

El uso de los antidepresivos en los procesos de sujeción/subjetivación biomédica

Geneyro-Saldombide, C., Bielli, A. y Rodríguez-Otero, V. (2022). El uso de los antidepresivos en los procesos de sujeción/subjetivación biomédica. *Revista Cultura y Droga*, 27(34), 123-145.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2022.27.34.6>


Carolina Geneyro-Saldombide*
Andrea Bielli**
Virginia Rodríguez-Otero***

Recibido: 16 de diciembre de 2021
Aprobado: 18 de abril de 2022

Resumen

El presente artículo analiza el lugar que ocupan los psicofármacos en el gobierno farmacéutico de los llamados problemas de salud mental. En este trabajo describimos las estrategias normalizadoras de gestión biopolítica llevadas a cabo con los antidepresivos en instituciones sanitarias y las diversas posiciones adoptadas por usuarias y usuarios frente a estas. Los datos se recogieron en una etnografía realizada en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo (Uruguay) entre 2018 y 2019. Desde una perspectiva crítica que recoge el valor heurístico de los conceptos de gobierno y biopolítica de Foucault, argumentamos que los antidepresivos como dispositivos tecnocientíficos contienen una matriz de significados específicos para la comprensión del sufrimiento psíquico en clave biomédica. Esta racionalidad biomédica asimismo rivaliza con los múltiples usos tanto de usuarias y usuarios como de consumidores¹, y con los sentidos que ellos les

¹ A lo largo del texto utilizamos por economía del lenguaje indistintamente los géneros femenino o masculino para dar cuenta de las diferentes posiciones sexo-género.

* Doctora en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo-Uruguay. E-mail: cgeneyro@psico.edu.uy.  orcid.org/0000-0003-0344-4224.

Google Scholar

** Doctora en Psicología por la Universidad del País Vasco. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo-Uruguay. E-mail: abielli@psico.edu.uy.  orcid.org/0000-0002-7732-7584. **Google Scholar**

*** Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo-Uruguay. E-mail: virginia.rodriguez@psico.edu.uy.  orcid.org/0000-0001-8973-5756. **Google Scholar**



confieren, dando cuenta de la apertura incesante de los procesos subjetivos frente los saberes-poderes que se proponen su organización.

Palabras clave: biomedicina, antidepresivos, subjetivación, biopolítica, gobierno.

The use of antidepressants in biomedical subjection/subjectification processes

Abstract

This article analyzes the place that psychopharmaceuticals have in the pharmaceutical management of the so called mental health problems. The normalizing strategies of biopolitical management carried out with antidepressants in health institutions and the various positions adopted by users against them are described in this work. The data was collected through ethnography carried out at the State Health Services Administration (ASSE for its acronym in Spanish) in Montevideo (Uruguay) between 2018-2019. From a critical perspective that collects the heuristic value of the concepts of Foucault about government and biopolitics is argued that antidepressants, as well as techno-scientific devices contain a matrix of specific meanings for the understanding of psychic suffering in a biomedical key. This biomedical rationality also rivals the multiple uses of both, users and consumers, and the meanings that they confer on them, accounting for the incessant opening of subjective processes in the face of the knowledge-powers that their organizations propose.

Key words: biomedicine, antidepressants, subjectivity, biopolitics, governance.

Introducción

Nuestro país, Uruguay, no ha sido ajeno a las transformaciones que en el campo de la medicina se han producido a partir de la segunda mitad del siglo XX. Estas transformaciones, profundizadas en el último cuarto del siglo anterior, justifican la ocurrencia del neologismo biomedicina. Así, Cambrosio *et al.* (2006) destacan que el desarrollo de las biociencias (biofísica, bioquímica, biología molecular, genómica)

junto al avance de las tecnologías han generado las condiciones para la emergencia de la actual biomedicina. Otros autores señalan dentro del campo de la biomedicina no sólo las modificaciones en el ámbito de las prácticas médicas sino también los cambios que a nivel subjetivo han transformado el modo de entendernos en relación a nuestra salud y enfermedad (Rose, 2012). Un tercer conjunto de trabajos se nuclea en torno a la idea de biomedicalización, concepto heredero de la medicalización de Zola (1972). Las autoras sostienen que la biomedicalización se constituye alrededor de cinco procesos clave de transformación política y económica que impactan sobre la medicina desde finales del siglo XX (Clarke *et al.*, 2010). Ellos son: a) una nueva economía biopolítica de la biomedicina, b) un nuevo e intensificado foco en la salud (optimización), c) la tecnocientifización de las prácticas biomédicas, d) transformaciones en la producción de conocimiento biomédico y e) transformaciones en los cuerpos que producen nuevas identidades tecnocientíficas (Clarke *et al.*, 2010). Sea como fuere, la profundización de este modelo biomédico es una realidad constatada desde diferentes abordajes teóricos.

Aunque estas teorizaciones e investigaciones han sido llevadas a cabo o producidas en el hemisferio norte, sus resultados tienen un alcance que permite comprender los procesos acaecidos en otras partes del planeta. La existencia de organismos reguladores como la OMS, como también el desarrollo del capitalismo mundial integrado (Guattari, 1996), en un mundo cada vez más globalizado, han desdibujado las características propias de los procesos locales, imponiendo modelos y formas de gestionar la salud cada vez más homogéneos.

En lo que respecta a la psiquiatría, la profundización de este modelo médico o biomédico en la comprensión y abordaje de las clásicas patologías psiquiátricas ha llevado a la creación del neologismo “biopsiquiatría” (Orr, 2010). La publicación de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en 1980, constituye el momento de quiebre y desplazamiento desde las comprensiones psicosociales del conflicto inconsciente del psicoanálisis o la importancia atribuida a los factores medioambientales de la psiquiatría comunitaria hacia las enfermedades del cerebro (Geneyro y Tirado, 2014). El nuevo lenguaje del DSM III sienta las bases epistemológicas para un enfoque cerebral de la enfermedad mental con sus correspondientes técnicas de tratamiento farmacológico (Orr, 2010). Este giro epistemológico en dirección hacia la biología ha venido caracterizando las sucesivas ediciones de los manuales de la APA (American Psychiatric Association),

impactando más profundamente en la formación de aquellos y aquellas psiquiatras que realizaron sus estudios a partir de la década de los 80.

En cuanto a los psicofármacos en general, la llamada revolución psicofarmacológica de la década de 1950 se considera como uno de los grandes avances de la medicina del siglo XX, evento que suele asimilarse a la introducción de los antibióticos (López-Muñoz *et al.*, 2000). En líneas generales y de modo abreviado podríamos decir que estos grandes avances de la “década de oro” según los autores mencionados, consistieron en la puesta a prueba en determinados cuadros psiquiátricos de una serie de drogas, algunas de ellas ya existentes, otras modificadas², que se utilizaban para tratar distintas afecciones asignándoles nuevos valores terapéuticos. Ejemplo de esto es la iproniazida, síntesis derivada de la isoniazina, fármaco utilizado para tratar la tuberculosis. Tal como sostienen López Muñoz *et al.* (2000), en 1952 los médicos estadounidenses Selikoff, Robitzek y Ornstein comienzan a observar cambios psicológicos importantes en el humor de los pacientes tratados por tuberculosis con iproniazida. Este fármaco, por los efectos antidepresivos agregados, será conocido como inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) (López-Muñoz *et al.*, 2000). A esta época también corresponde la imipramina, sintetizada en 1955, perteneciente a la clase de los antidepresivos tricíclicos (López-Muñoz y Alamo, 1998). Podría decirse que durante casi cuatro décadas estos medicamentos se mantuvieron dentro de los “usos racionales”³ de la clínica psiquiátrica (Moncrieff, 2008).

La introducción de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) en la década de 1990 revolucionó el mercado farmacéutico, transformando a esta clase de antidepresivos en uno de los medicamentos más prescritos y consumidos a nivel mundial. Una amplia controversia que aún continúa ha acompañado el uso de estos medicamentos y del aumento del diagnóstico de depresión que trajeron como correlato. Solo para mencionar a una de las voces más importantes en la discusión, vale destacar los trabajos desarrollados por David Healy (1997, 1999). En sus análisis señala que el aumento en el diagnóstico de depresión, destacado en numerosos estudios epidemiológicos realizados en diferentes países, de los cuales la OMS se hace eco y emprende acciones en pos de una mayor y mejor detección (Dumesnil y Verger, 2009), es consecuencia de la fabricación de los antidepresivos

² También se realizaron síntesis de nuevas sustancias.

³ El concepto de uso racional utilizado en psiquiatría debe o debiera ser problematizado, aunque esto excede el alcance de este trabajo.

ISRS y de las estrategias de marketing de las farmacéuticas para la imposición de los nuevos fármacos en el mercado (Healy, 1997, 1999).

Sea como fuere cabe preguntarse por qué el giro biológico ha profundizado la ligazón con la farmacéutica. No creemos que la biología o el cuerpo biológico necesariamente reclame una solución medicamentosa. Sino más bien, creemos que son razones de mercado y de Estado las que están sosteniendo esta ligazón. En un contexto mundial de desarrollo de las formas neoliberales, el énfasis estará puesto en potenciar la autorregulación de los procesos gobernados (Vázquez-García, 2013), favoreciendo por ende y de hecho al desarrollo del mercado. El desarrollo de la industria farmacéutica en los últimos 30 años se reconfigura en el marco de una nueva economía política de la vida o bioeconomía (Rose, 2012), aumentando el mercado de los fármacos y los psicofármacos en forma exponencial. Este crecimiento económico viene acompañado de narrativas o discursos que sustentan el uso farmacológico, produciendo un conjunto de nuevas verdades a través de mecanismos diversos⁴ que impactan directamente en el ámbito de las prácticas clínicas, en la subjetividad de usuarias y usuarios y se expanden paulatinamente por el tejido social.

El artículo presenta resultados de una investigación que se propuso analizar, entre otras cuestiones, las lógicas argumentativas o racionalidades que fundamentan la prescripción y consumo de antidepresivos en Montevideo. En este análisis hacemos uso de las nociones de biopolítica y gobierno/gubernamentalidad desarrollados por Michel Foucault. El concepto de biopolítica se refiere a una de las formas principales que adopta el poder en el marco del desarrollo del liberalismo. Según Foucault (2006, 2009), a partir del siglo XVII el poder se organiza en torno a la vida bajo dos formas principales: una anatomopolítica del cuerpo humano, y por otro lado a mediados del siglo XVIII una biopolítica de la población. El problema de la gestión de la vida a nivel poblacional constituye el núcleo de interés de esta tecnología de poder llamada biopolítica, en la medida en que toma como foco aquellos procesos de la vida del conjunto de los sujetos que se constituyen en población. Así la población será objeto de saberes como la medicina, la psiquiatría, la psicología, entre otros, que se ocuparán de sus procesos vitales a escala colectiva como nacimientos, defunciones y morbilidades.

⁴ Como el marketing, la realización de simposios, la financiación de proyectos que promuevan el uso de fármacos, la esponsorización de congresos, etc.

El problema del gobierno constituye una categoría de mayor alcance explicativo pues contempla tanto el gobierno de los otros como el gobierno de sí (Foucault, 2005). La idea de gubernamentalidad se refiere al estudio de las maneras de gobernar, de las “artes de gobernar” (Foucault, 2006).

Por tanto, el estudio de las lógicas argumentativas que fundamentan la prescripción y el consumo de antidepresivos constituye una vía privilegiada para el acceso al conocimiento de los procesos de regulación biopolítica que se llevan a cabo a través de los psicofármacos. La gubernamentalidad biomédica es una de las formas en que el gobierno poblacional se actualiza en nuestro campo de análisis. Esta forma de poder, la gubernamentalidad biomédica como expresión directa de formas de gobierno poblacional, opera ofreciendo una serie de materialidades y significados que sostienen y fundamentan las lógicas argumentativas. Denominamos gramática biomédica al conjunto de verdades encarnadas en discursos que sustentan y legitiman las prácticas biomédicas.

Asimismo, nos servimos de dos conceptos de Deleuze: el pliegue y la idea de territorializar/desterritorializar. La noción de pliegue Deleuze la toma de Leibniz y luego la emplea para dar cuenta de distintos fenómenos como puede ser la división del continuo, en la comprensión de lo real, que no es el punto (sistema cartesiano) sino el pliegue (1989). En este caso y también siguiendo a Deleuze, la utilizamos para explicar la constitución de la interioridad como movimientos o invaginaciones, pliegues del afuera en el adentro (Deleuze, 2015). Territorializar refiere a la organización, a la atribución de significados, al cierre; por el contrario, la desterritorialización tiene que ver con las líneas de fuga que se oponen a la cristalización en un conjunto cerrado de significados (Deleuze y Guattari, 2004).

En este artículo describimos en primer lugar, la situación de consumo de antidepresivos en Uruguay a partir de la década de los 90 y su vinculación con el diagnóstico de depresión. A continuación, exponemos el objetivo de la investigación, el tipo de estudio y la metodología empleada. En tercer y cuarto lugar se señalan las operaciones de producción subjetiva desde el modelo biomédico y sus resistencias, en espacios concretos tanto clínicos como hospitalarios. Finalmente mostramos cómo funciona la gubernamentalidad biomédica en la gestión biopolítica de los sufrimientos humanos a través de los antidepresivos, en los contextos neoliberales contemporáneos.

Antidepresivos y depresión en Uruguay

La prescripción de antidepresivos en Uruguay alcanza proporciones importantes a escala poblacional y constituye un núcleo de tensión para los saberes implicados en su diseminación como son la medicina, la psiquiatría y la psicología nacionalmente.

En lo que respecta a nuestro país, existen indicios para pensar que la llegada de los antidepresivos ISRS en la década de 1990, vino asociada a un incremento de los casos de depresión. Pero en verdad, en los últimos 20 años, las tasas de depresión han sido controvertidas en Uruguay. Desde la década de 1970, los psiquiatras uruguayos han mostrado una preocupación constante por el aumento de casos de depresión, pero dada la dificultad en la construcción de datos epidemiológicos en salud mental a nivel país, esta preocupación se ha basado principalmente en su experiencia clínica. Este interés por el incremento de los casos de depresión tuvo su mayor intensidad a fines de la década de 1990, cuando se instaló en el país un debate que alcanzó ámbitos académicos y no académicos sobre la existencia de una epidemia de depresión. En 1998, un artículo publicado en el diario más importante del país presentó los resultados de un estudio epidemiológico realizado por la consultora privada CIFRA, indicando que cerca del 30% de la población del país había experimentado algún tipo de depresión en el último semestre, una tasa muy alta, considerando que las cifras de prevalencia de los trastornos depresivos en otros países se suelen estimar entre el 4 y el 6%. El estudio había sido encomendado a la consultora por un laboratorio nacional que introduciría en el Uruguay casi un año después una copia de la sertralina. Esto generó una gran polémica sobre la validez de sus resultados. La depresión se presentaba a la ciudadanía en general como un problema severo que afectaba al país de manera alarmante y esta visión se recogió por buena parte de los medios de comunicación. De 1998 a 2001, las noticias sobre una epidemia de depresión aparecieron regularmente en casi todos los periódicos de Uruguay, así como en la televisión y la radio. Desde ese entonces, la depresión siguió apareciendo en los principales medios de comunicación durante toda la década (Bielli, 2012).

A finales de los años 2000, las características epidemiológicas de la depresión volvieron a ser un tema de interés. El mismo estudio que había impulsado la discusión sobre la existencia de la epidemia de depresión se replicó en 2008, bajo el nombre de “Prevalencia de la depresión en Uruguay 10 años después” y fue realizado una vez más por una empresa privada. El estudio describió la depresión como un trastorno infradiagnosticado y subtratado, con una mayor prevalencia en Uruguay que en los

países europeos, pero sus resultados no tuvieron el mismo eco mediático que el estudio de 1998, sin embargo, consolidaron la idea de que la depresión ocupaba un lugar destacado dentro de los problemas de salud mental de la población.

La diseminación de la depresión durante los años 1990 y 2000 fue de la mano de la expansión de la popularidad de los antidepresivos ISRS. Al igual que la psiquiatría internacional, la psiquiatría uruguaya pasó a considerarlos el tratamiento de primera elección no solo para la depresión, sino también para otros trastornos mentales como la ansiedad, trastornos obsesivos o alimentarios y su presencia en el mercado farmacéutico se consolidó de forma clara. De hecho, la Junta Nacional de Drogas, organismo que realiza periódicamente encuestas sobre consumo de drogas en el Uruguay, los incluyó en sus estudios a partir del 2001. Y desde ese momento se han ubicado como el grupo de medicamentos psicofarmacológicos más consumidos, luego de las populares benzodiacepinas (JND, 2001, 2019). Esta tendencia se ha mantenido a lo largo del tiempo y en los últimos años, los antidepresivos continúan siendo uno de los psicofármacos con mayores niveles de dispensación, alcanzando en 2018 el 27% del consumo de los medicamentos controlados, luego de las benzodiacepinas (47%) y por delante de los antipsicóticos (17%) (Plá *et al.*, 2018). Es importante destacar que desde 2007, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) asegura el acceso a los medicamentos y tratamientos médicos a toda la población residente en el territorio nacional y en los servicios de salud públicos los medicamentos se dispensan de forma gratuita, incluyendo los antidepresivos.

Aún así, últimamente han surgido en el medio académico uruguayo algunos cuestionamientos sobre la eficacia de los antidepresivos y la forma en que están siendo utilizados en la clínica. Por ejemplo, el Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la República, a partir de una revisión de la evidencia disponible hasta 2015 en la que incluyen datos hasta de la Encuesta Nacional de Drogas de 2015, concluyen que no se justifica el inicio de un tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos en personas con depresiones leves (Pagano *et al.*, 2015). Advierten igualmente que el uso de estos fármacos debería limitarse a las personas que presentan depresión mayor (Pagano *et al.* 2015). Asimismo, entre 2015 y 2016 la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* publicó algunos artículos que, siguiendo la literatura internacional, ponían en cuestión la eficacia y la seguridad de los antidepresivos ISRS (Toledo *et al.*, 2016a; Toledo *et al.*, 2016b).

Hoy, los antidepresivos y la depresión han vuelto a ocupar espacio en los medios de comunicación nacionales y atraen la atención de investigadores a partir de la emergencia sociosanitaria provocada por la pandemia de COVID-19. Un estudio realizado entre marzo y abril de 2020, al comienzo de la pandemia en el país, señala que durante esa primera etapa en que el gobierno nacional impulsó medidas de aislamiento social, se incrementaron los niveles de malestar psicológico en la población y los niveles de consumo de sustancias psicoactivas (Ruiz *et al.*, 2021; Lagos, 2021). Dentro de estas sustancias los psicofármacos fueron la segunda droga a la cual los sujetos recurrieron cuando quisieron agregar una nueva sustancia a las que ya consumían con anterioridad (Ruiz *et al.*, 2021; Lagos, 2021). Del mismo modo, un estudio sobre el impacto psicológico de la crisis del Covid 19 en adultos residentes en Uruguay, estima que los síntomas de depresión y ansiedad durante el aislamiento podrían haberse incrementado en cerca de un 50% (Paz *et al.*, 2021). Con la difusión de los resultados de estos estudios en la comunidad, la depresión vuelve a estar presente en los medios de prensa uruguayos una vez más (Selma *et al.*, 2020; Fernández, 2020).

Metodología

Los datos utilizados en este artículo provienen de una investigación mixta cuyo objetivo principal fue describir y analizar las dimensiones sociotécnicas que generan geografías de prescripción y consumo diferencial de antidepresivos en Montevideo. En una primera fase cuantitativa de investigación se delimitaron zonas geográficas de prescripción y consumo de antidepresivos, combinando datos censales de la ciudad de Montevideo con datos provistos por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) sobre dispensación de antidepresivos a usuarios mayores de 14 años entre 2014 y 2016. Sobre la base de los datos estadísticos de cada una de las regiones asistenciales de la ciudad, fueron seleccionadas cinco zonas de alta, media y baja prescripción y consumo, para la realización de una etnografía multilocal (Marcus, 1995) en los distintos centros de salud, policlínicas y equipos de salud mental diseminados en estas cinco zonas de Montevideo. En este trabajo etnográfico, que tuvo lugar de marzo de 2018 a marzo de 2019, tomamos la receta como el elemento cultural central al que seguir durante su trayectoria por los diferentes ámbitos por los que transita, observando con qué otros elementos culturales se asociaba en estos sitios y qué actores sociales estaban involucrados y conectados a través de este tránsito. Durante el trabajo de campo se observó las dinámicas cotidianas de los centros de salud, las policlínicas barriales y las policlínicas de

salud mental dependientes, abarcando sus diversos espacios: corredores, salas de espera, farmacias, consultorios y salones de reuniones. De esta forma, compartimos estos espacios con médicos, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares de limpieza, auxiliares de farmacia, químicos farmacéuticos, policías y guardias de seguridad, usuarias y usuarios, con los que mantuvimos diálogos espontáneos, conversaciones focalizadas, y entrevistas en profundidad sobre la situación de la prescripción y consumo de antidepresivos.

Dada la naturaleza etnográfica del trabajo de campo los diálogos espontáneos con el personal de farmacia, enfermeras, personal de seguridad y de limpieza fueron permanentes y continuos en la medida en que se los acompañó en la ejecución de sus tareas habituales. En el caso de los usuarios y usuarias, los diálogos tuvieron lugar en los corredores, jardines y salas de espera a veces por iniciativa de las y los investigadores, otras por iniciativa de las y los usuarios. Se conversó sobre su relación con el servicio de salud y sobre sus experiencias o las experiencias de terceros con antidepresivos y otros medicamentos. En estos diálogos, de duración y profundidad variable, se recogieron narrativas sobre las dinámicas del servicio de salud y el acceso a la medicación, situaciones vitales que llevan al consumo de antidepresivos y valoraciones de las experiencias con psicofármacos. De este modo se entablaron diálogos relevantes para la investigación con 53 personas de entre 15 y 80 años (13 hombres y 40 mujeres).

Las conversaciones focalizadas fueron grupales e individuales. Se mantuvieron conversaciones grupales focalizadas con los profesionales integrantes de los equipos de salud mental y los participantes de grupos de promoción de salud que se reúnen regularmente en los centros para trabajar hábitos de vida saludables o temáticas relacionadas a sus etapas vitales, como es el caso de los grupos de adultos mayores. En estas conversaciones, de una hora aproximada de duración, se les proponía a los participantes, como puntapié inicial, charlar sobre su percepción del uso y prescripción de antidepresivos en su zona específica y comentar de forma libre y flexible sus experiencias o las experiencias de terceros con dicha medicación. Así, se mantuvieron conversaciones focalizadas con cuatro grupos de promoción de salud en aquellas zonas en que existía este tipo de dispositivo en funcionamiento. Entre los cuatro grupos participaron en las conversaciones focalizadas 31 usuarios (22 mujeres y nueve hombres de entre 22 y 82 años) y ocho coordinadores profesionales de la salud. Asimismo, se mantuvieron dos conversaciones focalizadas con los equipos de

salud mental de las zonas de consumo medio y alto, en las que participaron nueve profesionales del área.

También se realizaron entrevistas en profundidad a los profesionales y trabajadores de la salud con los que, por las características de su inserción en los servicios de salud, no se estableció un contacto cotidiano y asiduo. Para estas entrevistas se elaboraron pautas específicas que cubrían bloques temáticos sobre la percepción de la depresión y percepción de la prescripción y uso de antidepresivos en la zona, la eficacia y efectividad de los antidepresivos, el papel y circulación de las recetas y procedimientos de dispensación en el servicio de salud. Concretamente, se realizaron 18 entrevistas en profundidad: a dos psiquiatras, tres químicas farmacéuticas, dos auxiliares de farmacia, cuatro médicos generales (un hombre y tres mujeres), dos médicas de familia, dos trabajadoras sociales, una médica ginecóloga, una fisioterapeuta y un practicante de psicología, abarcando en total a 18 trabajadores de la salud (seis hombres y doce mujeres).

Las conversaciones focalizadas y los diálogos espontáneos se registraron en los diarios de campo, mientras que las entrevistas en profundidad se grabaron y transcribieron cuando los entrevistados accedieron a ello.

Para el análisis se generaron notas de campo analíticas, sobre las que se realizó una primera clasificación y codificación de los datos. El material proveniente de las conversaciones informales y entrevistas en profundidad se analizó para identificar núcleos temáticos iniciales que luego se codificaron atendiendo a la identificación de conjuntos similares de ideas y nociones. Para ello se generaron 19 familias de códigos que distinguían a) descripciones de escenarios, eventos y dinámicas y procedimientos de dispensación de medicamentos y tipos de diálogos observados: b) contenidos temáticos sobre la valoración de los antidepresivos, desencadenantes del consumo y argumentos justificativos del consumo, experiencias de abandono.

Para el desarrollo de esta investigación contamos con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. La participación libre e informada de los sujetos se aseguró recogiendo el consentimiento informado cuando se realizaron entrevistas en profundidad. Para la observación etnográfica y conversaciones ocasionales en las salas de espera se informó del desarrollo de la investigación a trabajadores y usuarias de los

servicios de salud, a través de carteles colocados en lugares comunes y visibles que proporcionaban datos acerca de las características de la investigación.

La sujeción-subjetivación biomédica

En este apartado atenderemos a ese plano del poder biomédico como subjetivante, productor de sujetos y formador de subjetividades. Así, en este sentido y con Foucault, podemos entender la subjetividad “como el modo en que el sujeto hace la experiencia de sí mismo en un juego de verdad en el que está en relación consigo mismo” (Foucault, 1999, p. 365).

Tras seguir esta línea de pensamiento, el sujeto emerge en el cruce de los juegos de verdad en los que participa, consciente o no, voluntariamente o no. El sujeto aparece como el resultado de un sistema de fuerzas (poder) y juegos de verdad (saberes) que lo constituyen. Así, la biomedicina o los procesos de biomedicalización no son otra cosa que juegos de verdad al decir de Foucault (1999), conjuntos de saberes-poderes subjetivantes.

Bajo este prisma la biomedicina participa activamente en la producción de sujetos a través de discursos o prácticas, tecnologías, sujetos, objetos, que se articulan en complejos entramados cuya estabilidad y permanencia guarda relación directa con el poder de afectar y producir sujetos. Esta producción subjetiva implica no solamente ofrecer una gramática para la comprensión de los problemas en clave biomédica sino también una matriz de intervención que opera sobre los cuerpos de un modo determinado.

Le pregunto cómo se llama ya que no sabía su nombre. Me dice: “M, tengo 37 años, soy un ser depresivo. El doctor X me atiende cada tres meses aproximadamente. Mi padre falleció hace 8 años, como que nunca lo superé, este mes es el cumpleaños, empieza abril y es como que todo el mes estoy mal”. Se angustia. “Mi madre me dice que me pasa eso porque no hago nada. Hoy aparte era el cumpleaños de un tío también (ya fallecido)”. (Diario de campo. 13 de abril de 2018. Zona de consumo medio. Sala de espera)

Decir de sí “soy un ser depresivo” es una forma de quedar capturada por las lógicas y racionalidades biomédicas⁵, reproduciéndose a sí mismo/a en la enunciación de un discurso que produce efectos distintos, pero nunca definitivos. Son modos en los que la subjetividad aparece hablando o diciendo algo “de sí mismo”, de su ánimo o de su “yo”, al usar la nomenclatura comprendida en la gramática biomédica. Es una manifestación del saber/poder biomédico, que, en este caso concreto, aporta los elementos para la definición subjetiva. Como veremos hacia el final de este análisis estas formas de hablar “de sí” o entenderse, son también estados transitorios y su estabilidad o permanencia contiene en sí la posibilidad de desligarse, hacerse y rehacerse de tantas formas como la multiplicidad de la vida misma se articule en la singularidad de ese pliegue.

Yo les pregunto hace cuánto que trabajan en el centro de salud y si han notado cambios en ese tiempo desde que empezaron hasta ahora, y dicen que sí, ((A)) [médica psiquiatra] hace 4 años que trabaja allí y ((B)) [psicóloga] hace 9, este año dicen que fue “impresionante” la cantidad de usuarios con problemas laborales, económicos y sociales y que las consultas por depresión son las más frecuentes en usuarios con esas situaciones en común. (Diario de campo. 27 de noviembre de 2018. Zona de consumo alto. ESM.)

Pero la gramática biomédica no se limita al ofrecimiento de una nomenclatura diagnóstica para representar al sujeto, sino que también enlaza a su racionalidad aquello de lo social que desborda la consulta y la propia definición biomédica de depresión. En este sentido, definir o entender un problema ya sea del estado de ánimo como del ámbito laboral (como puede ser el desempleo), o económico (como por ejemplo cuando los números no dan para hacer frente a la manutención propia o de la familia), o de cualquier otro orden de la vida en términos biomédicos comporta efectos en las subjetividades. Como veremos más adelante, este estilo de pensamiento que define los avatares de las subjetividades a partir de diagnósticos psiquiátricos que reclaman soluciones medicamentosas, es una forma de entender y gobernar problemas de distinta naturaleza.

DR: El paciente, como creo que cualquier ser humano, no quiere tomar medicación y quiere tomarla por el menor tiempo posible.

ENT: Entonces, ¿Ud. interroga a los pacientes en relación a este tema?

⁵ En la medida en que el campo de la depresión se ha transformado en un campo preferentemente biomédico desde mediados del siglo XX.

DR: Sí, sí siempre, uno después con el tiempo ya sabe, hay pacientes que aceptan que tienen un trastorno crónico que de pronto tienen un trastorno depresivo crónico que no pueden dejar de tomar medicación. (Diario de campo. 05 de junio de 2018. Zona de consumo medio. Entrevista a médico psiquiatra)

Decir de un otro paciente o usuaria de servicios de psiquiatría “hay pacientes... que de pronto tienen un trastorno depresivo crónico que no pueden dejar de tomar medicación” es una forma de comprender y otorgar significados cuyo objeto es sujetar dentro del dominio biomédico las vicisitudes en que las subjetividades se despliegan, pliegan y repliegan. Si, como sostiene Peter Götzsche (2017), la enfermedad mental crónica es sobre todo un *artefacto (consecuencia)* de los tratamientos psicofarmacológicos, la cronicidad del tratamiento desembocará en la cronicidad del trastorno. Esto lleva a pensar que las prácticas de prescripción masiva se sustentan sobre la supuesta capacidad de modificación de la experiencia vital de los sujetos atribuidas a los fármacos, en este caso antidepresivos, y no en su resultado terapéutico o que es la propia concepción de resultado terapéutico lo que se ha visto modificado por el gobierno farmacéutico. Como resultado, el tratamiento con antidepresivos se convierte en una tecnología de modulación mediante la presentificación vital de riesgos futuros de enfermar o sufrir, a decir de Bianchi y Rodríguez-Zoya (2019), lo que se traduce en una forma de sujeción permanente, en gobierno farmacéutico perpetuo.

La sertralina me hizo muy bien. Estaba en un pozo muy fuerte. Le pregunto si luego que salió del “pozo” el psiquiatra le retiró la sertralina, o si le dijo hasta cuándo tenía que tomarla, y me responde que el psiquiatra le dijo que no podía dejarla nunca porque si no volvería al “pozo”. (Diario de campo. 13 de agosto de 2018. Zona de consumo medio. Sala de espera)

En el marco de estas racionalidades, estas dos caras de la misma moneda, “tener un trastorno depresivo crónico” como no poder abandonar nunca la medicación, según palabras del médico en el relato de la usuaria, no son solamente formas de entender y definir a los otros/as, sino que son formas de operar sobre el cuerpo, a través de la tecnología específica de los antidepresivos. Las tecnologías de modulación de aspectos vitales descritas por Bianchi y Rodríguez-Zoya implican el uso de tecnologías diversas, por ejemplo, farmacológicas, cuyo objetivo sería intervenir determinadas expresiones vitales que buscan ser normalizadas y reguladas en tanto son consideradas como “objetos de gobierno vital” (2019, p. 11). Los medicamentos

se convierten entonces en medios privilegiados para el gobierno de los sujetos. Estos se ven impelidos a establecer una vigilancia cotidiana sobre sí mismos, escudriñando emociones y comportamientos con el fin de gestionar y administrar por la vía farmacéutica los anhelos de un cierto tipo de vida posible. Algunos autores han señalado que los psicofármacos como los antidepresivos restituyen al individuo la capacidad de dominio para hacer de sí mismo un sujeto viable, definido por una relación así fundada en la autonomía, la responsabilidad y la eficiencia, al tiempo que lo enfrenta a la paradoja de la sujeción al fármaco y su desvanecimiento (Davis, 2020). Por consiguiente, la gubernamentalidad farmacológica ofrece al sujeto nuevas posibilidades de empoderamiento sobre sí, pero lo hace en la medida en que lo constituye como un sujeto farmacológicamente orientado.

En lo que a los estados del ánimo refiere, en tanto expresiones vitales, esta modulación, esta injerencia biológica, corporal y subjetiva se produce, al menos en parte, mediante el consumo de antidepresivos. Como señalaba a principios de los años 1960 el filósofo François Dagognet (1964), el medicamento es una manera de actuar eficazmente sobre los otros.

Sin embargo, la intervención en este nivel de la subjetividad-cuerpo de la persona, es afectar el extremo terminal de una serie de relaciones en donde el dolor se produce y desencadena. Es asimismo o parece ser una solución “económica y rápida” para enfrentar problemas que de requerir otros abordajes llevarían más tiempo y dinero en este modo de organización social y más precisamente en el marco de la nueva economía biopolítica de la vida, descrita por Clarke *et al.* (2010), como uno de los cinco procesos clave del fenómeno denominado biomedicalización. Pero bien sabemos que la solución no es ni rápida ni económica y que por otro lado puede traer consecuencias negativas en el estado de salud de usuarias y usuarios. Pensar de este modo es solo una forma de plantear el problema, que no es ni neutral ni ingenua, y que favorece el desarrollo del biocapital en un mundo globalizado donde la búsqueda del plusvalor dirige las investigaciones e inversiones en los entornos médicos (Rose, 2012).

Desterritorializando las subjetividades biomédicas

Cuando hablamos de subjetividad siempre estamos en procesos abiertos e inconclusos y esta condición provee la oportunidad para la formación de otras subjetividades, nuevas subjetividades que resisten al poder o más bien al exceso de poder, pues como

explicamos siguiendo a Foucault (1978) el poder es subjetivante. La subjetividad está hecha de flujos de relaciones y afectos que atraviesan los cuerpos, dando forma a los procesos psíquicos o mentales, diagramándolos.

Ya sea que entendamos a la subjetividad bajo la metáfora de pliegue, o desde conceptualizaciones menos abstractas como puede ser la noción de ensamblaje, entramado o trayecto, aparece siempre la dificultad a la hora de describir las entidades que la componen. La cartografía de los pliegues que propone Mendiola (2001), como una forma de “cartografiar el hacerse y deshacerse de una identidad rizomática” es una propuesta novedosa para dar cuenta de la articulación de “la heterogeneidad material, espacial y temporal” que subyacen a toda práctica identitaria (p. 211).

Si el poder subjetiva o mejor dicho cuando el poder opera subjetivando, lo que hace es al decir de Deleuze (2015) plegar formas del afuera en el adentro. Esto quiere decir que el adentro es un espacio abierto en constante movimiento, cuyo trabajo consiste en la codificación transitoria de las formas del afuera. Esta condición de la subjetividad provee la oportunidad tanto para la sujeción a determinados saberes como su impugnación o resistencia.

En lo que refiere a los saberes emanados de los discursos biomédicos, observamos cómo los mismos pueden ser tanto formadores de subjetividades, en el sentido de constituir las racionalidades para las interpretaciones de los malestares psíquicos o del sí mismo, como ser desafiados e impugnados.

La señora A toma la palabra. No está de acuerdo con tomar antidepresivos, ni otro psicofármaco, en cambio toma yuyos (dice que toma toronjil). La médica [de familia] interviene y le explica desde la teoría del desequilibrio químico la función del ATD. Y le pregunta si aún se opondría a tomarlo si un médico se lo indicara, a lo que la Sra. A le dice que no le cree el argumento y que aún así se opondría a tomar cualquier psicofármaco. (Diario de campo. 26 de octubre de 2018. Zona de consumo alto. Grupo de promoción de salud)

Tal como puede verse en el fragmento, la matriz de inteligibilidad biomédica puede desobedecerse. La subjetividad, como proceso abierto, contiene la posibilidad de desligarse de los saberes-poderes que se proponen su organización, aun cuando la usuaria despliegue esta resistencia en el marco mismo de un grupo de promoción de salud, obviamente, enmarcado en las prácticas biomédicas. La línea de fuga

desterritorializa la codificación brindada abriendo a otras posibilidades de significado o al menos como en la cita rechazando los significados ofrecidos. El poder biomédico y su retórica discursiva encuentran aquí un contrapoder que ofrece resistencia, que busca no someterse a las formas de territorialización biomédicas en todos sus términos, en principio oponiéndose.

La señora D toma la palabra. Pregunta sobre la interacción de los medicamentos de la pauta. A modo de confesión, cuenta que hace 9 años se atiende con un doctor, y que el remedio de la presión no le hace nada, pero no le dice al doctor que no lo está tomando. (Diario de campo. 26 de octubre de 2018. Zona de consumo alto. Grupo de promoción de salud)

La resistencia a tratamientos farmacológicos en el campo de la atención de la salud varía en el tiempo, y el mismo individuo puede resistir y demandar tratamientos en diferentes momentos de su vida (Doblyté, 2020). La conformidad y la resistencia a la fuerza homogeneizadora de los fármacos y a su tendencia normalizadora implícita, son los polos de un continuum que subyace al proceso de biosocialización (Collin, 2016). Este proceso hace difusos los límites entre estos polos mutuamente excluyentes, ya que los sujetos pueden aceptar algunos regímenes y rechazar otros como en el caso de la señora D.

Por consiguiente, estas prácticas farmacológicas entrelazan sujetos, saberes expertos y medicamentos estableciendo nuevas formas de biopoder, pero también nuevas formas de resistencias. Como señalan Camargo y Reid (2016), el análisis de las prácticas farmacológicas supone el análisis del surgimiento de nuevas tecnologías de biopoder en relación con el saber específico de la farmacología y los movimientos de la industria farmacéutica, pero también el análisis del surgimiento de un contrapoder o nodos de oposición.

Discusión final

Aún teniendo en cuenta estas posiciones que rivalizan y desafían las racionalidades biomédicas, podemos concluir de modo general que las lógicas argumentativas que justifican la prescripción de antidepresivos y psicofármacos en general, se liberan de las finalidades estrictamente técnicas delimitadas por el saber médico, extendiendo sus usos y significados y transformando a los psicofármacos en las herramientas idóneas para la gestión poblacional de las problemáticas concernidas bajo la denominada salud mental.

La gubernamentalidad farmacéutica, como vimos en apartados anteriores, se despliega a través de la presencia de los antidepresivos en los servicios de salud estudiados a través de tres vías principales; 1) la captura de toda experiencia del estado de ánimo al menos por parte de la nosología psiquiátrica y su identificación con el trastorno depresivo, 2) el establecimiento de un horizonte temporal crónico para dicho trastorno, 3) la ligazón de la cronicidad del trastorno a la cronicidad del tratamiento con antidepresivos. Ello trae como consecuencia la expansión potencial de las lógicas biomédicas a toda experiencia vivida que se presente como dificultad.

Así, un antidepresivo puede y debe administrarse tanto en un duelo, desde que la tristeza como afecto natural a una pérdida ha sido medicalizada, hasta una situación de consumo de drogas de un familiar, o el mismo tránsito por la vejez. Los antidepresivos se convierten entonces en artefactos científico-técnicos capaces de agencia política para el moldeado de nuestras vidas (Bianchi & Rodríguez-Zoya, 2019) en este caso, de los estados del ánimo.

Los discursos biomédicos que fundamentan las prácticas de prescripción han logrado intervenir en la trama social y cultural de manera eficaz, generando expectativas en los sujetos o enlazándose con sus expectativas acerca de la existencia de medicamentos que sirven para mitigar o eliminar sentimientos de tristeza o impotencia frente a las exigencias de la vida cotidiana. Esto es posible, en acuerdo con Janis Jenkins (2011) en tanto existe en la cultura un imaginario farmacéutico global apoyado en las posibilidades de transformación y regulación de las emociones y experiencias personales que son atribuidas a los psicofármacos. Las estrategias de marketing farmacéutico contribuyen a la generación de este imaginario posibilitando a su vez el surgimiento en prescriptores y consumidores de un *self-farmacéutico* orquestado por y orientado hacia los productos farmacéuticos, el cual puede reconocerse, por ejemplo, en el consumo prolongado de medicamentos (Jenkins, 2011). De hecho, es en torno a la ingesta del fármaco que el gobierno farmacéutico encuentra su potencialidad y su límite.

En el caso de los antidepresivos en los servicios de salud, tanto la vía de la captura del ánimo abatido por la nosología psiquiátrica, como la cronicidad del trastorno y la cronicidad de los tratamientos implican dicha ingesta, ingesta que en sí misma instituye la polaridad de aceptar o rechazar el fármaco. En torno a este acto se instalan resistencias y adhesiones entre quienes consumen el fármaco y

quienes no, pero en última instancia estas posiciones son dos polos de un mismo continuum (Collin, 2016). La posibilidad de resistir y su resultado dependen, desde la noción de capital de Pierre Bourdieu, del capital cultural y económico acumulado de quien resiste (Doblyté, 2020). Por lo tanto, algunas personas con más capital podrán evitar el consumo de fármacos y elegir otras estrategias por fuera del sistema sanitario, mientras que aquellas con menor capital acumulado podrían verse expuestas a la cronificación de su enfermedad (Doblyté, 2020). Asimismo, la adhesión al tratamiento farmacológico muchas veces termina también siendo crónico dado que actualmente el uso de antidepresivos, en tanto tecnología de modulación (Bianchi y Rodríguez-Zoya, 2019) implica no ya la curación sino el control de los estados del ánimo.

Las prácticas de prescripción llevadas adelante por los médicos y psiquiatras de los centros de atención sanitaria estudiados en el marco de esta investigación mantienen similitudes con las prácticas observadas en otros sitios. Las lógicas argumentativas que fundamentan el uso de antidepresivos a nivel local, en los distintos espacios clínicos, se conectan con las redes de significado de los discursos y prácticas biomédicas que establecen los distintos usos y perfilan de cierto modo las prescripciones. Esto no quita que los facultativos prolonguen, modifiquen o traduzcan estas narrativas, generando modos particulares de administración de los antidepresivos y de fundamentación de su uso. Necesariamente, las narrativas biomédicas se traducirán por la sencilla razón que establece una distancia imposible de eliminar entre la interpretación y lo interpretado o entre un texto y sus significados.

Con esto queremos introducir la multiplicidad de aristas que se ponen en juego a la hora de comprender las lógicas argumentativas que fundamentan el uso de fármacos antidepresivos. Pero limitándonos a las herramientas analíticas que hemos decidido para realizar este estudio, observamos cómo las lógicas argumentativas asociadas a las prácticas de prescripción de antidepresivos se fundamentan en cuestiones de gobierno poblacional y cómo estos dispositivos tecnocientíficos llamados antidepresivos se constituyen en una herramienta biopolítica para la gestión del sufrimiento humano. Porque si se trata, tal como manifiestan integrantes de los equipos de salud en los registros de campo, de atender situaciones que exceden el campo de la consulta clínica, va de suyo que tanto el diagnóstico de depresión como los antidepresivos funcionan por encima y por fuera de los usos declarados o establecidos tanto en guías clínicas como en tratados de psiquiatría. En lo que

respecta a los psicofármacos, sus múltiples usos nos permiten afirmar que los mismos constituyen las herramientas de gobierno por excelencia en el marco de la gubernamentalidad biomédica. Por tanto, sostenemos que los antidepresivos en particular y los psicofármacos en general son instrumentos de gestión biopolítica de los modos que adoptan los sufrimientos humanos en el contexto de las formas neoliberales de gobierno.

Referencias

- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000): transformaciones de los saberes psicológicos*. Ediciones Universitarias. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/4545>
- Bianchi, E. y Rodríguez-Zoya, P. (2019). (Bio)medicalization in the “extremes” of life. Government technologies of childhood and aging. *Athenea Digital*, 19(2), 2309. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2309>
- Camargo, R. y Ried, N. (2016). Towards a genealogy of pharmacological practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(1), 85-94. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9648-3>
- Cambrosio, A., Keating, P. y Bourret, P. (2006). Objetividad regulatoria y sistemas de pruebas en medicina: el caso de la cancerología. *Convergencia*, 13(42), 135-152. <https://bit.ly/3oWhvDg>
- Clarke, A., Mamo, I., Fosket, J., Fisherman, J. y Shim, J. (2010). *Biomedicalization, Technoscience, Health and Illness in the USA*. Duke University Press.
- Collin, J. (2015). On social plasticity: the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. *Sociology Of Health and Illness*, 38(1), 73-89. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12342>
- Dagognet, F. (1964). *La Raison et les Remèdes*. París. Presses Universitaires de France.
- Davis, J. (2020). *Chemically Imbalanced Everyday Suffering, Medication, and Our Troubled Quest for Self-Mastery*. The University of Chicago Press.
- Deleuze, G. (1989). *El pliegue: Leibniz y el barroco*. Paidós.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Pre-textos.
- Deleuze, G. (2015). *La subjetivación. Curso sobre Foucault. Tomo III*. Cactus.
- Doblytė, S. (2020). Under- or Overtreatment of Mental Distress? Practices, Consequences, and Resistance in the Field of Mental Health Care. *Qualitative Health Research*, 30(10), 1503-1516. <https://doi.org/10.1177/1049732320918531>

- Dumesnil, H. y Verger P. (2009). Public awareness campaigns about depression and suicide: a review. *Psychiatr Serv.* 60(9), 1203-13. doi: 10.1176/ps.2009.60.9.1203. PMID: 19723735.
- Fernández, G. (2020). Entrevista de UNI Radio a Gabriela Fernández sobre el impacto psicológico del COVID-19 en adultos. *Uni Radio*. [Radio]. Montevideo.
- Foucault, M. (1978). Derecho de muerte y poder sobre la vida. En *Historia de la sexualidad*. (pp. 161-194). Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *Hermenéutica del sujeto*. La Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Estética, Ética y Hermenéutica*. Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Curso en el Collège de France 1977-1978. (1 ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica*. Curso del Collège de France 1978-1979. Akal.
- Geneyro-Saldombide, S. y Tirado-Serrano, F. (2014). Del sujeto patológico al ciudadano neuroquímico: la construcción del juicio psiquiátrico. *Inguruak. Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*, 57(58), 2679-2692.
- Gøtzsche, P. (2017). Psychopharmacology is Not Evidence-Based Medicine. En J. Davies, *The sedated society*. (1st ed., pp. 23-50). Springer Nature.
- Guattari, F. (1996). *Tres ecologías* (2nd ed.). Pre-textos.
- Healy, D. (1997). *The Antidepressant Era*. Harvard University Press.
- Healy, D. (1999) The three faces of the antidepressants: a critical commentary on the clinical-economic context of diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 174-80. doi: 10.1097/00005053-199903000-00007.
- Jenkins, J. (2011). *Pharmaceutical Self* (1st ed.). School for Advanced Research Press.
- Junta Nacional de Drogas. (2001). *III Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General*. Junta Nacional de Drogas (JND) - Uruguay.
- Junta Nacional de Drogas. (2019). *VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General*. Junta Nacional de Drogas (JND) - Uruguay.
- Lagos, L. (11 de abril de 2021). ¿Cómo afecta el aislamiento social en el consumo de drogas? *La Diaria*.
- López-Muñoz, F. y Alamo, C. (1998). *Historia de la neuropsicofarmacología*. Ediciones Eurobook.
- López-Muñoz, F., Alamo, C. y Cuenca, E. (2000). *La «década de oro» de la psicofarmacología (1950- 1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos*. Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de febrero - 15 de marzo 2000. Conferencia 34-CI-C: [41 pantallas]. <https://bit.ly/3JCFfFO>

- Marcus, G. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review Of Anthropology*, 24(1), 95-117. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.24.100195.000523>
- Martínez-Hernández, A. (2007). «Le Prozac est la meilleure de toutes les inventions». *Socio-Anthropologie*, 21, 69-86. <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1083>
- Mendiola, I. (2001). Cartografías liminales: el (des)pliegue topológico de la práctica identitaria. *Política y Sociedad*, 36, 205-221.
- Moncrieff, J. (2008). The creation of the concept of an antidepressant: an historical analysis. *Soc Sci Med*, 66(11), 2346-55. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.047.
- Orr, J. (2010). Biopsychiatry and the informatics of diagnosis. In A. Clarke, I. Mamo, J. Fosket, J. Fisherman y J. Shim, Clarke, A., Mamo, I., Fosket, J., Fisherman, J., y Shim, J. *Biomedicalization, Technoscience, Health and Illness in the USA* (1st ed., pp. 353-379). Duke University.
- Pagano, E., Domínguez, V., Barboza, L., Speranza, N., Tamosiunas, G. (2015). Mitos en el uso de antidepresivos ¿Cuáles pacientes con depresión precisan un antidepresivo? *Boletín del Departamento de Farmacología y Terapéutica*, 6(3), 1-5.
- Paz, V., Chirullo, V., Montero, F., Ruiz, P., Selma, H. y Fernández-Theoduloz, G. (2021). Mental health during the COVID-19 outbreak: the impact of healthy lifestyle behaviors and sociodemographic factors. *PsyArXiv*. Preprint DOI 10.31234/osf.io/r8v4f
- Plá, A., García, A., González, H., Ferrari, C., Olmedo, M., Castellano, L., Furtado, F. y Seijas, E. (2018). *Dispensación de medicamentos controlados en Uruguay. Periodo: enero-octubre 2018*. Ministerio de Salud Pública. <https://bit.ly/3oZD8Ti>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. (1st ed.). UNIPE Editorial Universitaria.
- Ruiz, P., Semblat, F. y Pautassi, R. M. (2021). The Change in Psychoactive Substance Consumption in Relation to Psychological Stress During the Covid-19 Pandemic in Uruguay. *Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ]*, 1(1). <https://doi.org/10.18295/squmj.5.2021.106>
- Selma, H., Rodríguez, N. y Ruiz, P. *et al.* (2020). Los ánimos que trajo el Covid: el doble de depresión y ansiedad fóbica/Entrevistados por Leonel García. *Revista Galería*. <https://bit.ly/3JxuMvq>
- Toledo, M., Olmos, I., Mato, M. y Tamosiunas, G. (2016a). Antidepresivos: controversia sobre su eficacia en el trastorno depresivo mayor. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(2), 111-119.

- Toledo, M., Sandoya, E. y Bernardi, R. (2016b). Estudio que sugiere adoptar una doble cautela. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(2), 121-125.
- Vázquez-García, F. (2013). Más allá de la crítica de la medicalización. Neoliberalismo y biopolíticas de la identidad sexual. *Constelaciones. Revista de Teoría Crítica*, 5, 76-102.
- Zola, I. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1972.tb00220.x>