



**Universidad de la República
Facultad de Psicología**

**Trabajo final de grado
Monografía**

**Industria farmacéutica y salud mental: ¿negocio, iatrogenia y
engaño?**

Tutora: Prof. Titular Dra. Andrea Bielli

Revisor: Asist. Mag. Santiago Navarro

Estudiante: Ximena Crecenzio 4.323.051-9

Montevideo, Julio 2025

Resumen

El presente trabajo pretende criticar algunos de los conceptos que se manejan en la actualidad acerca de la salud/enfermedad mental. Para dicho propósito indagará en la forma que la Asociación Americana de Psiquiatría y la industria farmacéutica han influido sobre los criterios que se usan para definir los trastornos mentales. Se comenzará revisando algunas de las prácticas de las grandes industrias farmacéuticas: la forma de investigar y desarrollar un nuevo fármaco, pasando por la realización de los ensayos clínicos, hasta las herramientas de marketing que utiliza para conectar sus productos con los consumidores. También se abordará la forma en que estas empresas logran que el consumo crezca, hasta alcanzar a quienes no tienen la verdadera necesidad de consumir sus especialidades. Se problematizará el supuesto origen bioquímico de los trastornos mentales, específicamente el de la depresión, presentando datos que refutan dicha hipótesis. A continuación se repasará la acción de los psicofármacos ISRS, utilizados comúnmente para paliar los estados depresivos, y se cuestionará el supuesto efecto positivo de estos, así como se enumerarán algunos de los efectos adversos que traen aparejados. En el capítulo final se intenta dar cuenta de otros factores, que escapan a los puramente biológicos, y que juegan un papel importante en el origen del malestar mental y emocional de la sociedad contemporánea. Se hace referencia a cómo la injerencia de los medios de comunicación, y las herramientas de control social pueden promover una forma de subjetividad que sea vulnerable de ser manipulada para beneficio de las clases más poderosas.

Palabras clave: salud mental, industria farmacéutica, antidepresivos.

Índice

Introducción	3
1. ¿Cómo funcionan las Big Pharma?	
Millones en juicios	5
Patentes	5
¿Precios a conveniencia?	7
Agencias reguladoras	9
Ensayos clínicos	11
Sesgos y engaños	11
Lobby	13
2. Cómo se crean enfermedades	
Transformar procesos naturales en afecciones médicas	14
Publicidad disfrazada de enseñanza	15
Inflación diagnóstica	16
Ampliando los límites de la enfermedad	17
Grupos de pacientes, celebridades y líderes de opinión	19
Industria farmacéutica en Uruguay	21
3. Salud mental	
APA y DSM	23
Medicalización	25
Origen de la “enfermedad mental”	26
¿Es la depresión el resultado de un desequilibrio químico?	26
Antidepresivos	28
ISRS: ¿inhibidores de depresión o causantes de iatrogenia?	30
Abstinencia	33
4. Subjetividad de enfermos	
Despolitización del sufrimiento	34
Manipulación, miedo y control	35
Moldeando nuestra subjetividad	38
Conclusiones	40
Referencias	42

Introducción

“El ser humano necesita sentirse seguro, cuando está inseguro comienza a consumir”. Esta frase dicha por un especialista en marketing, en un principio no llamaría la atención, es la base de la que parten las grandes empresas para facturar más. Generarle al público una necesidad, para después satisfacerla, es el fundamento para unas buenas ventas. Ahora, si el ámbito en el que se enuncia dicha frase, es una clase perteneciente a la formación como técnico en farmacia, te puede pasar que te lleve a plantearte algunas preguntas. Por ejemplo, ¿qué es lo que estarán dispuestas a hacer las grandes corporaciones para hacernos sentir inseguros? Sobre todo si estas venden medicamentos e influyen en la percepción que tenemos de la salud. Por lo menos es lo que me pasó a mí, en el año 2010.

Pasada una década, mi pregunta se fue contestando sola durante la fuerte campaña publicitaria que se desarrolló en la pandemia. Y gracias a la cual algunas de las principales compañías farmacéuticas, como son, Pfizer, BioNTech y Moderna llegaron a facturar hasta US\$ 1000 por segundo (Henrion Caude, 2023) por unas “vacunas” que prometían una novedad asombrosa: “inmunidad, que no evitaba contagios ni enfermedad”. Pero recordemos que no es competencia del marketing ni de empresarios ambiciosos lograr el bienestar social, su cometido será siempre vender¹. Quien sí debería de velar por nuestra salud es el Estado y sus representantes.

Así que, cuando durante el reciente año electoral comencé a escuchar la preocupación que muchos políticos traían acerca de la salud mental de los ciudadanos, pensé por un momento, que ese desvelo estaba cobrando importancia. Pero luego, algo en el discurso me hizo recordar aquella frase del curso de farmacia. Por lo que volví a plantearme una nueva interrogante. Me preguntaba si dicho interés no sería una nueva forma de empezar a plantar la semilla de la inseguridad en incautos consumidores, sobre una nueva “epidemia”, para generarnos una vez más esa duda que nos mueve a consumir. Me dispuse a investigar si mi hipótesis podría sostenerse con datos certeros o sería solamente una innecesaria sospecha de mi mente desconfiada.

Para mi sorpresa me vi inundada de bibliografía que no solo confirmaba mi hipótesis (porque si bien no puedo aseverar que sea lo que pasa en nuestro país, sí que sucede en el mundo) sino que me planteaba muchas preguntas más y me motivó a escribir este trabajo.

Buscando transformar lo que había ido desde la desconfianza inicial a asombro y mucha indignación después, en un texto que logre hacer conocer el tema a quienes lo lean. Manipulación, corrupción, mentira, impunidad y sobre todo crueldad fue lo que fui descubriendo a medida que iba leyendo libros y escuchando distintas entrevistas de varios periodistas y médicos que han dedicado años de su vida a estudiar, la “enfermedad” mental

y la argucia utilizada por las grandes industrias farmacéuticas para vendernos sus productos a un costo carísimo para nuestros bolsillos, pero sobre todo para nuestra salud.

Además de la recopilación bibliográfica, este trabajo se ha nutrido de una conversación que mantuve con un antiguo funcionario de la industria farmacéutica de nuestro país, quien cuenta con una amplia experiencia en el rubro de la visita médica. Le consulté acerca del vínculo que establecen los laboratorios con los médicos, cómo les transmiten información sobre nuevos fármacos, y cómo es el relacionamiento entre ambos. Finalmente le pregunté si las prácticas de los grandes laboratorios eran ajenas a nuestro medio. Un resumen de la entrevista se encuentra al final del segundo capítulo.

A lo largo del trabajo se explicará parte del funcionamiento de las grandes compañías farmacéuticas, las maniobras de las que se valen para lograr uno de los negocios más lucrativos del mundo. Y cómo han conseguido que se modifiquen las concepciones de la salud y la enfermedad, usando como aliados a entes reguladores y asociaciones médicas, además de otros actores (como políticos, periodistas y personas famosas) que cada vez, con más frecuencia imparten consejos de salud y advierten sobre diversas enfermedades. En especial se intentará dilucidar cómo estos manejos han repercutido en los conceptos que hay acerca de la salud mental, y la medicalización de la misma. Manejos que ya sea provengan del ámbito biomédico o psicosocial, han utilizado el miedo y el control para configurar la subjetividad de quienes consumimos. Finalmente se cuestiona el reduccionismo, que intenta buscar en una única causa el malestar emocional/mental, cuando el origen suele ser múltiple.

1. Si bien el supuesto propósito de los laboratorios es mejorar la salud. Como afirma Dumit, "Las compañías son bastante explícitas al afirmar que el problema no es la salud, sino las ganancias y el crecimiento del mercado" (Dumit, 2012, p.88).

Capítulo 1: ¿Cómo funcionan las Big Pharma?

Millones en juicios

En 2012 nueve compañías farmacéuticas que forman parte de las diez más importantes de Estados Unidos estaban siendo demandadas en su mayoría, por actividades ilegales. Y las multas que debieron pagar no se quedaron en unos miles de dólares. Como muestra, en el periodo que va desde 2003 a 2016, veintidós compañías fueron multadas con US\$33.000 millones, once de ellas pagaron más de US\$1000 millones (Laporte, 2024).

Más cerca en el tiempo, en 2021 se dio a conocer la noticia que las tres distribuidoras más grandes de medicamentos norteamericanas y la famosa farmacéutica Johnson & Johnson, acordaron pagar unos US\$ 26.000 millones a razón de las diversas demandas que varias ciudades y estados les habían reclamado, por su implicación en la crisis de opioides que azota dicho país. El mismo artículo que anunciaba esta noticia, agregaba el dato de que entre los años 1999 y 2019, casi 500.000 personas fallecieron en EE. UU. por sobredosis tras consumir opiáceos (RTVE, 2021).

No me detendré en seguir ampliando las lamentables cifras, pero sí intentaré dar respuesta a las preguntas que por lo menos a mí me surgieron cuando empecé a ver la cantidad tan voluminosa de millones de dólares que me fui encontrando. ¿Si las empresas pagan tal cantidad de dinero en juicios y no quiebran, cuánto dinero facturan? ¿Cómo logran tener tantas ganancias? ¿Cuáles son los delitos de los que se las acusa?

Patentes

Una de las razones que explican los ingresos millonarios de la industria es la ley de patentes², de la que el fabricante del medicamento puede gozar, en la actualidad, por un plazo de veinte años. Esta le permite durante ese lapso de tiempo fijar el precio que le parezca más conveniente, o que algunas veces pacta (los precios no están regulados en EE. UU.) para su producto innovador y tener el derecho exclusivo de su comercialización. Aunque como veremos más adelante lo de innovador no siempre es tan así.

En Estados Unidos el Estado, a través del Registro de Propiedad Intelectual, le otorga a las farmacéuticas exclusividad sobre sus medicamentos. Por su parte la FDA (Food and Drug Administration) que es la agencia de regulación de medicamentos y alimentos de aquel país, le proporciona también derechos exclusivos de publicidad.

2. La ley de patentes farmacéutica es un grupo de derechos, que le otorgan exclusividad al o los inventores de un nuevo medicamento sobre este, durante un período de tiempo. En el curso del cual podrá fabricar y vender su producto de manera exclusiva.

Estas fuentes de ingreso, que se generan gracias a estos derechos, son las principales de la industria. Por lo tanto, resulta obvio que estas intentarán extender lo máximo posible el período de beneficio que dichas exclusividades les reportan. Una vez vencido ese periodo de tiempo, otras compañías pueden producir medicamentos genéricos³ que compitan con los suyos. Y lo harán a un precio bastante menor, al que por lo general tienen los fármacos pioneros y que no suelen bajar, aún con la competencia ya instalada y cuando sus ganancias se ven notoriamente afectadas (Angell, 2006).

Una de las tácticas que utilizan las farmacéuticas para extender las patentes es registrar la mayor cantidad de patentes posibles sobre una droga. Hoy en día es posible registrar desde el principio activo, hasta la presentación o el color de un comprimido, lo que da como resultado que un solo fármaco llegue a tener desde decenas, hasta cientos de patentes. Esto termina generando un gran impedimento para que otras compañías desarrollen genéricos más económicos y de los cuales se puedan beneficiar más pacientes. Por ejemplo en el año 2018, en Estados Unidos, doce de los medicamentos más vendidos tenían un promedio de 71 patentes cada uno (Laporte, 2024).

Lanzar al mercado medicamentos “yo también” (*me-too drugs*) es una manera de seguir obteniendo ganancias de un fármaco viejo, con aspecto de nuevo, del cual se puede obtener una nueva patente. Las farmacéuticas se ven beneficiadas con esta farsa gracias a que la FDA les exige que demuestren que los nuevos fármacos sean eficaces (no *más* eficaces que el medicamento ya existente para la misma enfermedad), y que tenga alguna diferencia con el anterior (aunque sea pequeña). Para esto se comparará en los ensayos el “nuevo” no con el anterior, sino con un placebo. De esta manera llegan al mercado medicamentos, que no solo son iguales de efectivos que los anteriores, sino que a veces llegan a ser peores, eso sí, mejores que una pastillita de azúcar.

Esta es la estrategia que utilizó AstraZeneca en 2001, cuando sacó al mercado Nexium, su nuevo medicamento para la acidez estomacal, quien venía a reemplazar al más veterano Prilosec, justo cuando a este se le vencía la patente (Angell, 2006). El laboratorio invirtió US\$ 500 millones, para conseguir posicionar un medicamento básicamente igual al que ya se comercializaba, pero al que vendería casi 30 veces más caro (Gøtzsche, 2014).

En su libro de 2006 la Dra. Marcia Angell, antigua editora en jefe de la prestigiosa revista médica, *The New England Journal of Medicine*, relata a través de otros casos conocidos, las artimañas de las que se han servido algunas de las grandes farmacéuticas para seguir obteniendo ventajas de patentes que se vencían o estaban a punto de hacerlo.

3. Un medicamento genérico es aquel que tiene la misma forma farmacéutica y el mismo principio activo que un medicamento original. Y que puede ser comercializado una vez que haya caducado la patente de este.

Citaré un ejemplo más, que involucró esta vez al laboratorio Eli Lilly, uno de los que genera mayores ganancias, a nivel mundial. En 1999 cuando la patente de su antidepresivo Prozac (fluoxetina) estaba por caducar, el laboratorio patentó una nueva formulación, la cual pasaba a ser semanal, en lugar de la de dosis diaria, como era en un principio. Con esta simple modificación logró que un semestre antes de su vencimiento, la patente se extendiera hasta el 2004. Pero Lilly no se iba a quedar satisfecho con este manejo, ya que las ganancias que le redituaba el Prozac eran millonarias. Por lo cual sacó a la venta una nueva versión del mismo medicamento, pero esta vez le cambió el nombre comercial, ahora se llamaría Sarafem y modificó el color verde de las cápsulas (a los más “femeninos” rosado y violeta). Pero lo más significativo era el nuevo uso para el que sería prescrito, una “nueva” alteración de la salud, el trastorno disfórico premenstrual, al que más adelante me volveré a referir.

Explica la Dra. Angell que la de este medicamento es una más de las artimañas que utilizan las farmacéuticas para promover enfermedades para medicamentos, en lugar de lo contrario. Cuando Angell hizo referencia a este renombrado caso mencionó también que en 2004 (cuando la fluoxetina ya se vendía de forma genérica), Sarafem costaba casi el triple que el medicamento genérico (Angell, 2006). Una polémica maniobra, bastante redituable para la economía del laboratorio, pero basada en darle antidepresivos a mujeres que atraviesan un proceso natural. En el próximo capítulo, se verá cómo este caso no es una excepción, ya que la industria es especialista en patologizar procesos de la vida normal.

¿Precios a conveniencia?

¿Pero por qué son tan caros algunos medicamentos, sobre todo cuando aún rige sobre ellos alguna patente?

La explicación que durante años había escuchado, era que el valor de un medicamento caro se justificaba por el alto costo que le había ocasionado al laboratorio desarrollarlo. Proceso que además suele llevar varios años. Este proceso es lo que la industria denomina investigación y desarrollo. Después de indagar un poco sobre el tema, descubrí que como casi todo lo que proviene de esta industria, una cosa es lo que informan y otra lo que realmente ocurre.

En primer lugar lo que se pretende hacer pasar por millonaria inversión muchas veces no proviene enteramente de las arcas de los laboratorios, sino de las del Estado, o sea del dinero de los contribuyentes. Los mismos contribuyentes a los que muchas veces no les alcanza la plata para comprar los medicamentos que necesitan ellos o sus familiares y que con el pago de sus impuestos han colaborado a producir.

Veamos algunos números, en 2024 el médico y profesor catalán Joan Ramon Laporte publicó en su libro, que en los Estados Unidos (país donde se produce la mayor cantidad de medicamentos) el 80% de la inversión en investigación básica en biomedicina, es financiada por fondos públicos. Y que la inversión por parte de las compañías privadas en cuanto a investigación es de solo un 1,3%.

En 2010 se había señalado que en Estados Unidos, a las compañías médicas les costaba desarrollar un nuevo fármaco, unos US\$ 1000 millones, en 2017 esta cifra ya había aumentado a US\$ 2700 millones. Pero resulta que dichos datos, provenían de la universidad norteamericana Tufts, que curiosamente era financiada por la asociación de compañías farmacéuticas del citado país. Más tarde se realizó un análisis de los informes que había presentado la mencionada universidad y arrojó nuevas cifras, en lugar de los miles de millones, la revisión sostenía que el precio por desarrollar un nuevo fármaco, en realidad oscila entre US\$ 60 millones y US\$ 90 millones (Laporte, 2024). Una gran diferencia.

De todas formas, ya sea una inversión baja o alta, los laboratorios son especialistas en sacar buenas ganancias de sus productos. Laporte (2024) también hace referencia a un estudio en el que se señalaba que entre 2006 y 2015, de los 10 nuevos medicamentos para el cáncer, el costo promedio en investigación y desarrollo había sido de US\$ 648 millones. Mientras que las ganancias generadas entre los 10 fármacos, cuatro años después ascendían a los US\$ 67000 millones. Habían multiplicado su inversión casi por 10 (Laporte, 2024).

Pero si los costos de investigación y desarrollo, (sobre todo los de investigación, ya que suelen gastar más en desarrollo) no resultan tan elevados para las compañías, ¿por qué los medicamentos siguen teniendo un precio tan elevado? ¿En qué se va el presupuesto de las empresas? Si bien el gasto en ensayos clínicos es bastante alto, también entra en juego el mercadeo que hay detrás de cada producto. Y del que no se llegan a conocer muchos datos, ya que las compañías eluden proporcionar esa información.

Además, suelen hacer pasar los gastos de marketing como si estos fueran en realidad de investigación y desarrollo, ya que los gastos provenientes de esta última fuente se ven beneficiados con créditos y deducciones impositivas (Angell, 2006). Durante el primer mandato de Trump, se estableció que la tasa impositiva para las corporaciones en Estados Unidos fuera del 21%, en cambio las mayores empresas farmacéuticas han venido pagando, en los últimos años entre un 8% y un 14% (Lupkin, 2024).

Las compañías suelen dar cuenta de los gastos en investigación y desarrollo, que es muy elevado (aunque como vimos no son muy fiables). Pero en lo que se va la mayor parte de su presupuesto es en “comercialización y administración”. Si bien no está del todo claro qué abarca dicha categoría, se presume que allí estarían comprendidos los gastos en

publicidad, "educación" (a la que luego me referiré), costos legales, promoción y salarios de ejecutivos. Los cuales son altísimos e incluso llegan a recibir parte de su sueldo en acciones⁴ (Angell, 2006). En 2014 Allen Frances publicó en su libro que los gastos en promoción significaban el doble del presupuesto que se tenía en investigación y desarrollo.

Como señala el Dr.Laporte (2024), no existe realmente una verdadera relación entre lo gastado en investigación y desarrollo y el precio de los medicamentos. Sino que "La realidad es que las compañías farmacéuticas fijan los precios de sus medicamentos según estudios de opinión de "disposición a pagar" (¿cuánto pagaría por vivir dos años más?)" (p.156).

Agencias reguladoras

Las compañías también deben demostrar que sus productos no solo son seguros, sino también eficaces. Para esto, antes de que un medicamento salga a la venta tendrá que ser aprobado por la institución encargada de regularlos y que finalmente garantizará al consumidor dicha eficacia y seguridad. En Estados Unidos la agencia reguladora de medicamentos es la FDA (la cual influye considerablemente a reguladoras de todo el mundo), en Europa es la EMA (la Agencia Europea de Medicamentos).

Desde 1962 la FDA comenzó (luego le siguieron otros países) a exigir estudios y ensayos que demostraran, no sólo la seguridad (la cual se exigía desde 1938), sino también la eficacia, que un medicamento tuviera sobre determinada enfermedad. Ya que se solía recomendar un mismo fármaco para varias afecciones, sin estar correctamente demostrada su efectividad (Laporte, 2024). Ahora bien, si la gestación de las agencias reguladoras fue para procurar la seguridad de los consumidores, cabría esperar que estas actuaran con libertad e independencia. Pero en la realidad este ideal no siempre se cumple, pues resulta que las agencias reciben gran parte de su financiación de quienes debería controlar: las compañías farmacéuticas. En 2005 Ray Moynihan y Alan Cassels ya habían anunciado que el 50% del presupuesto de la FDA era financiado por la industria (Moynihan y Cassels, 2006).

4. Valga como ejemplo lo facturado en 2001 por el expresidente y CEO de Bristol-Myers quien se hizo con US\$ 74.890.918, más los US\$ 76.095.611 que obtuvo en acciones de opción a disposición. El presidente de Wyeth por su parte cobró US\$ 40.521.011 de salario y US\$ 40.629.459 en acciones de opción (Angell, 2006, p.34).

Cifras más recientes, arrojan que lo ganado por los directores ejecutivos de diez grandes compañías entre los años 2016 y 2020, fue de US\$ 797.297.000 (Laporte, 2024, p.478).

En 1992 se proclamó en Estados Unidos una ley que les permitía a las compañías pagar a la FDA un importe (en un principio eran aprox. US\$ 310.000 al año, por medicamento) para acelerar su aprobación (Angell, 2006). Además de abreviar los tiempos de revisión, y de aprobar drogas apoyándose únicamente en resultados indirectos, se aumentó el criterio (de forma apresurada) para establecer qué medicamentos pueden salvar vidas (Gøtzsche, 2014). Con los años dicho importe fue creciendo y la agencia cada vez tiene más cantidad de funcionarios pagados por la industria. Pero velocidad no es sinónimo de eficacia y tanto apuro tiene sus perjuicios. Resulta que en los diez años que siguieron a la promulgación de esta ley (ley “de tarifas de usuarios”) trece fármacos se tuvieron que retirar del mercado por haber provocado centenares de fallecimientos. Lo más lamentable es que toda la celeridad que se emplea para aprobar medicamentos es inversa a la hora de retirarlos cuando estos son riesgosos para la salud (Angell, 2006). Con respecto a esta ley, el Dr. Healy afirma que ha debilitado los límites entre agencia e industria y que desde la creación de la FDA, ha existido una puerta giratoria entre laboratorios y ente regulador. Empleados de la FDA pasaban a trabajar en la industria y viceversa, lo cual genera incertidumbre acerca de la independencia de la reguladora (Healy, 2012).

Las compañías farmacéuticas, una vez sintetizado el nuevo fármaco, deben comenzar con la etapa de ensayos clínicos, para la cual deben solicitar un permiso a la FDA. Una vez terminadas las pruebas (que suelen llevar años) vuelven a la FDA, esta vez para presentar los resultados de estas y requerir los permisos para lanzar el nuevo medicamento al mercado. Luego de aprobado, se autoriza que el fármaco sea promovido para los usos que fueron admitidos, aunque luego los médicos tienen derecho a recetarlos para otros no aprobados por las reguladoras (Angell, 2006).

De este trámite surgen algunas cuestiones controversiales. En primer lugar, las compañías presentan los resultados de sus ensayos en documentos que contienen miles de páginas, lo que genera una tarea bastante compleja para las reguladoras, las cuales terminan muchas veces leyendo solo el resumen que les presentan las compañías. Con lo cual, crece la posibilidad de que se pasen por alto datos importantes que hacen a la seguridad y eficacia del medicamento, a la vez que provee de cierta impunidad a las farmacéuticas. Estas, en caso de que aparezcan efectos no previstos en un principio, pueden alegar que la información estaba en los documentos entregados (Gøtzsche, 2014).

Segundo, el hecho de que los médicos tengan libertad para prescribir medicamentos para usos que no son los aprobados por las reguladoras, genera que las farmacéuticas ofrezcan sus servicios en “asesoramiento” y “enseñanza”. Ya que suelen ser visitantes médicos, o congresos organizados por las compañías, la principal fuente de información sobre estos usos no aprobados que reciben los médicos (Angell, 2006).

En tercer lugar, las agencias reguladoras solían exigir que la compañía farmacéutica presentara eficacia en dos ensayos clínicos con placebo (Gøtzsche, 2014). Y esto significa que la eficacia sea demostrada en *al menos* dos ensayos, aunque exista un número superior de estos que no lo demuestren. Actualmente, a los nuevos medicamentos ya ni siquiera se les exige dos ensayos, la mitad de ellos están siendo aprobados con solo uno (Laporte, 2024). Pero este no es el único dato llamativo de los ensayos clínicos.

Ensayos clínicos

En el apartado anterior mencioné que las encargadas de realizar los ensayos clínicos son las propias compañías farmacéuticas, pero estas han ido tercerizando esta actividad con los años. Las elegidas para realizar la tarea son las organizaciones de investigación por contrato, CRO (por sus siglas en inglés). Ellas son las encargadas de todo lo referente a los ensayos: reclutamiento de participantes, diseño, recogida y análisis de datos. También brindan servicios de consultoría y de “autores fantasmas” (escritores que redactan, en este caso artículos sobre ensayos clínicos, que serán firmados por experimentados profesionales en el tema) que suelen presentar datos favorables para las empresas (Laporte, 2024). Se busca generar confianza en los médicos, pero basada en una treta marketinera. A la que se prestan profesionales, quienes solo cobran por firmar un artículo escrito por otro.

Otra acción reprobable es que los ensayos evadan cumplir los principios bioéticos, como ha ocurrido cuando se realizan en países en los que son poco controlados y no se respetan los derechos de los participantes. Como sucedió en Nigeria en 1996, cuando Pfizer realizó ensayos con niños (sin el adecuado consentimiento de sus padres) con un antibiótico para la meningitis (que planeaba poner a la venta en Europa y Estados Unidos). Lamentablemente varios niños resultaron afectados y otros fallecieron tras ser medicados con la trovafloxacin (Gøtzsche, 2014). Varios años después, y tras argumentar que los perjuicios habían sido a causa de la meningitis y no de su antibiótico, Pfizer tuvo que pagar una millonaria indemnización a las familias de las víctimas (Smith, 2011).

Sesgos y engaños

El médico y especialista en investigación médica, Peter Gøtzsche, comenta en uno de sus libros, que los ensayos clínicos realizados por las compañías farmacéuticas suelen ser marketing camuflado. Sostiene que además de los errores que se producen en los análisis de datos y en el diseño de los ensayos, estos presentan frecuentemente sesgos en los resultados, con la finalidad de lograr que las compañías obtengan ganancias (Gøtzsche, 2014).

Como señala Vandenbroucke, desde que las compañías controlan los ensayos de sus medicamentos, cada vez se ha hecho más difícil para investigadores independientes poder replicar exámenes para poder comprobar la efectividad de los productos. Además, la información que reciben las agencias reguladoras no es la misma que la que luego aparece en los artículos médicos que se publican (Vandenbroucke, 2002, citado por Gøtzsche, 2014).

Lograr mayor independencia en la investigación científica es fundamental para evitar sesgos y errores y para que tragedias como la que ocurrió con la Talidomida⁵ en el siglo pasado, no vuelvan a ocurrir.

La industria despliega varias técnicas de manipulación, para lograr que los ensayos tengan un resultado favorable a sus intereses. Una de sus estrategias es utilizar participantes jóvenes (quienes presentan menos efectos secundarios) aunque los fármacos estén dirigidos a personas de mayor edad. Generando así una percepción de mayor seguridad. Otra forma de falsear resultados es comparar el fármaco nuevo con una dosis mucho más baja del medicamento por el que se lo quiere reemplazar (como se llegó a hacer con medicamentos para el colesterol) o proporcionarla de una manera inconveniente. También se suele realizar un estudio más breve de lo que es necesario para demostrar la eficacia del medicamento, como se hace con los antidepresivos. Para los cuales se llevan adelante estudios de pocas semanas, que aparentan resultados positivos, en lugar de hacerlos durante un período mayor (que es lo más parecido al consumo real) porque de esta manera los resultados no evidencian los daños que sí ocurren cuando el plazo es más largo. La forma más extrema de engaño es ocultar parte de los resultados o directamente eliminar los resultados desfavorables (Angell, 2006).

La tergiversación de los resultados de los ensayos clínicos es un delito y está penado por la ley, así como la corrupción ejercida sobre funcionarios de comités técnicos o políticos (Laporte, 2024).

Pero al parecer no es motivo suficiente para que los gigantes de la industria se detengan en sus prácticas ilegales. Así lo demuestran las numerosas multas que constantemente se ven obligados a pagar. Como las ya mencionadas en la página 5 y a las que se suman otras tantas que laboratorios de la talla de Pfizer, Merck, GSK, AstraZeneca, Roche, Abbott, etc. han abonado, ya sea por actos ilegales o por indemnizaciones a usuarios (o familiares) tras dañarles su salud o hasta ocasionarles la muerte.

5. La talidomida se empleó a fines de los años cincuenta como calmante de las náuseas durante los primeros meses de embarazo (sin haber probado su toxicidad en humanos) y ocasionó miles de casos de malformaciones congénitas en los recién nacidos.

Lobby

Se conoce como lobby o cabildeo a la actividad que ejercen ciertos grupos (generalmente del ámbito privado) para influir o presionar a organizaciones públicas, encargadas de tomar decisiones. Actividad que no es de sorprender, le resulta habitual a los grandes laboratorios.

La coerción ejercida por la industria farmacéutica, a través de estos grupos de presión, maneja cifras millonarias, por ejemplo en las ciudades de Bruselas y Washington la cantidad de dinero que se manipula en este sector supera la de la industria armamentística o la de las petroleras. En ambas ciudades los representantes de las farmacéuticas son los que más abundan en los parlamentos (Laporte, 2024).

Esto ha llegado al límite de que, por ejemplo, en Washington, en el año 2002 se paseaban por el congreso más de 600 lobbistas, (de hecho eran más los lobbistas que los congresistas) con el objetivo de promover el negocio de las farmacéuticas (Angell, 2006).

Por cierto, en el año 2014 el cabildeo farmacéutico con una cifra de U\$S 230 millones fue el que desembolsó más dinero en Estados Unidos. Y en los casi 20 años comprendidos entre 1999 a 2018, el gasto en lobby que se hizo en el citado país fue de U\$S 4700 millones. Pero en ese lapso de tiempo se vieron beneficiados no solo los congresistas, sino también los partidos políticos, ya que las campañas electorales, reuniones y comités políticos se hicieron con más de U\$S 1291 millones. Durante la campaña para la presidencia en 2020, dos terceras partes de los parlamentarios recibieron dinero de las farmacéuticas. En 2021, además obtuvieron otros millones en acciones de la industria, siendo Pfizer el principal laboratorio de donde provenían dichas acciones (Laporte, 2024).

Tanta inversión lógicamente genera algún provecho; como el que la industria recibió durante los gobiernos de Clinton y de Bush, cuando ambos le brindaron su apoyo tras las quejas que le llegaban de países del tercer mundo, ante los precios astronómicos que las compañías le habían puesto a los medicamentos para tratar el sida. O cuando se bajó la candidatura en la FDA de un futuro comisionado, ya que, según sostenía (insólitamente) un senador que se oponía a la misma, pretendía fortalecer la seguridad de los fármacos (Angell, 2006).

Como ya mencioné en la introducción, no cuento con datos de la posible injerencia del lobby farmacéutico en nuestro país. Pero sí son bien conocidas las presiones, que grandes empresas ejercen en los políticos cuando han colaborado financieramente a sus campañas electorales. Valga como ejemplo las presiones de una gran tabacalera durante el periodo anterior de gobierno, a través de las cuales se vio beneficiada, en detrimento de la salud pública (M24, 2022).

Capítulo 2: Cómo se crean enfermedades

Transformar procesos naturales en afecciones médicas

En el capítulo anterior mencioné que para la industria farmacéutica es una práctica habitual patologizar procesos de la vida normal. Este manejo ya ha quedado expuesto a la luz pública, pero no es conocido por la mayoría de los consumidores habituales de medicamentos, quienes inocentemente confían en lo que la industria les empuja a creer.

A principios de los años 2000, Vince Parry, un especialista en publicidad farmacológica, publicó un artículo en el que dejaba en evidencia las maniobras ejercidas por la industria para aumentar sus ganancias. En él exponía la práctica del denominado “*branding*” (la promoción de un producto mediante la publicidad) a través del cual se intenta moldear la forma de pensar de los consumidores.

Dentro del ámbito farmacológico se ha llegado a incluso crear una condición o enfermedad. Parry señala que las tácticas básicas para esta invención (que a la vez busca generar que la dolencia quede vinculada a un producto), en caso de que la condición ya exista, serán redefinirla o fortalecer la atención que de ella se tenía. Pero también se puede crear una nueva condición (Moynihan y Cassels, 2006).

Para graficar estas estrategias, Parry cita varios ejemplos entre los cuales se encuentra la utilizada por el laboratorio Warner-Lambert con su producto Listerine. Durante los años 20 del siglo pasado la empresa quería ampliar el mercado de su preparado, el cual era utilizado en ese entonces para una variedad de usos. Así es que desarrolló una campaña de marketing en la que se promovía las virtudes del producto como solución al mal aliento. El que era denominado halitosis, para crear la sensación de una importante enfermedad que podría traer preocupantes resultados, como el estancamiento laboral o hasta el divorcio. La campaña de miedo y ansiedad resultó efectiva porque en un período de seis años las ganancias pasaron de U\$S 100.000 a U\$S 4.000.000 (Parry, 2003).

Maniobras similares a la utilizada por Warner-Lambert se han puesto en práctica con drogas como la ranitidina, el alprazolam o la ya mencionada fluoxetina. A propósito de esta última, veamos un poco más uno de los usos (citado en el capítulo anterior) para el cual se indicó: el controversial trastorno disfórico premenstrual (TDPM).

Si bien en 1999 la FDA aprobó el tratamiento del TDPM con fluoxetina, hay quienes sostienen que tal trastorno no existe realmente. No solo médicos y psicólogos, han mostrado su desacuerdo. También la EMA, en 2003, puso en duda la veracidad del TDPM, y cuestionó las pruebas clínicas de los laboratorios que ofrecían, a través de sus medicamentos, una solución para el supuesto trastorno. La psicóloga y profesora Paula Caplan había señalado que etiquetar a las mujeres para describir algunos de los malestares

que puedan tener antes del ciclo menstrual, puede encubrir otras razones. Que tengan un origen social, laboral, económico o emocional (Moynihan y Cassels, 2006).

Si bien el TDPM ya había sido incorporado al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) en la década del 80, esta inclusión no estuvo libre de cuestionamientos y muchas dudas. Finalmente se categorizó al TDPM como un trastorno depresivo y la industria farmacéutica, siempre atenta a atraer nuevos consumidores, no solo lo asoció con un fármaco, sino que también se encargó de “promocionar” la enfermedad⁶. (Moynihan y Cassels, 2006).

Publicidad disfrazada de enseñanza

Otro recurso utilizado para mejorar la venta de un fármaco es la “toma de conciencia”. Una práctica cada vez más extendida y bastante solapada para que las personas se comiencen a percibir como enfermas y busquen en un medicamento, la solución a sus problemas, los cuales siempre parecen tener un origen fisiológico. Para llevar adelante estas campañas de concientización, la industria contratará a los expertos en el tema, las agencias de publicidad.

Cuando el laboratorio GlaxoSmithKline⁷ (GSK) quiso posicionar su medicamento Paxil (paroxetina), un antidepresivo, para tratar el “nuevo” trastorno de ansiedad social, buscó los servicios del equipo de relaciones públicas Cohn & Wolfe, que pertenece a un conglomerado experto en publicidad y comunicación, WWP Group, que entre otras grandes empresas le brindó sus servicios a la tabacalera Philip Morris.

Resulta que Cohn & Wolfe cuentan con una sección especializada en medicamentos y salud y al momento de armar la campaña publicitaria se jactaban de primero “cultivar el mercado” para luego alcanzar el éxito del producto. Los publicistas tenían como principales objetivos lograr una gran campaña mediática en la que quedaran unidos el trastorno con el medicamento, para lo cual se debería “educar” a los posibles consumidores sobre la enfermedad, o dicho de otra forma, concientizar al público sobre un mal que lo podría estar aquejando sin saberlo⁸ (Moynihan y Cassels, 2006).

6. El TDPM no es un caso aislado, los procesos de la vida cotidiana que se han ido patologizando y medicalizando son cada vez más: menopausia, vejez, embarazo, timidez y hasta los estornudos, entre otros comienzan a presentarse frecuentemente como enfermedades. 7. Cuando salió Paxil a la venta la empresa todavía era SmithKline-Beecham, poco tiempo después sería comprada por Glaxo, pasando así a llamarse GlaxoSmithKline. 8. El eslogan de la campaña era: “Imagine que usted fuera alérgico a la gente” (Moynihan y Cassels, 2006, p.102).

Pero para asegurar su objetivo, estas campañas no se conforman con la publicidad del producto en los medios. Hay tres elementos que juegan un papel fundamental: los grupos de pacientes, las celebridades y los líderes de opinión, a los que luego volveré a hacer referencia.

Ahora bien, veamos a qué se refiere esta afección, también conocida como fobia social, aunque generalmente denominada trastorno, dado que aparentemente GSK y sus publicistas consideraron que este término podría hacer crecer el mercado de consumidores. No solo es más factible que alguien entre en la categoría de trastorno que de fobia, sino que además parece resultar más tratable con medicación un trastorno, que una fobia, la cual remite más a un tratamiento de origen psicoterapéutico (Moynihan y Cassels, 2006).

En 2014 el psiquiatra norteamericano Allen Frances sostenía que esta categoría diagnóstica ha conducido a que la timidez sea transformada en una enfermedad. Lo que el médico afirma es que la timidez es una característica normal que puede estar presente en cualquier ser humano. Y que solamente un pequeño porcentaje de la población podría llegar a sufrirla de forma grave, cuando se manifiesta en su forma extrema. Lo que ha logrado hacer la industria es no conformarse con los usuarios que presentan esta incapacidad, sino medicar también a aquellos a quienes les genera muchas menos complicaciones. Y para esto se sirvió de la mencionada campaña publicitaria que procuraba hacer sentir enfermas a personas sanas y que logró que Paxil se posicionara también entre los médicos (Frances, 2014).

Un medicamento, que como se verá en el próximo capítulo, presenta graves efectos adversos y que recordemos fue promocionado con la excusa de estar brindando una valiosa información a la sociedad. De “educarla” o concientizarla para que descubriera que una preocupante enfermedad le acechaba, a pesar de su desconocimiento.

Inflación diagnóstica

Entre otros médicos que se han referido a este tema, los dichos del doctor Allen Frances resultan especialmente interesantes por haber sido presidente de la comisión encargada de categorizar los trastornos mentales (DSM) en su cuarta edición. Frances (2014) asegura que la inflación diagnóstica se produce “...cuando confundimos las perturbaciones típicas que forman parte de la vida de todo el mundo con un auténtico trastorno psiquiátrico...” (p.53). Dice también que este sucede con poca frecuencia, en un determinado momento, afectando a la población en un bajo porcentaje que se encuentra aproximadamente entre un 5% o 10%. Por otro lado, menciona que los diagnósticos psiquiátricos tienden a verse incrementados cuando estos sirven para que los pacientes sean admitidos en algún servicio por invalidez o puedan verse beneficiados por alguna otra prestación. Como ha ocurrido con

los veteranos de guerra, diagnosticados (excesivamente) con TEP (trastorno de estrés postraumático). En su libro también se refiere a que uno de los responsables de este fenómeno de inflación ha sido la forma en que se manejan los seguros médicos en Estados Unidos, puesto que para que un médico pueda cobrar (y buscando frenar las consultas triviales) deberá hacer un diagnóstico autorizado (Frances, 2014).

Además, como el mismo autor expresa, los síntomas leves los solemos presentar habitualmente toda la población, en algún momento. Ansiedad, tristeza, falta de concentración entre otros, son síntomas psiquiátricos comunes que no representan *per se* un trastorno. En cambio para que sean calificados como tal, tendrán no solamente que mantenerse en el tiempo de cierta forma, sino también producir una incapacitación y una aflicción importantes. Al pasarse por alto estos requisitos, lógicamente surgen diagnósticos equivocados, que la industria utiliza para crear datos inflados, que les sirven tanto a ellos como a los institutos de salud mental, quienes van a pedir que se aumente el presupuesto para investigación.

Tal como comenta Vince Parry, el ámbito de la psiquiatría es especialmente fértil para la inflación diagnóstica. Sobre todo en lo que respecta a trastornos referentes a los estados de ánimo y la ansiedad, ya que para estos no se suelen realizar las clásicas pruebas paraclínicas como los análisis de sangre, sino que se llega al diagnóstico solo a través de los síntomas. Para él esa falta de precisión es una gran aliada de las farmacéuticas, ya que les permite llevar adelante la manipulación ya mencionada en este capítulo, sobre aumento o reconsideración de enfermedades (Moynihan y Cassels, 2006).

Al respecto Gøtzsche ha señalado que puesto que las descripciones de los trastornos mentales son bastante inciertas, resultan sencillamente maniobrables por la industria, quien dispone del capital suficiente para seducir a los psiquiatras más prestigiosos. De hecho son los especialistas de esta rama de la medicina quienes reciben más dinero de los laboratorios (Gøtzsche, 2014).

Ampliando los límites de la enfermedad

En la década del 70 del siglo pasado, el entonces director ejecutivo de Merck, anunció que había tenido un anhelo personal durante un largo tiempo, y que este era vender fármacos no solo para los enfermos, sino también para los sanos. Su aspiración era que el laboratorio para el que trabajaba le vendiera a todos y que no se restringieran las ventas a quienes padecían una enfermedad (Moynihan y Cassels, 2006). Por su parte Goldman Sachs (un banco inversor) comunicó que no es redituable la inversión en la terapia génica que logra la *curación* de las enfermedades. En el informe sobre el que se vierten estas expresiones, también aconseja a las compañías biotecnológicas que procuren concentrarse en las

medicinas para paliar las afecciones que padecen más personas, que sean crónicas y lucrativas (Observatorio de biopolítica, 2018).

Veamos cuales son los artilugios de los que se valen las grandes compañías farmacéuticas para lograr su doble cometido, vender a las personas sanas y lograr que quienes ya están enfermos no dejen de serlo. Cuando el riesgo comenzó a transformarse en un destino más de tratamiento médico (a partir de los años 1950), los medicamentos se fueron asociando a los factores de riesgo. Fue así, que algunos fármacos se comenzaron a administrar diariamente, no ya para curar, sino para reducir dicho riesgo. En la actualidad, la sola amenaza de enfermar se atiende como una enfermedad ya instalada, que va a necesitar de un tratamiento para siempre (Dumit, 2012). Por eso resulta redituable que los límites entre lo que se considera “normal” y lo “anormal” sean cada vez más flexibles. Porque cuánto mayores sean esas fronteras, más serán las personas pasibles de ser medicadas, lo que hará que crezca el mercado para los laboratorios (Moynihan y Cassels, 2005). Ejemplo de estos factores de riesgos son la osteoporosis o el colesterol.

A propósito del colesterol y ampliar límites, vale la pena citar las declaraciones que al respecto hizo el Dr. Laporte en el programa *Salvados* (Canon96, 2021). En él menciona cómo, a lo largo de los años, los niveles que consideraban que el colesterol era alto se han ido bajando. Mientras que a principios de los años 90, los niveles deseables de colesterol se ubicaban por debajo de 290 mg/dl, a mediados de la misma década el límite se redujo a 270 mg/dl (así, el mercado de consumidores en EE. UU. podría pasar de 11 a 30 millones). Para el año 2001 las cifras aumentaron a 36 millones de posibles consumidores, cuando un grupo de expertos volvió a bajar el criterio que considera que el colesterol está elevado. Y lo mismo sucedió nuevamente en 2004 cuando el mercado llegó a ampliarse a 40 millones de personas. Para ese entonces los conflictos de intereses que ya venían ocurriendo en los años anteriores, se hicieron muy evidentes, ya que de los nueve integrantes que habían establecido los nuevos criterios, ocho tenían conflictos de intereses, pues trabajaban en algunos de los laboratorios que fabricaban los fármacos recomendados para bajar el colesterol (Moynihan y Cassels, 2006). Este procedimiento es un claro ejemplo de la influencia que tiene la industria farmacéutica a la hora de ampliar los criterios que definen una enfermedad, valiéndose además del “marketing del miedo” como una herramienta poderosa que promueve el consumo⁹. Sin tomar en cuenta los daños a los que se expone una persona sana cuando consume medicamentos sin necesitarlos (y cuando los necesita).

9. Tal como refieren Moynihan y Cassels (2006), en una campaña publicitaria de Pfizer se podían ver cadáveres con una frase que enunciaba “Un simple análisis de sangre habría podido evitarlo” (p.24). Mientras que en la campaña para “concientizar” a las mujeres sobre la osteoporosis, se calificaba a la enfermedad como un “sigiloso ladrón” (p. 114).

Fármacos para el colesterol como Baycol del laboratorio Bayer o Crestor de AstraZeneca tuvieron que ser quitados del mercado por sus efectos adversos. Crestor ocasionaba insuficiencia renal y debilitamiento muscular, Baycol estuvo involucrado en la muerte de varios pacientes (Moynihan y Cassels, 2006). Celebrex un antiinflamatorio del laboratorio Pharmacia (que luego fue comprado por Pfizer) indicado para la artrosis y la artritis, causaba un aumento de accidentes cardiovasculares ya que producía trombosis.

Pero uno de los casos más graves es el de Vioxx de Merck, un medicamento para la artritis que finalmente tuvo que ser sacado del mercado en 2004, después de que se comprobara que como el Celebrex también provocaba trombosis, aumentando así los accidentes cardiovasculares, que ocasionaron la muerte de miles de personas (se calcula que más de 100.000) (Gøtzsche, 2014). Lo más lamentable es que a pesar de tener el conocimiento de estos graves efectos adversos, los laboratorios seguían promoviendo su uso.

Grupos de pacientes, celebridades y líderes de opinión

Las grandes compañías farmacéuticas no se conforman con ampliar criterios diagnósticos, sino que también utilizan otras estrategias para hacer crecer el mercado. Entre ellas hay tres figuras que, como mencioné anteriormente, han desempeñado un papel determinante para conseguirlo, a menudo desfilan en los medios de comunicación creando “conciencia” sobre diversas dolencias o alertando acerca de los peligros que estas ocasionan.

La industria comienza la relación con los médicos, cuando estos son estudiantes. A través de pequeños regalos los visitantes médicos se van acercando a los practicantes, con quienes van creando vínculos que se irán afianzando con el tiempo (Moynihan y Cassels, 2006). Al respecto, Sismondo cita los dichos de un visitador médico, el cual afirma que en el vínculo que existe entre médicos y visitantes, la entrega de obsequios representa el componente principal. Estos regalos suelen crear una relación, la cual exige una reciprocidad (Sismondo, 2018). También patrocinan con un buen aporte económico la formación médica continuada ya que las empresas ven en estos cursos una oportunidad de llegar a los médicos con un mensaje que beneficia sus intereses (Gøtzsche, 2014). Para ilustrar los aportes que la industria realiza a la formación continuada, vale citar los € 218 millones que en 2022 distribuyó para la realización de estos cursos en España (Laporte, 2024).

Los líderes de opinión son médicos, quienes a través de su autoridad y prestigio influyen en los demás colegas de su especialidad, a la hora de prescribir medicamentos. Es por eso que son los más pretendidos por las compañías farmacéuticas, para que formen parte de sus filas. Se los contrata con el objetivo de que den conferencias, firmen artículos (muchas veces que ni siquiera han escrito ellos mismos) o para que brinden asesoramiento

a los mismos laboratorios, para lo cual reciben buenas sumas de dinero. Generalmente son los visitantes médicos quienes se encargan de captar a los futuros líderes, pagándoles, al principio pequeñas sumas de dinero, que luego pueden llegar a convertirse en salarios muy ostentosos (Gøtzsche, 2014).

Ya me referí en este capítulo a que son los psiquiatras quienes más beneficios económicos perciben de las farmacéuticas, pero también es importante señalar que a su vez son los que más “formación” obtienen de esta. Se invierte mucho en ellos porque su labor le resulta muy redituable a la industria (Gøtzsche, 2016).

Sería pertinente que estos expertos revelaran sus conflictos de intereses cuando dan clases, ofrecen conferencias en los congresos o aconsejan cuidados y recomiendan tratamientos farmacológicos en los medios de comunicación.

Los grupos de pacientes son asociaciones organizadas para brindar apoyo e información sobre la enfermedad que aqueja a enfermos con diversas patologías. Si bien estas organizaciones no suelen tener ánimo de lucro, muchas veces se ven beneficiadas con los aportes de los grandes laboratorios. Estos contribuyen económicamente con algunas de ellas para lograr su propio provecho.

Una forma de sacar partido de la colaboración hacia estos grupos es poder introducir información sobre sus medicamentos en las páginas web¹⁰ de las asociaciones, o en el material informativo que se les ofrece a los pacientes. Incluso, algunas compañías farmacéuticas han llegado a crear asociaciones de pacientes con el fin de lograr que los miembros de las organizaciones, ejerzan presión para que se les prescriba determinado fármaco a los pacientes que pertenecen a ellas (Gøtzsche, 2014). También es una forma de que los pacientes, con su empuje logren que entes reguladores aprueben medicamentos y que los servicios de salud los subvencionen (Laporte, 2024).

Las personas famosas también son figuras a las que las compañías recurren a la hora de promocionar medicamentos o en la mayoría de los casos, enfermedades, que en definitiva y como ya vimos, son utilizadas para promover la medicación correspondiente. Moynihan y Cassels sostienen que las celebridades van transformándose en las protagonistas de las campañas publicitarias para, a través de ellas, lograr que el público perciba los malestares normales, de la manera que la industria pretende. Y citan las declaraciones que al respecto hace la experta en relaciones públicas Amy Doner.

10. Incluso las propias compañías farmacéuticas han creado páginas web para “educar” a los posibles pacientes. En 2002 Eli Lilly creó el sitio de internet bipolarawareness.com para crear “conciencia” acerca de la bipolaridad. Una característica de este tipo de webs, son los test que allí aparecen para poder diagnosticar velozmente la enfermedad (Whitaker, 2015).

Ella asegura que las campañas protagonizadas por personas conocidas son muy eficaces para lograr un impacto sobre los usuarios, ya que la gente suele creer en los famosos.

Afirma que esa repercusión se puede conseguir simplemente con un artículo de prensa o con un espacio en algún programa de entrevistas en la televisión (Moynihan y Cassels, 2006). De hecho, en su perfil de LinkedIn se presenta como dueña de un talento especial para vincular a las celebridades con las compañías y lograr obtener campañas exitosas, gracias a su idoneidad para determinar lo que necesitan sus clientes y que sus mensajes, lleguen a través de la personalidad más adecuada para este. También menciona a algunas de las personas famosas con las cuales ha trabajado, como Cindy Crawford, Rob Lowe o Sally Field. Así como a varios laboratorios con los que colaboró, entre ellos, Johnson & Johnson, Novartis, Boehringer Ingelheim o Pfizer (Doner, s.f.).

Moynihan y Cassels también hacen referencia a los dichos de otro especialista en marketing, quien sostuvo que es más efectivo que estas personalidades famosas se presenten en entrevistas de programas de televisión en vez de hacerlo en publicidades. Lo importante es crear conciencia. Pero como refiere la licenciada Amy Allina, el hecho que los famosos divulguen ya sea un fármaco o una enfermedad, sin aclarar la relación económica que sostienen con los laboratorios representa un engaño (Moynihan y Cassels, 2006).

Además de los líderes de opinión, de los famosos o los grupos de pacientes, el periodismo tampoco se escapa de la influencia poderosa de la industria farmacéutica. En Estados Unidos, esta se encarga de financiar cátedras y becas universitarias, pero también concede premios a aquellos periodistas que informan de acontecimientos con los cuales las farmacéuticas se ven beneficiadas. Claro que todo llevado a cabo de forma bastante desapercibida, ya que por ejemplo estos premios no son subsidiados directamente por las compañías farmacéuticas, sino por alguna tercera a la que ella financia (Gøtzsche, 2014).

Industria farmacéutica en Uruguay

Cuenta un extrabajador de la industria farmacéutica, que la forma en que esta tiene contacto directo con el médico, es a través del representante del laboratorio, el visitador médico, quien entrevista a los médicos en general. Pero en algunas ocasiones, cuando se saca por ejemplo un fármaco importante, se pueden realizar entrevistas entre un jefe de equipo o un gerente del laboratorio, con un profesor grado cinco, con el jefe de la cátedra, o con docentes, para hablar sobre el producto. A veces, se le pide a un profesor que haga un trabajo a doble ciego, randomizado, en el departamento que trabaja (generalmente en hospitales) para darle más veracidad a las virtudes que tiene el medicamento. El laboratorio le proporciona unas planillas para que se haga el control, el fármaco activo y el placebo.

Ese trabajo, por estar firmado por profesores, y hecho en nuestro medio, a los médicos les da más credibilidad y les da más certeza de que el fármaco aca funciona. Una vez que el trabajo está terminado se sale a la visita médica con esa información, que es la que se le entrega a los médicos, más la bibliografía internacional que ya suele estar publicada.

Cada sociedad científica cuando organiza un congreso avisa en qué fecha va a ser y le ofrece a los laboratorios la posibilidad de que participen activamente. Ya sea comprando un lugar para un stand para exhibir sus productos o pidiéndole que se encargue de la papelería, o de las mochilitas que tienen el logo impreso del congreso, otros se encargan del catering, etc. También se hacen cenas show donde van cómicos o cantantes, algún espectáculo que sea atractivo. Todo lo paga un laboratorio, el congreso está de alguna manera patrocinado por los distintos laboratorios que además compiten entre ellos para cada uno encargarse de algo para destacar más. Cuando los laboratorios multinacionales tienen un gran interés en que un fármaco sea promocionado para una especialidad médica determinada, los laboratorios financian las idas al congreso al exterior. El laboratorio toma un grupo de médicos que son los que generalmente son considerados “más recetadores”, o también profesores que son los que dictan la cátedra. Se les pagan los pasajes, la estadía, la entrada al congreso, las comidas, todo va a cargo del laboratorio.

También se les hacen presentes a médicos, nurses, a los encargados de compras y del depósito, etc. Se regalan muchísimas veces al año. Se toman en cuenta las fechas de cumpleaños de los médicos que son importantes o de aquellos que son más recetadores y se le suelen hacer obsequios que pueden ir desde un servicio de catering completo para el cumpleaños, electrodomésticos, televisores, heladera, distintos tipo de atenciones. Es como “mimar” al médico que de alguna manera comprendió las bondades que tiene el medicamento y que se transforma en un potencial recetador del mismo. El gasto en marketing es grande, hay un rubro especialmente para la parte de venta y la parte de propaganda. Además los visitantes viajan al interior y cuando viajan se les paga el hotel, la comida, el combustible. Se vende a farmacias y también tratas de “mimar” a esos clientes. Los invitamos a veces a comidas, “almuerzos de marketing”, vas a las cabezas del Centro de Farmacia, siempre se motiva con almuerzos de marketing a los compradores de grupos de farmacia. Se los invita a participar de eventos, por ejemplo algunos laboratorios multinacionales invitan a concurrir a la filial que está en otro país y los invitan a que vayan a participar, a conocer la planta de producción. Al igual que con el congreso, con todos los gastos pagos y lo llevan a pasear, a conocer lugares, para que se sientan a gusto.

Las empresas que están acá funcionan de la misma manera que funcionan en el primer mundo. Si las casas matrices funcionan de la forma que lo hacen en los países del primer mundo, donde hay más controles, imaginémonos cómo no van a funcionar de la misma manera acá.

Capítulo 3: Salud mental

APA y DSM

Como acabamos de ver, las compañías farmacéuticas acostumbran servirse de herramientas publicitarias para formar sensaciones y pensamientos en el público. Con el fin de hacer crecer el mercado de consumidores, son capaces de ampliar los límites de una enfermedad, redefinirla o incluso crearla. Para que esta práctica sea eficiente hay varios actores que participan, pero además de los mencionados periodistas, líderes de opinión o celebridades, hay una organización que cumple un papel clave para que la mencionada inflación diagnóstica (en lo que respecta a la psiquiatría) sea llevada adelante, se trata de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés).

La APA fue creada en el siglo XIX en Estados Unidos y es la asociación psiquiátrica más grande del mundo. Según refiere Allen Frances (2014), es quien tiene el dominio en cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, y como no es de extrañar también ha recibido colaboración económica de la industria farmacéutica. La APA es la encargada de la redacción del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Veamos brevemente algunas de las características de este manual, considerado por algunos, la biblia de la psiquiatría, pero también cuestionado con recelo por otros.

En la década del 50 del siglo XX, se habían lanzado al mercado una serie de medicamentos para las afecciones psiquiátricas, que lograron que esta especialidad médica atravesara un auge en su historia. Con lo cual la psiquiatría biológica logró imponerse sobre la psiquiatría psicoanalítica. La teorías bioquímicas de las patologías psiquiátricas habían afianzado una estrecha alianza entre los psiquiatras y los psicofármacos, consiguiendo que la venta de esta clase de medicamentos aumentara. Pero unos años más tarde, en la década del 70, la psiquiatría biológica comenzó a ser cuestionada. En 1961 el psiquiatra Thomas Szasz publicó su libro *“El mito de la enfermedad mental”* en el cual sostenía que los catalogados con trastornos psiquiátricos no eran más que personas que actuaban de manera inusual o que simplemente se enfrentaban a dificultades de la vida. La publicación de su libro generó que otras voces críticas se alzaran contra la psiquiatría biológica¹¹ (Whitaker, 2015).

Una de ellas fue la del filósofo francés Michel Foucault quien también fue crítico con la medicalización del desarrollo de acontecimientos intrínsecos de la vida (Sismondo, 2018).

11. Además el estreno en 1975 de la famosa película de Jack Nicholson *“Alguien voló sobre el nido del cuco”* también generó una mirada crítica sobre los hospitales psiquiátricos (Whitaker, 2015). En nuestro país es conocida por el título *“Atrapado sin salida”*.

Un movimiento antipsiquiatría se había puesto en marcha, este consideraba que la psiquiatría tenía como objetivo controlar a la sociedad (Davies, 2017).

A raíz de estos cuestionamientos, la psiquiatría fue perdiendo terreno frente a otro tipo de terapias no médicas, afectando no solo el prestigio sino también los ingresos económicos de los psiquiatras, (a su vez la venta de psicofármacos disminuyeron notoriamente) quienes no se quedarían de brazos cruzados ante el aumento de las posiciones críticas de quienes se enfrentaban a su profesión. Fue entonces que la APA decidió que lo que los devolvería otra vez a su posición anterior era el hecho de ser médicos y poder, a diferencia de terapeutas y psicólogos, medicar a sus pacientes. El objetivo sería entonces “remedicalizar”, para lo cual se debía asegurar que los problemas mentales eran enfermedades de origen biológico. Entonces una nueva versión del DSM¹² en la que se transmitiera el concepto de que los trastornos mentales eran especialidad de la psiquiatría, vendría a salvaguardar esa idea. Tanto la APA como diversos psiquiatras se encargaron de alabar el contenido del DSM-III, subrayando que su contenido era científico y no psicoanalítico (Whitaker, 2015).

Puesto que este manual es la guía en la que se basan los profesionales de la salud para diagnosticar los trastornos mentales, era tan importante que en él se reflejara la noción de que dichos trastornos tenían el mencionado origen biológico, y por tanto su tratamiento fuera farmacológico.

El encargado de llevar adelante la dirección del grupo de trabajo que desarrolló el DSM-III fue el psiquiatra Robert Spitzer. El nombró a los ocho miembros del grupo¹³ y le dio un giro a los criterios diagnósticos, trayendo como resultado un aumento de la clasificación de las enfermedades mentales. Que en esta nueva versión del manual (publicada en 1980), pasarían a ser 292. Otro cambio introducido en este DSM, fue el tiempo durante el cual se tenía que presentar un síntoma, para ser considerado un diagnóstico. En lugar de que ese periodo fuera de un mes o más (como solía contemplarse), se pasaría a disminuirlo a dos semanas (Davies, 2017). Lo cual puede ser muy discutible, imaginemos por ejemplo el tiempo que una persona puede estar triste o deprimida por la pérdida de un ser querido. Establecer un período de tiempo determinado, durante el cual sea normal estar dolido, parece un criterio muy arbitrario. Como de hecho lo es, y se explica a continuación.

12. En 1952 había salido la primera versión del manual, que contaba con 106 categorías diagnósticas, en 1968 salió la segunda versión con 180 categorías. 13. Cuatro de los miembros trabajaban en la universidad de Washington, en Saint Louis, y postulaban que la enfermedad mental se originaba en el cerebro, por lo cual su análisis debería ser científico, quitándole relevancia a la contemplación que los factores sociales pueden tener en los desórdenes mentales (Davies, 2017).

Tal como relata el psicoterapeuta James Davies, el aumento de las categorías diagnósticas del DSM no es resultado de descubrimientos en el área de la neurobiología (la mayoría de los trastornos no tienen una causa biológica comprobada), sino que estas son fruto del sistema a través del que se llegan a establecer los criterios diagnósticos, esto es: el consenso. Resulta que el grupo encargado de determinar los nuevos trastornos, llega a ellos mediante votación. Según uno de los integrantes del comité del DSM-III, al que Davies pudo entrevistar, el método para incluir una nueva categoría al manual, era discutir entre los miembros del grupo, para después votar a mano alzada. Por su parte, otro de los integrantes le contó que utilizaban el consenso clínico para la elaboración del manual, ya que los datos de los que disponían eran escasos y cuando no se ponían de acuerdo, lo resolvían votando¹⁴. Davies también cita los dichos del mismo Spitzer, quien admitió que la industria farmacéutica estaba contenta con el perfil que había tomado el manual, ya que gracias a que este lograba medicalizar el sufrimiento, sus ventas aumentarían (Davies, 2022). De hecho, la industria no solo quedó contenta, sino que también ha colaborado activamente para lograr esa felicidad. William Davies apunta que antes de que la quinta edición del DSM fuera publicada, se supo que el 50% del presupuesto de la APA había sido financiado por la industria. Además, de los once integrantes del comité asesor diagnóstico, ocho tenían conflictos de intereses (Davies, 2017). Por todo este tratamiento que ha tenido el manual, fue que en 2012 un grupo de organizaciones relacionadas a la salud mental, que se mostraron muy críticas con el perfil que había adoptado el DSM, se juntaron para pedir que se detuviera la publicación del mismo (Davies, 2022).

Medicalización

Pero el DSM no sólo amplió la cantidad de trastornos mentales, sino que también ha bajado la cantidad de criterios¹⁵ por los que una persona puede ser catalogada como poseedora de algún trastorno. Esto, además de aumentar la patologización de la sociedad, también incrementa la medicalización¹⁶ y genera que cada vez más, se mediquen los sinsabores de la vida cotidiana (Davies, 2022). Colaborando a convertir a la “enfermedad” mental en una epidemia. En el capítulo anterior se pudo ver cómo esto sucede frecuentemente, no sólo con trastornos mentales.

14. Otro de los miembros del grupo, Henry Pinsker, llegó a decir: “Creo que lo que ahora llamamos trastornos en realidad no son más que síntomas” (Davies, 2017, p. 203). 15. Los criterios son las descripciones de signos y síntomas que deben estar presentes para diagnosticar determinado trastorno o enfermedad. 16. Se entiende la medicalización como “un proceso mediante el cual los problemas no médicos se definen y se tratan como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades y trastornos” (Conrad, 2007, p.4).

El propio Allen Frances (recordemos que fue el encargado de presidir la cuarta versión del DSM), en una entrevista con James Davies reconoció que la manera en que es utilizado el manual fomenta la medicalización (Council for Evidence-based Psychiatry, 2015). También en su libro de 2014 advierte que los diagnósticos imprecisos presentes en el DSM- IV han logrado aumentar de manera excesiva el consumo de medicación. Así como alerta sobre los peligros que en el mismo sentido pudiera ocasionar la quinta versión del manual (Frances, 2014).

Por su parte Joan Ramon Laporte opina que cuando el dolor emocional es llevado al ámbito de la medicina, inevitablemente, se lo termina medicando. Trayendo resultados negativos, puesto que los psicofármacos no pueden solucionar cuestiones que tienen como origen el malestar social. Tampoco psicólogos o psiquiatras acabarán con la violencia, la desocupación o la soledad que provoca la angustia emocional (Laporte, 2024). Cómo apunta Ivan Illich, cuando la medicina se concentra más en la enfermedad que en modificar el entorno que genera que las personas enfermen, el resultado no es el mejor (Illich, 1975).

Origen de la “enfermedad mental”

Dice la psiquiatra Joanna Moncrieff que la concepción sobre el malestar emocional y de los problemas de conducta que se maneja en la psiquiatría de occidente, es la que postula que esta es la secuela de alguna alteración orgánica, básicamente del cerebro. Se considera a los trastornos anímicos como una enfermedad. Apareciendo en las últimas décadas el concepto de un desequilibrio químico en el cerebro como responsable del origen de los desórdenes mentales. Por lo tanto, si la génesis de estos desórdenes es una enfermedad, se supone que los medicamentos psiquiátricos, curaran dicha afección. Así, aparentemente los antidepresivos curarían la depresión, los antipsicóticos intervendrían sobre el proceso biológico que origina la psicosis, lo mismo los ansiolíticos con la ansiedad o los “estabilizadores del ánimo”, que lograrían estabilizar el ánimo perturbado (Moncrieff, 2013).

Si bien mencionaré algunos de estos fármacos y trastornos, es inabarcable para la estructura de este trabajo desarrollar la información de cada una de las patologías que se consideran “enfermedades mentales”. Me centraré más que nada en la depresión y los antidepresivos, considerando que tanto, trastorno como fármaco, son determinantes sustanciales en la formación de la subjetividad contemporánea.

¿Es la depresión el resultado de un desequilibrio químico?

Para comenzar a pensar en lo que la depresión es, podemos plantearnos en primer lugar la complejidad de definirla. Si tomamos en cuenta las afirmaciones de Joan Ramon Laporte, la

depresión puede ser considerada una construcción social. Para este médico no se puede plantear la depresión como una enfermedad, la forma de diagnosticarla se ha ido modificando con los años y sus síntomas no están claramente demarcados (Laporte, 2024). De hecho, como señala la Dra. Moncrieff, la noción de depresión es bastante contemporánea, empezó a surgir en los años 60, cuando aparecieron los primeros medicamentos para combatirla. Y advierte que a diferencia de las enfermedades físicas, como por ejemplo el cáncer de hígado o las afecciones cardíacas, los trastornos psiquiátricos no pueden ser mensurados sin tomar en cuenta a la persona que los experimenta. A diferencia del cáncer, que tiene características posibles de ser cuantificadas e identificadas con cierta facilidad, los pensamientos, emociones y comportamientos no son tan fácilmente medibles (Moncrieff, 2013). A su vez Laporte sostiene que la atención que se les brinda a los pacientes con trastornos mentales, tiene un abordaje más biologicista que aquel que toma en cuenta los acontecimientos vitales de las personas (Laporte, 2024).

Pero como ya fue mencionado anteriormente, hace años que se viene atribuyendo como causante de la depresión, la existencia de un desequilibrio químico en el cerebro, ocasionado por la deficiencia de un neurotransmisor llamado serotonina. Veamos un poco más detenidamente este argumento.

Explica el doctor Laporte que para que se produzca la transmisión de información entre las células del sistema nervioso (neuronas), se debe producir una descarga de neurotransmisores. A diferencia de un cable eléctrico, el impulso entre neuronas o entre neurona y la célula siguiente, no es continuo, sino que sucede de forma discontinua, ya que entre ellas hay una hendidura (sinapsis). Los neurotransmisores, que son una sustancia química, se desprenden de la prolongación más larga de la neurona (axón) y son recepcionadas por las prolongaciones más cortas (dendritas) de la siguiente célula nerviosa o por alguna otra clase de célula. Los neurotransmisores presentes en este proceso son múltiples, el que se ha señalado como fundamental en la ocurrencia de la depresión, es la serotonina (Laporte, 2024).

Cuando los neurotransmisores quedan en la hendidura sináptica pueden ser recaptados o reabsorbidos por las células nerviosas. Pero este proceso también puede ser estimulado por fármacos. Los cuales son capaces de estimular o inhibir la liberación de los neurotransmisores. Los antidepresivos son utilizados para que aumente la cantidad de neurotransmisores en la sinapsis, lo cual logran al detener la recaptación de estas sustancias (Moncrieff, 2013). Son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) los que cumplen esta función.

La doctora Moncrieff explica que cuando en los años 60 surgieron los primeros antipsicóticos, comenzó la búsqueda de fármacos que mejoraran la depresión. Por lo que se fueron probando distintas drogas, que producían diferentes resultados. Buscando crear una

teoría que respaldara el uso de fármacos para combatir la depresión, es que se origina el concepto de que esta pueda ser producto de alguna irregularidad en la química del cerebro. Siguiendo el razonamiento de que la anfetamina (que solía prescribirse a personas con depresión) era un estimulante de la noradrenalina (otro neurotransmisor), se propuso que la serotonina jugaba un papel importante en la depresión. Años después de este postulado, en la década del 70, se hizo un importante estudio sobre esta teoría, que se presume no encontró correlación alguna entre depresión y serotonina, pero los resultados no se dieron a conocer. Por lo cual se creía que esta conjetura estaba enterrada, hasta que en los años 80, cuando Eli Lilly presentó la fluoxetina (un fármaco ISRS), reanudó la teoría para vender este antidepresivo que llevaría el nombre comercial de Prozac (Whitaker, 2025).

Si bien la explicación del desequilibrio químico está sumamente extendida entre médicos y psiquiatras y es el argumento que se esgrime a la hora de prescribir los ISRS, no hay datos certeros que demuestren que dicho desequilibrio sea el origen de la depresión.

En 2022, Joanna Moncrieff et al. publicaron un artículo después de analizar cientos de estudios sobre la relación entre la serotonina y la depresión. En él presentaron los resultados de análisis que estudiaban si las personas con depresión tenían menos cantidad de serotonina en sangre, o en el cerebro, o que tuvieran alguna falla en los receptores de la serotonina, para ninguna de las tres opciones encontraron datos que lo demostraran. Buscaron entonces alguna prueba de que estas personas tuvieran un sistema que eliminara más eficientemente la serotonina de la sinapsis y tampoco lo encontraron. También se fijaron si había algún componente genético que causara la depresión o algún factor de riesgo que al unirse a una situación de estrés desatara la depresión y tampoco hallaron nada. No encontraron pruebas que evidenciaran que el déficit de serotonina sea causante de depresión, pero sí hallaron que lo que tenían en común las personas con depresión era el haber atravesado alguna situación desafortunada en sus vidas (Laporte, 2024; Moncrieff et al., 2023).

Antidepresivos

Hay distintas clases de antidepresivos, los primeros en aparecer fueron los tricíclicos, similares a los primeros fármacos neurolépticos y los IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa), los cuales se considera que aumentan la disponibilidad de noradrenalina (un neurotransmisor). Los ya mencionados ISRS, y más cerca en el tiempo han aparecido otros, como la mirtazapina, la moclobemida o la venlafaxina (Moncrieff, 2013). Si bien se sostiene que los ISRS tienen como característica el actuar selectivamente sobre la serotonina, no se limitan a esta, sino que impactan en otros neurotransmisores,

además de en todos los órganos del cuerpo, la aparente selectividad no es tal (Laporte, 2024).

Al pertenecer a distintas clases de fármacos, los efectos de los diferentes antidepresivos varían. Por ejemplo, los efectos de los tricíclicos son la sedación, ocasionan dificultad en la memoria y la atención, así como aumentan el sueño y provocan somnolencia durante el día y enlentece las reacciones. Entre los efectos adversos que presentan se encuentran los problemas cardíacos, ataques epilépticos, hipotensión postural, boca seca, visión borrosa, confusión, aumento de peso, estreñimiento, dificultad para orinar y disfunciones sexuales (Moncrieff, 2013).

Efectos parecidos también generan los IMAO y los ISRS (que luego señalaré con más detalle), cabe preguntarse si vale la pena tomarlos, ¿la relación costo beneficio se inclina a favor de los antidepresivos? ¿o será más conveniente ser precavidos con su ingesta? Con la información recogida en el primer capítulo de este trabajo, también surge cuestionarse acerca de los posibles sesgos en ensayos y por el efecto placebo.

A propósito de los sesgos, la doctora Moncrieff advierte que la mayoría de los estudios sobre medicamentos psiquiátricos son llevados adelante por la industria farmacéutica y los psiquiatras, por lo cual los beneficios son magnificados y los efectos adversos subestimados. Según la psiquiatra, se produce entonces el “sesgo de publicación”, o sea, se tienden a publicar los estudios que presentan efectos positivos de los fármacos en detrimento de aquellos con resultados negativos (Moncrieff, 2013). En cuanto al efecto placebo Peter Gøtzsche hace referencia a un estudio de 100.000 personas (de las cuales la mitad tenía depresión) en el cual un 50% conseguía mejoría con antidepresivos, mientras que un 40% la conseguía con el placebo. Según este estudio analizado por la FDA, los antidepresivos funcionan en el 10% de quienes lo toman (Gøtzsche, 2016).

Por su parte Robert Whitaker cita un estudio de 2008 en el cual el psicólogo Irving Kirsch, de la universidad inglesa Hull, publicó datos sobre los ensayos de varios antidepresivos que demostraban que los participantes que tomaban estos fármacos presentaban una disminución de sus síntomas correspondientes a 9,6 puntos en la escala Hamilton¹⁷ que evalúa la depresión, mientras que los pacientes a los que se les había dado placebo, presentaban una reducción de 7,8. Esa diferencia de tan solo 1,8 no llegaba a ser significativa. El Instituto Nacional de Excelencia Clínica de Inglaterra había establecido anteriormente que para considerar que realmente hubiera un beneficio significativo, la diferencia tendría que ser de 3 puntos en la mencionada escala (Whitaker, 2015).

Para Joanna Moncrieff no hay pruebas que demuestren que los antidepresivos sean

17. La escala Hamilton es utilizada para medir la intensidad de la depresión. Es un cuestionario con 17 ítems y la puntuación total puede ir hasta 54 puntos (Moncrieff, 2013).

eficaces para la depresión. Afirma que como la depresión suele traer aparejados problemas para dormir o ansiedad, algún fármaco que produzca efectos sedantes va a mejorar esos ítems (que sí van a lograr un puntaje significativo en la escala Hamilton). Por otro lado, señala que cualquier medicamento psicoactivo al alterar la conciencia y aplanar o adormecer las emociones, va a lograr atenuar los sentimientos depresivos (Moncrieff, 2013). Por su lado el Dr. Gøtzsche dice que cualquier sustancia que aletargue o que exalte el ánimo, parecería funcionar para mejorar la depresión. Y señala que entonces el consumo de alcohol sería eficiente, pero que no por eso se lo receta (Gøtzsche, 2016).

ISRS: ¿inhibidores de depresión o causantes de iatrogenia?

Con respecto a los ISRS hay muchos estudios que, al igual que sucede con otros antidepresivos, tampoco demuestran que sean significativamente más eficaces que un placebo. Citaré como ejemplo, los ensayos con los que contaba la FDA, en el año 2008, que eran 74, de los cuales la mitad presentaban resultados favorables a los ISRS, pero no así la otra parte. Como no es de extrañar, la gran mayoría de los que se publicaron fueron los que mostraron efectos positivos en los antidepresivos (Laporte, 2024).

Pero lo peor con estos fármacos, no es que tengan una baja eficacia para lo que prometen tratar, sino que pueden resultar muy peligrosos para las personas que los consumen, sobre todo para los niños. De hecho la propia FDA pidió a los fabricantes de antidepresivos que advirtieran a quienes consumieran sus productos que fueran observados y controlados por posibles cambios repentinos de comportamientos o por tendencias suicidas (Gøtzsche, 2016). Los ISRS pueden ocasionar, como la mayoría de los antidepresivos, disfunciones sexuales, pero también problemas digestivos, como dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. Aunque tienen efecto sedante en ocasiones pueden producir agitación (Moncrieff, 2013).

Dice el Dr. Laporte que hay muchas razones para cuestionar la seguridad y la eficacia de los ISRS, la cual asegura, es mínima. La FDA, dos décadas atrás había prevenido sobre los peligrosos efectos de estos antidepresivos, entre ellos: ansiedad, ataques de pánico, agresividad, acatisia¹⁸, suicidio y hasta homicidio. Y señala que los pacientes que los consumen suelen quejarse de que además de la somnolencia y los problemas sexuales, les produce aislamiento, insensibilidad emocional, confusión mental y aplacamiento de los sentimientos positivos.

18. La acatisia se caracteriza por una sensación interna de inquietud extrema y una necesidad imperiosa de moverse. Puede causar ansiedad o angustia extrema, incluso algunos pacientes describen que sienten la necesidad de arrancarse la piel. La acatisia grave conlleva un riesgo elevado de ideación suicida y homicida.

Los pacientes dicen no sentirse como “ellos mismos”. Este médico además sostiene que la teoría del desequilibrio químico es falsa y el sentirse deprimido responde a atravesar situaciones estresantes más que a un déficit de serotonina (Laporte, 2024).

En nuestro país los antidepresivos más consumidos son sertralina, escitalopram y fluoxetina, tres ISRS que han ocasionado diversos perjuicios en quienes lo han consumido alrededor del mundo. Daños por los que se han llevado adelante diversos juicios hacia las compañías que los producen, las cuales a pesar de conocer los efectos adversos que generan, no dejan de producirlos, ya que con ellos ganan cientos de millones de dólares.

La fluoxetina producida por el laboratorio Eli Lilly, bajo el nombre comercial de Prozac, fue el primer fármaco de este tipo en comercializarse. Salió a la venta en 1988, pero ya varios años atrás habían comenzado los primeros estudios del laboratorio sobre esta droga. Cuenta Robert Whitaker que en 1977 se realizaron los primeros ensayos organizados por el laboratorio, de los cuales se pudo concluir que el fármaco no conseguía mejoras en la depresión, pero sí ocasionaba preocupantes reacciones adversas, como la acatisia (que incrementa la posibilidad de suicidio y de violencia) y desasosiego. Incluso un participante del ensayo se había tornado psicótico. Varios años después se supo que una de las maniobras utilizadas por Lilly, para que la FDA aprobara su droga, fue registrar algunos de los efectos adversos que producía la fluoxetina, como si fueran síntomas de la depresión (Whitaker, 2015). Tal vez también haya ayudado al consentimiento de la FDA, el hecho de que durante la época de aprobación del fármaco gobernara en Estados Unidos, George Bush padre, antiguo directivo de Eli Lilly (Gøtzsche, 2016). Otra de las maniobras utilizadas por el laboratorio para ocultar los peligrosos efectos adversos (que también es llevada adelante por otros fabricantes), es culpar a la enfermedad y no a la droga. Generalmente argumentan que los suicidios se deben a la depresión y no al fármaco. Pero las cifras que vinculan medicamento y suicidios es muy alta. Gøtzsche asegura que ya en la década del 90, eran cientos. Documentos internos de la empresa, demuestran que ya lo sabía, y en estos se especificaba que la táctica para ocultarlo era precisamente responsabilizar a la enfermedad o directamente falsear datos de estudios, como se hizo en uno, en el cual se omitieron 76 de 97 casos de suicidio en pacientes medicados con Prozac, antes que estos fueran vistos por la FDA (Gøtzsche, 2014).

Con respecto al argumento esgrimido por las farmacéuticas, acerca de que es la depresión, y no la medicación la que induce al suicidio, hay un estudio realizado por el psiquiatra irlandés David Healy, que demuestra que al margen de los efectos que pueda producir la depresión, el fármaco puede resultar peligroso sin la presencia de un ánimo deprimido. Cuando el médico administró sertralina a veinte pacientes sanos (sin trastornos mentales, ni depresión) dos de ellos experimentaron comportamientos suicidas. Pero resulta que Pfizer, el fabricante de este ISRS, ya había realizado estudios de este tipo con iguales

resultados, pero los había ocultado (Gøtzsche, 2014). En 2018 se publicó un trabajo sobre antidepresivos, en el que se concluía que la sertralina tenía que ser el medicamento de referencia y el primero en elegirse a la hora de tratar la depresión. Pero lo que no se dijo en el referido estudio es que de los cinco ensayos del fármaco, que se habían realizado, comparándolo con placebo, solamente uno era favorable a la sertralina. Que justamente fue el que se publicó. Además, Pfizer había planificado que se publicaran informes en los que se ensalzaran las propiedades de su antidepresivo, firmada por falsos autores. Otros ensayos realizados en niños y adolescentes, mostraron que las ideas o comportamientos suicidas eran entre dos y cuatro veces mayores entre los que habían consumido sertralina, que en quienes habían tomado placebo (Laporte, 2024).

El escitalopram es un claro ejemplo de las maniobras de la industria farmacéutica para hacerse con más dinero. Cuando la patente del ISRS citalopram, propiedad del laboratorio danés Lundbeck estaba a punto de caducar, la empresa utilizó un par de argucias para no perder las ganancias que obtenía con este antidepresivo. Con una de ellas violó la ley antimonopolio de la Unión Europea, cuando le pagó a otros laboratorios para que no lanzaran al mercado una versión genérica del fármaco, delito por el cual luego se vió obligada a pagar € 94 millones. La otra estrategia fue la de patentar la parte activa del citalopram (puesto que este se compone de dos partes, especulares entre sí, pero solo una es activa), se deshizo de la mitad inactiva y le hizo un pequeño cambio al nombre de lo que básicamente era el mismo fármaco¹⁹. Pero que promocionaría como más eficaz que el anterior (Gøtzsche, 2016). Con esta maniobra Lundbeck se aseguró que cuando la patente del citalopram caducara, las ganancias que le reportaba la patente del escitalopram, no permitirían que sus ingresos se vieran resentidos. El Dr. Gøtzsche cuenta que en Dinamarca, en un momento el precio del escitalopram llegó a ser diecinueve veces más costoso que el citalopram (aunque se demostró en ensayos que la diferencia entre ambos es insignificante). A lo que también hace referencia este médico es a que cuando el escitalopram salió al mercado, varios psiquiatras daneses fueron invitados por el laboratorio a un viaje a París (Gøtzsche, 2014). Al parecer Lundbeck quiso motivar a los médicos para que recetaran un medicamento que les iba a resultar mucho más caro a sus pacientes. Medicamento que, como los anteriormente mencionados, también genera graves efectos adversos. De hecho Forest, el laboratorio que produce estos ISRS en Estados Unidos fue multado y tuvo que pagar US\$ 313 millones por promoción ilegal de estos fármacos para su uso en niños y adolescentes. Además varios padres lo demandaron después de que sus hijos se suicidaran o intentaran hacerlo (Gøtzsche, 2016).

19. Le agregó el prefijo “es” adelante, como también se ha hecho con el Omeprazol. Medicamentos que luego se comercializan como Escitalopram y Esomeprazol.

Abstinencia

Tal como indica el Dr.Laporte, los fármacos ISRS son los que ocasionan más síntomas de abstinencia, superando incluso a los medicamentos opioides (Laporte, 2024). Por su parte el Dr. Gøtzsche advierte que a menudo, cuando los pacientes dejan de tomar psicofármacos (y comienzan a sufrir terribles síntomas) los psiquiatras suelen deducir que el malestar que experimentan los pacientes, es indicación de que el tratamiento es todavía necesario. Pero sostiene que, en realidad, es la respuesta a la dependencia que la medicación les provocó. También menciona que en el Reino Unido, hasta 2003 se sostuvo (falsamente) que los ISRS no producían adicción²⁰, la OMS informó ese mismo año que fluoxetina, paroxetina y sertralina se encontraban entre los treinta medicamentos más adictivos (Gøtzsche, 2014).

Los ISRS a la vez que hacen incrementar la concentración de serotonina, en consecuencia logran que se reduzca la cantidad de receptores de este neurotransmisor. Cuando se interrumpe su consumo de forma abrupta, los síntomas serán similares a los de los alcohólicos o fumadores cuando pasan por la abstinencia (Gøtzsche, 2014, 2016). Por eso se recomienda que la retirada siempre sea de forma gradual, a algunos pacientes les llevará algunos meses poder dejarlos de la manera más sana posible, pero a otros les puede tomar incluso años. Gøtzsche enumera entre los síntomas de retirada más comunes, ansiedad, sensación de electroshocks en la cabeza, malestar estomacal, síntomas gripales, depresión y los ya mencionados pensamientos suicidas (Gøtzsche, 2016). Si bien estos síntomas son comunes en todos los ISRS, en 2001 se supo que la OMS había señalado al Paxil (paroxetina) como el antidepresivo que generaba más problemas de abstinencia. Por lo cual dos años después, su fabricante, Glaxo hizo una modificación en el prospecto del fármaco. Donde antes señalaba que el riesgo de abstinencia era de un 0.2% ahora decía 25% (unas 100 veces más). Este mismo laboratorio había realizado ensayos en los años 90 (los estudios 329 y 377) para lograr la licencia de su antidepresivo para niños. Los resultados demostraron que el beneficio del fármaco no era mayor que el del placebo, pero además los que lo tomaron desarrollaron tendencias suicidas, en un número tres veces mayor de quienes tomaron placebo. Glaxo ocultó estos resultados y puso a la venta el fármaco (Healy, 2012). Lamentable.

20. En nuestro país esto se sigue sosteniendo. En 2024 la catedrática de psiquiatría de la Facultad de Medicina, en una entrevista radial, afirmó categóricamente que los antidepresivos no causan adicción (Azul FM, 2024).

Capítulo 4: Subjetividad de enfermos

Despolitización del sufrimiento

Ya se dijo en capítulos anteriores que la industria farmacéutica era capaz no solo de cronificar enfermedades, sino también de crearlas. Pero la incidencia de esta, ¿es suficiente para que en la actualidad exista un nivel de enfermedad y malestar, como el que se da en nuestros días? ¿Cuánto tiene que ver el funcionamiento de nuestra sociedad en la aparición de cada vez más enfermos? ¿Cuánto inciden los mandatos de la sociedad capitalista en la epidemia de trastornos mentales? ¿Estos están creando una subjetividad de enfermos?

El psicoterapeuta británico James Davies reflexiona en su libro *Sedados* sobre cómo, a diferencia del notorio avance que en las últimas décadas ha logrado la medicina sobre diversas enfermedades y malestares, en lo que respecta al área de salud mental, no solo no se vió un progreso, sino que, por el contrario, los problemas mentales se han visto agravados. Y va más allá cuando sostiene que además de que no ha habido una mejoría, el propio concepto de salud mental ha cambiado, en respuesta a los mandatos del sistema capitalista. Según Davies, en los últimos años, los requerimientos del mercado para con los individuos, son la productividad, el individualismo, el optimismo y la resiliencia, todos rasgos que benefician al sistema económico dominante. En este sistema, no se buscarán los orígenes del sufrimiento en circunstancias económicas o sociales adversas, sino que se atribuyen a alguna deficiencia en nuestros cerebros (o mentes), que generalmente tendrán su solución en la medicalización (Davies, 2022). Al respecto, la psicoanalista francesa Élisabeth Roudinesco opina que con el fin de que la economía obtenga mejores resultados, la sociedad moderna ha intentado deshacerse de la concepción de conflicto social, y busca dejar de lado el enfrentamiento, sustituyéndolo por la evitación. Por eso, dice, se evitan las luchas y las controversias y en su lugar se busca normalizar. Lo que da como resultado un individuo que pretende anular en sí mismo todo rasgo de conflicto, para lo cual el uso de medicamentos psicotrópicos (usados como normalizadores y adormecedores de conflictos) resulta ideal (Roudinesco, 2000).

Esta sedación y mercantilización del sufrimiento viene a colaborar con la economía capitalista, ya que promueve el consumismo y ayuda a controlar posibles conductas que trastoquen el sistema instaurado. En este sentido, las intervenciones psicológicas o médicas vendrían en parte a tapar el origen social del malestar mental, no solo medicalizándolo sino también psicologizándolo y despolitizándolo. Origen social que incide mucho en los problemas mentales. De hecho su prevalencia (como demuestra el estudio que Pickett y Wilkinson publicaron en su libro *El nivel interior*) es más del doble en países desiguales, comparados con otros donde hay más igualdad (Davies, 2022).

Manipulación, miedo y control

Si al modelo capitalista le resulta funcional mantener el malestar bajo control para seguir siendo exitoso, cabría preguntarse cuáles son los medios que utiliza en pos de obtener los resultados deseados. Erich Fromm, el famoso psicoanalista alemán, ya había escrito en el siglo pasado que nuestros sentimientos y pensamientos son controlados por el gobierno y los empresarios mediante los medios de comunicación que ellos manejan. Para Fromm, la utilización de técnicas hipnóticas, tanto de actores políticos como de quienes se dedican a vender, atentan contra la salud mental, pues van en contra del razonamiento crítico y la autonomía emocional, se ejerzan estas desde la propaganda o la publicidad (Fromm, 2013).

Por su parte, el psiquiatra y psicoanalista español Jorge Tizón afirma que las élites dominantes buscan obtener el control de los medios de comunicación ya que estos son un recurso para obtener más poder. Sostiene que cada vez son más admitidos los diversos medios de control, tanto social como político, (obtenidos en lugares que van desde universidades hasta en *think tanks*²¹) que logran manejar nuestras emociones para que las clases dirigentes se sigan fortaleciendo (Tizón, 2015). William Davies, al referirse a las redes sociales, señala que estas suelen quedar bajo el control de lo que se denomina “leyes de poder”, por lo cual quienes ostentan más privilegios tenderán a hacerse con ese poder, para lograr aún más beneficios (Davies, 2017). Apelar a la manipulación de emociones básicas ha resultado históricamente un recurso frecuentemente utilizado por aquellos que ejercen el poder para alcanzar sus cometidos. En relación a esto, Zygmunt Bauman, el filósofo y sociólogo polaco, ha afirmado que el miedo y la inseguridad, pueden dar como resultado grandes ganancias comerciales. El miedo puede generar su propio mercado de consumidores, los cuales tienen que estar lo suficientemente temerosos, para seguir consumiendo, y que así, la economía siga funcionando (Bauman, 2007).

21. Además de estas organizaciones que se encargan de ejercer su influencia en la toma de decisiones a distintos niveles (con el objetivo de influir en las políticas públicas), hay empresas que se dedican a recabar y vender datos de los ciudadanos (como sus registros de compra o sus comportamientos en la web), que luego serán utilizados para dirigir los hábitos de consumo. Por ejemplo la estadounidense *Acxiom*, que genera ganancias multimillonarias. Pero también hay sistemas de vigilancia, que se encargan de controlar diversos tipos de comunicación como *Prisma* o *Echelon*, que recogen datos de los que sacan provecho los grupos más poderosos en la sociedad (Tizón, 2015). Otra forma de recabar datos, es a través de comunidades “inteligentes”. *Hudson Yards*, el proyecto de desarrollo inmobiliario ubicado en Nueva York, es un ejemplo de este tipo de colectividad. La alianza entre el municipio y la universidad de Nueva York, va a transformar el emprendimiento en un gran laboratorio de psicología. Donde toda la estructura del proyecto será utilizada para recopilar datos que más tarde serán analizados por miembros de la universidad y empresarios. La autovigilancia, como la promovida por *Nike* a través de equipos de ejercicio físico que poseen aplicaciones que envían mediciones sobre conductas físicas también son muy valiosas (Davies, 2017). Un verdadero panóptico digital (Han, 2014).

A propósito del manejo del miedo para crear un mercado de consumidores, William Davies argumenta que es tarea del marketing sostener una estabilidad entre emociones placenteras y displacenteras. De esta forma, el mercado puede satisfacer algunas de nuestras necesidades, pero no todas, de lo contrario el consumo se detendría. Tampoco será conveniente que desaparezcan las sensaciones de miedo y ansiedad, por la misma razón (Davies, 2017). El miedo, al decir de Bauman, se ha convertido en una suerte de moneda de intercambio utilizada con fines comerciales o políticos. Y el augurio de alcanzar la seguridad personal, el caballito de batalla de los políticos en tiempos electorales. De esta forma se transforman el miedo y la necesidad de seguridad en argumentos para lograr beneficios a la hora de obtener respaldo político. En este contexto, el temor que surge en torno a la propia seguridad es el que aparece como más “redituable”, ya que cuando se aplica de forma sistemática, logra que la población afligida por este, desvíe el foco de atención de los acontecimientos reales que lo ocasionan (Bauman, 2007).

Muchas veces esa atención se termina trasladando a situaciones para las cuales haya una solución que ofrezca el mercado de consumo. Así es como, siguiendo a Tizón, podemos observar que el cuidado de la salud y de la belleza y su temor a perderlos son otro de los recursos utilizados para obtener algún provecho. El miedo a envejecer, a enfermar, a perder cierta apariencia física, son divulgados para provecho de las empresas farmacéuticas (Tizón, 2015). Como ya se mencionó en el segundo capítulo, el consumo es muchas veces favorecido por el “marketing del miedo”. En las últimas décadas los llamados factores de riesgo, han ido en aumento, logrando que la mayoría de la sociedad se perciba en peligro de enfermedad. Si hasta el envejecimiento representa un riesgo, todos estamos bajo amenaza, por lo que se procurará encontrar en la medicina, la forma de rehuir o tratar dicho peligro (Sismondo, 2018).

Este obrar le resulta tan eficaz a las grandes corporaciones, porque a los consumidores muchas veces nos son imperceptibles las formas en que nos es direccionada la forma de consumir. Los temores que nos empujan a adquirir determinados bienes y servicios, se nos vienen suministrando desde nuestra infancia. Al decir de Fromm, es complicado darse cuenta cuando no solo nuestros anhelos, sino también nuestros pensamientos y sentimientos, son verdaderamente propios o se nos inculcan desde el exterior, porque nos percibimos libres a la hora de elegir (Fromm, 1947/2004). En este sentido, las formas de ejercer poder sobre nuestras decisiones se han visto beneficiadas por los aportes que provienen de la psicología. Se suelen utilizar técnicas psicosociales, psicolingüísticas y psicofarmacológicas para intervenir sobre nuestros cuerpos y mentes (Tizón, 2015).

Pero no sólo de la psicología se recogerán conocimientos para desempeñar el poder. Los saberes médicos también son utilizados para dicho fin. Michel Foucault planteó que la sociedad ejerce su poder sobre los sujetos también a través del cuerpo, para él la medicina es una táctica biopolítica²². Desde el siglo XVIII, además de los cuerpos y los comportamientos, la propia existencia, ha quedado bajo la influencia de la medicalización. La medicina fue ampliando cada vez más su dominio (Foucault, 1977). Hasta llegar a nuestro siglo XXI, en el cual, según refiere Healy los temas médicos son cada vez más tratados por la opinión pública. Ahora los mensajes sobre la salud y la atención médica ocupan más y más espacio en los medios de comunicación. La alianza entre industria farmacéutica y las empresas de relaciones públicas, traen a la población mensajes de solución a los males que la aquejan (Healy, 2012).

Así como más conciencia acerca de la salud, y los riesgos a los cuales nos podemos enfrentar, señala el antropólogo Joseph Dumit. Los cuales son transmitidos por los medios de comunicación, que se encargan de agrandarlos y transformarlos para que tomen apariencia terrorífica. Esta propagación de ansiedad y preocupación logra que aumenten las ventas del mercado farmacéutico, mercantilizando la incertidumbre. Es tarea de la concientización y la “alfabetización en salud” transformar nuestros supuestos y perspectiva del mundo, que luego favorecerán a propósitos comerciales. Se busca que logremos poner en cuestión nuestra propia identidad, para que logremos identificarnos con síntomas y enfermedades, las cuales cuentan con un tratamiento (Dumit, 2012).

Tratamiento, que como sostiene Healy, se verá suspendido una vez la enfermedad haya cesado. En cambio, la amenaza de riesgo, puede ser interminable, y permite abarcar distintas áreas de nuestra vida. Esto ha generado que en los últimos años proliferen las escalas de calificaciones de enfermedades (que suelen producir un aumento en los diagnósticos), como la escala Hamilton (mencionada en el capítulo anterior). Con lo cual se pierde el juicio clínico y la rica experiencia del encuentro que se da en la sesión clínica. De hecho el propio Max Hamilton no veía con buenos ojos estandarizar el tratamiento de todos los pacientes con depresión (Healy, 2012). Además, estas escalas de calificaciones, también pueden generar lo que advierte Dumit cuando se refiere a las pruebas de detección, y que es que el paciente se ponga ansioso al percibirse en riesgo. Lo cual es utilizado por los especialistas en marketing, quienes son expertos en dirigir esa ansiedad a alguna actividad de consumo. Lo que este antropólogo sostiene es que los pacientes comienzan a percibir su cuerpo bajo la ideología farmacéutica, cuerpo que espera ser calibrado y evaluado, para poder expresarse (Dumit, 2012).

22. La biopolítica se refiere al poder que se ejerce sobre el cuerpo social, a través de estrategias de control como la salud, la natalidad o la longevidad.

Moldeando nuestra subjetividad

Al comienzo de este capítulo me pregunté si los mandatos de la sociedad capitalista están creando una subjetividad de enfermos. Sería pertinente entonces ver un poco más esta cuestión. El psicólogo y profesor uruguayo Víctor Giorgi plantea la producción de subjetividad como las distintas maneras de construcción de significados, así como diferentes formas de sentir, pensar, conocer y actuar (Giorgi, 2003). En tal sentido y tras lo expuesto en el apartado anterior, se podría inferir, que a la sociedad capitalista le es redituable generar formas de sentir y de pensar en las que los individuos se perciban como insatisfechos, ansiosos, enfermos o en peligro de enfermar, ya que le resultan funcionales. Y que a la vez procura que se perciba el origen de esta insatisfacción como meramente individual. Mientras que a la industria farmacéutica le conviene que dicha causa se halle específicamente en nuestra biología. El psiquiatra José Luis Marín, a su vez, afirma que el DSM y la industria farmacéutica, con la conjunción de médicos y psicólogos han psiquiatrizado el malestar, convirtiéndolo en un asunto particular, cuando en realidad su origen es colectivo (José Luis Marín - Formación Psicoterapia, 2025).

Al respecto la psicóloga argentina Alicia Stolkiner menciona que adjudicar como fuente del malestar subjetivo principalmente lo biológico es un reduccionismo. Que lo que consigue es esconder los factores sociales y subjetivos. Para ella es inadmisibles contemplar y aproximarse a los problemas desde una única perspectiva (Stolkiner, 2005). Por su parte, James Davies también advierte que ese malestar responde a nuestras interacciones sociales, políticas y familiares, las cuales deberían ser contempladas y encaradas de una mejor manera. Para este psicoterapeuta, es necesario repolitizar la insatisfacción emocional. Y cita a su colega Paul Atkinson, quien asegura que si bien muchas veces se psicologiza el padecimiento que tiene una raíz social, la psicoterapia no necesariamente tiene que despolitizar el malestar de la gente (Davies, 2022). Para el filósofo surcoreano Byung Chul Han, en nuestra sociedad, aquel que no logra el éxito, no buscará las causas de su fracaso en el sistema. En lugar de cuestionar al régimen, asumirá él mismo la responsabilidad de sus fallas y se avergonzará. Dice Han que de esta forma, lo que consigue el sistema neoliberal es desviar el descontento, en lugar de volcarlo en el régimen político, lo dirigirá hacia su propia persona. Por lo cual, en vez de revolucionarios, habrá depresivos (Han, 2014). En cuanto a esas formas de construcción de significados, que hacen a la subjetividad (referidas por Giorgi), Dumit va a decir que son manipuladas por la industria farmacéutica. Ya que cuando esta nos hace percibirnos como enfermos o en peligro, está cambiando nuestra forma de pensar y la de referirnos a nuestros cuerpos (Dumit, 2012). Pero como ya vimos, la industria farmacéutica no es la única encargada de transformar nuestra forma de pensar. El bombardeo de mensajes consumistas al que

estamos expuestos en el día a día, nos invitan a que formemos una subjetividad de acuerdo a las exigencias del sistema en el que vivimos, y para el cual el materialismo es fundamental. Por eso el manejo de información al que acceden las grandes corporaciones es tan valioso. Porque quién conoce nuestros pensamientos y emociones puede manipularlos, nos puede hacer creer, por ejemplo, que para ser felices nos tenemos que ver o sentir de determinada manera, lo que inevitablemente generará más consumo, ya sea de objetos, sustancias o experiencias.

En 2014 Facebook dio a conocer un informe en el que detallaba cómo había sido capaz de transformar el estado de ánimo de miles de personas que utilizaban su red social, mediante comentarios o noticias que mostró a sus usuarios. Esta maniobra se llevó adelante de forma secreta, y despertó quejas cuando finalmente se revelaron los datos. Al referirse a esta noticia, Davis se pregunta si Facebook seguirá haciendo pública este tipo de información o si continuará con estos experimentos en forma confidencial para obtener algún provecho propio. También cuestiona si seguirán las protestas, una vez nos acostumbremos a este tipo de prácticas (Davis, 2017). Por su parte Edgar Cabanas y Eva Illouz plantean en su libro *Happycracia*, que a través de este experimento queda claro la importancia que las emociones tienen tanto para políticos como para las corporaciones. A ambos les importa conocerlas para poder ejercer influencia sobre ellas, ya sea en actos simples y cotidianos, como cuando son dirigidos nuestros hábitos de consumo, o cuando lo que se influye es la forma que tenemos de discernir sobre lo que es relevante para nuestro bienestar (Cabanas e Illouz, 2019).

A lo largo de este trabajo se intenta dilucidar de dónde provienen los conceptos de salud/enfermedad mental, que tanto se manejan en los medios de comunicación hoy en día, y que como mencioné en la introducción, tienen tan preocupados a los políticos. Para concluir el mismo, citaré lo que al respecto tiene para decir Sami Timimi, un psiquiatra que forma parte de la denominada psiquiatría crítica. El médico inglés de origen iraquí, menciona en una entrevista, que le fue difícil encontrar una palabra en árabe que designara el concepto de “mental” cuando tuvo que escribir un artículo en ese idioma (ya que no hay una traducción exacta). Alrededor de este hecho plantea preguntas acerca de qué es y cómo tratamos la angustia mental y de dónde surgieron estos conceptos. Los cuales pueden cambiar dependiendo de la cultura en la que estemos, ya que según afirma, la palabra mental pertenece a una categoría construida (Medicating Normal, 2023). Quizá entonces, sería pertinente dudar de las certezas que nos rodean, y pensar qué es lo que nos da bienestar como seres humanos desde hace mucho tiempo. Tal vez tenga algo que ver con lo que Tizón y Bofill llaman salud mental, y que es, entre otras cosas, algo más parecido a nuestra capacidad de amar, crear y disfrutar (Tizón, 2014).

Conclusiones

Cuando Candace Downing, una niña alegre y sociable estaba en sexto año de primaria, visitó a un psiquiatra infantil por la ansiedad que le generaban los exámenes escolares. Si bien ella no tenía síntomas depresivos, el médico (en apenas unos 10 minutos de consulta) le indicó tomar Zoloft (sertralina) de 12,5 mg, dosis que recomendó duplicar tres semanas después, lo que en una primera instancia su madre se negó a hacer. Pero al comenzar el séptimo año escolar, el psiquiatra sí logró aumentar la dosis. Ante la preocupación de la madre, sostuvo que no había ningún peligro, y le dijo que incluso algunos niños tomaban 100 mg del fármaco, sin complicaciones. A los pocos meses, Candace tomó accidentalmente una dosis extra, lo que terminó ocasionando su hospitalización durante algo menos de una semana, ya que se comenzó a sentir muy mal. Al segundo día de su internación le administraron (sin consultar a sus padres) 100 mg de sertralina, luego de lo cual tuvo una retirada abrupta del fármaco, ya que cuando le dieron el alta, su psiquiatra le ordenó suspender el antidepresivo por dos semanas. Cuatro días después de haber tomado esos 100 mg, Candace se ahorcó en su cuarto, cuando apenas tenía 12 años. Su madre asegura que nadie le advirtió de los peligros de los antidepresivos, ni de los efectos de interrumpir abruptamente su ingesta (Gøtzsche, 2016; Healy, 2012; MISSD Foundation, 2020).

Si bien tragedias como la que atravesó esta familia no le suceden a todos aquellos que consumen antidepresivos, sí les ha ocurrido a muchos (los ISRS resultan especialmente peligrosos para niños y adolescentes), por lo cual es innegable el daño que ocasionan y, por lo tanto, no debería subestimarse su consumo. De hecho, se sospecha que los perpetradores de algunas de las matanzas que han sucedido en Estados Unidos, actuaron de esa forma por estar bajo los efectos de estos fármacos, el caso más conocido es el de los dos adolescentes responsables de la masacre en la secundaria Columbine en 1999, quienes tomaban antidepresivos (Gøtzsche, 2016).

A lo largo del trabajo fui narrando cómo las prácticas de las grandes industrias farmacéuticas referidas más que nada a la salud mental, en lugar de mejorarla, han sido perjudiciales. Al respecto Whitaker menciona que en los países en los cuales se medica menos, la cronicidad de la enfermedad es menor (Whitaker, 2015).

Aunque queda claro que la industria farmacéutica tiene como fin hacer crecer sus ventas a través de la expansión del mercado de consumidores de sus productos (ya sea para enfermos o sanos); de que para lograr este cometido utiliza herramientas de manipulación social, y que con tal de conseguir más rédito económico se usan el engaño, la mentira y el abuso de precios; de que para vender, se apela a la medicalización y a la patologización de la vida, se vulneran los derechos y la salud de personas inocentes; y que

para lograr que un fármaco ingrese al mercado, se incurre en prácticas poco éticas y hasta delictivas; también se vio que no es esta industria la única responsable de generar la ansiedad y el malestar mental que atravesamos. La medicina y la psicología junto con el sistema sociopolítico en el que vivimos, también tienen su parte de responsabilidad.

El consumo desmedido y crónico que se busca establecer, pareciera que pretende convertir al paciente en un ser adicto e irreflexivo, que engañado por las falsas promesas de una solución química, deja de buscar en sí mismo y en su entorno la llave que genere el cambio que está necesitando para sentirse mejor. Se le está arrebatando al ser humano la posibilidad de pensarse, de sentir el malestar necesario que nos impulsa a buscar y encontrar lo que no está bien en nuestras vidas, aquello que debe ser cambiado. Los mandatos de nuestra sociedad nos hacen sentir la necesidad de estar mostrando siempre la mejor cara, la mejor foto, nos niegan la posibilidad de cuestionar, de dudar, de aceptar la incertidumbre de lo que nos depara el futuro. ¿Será que a través de un fármaco (o muchos) se intenta callar, calmar, las voces disconformes? ¿Que se nos vende enfermedad en lugar de salud?

Recordemos que la palabra fármaco, deriva de la griega *pharmakon*, que significa tanto cura como veneno. ¿Pueden representar entonces, los antidepresivos un veneno para la autointerpelación y para los cuestionamientos sociopolíticos?

Cornelius Castoriadis sostiene que “Una sociedad autónoma, una sociedad verdaderamente democrática, es una sociedad que cuestiona todo lo predeterminado y que, en el mismo acto, *libera la creación de nuevos significados*²³.” (Castoriadis, s.f, citado por Bauman, 2004, p.222).

Es esa búsqueda por cuestionar lo predeterminado uno de los objetivos de este trabajo, cuestionar a la industria farmacéutica, a los medios de comunicación, a los sistemas políticos y sociales, a la cultura dominante, a la medicina, a la psicología, así como debe ser cuestionado el contenido de esta monografía.

También es la intención de quien lo escribe, que a través de su lectura se generen nuevas preguntas y reflexiones. Por mi parte me quedo pensando en que sería bueno que tanto psicología como medicina, en lugar de buscar normalizar y controlar, de medicalizar o psicologizar la vida cotidiana, intentaran trabajar en pos del bienestar mental y emocional de todos, sin enmascarar síntomas, ni confundirlos con enfermedades.

23. En cursiva en el texto original.

Referencias

- Angell, M. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica: Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Norma.
- Azul FM. (2024, febrero 8). *Primera Mañana* [Programa de radio]. Azul FM 101.9. <https://azulfm.com.uy/primera-manana/programas/programa-completo-del-08022024>
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2007). *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. Paidós.
- Cabanas, E. e Illouz, E. (2019). *Happycracia: Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*. Paidós.
- Canon96. (2021, septiembre 22). *Salvados: sobremedicados reportaje completo*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=rCDIPimwdi4&t=32s&pp=ygUYZW1wYXN0aWxsYWwRvcyBkb2N1bWVudGFs>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Council for Evidence-based Psychiatry. (2015, septiembre 30). *Dr James Davies: The Origins of the DSM*. [Video]. YouTube. <https://youtu.be/6JPgpasgueQ>
- Davies, J. (2022). *Sedados: Cómo el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental*. Capitán Swing Libros.
- Davies, W. (2017). *La industria de la felicidad*. Malpaso.
- Doner, A. (s.f.). *Página de inicio* [página de LinkedIn]. LinkedIn. Consultado el 12 de abril de 2025 <https://www.linkedin.com/in/amydoner>
- Dumit, J. (2012). *Drugs for life*. Duke University Press.

- Foucault, M. (1977). *Historia de la medicalización. Educación médica y salud*, 11 (1), 3-25.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3182/Educacion%20medica%20y%20salud%20%2811%29%2C%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Planeta libros.
- Fromm, E. (2004). *El miedo a la libertad*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1947).
- Fromm, E. (2013). *¿Tener o ser?* Fondo de cultura económica.
- Giorgi, V. (2003). *La perspectiva ética de las transformaciones sociales y culturales en Latinoamérica*. Anales del XII Congreso de ALAR.
- Gøtzsche, P. (2014). *Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Los libros del lince.
- Gøtzsche, P. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Los libros del lince.
- Han, B.C. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder.
- Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. University of California Press.
- Henrion Caude, A. (2023). *Los aprendices de brujo*. La esfera de los libros.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barral.
- José Luis Marín - Formación Psicoterapia. (2025, enero 20). *La verdad sobre la ansiedad que casi nadie se atreve a decir... - Dr. José Luis Marín*. [Video]. YouTube.
<https://youtu.be/G9QQrXqQq7k>
- Laporte, J. R. (2024). *Crónica de una sociedad intoxicada*. Paidós.

Lupkin, S. (2024). *Las farmacéuticas estadounidenses obtienen grandes beneficios, pero muchas pagan impuestos muy por debajo de la tasa corporativa*. NPR. [https://www.npr.org/2024/04/12/1244509038/u-s-drug-makers-see-big-profits-but-many-pay-taxes-far-below-the-corporate-rate#:~:text=Las%20farmac%C3%A9uticas%20estadounidenses%20obtienen%20grandes,de%20la%20tasa%20corporativa:%20NPR&text=Las%20farmac%C3%A9uticas%20estadounidenses%20obtienen%20grandes%20ganancias%2C%20pero%20muchas%20pagan%20impuestos,\\$59%20mil%20millones%20en%20ingresos.](https://www.npr.org/2024/04/12/1244509038/u-s-drug-makers-see-big-profits-but-many-pay-taxes-far-below-the-corporate-rate#:~:text=Las%20farmac%C3%A9uticas%20estadounidenses%20obtienen%20grandes,de%20la%20tasa%20corporativa:%20NPR&text=Las%20farmac%C3%A9uticas%20estadounidenses%20obtienen%20grandes%20ganancias%2C%20pero%20muchas%20pagan%20impuestos,$59%20mil%20millones%20en%20ingresos.)

M24. (2022, septiembre 7). *Montepaz aportó a la campaña de Lacalle Pou: ahora el gobierno favorece a las tabacaleras con cambio de normativa antitabaco*. M24. <https://administrador.m24.com.uy/montepaz-aporto-a-la-campana-de-lacalle-pou-ahora-el-gobierno-favorece-a-las-tabacaleras-con-cambio-de-normativa-antitabaco/>

Medicating Normal. (2023, mayo 23). *A conversation w/ Sami Timimi, m.d.: "Insane Medicine"*. [Video]. YouTube. <https://youtu.be/ibdyBMRDZGs>

MISSD Foundation. (2020, enero 23). *Akathisia Stories Episode 6, The Downing Family*. [Video]. YouTube. <https://youtu.be/tqV7J3gaMEc>

Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder.

Moncrieff, J., Cooper, R.E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. y Horowitz, M. (2023). *The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence*. *Molecular Psychiatry*, 28, 3243-3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

Moynihan, R. y Cassels, A. (2006). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Lectulandia. <https://info-biblioteca.mincyt.gob.ve/wp-content/uploads/2024/09/Medicamentos-que-nos-enferman-Ray-Moynihan.pdf>

Observatorio de biopolítica. (2018, noviembre 22). *La enfermedad es la salud del capital*. Observatorio de biopolítica.net. <https://biopolitica.net/2018/11/22/la-enfermedad-es-la-salud-del-capital/>

Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?*. Paidós.

- RTVE. (2021, julio 22). *Las grandes farmacéuticas de EE.UU. acuerdan pagar 26.000 millones de dólares para zanjar la crisis de los opioides*. RTVE.
<https://www.rtve.es/noticias/20210722/grandes-farmaceuticas-eeuu-26000-millones-zanjar-pleitos-crisis-opioides/2136003.shtml>
- Sismondo, S. (2018). *Ghost-Managed Medicine: Big Pharma's Invisible Hands*. Mattering Press.
- Smith, D. (2011, agosto 12). *Pfizer pays out to Nigerian families of meningitis drug trial victims*. The Guardian.
<https://www.theguardian.com/world/2011/aug/11/pfizer-nigeria-meningitis-drug-compensation#:~:text=Pfizer%20pays%20out%20to%20Nigerian%20families%20of%20meningitis%20drug%20trial%20victims>
- Stolkiner, A. (2005, 7-8 de octubre). *Interdisciplina y salud mental*. En: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas. Misiones. Argentina.
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- Parry, V. (2003). The art of branding a condition. *Medical Marketing and Media*, 38(5), 43-49.
<https://sdsuwriting.pbworks.com/f/Parry+art+of+branding+a+condition.pdf>
- Tizón, J. (2015). *Psicopatología del poder: Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Herder.
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Capitán Swing Libros.
- Whitaker, R. (2025, abril 30). Desequilibrio químico: Joanna Moncrieff habla sobre la creación y la destrucción del mito de la serotonina. *Mad in America: Science, Psychiatry and Social Justice*.
<https://www.madinamerica.com/2025/04/chemically-imbalanced-joanna-moncrieff-makin-g-unmaking-serotonin-myth/>