, expresa, sufre y refuerza, por lo cual se hace necesario discutirlo más allá de lo orgánico. Habiendo presentado esas consideraciones, el próximo capítulo abordará antecedentes de investigación acerca de las prácticas de mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos estimulantes en adultos.

3. Uso de estimulantes como mejoradores cognitivos en adultos

Este capítulo abordará los antecedentes de investigación acerca del uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos en adultos, recorriendo investigaciones a nivel internacional y regional.

3.1. Perspectiva internacional a principios del siglo XXI

En 2008, la revista *Nature* realizó una encuesta en su página web respecto al uso de tres medicamentos para fines de mejoramiento cognitivo: el metilfenidato y el modafinilo, ambos psicofármacos estimulantes, y los betabloqueadores (Maher, 2008). La encuesta obtuvo 1.400 respuestas de personas de 60 países, de las cuales un 20% había utilizado dichos medicamentos para esa finalidad. De ellos, un 62% había consumido metilfenidato y un 44% había usado modafinilo. Las razones más citadas para el uso fueron en primer lugar, mejorar la concentración; en segundo, aumentar la capacidad de mantener la atención en una tarea específica, lo cual el autor admite que es muy parecido a la alternativa anterior; en cuarto lugar, reducir el efecto del cambio de zona horaria, atrás de una categoría “otros” que incluyó, por ejemplo, irse de fiesta, limpiar la casa y verificar la validez del artículo al cual se adjuntó la encuesta. Se relataron frecuencias de uso diario, semanal, mensual y hasta anual, repartidas equitativamente entre los respondientes. Casi la mitad refirió efectos indeseados como dolor de cabeza, ansiedad, insomnio y temblores.

Chatterjee (citado en Maher, 2008) prevé un aumento de uso de mejoradores cognitivos en la medida en que se amplíe su disponibilidad, se superen preocupaciones éticas y se los acepte culturalmente. El autor considera que esto será facilitado por el hecho de que el uso de estos fármacos no depende de la formación de especialistas médicos como por ejemplo los cirujanos, y también por la disponibilidad vía internet. De hecho, la encuesta identificó que un 34% de las sustancias fueron adquiridas online, un 52% vía prescripción y el restante, directamente en farmacias.

Maher (2008) menciona que un 80% de los encuestados opinaron que adultos saludables deberían poder consumir esa medicación si así lo desean, y al 69% no le importaría sufrir reacciones adversas leves derivadas del uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos. Por otro lado, un 86% se manifestó en contra del uso por menores de 16 años, aunque un 33% se los administraría a sus hijos en el caso de que otros niños de la escuela los tomaran. Eso indica un potencial efecto coercitivo del uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos.

A la vez, se observa que el uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos en adultos ha encontrado usuarios en ámbitos diversos, aunque el más estudiado

es, sin lugar a dudas, el ámbito académico, principalmente en estudiantes universitarios. Ese tipo de uso ha sido estudiado en países como Estados Unidos (McCabe et al., 2005; Teter et al., 2006; White et al., 2006; DeSantis et al., 2008; Dupont et al., 2008; Weyandt et al., 2009; McNiel et al., 2011; Emanuel et al., 2013; Mineo et al., 2017), Alemania (Eickenhorst et al., 2012; Mache et al., 2012, Schweighart et al., 2020; Franke et al., 2021), Reino Unido (Singh et al., 2014; McDermott et al., 2020), Francia (Micoulaud-Franchi et al., 2014; Brumboiu et al., 2021), Irlanda (Singh et al., 2014), Holanda (Schelle et al., 2015), Bélgica (Rosiers y Van Hal, 2009), Suiza (Maier et al., 2013), Rumania (Brumboiu et al., 2021), Turquía (Sumbul-Sekeci et al., 2021), Irán (Habibzadeh et al., 2011; Rahimi-Movaghar et al., 2011) y Nueva Zelanda (Ram et al., 2017). Todos esos trabajos, de carácter cuantitativo, demuestran el interés en determinar la prevalencia y las características generales de los usuarios. De modo general, esos estudios revelan un interés creciente de los estudiantes en el uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos principalmente para preparar exámenes. Esto es generalmente considerado por los autores como un fenómeno nuevo, demostrando la discontinuidad con momentos históricos anteriores en que se le dio ese uso a sustancias estimulantes.

Los motivos de uso más frecuentes en esas investigaciones indican que el mejoramiento cognitivo tiene que ver directamente con la mejora de los resultados en el estudio, siendo que en algunas de ellas ambas nociones son tratadas como sinónimos (Schelle et al., 2015), incluyendo aumentar la atención, la concentración y la performance somática, y reducir el cansancio, el estrés y la presión por performance (Franke et al., 2021). Si bien autores como Benson et al. (2015) indican una relación entre el uso de estimulantes sin prescripción y estudiantes con bajo GPA, otros estudios, como Mineo et al. (2017), encontraron que son los estudiantes de alto promedio y rendimiento quienes lo hacen. Esos estudios parecen converger en que, así como es señalado por Schweighart et al. (2020), el recurso al medicamento es en general facilitado por las creencias de los estudiantes respecto a la eficacia de esas sustancias, su afiliación a un grupo de estudiantes usuarios y la facilidad de acceso a los fármacos. A su vez, Singh et al. (2014) señalan los siguientes motivos para no consumir psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos pese a un eventual interés: la indisponibilidad o dificultad de obtención de estos medicamentos, la preocupación por efectos indeseados y la ilegalidad del uso de los mismos sin prescripción.

El mejoramiento cognitivo entre docentes ha sido marcadamente menos abordado que entre estudiantes; sin embargo, la experiencia personal en el ámbito académico llevó a que Sahakian y Morein-Zamir (2007) nombraran a los psicofármacos estimulantes “pequeños ayudantes del profesor” (p. 1159). Un cuestionario anónimo aplicado por las autoras a docentes universitarios de Estados Unidos y Reino Unido arrojó que, en docentes norteamericanos, el consumo de modafinilo se asocia principalmente a contrarrestar el *jetlag*

(desfase horario), siendo el mismo obtenido a través de sus médicos de cabecera y el efecto percibido como “moderado”, descrito como un efecto global incluyendo atención y memoria. Para los docentes británicos, el uso se encontró más asociado al aumento de productividad y el enfrentamiento de desafíos intelectuales, siendo el fármaco obtenido vía Internet. El efecto fue considerado suave pero muy valioso, y descrito como un incremento en la energía mental y en el sostenimiento de la tarea intelectual intensa.

La literatura refiere además un importante consumo de estimulantes en profesionales como médicos, ejecutivos y otros (Bloomfield y Dale, 2015). Dichos autores precisan que esas tecnologías han sido empleadas tanto en situaciones de “trabajo extremo” (por ejemplo, médicos de emergencia y militares) como también para que individuos en funciones como la docencia y la administración “trabajen extremadamente”, adhiriendo a una intensificación de su vida laboral motivada por una "ideología de trabajo" que enfatiza individualidad, elección y libertad, y promueve una “normalización de la intensidad” (2015, p. 553). Otros estudios abordaron el uso en cirujanos (Franke et al., 2013) y en empleados en general (Wolff et al., 2016). En 2018, el documental *Take your pills* (Klayman, 2018) reunió una serie de relatos de profesionales de diferentes áreas (informática, financiera, etc) sobre el uso de Adderall® (sales de anfetamina).

Cabe mencionar el uso de estimulantes como mejoradores cognitivos los militares en Estados Unidos. Bickford (2020) refiere que investigaciones actuales de las fuerzas armadas estadounidenses se han enfocado en el desarrollo de “súper soldados”¹⁸ farmacológicos. Según el autor, una amplia gama de proyectos de investigación sobre la mejora del desempeño militar en los Estados Unidos han sido llevados a cabo o se encuentran en curso, incluyendo proyectos sobre fármacos que mejoran la atención, como el modafinilo, diseñados para "mejorar la conciencia de la situación" y prevenir la "degradación de la toma de decisiones". De hecho, una consulta realizada por mi en 2018 al repositorio del Departamento de Defensa de Estados Unidos encontró 19 informes técnicos publicados por instituciones militares sobre mejoramiento cognitivo, además de 32 informes sobre el modafinilo, 22 sobre las dextroanfetaminas y 19 sobre el metilfenidato, demostrando el interés militar en esa área de investigación.

Finalmente, otro grupo de usuarios a destacar es conformado por artistas e intelectuales como escritores, músicos y fotógrafos, que, desde los años 1930, utilizan las anfetaminas como forma de tener más energía y potenciar la creatividad (Moore, 2011, pp. 122-123). Algunos ejemplos de usuarios conocidos son Jack Kerouac, Andy Warhol y Philip

¹⁸ Para Bickford (2020, pp. 15-16), la idea de dopar a los soldados para mejorar su capacidad de luchar y sobrevivir es una propuesta aterradora para muchas personas, por lo cual la solución promovida por el ejército norteamericano fue la de imaginarlos como superhéroes, como representaciones positivas del soldado mejorado. Esa narrativa fue apoyada por la creación de una “supermitología” cuyo quizás más obvio representante sea el Capitán América, superhéroe y súper soldado farmacológico creado en 1941 en el cual Steven Rogers se convierte tras ingerir el "suero de súper soldado”.

K. Dick (Moore, 2011, p. 123); los tres forman parte de una generación nacida en Estados Unidos en la década de 1920 y fallecidos entre 1969 y 1987. Del otro lado del Atlántico, la Corydrane fue el estimulante favorito de intelectuales como Jean-Paul Sartre y Marguerite Duras en función de que, según Duras, les daba el *coup de fouet* necesario para vivir en la Francia de la época (Luna-Fabritius, 2014, p. 31). La Corydrane, según la autora, se hizo popular en los años 1950 y fue prohibida en 1971.

A su vez, ejemplos de usuarios famosos de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos a principios del siglo XXI son más escasos, siendo más fácil encontrar ejemplos de personalidades que declaren padecer TDAH y consumir medicamentos por eso. Según Holland (2020), algunos de ellos son los medallistas olímpicos Michael Phelps y Simone Biles¹⁹ y los cantantes *pop* Adam Levine y Justin Timberlake. Holland recupera ejemplos de personas famosas que han declarado públicamente su diagnóstico para aseverar que el TDAH "no impide vivir una vida plena y exitosa" siendo que para eso es clave la adherencia al tratamiento. Esa línea de argumentación refuerza una creciente asociación del uso de estimulante con el diagnóstico, lo cual no quita que los usuarios mencionados como ejemplo sean claramente profesionales de alta performance.

Por otro lado, pareciera que en cierto nicho de escritores el propósito de mejoramiento sea algo menos velado. Algunos de ellos, como el escritor y periodista Joshua Foer (2005), combinan la habilidad artística y la experiencia con estimulantes para brindar metáforas contundentes acerca de las prácticas de mejoramiento cognitivo. Su escrito *The Adderall Me* inicia con la siguiente declaración: "Depressives have Prozac, worrywarts have Valium, gym rats have steroids, and overachievers have Adderall" [Los depresivos tienen al Prozac, los preocupados tienen al Valium, las ratas de gimnasio tienen a los esteroides y los exitosos tienen al Adderall]. Él refiere que el efecto del Adderall® es como haber sido mordido por una araña radiactiva, metáfora que recupera la historia de otro superhéroe de Marvel, remitiéndonos a las consideraciones de Bickford una vez más.

Timothy Ferriss, autor de los libros con nombres sugestivos como *The 4-hour Workweek: Escape 9-5, Live Anywhere, and Join the New Rich* [versión en español: La semana laboral de 4 horas: No hace falta trabajar más] (2007) y *The 4-hour Body: An Uncommon Guide to Rapid Fat-Loss, Incredible Sex, and Becoming Superhuman* [versión en español: El cuerpo perfecto en 4 horas: Una guía asombrosa para perder peso en poco tiempo, disfrutar al máximo del sexo y convertirse en un súperhombre] (2010), declara en una entrevista (London Real, 2013, 1m39s) que ha utilizado el modafinilo para combatir el

¹⁹ Cabe destacar que, aunque los estimulantes han sido utilizados por deportistas desde hace mucho tiempo, a principios del siglo XX esta práctica pasó a ser considerada dopaje y prohibida en las competiciones profesionales. Hoy, para que los deportistas accedan a estas sustancias, es necesario un diagnóstico como el TDAH que la justifique y avale.

writer's block [bloqueo del escritor]. Ese ejemplo resulta ilustrativo, considerando que Ferriss capta el interés global en el aumento de productividad (las 4 horas) y de desafío de las limitaciones humanas ("conviértase en un súper humano", "aprenda cualquier cosa") y con eso llega al ápice de populares listas de libros más vendidos, como por ejemplo la lista de *The New York Times*. A la vez, el uso de estimulantes como mejoradores cognitivos resulta, inadvertidamente para sus lectores, un colaborador (casi) anónimo en la trayectoria de ese autor que representa y vende fórmulas de éxito a principios del siglo XXI²⁰.

Otro ejemplo de escritor de ese género literario que declara abiertamente haber usado modafinilo como mejorador cognitivo con regularidad para alcanzar sus objetivos profesionales es Dave Asprey (London Real, 2015; Future Frontiers, 2015). Asprey es autor de libros como *Head Strong: The Bulletproof Plan to Activate Untapped Brain Energy to Work Smarter and Think Faster - In Just Two Weeks* [Obstinado: El plan a prueba de balas para activar la energía cerebral inexplorada para trabajar de forma más inteligente y pensar más rápido - en tan solo dos semanas. Sin traducción al español] (2017), *Game Changers: What Leaders, Innovators, and Mavericks Do to Win at Life* [Punto de inflexión: Lo que hacen los líderes, innovadores e inconformistas para ganar en la vida. Sin traducción al español] (2018) y *Super Human: The Bulletproof Plan to Age Backward and Maybe Even Live Forever* [Superhumano: el plan a prueba de balas para envejecer hacia atrás y tal vez incluso vivir para siempre. Sin traducción al español] (2019). Asprey ha declarado que se considera el primer *biohacker* profesional del mundo y que planea vivir hasta los 180 años (Cassidy, 2019). Interesa destacar que tanto de la obra de Asprey como la de Ferriss se desprenden atravesamientos de la cuestión del éxito sobre el cuerpo y del sujeto entendido como cerebro.

3.2. Perspectiva en América Latina

A nivel latinoamericano, se han realizado investigaciones acerca del consumo de estimulantes como mejoradores cognitivos en diferentes países, tanto con metodología cuantitativa como cualitativa.

En cuanto a estudios cuantitativos, se observa un gran énfasis en investigaciones en estudiantes universitarios en diferentes países como Argentina (Mazzoglio y Nabar et al., 2011; Martins et al., 2020), Colombia (Acevedo et al., 2009), Brasil (Coli et al., 2016; Preta et al., 2019; Campos et al., 2020) y Chile (Alarcón et al., 2010; Duffau, 2010). Esos estudios

²⁰ Algunos años más tarde, en 2016, Ferris publica en su propio canal de YouTube un video en respuesta a una pregunta que le han hecho recurrentemente: ¿qué "*smart drugs*" estás usando? En el mismo, refiere por ejemplo que ha usado aniracetam, hydergen, deprenyl, modafinilo pero que en los últimos dos años los ha sustituido por compuestos de creatina y ubiquinol (indicados para el Alzheimer), melena de león con chaga y café ("para prenderse como un árbol de navidad"), y yerba mate, al estilo del Río de la Plata, la cual es en ese momento su nueva elección para cuando necesita escribir durante horas (Ferris, 2016).

optaron por un abordaje descriptivo, relevando la prevalencia de características de los sujetos y de sus prácticas de consumo. Siguiendo la línea cuantitativa pero apuntando a otro tipo de estudiantes, Donassolo (2016) relevó la prevalencia del consumo en adultos en Porto Alegre, Brasil, que se encuentran preparando exámenes de concursos públicos. Finalmente, Batistela (2011) utilizó técnicas psicométricas para medir el efecto del uso agudo de metilfenidato como mejorador cognitivo en Brasil.

Como conclusiones, Mazzoglio y Nabar et al. (2011) identificaron una prevalencia considerada alta de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del curso "Anatomía Normal Humana" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, especialmente en repetidores de la asignatura y alumnos con actividades laborales. Los autores refieren que el 41.8% de los 122 encuestados refirió tomar alguna sustancia para aumentar sus horas de estudio, siendo que un 31,37% refirió consumir modafinilo y un 13,72% metilfenidato. Martins et al. (2020) encontraron que un 99,15% de los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba ha consumido algún psicoestimulante, siendo que un 70,51% consume diariamente. En conjunto, el modafinilo y el metilfenidato fueron consumidos alguna vez por el 8,31%. Dentro de estos, predominó el modafinilo en el 75,51%, mientras que el consumo de metilfenidato solo representó un 6,12% y el 18,37% refirió consumo de ambos fármacos. Entre aquellos que consumieron modafinilo y/o metilfenidato, únicamente el 10,20% lo hizo bajo prescripción médica, siendo que un 89,80% lo hizo por cuenta propia o bajo recomendación no profesional. El consumo de estos fármacos se asoció con el sexo masculino, mayor edad, no practicar ninguna religión, mayor avance en la carrera, mayor dificultad académica, atraso en la carrera, menos de 4 horas de sueño pre-examen, diagnóstico psicológico o psiquiátrico, trastorno ansioso, trastorno depresivo y mayor consumo de cafeína. Acevedo et al. (2009, p. 43) destacaron una prevalencia de consumo de anfetaminas en la Universidad de Manizales (Colombia) considerado alarmante, particularmente en las facultades de Medicina (42,3%) y Economía (16,7%), mientras Campos et al (2020, p. 14695) percibieron un uso calificado por ellos como preocupante de Ritalina® en estudiantes del área de la salud del Centro Universitário Uningá (Brasil). Duffau (2010, p. 2) detectó que un 13,22% (16) de una muestra de 122 estudiantes de grado y pregrado de la Universidad de Chile toma algún medicamento, mencionando modafinilo o pseudoefedrina. Sin embargo, ese nivel de uso no es calificado como alto o preocupante como en otros estudios, sino que este autor detecta una gran preocupación respecto al nivel de uso de cafeína en 56% de los encuestados (Duffau, 2010, p. 2).

A su vez, Batistela (2011) estudió los efectos de la administración aguda de diferentes dosis de metilfenidato sobre la cognición de jóvenes saludables. La muestra incluyó 36 universitarios o profesionales a los cuales se realizaron tests de atención,

memoria operacional, episódica y semántica. La autora no observó diferencias en la performance de los sujetos en ninguno de los tests, pero sí un efecto dosis-dependiente en la auto evaluación del bienestar. Ella concluye que la impresión de que el metilfenidato mejora el desempeño cognitivo en personas jóvenes y saludables se debe probablemente al efecto subjetivo de bienestar.

En cuanto a estudios cualitativos, se han encontrado algunos realizados en Brasil enfocándose principalmente en el metilfenidato. Esos estudios se dividen en dos líneas en cuanto a la población estudiada: por un lado, se encuentran estudios acerca del uso en estudiantes (Ortega et al., 2010; Palhares, 2015; Augusto, 2020); por otro, se hallan estudios que abordan el uso como propuesta terapéutica en los que emergió la dimensión cosmética del uso (Caliman y Rodrigues, 2014; Barros, 2014). Ya la tesis de Gonçalves (2016), si bien se propone desde un principio a cartografiar las controversias acerca del mejoramiento cognitivo, uno de sus principales hallazgos también remite a la difusa frontera entre tratamiento y mejoramiento.

Por el lado de los estudios de experiencias de uso en estudiantes, Ortega et al. (2010) realizaron grupos focales con 20 universitarios de 18 a 25 años respecto al uso de Ritalina® como mejorador cognitivo. El tema más mencionado en los grupos fue la presión para la performance, siendo también abordada la seguridad del consumo y si el mismo sería comparable al uso de esteroides o anabolizantes. También se expresó preocupación en cuanto al riesgo de coerción social para el uso del fármaco y la posibilidad de que el mejoramiento cognitivo aumente la injusticia social en caso de acceso desigual al medicamento. Otra cuestión que apareció con frecuencia fue la influencia de los intereses comerciales de la industria farmacéutica en la mejora cognitiva farmacológica, así como la preocupación por la interferencia de la medicalización en la condición humana. Algunos puntos que suscitaron divergencias en los debates incluyeron, por ejemplo, si el mejoramiento cognitivo a través del uso de Ritalina® es un medio honesto o no de realizar tareas académicas, y si la mejora del rendimiento cognitivo podía considerarse o no un atributo legítimo de la persona que utilizó el fármaco con este fin.

Palhares (2015) entrevistó a seis universitarios usuarios de metilfenidato acerca de su experiencia de uso de medicamentos para estudiar. De los seis entrevistados, dos consumieron por su cuenta y cuatro bajo orientación médica, habiendo sido diagnosticados con TDAH. Uno de los hallazgos tiene que ver con que el disparador del consumo, en todos los casos, estuvo conectado al ingreso a la universidad y a la dificultad de hacer frente a la exigencia académica. Según la autora (2015, p. 48), la culpabilización de sí mismos y el sentimiento de inferioridad suscitado por los mecanismos punitivos de la universidad así como por la comparación entre pares llevaron al inicio del consumo. Palhares observa además que el diagnóstico de TDAH fue bien recibido por los sujetos y produjo un efecto de

desculpabilización; la dificultad de concentración dejó de ser un problema del sujeto para volverse algo médico y pasible de tratamiento. En cuanto a las experiencias de uso, la autora refiere que tras encontrar un significado para la medicación, cuestionar y comprender sus efectos en el cuerpo, los participantes pasaron a ejercer el dominio sobre la farmacoterapia, siendo responsables por determinar las dosis, los horarios y la frecuencia del consumo. La autora señala que la introducción del metilfenidato permitió a los usuarios una mejor relación con ellos mismos, en función de lograr realizar las tareas propuestas y dejar de sentirse incapaz o "burro". Asimismo, observa que el consumo conlleva un estigma que hace que los usuarios eviten darlo a conocer por temor a prejuicios.

Augusto (2020) llevó a cabo una etnografía sobre el mejoramiento cognitivo en *concurseiros*²¹ como sujetos de desempeño. El autor identifica que el uso de psicofármacos como mejoradores cognitivos está presente en estos sujetos pero no a la vista, sino en la trastienda. Eso se debe a un consenso actuante en estos sujetos de mantener una fachada idealizada, alejando de los espectadores cualquier hecho que pueda desacreditar sus performances, tan valoradas en sus discursos (2020, p. 118). Estos sujetos, según él, actúan de forma individualista, exigente, proactiva y acelerada, según el propio modo de subjetivación encontrado en la razón neoliberal que lo concibió (2020, p. 127). El trabajo de Augusto visibiliza así, no sin cierta ironía, que la búsqueda por estabilidad en empleos en el sector público lleva a que esos sujetos se vean atravesados en tanto *concurseiros* por la misma racionalidad neoliberal de competencia y auto explotación que ellos rechazan en el sector privado (2020, p. 130).

Por la línea de estudios que buscaron comparar el uso terapéutico con el uso cosmético, Caliman y Rodrigues (2014) realizaron una investigación cualitativa en la cual entrevistaron a nueve adultos diagnosticados con TDAH sobre la experiencia de uso de metilfenidato. Las autoras señalan que el uso para "rendir más" también apareció en esos adultos (2014, p. 132), poniendo en cuestión la frontera entre lo terapéutico y lo cosmético. Ellas destacan que el efecto del medicamento no está desconectado de la historia del sujeto, y aunque pueda ejercer el efecto deseado en algunos momentos, puede no funcionar en otros; por ejemplo, una entrevistada refiere que no logra aprender inglés "ni con Ritalina®" (2014, p. 132). Las autoras sostienen que en la medida en que el diagnóstico de TDAH y el metilfenidato son pensados como tecnologías subjetivas o artefactos cognitivos que participan activamente en la producción de los sujetos y sus mundos, es necesario prestar atención a los mundos y sujetos producidos (2014, p. 133).

Barros (2014) estudió los usos y sentidos del metilfenidato asociados a experiencias de tratamiento y de mejora de la atención, para lo cual entrevistó a dieciséis usuarios

²¹ Expresión popular que designa personas que se encuentran preparando pruebas de concursos públicos en Brasil.

adultos. La autora encontró que la frontera entre el uso terapéutico y el uso cosmético para mejoramiento cognitivo era mucho más permeable de lo que se imaginaba: sus entrevistados ora afirmaban que usaban el medicamento por creer tener TDAH, ora para mejorar el rendimiento, planteando desafíos a la idea inicial de comparar los discursos de los dos grupos, y motivo por el cual optó por modificar la metodología del estudio (2014, p. 18). La autora observa que tal ambigüedad parece ser reflejo de que el discurso médico es el principal medio para justificar el uso del medicamento, sin necesidad de cuestionar aspectos emocionales, sociales y/o éticos para lograr un mejor rendimiento cognitivo (2014, p. 7). Asimismo, ella indica que la necesidad de mejorar el desempeño para superar la competencia en el mercado de trabajo ha hecho con que la normalidad resulte poco atractiva, y quizás por ese motivo parezca no ser tan fundamental para algunos entrevistados definir si lo que hacen es un tratamiento de un trastorno o mejoramiento cognitivo; pareciera que para ellos lo importante es alcanzar la condición de realizar su meta (2014, p. 149).

Gonçalves (2016) se propuso a cartografiar las controversias presentes en el campo del mejoramiento cognitivo a través del uso de metilfenidato. Para eso, entrevistó a tres representantes de la industria farmacéutica, nueve psiquiatras y tres usuarias de Ritalina® para mejoramiento cognitivo. La autora destaca que si bien su objetivo era pesquisar el consumo *off-label* de esos medicamentos, la cuestión del mejoramiento de la performance cognitiva no dejó de hacerse presente en la discusión acerca de la demanda, diagnóstico y tratamiento del TDAH. Gonçalves señala que la reapropiación de la Ritalina® para el mejoramiento de la performance no se restringe al uso *off-label* de la sustancia, sino que también estaría involucrado en la demanda, diagnóstico y tratamiento del TDAH, visto por muchos estudiosos como un diagnóstico controvertido, principalmente cuando se trata de adultos. Dicha controversia se evidencia, según Gonçalves, en la dificultad de definir, llegada la demanda al consultorio, si se trata de una demanda por tratamiento o por mejoramiento de la performance.

Finalmente, cabe mencionar dos ejemplos de relatos de auto experimentación con los estimulantes. Esa dimensión se encuentra en Kaiser (2011, p. 13), quien, en el marco de su tesis de grado en Comunicación, consultó por primera vez a un psiquiatra “para averiguar la flexibilidad y la subjetividad del diagnóstico [de TDAH]” y en ese encuentro le fue recetado metilfenidato. El investigador consumió el medicamento por una semana y relató en el trabajo sus impresiones. “Siento una presión en la cabeza, pero al mismo tiempo una calma se instala. Mi cuerpo se relaja”, escribió, tras la primera dosis. El relato oscila entre efectos indeseados y algunos logros a nivel de concentración durante la semana.

Desde el campo no académico y en consonancia con experiencias de uso relatadas por escritores, cabe mencionar el psicoanalista y escritor argentino Emilio Rodríguez. En *El Libro de las Separaciones*, el autor refiere un uso de anfetaminas relacionado a la actividad

de escritura. Relata: “ser autor de un libro, de una novela de preferencia, era más que ser actor de Hollywood. (...) Pero no me salía. (...) Un año alimentado a anfetaminas y café negro amargo. Un impotente bloqueo frente a la página en blanco” (2000, p. 95). Sitúa, así, el uso de estimulantes como mejoradores cognitivos en el medio intelectual no académico del Río de la Plata.

El presente capítulo presentó antecedentes de investigación acerca de las experiencias de uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos. Dichos estudios indican un uso extensivo a zonas geográficas diversas, en usuarios con diferentes trayectorias aunque la toma se encuentra notablemente relacionada a actividades productivas. Asimismo, los estudios muestran, como señalan Caliman y Rodrigues (2014, p. 131) que los usuarios no son meros receptores de la medicación sino que participan activamente de la definición de sus efectos, los cuales son construidos en la relación entablada entre el usuario y el medicamento. Siendo así, el capítulo a continuación introducirá resultados del trabajo de campo acerca de la experiencia de los montevideanos con los psicofármacos estimulantes.

4. Mejoramiento Cognitivo: La experiencia Montevideana

Este capítulo es la primera parte de la presentación de los resultados del trabajo de campo. Se abordarán los hallazgos relacionados a los objetivos específicos 3 a 7, retomados a continuación: 3) Explorar los motivos del uso según los usuarios; 4) Identificar modalidades de consumo a partir de los relatos; 5) Indagar la percepción de riesgo-beneficio asociada al fármaco; 6) Indagar los circuitos y redes formales e informales por los cuales dichos medicamentos transitan hasta llegar al consumidor final; 7) Explorar las posibles relaciones entabladas entre el consumo de psicofármacos estimulantes con el uso de otras sustancias estimulantes, como por ejemplo el mate, el café y la nicotina, así como el uso de sustancias en general. Para ello, este capítulo se dividirá en los siguientes tópicos: motivos de uso, circuitos y redes de circulación, percepción de riesgo y beneficio, modos de uso y relaciones entre psicofármacos estimulantes y otras sustancias.

4.1. Motivos de uso

El trabajo de campo realizado no indicó un motivo único para la toma de psicofármacos estimulantes, sino que reveló un fenómeno multifacetado en que se destacaron tres dimensiones: las actividades cotidianas en las que el sujeto experimentó dificultad y que suscitaron el interés por el uso, las funciones cognitivas que el sujeto sintió que se beneficiarían del consumo, y el estado fisiológico que el sujeto buscó modificar a través de la ingesta del fármaco. En cuanto a las actividades cotidianas, en todos los casos la toma de psicofármacos estimulantes estuvo de alguna forma relacionada a demandas de estudio y trabajo, como por ejemplo, estudiar para exámenes, escribir trabajos finales de grado o posgrado, asistir a clase, en algunos casos sumado a una actividad laboral intensa o al multiempleo. Respecto a las funciones cognitivas, se destacan las menciones a dificultades de atención y concentración. Sobre estados fisiológicos, se resalta la mención al sueño. Generalmente, dos o incluso las tres dimensiones aparecieron superpuestas en los relatos, como ejemplifica Mateo²²:

(...) en esa época estaba trabajando yo, tenía que estudiar muchas horas y a mí siempre me costó sostener la atención en lo que estaba estudiando. Igual nunca me generó problemas no sostener la atención, pero cuando eran textos muy pesados y cansadores, a veces me venía sueño. (E3, varón, 29 años)

En su caso, Mateo se encontraba cursando el segundo año de facultad y debía cumplir con un gran volumen de lectura para el examen. El entrevistado destaca que si bien

²² Todos los nombres fueron cambiados para preservar la identidad de los entrevistados.

siente que su atención ha sido siempre oscilante, nunca tuvo problemas de desempeño y no consideraba necesario concurrir a una consulta médica por ese motivo. El consumo se encontró circunscrito a ese momento específico de exigencia de capacidad de concentración. En el caso de Romina, la exigencia de concentración fue experimentada durante la clase:

Y no lo tomo [el modafinilo] todos los días, sino no duermo más y además me da dolor de cabeza y hace que me congestione. No me gusta nada. Pero cuando tengo que hacer, tengo que ir a clase, por ejemplo, sino no me banco las dos horas, no presto atención, no me da para interiorizar nada y me terminaba yendo a la media hora, algo así. Entonces, ta. Cuando me toca tener clase lo tomo. (E13, mujer, 23 años)

Cabe observar que, en el caso de Romina, no solo la especificidad de la toma refiere a la asistencia a clase sino que se produce en el momento específico del paso del liceo a la facultad. Según la entrevistada, en el liceo “más o menos se manejaba”, mientras en la facultad “se vio contra una pared”. La dificultad emergente en el paso del liceo a la facultad se repite en los relatos de Benjamin y Paulina.

En los casos de Mateo y Romina, los entrevistados refieren que no tenían una gran carga de responsabilidades además del estudio. Mateo indica que si bien se encontraba trabajando, eran pocas horas y, mirando en retrospectiva, expresa que “era mucho más fácil la vida, tenía que estudiar y salir con amigos”. Por otro lado, el caso de Thiago representa otro grupo de usuarios con responsabilidades diversas en las que el estudio es tan solo el emergente que desborda la rutina. En el momento del consumo, Thiago se había quedado sin trabajo y optó por concluir sus estudios de grado, para lo que le faltaba redactar el trabajo final. En paralelo, se estaba ocupando de las tareas domésticas y de los cuidados de su hijo, por lo que aprovechar el horario escolar del hijo para estudiar pasó a ser crucial. Así, el modafinilo emergió como medio para contrarrestar las distracciones y el sueño, y optimizar el tiempo disponible para el estudio en ese periodo específico de su trayectoria vital. Como relata Thiago:

Yo llegaba a estudiar y no rendía. No rendía, porque estaba cansado, no daba la siesta, comía, tomaba mucho café. Tomaba café... Bah, yo de por si ya tomo café. Entonces ta, tomo café de mañana, tomaba café después del mediodía, tomaba un café de tarde... En si, con cada comida, un café para mantenerme. Yo lo denomino modorra. Para luchar con esa modorra de que terminás de comer y decís "pah, me acuesto una siestita, recuperar esa energía"... Claro, me sentía como desgano. Entonces claro, en ese sentido dije ta, tengo que encarar. Quiero terminar de escribir, tengo que terminar. Aprovechar el día, yo qué sé. No estar... Y no me pintaba dormir. Si me acuesto a dormir, ya pierdo la tarde. Y ahí después, no

aprovechaba y con el enano [hijo] uno no puede estudiar. (...) La tomo [modafinilo] por necesidad de estudiar. Si sé que voy a estudiar, aprovecho a tomarla. (...) Mi objetivo es tener la concentración que no estaba teniendo. (E5, varón, 34 años)

Otro entrevistado, Benjamin, se encontraba llevando a cabo simultáneamente una rutina intensa de trabajo y estudio de grado. Ese entrevistado identifica una intensificación de la demanda de estudio y trabajo que lleva a percibir un aumento en el sueño y una disminución en la concentración, derivando en la toma del estimulante:

Somnolencia sobre todo, mucha somnolencia diurna, y quedarme dormido en el [local de trabajo], quedarme dormido en clase, en volver del [local de trabajo] (...) Los últimos dos años, sobre todo este último año, pero dos años más o menos, sí, también esto de que en el [local de trabajo] no me podía concentrar, que me comentaban [tema laboral] y no lograba seguirle el hilo a todo. Si me ponía a leer, o terminar de leer un segmento entero y decir qué leí, y no, no había retenido nada de nada. Cosa que fue eso de ahora, durante la carrera me ha ido siempre, o sea siempre fui como de... Por ahí no fue, bueno, que, como para justificar. Digo, de los estudiantes, de lo que me ha ido mejor, por así decirlo, y eso. No es que tuviera bajo rendimiento cognitivo, por falta de inteligencia, sino que yo creo que lo que me afectaba era la somnolencia y la inatención. Y sobre todo en estos últimos dos años. (E14, varón, 29 años)

De esa forma, en los relatos se visualiza el motivo de consumo como fenómeno complejo en que participan las tres dimensiones abordadas. Asimismo, cabe puntualizar de forma general que las oportunidades que derivaron en la toma de psicofármacos estimulantes denotaron generalmente situaciones de demandas intensas de estudio y/o trabajo. En algunos casos, esas demandas fueron asociadas a la desesperación: Luana, por ejemplo, refiere que "lo tomé [modafinilo] más como una medida desesperada", mientras Paulina menciona que "en el momento de la desesperación, uno lo vive como necesito una solución rápida a este problema". Para pensarlo, resulta interesante retomar lo planteado por Bloomfield y Dale (2015) acerca de una normalización de la intensidad que lleva a la búsqueda de tecnologías de mejoramiento que no serían necesarias en otras condiciones.

También es remarcable que la situación de consumo encontró en los relatos una asociación a la ansiedad. Esa relación se observó en las entrevistas a Sol, Mateo, Thiago, Pietra, Sebastian, Ignacio, Romina, Benjamin y Felipe. Se trata de un vínculo curioso, teniendo en cuenta que los psicofármacos ansiolíticos presentan efectos diametralmente opuestos, pero que podría ser entendida en relación al efecto paradójico observado por Bradley (1937), por un lado de estimulación y por otro, de comportamiento sumiso (*subdued behavior*) en los niños estudiados por el autor, conforme mencionado antes. A la vez, esa

asociación se contrasta con los relatos de Pía y Paulina, para quienes el uso del estimulante no es compatible con cuadros ansiosos.

Finalmente, otro elemento que apareció en las entrevistas es la motivación del usuario en relación a la tarea a desempeñar. La entrevista en que ese elemento apareció más explícitamente es la de Mateo, quien refiere que, quizás, si hubiese consultado un psiquiatra, le hubiese dicho "lo tuyo es desmotivación, andá a estudiar y no jodas". Por su parte, Sebastián relata que, previo al consumo,

Realmente estaba muy deprimido, no encontraba motivación, me sentía en un pozo. (...) yo sinceramente estaba muy hundido y necesitaba salir un poco. Y no podía estudiar, no podía... Yo estaba estudiando [carrera universitaria], y tenía que estudiar 10 horas y yo no podía estudiar ni 20 minutos seguidos. Me desconcentraba muy fácil. Y bueno, arranqué a tomar [metilfenidato], me empecé a sentir mejor, logré estudiar un montón. (E9, varón, 26 años)

Así como Sebastián, también en otros relatos la depresión aparece como elemento en la situación del sujeto previa a la toma, solo que no aparece como motivo de uso; en los demás casos, es el sueño producido por la toma de antidepresivos que impulsa la receta de modafinilo. Sebastián, por su parte, no se encontraba consumiendo antidepresivos. En ese caso, las dificultades en el estudio aparecen en el contexto de un malestar general, sin embargo, mejorar ese aspecto promovió cambios globales en la percepción del sujeto. Por otro lado, si bien la motivación con el trabajo y/o estudio no emergió explícitamente en otras entrevistas, para Luana esa es una pregunta que el sujeto debe hacerse: "si vos lo hacés [consumir modafinilo para estudiar] todo el tiempo, toda tu vida, ¿estás seguro que es lo que te gusta?" "No estudies si no querés hacerlo", dice ella.

Cabe mencionar que el efecto del estimulante sobre la motivación ha sido indicado en otros estudios como por ejemplo, DeSantis et al. (2008) y Sumbul-Sekeci et al. (2021). Para Smith y Farah (2011) ello plantea algunas cuestiones que continúan en abierto, tales como: ¿hasta qué punto los efectos motivacionales de los estimulantes recetados son distintos de sus efectos cognitivos, y hasta qué punto podrían ser más robustos a las diferencias en los rasgos individuales, la dosis y la tarea? ¿Son los efectos motivacionales de los estimulantes responsables de su utilidad cuando los toman personas sanas normales para mejorar su capacidad cognitiva?

Finalmente, se resalta que las situaciones singulares de los sujetos no son por sí solas definitorias para el consumo del estimulante, sino que es necesario otro factor: que el psicofármaco se le presente como alternativa factible y accesible. Ese tema será abordado en el apartado a continuación, a través de los circuitos y redes de circulación de los estimulantes.

4.2. Circuitos y redes de circulación

Conforme abordado en la Introducción, la venta de psicofármacos estimulantes se realiza hoy en Uruguay mediante receta médica. A la vez, el trabajo de campo realizado reveló formas distintas de inicio del consumo, así como diversas formas de obtención del medicamento que configuran diferentes circuitos y redes de circulación. Por este motivo, el presente apartado tratará primero de las formas de inicio de consumo, es decir, cómo los sujetos entrevistados fueron presentados al fármaco estimulante. Luego, se describirán los modos de obtención del psicofármaco estimulante observados en las entrevistas.

4.2.1. Formas de inicio de consumo

El análisis de las entrevistas realizadas llevó a la distinción de tres formas principales de inicio de consumo. Una primera forma abarca casos en que la toma del psicofármaco es sugerida por vías informales y el sujeto es el protagonista de la decisión. Es el caso de Sol, Mateo, Thiago, Luana y Luzmila. Como ejemplo, Sol relata:

No recuerdo bien cuántos años hace, pero debe hacer como 4 o 5, que trabajábamos en un *call center*, que éramos todos estudiantes. Y bueno, los periodos de examen obviamente que eran un caos, porque cada uno estaba con lo suyo. Y un día, una compañera comentó de que, que había conseguido, como si fuese una joda, así. O sea, más allá de que lo sea, digo, con la connotación, ¿no? Que había conseguido con una compañera, con una amiga que era médica. Y no sé, porque es con receta verde, en realidad. (...) Como que estaba recetado para... Creo que era para gente con insomnio, o al revés, no recuerdo bien. Y bueno, ta, se lo había dado con todas las precauciones de que tomara medio, y qué sé yo. Y bueno, dijimos, conseguimos la receta y lo compramos entre varias, porque aparte era un poco caro. (E1, mujer, 31 años)

Como muestra el relato de Sol, se trata de un consumo en el que se posee poca información previa sobre el fármaco o sus indicaciones, y que parece tener un carácter anecdótico o chistoso (“como si fuese una joda”). La característica “caótica” de esa primer ocasión también se repite en otras entrevistas, empujando a los sujetos a una decisión rápida. En todos esos casos, el estimulante consumido fue el modafinilo.

A la vez, una segunda forma refiere a la experiencia de Valentin, Pietra, Pía, Sebastián y Romina, cuyo consumo es sugerido en el marco de una consulta médica y una vez experimentado el medicamento, este adquiere un carácter de descubrimiento, siendo posteriormente reutilizado por el sujeto de formas más libres en relación a la formalidad inicial. Tomando el caso de Valentin, la prescripción médica se recibe primero en el marco de

un tratamiento para la depresión. El efecto del antidepresivo le estaba generando demasiado sueño, interfiriendo en las actividades cotidianas. Así, la psiquiatra le prescribe modafinilo, cuyo uso es sostenido durante cierto tiempo. Luego, refiere el entrevistado,

Y después tuve años que ta, me olvidé del modafinilo. Creo que tenía una receta sin fecha por ahí que... Y después en un momento, no me acuerdo, entre el 2011 y el presente, hace dos, tres, cuatro años, cinco años ponele, dije ta, no sé, sentí las ganas de probar de nuevo y ta, en contexto de estudio realmente te hace rendir el tiempo mucho más. Muchísimo. Pero sobre todo así, ya te digo, vos te podés, yo qué sé, podés dar, no sé, como que te concentra, te enfoca de tal manera que vos podés trabajar con un rendimiento alto en varias tareas concurrentes de temas diversos. (E2, varón, 51 años)

Es llamativo que el diagnóstico de depresión y el tratamiento con antidepresivos al momento de consumir el estimulante por primera vez constituye en los entrevistados de esta categoría un factor común, aunque no exclusivo. La única excepción es Sebastián, quien pese a ser diagnosticado con depresión no llegó a consumir antidepresivos, sino que fue medicado inmediatamente con metilfenidato. A los demás, que ya se encontraban consumiendo antidepresivos, les fue recetado modafinilo luego.

Finalmente, la tercera forma comprende usuarios como Fiorella, Paulina, Ignacio, Benjamin y Felipe que no solo entran en contacto con el medicamento a través del médico sino que presentan en la entrevista un fundamento diagnóstico que sostiene la decisión de consumo, más allá de que en sus relatos presenten similitudes con otras entrevistas en las que no hubo una consulta o diagnóstico. Por ejemplo, como narra Benjamin:

Yo estoy tomando hace aproximadamente tres meses por somnolencia diurna excesiva y déficit atencional. La somnolencia y el déficit yo creo que viene desde aproximadamente 4 o 5 años, sobre todo la somnolencia en los últimos años, también como la inatención, sobre todo durante la mañana y mediodía y en lo que es mi actividad laboral. (...) En si, la medicación la conocía desde previo a tomarla. Previo a iniciar consulté con un psiquiatra, porque si bien conocía la medicación, conocía los efectos, tanto terapéuticos como adversos, quería tener como, entre comillas, la aprobación de alguien que supiera más. Y bueno, tuve dos entrevistas con el psiquiatra y ahí me recomendó empezar con, a modo de prueba terapéutica, con modafinilo. (E14, varón, 29 años)

En esa cita, se destaca la especificidad de las situaciones en que se experimenta la falta de atención circunscrita no solo en cuanto a la actividad realizada (el trabajo) como también en la intermitencia temporal (sobre todo en la mañana y mediodía). Asimismo, el relato anuda las tres dimensiones de los motivos de uso abordadas en el apartado anterior:

se produce en el ámbito laboral, está relacionada a la atención experimentada como subóptima y a la necesidad de controlar el sueño.

Las situaciones como las de Benjamin desafían la definición de mejoramiento cognitivo tal como es planteada por Stolerman (2010, p. 360) como “uso de un psicofármaco para que una persona que no está enferma se sienta mejor de lo que está”, una vez que se observa una intervención médica y diagnóstico. A la vez, da continuación a la cuestión señalada anteriormente por autoras como Caliman y Rodrigues (2014), Barros (2014) y Gonçalves (2016) acerca de las difusas fronteras entre tratamiento y mejoramiento, conforme abordado en el capítulo anterior. Lo que llama la atención y acerca esas entrevistas a las demás son similitudes en los relatos en cuanto a todos los demás aspectos, a ejemplo de los motivos de uso relacionados a estudio y trabajo,

Cabe señalar que se observó en esas entrevistas una búsqueda activa del diagnóstico, del cual parecen obtener cierta “liquidez diagnóstica” (Lakoff, 2005). Esa expresión es acuñada por Lakoff (2005, p. 21) a través de la transposición al campo de la antropología médica del concepto financiero de “liquidez” como creación de conocimiento generalizado sobre el valor a partir del conocimiento personal idiosincrásico, y que tiene que ver con una reducción y estandarización de la complejidad. En el caso de Benjamin, así como en otros casos en que el uso de estimulantes es fundamentado a través del diagnóstico médico, la similitud de sus motivos en relación a los demás entrevistados llevan a pensar que ese diagnóstico opera como productor de liquidez, permitiendo intercambiar la complejidad multidimensional de la situación experimentada por la simplicidad del medicamento como solución. El diagnóstico es, desde cierta perspectiva, utilitario, ya que si bien existe una percepción de funcionamiento subóptimo, no se trata de casos incapacitantes. Más bien, en más de un relato de este tipo los entrevistados aclaran en algún momento que su desempeño ha sido siempre sobresaliente.

Se destaca que los únicos dos entrevistados con consumo de atomoxetina se encontraron en este grupo, en ambos casos utilizada concomitantemente con modafinilo. En los demás casos se consumió modafinilo (dos casos) y metilfenidato (un caso). También, es el único grupo en que una de las entrevistadas había recibido tratamiento con metilfenidato durante la infancia, aunque como adulta no se le brindó el mismo estimulante a pesar de haberlo solicitado a la psiquiatra, quien optó por recetar modafinilo.

Así, las formas de inicio del consumo encontradas fueron: 1) casos en que la toma del psicofármaco es sugerida por vías informales y el sujeto es el protagonista de la decisión, 2) casos en que el consumo es iniciado como recomendación médica pero luego adquiere formas más libres en relación a la formalidad inicial, y 3) casos en que el sujeto no solo entra en contacto con el estimulante a través del médico sino que presenta en la entrevista un fundamento diagnóstico que sostiene la decisión de consumo, aunque el relato

presenta similitudes con otras entrevistas en las que no hubo una consulta o diagnóstico. A continuación, se abordará las formas de obtención del psicofármaco estimulante por parte de los y las entrevistadas.

4.2.2. Modos de obtención

Respecto a los modos de obtención, los mismos oscilaron entre la compra con receta o el suministro directo, sea a través de otros usuarios que lo compraron o de muestras gratis. No se relataron compras a través de canales informales o sin receta, lo cual diverge, por ejemplo, del sondeo internacional realizado por Maher (2008) en que encuestados de 60 países revelaron que un 34% de los medicamentos utilizados como mejoradores cognitivos fue comprado vía Internet y un 14% directamente en farmacias sin prescripción.

En el trabajo de campo realizado, se identificó la acción de básicamente tres iniciadores: médicos psiquiatras, amigos y amigos-médicos. La obtención del estimulante por primera vez a través de receta emitida por médico psiquiatra fue relatada en 9 entrevistas, incluyendo casos en que posteriormente el acceso se produjo por otros medios. En la mayoría de los casos, la receta fue brindada en el marco de la consulta y posteriormente se realizó la compra en la farmacia. En un caso, el psiquiatra suministró muestras gratis al paciente.

La obtención a través de amigos fue relatada en 5 entrevistas. Esos amigos actuaban en rubros diversos, como salud, administración e informática. En un caso, el amigo era un compañero de clase. Como ejemplo de obtención a través de amigos, además del relato de Sol referido antes, se encuentra el caso de Luana:

Yo tengo una amiga que ya había tomado para unos exámenes. Yo tenía un examen importante y viste cuando... No me podía concentrar. (...) Nada se retenía. Y las fechas, la semana previa tenía esa amiga y me dijo "¿no querés probar?" Y yo digo, ya está, estoy entregada. Yo voy a intentar. (...) Ella es la pareja de mi hermano. Es mi amiga-cuñada. Y ta, tengo como hermanos que trabajan en el mismo lugar, entonces es como un pasamano de cosas. Adentro de una bolsita, que nadie se de cuenta... (risas). (...) Sé que [a la amiga] se lo dio una amiga, pero viste que cuando te... Fue medio pasamano, pero... Nada así una forma muy elegante, sinceramente (risas). (E7, mujer, 25 años)

Ese tipo de circuito, aunque en algunos casos como el de Luana no es algo del cual ella particularmente se enorgullezca, se encuentra asociado al hecho de que la amiga comparte su experiencia positiva con el estimulante y extiende el acceso al mismo. Eso remite a un posible "efecto contagioso" de la experiencia personal. Eso se revela también en el relato de Luzmila, en cuyo caso es ella quien actúa como consumidora y proveedora:

Todo el mundo sabe [que consumo modafinilo]. (...) Es más, hay gente que sabe, a ver... Yo sé porque digo, ¿no? Y porque cuento así como te cuento mi historia, de haber podido escribir la tesis, y haber podido, no sé, hacer el MBA y todas esas cosas... Hay gente que a veces viene y te dice, me pide. “¿Te animás a conseguirme, que tengo un examen? ¿Tres comprimidos, cuatro?” “Sí, claro, sí.” (E10, mujer, 38 años)

Resulta llamativo que en las entrevistas realizadas, los amigos-proveedores eran en su mayoría mujeres. El único caso en que el amigo era varón, fue en el contexto en que el mismo había dejado de tomar y ofreció de forma casual las pastillas sobrantes. En los demás casos, la situación fue menos banal y más persuasiva, incluyendo un rol activo de la amiga en el “efecto contagioso” y siendo ella misma ejemplo de experiencia positiva con el medicamento. En ese sentido, si bien estudios como Petersen et al. (2008) han observado una mayor propensión de las mujeres en compartir medicación de venta controlada en relación a los varones, aunque no tan acentuadamente (21% ante 17,4%, respectivamente), las razones por las cuales eso se continúa observando y qué especificidad presenta esa indicación en el caso del mejoramiento cognitivo ameritaría una indagación propia. Algunas hipótesis apuntadas por los autores (2008, p. 1078), quienes relevaron medicamentos controlados en general, refiere a que las mujeres consumen medicación controlada con mayor frecuencia (Kaufman, 2002, citado en Petersen et al, 2008), por lo cual presentan mayor probabilidad de disponer de medicación para compartir. Otra posibilidad es que actúen como “médicas de la familia”, rol que les ha sido asignado con frecuencia en comerciales de medicaciones (Craig, 1992, como en Petersen et al, 2008), dejándolas más cómodas en el rol de compartir o recomendar medicaciones controladas a otras personas.

Finalmente, el tercer tipo de iniciador, el médico-amigo, trae elementos de los dos anteriores. Es el caso de Thiago:

Y justo había visto el documental hace tiempo, de Netflix, el de la droga de la inteligencia. Y dije ta. Y justo tengo conocidos de la medicina que preguntándoles, les dije, "bo, ¿cómo es el tema? De esto". Me dicen "ta, bueno, sí hay". Digo "ta, pero ¿se consiguen [o] no?" Había leído que la Ritalina® también se podía utilizar para, con los adultos, por ahí les dije "ta, conseguimos o tengo que llevar" - valga la redundancia, tengo un hijo y dije "¿tengo que llevar el enano a que me den? ¿O me lo conseguís?" Entonces ta, en Uruguay se consigue todo, entonces (risas). El amiguismo es mortal. Y ta, y conseguí y me, y claro, no me dio la que yo había preguntado y me recomendó esta, el modafinilo. Que me dice: "es la que están consumiendo mis compañeros". Se ve que en el mundo de la medicina es, creo que... Entonces ta, me la reco[mendó], me la consiguió y ta. Por eso empecé a tomar (E5, varón, 34 años)

En ese caso, si bien el entrevistado toma contacto con la medicación a través del documental y tiene la iniciativa de acercarse a la amiga-médica, el hecho de que ella le haya corroborado la utilidad y acercado la medicación es definitorio para que se produzca el consumo. Eso se refleja además en el hecho de que el medicamento consumido (modafinilo) no es el mismo por el cual el entrevistado se acerca. La especialidad de la amiga-médica, en ese caso, es internista.

Cabe destacar que en 4 otros entrevistados, si bien la toma no fue iniciada por un amigo-médico, se recurrió a ellos para sostener el consumo. Se trata de una instancia incómoda para algunos, rutinaria para otros, pero que cumple con desburocratizar en cierta medida el acceso al medicamento.

Este apartado se dedicó a abordar los circuitos y redes de circulación de los psicofármacos estimulantes según las entrevistas realizadas, desde la perspectiva de la forma de inicio del consumo y de los modos de obtención del fármaco. El apartado a continuación se enfocará en las percepciones de riesgo y de beneficio del uso de los estimulantes en los y las entrevistadas.

4.3. Percepción de riesgo y de beneficio

Para representar la percepción de riesgo y beneficios desde la perspectiva de los usuarios, primero vamos a abordar los efectos percibidos como positivos, luego los efectos percibidos como negativos, y finalmente algunos ejemplos de la comparación entre ambos que culmina en el veredicto acerca de la continuidad o no del uso, y su recomendación o no a otras personas.

4.3.1. Beneficios

En el análisis de las entrevistas emergieron dos grandes tipos de beneficios: beneficios que derivan de sensaciones conectadas a lo corporal y a la cognición, y beneficios obtenidos a través de los efectos del fármaco sobre la percepción de sí. En cuanto al primer tipo, los beneficios más mencionados tuvieron que ver con una sensación de aumento en el foco, en la atención y en la concentración. Un ejemplo es el relato de Luana:

[El modafinilo] Es un estimulante, te ayuda a concentrarte y a prestarle atención a las cosas. Por eso, cuando vos estás leyendo algo, empezás a atar cabos de cosas que ya leíste. Pero capaz que vos estás pensando en otra cosa al mismo tiempo, y no llegás a hacer esas conexiones. Bueno, yo ahora estaba completamente enfocada en lo que tenía que estudiar. (E7, mujer, 25 años)

Luana destaca, así, el impacto del estimulante sobre la concentración, la atención y el foco, ilustrados en la metáfora de "atar cabos". Ya en el relato de Valentin, esos beneficios aparecen acrecidos de efectos positivos sobre la memoria y vinculados a una percepción positiva o utilitaria del incremento de la vigilia con un consecuente aumento en la productividad:

[El modafinilo] Me sacó el sueño, definitivamente. No tenía ningún problema, dormía 4 o 5 horas por noche, no pasaba nada y estaba todo el día hiperatento. Y bueno, ese efecto de incremento de la atención y sobre todo la concentración es como una sensación de... O sea, una sensación no. O sea, rendís más. Yo te diría que es más la atención lo que te concentra, entonces todo... Obviamente la memoria funciona de otra manera... Como que vos te concentrás en lo que estás haciendo y yo qué sé, no sé. Sea trabajo, estudio, lo que sea, te ponés una hora así y te rinde... A mí me rendía el triple de lo que me rendía en otro contexto. Yo lo que notaba más era como ese efecto de atención concentrada, como de foco, ¿no? (E2, varón, 51 años)

Cabe observar que cierta experiencia de control parece clave en la interpretación del efecto del estimulante como positiva. En el caso de Valentin, ese control aparece conectado a un proceso de administración del tiempo y de la atención del sujeto por vía del fármaco:

(...) cuando me sentía deprimido, ta, una de las cosas, me costaba arrancar el día, por ejemplo. Era como decir, te empezás a plantear ese día como un cuesta arriba de cosas, ¿no?, de obligaciones y cuestiones. Como que todo es un drama griego y con modafinilo ta, arrancas el día. No te da para... Ya te digo, como que mentalmente te genera una especie de claridad en esto de la administración del tiempo y de la atención. (E2, varón, 51 años)

Por otro lado, en el relato de Sol ese control se presenta como resistencia a procesos corporales que embargarían la posibilidad de cumplir con la demanda de trabajo o estudio, generando una escisión subjetiva entre cuerpo cansado y mente activa:

Supongo que es eso, por lo menos lo que pasaba con eso [modafinilo] era eso, que vos no dormías, entonces... En realidad, era la mente nomás, ¿no? Porque de repente el cuerpo, estás exhausta pero bueno, a lo que la cabeza seguía funcionando, bueno, seguimos leyendo. Si van doce, quince horas, bueno, ta, no importa. (E1, mujer, 31 años)

Ya en cuanto al segundo tipo de beneficios, obtenidos a través de los efectos del fármaco sobre la percepción de sí, los mismos se reflejan en la utilización de nuevos adjetivos que aluden al sujeto. Eso se ilustra en el relato de Thiago, quien se define, bajo el efecto del modafinilo, como "ágil", "contento", "incentivado":

Pa, está demás. Porque claro, rendís. Pero rendís en el sentido de, tu mente, estás ágil, estás con otra ener[gía]... Yo por lo menos... Estás con otra energía. (...) Por lo menos, a mi en esto, me ha dado eso. Mantenerme despierto y en... Claro, no es una extra... Porque igual te digo, me desconcentro, porque estoy, claro, pero en eso de que pasaron dos horas... Pasaron dos horas. Y ta, y veo producir. Además te quedás como contento porque decís “aproveché esas dos horas” que al término de, yo qué sé... De no estar... Ahí va. Es como que estás... Estimulado no. Estás que tenés ese incentivo. Como que estás incentivado. (E5, varón, 34 años)

Es interesante notar además otra operación tras la cual una vez que el fármaco se difunde en el organismo del sujeto, no lo hace solo a nivel orgánico sino que ciertas cualidades de la experiencia también son absorbidas. Esa idea es sugerida en el relato de Luzmila, quien refiere el uso de modafinilo como fantástico y, acto seguido, declara sentirse fantástica bajo su efecto:

El tema es que empecé a tomar uno por día en esa primera semana y fue fantástico, porque lo que yo no tenía era concentración. O sea, yo soy muy distraída y empecé como a sentir que avanzaba en la tesis. Algo increíble. (...) Y bueno, nada, es como que me sentí fantástica. No te da sueño. Es como... Nada, te sentís fantástica. (E10, mujer, 35 años)

Esos serían, por tanto, los principales beneficios de los psicofármacos estimulantes, según los usuarios entrevistados. A continuación, se abordarán los principales efectos indeseados experimentados por ellos.

4.3.2. Riesgos

Los riesgos o efectos indeseados relatados por los entrevistados se dividen, a grandes rasgos en efectos a nivel somático y a nivel anímico. Respecto a los primeros, algunos efectos mencionados fueron taquicardia (Sol), malestar gastrointestinal (Fiorella, Pía) y cefalea (Luzmila, Ignacio). En algunos casos, como Sol e Ignacio, el efecto es considerado leve o soportable o, como en el caso de Luzmila, se contrarresta con otros fármacos al alcance. Ya en el caso de Fiorella, la magnitud del malestar estomacal fue suficiente para suspender el uso del medicamento. Pía también relató un episodio de considerable malestar:

Después, otra vez me pasó que también, no me acuerdo qué tenía que hacer, que era un día re largo, y tenía que concentrarme por algo que tenía también que armar para el trabajo. Y me tomé, no sé si era un comprimido o medio, no me acuerdo ahora. Pero me hizo sentir de una manera tan espantosa, que ahí sí sentí cosas físicamente mal. Como una especie de ataque de ansiedad. Esa sensación de

mareo y malestar del estómago y ganas de vomitar y el cuerpo todo raro y esa cosa como de ataque de pánico, que me muero. Rarísimo, porque esa misma sensación la había tenido muy pocas veces en mi vida. Y ta, y de hecho ese día me quedé en mi casa. Me había ido a lo de mi madre de mañana, y al ratito de que llegué me empecé a sentir mal, mal, mal, mal. Hice lo posible por controlarme, para poder volver a mi casa. Porque dije no, yo necesito irme a mi casa, meterme en la cama. Hasta que allá, a las horas, me sentí mejor. Y dije ta, eso no lo voy a tomar más (risas). (E8, mujer, 38 años)

Fiorella y Valentin refirieron un "efecto acumulativo del estimulante", según el cual algunos efectos indeseados se presentaron o se intensificaron al cabo de la toma regular durante algunos días seguidos. Asimismo, ese efecto acumulativo no resulta invariablemente negativo, sino que para Pietra, el nivel de cansancio le resultaba abrumador y solo fue contrarrestado por el estimulante al cabo algunos días de toma continuada.

Otro efecto indeseado asociado a la toma de los psicofármacos estimulantes tiene que ver con alteraciones en el estado anímico referidos como sobreexcitación o irritabilidad, según relatado por Valentin e Ignacio. Para Valentin, ese efecto indeseado deriva del efecto acumulativo del modafinilo:

Capaz que, no recuerdo precisamente, quizás en ese momento que te decía que yo me sentía irritable, capaz que me di cuenta que estaba irritable porque alguien me dijo "che, qué te pasa, estás como medio sacadito". Pero no recuerdo. No sé si fue un "auto", que me di cuenta, o que alguien me hizo ver. No recuerdo. Sí que era una cosa como medio, que a mi no me gustaba. Desagradable, en ese sentido. Cierta nivel hasta de agresividad, que estás como medio sacado. Y ta, después dejaba de tomar y se me iba. Esa acumulación, que no era ni el primer día, ni el segundo, ni el tercero. El cuarto, el quinto y el sexto ahí ya está, tengo que dejar porque está como juntando. No sé, quizás era el efecto acumulativo y la falta de sueño como se debe, de sueño. Yo normalmente, en esta etapa de mi vida, tengo que dormir por lo menos 6, 7 horas. Sino es como que no funciona. No funciona bien. Me pongo irritable, algo medio parecido a esto que te digo. Me pongo irritable, rindo poco. Acá el rendimiento estaba potenciado, pero todos los otros síntomas no. Estaba irritable, sobreexcitado. (E2, varón, 51 años)

Finalmente, cabe mencionar cierto riesgo o temor en relación a desarrollar una dependencia de los psicofármacos estimulantes. Si bien ese temor fue relatado por algunos entrevistados (Pietra, Luana, Pía, Sebastián, Ignacio), en ningún caso fue relatado que efectivamente se haya producido una dependencia del estimulante. Además, en los casos de Valentin, Romina y Luzmila, se destacó como punto positivo la manejabilidad del consumo y de no requerir un aumento constante en la dosis para lograr el efecto deseado. A

la vez, como refieren Luana y Pía, es posible que a algunos usuarios les pueda gustar demasiado y por ese lado resulte difícil volver a realizar ciertas actividades sin acompañarlas con el estimulante.

Esos serían, por tanto, los principales efectos indeseados encontrados en las experiencias de los usuarios entrevistados. A continuación, se abordará las formas cómo se miden en relación al beneficio observado.

4.3.3. Riesgo versus beneficio

En los apartados anteriores se han abordado los relatos de efectos positivos y negativos experimentados por los entrevistados. A la vez, decidir si los beneficios superan los riesgos o al revés tiene algunas particularidades que se explicitarán a continuación.

La primera de ellas sería pensar esa decisión en dos etapas distintas: la decisión de consumir el estimulante por primera vez y la decisión de continuar el consumo. Respecto a la primera, es importante tener en cuenta las expectativas del sujeto en relación al fármaco. Esas expectativas se revelaron, en el trabajo de campo, íntimamente relacionadas al relato de la figura que llamamos iniciador, que es quien presenta y facilita el fármaco al sujeto: médicos, amigos y amigos-médicos. En cuanto a los casos en que el iniciador es el médico, los relatos desplegados refieren la sugerencia del medicamento acompañada de orientaciones en cuanto al modo de uso. A la vez, en el caso de amigos y amigos-médicos que no son los médicos tratantes, la sugerencia del medicamento apareció acompañada del relato de la propia experiencia con el fármaco; son usuarios que inician a otros usuarios.

Por otro lado, algunos entrevistados relataron haber llevado a cabo una pequeña investigación, generalmente online, previamente a la primera toma, aunque suelen considerarla insuficiente sobre todo *a posteriori*. Así, otra característica que se repite es cierta espontaneidad o rapidez en la decisión que, a su vez, será representada o contrabalanceada por algo como un "carácter experimental" del consumo. Como comentó Valentin en una conversación informal, "nos gusta pensarnos como experimentadores". Este punto se profundizará en el apartado sobre el modo de uso de los psicofármacos estimulantes.

Una vez realizada la primera toma y contando el usuario con una experiencia de primera mano, la decisión siguiente incluye elementos nuevos. Se relaciona a una comparación entre los beneficios percibidos y los efectos indeseados experimentados, y está bajo constante consideración. Cambia, por ejemplo, en el caso de una potenciación del efecto causado por la acumulación de la sustancia en el organismo, como en los casos de Sol y Fiorella mencionados antes, quienes deciden suspender la toma aunque inicialmente hubiesen experimentado efectos benéficos. Por otro lado, esa primera experiencia positiva

sienta las bases de la expectativa para tomas futuras que, de no cumplirse, modifican la evaluación global de la experiencia con el fármaco. Es el caso de Valentin, quien tras varios años decide tomar nuevamente y no experimenta el mismo efecto beneficioso.

Un dato interesante es que el efecto positivo del fármaco aparece, al menos en algunos casos, directamente relacionado a la situación para la cual se lo toma. En ese sentido, los beneficios parecen ceñirse a determinado ámbito de la vida, viéndose más bien en un nivel profesional y no tanto en un nivel social, como ejemplifica Valentin:

L - ¿Sentís que la medicación te ayudó a nivel personal, profesional y/o social?

E - Social no. No me dio un efecto potenciador a nivel social, ni desinhibidor, ni nada. Es más, en alguna circunstancia esa irritabilidad [producida por el modafinilo] era totalmente contraproducente. Es al revés. A nivel profesional sí. Por eso, un día te rinde lo que tres a nivel de resultado, para estudiar, si tenés una alta demanda, una entrega del trabajo, sí, sin duda. En una realidad regular de tareas de este tiempo, es como que te arma, no sé, armar una agenda tomando modafinilo es una papa. Y ceñirte la agenda, y seguirla, y resultados, y esto y lo otro. Pasar de un tema al otro, eso que a veces necesitás, pero si estoy enfocado en esto, no hacés esto, no sé. Si estudiás ingeniería, podés ponerte a estudiar literatura y al lado (nombra un autor) y ningún conflicto, digamos. Sin perderte, sin distraerte, sin que surja ningún conflicto por pasar a una tarea totalmente distinta la una de la otra. (E2, varón, 51 años)

Asimismo, el hecho de que la toma se oriente a resolver una situación profesional no basta como garantía del beneficio. Como reflexiona el mismo Valentin, respecto a una segunda toma en la que el estimulante no replicó los beneficios observados en la primera experiencia positiva:

Pero también como te digo, tengo una demanda que nada que ver con la otra vez, donde no... O sea, tengo como una cuestión sostenida, una demanda sostenida, no tengo como ta, una semana que estoy hasta las manos de que... No, no tengo eso. Entonces tampoco como que la testié a fondo, digamos, en ese sentido. En esas circunstancias, la otra vez me había servido pila para eso. (...) esa vez no tuve como esa demanda, porque fue todo el año pasado pandemia y todo eso, no tenía que rendir exámenes ni parciales, ni dar, o sea, las cosas... Alguna cosa que tenía de algún curso era muy tranqui, digamos. Tenía tiempo. No había mucho... No sé. Entonces no te sabría decir si... Por lo menos, no tuve como grandes demandas de decir "pa, estos días tengo que rendir como un animal", entonces no. Era, yo qué sé. Cada tanto. Venía con sueño y me tomaba media, porque sabía que eso me, sabía que no iba a tener somnolencia, por ejemplo. (E2b, varón, 51 años)

Esa idea de que la situación configura el efecto del fármaco se reitera en el relato de Pía en cuanto a la situación en que experimentó marcados efectos indeseados (ver cita en el apartado “efectos indeseados”). En su caso, aunque se trataba de un día puntual en que debía cumplir varias tareas, el fármaco encuentra un sujeto distinto en otros sentidos:

No sé si fue ese día por alguna razón de que yo estaba mal también por otras cuestiones. Capaz, viste, que a veces uno está más sensible, o tiene otras cosas en la cabeza que de repente no se da ni cuenta y te terminás afectando así por... Viste que fue por un medicamento y podría haber sido, no sé, un lugar lleno de gente, o una película, andá a saber, ¿no? Que a veces te afecta de una forma... (E8, mujer, 38 años)

A esas consideraciones se agregan en algunos casos cuestionamientos suscitados en el sujeto respecto a la legalidad de su demanda y de consumo. Por ejemplo, en el caso de Mateo:

Seguro que no es una buena idea que lo agarre [el modafinilo] alguien como yo para estudiar, por ser prudente, no más. (...) Porque en realidad es un uso que está fuera de lugar, ¿no? No hay una prescripción médica y en realidad no hay una necesidad real. Digo, no hay una necesidad real desde la urgencia de "esto realmente me está generando problema". No, no hay una lectura real de que yo tuviera un problema atencional, ni siquiera, que era lo que yo pensaba. ¿No? Probablemente, si yo hubiera visto un psicólogo que supiera eso, o hubiera tenido una charla con este psiquiatra, quiero creer que lo que me hubiese dicho es "lo tuyo es desmotivación, andá a estudiar y no jodas". No sé. A ver el psicólogo. Ta. Obviamente que hay un fallo en la lectura de por qué es que justifica. (...) Y también, a ver, por eso también habría que ver los estudios [científicos respecto a los estimulantes], porque yo no sé qué dicen los estudiantes otras carreras que lo han tomado, pero en realidad tampoco es lo mejor o lo más sano, me imagino, que lo tomen porque necesitan estudiar más horas de las que realmente se han estudiado. (...) Y si toman este tipo de sustancias en realidad lo que están haciendo es tratar de sostener un sistema que no funciona de manera sana. (...) Alguien dice "bueno, estoy teniendo problemas con me duermo, pero en realidad es porque estoy estudiando dieciséis horas al día o doce horas y trabajo seis, siete", bueno, las otras horas tiene que dormir. (E3, varón, 29 años)

Así, en el relato de Mateo el uso del modafinilo se encuentra tensionado por una pregunta acerca de qué constituye una necesidad real. En esa pregunta, se observan que se ponen en juego nociones de salud *versus* "problema", del rol profesional del médico y del psicólogo en señalar o avalar el consumo, y de la sobreexigencia del sistema educativo.

Cabe aún mencionar otra dimensión del cuestionamiento de la legalidad del uso que tiene que ver con la idea de “hacer una trampa”. Eso se escucha en el relato de Luana:

No sé si volvería [a tomar modafinilo], capaz que sí, pero no porque tenga algo en contra de hacerlo o piense que fue como sabot[ear], como hacer trampa, porque no considero que haya sido así. Porque considero que lo que yo estudié, lo aprendí y no fue que, yo qué sé, que tenía todo escrito abajo del banco, o... No sé. No era como una ayuda. Yo me estaba sentando, me estaba leyendo y estaba estudiando. Lo único que lo que hacía eso era ayudarme a concentrarme y no distraerme con otras cosas. Me gustaría poder hacerlo por mis propios medios, claramente. (E7, mujer, 25 años)

En el relato de Luana, las dimensiones que se ponen en juego tienen que ver con la capacidad y el mérito del sujeto acerca de los resultados obtenidos. Si bien, como dijo Luana en otro momento de la entrevista, la toma fue una medida desesperada ante una demanda de estudio, cuya primera toma no requirió demasiada reflexión, se observa que algo del sujeto se mueve y se relanza en relación a futuras decisiones de consumo.

Realizadas estas consideraciones, se podrían identificar tres caminos de resolución de la ecuación riesgo *versus* beneficio en los sujetos entrevistados. Una de ellas es suspender indefinidamente el consumo, como en los casos de Sol y Fiorella, debido a una clara percepción de que los riesgos superan los beneficios. En palabras de Sol:

Esa sensación [taquicardia] fue el último día. Capaz que si no hubiese sido por eso, por ahí hubiese tratado de conseguirlo otra vez. Pero no sé, como que me asustó eso, ese último que pasó, en ese último día. (E1, mujer, 31 años)

En otro caso, la suspensión indefinida se debió a no encontrar beneficios en absoluto, como en el caso de Mateo. Sin embargo, es posible que permanezca cierto margen para cambiar de idea; de hecho, Mateo comentó informalmente, algún tiempo después de la entrevista, que había consumido modafinilo nuevamente y había tenido una experiencia distinta.

A la vez, una segunda resolución consiste en continuar el uso pero bajo algunas condiciones. Eso incluye relatos en los cuales el sujeto realiza una suerte de negociación para obtener el máximo beneficio por el mínimo de riesgo, designadas como “uso responsable”. Así, se ajustan aspectos como dosis, horario y frecuencia de uso, estableciéndose determinadas reglas y situaciones en las cuales está permitido el consumo del fármaco. Asimismo, aparece como una conducta indispensable pero excepcional para no sobrepasar ciertos límites. El relato de Thiago es un ejemplo:

Lo que pasa es que claro. Capaz que soy un caso distinto que lo tomo con demasiada responsabilidad y como diciendo “bo, ta, sé lo qué quiero, para qué lo quiero, para qué lo uso y es esto”. (E5, varón, 34 años)

En su caso, Thiago opina que no todos son capaces de ceñirse a ese "uso responsable", por lo cual considera que la venta del medicamento debe permanecer controlada. Benjamin concuerda con ese punto de vista:

Hay algo adentro tuyo que dice sí, está demás, pero ¿podés manejarlo? ¿Podés llevarlo? ¿Podés entender cuándo usarlo y cuándo no? Eso es lo que más me preocupa. Por suerte, no es tan fácil de conseguir. Al ser controlado, entonces es más difícil. Pero creo que es eso, creo que conlleva una gran responsabilidad. Creo que es una cosa que te puede dar una mano muy fuerte en situaciones complejas, pero que conlleva una gran responsabilidad. (E14, varón, 29 años)

Es interesante tener en cuenta que Benjamin es estudiante de medicina. La cuestión de la responsabilidad es así complejizada, entendiéndose compartida entre los entes regulatorios que determinan la venta de los psicofármacos como controlada, los médicos que deben contestar ciertas preguntas acerca de las posibilidades del sujeto de lidiar con la sustancia, y el usuario, que es quien va - o no - a poner en práctica las recomendaciones y advertencias. A la vez, en el caso de Benjamin, ni la formación en medicina ni el aval médico para el consumo de estimulantes lo eximen de cuestionarse respecto a su implicación y responsabilidad sobre el consumo. En distintas entrevistas se observa que esa dimensión de apuesta a la responsabilidad y autodeterminación de los usuarios parece ir en aumento no solo en las prácticas de automedicación sino también en los consumos iniciados en el marco de la consulta médica. Esa cuestión será retomada en el apartado sobre los modos de uso de los estimulantes.

Finalmente, la tercera resolución tiene que ver con el uso continuado y regular del estimulante. Es el caso, por un lado, de usuarios cuyo consumo es iniciado por un médico, como Sebastián y Felipe, y al menos en el trabajo de campo realizado se mostró más asociado a sustancias como el metilfenidato y la atomoxetina, y menos relacionado al modafinilo, quizás en función del efecto acumulativo mencionado antes. Asimismo, en otros casos, también el modafinilo parece pasar a ser consumido de una forma más naturalizada en la vida cotidiana y sin demasiados cuestionamientos. Ese tipo de uso parece apoyarse en algunas observaciones o suposiciones acerca de la extensión del consumo a nivel colectivo, lo cual pasa a ejercer en el sujeto una suerte de efecto de respaldo grupal que, en cierta medida, excusa el consumo. A eso se suma cierta sensación, más o menos justificada en los usuarios, de que el uso de medicamentos estimulantes para aumentar las funciones cognitivas es una práctica común en el medio médico. Ese imaginario fundamenta cierto razonamiento de que "si el médico toma, mal no debe hacer". Se genera entonces una modalidad de consumo en la que el fármaco pasa a formar parte del estilo de vida, sosteniéndolo en sus demandas por momentos radicales.

De esta forma, el presente apartado se enfocó en los beneficios y riesgos percibidos por los entrevistados y entrevistadas, para luego analizar las formas cómo resuelven cuál de los dos aspectos prevalece. El apartado a continuación abordará los modos de uso de los estimulantes en las experiencias recogidas.

4.4. Modos de uso

A título de caracterización general de los modos de uso de los psicofármacos estimulantes, se destacan algunas características en cuanto al horario, frecuencia, dosis y las formas cómo los sujetos las adaptan a sus situaciones singulares.

En cuanto al horario de la toma de la medicación, se observó una preferencia por consumir el medicamento en la mañana, lo más temprano posible, como forma de aprovechar el efecto para la ejecución de tareas durante el día y evitar posibles efectos indeseados sobre el sueño. Esa decisión se relaciona con la percepción de la duración del efecto (entre 8 y 15 horas, según los relatos recogidos) y con la rutina de los sujetos, por lo cual puede variar según el caso. Como relata Benjamin,

[El modafinilo] es como que te saca una suerte de energía de reserva que tenés. El cerebro sigue estando como pasmado. Vos te das cuenta que reaccionás más lento, que te cuesta hacer procesos, te cuesta pensar determinadas cosas, pero te permite seguir con las actividades cotidianas y levemente complejas, ¿no? Eso sí, se te acaba el efecto y caes dormido donde estés. Entonces, tomarlo a sabiendas de cuanto dura el efecto en general y cuanto dura en mí, y sabía cuándo tomarlo para que no me jugara en contra. (E14, varón, 29 años)

En cuanto a la frecuencia del consumo, parece haber una mayor variabilidad entre los entrevistados. Por un lado, principalmente entre usuarios de modafinilo, se observa la predominancia de un modo de uso puntual del medicamento, con un objetivo específico y delimitado. En algunos casos, eso significa que el uso se extiende por un corto periodo, desde algunos días hasta algunas semanas, suficientes para entregar un trabajo o estudiar para un examen. En otros casos, si bien el uso mantiene objetivos definidos, los mismos no son del todo puntuales sino que forman parte del estilo de vida del sujeto. Son casos en que la toma sirve como apoyo a actividades cotidianas de sostener la atención en el estudio o en el trabajo, sin un plazo definido. Asimismo, en estos casos la frecuencia contempla interrupciones breves planificadas como forma de prevenir un efecto acumulativo dañino del medicamento. Generalmente, esas pausas se realizan en los fines de semana, periodos de vacaciones o incluso días de la semana en los cuales la rutina se ve alterada en formas que la toma del medicamento pierde su beneficio. Ese tipo de uso parece más vinculado a estimulantes como metilfenidato y atomoxetina, aunque no excluye el modafinilo.

Respecto a la dosis, se observa que esta mantiene relación con la indicación o consejo de la persona que sugiere el consumo al sujeto. A la vez, no es raro que el sujeto empiece con dosis más bajas hasta llegar a un nivel en el cual considera que obtiene suficiente beneficio. Además, en función de demandas puntuales, algunos sujetos probaron aumentar la dosis habitual. Como resultado, en el caso del modafinilo, se relató no haber percibido un beneficio significativo que justifique repetir ese recurso (Luzmila), o se lo relacionó a mayores efectos indeseados (Sol). Valentin, por su parte, decidió consumir una dosis inferior a la recomendada por el médico porque "si hubiera seguido con [la dosis recomendada] todos los días, capaz que al mes me viene un ataque psicótico". En cuanto al metilfenidato, Sebastián relató haber sostenido sin inconvenientes el consumo del doble de la dosis habitual durante un periodo. A su vez, Felipe experimentó la versión larga acción del medicamento y le resultó demasiado estimulante, con efectos indeseados a nivel cardíaco. Desde entonces, volvió a la versión regular del medicamento y lo consume solo en situaciones puntuales.

Cabe destacar, conforme adelantado anteriormente, un cierto modo "experimental" en el uso de los psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos. En ese sentido, pareciera que las experiencias de consumo se encuentran atravesadas simultáneamente por curiosidad y prudencia, que hace que los efectos sean cuidadosamente medidos y evaluados para retroalimentar, sostener o modificar la decisión de consumo. Esa característica se detecta no solo en usuarios que inician la toma por cuenta propia, sino que también aparecen en relatos de consultas médicas en las cuales se indicó el estimulante. Por ejemplo, como cuenta Pía:

Le dije [a la psiquiatra] que estaba tomando omega 3 para ver si mejoraba un poco, pero realmente no me lograba enfocar, me costaba un huevo escribir etc, y ta, y ella me dijo "mirá, hay personas que esto se receta, el modafinilo". Me dijo: "si querés probar, se receta como para poder mejorar la concentración en algunos casos". Entonces me dio. Ahora si te digo cual era la dosis, no recuerdo. Lo que recuerdo es que me había dicho "viene de 200 mg, podés tomar medio comprimido". Entonces ta, dije, yo qué sé, voy a probar. Total, no pierdo nada. (E8, mujer, 38 años)

Es interesante notar en el caso de Pía cómo las palabras de la médica se realizan en la experiencia de la usuaria, imprimiendo ella misma ese sentido en su consumo: "si querés probar", dice la médica, "voy a probar", dice Pía. Esa posición se reflejó en las decisiones de consumo subsecuentes, como muestra su relato a continuación:

Lo que noté, digamos, no notaba mucho, tomando ese medio comprimido... Yo, digamos, no me sentía diferente. Físicamente no sentía nada. Digamos, no era que me sentía mejor. (...) Y en eso, me pongo a hablar con una compañera de la

facultad que me dijo que estaba tomando y que tomaba uno, y dije ta, voy a probar tomando uno, a ver si me doy vuelta, si me sirve para algo. Entonces, a veces me tomaba un comprimido en vez de medio. (E8, mujer, 38 años)

El caso de Pía muestra que la pauta médica es susceptible de cambio mediante el contacto con otras orientaciones, en este caso, proveniente de la compañera de facultad. Se observa, así, cómo el entorno clínico es permeable a las experiencias de los sujetos en paralelo a la atención profesional.

Finalmente, interesa resaltar otro aspecto de intersección entre el modo de uso con indicación médica y el uso por cuenta propia, que es la orientación médica de uso bajo demanda. Por ejemplo, en el caso de Pietra:

Lo que [la psiquiatra] me dijo fue: "Bueno, si vos te sentís bien, no los tomes más, y si en algún momento en ese proceso vos te sentís que un día tenés una cosa de sumamente... Tenés que ir a dar un examen mañana, capaz que te conviene, con esto de que te olvidás, la tensión... Si vas a estar muy estresada, capaz que tomalo, capaz que vamos a probarlo un mes más tomándolo así cuando sientas que lo puedas llegar a necesitar, porque vas a tener una situación de trabajo." (E4, mujer, 44 años)

Cabe aclarar que en ese caso, la indicación médica inicial era la de una toma continua, que sin embargo no resulta eficaz para la usuaria y luego se convierte, por iniciativa de la médica, en una toma a demanda. Algo similar al caso de Paulina:

[La psiquiatra] al principio me dijo que tomara todos los días. Le dije que no estaba durmiendo y me dijo que bueno, que tomara cuando lo precise. Y ahí medio fui, los días que lo precisaba, me levantaba media hora más temprano, lo tomaba y me volvía a acostar. Ya cuando me hacía efecto, no había otra que me levantaba, porque te deja muy despierta, ¿no? (...) ahí lo fui tomando de a poco y en un momento... O sea, me dijo, "bueno, ¿querés probar con una dosis más baja todos los días?" y no tenía mucho efecto. O sea, me daba los efectos secundarios solo y no me daba mucho el efecto en sí esperado. Y ta. Me dijo: "seguí tomando la dosis completa, digamos, los días que sientas que más la necesites". (E11, mujer, 20 años)

En ambos casos se observa una asimilación de la experiencia de las usuarias por parte de las psiquiatras, realizándose una toma de decisión compartida respecto al modo de uso del medicamento.

Este apartado abordó, así, los modos de uso de psicofármacos estimulantes en los entrevistados, destacando aspectos como horario, frecuencia, dosis y las formas cómo los sujetos los adaptan a sus situaciones singulares. A continuación, se abordarán las relaciones de los estimulantes con otras sustancias encontradas en los relatos recogidos.

4.5. Relaciones entre los psicofármacos estimulantes y otras sustancias

En este apartado, se rastrearán algunas dimensiones de las asociaciones de los estimulantes con otras sustancias. Cabe decir que el abanico de sustancias comparadas o relacionadas a los estimulantes fue amplio, incluyendo otros psicofármacos, otros fármacos en general (como antibióticos, analgésicos, relajantes musculares, hipoglicemiantes y antihipertensivos), suplementos vitamínicos, drogas de comercialización ilegal (como cocaína, marihuana y éxtasis), drogas de venta libre (como alcohol y tabaco) y bebidas (como té, café, mate, bebidas energizantes y agua). Para abordar este punto, se distinguieron algunas dimensiones de la relación con dichas sustancias que tienen que ver más con el punto de vinculación que con una categorización de las sustancias en sí. A continuación, el análisis se desarrollará en torno a los siguientes temas: intensidad, velocidad y duración del efecto, complementariedad con otros fármacos, el proceso de toma de decisión de consumo, la socialización en el consumo, el control sobre el consumo y la distinción entre droga y medicamento.

4.5.1. Intensidad, velocidad y duración del efecto

Una de las comparaciones más recurrentes tuvo que ver con la intensidad del efecto estimulante, como recurso ilustrativo espontáneo a través de sustancias ampliamente utilizadas y de libre acceso. En ese sentido, los más mencionados sin lugar a dudas fueron el mate y el café (Sol, Valentín, Mateo, Thiago, Luana, Pía, Romina, Benjamin, Felipe), siendo referidos apenas puntualmente las bebidas energizantes (Fiorella), los suplementos vitamínicos (Pía) y el cigarro (Paulina). En cuanto a la comparación con el efecto del café y el mate, por momentos pareciera que existe una diferencia notoria entre el efecto de las sustancias, como en el chiste de Sol "esto [modafinilo] no es mate (risas)", o en las palabras de Pía: "nada que ver [el modafinilo con el mate]. Yo tomo mate, y tomo mate de tarde y no me siento ni acelerada ni más despierta. Y con esto [modafinilo] sí" . A la vez, por momentos son referidos como posibles sustitutos, como en el relato de Valentín:

Pero otro día, sin modafinilo, nada, me hacía un mate y me rendía lo mismo (...)

Como que en lugar de tomarte dos termos de café, poder tomarte, te tomás media pastillita y no te genera efectos negativos para nada. (E2b, varón, 51 años).

Esa posible intercambiabilidad se muestra también en el relato de Mateo, aunque desde un punto de vista distinto, desde el cual el hábito de consumir café y mate corta o disminuye la percepción del efecto del modafinilo por el motivo de ya haber activado el efecto sobre la vigilia de antemano a través de esas sustancias:

De por sí cuando estudio generalmente tomo algo de estimulantes, café y mate. Entonces ya, en teoría, tengo entendido que el modafinilo te activa el estado de vigilancia. ¿No? A partir de la influencia sobre algunos neurotransmisores. Entonces, en realidad, no sentí mucha diferencia. (...) Y los niveles de ansiedad y de vigilia que sentí después de eso, no te digo, eran más o menos normales a los que podía sentir habitualmente estudiando tomando mate y café. (E3, varón, 29 años)

Por otro lado, también se ha explicitado que la comparación con el café no es cualquier café, sino uno fuerte o en grandes cantidades. Según Thiago:

Claro, con la pastilla [modafinilo] no necesitás ese esfuerzo extra, porque ya lo tenés. No tenés cansancio. Y estás bien, y estás ágil de mente. Lo mismo que, yo que sé, me hubiese tomado un litro de café. Siento lo mismo. (E5, varón, 34 años)

A la vez, Luana y Romina refieren haber sido advertidas de no tomar ni mate ni café mientras consuman modafinilo, para evitar una potenciación del efecto. A Luana no le resultó difícil seguir esa orientación, porque, en sus palabras, "no lo necesitaba [el mate], claramente". Ya Romina llegó a la conclusión de no mezclar ambas sustancias por su propia experiencia: "Y ponele, los días que tomo esa no tomo café, porque sino, tipo... Ahí, tipo, sí, genera ansiedad" (E13, mujer, 23 años).

Todas las comparaciones con el mate y el café citadas se refirieron al modafinilo. En cuanto al metilfenidato, Felipe opina que la comparación sólo le parece válida cuando la dosis de metilfenidato es elevada. En la cotidianidad, el café le resulta más estimulante que el metilfenidato:

Me sentía [con la versión LA o larga acción del metilfenidato], ya te digo, me sentía como, no sé, como si hubiera tomado 10 litros de café fuerte y no me interesa eso. (...) Yo calculo que quienes hacen esa comparación [del metilfenidato con el café] se refieren a los efectos estimulantes. Pero a mí me gusta el café y no, no son reemplazables. Ya te digo, [el metilfenidato] no me resulta estimulante. Si yo tengo que ponerme a leer y me tomo todos los cafés que quiera, va a ser peor. No solo no me ayuda, sino que va a ser peor. Y lo mismo, si yo quisiera tener el estímulo del café tendría que pasarme de [metilfenidato] para tenerlo. Tendría que tomar más de la dosis que yo tomo. Sentir un despertar. Es decir, yo puedo tomar [metilfenidato] y dormirme. Me ha pasado alguna vez después de almorzar de repente ya tomar media [metilfenidato] porque después tengo que trabajar y me quedo un ratito en el sillón y me duermo una siesta. Después me levanto y tengo el efecto y está bien. Pero... Si pinta siesta, pinta. (E15, varón, 42 años)

Otras sustancias a las cuales se comparó el efecto de los psicofármacos estimulantes fueron el cigarro, las bebidas energizantes y los suplementos vitamínicos. La

comparación con el cigarro fue mencionada por Romina, indicando que a ella le resultaba más eficaz el cigarro que el modafinilo. Respecto a las bebidas energizantes, Fiorella señaló que se imaginaba que el modafinilo le iba a producir algo similar, lo cual no se concretó. Ya el suplemento vitamínico apareció en la entrevista de Pía como un relato de terceros acerca de experiencias similares a aquellas producidas por el modafinilo.

Por otro lado, la velocidad del efecto del modafinilo le valió una comparación por parte de Sol con el ibuprofeno, analgésico y antiinflamatorio de venta libre, ambos de rápida acción. La instantaneidad del efecto del modafinilo, según Thiago, se opone al efecto acumulativo de un antibiótico, que debe sí o sí ser ingerido por varios días en secuencia. Para Luana, la intensidad creciente del efecto del modafinilo derivada de la toma continuada va a contramano de lo que le pasa con drogas recreativas, cuyo efecto disminuye con el tiempo y por lo cual requiere que se consuman dosis cada vez mayores para obtener el mismo efecto. Asimismo, Valentín contrastó el carácter euforizante sostenido del modafinilo con el efímero efecto del café, del mate y de la cocaína. Sobre esta última, Valentín ilustra metafóricamente:

[Con el modafinilo] No tenés esa sensación de euforia omnipotente que te puede dar la cocaína. No te da el pegue que decís “bah, soy el rey del universo” que te dura 10 minutos y se te va y te quedás sin él. Es un efecto sostenido y constante de atención permanente. (E2, varón, 51 años)

4.5.2. Complementariedad con otros fármacos

Un segundo punto de asociación encontrado entre los estimulantes y otras sustancias fue en base a una percepción de complementariedad con el efecto de otros fármacos. Por ejemplo, en casos de tratamientos con antidepresivos, el modafinilo fue indicado por los médicos tratantes como alternativa para contrarrestar el sueño intensificado por el uso de antidepresivos (Valentín y Pietra), para ajustar el horario de despertar (Fiorella) o para resolver problemáticas referidas a la concentración (Paulina y Romina). Mientras los dos primeros sugieren un efecto contrapuesto entre el antidepresivo y el modafinilo, las dos últimas relataron que, en su experiencia, el efecto del antidepresivo parece haber potenciado el efecto del mismo estimulante.

Otro ejemplo de experiencia relatada fue el uso del modafinilo combinado con el ibuprofeno, aunque de formas y con propósitos distintos. En su caso, Thiago consume ibuprofeno para paliar dolores en la espalda y en el cuello, pero, al sentir que ese medicamento le induce el sueño, lo complementa con modafinilo. Por su parte, Luzmila utiliza el ibuprofeno para resolver el dolor de cabeza provocado por el modafinilo. A la vez,

Benjamin contrarresta dolores de cabeza a través del uso combinado de ibuprofeno y modafinilo.

4.5.3 Incidencia del uso de otras sustancias en la decisión de consumo del estimulante

Resulta llamativo que en el trabajo de campo realizado, 10 de los 15 sujetos entrevistados habían consumido psicofármacos o sustancias de venta ilegal previo al consumo del estimulante, lo cual lleva a indagar si el consumo anterior incidiría de alguna forma en el consumo del estimulante. En ese sentido, se encontraron posiciones divergentes. Sol, por ejemplo, refirió que haber consumido diazepam de venta libre para rendir exámenes en la escuela, de forma avalada por sus familiares, puede haber incidido en la naturalización y aceptación del uso de modafinilo sin prescripción para preparar exámenes en la universidad:

No era la primera vez tampoco que usaba [psicofármacos sin receta] (...) Yo siempre fui muy ansiosa, muy nerviosa, y en algún momento, que no recuerdo cuando, pero sí tengo imágenes o recuerdos de haber ido también a rendir exámenes del liceo muy temprano en la mañana, y desayunaba y me tomaba uno, por ejemplo. Y nada, me calmaba. Por lo menos en mi familia, eso cultural... Si estabas nervioso o estabas muy ansioso o lo que fuera, nada, te tomabas un [diazepam de venta libre]. (...) Como que, ahora pensando y hablando de esto, me di cuenta que no era la primera vez que tomaba algo de este tipo sin receta. (...) Ya te digo, en la familia, o por lo menos en ese contexto, era inofensivo. (E1, mujer, 31 años)

Luana refiere una experiencia similar, solo que en su caso relaciona el recurso a la automedicación con modafinilo con el consumo previo de sustancias de comercialización ilegal. Para ella, el consumo de estas le despojó del temor o estigma que pudiera haberle frenado el consumo de modafinilo:

Yo he consumido cosas peores [que el modafinilo] por recreación, entonces es como que no me asusta tampoco mucho. (...) He consumido para fiestas de electrónica, un montón. Éxtasis, sí. Sobre todo MDMA, también éxtasis y cristales, que es lo mismo. (E7, mujer, 25 años)

Como contrapunto, Mateo, quien había consumido antidepresivos en otro momento, no le parece que esa experiencia anterior haya incidido en el consumo de modafinilo sin prescripción:

Creo que lo hubiera tomado igual [al modafinilo], aunque no hubiera tomado [otros psicofármacos] antes. Porque en realidad la percepción de... Cómo que lo vi más

como “bueno, capaz que esto me sirve y si no, no va a pasar nada”. Lo hubiera hecho probablemente igual. (E3, varón, 29 años)

En ese caso, cabe puntualizar que el consumo de antidepresivos se dio bajo orientación médica, diferente de la toma del modafinilo. El modafinilo es entonces el primer psicofármaco que el entrevistado consumió sin receta médica.

Se observa, así, que es posible que experiencias anteriores de consumo sin prescripción de sustancias controladas incidan favorablemente en la decisión de automedicación con modafinilo, principalmente debido a la desestigmatización de ese tipo de uso. A la vez, el relato de Mateo aparece como contrapunto, sugiriendo que no todos los casos son así.

4.5.4. Socialización en el consumo

En algunos relatos se identificó una dimensión del uso de psicofármacos estimulantes que contrasta con otras sustancias en cuanto al aspecto solitario del consumo. Esa dimensión apareció, por un lado, en la comparación entre las situaciones en que se consume el modafinilo y las situaciones en que no se consumiría modafinilo pero sí otras sustancias, incluso estimulantes. Eso se observa en el relato de Valentín:

(...) pero más que nada por el tema social, que tiene esa cosa como el mate, que te lo pasás, un porro... Y la cocaína en algún contexto puede tener ese efecto, esa cuestión social también, alguna cuestión nocturna, no esa como muy de la mano con eso, este, también de compartir. Aunque también, pues obviamente no es privativa. En el caso del modafinilo, no, es un mundo totalmente individual, aislado. (E2, varón, 51 años)

Esa idea también fue expresada por Luana:

Lo que pasa es que no le veo como la gracia [en usar el modafinilo para otro fin que no sea estudiar]. Porque no tiene como otra gracia. Tengo una amiga con la que nos vamos a ir a Europa y dijimos un día "nos juntamos y terminamos de armar las cosas que nos quedan, y tomamos" y fue como... No. O sea, prefiero comprar una botella de vino, descorcharla y tomar un vino mientras hacés eso. (E7, mujer, 25 años)

De una forma un poco distinta, esa cuestión aparece también en el relato de Sebastián. En ese caso, el entrevistado venía consumiendo metilfenidato de forma regular, bajo prescripción médica, para fines de estudio. Sin embargo, el reconocimiento del carácter individual del consumo de metilfenidato pasa a ser reemplazado por el deseo compartir con amigos el consumo de otras sustancias psicoactivas, impulsándolo a discontinuar la toma:

Mejoró la cosa, me sentí bien, me sentí todo y dije "no quiero, no quiero seguir tomando [metilfenidato]", porque ta, era un pibe de 20, me gustaba salir los fines de semana, tomar alcohol [con amigos] y esas cosas. Y tomando [metilfenidato] ya no se podría hacer. Y bueno, sentí la necesidad de dejarlo. Bueno, lo dejé así nomás, sin consultar ni nada, y ta. (E9, varón, 26 años)

Cabe notar que si bien en algunos casos los psicofármacos estimulantes son compartidos con otras personas e incluso algunos conformaron un "fan club del modafinilo", no se recogió ningún relato de uso social del estimulante.

4.5.5. Control sobre el consumo de estimulantes

En algunos relatos, la relación entre los psicofármacos estimulantes y otras sustancias se estableció en base a la posibilidad de control sobre el consumo. Por ejemplo, en el caso de Valentín, el haber podido en el pasado discontinuar el uso de otras sustancias como el cigarro y el antidepresivo fue percibido por él como una garantía de que sería capaz de discontinuar el modafinilo cuando lo deseara. Asimismo, haber logrado el control sobre el modafinilo a través de la experiencia de consumo constituye para Valentín uno de los elementos fundamentales en su juicio positivo acerca de la experiencia. Luana, por su parte, considera que no tiende a tener conductas adictivas; sin embargo, en el caso del modafinilo, imagina un riesgo que la impulsa a racionalizar el uso:

Yo no soy una persona que tiende a tener conductas adictivas. Ni cigarro, yo no fumo, no nada. (...) O sea, no me da miedo la adicción [al modafinilo] pero nada, de repente, bueno, este examen, el siguiente también... Y ta, eso me da un poco de miedo. (E7, mujer, 25 años)

Así, para Luana, el riesgo no es generar una dependencia química, sino que teme que el estimulante se convierta en hábito para sostener el estudio. En ese sentido, también a Benjamin le preocupa que le pase al modafinilo lo mismo que a otros medicamentos como antihipertensivos y antidiabéticos. Esa preocupación refiere a la dificultad de que los usuarios realicen cambios de hábitos que podrían resolver el motivo de consumo sin recurrir a la medicación. Se entrevisté, así, una comparación del estimulante con otros medicamentos en base a su capacidad de proteger y mantener cierto estilo de vida. Seguir tirando más, como se dice en Uruguay.

4.5.6. ¿Droga o medicamento?

El último aspecto observado acerca de la relación entre los estimulantes y otras sustancias tiene que ver con puntos de cercanía entre los psicofármacos y las drogas de comercio

ilegal. La discusión acerca de qué define la frontera entre una droga y un medicamento tiene ya cierta trayectoria, (por ejemplo, ver Fernandez Romar, 2000), aunque en el caso de los estimulantes adquiere matices particulares. Por un lado, cabe recordar que, conforme abordado antes, estimulantes como la cocaína²³ y algunas anfetaminas de comercialización prohibida hoy, han disfrutado el estatus de medicamento en el pasado. Por otro lado, la forma de consumo de estimulantes como mejoradores cognitivos, con o sin prescripción, puede contribuir en algunos casos a desdibujar y cuestionar esa frontera. Es el caso de Sol, quien consumió modafinilo con compañeras de trabajo y sin recomendación médica:

[El modafinilo] era una droga pero no. Yo qué sé, yo si hubiese consumido cocaína de repente generaba el mismo efecto. Pero esto es un medicamento. Entonces, es todo, como al venir, de tener la connotación de lo médico, de lo medicamentoso, era como más avalado. No sé. Como que sabíamos que había algo que no cerraba, y supongo que por eso que no deja de ser una droga como cualquier otra. Pero bueno, si vos lo comprabas con una receta, y era un medicamento, y todo, digamos como, bueno, no es... Es un medicamento, no es una droga. (E1, mujer, 31 años)

Para Sol, la cercanía entre el efecto del modafinilo y el efecto de la cocaína lo acerca a la categoría de droga, a la vez que el modo de acceso al modafinilo vía receta en la farmacia es señal de que se trata de un medicamento. Lidar con esa ambigüedad adquiere así el carácter de una problemática.

Para Mateo, la cercanía entre los efectos estimulantes sugiere una posible intercambiabilidad entre psicofármacos y drogas, siendo el control mediante receta históricamente relativizable:

Me imagino que [los psicofármacos estimulantes y los estimulantes de comercio ilegal] pueden llegar a interesarle a las mismas personas. Bueno, la cocaína comenzó siendo un medicamento. Tengo entendido que en el siglo XIX se buscó en realidad no sé si como anestésico, como medicamento. (...) me parece que puede llegar a haber una asociación. Sobre todo por la gente que consume cocaína, le puede llegar a interesar otros estimulantes. (E3, varón, 29 años)

La cercanía entre los efectos también es mencionada por Benjamin, quien ha escuchado similitudes entre su experiencia con el modafinilo y relatos de consumidores de cocaína:

²³ Cabe mencionar que la legalización de la cocaína ha vuelto a ser tema de debate en América Latina como forma de enfrentar el tráfico y la violencia asociada. Dannemann (2021) señala que en Colombia, un proyecto de ley que establece un marco regulatorio de la hoja de coca y sus derivados fue aprobado en su primer debate en el Congreso, al paso que desde la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia se suman intelectuales y políticos, incluidos ex presidentes como el mexicano Ernesto Zedillo, el chileno Ricardo Lagos, el brasilero Fernando Henrique Cardoso y el colombiano César Gaviria para revisar las políticas de guerra contra el narcotráfico y entregar recomendaciones para lidiar con el tema.

La cocaína es un estimulante. Si hay gente que se mete en la cocaína, y la ves tan fina hasta las patas - sí, sí, yo entiendo que muchos de ellos tienen que ver con una personalidad previa... Cómo hacés para que un fármaco, que teóricamente te lo está recetando el médico, que en esa misma - porque te provoca también bienestar, que por lo que dice el que consume, luego de que la consumís te produce un bienestar, una euforia, y esto [modafinilo] también te provoca una cosa similar. Entonces, ¿hasta dónde no va a terminar siendo una droga así? Eso es lo que me genera más miedo, digamos. (E14, varón, 29 años)

¿Qué define entonces que el sujeto elija el uno o el otro? Para Valentín, la diferencia reside en la connotación del consumo. Ese entrevistado no considera que el modafinilo sea un buen candidato a droga recreativa, en tanto es "para rendir". Lo diferencia de la marihuana, por ejemplo, cuyo consumo asocia a la contemplación. A la vez, comparando el modafinilo con la cocaína, el entrevistado revela que optar por el modafinilo tuvo que ver con la confiabilidad en la preparación de la sustancia. Desde esa perspectiva, el respaldo del laboratorio y de los órganos reguladores cobra relevancia:

De última sabía que estaba tomando modafinilo y no un 5% de modafinilo y un 95% de porquerías y adulterantes. Que fue lo que me hizo en un momento, cuando dije ta, me estoy metiendo cualquier mierda adentro y dije ta, chau, no consumo más y no consumí más la cocaína. (E2, varón, 51 años)

Luana, quien también ha tenido experiencia de consumo tanto del modafinilo como de drogas estimulantes, encuentra que el acceso a las drogas es más fácil que al psicofármaco. Asimismo, refiere que el acceso al modafinilo mediante una receta que no fue emitida en el marco de una evaluación médica también acerca ese tipo de acceso a la ilegalidad:

Lo voy a usar [el modafinilo] si, capaz, si es necesario. También si conseguís, porque... Yo porque mi amiga tenía, pero en realidad, por lo que tengo entendido, no es muy fácil de conseguir. Te la tiene que recetar un médico. No lo conseguís en otro lado. Entonces, es más complejo, todavía, capaz, que conseguir drogas en general. O sea, hay alguien que recetó una receta que no tendría que haber recetado, y ahí varias personas sacamos provecho de eso. Pero tampoco es muy legal que lo hagamos. (E7, mujer, 25 años)

También Benjamin cuestiona hasta qué punto el control mediante la receta médica ha prevenido que los medicamentos se conviertan en drogas de abuso. Desde su perspectiva, si bien la receta se ha instrumentado como garantía, en los hechos la extendida emisión de recetas en consultas médicas llama a la reflexión. El entrevistado refiere que el caso de las benzodiazepinas es un alerta de lo que puede llegar a pasarle a los estimulantes:

Yo lo analizo [el hecho de que los psicofármacos no sean de venta libre] desde un punto de vista como social, ¿no? Como el miedo a que se utilice como droga de abuso. En realidad, las benzodiazepinas en muchos casos son drogas de abuso y se recetan como caramelos. (...) ¿Por que [los estimulantes] están como tan bajo en el radar de la medicina? Yo creo que porque es un fármaco que, en muchos casos, no se sabe muy bien cómo funciona - entre otras cosas, no se sabe muy bien cómo funciona. (...) Porque, digamos, ¿qué hace [a los estimulantes] diferentes de las benzodiazepinas? La verdad que creo que nada. Creo que nada. Creo que tiene más que ver con el rol social que ocupan a que la droga en sí. No sé si son, inclusive no sé si son peores que las benzodiazepinas en lo que respecta los efectos adversos y los posibles efectos tóxicos, la verdad. (E14, varón, 29 años)

De esa forma, se percibe en las entrevistas que la frontera entre una droga y un medicamento luce bastante difusa y más asociada a las formas como se utilizan esas sustancias que con el efecto en sí. En ese sentido, los psicofármacos estimulantes en circulación actualmente no está exentos de que, en la medida en que el consumo se extiende y se naturalice, también los efectos indeseados, a nivel individual y colectivo, aparezcan con mayor frecuencia, repitiendo el ciclo observado con la cocaína y las anfetaminas.

En este apartado se abordaron, así, los puntos de encuentro entre los psicofármacos estimulantes y otras sustancias como intensidad, velocidad y duración del efecto, el proceso de toma de decisión de consumo, la socialización en el consumo, el control sobre el consumo y la distinción entre droga y medicamento. Con eso, se culminó la presentación de resultados propuesta en este capítulo en cuanto a motivos de uso, circuitos y redes de circulación, percepción de riesgo y beneficio, modos de uso y relaciones entre psicofármacos estimulantes y otras sustancias. Esos tópicos cubren cinco de los siete objetivos específicos de la tesis. A continuación, se presentarán los resultados en cuanto a los dos objetivos específicos restantes.

5. Estimulantes, estilo de vida y cultura: Significaciones y lógicas asociadas al consumo en Montevideo

Este capítulo continuará la presentación de resultados del trabajo de campo, abordando los objetivos específicos referidos a la relación entre consumo de psicofármacos estimulantes, estilo de vida y cultura a nivel local, y las significaciones y lógicas asociadas al consumo de psicofármacos estimulantes por los usuarios. Para eso, se retoma la noción de cultura en Fisher (2003, p. 7, citado en Biehl et al., 2007, p. 7), mencionada antes, de que no hay cultura, y todo lo que hacemos es cultural. No se toma, por tanto, la cultura como variable, y sí como lugar en donde el significado se teje y se renueva más allá del control consciente de los individuos.

Siendo así, este apartado se dividirá en cuatro dimensiones destacadas del trabajo de campo que, para los fines de esta tesis, se encuentran correlacionadas con las cuatro dimensiones de la subjetividad profundizadas en el capítulo 2: el sujeto farmacéutico, el sujeto cerebral, el sujeto neoliberal y el sujeto posthumano. La primera dimensión es la "vorágine" del estudio, del trabajo y del poco tiempo, expresión que tomo prestada de Sol y del personaje Arturo Cova, protagonista del libro *La Vorágine* (Rivera, 1924[1985]), para captar la forma como las prácticas de estudio y trabajo acaparan las experiencias de los sujetos. Esa dimensión se correlacionará con el sujeto neoliberal (Dardot y Laval, 2013). La segunda dimensión es la relación entre el sujeto y una experiencia de la rutina en la cual se entrevé un carácter de sometimiento. El énfasis es puesto aquí en la imposibilidad del sujeto de pensarse por fuera de esa rutina, al tiempo que hoy por hoy, todos los días, la máquina nos pide confirmar que no somos un robot. Esa dimensión se asociará con el sujeto posthumano (Braidotti, 2015). La tercera dimensión es la diseminación de las experiencias con psicofármacos estimulantes y la conformación de un horizonte y un lazo común entre usuarios de psicofármacos estimulantes, sobre todo el modafinilo, que reúne lo que parecerían actos individuales y solitarios. A esa comunidad la nombré *Modafinilo Social Club*, tomando una referencia de Luzmila a un "club", y se relacionará con el sujeto farmacéutico (Jenkins, 2011). Finalmente, la cuarta dimensión abarca el proceso de cerebralización del malestar en los sujetos reflejado en la condición de *ser* un cerebro, como expresan Vidal (2009) y el célebre personaje Sherlock Holmes. Esa dimensión se cotejará con el sujeto cerebral (Ortega y Vidal, 2007).

5.1. La vorágine del estudio, del trabajo y del poco tiempo

En el momento en que fue entrevistada, Sol se encontraba en el periodo de exámenes en la facultad al mismo tiempo en que trabajaba 30 horas semanales en un ambiente laboral exigente. Para ella, el modafinilo emerge como forma de lidiar con una demanda imperiosa que pone a descubierto el límite de la capacidad del sujeto:

(...) como que surge la necesidad de utilizar algún tipo de esas sustancias, ante la incapacidad propia de decir bueno, no sé, bajar o enfocarte. Y en esa *vorágine del estudio y del trabajo y del poco tiempo* y demás, también, como que puede, para concentrar o poner atención, ponerse métodos de este tipo, por lo menos de sustancias. (E1, mujer, 31 años)

La demanda hacia el sujeto, representada por la "vorágine", alude a una experiencia de ser arrastrada por las circunstancias; así como Arturo Cova en el clásico latinoamericano *La Vorágine* (Rivera, 1924[1985]), lo que Sol emprende es un antiviaje: un desplazamiento continuo, forzoso e involuntario (Paniagua Gutierrez, 2020). Sin embargo, no cabe decir que no hay nada del sujeto puesto allí. Como pondera Sol: "en esa vorágine en que *me* había metido desde que empecé la facultad, que era y quiero terminar pronto, y quiero...". Así, sujeto y vorágine se co-construyen y se sostienen mutuamente.

¿Por qué querría el sujeto sostener la vorágine? Retomando a Dardot y Laval (2013), quienes han trabajado la noción de sujeto neoliberal, se podría observar en la cita de Sol que el sujeto que emerge allí remite al dispositivo de rendimiento y goce descrito por los autores: rinde porque goza, y goza con rendir. En ese escenario, el modafinilo aparece como soporte del rendimiento, pero también del goce. Hacer frente a la vorágine es pagar el precio por la entrada en la cultura neoliberal. Parafraseando a Arturo Cova²⁴: ¡Usar modafinilo! ¿Y por qué? ¿Por qué no? Era un fenómeno natural. ¿Y la costumbre de defenderme? ¿Y la manera de emanciparme? ¿Qué otro modo más rápido de solucionar los diarios conflictos? Y por este proceso -¡oh (¿facultad?)!- hemos pasado todos los que caemos en tu vorágine.

Se podría argumentar que esa vorágine propicia la conformación de estereotipos o, según designa Short (1989), "figuras del folclore urbano contemporáneo" como los *yuppies*²⁵, presentes en la entrevista de Valentín:

²⁴ Cita original: -Oigame, viejo Silva - grité deteniéndole -. ¡Si no me lleva al Isana, le pego un tiro! El anciano sabía que no lo amenazaba por broma. Ni sintió sorpresa ante mi amenaza. Comprendió que el desierto me poseía. ¡Matar a un hombre! ¿Y por que? ¿Por qué no? Era un fenómeno natural. ¿Y la costumbre de defenderme? ¿Y la manera de emanciparme? ¿Qué otro modo más rápido de solucionar los diarios conflictos? Y por este proceso -¡oh selva!- hemos pasado todos los que caemos en tu vorágine. (Rivera, 1924[1985], pp. 144-145)

²⁵ El término *yuppies* surge en Estados Unidos en la década de 1980 para designar a jóvenes profesionales urbanos, tratándose de un acrónimo para *Young Urban Professionals*. Según una nota de la revista *Time* (9 enero 1984), los *yuppies* de los años 1980 mantenían dos objetivos: hacer pilas de dinero y perfeccionarse a través de actividades físicas y terapia. O sea, desde un principio se asociaban a un ideal de mejoramiento. Su relación con

Y yo, a los potenciadores cognitivos y a drogas así estimulantes del sistema nervioso central así como la cocaína, siempre las asocié culturalmente con *yuppies*, o con gente que necesita... Como que mi asociación va por ese lado. De hecho yo también, digo, caí, o sea, fui parte, en la época que consumí, esa segunda época, más como ese año de consumo de cocaína, ta, yo trabajaba en una multinacional, o sea, era como parte del estereotipo. Yo era parte de. (E2, varón, 51 años)

Una consecuencia de esa demanda intensa es el cansancio que, según Thiago, pasa a ser naturalizado y considerado una característica cultural, y que el modafinilo, al suprimir el sueño, ayuda a sobrellevar:

Lo que pasa es que al no tener sueño [como efecto del modafinilo], yo qué sé. Puedo ir al gimnasio, puedo salir a correr. Da más manija, por así decirlo, en todo el día. Es eso, estás con ganas de hacer. Claro, pero en el día. El cuerpo... (tsc) No sentís ese cansancio cultural. Claro, pero no paso 48 horas. Duermo, al menos ahí al límite de lo necesario, entonces pienso que recupero. Por eso no vería algo en contra de eso. (E5, varón, 34 años)

En la cita de Thiago, quien consumió modafinilo para dar cuenta de la finalización de los estudios para reingresar al mercado de trabajo, el sueño aparece como dimensión problemática, y el efecto del modafinilo sobre este es vivenciado como positivo. En cuanto a eso, Coulon (2022) plantea que el sueño, más que mera función natural, resulta ser un fenómeno múltiple, polivalente y determinado por factores sociopolíticos. La autora (2022, pp. 33-34) resalta que a lo largo del siglo XX la agenda anti-sueño encontró en los grandes hombres de negocios sus protagonistas, cuyo axioma subyacente es el de que el capital no conoce descanso, por tanto, los mercados deben ser liberados de todo obstáculo, incluido el sueño. Ese modelo de éxito, continúa la autora, apela especialmente al imaginario de una gran clase media cuya esperanza perenne de escalar socialmente se ve renovada por el auge del neoliberalismo, a la vez que el sueño aparece como estado de vulnerabilidad irreconciliable con la competitividad y el espíritu neoliberal.

Otra consecuencia de esa demanda intensa que aparece en el trabajo de campo es el impacto sobre el clima laboral. Eso se encuentra en el relato de Ignacio, quien trabaja en el ámbito de la salud y relata que al empezar a consumir modafinilo, estando bajo el efecto de la sustancia, una colega de trabajo le señala que él parecía estar "estresado" ese día. A lo que él acota:

Que bueno, también la verdad que vivimos peleas dentro de, a mi nunca me pasó pero peleas dentro del equipo y todo. Digo, a los gritos todos, hasta medio separando. Por eso te, el ambiente la verdad que no es muy lindo de todo esto.

sustancias estimulantes es conocida: la cocaína, por ejemplo, ha llegado a ser conocida como "*yuppie drug*" o "droga de los *yuppies*" (Dryden-Edwards, s/f).

Bueno, hoy nos pasó también a la mañana [dos compañeros divergieron] y estaban a los gritos también en el pasillo. O sea, el ambiente no es muy... (se ríe) Yo creo que también, capaz que en parte por lo del COVID que retrasa un poco todo, bueno, no es muy ameno el trato. Pero ta, digo, eso que me notó como más estresado o sacado no fue ninguna pelea ni nada. Fue como, tipo, "no, ahora no, no me jodas con eso". Nada exagerado. (E12, varón, 25 años)

El relato de Ignacio sugiere que la demanda intensa en el ambiente laboral de por sí parece acarrear, como consecuencia o como requisito, y al menos en algunos ambientes o equipos, estados de ánimo "estresados" o impacientes. Esa agresividad naturalizada en el ambiente laboral puede ser pensada en sus relaciones con el sujeto neoliberal. Dardot y Laval (2013, pp. 48-49) recalcan que desde que Spencer creó en 1864 la expresión "supervivencia de los más aptos" (*survival of the fittest*) como expresión de la selección natural darwiniana en el terreno de lo económico, la problemática de la competición pasó a un lugar central. Influenciado por Malthus, el evolucionismo spenceriano concluye que el progreso de la sociedad y de la humanidad supone la destrucción de algunos de sus componentes. La adaptación a una situación de competencia vista como natural se ha convertido en palabra de orden de la conducta individual, asimilada a un combate por la supervivencia. Así, el neoliberalismo impone como norma el vivir en un universo de competencia generalizada y ordena las relaciones sociales según el modelo del mercado (Dardot y Laval, 2013, p. 14). Asimismo, el estrés y el acoso en el trabajo son hoy reconocidos como síntomas de la intensificación del trabajo conectada a los flujos tensos y a las consecuencias perversas de la exigencia de productividad (Dardot y Laval, 2013, p. 353).

El modafinilo, en tanto soporte químico de la adaptación a ese ambiente laboral, habilita una interpretación multívoca de su efecto. Mientras Ignacio experimentó una potenciación del estrés, Benjamin, quien trabaja en el mismo rubro, obtuvo una experiencia distinta del efecto del medicamento:

Es muy llamativo, por lo menos en mí, el cambio ese de humor [como efecto del modafinilo]. Estás destrozado, estás cansado, te hablan y decís "pa, yo sé que no es con vos, pero tengo ganas de ladrarte porque me salta lo de adentro, me ponés iracundo". Y te lo saca. Te permite por lo menos decir capaz que no encararé, pero por lo menos no hago que el ambiente sea una mierda. Por lo menos no ataco a nadie al pedo, porque eso vos sabés que pasa factura, es una cagada. Creo que en ese sentido me ha salvado bastante la cabeza. (E14, varón, 29 años)

Así, Benjamin ilustra otro aspecto de la cuestión: que el cansancio también provoca impaciencia, y que sea posible que, al reducirlo, el estimulante esté contribuyendo a una mejora en el humor y el ambiente de trabajo. Asimismo, reconoce el ambiente como tenso,

propenso a desentendimientos, por lo cual es ilustrativa la metáfora de que el modafinilo “le salva la cabeza”, protege su fuente laboral.

Lo que une ambos casos, indudablemente, es la necesidad de un soporte químico para sobrellevar la demanda laboral, en el marco de, como refiere Pine (2007, p. 359), un esfuerzo concertado para encontrar una vacuna para el gran obstáculo para la productividad sin límites: la fatiga. Corroborando esa línea, Benjamin refiere un extendido consumo de sustancias en su medio que, desde su perspectiva, responde a una presión social generalizada por performance que se traduce en una romantización del sacrificio constante:

Una cosa que hay es que el estudiante de medicina y el médico tienen que ser sacrificados. Romantizar ese sacrificio constante. Tenés que trabajar 56 horas semanales. (...) Hay esa romantización del “pa, bo, tengo un domingo libre en el mes”. “Ah mirá qué bien”. No está bien (risas). Creo que eso termina llevando en lo que lleva en el resto de la población, el abuso de sustancias. Cardiólogos importantes fumando como chimenea. Decís, no hay nada más hipócrita, contradictorio que un cardiólogo fumando, pero ¿qué le vas a decir al tipo? “Dejá el pucho, ¿no sabés lo que te genera?” Te tiene que mandar a ... y bien mandado. No lo debe estar pudiendo dejar por otra razón. Creo que ahí, eso permite un abuso de sustancias importante. (E14, varón, 29 años)

Así, del relato de Benjamin se desprende un replanteo de la cuestión del uso de sustancias ya no ubicado en la sustancia en sí, sino en un entorno que empuja al sujeto a una encrucijada. Trabajando en el ámbito de la salud, o a pesar de eso, Benjamin tampoco le otorga al consumo de sustancias psicoactivas, psicofármacos o no, un poder de cura o resolución de la problemática, sino que la ubica en otro nivel de análisis.

El uso extendido de sustancias en el trabajo también es referido por Felipe. Desde su perspectiva, eso mantiene íntima relación con el modelo neoliberal norteamericano, siendo el mercado financiero paradigmático en ese sentido:

Yo he entendido también en las cosas que he leído que, por ejemplo, en mercados como Estados Unidos, donde también es el mayor consumidor de cocaína del mundo, ha habido abusos de esta gente que trabaja en la bolsa de Wall Street y los empresarios y todo esto, de la misma manera que utilizan la cocaína, utilizan el Adderall®. He visto gente que dice "me pidieron un trabajo para dentro de cinco días y ta, y tomé Adderall® de corrido para estar despierto y lo entregué". (E15, varón, 44 años)

A la vez, desde su punto de vista, ese consumo extendido ha generado una opinión pública negativa *a priori*, acotando demasiado los casos en que el consumo podría ser, en sus palabras, “una buena herramienta”:

Creo que a partir de esas experiencias de esos casos problemáticos, también han tenido o han decidido generar esa guerra [contra el metilfenidato]. Pero ta, por esa persona que, yo que sé. Que hacen un mal uso de una herramienta, de una buena herramienta. Es como prohibir los cuchillos por aquellos que apuñalan. Y bueno, los que untamos mermelada en el pan caemos en la misma bolsa que los que apuñalan. Pero bueno, Estados Unidos es vaya cultura, ¿no? (E15, varón, 44 años)

Así, Felipe propone una reflexión: ¿cuál es el límite que separa los casos en que el medicamento es una buena y una mala herramienta? ¿A qué sirve el medicamento? Desde la perspectiva de Dardot y Laval (2013, p. 357), cuando la empresa se convierte en una forma de vida, en que la responsabilidad de ser solvente y racional en todos los dominios recaer sobre el sujeto neoliberal, el remedio más publicitado para esa “enfermedad de la responsabilidad”, la usura provocada por la elección permanente, es el dopaje generalizado. Según los autores, el medicamento hace las veces de una institución que ya no apoya ni reconoce o protege a los individuos aislados. En ese sentido, vicios diversos y dependencia de los medios visuales son algunos de esos estados artificiales, así como el consumo de mercaderías también forma parte de esa medicación social, como suplemento de instituciones debilitadas. Son nada más que formas de intentar hacerle frente a la vorágine.

5.2. No soy un robot

Otra dimensión que emerge en las entrevistas es el uso del psicofármaco estimulante como modo de sostener o generar una rutina, promoviendo cierta "automatización de sí" mediante el uso del fármaco y subordinando el sujeto a la agenda. Un ejemplo de eso aparece en la entrevista a Ignacio. Conforme mencionado antes, en el momento en que consumió modafinilo el entrevistado se encontraba inserto laboral y académicamente en el ámbito de la salud. Si bien el consumo de modafinilo se produjo bajo prescripción médica, el entrevistado comenta que en general ha tenido un desempeño por encima del promedio de su generación y no siente que su rendimiento cognitivo fuera bajo. En una de las consultas de retorno, el psiquiatra le consulta si había notado algún cambio como efecto de la medicación, a lo que contesta:

Le dije que el cambio que más destaque es el de la somnolencia. De mañana en el [local de trabajo] no estoy como, así como caído, me noto como más atento, y vuelvo a mi casa y no estoy cansado. Almuerzo, me pongo a estudiar y no me tengo que acostar a dormir. O salgo de la guardia, los días que entro de 8 a 20 a la guardia, ayer, por ejemplo, salí a las 20 de la guardia, salí de la guardia y me llego a casa, me duché, hablé con dos de mis amigos de facultad, nos fuimos a cenar juntos, volví a casa 12:30, me acosté y no estaba ni cansado, después de haber

trabajado 12 horas, de haber vuelto, bañado y salido a cenar... Eso es lo que más diferencia noto, que no tengo tanta somnolencia. Yo creo que estoy dentro de la normalidad ahora. (E12, varón, 25 años)

El relato de Ignacio visibiliza, por detrás de la queja de somnolencia e inatención, un estilo de vida que combina una extensa carga horaria laboral, la dedicación a los estudios y vida social. Dar cuenta de esa rutina exigente - "como para estar algo cansado", como refiere Ignacio - pasa a constituir su parámetro de normalidad. De esa forma, en las brechas abiertas por la ejecución dificultosa de la rutina, se manifiesta un sujeto en falta al cual el psicofármaco estimulante viene a suplir y encauzar.

¿Por qué rutinizar esas prácticas? Quizás parte de la respuesta se encuentre en el valor de la rutina para el sujeto. Díez (2017, p. 320) recalca que la vida se hace de lo que cada día la conforma, que hay una identidad en lo común y las jornadas iguales son la mejor imagen de esa vida conformada. Para el autor, la rutina es el salvoconducto de nuestra conformidad. Lo que la cita de Ignacio sugiere es que, ante las demandas de la forma de vida actual, es posible que ya no baste con ser humano para sostener la rutina de trabajo extremo. Como propone Tadeu (2009, p. 10), los procesos que están transformando de forma radical el cuerpo humano nos obligan a repensar el "alma" humana y preguntar: ¿cuál es la naturaleza de aquello que anima lo que es animado? Para el autor, en el enfrentamiento con clones, *cyborgs* y otros híbridos tecnonaturales, la humanidad de nuestra subjetividad se ve cuestionada. Es así que el borramiento de las fronteras entre humanidad y tecnología ha tomado tal dimensión que el hecho de que con frecuencia la máquina nos solicite confirmar que "no soy un robot" no es más irónico que el hecho de que, por momentos, fallemos en ello.

Si en el caso de Ignacio observamos un sujeto inmerso en una rutina en marcha para la cual debe estar a la altura, Fiorella busca, a través del psicofármaco, instaurar una rutina acorde a la organización social. La entrevistada relata haber empezado a consumir modafinilo en el contexto de un duelo que pasó a interferir en el ciclo de sueño y, en consecuencia, la rutina:

Yo estaba pasando por un duelo, una separación. (...) Me pasó que se invirtió el sueño, no dormía en la noche, me acostaba a las 6 de la mañana, cuando salía el sol. Y bueno, después me levantaba después del mediodía, las clases las corrí para la tarde. Entonces, yo le planteé estas circunstancias al psiquiatra que yo estaba viendo en la mutualista y le dije que quería hacer más cosas en la facultad. Quería volver a la vida diurna. (...) Yo en ese momento estaba haciendo la carrera nomás, no estaba trabajando y me había pasado que como desafío me quise anotar a algunas clases que fueran de mañana, 9:30 más o menos, y yo vivo a una hora más o menos. Entonces, mientras iba en ómnibus, me levantaba, todo, me

implicaba levantarme más temprano. Me lo hice como un esfuerzo de normalizar, ¿no?, la rutina. Él me mandó el [modafinilo], porque yo me estaba durmiendo en clases, en las que iba de mañana. (E6, mujer, 28 años)

En la cita de Fiorella, así como en la de Ignacio, aparece una rutina realizada con esfuerzo, con aspiraciones culturalmente determinadas, que se impone como norma ante los sujetos. El modafinilo emerge como arreglo o negociación para la indisposición, sea por falta de descanso como en el primer caso, o emocional como en el segundo. Permite, así, obedecer a la rutina ideal cuando modificarla no es una opción. Como explicita Sol, quien consumió modafinilo para estudiar para un examen:

(No dar ese examen en ese momento) no era una opción. Esa postura fue la que me llevó a terminar como terminé el año pasado, con el diagnóstico de depresión, con darme cuenta de que había entrado, que hacía cinco años, por ahí, que había entrado a la facultad y que nada más había importado. Nada más. El único objetivo para mí era terminar la facultad y recibirme, y escribir y producir y entrar acá y trabajar para la academia. Para mí el estudio estaba antes que todo. Incluso, en ese momento, antes que a mí. Antes que mi bienestar, mi cuerpo o lo que fuera, porque yo no sabía lo que me iba a pasar. Pero si me iba a mantener despierta para salvar el examen, listo. Era lo que necesitaba. Bueno, no estuvo en las opciones, como no estuvo mucho tiempo, tampoco después que de repente estaba desbordada, o sabía que no podía más, y bueno... No estuvo. (E1, mujer, 31 años)

El relato de Sol relaciona, así, el uso del fármaco a la tenacidad necesaria para lograr objetivos cuando hacer frente a la rutina sobrepasa la posibilidad de que el cuerpo de cuenta por sí solo. De forma análoga, Pietra resume que dichas demandas le exigen ser algo como un superhéroe:

[Se necesita la medicación] para cumplir con una expectativa social de que uno tiene que ser, parece, que súper héroe. ¿No? Tenés que ir, laburar, estudiar, ser la uno y tenés que estar feliz, divina y que no te duela nada. Y ser inteligente. (E4, mujer, 44 años)

Así, aparecen expectativas de que el fármaco tenga un efecto fantástico, haciendo sentir como “súper hombre” o “rebotando como Oso Gummy” (Pietra) o como “Popeye y la espinaca” (Valentín). Al fin y al cabo, esas figuras fantásticas incorporan ideales actuales de poderlo todo.

Por su parte, cuando usó modafinilo, Thiago había perdido el trabajo y decidido dedicarse a culminar los estudios universitarios:

Me encontré con que no tenía nada para curricularmente pasar. Tenía solo el [trabajo final]. Eso también fue un cambio para mi rutina. El de venir al palo con seis, siete materias, estudiar para exámenes, proyecto, todo, a decir, bueno,

empezar a leer lo que tengo para comenzar a escribir. ¡Uf! Eso fue muy angustiante. (E5, varón, 34 años)

Para este entrevistado, llevar a cabo la tarea de escritura significaba poder recibirse y retomar la rutina laboral. El modafinilo como sostén de cambios radicales en la rutina aparece como recurso propio de la posibilidad de ser *cyborg* en tiempos posthumanos, alimentando la ilusión de poderlo todo. La angustia como signo del sujeto puede quizás, como propone Braidotti (2020, p. 12) responder a la pregunta de si soy un robot, cuya respuesta es: "No, no lo soy, (...) Soy posthumana... Demasiado humana. Esto significa que estoy encarnada e integrada materialmente, que tengo la capacidad de afectar y de que me afecten, que vivo inmersa en estos tiempos posthumanos velozmente cambiantes".

A la vez, Braidotti (2020, p. 12) acota: "no soy un robot ¡pero algunos de mis mejores amigos lo son!" Eso encuentra eco en la paradoja mencionada por Benjamin: "trabajar más, para comprar más robots que nos faciliten la vida, y tener más tiempo libre para trabajar más, para comprar más robots, y sucesivamente." Una rutina de repetición infinita.

Así, en este análisis, la toma del modafinilo forma parte de la respuesta de los sujetos a dos preguntas: ¿qué hacer ante la rutina? Y ¿qué hacer ante la ruptura de esta? En ambos casos, es posible indagar qué especie de relación se produce entre uno y sus actividades cotidianas, respecto a las cuales el sujeto se encuentra, tomando la expresión de Agamben (2011, p. 58), desarmado y en falta, distraído y en fuga.

5.3. Modafinilo Social Club

Una tercera dimensión a destacar es la extensión de la aceptación cultural del consumo de psicofármacos estimulantes en Uruguay y un posible potencial de diseminación. Si bien, conforme mencionado en la Introducción, los psicofármacos estimulantes constituyen en la actualidad el grupo de psicofármacos menos consumido en el país (JND, 2019), algunos relatos dejan entrever cierto lugar conquistado por estos fármacos. Por ejemplo, según Valentín:

Yo los veo como socialmente más aceptados a los psicofármacos estimulantes que a otros más de otro tipo. Me parece como que está más naturalizado también por... En otra época, los médicos te prescribían anfetaminas. Yo qué sé. Tiene como una historia de prescripción médica, tomaban en la guerra, como puede ser... Me parece que está socialmente mucho más aceptado. Hay drogas psicoactivas en bebidas que ingerimos todos los días que son potenciadoras cognitivas. Entonces, me parece que por ese lado está mucho más aceptado y más naturalizado sustancias que te potencian cognitivamente y no sustancias que te alteran cognitivamente o perceptivamente. Me parece que están más aceptados y más valorados por eso,

capaz que es por eso, porque son, se perciben, no sé. Como que aumentar la productividad es algo, no sé, que es coherente con los valores de la sociedad en la que vivimos, ¿no?, también. En cambio, algo que te altera la percepción, o te altera y te da a meditar y mirar los pajaritos no, obviamente. No es muy compatible con esta sociedad de consumo. (E2, varón, 51 años)

Así, Valentín destaca tres puntos que desde su perspectiva hacen al lugar de los psicofármacos estimulantes. Primero, una aceptación social mayor del efecto estimulante en relación a otros tipos de efectos psicoactivos. Segundo, la naturalización del uso de sustancias de venta libre para potenciamiento cognitivo en el día a día. Tercero, la compatibilidad entre los estimulantes y la sociedad de consumo. Eso se complementa con el relato de Mateo:

En los 90 y eso tengo la idea que estaba mucho peor visto tomar psicofármacos. Estaba mucho más asociado a los locos, o a ese estigma. Me parece que ahora hay como una legitimación social, también, ¿no? Capaz que incluso propia del mismo funcionamiento del mercado en el que vivimos ¿no? de que algunas cosas que van quedando como en los bordes o segregadas en determinado momento son absorbidas por el mercado después y hechas producto del mercado. Que me parece que tiene mucho que ver con eso, ¿no? Con estas lógicas también de la necesidad de funcionar, que ahí sí me parece que se acompasan el modafinilo y las benzodiazepinas en eso de "bueno, no puedo funcionar, porque no puedo, porque necesito estimulantes para poder funcionar, porque necesito... Porque necesito calmar la angustia, la ansiedad". Pero el imperativo es funcionar. (E3, varón, 29 años)

Mateo agrega así la dimensión de la desestigmatización del consumo de psicofármacos y la legitimación social mediada por el imperativo de "funcionar" en la sociedad de mercado. A eso se suma, según Benjamin, a cierta facilidad e inclinación a pastillas en general que, quizás paradójicamente, parecen resultar menos invasivas que los cambios de hábitos:

Yo creo que pasa mucho, que de todo lo que el paciente le... El primer tratamiento para hipertensión, diabetes, obesidad es, bueno, alimentación y ejercicio. Colesterol alto... Lo difícil es que la gente adhiera a eso. Entonces, para qué te voy a dar el fármaco si eso se puede solucionar de otra manera, con un cambio de hábitos. Es fácil, es mucho más saludable. Y la gente te lo dice: "ah, no, doctor. A mi dame la pastilla". (E14, varón, 29 años)

En los tres fragmentos se destacan diferentes líneas y argumentos por los cuales los fármacos penetran en las experiencias de los sujetos. No se hace necesaria una razón biomédica - un trastorno mental o una indicación profesional - sino que se reconoce un

empuje de circunstancias que llevan al uso del fármaco, al tiempo de que el fármaco emerge como respuesta factible, está al alcance. Así, se muestra la dimensión del sujeto farmacéutico (Jenkins, 2011), orientado por y hacia el fármaco, al paso de que, como remarcan Dumit y Greenslit (2006, p. 130), las cuestiones de identidad, control y riesgo ya no se formulan en términos de elegir consumir o no los fármacos, sino que son una cuestión de qué fármacos y en qué combinaciones. Además, se asume la dependencia farmacéutica como algo normal y se entiende que la mente, el cerebro y las propias enfermedades mentales son completamente farmacéuticas (Dumit y Greenslit, 2006, p. 130).

En ese sentido, en las entrevistas realizadas se entrevistó cierta circulación del uso de psicofármacos estimulantes mediante anécdotas personales acerca de otros usuarios que configuran cierto imaginario de normalización. Los amigos de Pietra, por ejemplo, hacían uso habitual de modafinilo para estudiar mucho antes de que este le fuera recetado a ella por el médico. Luzmila participa de una red de usuarios que conforman lo que ella denomina "fan club del modafinilo". Mateo escuchó una broma en una confraternización entre profesionales que modificó su percepción acerca de la extensión del consumo:

Después me enteré, fui a un congreso en [Argentina], a exponer, fui invitado por una gente que estaba allá y bueno, en realidad salimos y había un grupo de psicólogos que hicieron una broma sobre el modafinilo y ahí me enteré que lo habían usado para estudiar, sobre todo. Y después escuché de estudiantes de medicina también. (...) Creo que algún estudiante de medicina también me dijo. No, no me acuerdo cual era la broma, pero sé que se rieron y dijeron algo del modafinilo. Y ahí me llamó la atención porque pareciera que era una práctica más común de lo que yo pensaba. Pero acá, creo que algún estudiante de medicina me dijo alguna vez que había tomado. Pero no mucho más. Pero siempre fue después de haber tomado yo. (E3, varón, 29 años)

El trabajo de campo sugiere además la diseminación de cierto "rumor" acerca de un consumo extensivo e intensivo en el medio médico. Rumor no debido a la veracidad de la información, determinararlo se escaparía al alcance de este trabajo, pero en el sentido de que muchos usuarios tienen una anécdota, un contacto, escucharon una historia sobre el consumo en médicos o por algún motivo se imaginan que es así, y eso produce efectos en los usuarios. Por ejemplo, como dice Valentín:

[En el comienzo sentí que debería dar al amigo médico que me suministraba recetas una excusa para tomarlo], sobre todo porque era gente conocida y eso de la receta verde, que hay como controles y eso, "¿y para qué?" Que no es que salga a vender pastillas por ahí, sino que... Además que realmente, una receta a cada tres meses, tampoco era que a cada quincena agarrara la galletita. Le jorobaba

poco. Me sentía en la obligación de decirle “lo estoy tomando como...”, por más que seguramente el médico ya la conocía, ya la había tomado también y bueno.

L - ¿El médico ya había tomado?

E - No. ¡Me imagino!

L - Ah.

E - Me imagino, digo, por la fama que tienen. Auto-experimentación con el [modafinilo]. (E2, varón, 51 años)

Cabe mencionar que por momentos son los propios representantes del cuerpo médico que inician ese rumor, sobre todo personas cercanas que además practican la medicina. Sol, por ejemplo, cuenta que el consumo de modafinilo le es sugerido por una colega de trabajo que, a su vez, recibió la recomendación de una amiga médica, quien le habría dicho que el consumo de modafinilo era muy común en el ámbito médico. A ese relato se suma una situación anterior en la que había salido con un médico y él le había dicho que en ese ámbito era muy común. Ese dato parece haber sido definitorio para Sol en la toma de decisión de consumo, generándole cierto respaldo a la medicación por la conjunción de tres factores. Primero, que la recomendación viniera de alguien del campo médico, una profesional con conocimiento de causa. Segundo, una disminución de la percepción de riesgo al tener contacto con la información que en ese ámbito existe una utilización aparentemente masiva, sin mención a efectos indeseados. Finalmente, el hecho de que esa médica fuera amiga, imprimiéndole cierto cariño o cuidado extra en la recomendación más allá del rol profesional, como podría ser si lo hubiese recetado en un consultorio. En palabras de Sol: "Si una amiga le estaba diciendo a una persona que yo conocía que lo podía tomar, confié en eso".

Algo de esa lógica se repite en otras entrevistas. Como refiere Pietra, “ellos [los médicos] saben que están tomando, (...) no se van a dar, tomar una cosa que les haga mal.” O como relata Thiago: "Capaz que por el medio que yo estoy, no me ha llegado a mí. Como ella [amiga médica que le facilitó el modafinilo] me dice, 'bo, mis compañeros todos toman'. Parece que por ahí es normal.” Así, los médicos parecen predicar no solo con la prescripción, sino también con el ejemplo.

Esa impresión más o menos justificada de que "todos están tomando", incluso los médicos, parece contribuir a un imaginario farmacéutico (Jenkins, 2011) que propicia una pharmaceuticalización (Abraham, 2010) o psico-farmaceuticalización (Rose, 2018). A eso se suma la prensa que el uso de estimulantes ha tenido en los últimos años, contribuyendo al aumento del consumo sea por una desestigmatización, sea por asociar el consumo de psicofármacos estimulantes a ideales culturales. Eso no es sin efectos en los sujetos. Por ejemplo, como dice Pietra:

En los medios está todo esto que el otro día te comentaba, que el otro día veía unos posts o yo que sé, que ahora como que está muy de moda incluso que los adultos estudiantes consuman sin ningún tipo de prescripción [el metilfenidato], en función de la estimulación cognitiva y de la atención. Que quedé de cara, diciendo “¡mirá!” (E4, mujer, 44 años)

También, conforme mencionado antes, la película *Sin Límites* (Burguer, 2011) y el documental *Take your pills* (Klayman, 2018) han sido referidas en el trabajo de campo. Es interesante notar que, si bien en algunos casos estos materiales contribuyeron a la construcción de la demanda por estimulantes, en otros casos, las películas fueron vistas después del consumo. Asimismo, dichas películas lograron captar y reflejar las expectativas de sujetos anónimos, sugiriendo que esas expectativas mantienen raíces en una cultura que impulsa ese imaginario, aunque en la práctica no lo concrete. Como en el caso de Mateo:

Creo que en algún punto tenía el imaginario de esta película que se llama... En la que él toma unas pastillas y sale como súper inteligente. (...) *Sin Límite*. Pero la vi después, porque la película salió después. Y dije: ¡era eso! Pero no, obviamente no pasó. (E3, varón, 29 años)

Ya en el caso de Luana, la misma película fue vista antes de consumir modafinilo y sirvió como fuente de información, quizás incentivo al consumo:

Hay una película que se llama *Sin límite* que obviamente que está, sobre... De David Cooper. Antes de probar, yo miré la película. (Risas) Y claro, los efectos son súper exagerados, obviamente. Pero es tal cual. (E7, mujer, 25 años)

Así, si bien claramente las películas no son el único factor, se cuelan en el imaginario de los usuarios contribuyendo a la aceptación del medio farmacológico e incidiendo en la conformación de la demanda de psicofármacos para problemas de la vida cotidiana. Todo eso va convergiendo, como decía Luzmila, a la conformación de una especie de "club" - social, *underground*, abierto y a la vez iniciático - de usuarios de psicofármacos estimulantes (sobre todo modafinilo) del que uno se entera de cada vez más miembros que lo conforman. Con la acotación de que, conforme visto antes, sus actividades parecen practicarse en solitario.

5.4. Soy un cerebro, Watson²⁶

La última dimensión a señalar se refiere a la colonización del vocabulario de usuarios y usuarias por una gramática neurocientífica que intenta dar cuenta de cómo el sujeto, atravesado por la dimensión llamada por Ortega y Vidal (2007) de sujeto cerebral, se entiende a sí mismo, a su circunstancia vital y a los psicofármacos como alternativa factible a esta. En ese sentido, se observa que terminologías como "cerebro", "neurotransmisores", "neuronal", entre otras, emergen en los relatos y producen sentido respecto a las experiencias transitadas. Por ejemplo, en la siguiente cita de la entrevista a Pietra, el lenguaje cerebral es convocado a designar y delimitar un malestar en principio difuso:

Y cuando a la psiquiatra le dije esto es no solo que tengo sueño todo el día sino que no entiendo nada, que no conecto, que no sé qué, sino que de mañana no me puedo levantar. Y no es que me quede dormida. Es que estoy despierta en la cama y digo, tipo, uno, dos, tres, ahora... No, un ratito más. Y bueno, y ahí le planteé que aparte empezaba con los estudios de posgrado, entonces como que me, y esto, ¿qué me pasa? ¡Es como que se me abolló el cerebro, que no entiendo nada! (risas) (E4, mujer, 44 años)

En ese caso, se observa que Pietra recurre al cerebro dañado como metáfora para su malestar. Refleja así, en forma de chiste, lo que es según Vidal y Ortega (2017, p. 9) el presupuesto de diversas disciplinas y discursos de que la mente o el yo son en distintos grados reductibles a estados cerebrales, y asumen que la mente, junto con los productos de la acción humana, es lo que hace el cerebro y que somos esencialmente (aunque no exclusivamente) nuestros cerebros.

También se puede pensar la mención de Pietra al cerebro en relación a lo que Dumit (2003, p. 39) ha llamado "*objective-self*", o sea, el conjunto de actos que conciernen a nuestros cerebros y cuerpos derivados de los "hechos" que la ciencia y la medicina hacen llegar a los sujetos. Para Dumit, el "*objective-self*" consiste en la utilización de nociones, teorías y tendencias dadas por sentadas en relación a los cuerpos y cerebros que refiere a cómo uno es, para uno mismo y para la sociedad, un objeto de la ciencia y la medicina - en el caso de Pietra, de la psiquiatría. Según el autor, "saber" que tenemos un cerebro y que el cerebro es necesario para uno es un aspecto del "*objective-self*".

²⁶ " "But why not eat?" "Because the faculties become refined when you starve them. Why, surely, as a doctor, my dear Watson, you must admit that what your digestion gains in the way of blood supply is so much lost to the brain. I am a brain, Watson. The rest of me is a mere appendix. Therefore, it is the brain I must consider." ["Pero ¿por qué no come?" "Porque las facultades mentales se agudizan cuando se les hace pasar hambre. Bueno, sin duda, como médico, mi querido Watson, tendrá que admitir que lo que la digestión gana en riego sanguíneo lo pierde en la misma cantidad el cerebro. Soy un cerebro, Watson. El resto de mí es un mero apéndice. Por tanto, es el cerebro a lo que debo atender."] (Conan Doyle, 1921)

Cabe decir que Dumit tiene en cuenta que esos "hechos", entre la salida del laboratorio y el contacto con el público, transitan por canales específicos y pasan por modificaciones o "traducciones" en sus significados. Por ese motivo es que no se trata de esperar un uso riguroso de esa terminología por parte de los sujetos, una vez que estos se toman libertades a ejemplo del "cerebro abollado" de Pietra. Más bien, como propone Vrecko (2006, p. 300), es importante reflexionar acerca de las formas en que las teorías, tratamientos y explicaciones de las neurociencias están dando lugar a lo que podría considerarse una especie de "neurología popular" (*folk neurology*), en tanto opiniones y creencias que los legos tienen sobre su cerebro y que les sirven de base para explicar, predecir y gestionar a su vida y a la de los demás.

De acuerdo con Dumit (2003, pp. 44-45), el cerebro como "*objective-self*" mantiene una conexión fundamental con la identidad del sujeto. En ese sentido, cabe destacar de los relatos recogidos en el trabajo de campo una relación por momentos ambivalente entre los sujetos y sus sistema nervioso, oscilando entre momentos de identificación y enajenamiento. Por ejemplo, en relato de Felipe:

Yo, lo que busco es ese lugar en donde yo me siento yo. Donde realmente puedo florecer en salud. (...) Como que hay momentos en los que me siento cómodo con quien soy, pero por ejemplo, cuando estoy irritable, de mal humor, cuando soy impulsivo, cuando maltrato a alguien, cuando rompo algo contra el piso porque no funciona, no me siento yo. Siento como que estoy endemoniado, por decirlo de alguna manera. No entiendo de dónde sale eso, porque después lo sufro. Cuando vuelvo en mí, no... Porque yo no estoy de acuerdo con eso. Yo sé que no me gusta ser así, yo sé que no está bien. Pero de alguna manera, los chorros químicos que me salen de adentro, a veces me llevan a lugares que son ajenos. Que no sé, serán ancestrales, que no sé qué tipo de respuesta heredada, evolutiva, tengo ahí adentro. Pero bueno, ta. Yo ahora, en la vida que tengo, no necesito esa agresividad que de repente tengo adentro. No la necesito. No, no... Y a veces, si no estoy bien, me puede escapar, porque puedo llegar a maltratar a alguien y hablarle mal solo porque estoy de mal humor. Y ese no, no... No solo no me siento yo sino que no quiero ser así. (E15, varón, 42 años)

En la cita de Felipe, es interesante que para hablar de cuando "él se siente él", no es necesario el recurso al lenguaje cerebral, pero sí cuando "no se siente él". De esa forma, el psicofármaco representa una forma de restituir el sentimiento de autenticidad, controlando los "chorros químicos que salen de adentro". En línea con eso, Dumit (2003, p. 45) observa que, irónicamente, el "cerebro normal" es, por así decir, el que es pasivo y deja que el "yo real" hable a través de él, a la vez que el cerebro enfermo o entendido como no funcional, habla en lugar del sujeto, proporcionando expresiones como "era mi enfermedad la que

hablaba, no yo". Así, concluye el autor, el cerebro, aunque objetivo, es simultáneamente subjetivo, vivido por la persona tanto como contra la persona.

El trabajo de campo también muestra que otra utilización del vocabulario cerebral se produce con el objetivo de explicar el modo de acción de los psicofármacos. Por ejemplo, en el relato de Thiago:

Como que a mi [el modafinilo] me da un *plus* más de incentivo. De decir "pa, tengo que terminar esto, tengo que terminar esto" y bueno. Como que me engancha más a ese TOC, a esa obsesión de "lo tengo que terminar". Entonces, capaz que, no sé si toca, algo seguro toca, los transmisores arriba. Pero bueno, es como eso. Es como... Ahora que lo pienso, es como un estímulo intrínseco, que sale de adentro, y que va así, decir, bueno, ta... Puedo. Es como, no creerte más ni superior, pero es como que tenés otra... Ahí va. Otra energía creadora, o estímulo que te concentrás y vas. Vas, vas, vas. (E5, varón, 34 años)

En este fragmento, se observa que si bien la explicación del modo de acción del modafinilo convoca el lenguaje cerebral, este no es el único y convive con diferentes modelos explicativos. Se aprecia, así, tal como planteado por Vidal y Ortega (2017, 132), que las ideas neurocientíficas no transforman necesariamente de forma radical la comprensión de uno mismo, sino que se combinan con las percepciones existentes y a veces refuerzan las normas vigentes. En el caso de Thiago, el lenguaje neurocientífico se utiliza como otra lectura que no contradice sino que refuerza lo que él venía argumentando. De esa forma, se combina con otras explicaciones y metáforas que convergen en que, finalmente, lo que el estimulante hace es mover el sujeto a la acción. "Vas, vas, vas".

En ese sentido, Mantilla (2014, p. 87) sugiere que la importancia del poder retórico del lenguaje cerebral no radica en las explicaciones que se dan de lo que realmente hace el cerebro, sino en las formas en que el cerebro se configura como un *locus* de agencia multicausal y especialmente en el énfasis dado a su carácter enigmático, que contribuye a realizar una idea del cerebro como objeto misterioso pero posible de ser desvelado mediante la investigación científica. En el trabajo de campo, el relato de Thiago ese índice de indeterminación acerca del cerebro aparece como algo que el sujeto no entiende del todo pero que debe tener alguna participación o mérito en el buen resultado obtenido. Algo similar aparece en el relato de Benjamin:

[Respecto a cómo fue el proceso de discontinuación de la atomoxetina] Me empecé a dar cuenta que había cambiado algo en mí, que podía empezar a prescindir del fármaco, porque había encontrado la forma. Existe la posibilidad de que haya cambiado una vía neuronal, el fármaco, que la haya generado, que la haya fortificado, y eso también ha ayudado. Y bueno, descartarlo no lo puedo descartar, pero como en realidad tampoco hay un estudio que lo demuestre, creo que tiene

que ver igual más con el proceso de crecimiento que con el fármaco en si. (E14, varón, 29 años)

En ese caso, a diferencia del anterior, la explicación cerebral de la mejora del estado anímico aparece casi como algo que se da por sentado que se debe mencionar. Sin embargo, se constituye allí como una hipótesis de la cual el sujeto desconfía y cuestiona, en parte debido a la falta de lastro en estudios científicos. Ese argumento se encuentra también en el relato de Mateo. A la vez, mientras para Benjamin esta reflexión aparece *a posteriori* en relación al consumo, para Mateo constituye un factor en la decisión de discontinuar el consumo.

En realidad, [el uso del modafinilo] es algo que no sé si está estudiado a largo plazo qué efectos colaterales tiene. Pero me parece que no sería algo positivo, ¿no? Sobre todo porque no sabemos cómo... Yo no soy psiquiatra, no soy biólogo ni tampoco soy neurólogo. Pero si vos le ponés una sustancia durante muchos años al cerebro... El cerebro debe generar un sistema para empezar a funcionar. Si después se la sacás, ¿qué pasa?" (E3, varón, 29 años).

De esa forma, el relato de Mateo ejemplifica que el desconocimiento acerca del sistema nervioso y del impacto de los psicofármacos en su funcionamiento puede suscitar aprehensión. A eso se suma que, como destaca Mantilla (2014, p. 93), con la idea difundida de que "es más fácil proteger las neuronas sanas que reparar las enfermas", el discurso de la prevención se convierte en una característica central de ese lenguaje y permite a los neurocientíficos animar a la población "a proteger su cerebro para reducir el riesgo de deterioro cognitivo". En ese sentido, el consumo de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos ingresa a una zona de ambivalencia en la cual el saber experto adquiere relevancia en el imaginario de los sujetos. Como expresa Luana, "imagino que si te lo recetan es por algo y no para consumo de cualquier persona, porque algún efecto secundario tiene que tener", bajo el riesgo de que tras el consumo recurrente "el cerebro lo tenés frito". Así, el entendimiento del cerebro y de los efectos del fármaco en el mismo condiciona las formas como el sujeto acepta, rechaza o modifica el consumo de psicofármacos, ofreciendo un vocabulario científico para justificarlo. Preservar el cerebro, y por ende al sujeto, es el argumento central por lo cual Thiago sugiere que hace falta una "ética de consumo":

No todos tienen la misma ética que yo, o el mismo procedimiento que yo, entonces si me decís ahí, capaz que sí la restringiría [el acceso a la medicación]. Porque no todos piensan de la misma manera que yo en este autocontrol, ¿no? No sé si hace un efecto, o jode a la gente, o me está carcomiendo por adentro y me estoy quedando sin cerebro, no sé. (E5, varón, 34 años)

De esa forma, los resultados del trabajo de campo indican en los usuarios y usuarias entrevistadas la presencia de un lenguaje cerebral que no es inocente, en la medida en que, lejos de ser objetivo o natural, es mediado por la institución médica y científica además de los canales a través de los cuales llegan a los sujetos. A la vez, ese lenguaje es índice del desarrollo de una dimensión del sujeto usuario de psicofármacos en la actualidad atravesada por un entendimiento del malestar, del consumo y de sí propio a partir de ese lenguaje prestado y popular. Por eso, haciendo acuerdo con Vidal y Ortega (2007, p. 130), se considera que las metodologías que excluyen los factores contextuales resultan no tener en cuenta los objetos y procesos que pretenden estudiar, debido a que son intrínsecamente contextuales y por lo cual "cortex without context won't do" (corteza sin contexto no será suficiente).

6. Discusión

En los capítulos anteriores se abordó cómo el consumo de psicofármacos estimulantes para fines de mejoramiento cognitivo ha cobrado espacio en la actualidad. Se subrayó que ese consumo puede ser visualizado en el marco de movimientos subjetivos que se agencian de diferentes formas en sujetos singulares, productos y productores de narrativas específicas que al mismo tiempo que permiten entrever esas prácticas, las delinear, sostienen, reforman y reconstruyen. Luego, a partir de los resultados del trabajo de campo se profundizó en las experiencias subjetivas, encontrando múltiples formas de inserción de los psicofármacos estimulantes en el día a día de los sujetos y explorando el modo en que sostienen un funcionamiento social específico.

Esta tesis buscó trabajar con diferentes lecturas acerca del sujeto en la actualidad para mostrar que los sujetos se sirven pero no se reducen a esas lecturas. En ese sentido, hace acuerdo con Gonçalves (2016, p. 16), para quien la cuestión no pasa por pensar en cuánto somos captados por los discursos y prácticas, sino por los diferentes modos de articulación que establecemos desde ellos o más allá de ellos, porque es a partir de las diversas articulaciones que establecemos con entidades humanas y no humanas que nos convertimos en un cuerpo. Asimismo, este abordaje ha buscado reducir el riesgo de, como plantea Bielli, "aislar la reflexión teórica sobre el fenómeno de otros procesos más amplios y fundamentales de la vida social y cultural, como la generación de imágenes compartidas por el entramado social sobre el bienestar o los ideales sociales que orientan la conducta de los sujetos" (2016, p. 39).

Las entrevistas realizadas advierten que el uso de psicofármacos estimulantes como mejoradores cognitivos no se explica por la mera necesidad biológica, sino que se inserta en el cotidiano de los sujetos a través de una serie de narrativas lógicas que hacen lugar al fármaco como respuesta a la demanda por performance. Eso se conecta al planteo de Bielli de que el crecimiento de la industria farmacéutica a nivel global ha convertido a los medicamentos "no solo en un elemento central de las prácticas médicas y de curación sino también un elemento dinamizador y orientador de prácticas sociales y culturales más amplias" (2016, p. 28). De esa forma, lo que se ha visualizado es que no solo la demanda por performance impulsa las prácticas de mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos estimulantes, sino que la emergencia de las prácticas de mejoramiento cognitivo ha dinamizado y orientado la performance académica y laboral, sosteniendo ideales de otra forma irrealizables.

La delimitación del mejoramiento cognitivo como campo de estudio suscitó en el trabajo de campo una inquietud acerca de sus límites definidos en contraposición a la noción de tratamiento. Lo que se encontró es que las narrativas tanto de quienes relataron haber

transitado una consulta médica y un diagnóstico de TDAH para dar inicio al consumo, como de quienes no pasaron por esas experiencias mantenían ineludibles similitudes. En ese sentido, se percibe que la consistencia de los diagnósticos, tal como la frontera entre lo que se considera tratamiento o mejoramiento cognitivo, constituye un campo de controversias y disputas. El mismo Frances (2013, pp. 18-19), quien dirigió el grupo de trabajo que elaboró el DSM IV (APA, 1994), admite que la normalidad no tiene un significado universal, no puede nunca definirse con precisión y depende en gran medida "de los ojos del que mira y cambia según el momento, el lugar y la cultura". Así puede ser que, como señalan Brukamp y Gross (2012, p. 41), el concepto de mejoramiento resulta impreciso porque también la noción de enfermedad es discutida en la medicina. O, como proponen Neves et al. (2021, p. 123), tal vez estemos acompañando un proceso de emancipación del paradigma salud/enfermedad por parte de la psiquiatría - emancipación que resulta corta, si es que desemboca en un *enhancement* cuyos objetivos pasan a ser definidos por criterios de mercado. De esa forma, se deja margen a lo que Frances llama "modas psiquiátricas" en las que, como reza el epígrafe de uno de los capítulos de su libro, "antes del quebrantamiento es la soberbia"²⁷. Para Frances, el TDAH adulto constituye una posible moda psiquiátrica del futuro una vez que "el fácil acceso al TDAH adulto propuesto por el DSM V diagnosticará erróneamente a muchas personas normales insatisfechas con su capacidad de concentración y de trabajo" (2013, p. 203).

Por otro lado, los casos en que el diagnóstico de TDAH se hizo presente suscitan la pregunta acerca de qué rol cumple el diagnóstico para los sujetos, y por qué resulta necesario en algunos casos. En ese sentido, lo que se observó es que el diagnóstico opera no solo como medio para la obtención del medicamento, realizado mediante receta médica en Uruguay hoy, sino que es posible que contenga cierto componente, fundamentalmente moral, de habilitación del consumo. En ese sentido cabe tener en cuenta, como destaca Coveney (2010, pp. 284-285), que a menudo la idea de mejoramiento cognitivo es problematizada, deconstruida y debatida por la neuroética, mientras que su contraparte, la terapia, permanece incuestionada. Por eso, para ella, comprender y debatir el uso de nuevas neurotecnologías dentro de una dicotomía terapia-mejoramiento es insuficiente e inadecuado, y en su lugar hay que tener en cuenta las múltiples formas en que el consumo de drogas y los usuarios pueden configurarse en diferentes dominios de la vida social. Su posición concuerda con Schermer y Bolt (2011, p. 187), quienes proponen que la cuestión no debe ser si es correcto o no llamar al TDAH trastorno mental o variación de lo normal, pero sí qué tan deseable es que se lo construya de cualquiera de las dos maneras. Los autores sugieren preguntarse qué efectos - sociales, políticos, morales - tiene cada una de las dos opciones, y qué diferencia es promovida por ese cambio en los términos. Lo que se

²⁷ Proverbios 16:18.

observó en esta investigación es que adherir a la terminología diagnóstica permite a los sujetos enmarcar el consumo en cierta legalidad, tanto para acceder al fármaco como para evitar la culpa y el juicio moral en relación a sus decisiones de salud; en contrapartida, el sujeto paga por esa legalidad con reconocerse como portador de un trastorno a partir del acto diagnóstico. Por otro lado, los sujetos que optan por automedicarse preservan su integridad al precio de la duda acerca de la legitimidad de sus decisiones de consumo. Lo que muchos de ellos desconocen es que el modo de acción de los psicofármacos se mantiene como una incógnita hasta el momento incluso para estudiosos del área.

Los resultados de la investigación apuntan a un rol protagónico reclamado por los sujetos en relación a sus decisiones de salud, prescindiendo de la opinión profesional en varios de los entrevistados o, en otros casos, trabajando en conjunto con el consejo del médico, ajustándolo, singularizándose en cuanto sujeto en las modificaciones introducidas en ese consejo. Esa observación puede ser entendida en el marco del crecimiento desde los años 1960 del *patient empowerment* o "empoderamiento del paciente" (Roberts, 1999), concepto que implica una redistribución del poder entre médicos y pacientes pasando éstos últimos a hacerse cargo de su salud y de sus interacciones con el médico, al paso que abandonan el modelo del "rol de enfermo" (*sick role*) en que pasivamente "se ponían en manos del médico" (Roberts, 1999, p. 82). Si bien las entrevistas realizadas en el trabajo de campo incluyen pero no se detienen exclusivamente en personas que han sido atendidas por psiquiatras - o sea, "pacientes" propiamente dichos - sí reflejan esa independencia progresiva del consejo médico hasta un extremo de, en varios casos, prescindir de ello. Por otro lado, la instrumentalización de pacientes como vehículos de *marketing online* para influenciar en las decisiones de consumo de otros pacientes lleva a indagar acerca de las difusas fronteras entre empoderamiento y engaño (Willis y Delbaere, 2022), una vez que, parafraseando a Jenkins, en la práctica somos todos *selves* atravesados por el *marketing* farmacéutico en un sentido cultural que apenas reconocemos. A eso se suma que, como plantean Mano y Morgan (2022), entre el aumento de la telemedicina, las redes sociales, el empoderamiento del paciente y el *burnout* del cuerpo médico, el campo de la atención en salud se encuentra en búsqueda de un terreno intermedio.

¿Qué implican esos hallazgos para el campo de la psicología clínica?

Una primer discusión concierne al lugar de la psicopatología en nuestras prácticas, no solo porque coagula el sujeto - y retomando a Le Gaufey (2010, p. 134), "inmovilizado, no es más sujeto" - sino porque está siempre desfasada en relación a sujetos singulares, atravesados por escenarios políticos, sociales y económicos en constante cambio. Como afirma Lakoff (2005, p. 2), debido a que la experiencia del malestar interactúa dinámicamente con las formas en que los expertos lo reconocen y lo nombran, el diagnóstico es un blanco móvil. Sin ir más lejos, ¿qué será del futuro de la psicopatología si

incluso su socia histórica, la psicofarmacología, pasa a prescindir de ella, como sugiere el crecimiento de las prácticas de mejoramiento cognitivo detectada por los autores del área? Al mismo tiempo que parece difícil que la psicopatología se extinga, se hace inevitable una revisión radical de sus preceptos.

Una segunda discusión se refiere a la relación entre profesionales de la psicología y los sujetos que consultan. Conforme abordado antes, los resultados del trabajo de campo arrojan que la asimetría en el tratamiento médico es cada vez más cuestionada, lo cual permite indagar cómo eso se puede reflejar, en el presente o en el futuro, en el tratamiento psicológico. En ese sentido, el manejo de estos aspectos dependerá en gran medida del marco teórico según el cual cada profesional se orienta en la clínica. Desde la perspectiva psicoanalítica, es posible pensar que Lacan se adelantó a esa problemática al dejar a un costado los significantes "analizado" y "paciente" para pasar a hablar de "analizante", como sujeto que abandona una postura pasiva en su análisis, como puede sugerir el término paciente, convirtiéndose en alguien cuya actitud es activa en el uso de la palabra, haciéndose agente de su propio discurso, condición que le implica como responsable de la narración, elaboración y resignificación de su historia (Lautenchlager, 2020, p. 138). A la vez, el cuestionamiento de la asimetría reenciende el debate sobre el lugar del analista y de no dejarnos intimidar por el hecho de que estamos "juntos en la chimenea" (Leff, 2008).

Finalmente, una tercera discusión tiene que ver con en qué medida el tratamiento psicológico se tensiona con el campo del *enhancement* para servir al mismo objetivo adaptativo de los psicofármacos estimulantes - es decir, cuando el tratamiento psicológico adhiere y refuerza los mismos objetivos neoliberales que atraviesan el consumo de psicofármacos estimulantes y que, prometiéndolo la felicidad, infunden sufrimiento a los sujetos. En ese sentido, Braidotti (2020, p. 165) propone una ética afirmativa en el marco de la cual el reto consiste en abrir nuevos caminos alternativos para pensar en qué tipo de humanos estamos en proceso de devenir: "nosotros", que no somos uno y lo mismo, pero estamos, sin embargo, en *esta* convergencia posthumana juntos. Así, el desafío es continuar mapeando la red por la cual el sujeto se desplaza sin dejar de escuchar la novedad de cada sujeto, recordando que los y las psicólogas también formamos parte de esa red no solo como profesionales pero también como sujetos²⁸.

²⁸ Cabe recordar que 6 de las 15 personas entrevistadas en el trabajo de campo se encontraban vinculadas al campo de la psicología como profesionales o estudiantes.

7. Conclusiones

Esta tesis buscó contribuir a echar luz sobre algunas líneas por las cuales los sujetos se conforman y se desplazan, de forma de ampliar la escucha de los malestares actuales. Asimismo, intentó permitir una aproximación a la "vida secreta" de los psicofármacos más allá de la imagen de "medicamento ético en la consulta médica y remedio legítimo en el botiquín familiar" (Lovell, 2006, p.155). Del trabajo realizado se desprenden tres conclusiones principales. La primera refiere a una tendencia de las condiciones de estudio y trabajo a convertirse en una exigencia excesiva, llevando a que los sujetos busquen desempeños extraordinarios a través de medidas que conllevan riesgo a su integridad. En ese sentido, los relatos recogidos en las entrevistas reflejan los análisis de diversos autores que apuntan a las consecuencias del neoliberalismo en la subjetividad. De esa forma, resulta imperioso que esa dimensión sea reconocida y debatida. A la vez, es importante tener en cuenta que, como ha señalado Deleuze (1990[2006], p. 2), el control no se ejerce externamente, como en las sociedades disciplinarias, sino que se afianza en los deseos de los sujetos. Por ese motivo, es posible que no baste con reconocer la precariedad de las condiciones de trabajo y estudio si no se tiene en cuenta la profunda implicación de los sujetos en sostener esas prácticas.

La segunda conclusión es que los psicofármacos se han constituido en una solución demasiado factible. La disponibilidad de psicofármacos se hizo evidente en el trabajo de campo más allá de los mecanismos de control de la venta determinados por las políticas públicas. Además, se detectó que los sujetos no sólo aceptan los métodos farmacológicos sino que también los buscan activamente, indicando un profundo nivel de atravesamiento de lo farmacéutico. Así, quizás la tarea hoy incluya (sin reducirse a) desnaturalizar la solución farmacológica, pero para eso habrá que preguntarnos cómo hacer frente al "encanto de los medicamentos" (Van Der Geest y Whyte, 2011).

La tercera conclusión es que el uso de psicofármacos estimulantes en ocasiones ha oficiado de sostén a las exigencias de las condiciones de trabajo y estudio actuales. La cuestión a destacar aquí es que si no se discuten esas condiciones y las lógicas que las apuntalan, centrando el debate tan solo en la crítica a los psicofármacos, es probable que otra cosa ocupe su lugar. En el campo de la psicología clínica, las amplias variaciones entre marcos teóricos inspiran diferentes reflexiones. El anhelo adaptativo de la *ego psychology* (Hartmann, 1939[1960]) ha sido muy criticado por autores como por ejemplo Parker (2009). Eso difiere diametralmente de otra línea de psicoanálisis que reconoce en el deseo su

carácter indestructible²⁹, al cual Allouch propone llamar "sublevación" y que la terapéutica psiquiátrica busca sofocar (Melenotte, 2016). A la vez, toda sublevación tiene su precio:

Llevado al extremo, no hay sublevación que no elija la muerte en lugar de la muerte. La muerte del que se levanta sobre las barricadas y cae sobre las balas, en lugar de la muerte del que vegeta y se pudre en su sometimiento. Morir sublevado en lugar de morir esclavo bajo la ley del amo. Morir libre en lugar de morir en el confort de sus cadenas. (p. 9)

Como concluye Melenotte, "a esta cara oculta y silenciosa de la locura, cada uno de nosotros puede darle alcance, en la medida en que su propio análisis resulte ser una sublevación que le da acceso a su libertad" (2016, p. 18).

Interesa luego puntualizar algunas impresiones generales suscitadas a lo largo de la elaboración de este trabajo. La primera de ellas es situar el interés que suscita el mejoramiento cognitivo y la importancia de una discusión adecuada. Todo el recorrido entre la postulación de este proyecto hasta la escritura de esta tesis, pasando por la presentación del tema en clases, congresos y conversaciones informales, deja la impresión de un amplio interés en ese tipo de consumo, al borde de inspirar el cuidado de que la difusión de este trabajo no fuera entendida como publicidad de esas prácticas. Considero un hecho y no cuestiono que las personas en general deseen mejorar cognitivamente, de eso se trata la historia humana; el campo de estudio denominado "mejoramiento cognitivo" presenta así cierto atractivo desde un principio. Ahora bien, el hecho de que algunos psicofármacos se hayan promocionado, aunque informalmente, como "mejoradores cognitivos" flirtea con ese deseo ancestral de una forma que no está exenta de riesgos, sean ellos los efectos indeseados de la medicación o las consecuencias individuales y colectivas de sostener ciertas prácticas de estudio y trabajo a través del uso de estos fármacos. Así, la forma de comunicar el tema importa para no alimentar ilusiones en cuanto a una solución mágica para problemas cotidianos. En ese sentido, es importante generar y comunicar datos confiables acerca de los beneficios y de los riesgos del uso de psicofármacos estimulantes. Debido a que tanto la bibliografía consultada como el trabajo de campo arrojan que una porción importante de los usuarios utilizan canales no oficiales para recaudar informaciones que incidirán en las decisiones de consumo, es fundamental repensar los medios a través de los cuales hacer llegar información confiable a potenciales usuarios y usuarias, así como hacerlos partícipes de los debates en el área. A la vez, es posible que esa discusión deba

²⁹ Al final de *La interpretación de los sueños*, Freud hace mención al carácter indestructible del deseo. La frase en alemán es la siguiente: "Aber diese vom Traümer für gegenwärtig genommene Zukunft ist durch den unzerstörbaren Wunsch zum Ebenbild jener Vergangenheit gestaltet." Traducción al español: "[...] pero este futuro que al soñante le parece presente es creado a imagen y semejanza de aquel pasado por el deseo indestructible. (Melenotte, 2016, pp. 1-2)

extenderse al ámbito del personal de salud, una vez que, según el trabajo de campo, los estimulantes consumidos provienen fundamentalmente de ellos y no de un mercado paralelo ilegal. Se trata de una oportunidad a no desperdiciar, teniendo en cuenta que a futuro se puede desarrollar un mercado ilegal y quitar efectividad a esa posibilidad.

La segunda puntualización tiene que ver con haber percibido que el mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos estimulantes no es una práctica nueva, como dan a entender muchos medios e incluso antecedentes de investigación relevados. De hecho, como muestra la experiencia con la cocaína y las anfetaminas, se trata de una práctica que en mayor o menor grado, con más o menos visibilidad, estuvo presente todo el tiempo, incluso antes de la revolución psicofarmacológica de los años 1950. Desde cierta perspectiva, es posible que el deseo de mejorar haya impulsado la psicofarmacología tanto como el empuje de tratar trastornos mentales. El hecho de que adquiera matices anclados en el estilo de vida actual no quita que lo hayamos hecho de diferentes formas, en ciclos que van, como refiere Rasmussen (2008), del entusiasmo excesivo a la desilusión y luego a la reevaluación racional acerca del lugar de un medicamento. Sin embargo, para el público general, los medios e incluso algunos investigadores, el planteo de la "novedad" del uso de estimulantes como mejoradores cognitivos no es solo algo ingenuo, sino que habla de un punto ciego en nuestras experiencias colectivas no tan distantes en el tiempo. ¿Por qué? Una hipótesis es, retomando a Foucault (1976 [2007]) en *La Historia de la Sexualidad*, que le haya pasado al consumo de sustancias algo similar a lo que le pasó al sexo, generando un "dispositivo de consumo de sustancias" (en analogía al "dispositivo de sexualidad" planteado por Foucault) que dicta qué, cómo, cuándo y dónde se debe consumir y reprime todo lo demás, aunque eso no impida que estas formas menos validadas de consumo de sustancias encuentren la forma de existir, más o menos clandestinamente. Así, se discrimina entre psicofármacos y drogas ilegales, se instrumentaliza un control mediante la receta, se definen criterios diagnósticos en los manuales psiquiátricos y se encarga a los médicos decidir quienes sí y quienes no. Lo que muestra esta investigación son algunas formas en que ese estructurado sistema técnico-político es puesto en cuestión.

La tercera puntualización tiene que ver con la perspectiva de la psicología clínica y abre a la reflexión acerca de cómo esas dinámicas llegan a la consulta y a la vez nos hacen partícipes de las mismas. ¿Cómo lidiar con la demanda neoliberal por productividad, de la cual no nos ahorra la cultura y nos exige resultados pre definidos y rápidos? ¿Qué lugar se da a los tiempos del sujeto, por aquellos que consultan y por los profesionales que los atienden? ¿Cómo disociar la solución del reconocimiento de la problemática, y evitar recaer en un solipsismo análogo al del psicofármaco? La crítica al mejoramiento cognitivo a través de psicofármacos estimulantes resulta insuficiente si no se cuestiona el marco cultural que lo propicia sintomáticamente. Si bien como escribió Aristóteles (2001, p. 60) "una sola

golondrina no hace verano", a lo mejor podrá ser semilla de pequeñas revoluciones personales que transformen su lugar subjetivamente delineado. A la vez, una psicología clínica que no busque simplemente devolver un sujeto adaptado es potencialmente revolucionaria. Siguiendo a Foucault (1979, citado en Melenotte, 2016):

Nos hace falta cambiar, por supuesto, de régimen, y desembarazarnos de ese hombre, nos hace falta cambiar ese personal corrupto, nos hace falta cambiar todo en el país, la organización política, el sistema económico, la política extranjera. Pero sobre todo, hace falta que cambiemos nosotros mismos. Es necesario que nuestra manera de ser, nuestra relación con los otros, con las cosas, con la eternidad, con dios, etc., sean completamente cambiadas, y no habrá revolución real más que a condición de ese cambio radical en nuestra experiencia. (p. 13)

En cuanto a los límites de esta investigación, es pertinente recordar que el valor de lo acá abordado no se vincula a su valor estadístico, pero sí a lo que se pueda contribuir a ampliar la escucha de esta problemática. Considerando que la tarea esencial de la clínica es escuchar, se espera que esa contribución pueda ser de utilidad. Una limitación son los sesgos derivados de la técnica de "bola de nieve" de reclutamiento de entrevistados, una vez que el hecho de que el acceso se haya dado a través de contactos personales conlleva el riesgo de generar muestras demasiado homogéneas. Un posible sesgo de la muestra refiere a que casi la mitad de las entrevistas se realizaron a personas vinculadas al ámbito de la psicología, aunque con diferentes trayectorias. Asimismo, no se logró entrevistar a personas jubiladas en cuanto a sus experiencias, por lo cual la muestra está compuesta fundamentalmente por personas en edad laboral. Tampoco se llegó a entrevistar a personas de sectores sociales vulnerables, lo cual suscita la pregunta si es que esas prácticas existen en esos sectores y si sí, qué diferencias mantienen con los sectores investigados.

Algunas líneas sugeridas para futuras investigaciones pueden comprender el estudio del uso de estimulantes en personas mayores, la cual quizás pueda además arrojar ideas interesantes acerca de la dimensión histórica de la temática. Otra línea posible puede comprender el uso en personal médico, referida repetidamente como intensa. También, se sugiere profundizar en las cuestiones de género presentes en esas prácticas que, al no haber sido indagadas directamente, apenas se dejaron entrever en esta investigación; sin embargo, parecen apuntar a dimensiones muy distintas, por ejemplo, a la feminización observada en el consumo de benzodiazepinas (por ej. Metzl, 2003; López y Sáenz, 2020) y antidepresivos (por ej. Kramer, 1993; Grow et al., 2006; Gardner, 2007). Sin lugar a dudas, las promesas y los impases acerca del mejoramiento cognitivo mantienen a ese campo floreciente, en abierto y en movimiento.

Referencias Bibliográficas

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603–622. <https://doi.org/10.1177%2F0038038510369368>
- Acevedo, M., Arango, L., Blandón, L., Carmona, D., Castaño, J., Castro, B., Serna, J., Trujillo, K., Arangó, C. (2009) Consumo de anfetaminas, para mejorar rendimiento académico, en estudiantes de la universidad de Manizales, 2008. *Archivos de Medicina (Colombia)*, 9(1), 43-57.
- Achamallah, N. (2011) Psychotropic Medications and Direct-to-Consumer Advertising: Informative or Irresponsible? *Journal of Ethics in Mental Health*, 6.
- Agamben, G. (2011) ¿Qué es lo contemporáneo? En *Agamben, G. Desnudez (pp. 17-30)*. Adriana Hidalgo Editora.
- Alarcón, N., Obando, G., Vivallo, A., Sotomayor, C. (2010) Consumo de Psicotrópicos en la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. *ANACEM*, 4(1), 23-31.
- American Psychology Association [APA] (s/f) Culture-bound syndrome. En: *APA Dictionary of Psychology*. Recuperado en 19 de mayo de 2022 de <https://dictionary.apa.org/culture-bound-syndrome>
- Andreu, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Centro de Estudios Andaluces*, pp. 1-34. Recuperado en 1 de setiembre de 2022 de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão: O novo proletariado de serviço na era digital*. Boitempo.
- American Psychiatry Association (APA, 1994). *DSM IV*. APA.
- American Psychiatry Association (APA, 2013). *DSM V*. APA.
- Aristóteles (2001) *Ética a Nicómano*. Alianza Editorial.
- Augusto, F. (2020) Aprimoramento Cognitivo e Concurseiros: Um estudo etnográfico sobre o sujeito do desempenho em Vitória/ES [Tesis de Maestría, Universidade de Vila Velha]. Repositorio Institucional - Universidade de Vila Velha. <https://repositorio.uvv.br/handle/123456789/502>
- Bailador, P., Bonilla, C., Delfino, A., Costa, G. y Dajas, F. (1996). La adaptabilidad noradrenérgica en el diagnóstico del déficit atencional en niños de edad escolar. *Revista de Medicina del Uruguay*, 12, 20-27.
- Barros, D. (2014) *Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção* [Tesis Doctoral, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

- Batistela, S. (2011) Efeitos da administração aguda de diferentes doses do metilfenidato sobre a cognição de jovens saudáveis [Tesis de maestría, Universidade Federal de São Paulo].
- Bekinschtein, P. (2018) *100% cerebro*. Argentina: Penguin Random House.
- Benson, K., Flory, K., Humphreys, K. y Lee, S. (2015) Misuse of Stimulant Medication Among College Students: A Comprehensive Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 50–76. doi:10.1007/s10567-014-0177-z
- Bentham, J. (1781 [2000]). *An Introduction to the Principles of the Morals and Legislation*. Batoche Books Kitchener.
- Bickford, A. (2000) The Superman Solution: Supersoldiers and superheroes in the United States military. *Anthropology Today*, 36(5), pp. 14-17. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12605>
- Biehl, J., Good, B., Kleinman, A. (2007). *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. University of California Press.
- Bielli, A. (2016). Los estudios farmacéuticos: alcances y limitaciones de un campo de indagación emergente. *TRILOGÍA Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 8(13), 27-42.
- Bitancur, E., Lessa, C., Viola, L. (2015). Repercusión del metilfenidato en el perfil de reconocimiento de las expresiones faciales de emociones en escolares con TDAH. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(2), 110-121.
- Bloomfield, B., Dale, K. (2015). 'Fit for Work?: Redefining 'Normal' and 'Extreme' Through Human Enhancement Technologies'. *Organization*, 22(4), pp. 552-569. <https://doi.org/10.1177/1350508415572507>
- Bradley, C. (1937) The behavior of children receiving benzedrine. *The American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Braidotti, R. (2015). *Lo Posthumano*. Gedisa Editorial.
- Braidotti, R. (2020). *El Conocimiento Posthumano*. Gedisa Editorial.
- Brukamp, K., Gross, D. (2012) Neuroenhancement – A Controversial Topic in Contemporary Medical Ethics. En: *Clark (Ed.) Contemporary Issues in Bioethics* (pp. 39-50). ISBN: 978-953-51-0169-7.
- Brumboiu, I., Porrovecchio, A., Peze, T., Hurdiel, R., Cazacu, I., Mogosan, C., Ladner, J., Tavalacci, M. (2021). Neuroenhancement in French and Romanian University Students, Motivations and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3380. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph18083880>
- Burger, N. [Director] (2011) *Sin Límites* [Película]. Relativity Media.

- Butler, J. (2014). Reflections on Ethics, Destructiveness, and Life: Rosi Braidotti and the Posthuman. En B. Blaagaard, B. & I. Van der Tuin (eds), *The Subject of Rosi Braidotti* (pp. 21-28). Bloomsbury Academic.
- Byung-Chul Han (2012). *La Sociedad del Cansacio*. Herder.
- Caliman, L. (2006) A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito moral desatento [Tesis Doctoral, Universidade do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/4614>
- Caliman, L., Rodrigues, P. (2014) A Experiência do uso de Metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. *Psicologia em Estudo*, 19(1), pp. 125-134. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372218770012>
- Campos, P., Awelino, J., Romanichen, F. (2020) Uso Indiscriminado de Ritalina® por estudantes universitários do Norte do Paraná, Brasil. *Brazilian Journal of Health*, 3(5), 14690-14696. DOI: 10.34119/bjhrv3n5-262
- Cassidy, A. (2019, 26 junio). El empresario que gastó más de US\$1 millón para vivir 180 años (y sus excéntricos experimentos para conseguirlo). *BBC*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-48763533>
- Catenaccio, V. (2016) Riesgo cardiovascular de fármacos psico-estimulantes en el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *Boletín del Departamento de Farmacología y Terapéutica del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela*, 7(1).
- Celebrating a decade of progress (1999). *Nature Neuroscience*, 2(6), 487. DOI: 10.1038/9131. https://www.nature.com/articles/nn0699_487.pdf
- Center for Disease Control and Prevention (2022, 17 marzo) *Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States*. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm
- Coli, A., Silva, M., Nakasu, M. (2016) Uso Não Prescrito de Metilfenidato entre Estudantes de uma Faculdade de Medicina do Sul de Minas Gerais. *Revista Ciências em Saúde*, 6(3), 121-132. <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v6i3.582>
- Connan Doyle, A. (1921) The Adventure of the Mazarin Stone. *The Strand Magazine*. Recuperado: https://www.dfw-sherlock.org/uploads/3/7/3/8/37380505/1921_october_the_adventure_of_the_mazarin_stone.pdf
- Coulon, I. (2022) We should all be sleeping. Sueño y poder en el siglo XXI. [Tesis de maestría, Universidad de Oviedo]. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/64106>

- Coveney, C. (2010) *Awakening Expectations: exploring social and ethical issues surrounding the medical and non-medical uses of cognition enhancing drugs in the UK* [Tesis Doctoral]. The University of Nottingham.
- Dannemann, V. (2021, 30 julio). Legalizar la Cocaína: América Latina lidera el debate. *Deutsche Welle*.
<https://www.dw.com/es/legalizar-la-coca%C3%ADna-am%C3%A9rica-latina-lidera-el-debate/a-58710822>
- Dardot, C., Laval, P. (2013). *La Nueva Razón del Mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Gedisa Editorial.
- Decreto 454/976 (1976). Lista de Psicofármacos. *IMPO*.
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/454-1976/114>
- Deleuze, G. (1990[2006]). Post-scriptum sobre las sociedades de control. *Polis [en línea]*, 13.
- Departamento de Defensa de Estados Unidos (s/f) Repositorio de informes técnicos. Recuperado en 7 setiembre 2018 de <https://search.usa.gov/search?affiliate=dtic.all>
- DeSantis, A., Webb, E., Noar, S. (2008). Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: a multimethodological approach. *Journal of American College Health*, 57(3), 315-324. <https://doi.org/10.3200/jach.57.3.315-324>
- Díez, L. M. (2017) La Rutina. *Tropelías. Revista de Teoría de la Literatura y Literatura Comparada*, 1.
- Donassolo, T. (2016) Uso de metilfenidato entre estudantes de cursos preparatórios para concursos públicos e sua associação com o indicativo de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade [Tesis de Maestría, Universidad Católica de Pelotas].
- Dryden-Edwards, R. (s/f) Cocaine Abuse (Addiction). *Emedicinehealth*. Recuperado en 16 mayo 2022 de https://www.emedicinehealth.com/cocaine_abuse/article_em.htm
- Duffau, G. (2010) Consumo de elementos energéticos por estudiante de pre y postítulo. *Revista Pediatría Electrónica*, 10(1), pp. 2-3.
- Dummit, J. (2003) Is It Me or My Brain? Depression and Neuroscientific Facts. *Journal of Medical Humanities*, 24(1-2), 35-47.
- Dumit, J., Greenslit, N. (2006). Informed Health and Ethical Identity Management. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30, 127-134.
- Dupont, R., Coleman, J., Bucher, R. y Wilford, B. (2008). Characteristics and motives of college students who engage in nonmedical use of methylphenidate. *The American Journal on Addictions*, 17(3), 167-171. <https://doi.org/10.1080/10550490802019642>
- Eickenhorst, P., Vitzthum, K., Klapp, B., Groneberg, D., Mache, S. (2012). Neuroenhancement Among German University Students: Motives, Expectations, and Relationship with Psychoactive Lifestyle Drugs. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(5), 418–427. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.736845>

- Soldados franceses tomaron medicamento prohibido en la guerra del Golfo (2011, 11 abril). *El Observador*.
<https://www.elobservador.com.uy/nota/soldados-franceses-tomaron-medicamento-prohibido-en-guerra-del-golfo-20114111910>
- Elliott, C. (2007). The Tyranny of Happiness: Ethics and cosmetic psychopharmacology. En E. Parens (Ed.), *Enhancing Human Traits: Ethical and social implications* (pp. 177-188). Georgetown University Press.
- Emanuel, R., Frelsen, S., Kashima, K., Sanguino, S., Sierles, F., Lazarus, C. (2013). Cognitive enhancement drug use among future physicians: findings from a multi-institutional census of medical students. *Journal of General Internal Medicine*, 28(8), 1028-1034. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2249-4>
- Farmanuario (s/). Consulta de principios activos. <https://farmanuario.com/>
- Fernandez Romar, J. (2000) "Droga" ¿de qué hablamos? *Relaciones*, 197. Recuperado: <http://www.chasque.net/frontpage/relacion/0010/drogas.htm>
- Ferreira, D. (2020, 11 setiembre) La yerba mate resiste la distancia física con ventas y consumidores fieles. *El País*.
<https://www.elpais.com.uy/el-empresario/yerba-mate-resiste-distancia-fisica-ventas-consumidores-fieles.html>
- Flanigan, J. (2017). *Pharmaceutical Freedom*. Oxford University Press.
- Foer, J. (10 mayo 2005) The Adderall Me. *Revista Slate*. Recuperado en 17 octubre 2021 de <https://slate.com/technology/2005/05/my-romance-with-adhd-meds.html>
- Foucault, M. (1976 [2007]). *La Historia de la Sexualidad I: La Voluntad de Saber*. Siglo XXI.
- Frances, A. (2013) *Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Ariel.
- Franke, A.; Bagusat, C.; Dietz, P.; Hoffmann, I.; Simon, P.; Ulrich, R., Lieb, K. (2013) Use of illicit and prescription drugs for cognitive or mood enhancement among surgeons. *BMC Medicine*, 11(102). doi:10.1186/1741-7015-11-102
- Franke, A., Koller, G., Krause, D., Proebstl, L., Kamp, F., Pogarell, O., Jebrini, T., Manz, K., Chrobok, A., Soyka, M. (2021) Just "Like Coffee" or Neuroenhancement by Stimulants? *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.640154>
- Freud, S. (1884 [2004]). Uber Coca. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 26-1, pp. 100-126. Recuperado de https://appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista26_uber_coca.pdf
- Future Frontiers (2015) How I Made My Mind My Bitch (Or, How To Hack Your Effectiveness) (Dave Asprey) [Archivo de Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=-Osa9Yil6R0>

- Fukuyama, F. (2002). *Our Posthuman Future: Consequences of the biotechnology revolution*. Farrar, Straus and Giroux.
- Gabe, J., Bury, M. (1996). Halcion Nights: Sociological accounts of a medical controversy. *Sociology*, 30(3), 447-469. <https://doi.org/10.1177%2F0038038596030003003>
- Gardner, P. (2007) Re-gendering Depression: Risk, Web, Health Campaigns, and the Feminized Pharmaco-Subject. *Canadian Journal of Communication*, 32, pp. 537-555.
- Gold, A. (2010). Alumnos desatentos, inquietos... ¿Qué les pasa? ¿Cómo ayudarlos? *Uruguay Ciencia*, 4-8. <https://www.uruguay-ciencia.com/articulos/UC9/TDAHporArielGoldUCN9.pdf>
- Gonçalves, C. (2016) *Sobre o consumo de medicamentos para aprimoramento da performance cognitiva: cartografando controversias, seguindo os atores e tecendo a rede* [Tesis de maestría, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. <http://objdig.ufrj.br/30/teses/839197.pdf>
- Grow, J., Park, J., Han, X. (2006) "Your Life is Waiting!": Symbolic Meanings in Direct-to-Consumer Antidepressant Advertising. *Journal of Communication Inquiry*, 30(2), pp. 163-188.
- Habibzadeh, A., Alizadeh, M., Malek, A., Maghbooli, L., Shoja, M., Ghabili, K. (2011). Illicit methylphenidate use among Iranian medical students: prevalence and knowledge. *Drug Design, Development and Therapy*, 5, 71-76. <https://dx.doi.org/10.2147%2FDDDT.S13818>
- Hartmann, H. (1939[1960]). *The Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. International University Press.
- Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. University of California Press.
- Healy, D. (10 julio 2019). Kramer v Kramer. *David Healy*. Recuperado en 5 diciembre 2021 de <<https://davidhealy.org/kramer-v-kramer/>>
- HMS Center for Bioethics (14 mayo 2015) *Hacking the Brain: Neuroenhancement with Noninvasive Brain Stimulation* [Archivo de Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=IFDyYtPou_U
- Holland, K. (2020) 9 Celebrities with ADHD. *Healthline*. Recuperado en 3 diciembre 2021 de <https://www.healthline.com/health/adhd/celebrities>
- Jagger, M., Richards, K. (1966). Mother's Little Helper [canción]. En *Aftermath*. Decca Records.
- Jenkins, J. (2011). *Pharmaceutical Self: The global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. School for Advanced Research Press.
- Junta Nacional de Drogas (JND, 2019). VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General. Informe de Investigación.

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-2018>

Junta Nacional de Drogas (JND 2020) *VIII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media - 2018*. Informe de investigación.

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/viii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-estudiantes-ensenanza-media>

Kaiser, M. (2011) "*Geração Ritalina*": *O boom nas vendas do remédio tarja preta pelos olhos do jornalismo literário* [Tesis de Pregrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro].

Karch, S. (2006) *A Brief History of Cocaine* (2a edición). Taylor and Francis Group.

Klayman, A. (2018). *Take your Pills* [documental]. Netflix.

Klerman, G. (1974). Psychotropic Drugs as Therapeutic Agents. *The Hastings Center Studies*, 2(1), 81-93. <https://doi.org/10.2307/3527503>

Koinig, I. (2015). *Pharmaceutical Advertising as a Source of Consumer Self-Empowerment*. Springer Gabler.

Kramer, P. (1993). *Listening to Prozac: A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self*. Viking Penguin.

Keller, M. B. (1992 diciembre). In memoriam: Gerald L. Klerman, MD, 1928–1992. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12(6), pp. 379-81.

Kuhn, C., Swartzwelder, S., Wilson, W. (2011). *Colocados. Lo que hay que saber sobre las drogas más consumidas, desde el alcohol hasta el éxtasis*. Debate.

La Red 21 (2011, 4 abril) *¿Hay pastillas para ser más inteligente?* <http://www.lr21.com.uy/comunidad/446266-hay-pastillas-para-ser-mas-inteligente>

Lakoff, A. (2005). *Pharmaceutical Reason: Knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge University Press.

Lautenchlager, A. (2020) A posição do psicanalista e seu desdobramento subjetivo no esquema L. *Psicanálise & Barroco em revista*, 18(2), 137-161.

Le Gaufey, G. (2010). *El sujeto según Lacan*. Cuenco del Plata.

Leff, G. (2008). *Juntos en la chimenea*. Epeele.

Lista Varela, A. (2009). Uso de psicofármacos para mejorar funciones cerebrales en sujetos sanos. *Tendencias en Medicina*, 54-62.

London Real (2013, 4 abril) Tim Ferris on Modafinil [Archivo de Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=A2OjNebEwXk>

London Real (2015) MODAFINIL - Dave Asprey on Adderall, Ritalin, and Provigil [Archivo de Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=mSOIZvSKEgl>

López, L., Sáenz, M.J. (2020). Feminización del consumo de benzodiazepinas. *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia*, 25(3), 79-101. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.699>

- Lovell, A. (2006). Addiction markets: the case of high-dose buprenorphine in France. En: *Petryna, A., Lakoff, A., Kleinman, A. (Eds.) Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices (pp. 136-170)*. Duke University Press.
- Lucke, J., Bell, S., Partridge, B., Hall, W. (2011). Academic doping or viagra for the brain? *EMBO Reports*, 12(3), 197-201. <https://doi.org/10.1038/embor.2011.15>
- Luna-Fabritius, A. (2014). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 60(225), 21-44. [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(15\)30018-0](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(15)30018-0)
- Mache, S., Eickenhorst, P., Vitzthum, K., Klapp, B., Groneberg, D. (2012). Cognitive-enhancing substance use at German universities: frequency, reasons and gender differences. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 162(11-12), 262–271. <https://doi.org/10.1007/s10354-012-0115-y>
- Maher, B. (2008). Poll results: look who's doping. *Nature*, 452, 674-675. <http://www.nature.com/news/2008/080409/full/452674a.html>
- Mano, M., Morgan, G. (2022) Telehealth, Social Media, Patient Empowerment, and Physician Burnout: Seeking Middle Ground. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 42, 28-37. doi: 10.1200/EDBK_100030
- Mantilla, J. (2014) Educating 'cerebral subjects': The emergence of brain talk in the Argentinean society. *BioSocieties*, 10(1), 84–106.
- Maier, L., Liechti, M., Herzig, F., Schaub, M. (2013) To Dope or Not to Dope: Neuroenhancement with Prescription Drugs and Drugs of Abuse among Swiss University Students. *PLoS ONE*, 8(11), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077967>
- Martin, P. (2015). Commercialising neurofutures: Promissory economies, value creation and the making of a new industry. *Biosocieties*. 10(4), 422–443. <http://dx.doi.org/10.1057/biosoc.2014.40>
- Martínez-Hernández, A. (2014) La cerebralización de la aflicción: Neuronarrativas de consumidores de antidepresivos en Cataluña. En: *Periferias, Fronteras y Diálogos: Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona, 2-5 de setiembre de 2014. Universitat Rovira I Virgili.
- Martins, M., Vanoni, S., Carlini, L. (2020) Consumo de psicoestimulantes como potenciadores cognitivos por estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(4), pp. 254-260. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28166>
- Mazzoglio y Nabar, M., Algieri, R., Dogliotti, C., Gazzotti, H., Jimenez-Villarruel, L., Rey, L. (2011) Utilización de sustancias psicoactivas en alumnos de anatomía y su implicación

en el aprendizaje. *Educación Médica*, 14(2), pp. 129-132.
[0.4321/S1575-18132011000200009](https://doi.org/10.4321/S1575-18132011000200009)

- McCabe, S., Knight, J., Teter, C. y Wechsler, H. (2005). Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addiction*, 100(1), 96-106. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.00944.x>
- McDermott, H., Lane, H., Alonso, M. (2020). Working smart: the use of “cognitive enhancers” by UK university students. *Journal of Further and Higher Education*, 45(2), 270-283. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2020.1753179>
- McNiel, A., Muzzin, K., DeWald, J., McCann, A., Schneiderman, E., Scofield, J. (2011) The non- medical use of prescription stimulants among dental and dental hygiene students. *Journal of Dental Education*, 75(3), 365-76. <http://dx.doi.org/10.1002/j.0022-0337.2011.75.3.tb05050.x>
- Melenotte, G. (2016) La locura como sublevación: una voluntad insurrecta contra el discurso psiquiátrico. *Ñacate*. Recuperado: <http://www.revistanacate.com/wp-content/uploads/2016/11/La-locura-como-sublevaci%C3%B3n.pdf>
- Metzl, J. (2003). "Mother's Little Helper": The crisis of psychoanalysis and the Miltown resolution. *Gender & History*, 15(2), 240-267. <https://doi.org/10.1111/1468-0424.00300>
- Micoulaud-Franchi, J., MacGregor, A., Fond, G. (2014). A preliminary study on cognitive enhancer consumption behaviors and motives of French Medicine and Pharmacology students. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 18(13), 1875-1878.
- Miguez, M. (2011) *La Sujeción de los Cuerpos Dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Estudios Sociológicos Editora.
- Miguez, M. (2012). Niñez Psiquiatrizada del Uruguay del Siglo XXI. *Revista de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, 239, 7-13.
- Mineo, L., Sarraf, Y., Ingram, C., Hanauer, S., Infortuna, C., Chusid, E., Aguglia, E., Battaglia, F. (2017). Affective temperaments and stimulant medications misuse for neuroenhancement in graduate students. *Journal of Substance Use*, 23(2), 124-129. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1364307>
- Mohamed, A. (2014) Reducing Creativity With Psychostimulants May Debilitate Mental Health and Well-Being. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9(1), 146-163.
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando Claro: Una Introducción a los Fármacos Psiquiátricos*. Herder. *Preocupa creciente uso indebido de fármacos neurológicos como “potenciadores”* (2015, 6 abril). Montevideo Portal. <http://www.montevideo.com.uy/Mujer/Preocupa-creciente-uso-indebido-de-farmacos-neurologicos-como-potenciadores--uc267093>

- Moore, E. (2011). *The Amphetamine Debate. The use of Adderall, Ritalin and Related Drugs for Behavior Modification, Neuroenhancement and Anti-Aging Purposes*. McFarland and Company.
- Muro, F. (2018, 5 agosto) Estar cansado siempre. *El País*. <https://www.elpais.com.uy/domingo/cansado-siempre.html>
- Ortega, F., Vidal, F. (2007). Mapping the Cerebral Subject in the Contemporary Culture. *RECIIS Electronic Journal of Communication, Information & Innovation in Health*, 1(2), 255-259. <https://doi.org/10.3395/reciis.v1i2.90en>
- Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Itaborahy, C., Junqueira, L., Ferreira, C. (2010) A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), pp. 499-510. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000003>
- Palhares, J. (2015) “*Eu tomo medicamentos para estudar*”: *Compreendendo a experiência com metilfenidato entre estudantes universitários* [Tesis de Maestría, Universidade Federal de Minas Gerais].
- Palummo, J. (2012). “¿Medicalización como disciplinamiento?”. *Revista de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, 239, 19-25.
- Palummo, J. (2015). Coerción farmacológica y derechos humanos. En M. N. Miguez (Coord.) *Patologización de la Infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 79-92). Estudios Sociológicos Editora.
- Parker, I. (2009). Critical Psychology and Revolutionary Marxism. *Theory & Psychology*, 19 (1), 71-92
- Partridge, B., Bell, S., Lucke, J., Yeates, S., Hall, W. (2011). Smart Drugs “As Common As Coffee”: Media Hype about Neuroenhancement. *PLOS ONE*, 6(11), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028416>
- Petersen, E., Rasmussen, S., Daniel, K., Yazdy, M. y Honein, M. (2008). Prescription Medication Borrowing and Sharing among Women of Reproductive Age. *Journal of Women’s Health*, 17(7), 1073–1080. doi:10.1089/jwh.2007.0769
- Pickersgill, M. (2010). From psyche to soma? Changing accounts of antisocial personality disorders in the American Journal of Psychiatry. *History of Psychiatry*, 21(3), 294–311. <https://doi.org/10.1177/0957154x09102800>
- Pine, J. (2007) Economy of Speed: The narco-capitalism. *Public Culture*, 19(2), 357-366. doi: 10.1215/08992363-2006-041
- Plá, A., García, A., González, H., Ferrari, C., Olmedo, M., Rodríguez, J., Castellano, L., Demassi, P., Furtado, F., Couture, E. (2017). *Caracterización del Consumo de Metilfenidato en Uruguay. Periodo: Enero 2014 – Octubre 2016*. Ministerio de Salud, División de Sustancias Controladas. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/docume>

[ntos/publicaciones/2014-2016%20-%20Informe%20%20Metilfenidato%20-%20accesible_0.pdf](#)

- Preciado, P. (2008). *Testo Yonki*. Editorial Espasa Calpe.
- Preta, B., Miranda, V., Bertoldi, A. (2019) Psychostimulant Use for Neuroenhancement (Smart Drugs) among College Students in Brazil. *Substance Use & Misuse*, 55(4), 613-621. [10.1080/10826084.2019.1691597](https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1691597)
- Quecedo, R., Castaño, C. (2002) Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5-39.
- Quiminet (s/f). *Productos de Abbott Chile*. Recuperado 15 diciembre 2022 de <https://www.quiminet.com/shr/es/abbot-chile-60375335/productos.htm>
- Rahimi-Movaghar, A., Khastoo, G., Moinolghorabaei, M., Yunesian, M., Sadeghi, A. (2011). Use of stimulant substances among university students in Tehran: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 5(2), 32-42.
- Ram, S., Hussainy, S., Henning, M., Stewart, K., Jensen, M., Russel, B. (2017). Attitudes Toward Cognitive Enhancer Use Among New Zealand Tertiary Students. *Substance Use & Misuse*, 52(11), 1387-1392. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1281313>
- Rasmussen, N. (2008). *On Speed: The Many Lives of Amphetamine*. New York University Press.
- Real Academia Española (s/f) *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado: <https://dle.rae.es/subjetividad>
- ¿Drogas inteligentes? (2014, mayo) Revista Paula. Recuperado en 9 junio 2018 de http://edicionesanteriores.paula.com.uy/nota/_drogas-inteligentes_-h_per-estimulados_1
- Rivera, J. (1924[1985]) *La Vorágine*. Fundación Biblioteca Ayacucho.
- Roberts, K.J. (1999) Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations*, 2, 82-92. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1999.00048.x>
- Rodrigué, E. (2000) *El Libro de las Separaciones*. Editora Sudamericana.
- Rose, S. (2002). 'Smart Drugs': do they work? Are they ethical? Will they be legal? *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 975-979. <https://doi.org/10.1038/nrn984>
- Rose, N. (2006) Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. *Biosocieties*, 1, 465-484.
- Rose, N. (2007) *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press.
- Rose, N. (2018) *Our Psychiatric Future*. Polity Press.
- Rosenheck, R. (2005). The growth of psychopharmacology in the 1990s: Evidence-based practice or irrational exuberance. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 467-483. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.08.005>

- Rosiers, J., Van Hal, G. (2009). Stimulant medication use among Flemish students: results from an exploring secondary data analysis 1965-2005. *Archives of Public Health*, 67, 169-178.
<https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/0778-7367-67-4-169>
- Ruiz Olabuénaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Deusto.
- Neves, A., Ismerim, A., Costa, F., Santos, L., Senhorini, M., Beer, P., Bazzo, R., Coelho, S., Carnizelo, V., Silva, N. (2021) A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. En: *Safatle, V., Silva, N., Dunker, C. (Org) Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico (117-167)*. Autêntica.
- Sahakian, B., Morein-Zamir, S. (2007). Cognitive enhancement: Professor's little helper. *Nature*, 450(7173), pp. 1157–1159. <https://doi.org/10.1038/4501157a>
- Schelle, K., Olthof, B., Reintjes, W., Bundt, C., Gusman-Vermeer, J., Van Mil, A. (2015). A survey of substance use for cognitive enhancement by university students in the Netherlands. *Frontiers in System Neuroscience*, 9, 1-11.
<https://doi.org/10.3389/fnsys.2015.00010>
- Schermer, M., Bolt, I. (2011) What's in a Name? ADHD and the Gray Area between Treatment and Enhancement. En: *Savulesku, J., Meulen, R., Kahane, G. Enhancing Human Capacities (pp. 179-193)*. Blackwell Publishing.
- Schnackenberg, R. (1973) Caffeine as a Substitute for Schedule II Stimulants in Hyperkinetic Children. *American Journal of Psychiatry*, 130(7), 796-798.
- Schöne-Seifert, B., Talbot, D. (2010). (Neuro-)Enhancement. En H. Helmchen & N. Sartorius (Eds), *Ethics in Psychiatry European Contributions*. Springer.
- Schweighart, R., Kruk, S., Blanz, M. (2020) Taking drugs for exams: an investigation with social work students. *Social Work Education*, 40(6), 737-755.
<https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1857352>
- Short, J. (1989) Yuppies, Yuffies and the New Urban Order. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 14(2), 173-188. doi:10.2307/622811
- Singh, I., Bard, I., Jackson, J. (2014). Robust resilience and substantial interest: a survey of pharmacological cognitive enhancement among university students in the UK and Ireland. *PLoS One*, 9(10), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105969>
- Smith, M.; Farah, M. (2011). Are prescription stimulants “smart pills”? The epidemiology and cognitive neuroscience of prescription stimulant use by normal healthy individuals. *Psychology Bulletin*, 137, 717–741. <https://doi.org/10.1037/a0023825>
- Speranza, N., Goyeneche, N., Ferreiro, D., Olmos, I., Bauger, M., Oyarzun, M., Aramendi, I., Greckzanic, A., Giachetto, G., Roca, G., Viola, L., Nanni, L. (2008). Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 79(4), 277-283.

- Stolerman, I. (2010). *Encyclopedia of Psychopharmacology*. Springer.
- Sümbül-Şekerci, B., Bildik, O., Yunus Bektay, M., Vehbi İzzettin, F. (2021) Attitudes of medicine, pharmacy, and dentistry students about psychostimulant use to enhance cognition. *The International Journal of Clinical Practice*, 75(10). [10.1111/ijcp.14608](https://doi.org/10.1111/ijcp.14608)
- Sunder Rajan, K. (2017). *Pharmacocracy: Value, politics and knowledge in global biomedicine*. Duke University Press.
- Supervielle, P. (23 abril 2018) Adderall o la droga del éxito. *El Observador*. <https://www.elobservador.com.uy/adderall-o-la-droga-del-exito-n1225837>
- Sussman, S., Pentz, M., Spruijt-Metz, D., Miller, T. (2006). Misuse of "study drugs:" prevalence, consequences, and implications for policy. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-1-15>
- Tadeu, T. (2009) Nós, ciborgues. O corpo elétrico e a dissolução do humano. En Haraway, D., Kunzru, H., Tadeu, T. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Autêntica Editora.
- Tamosiunas, G. (2015). Medicamentos salud y sociedad: entrando en la era cuaternaria. *Boletín Farmacológico [en línea]*, 6(3). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/11071>
- Teter, C., McCabe, S., LaGrange, K., Cranford, J. y Boyd, C. (2006). Illicit use of specific prescription stimulants among college students: prevalence, motives, and routes of administration. *Pharmacotherapy*, 26(10), 1501-1510. <https://doi.org/10.1592/phco.26.10.1501>
- Tim Ferriss (2016, 21 agosto) Smart drugs with Tim Ferriss | Tim Ferriss [Archivo de Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=1fHm30-66Do>
- TIME (1984, 9 enero) Living: Here Come the yuppies! Recuperado en 16 mayo 2022 de <https://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,952325-1,00.html>
- Un ejército de insomnes (2013, 31 mayo). *El Observador*. <https://www.elobservador.com.uy/nota/un-ejercito-de-insomnes-20135312000>
- Valenstein, E. (1998) *Blaming the Brain*. The Free Press.
- Van Der Geest, S., Whyte, S. (2011) O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. *Sociedade e Cultura*, 14(2), 457-472.
- Vidal, F. (2009) Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of the Human Sciences*, 22(1), 5-36. <https://doi.org/10.1177/0952695108099133>
- Vidal, F., Ortega, F. (2017). *Being Brains. Making the Cerebral Subject*. Fordham University Press.
- Vrecko, S. (2006) Folk Neurology and the Remaking of Identity. *Molecular Interventions*, 6(6), 300-303. doi: 10.1124/mi.6.6.2
- Weyandt, L., Janusis, G., Wilson, K., Verdi, G., Paquin, G., Lopes, J. (2009). Nonmedical prescription stimulant use among a sample of college students: relationship with

- psychological variables. *Journal of Attention Disorder*, 13(3), 284-296.
<https://doi.org/10.1177/1087054709342212>
- White, B., Becker-Blease, K. y Grace-Bishop, K. (2006). Stimulant medication use, misuse, and abuse in an undergraduate and graduate student sample. *Journal of American College Health*, 54(5), 261-268. <https://doi.org/10.3200/jach.54.5.261-268>
- Williams, S., Martin, P., Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710–725.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>
- Willis, E., Delbaere, M. (2022) Patient Influencers: The Next Frontier in Direct-to-Consumer Pharmaceutical Marketing. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3).
Doi: [10.2196/29422](https://doi.org/10.2196/29422)
- Wolff, W., Sandouqa, Y., Brand, R. (2016) Using the simple sample count to estimate the frequency of prescription drug neuroenhancement in a sample of Jordan employees. *International Journal of Drug Policy*, 31, 51–55.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.014>