

Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad

Knowledges, pharmaceuticals and diagnosis. A panorama on recent productions about pharmaceuticalization of society

Conhecimento, drogas e diagnósticos. Um panorama sobre produções recentes em torno da farmacologização da sociedade

Eugenia Bianchi
ORCID ID: 0000-0003-2311-7490
CONICET-UBA, Argentina

Autor referente: eugenia.bianchi@gmail.com

Historia Editorial
Recibido: 23/02/2018
Aceptado: 21/06/2018

RESUMEN

Con el cambio de siglo, los fenómenos en los que las condiciones, capacidades y potenciales humanos suscitan intervención farmacológica, y especialmente psicofarmacológica, adquirieron una espesura tal que originaron una corriente específica de estudios. La farmacologización como perspectiva mayormente anglosajona en la que ensamblan saberes de estudios sociales de la ciencia y la tecnología, medicalización y biomedicalización, sociología del diagnóstico, biopolítica y

gubernamentalidad, entre otros, dispone ya de un caudaloso corpus de producciones. A la vez, nuestra región cuenta con estudios empíricos que contribuyen a una mirada propia aunque en diálogo con tales producciones. El objetivo es presentar una revisión y análisis teórico-metodológicos de bibliografía específica como encuadre de referencia y discusión con dichas producciones, marcando confluencias, limitaciones y especificidades analíticas.

Palabras clave: Farmacologización; Psicofármacos; Diagnósticos

ABSTRACT

With the turn of the century, phenomena in which human conditions, capacities and potentials require pharmacological and especially psychopharmacological intervention, acquired such a thickness that originated a specific school of studies. As a mainly Anglo-Saxon perspective, pharmaceuticalization assemblages knowledges from social studies of science and technology, medicalization, sociology of diagnosis, biopolitics and governmentality, among others, and

has an abundant corpus of productions. At the same time, our region has empirical studies that contribute to an own view, though in dialogue with these productions. The objective is to expose a theoretical and methodological revision and analysis on specific literature, as a reference and discussion scaffolding among productions, and highlighting confluences, limitations and analytical specificities.

Keywords: Pharmaceuticalization; Psychotropics; Diagnosis

RESUMO

Com a virada do século, os fenômenos em que as condições, capacidades e potenciais humanos despertaram a intervenção farmacológica, e principalmente a intervenção psicofarmacológica, adquiriram tal espessura que originaram uma corrente específica de estudos. A farmacologização, como perspectiva largamente anglo-saxônica, na qual eles reúnem conhecimento de estudos sociais da ciência e tecnologia, medicalização e biomedicalização, sociologia do diagnóstico, biopolítica e

governamentalidade, entre outros, já possui um grande acervo de produções. Ao mesmo tempo, nossa região possui estudos empíricos que contribuem para o seu próprio olhar, embora em diálogo com tais produções. O objetivo é apresentar uma revisão e análise teórico-metodológica de bibliografia específica como referencial e discussão com as referidas produções, marcando confluências, limitações e especificidades analíticas.

Palavras chave: Farmacologização; Psicofarmacêutico; Diagnóstico

Introducción

El empleo de psicofármacos en la vida cotidiana se presenta como un fenómeno indisociable de la actualidad. Es un recurrente tema de agenda, tanto cultural como económica, social y política, y también se ha convertido en un tópico habitual y convocante en espacios académicos, sea de formación, docencia o investigación. En este marco, es insoslayable el genuino interés que despierta el estudio de la problemática del empleo de fármacos en ámbitos clínicos, profesionales y académicos vinculados a la salud y a la salud mental.

Como un aporte al *Dossier Psicofármacos y saberes psicológicos: tensiones y debates*, este artículo revisa, organiza y analiza un corpus de trabajos y conceptos de las ciencias sociales y humanas. Estos estudios aportan a la comprensión de algunas investigaciones que toman al fármaco como fenómeno problemático, e involucran diferentes actores, fuerzas, discursos, dispositivos, saberes, prácticas y tecnologías.

Esta revisión pone de relieve, por un lado, la importancia de delinear un mapa de las contribuciones y debates, como espacio en el que dialogan múltiples saberes y perspectivas de análisis provenientes de diferentes disciplinas (como las de las autoras y los autores que presentan sus trabajos en el *Dossier*). Además busca dar cuenta de algunos problemas derivados del estudio de fenómenos que, como los relacionados con los procesos de diagnóstico y tratamiento en salud mental que involucran al fármaco, están dotados de un carácter complejo, en tensión y en curso. Finalmente, interesa resaltar los aportes de investigaciones en América Latina, donde se cuenta con un creciente conjunto de estudios acerca de estos temas.

Por otro lado, esta revisión ofrece herramientas conceptuales y metodológicas que pueden officar como insumos para la discusión en investigación, docencia y clínica, donde los antedichos procesos siempre asumen características y dinámicas concretas, y cuya exploración y análisis en la región ha iniciado un curso fructífero de estudios.

El artículo se organiza de la siguiente manera. En el apartado II, se reseñan y analizan algunos aportes históricos y conceptuales desde la medicalización, biomedicalización y políticas de la vida, tres perspectivas que convergen en su interés acerca de los fármacos, los diagnósticos, los saberes y la salud mental. En el mismo apartado, se referencian investigaciones de la medicalización en América Latina.

El apartado III se aboca a describir y analizar diferentes estudios acerca de los procesos de farmacologización de la sociedad. A fin de exponer la relevancia de los saberes en estos procesos, se abordan una serie de conceptos que definen algunas nociones clave en este campo de estudios emergente. Se analizan conceptos que,

desde diferentes aproximaciones disciplinares, dan cuenta de la doble dimensión de lo individual y lo colectivo que involucra el estudio de los fármacos en la actualidad, y su incidencia tanto en la vida cotidiana, como en subjetividades y tecnologías biomédicas. En el apartado IV se trabaja la pertinencia de analizar a los fármacos en estrecha vinculación con los diagnósticos, en línea con un abordaje relacional de la problemática. También en este punto se reseñan algunos conceptos y nociones que, desde múltiples perspectivas y saberes, aportan a la comprensión de la complejidad de los fenómenos que se analizan, y se sitúa la relevancia de la sociología del diagnóstico para las ciencias sociales y humanas.

El apartado V avanza en otro plano. Habiendo reseñado y analizado diversos conceptos, saberes y teorizaciones surgidas de los estudios sociales sobre fármacos y diagnósticos en los apartados anteriores, se propone un desplazamiento hacia un mapa posible de problemas y tensiones que se suscitan en los análisis de corte empírico en estos campos cruzados. Finalmente, se exponen algunas conclusiones.

II. Medicalización, biomedicalización y biopolítica: campos específicos y líneas en común

Trabajos de diferentes disciplinas y perspectivas, entre ellas la antropología médica crítica, la sociología de la salud, la filosofía, los estudios sociales de la ciencia y la historia de la medicina, conforman un robusto conjunto de publicaciones que cimentó algunas claves para comprender la relación histórica y actual entre la vida, la medicina, la normalidad, la salud mental y el gobierno de poblaciones e individuos.

La farmacologización y la sociología del diagnóstico se inscriben como dos corrientes emergentes del conjunto amplio de trabajos teóricos y empíricos que abordan múltiples objetos de estudio, pero que comparten un análisis en el que la salud mental aparece como problema destacado. Ambas surgieron de los estudios de la medicalización, pero en virtud de las transformaciones suscitadas en los últimos diez

años, reclaman un estatuto distintivo. Sin embargo, para una caracterización y análisis de estas dos perspectivas, es necesario previamente efectuar un contrapunto entre tres campos en los que estas se gestaron: medicalización, biomedicalización y políticas de la vida, que operan como bases de estos aportes analíticos más recientes. Aproximarse hoy en día a la medicalización supone referirse a una corriente crítica dentro de los estudios sociales que suma más de siete décadas y un cuantioso *corpus* de publicaciones (Clarke & Shim, 2011; Conrad, 2015). Distintos autores discrepan entre considerarla un área de estudios (Conrad, 2013) o una teoría (Clarke, Mamo, Fosket, Fishman & Shim, 2010). Sin embargo, el análisis de los fenómenos que abarca mantiene incontestable vigencia, verificada en la amplificación y diversificación del espectro de enfoques que exceden a la sociología médica -de la que surgió- para incluir otras disciplinas como historia, antropología, salud pública, economía y bioética (Conrad, 2013), y a estudios sobre ciencia y tecnología, género, estratificación social y gubernamentalidad (Clarke et al., 2010), todos abocados al análisis de los fenómenos que se “convierten en médicos” (Conrad, 2007, p. 5), y que por ello ameritan la definición, descripción, comprensión y/o tratamiento de un problema en tales términos. En esta definición canónica, la medicación no se presenta como elemento predominante. Sin embargo, una de las inexactitudes más extendida al momento de definir la medicalización reside en asimilarla o asumirla como un sinónimo de la prescripción de medicamentos. Esta una asociación que resulta reduccionista, dado que el fármaco puede constituir uno de los tratamientos posibles frente a un fenómeno medicalizado, pero no es excluyente, ya que pueden producirse procesos de medicalización que no involucran a los fármacos. Es claro, sin embargo y como surge de esta revisión, que los fenómenos en los que el fármaco tiene un rol relevante, son los más. Pero es importante diferenciar que la medicalización es la resultante fenoménica históricamente incidida, múltiple y en tensión, de diferentes confluencias y divergencias de actores y procesos, y no un tipo de terapéutica, la farmacológica.

En el siglo XXI la medicalización sufrió transformaciones capitales. Incorporó a su matriz analítica el estudio de modos de saber y verdad asociados al conocimiento científico-tecnológico, dando cuenta de las transformaciones en la biomedicina, el cuidado médico y la psiquiatría biológica. También incluyó las nociones de gubernamentalidad (Foucault, 2006) y biosociabilidades (Rabinow, 1996), lo que condujo al surgimiento de una nueva corriente, denominada biomedicalización, que reconoce la incidencia creciente de consumidores, compañías farmacéuticas y aseguradoras de salud, y la merma en la relevancia de médicos e instituciones médicas (Conrad, 2013; Iriart & Iglesias Ríos, 2013). En la biomedicalización convergen teorizaciones acerca del biopoder y de la biopolítica, la bioeconomía y el biocapital, y las políticas de la vida misma (Clarke et al., 2010). También hace foco en la salud, el riesgo y la vigilancia, tres categorías que contemplaban los estudios de la medicalización, pero que no estaban integrados en términos de tecnociencia. La biomedicalización toma en cuenta además los efectos del proceso en lo referido a la producción de nuevas subjetividades y temáticas médicas, donde se imbrican cuerpos y discursos tecnocientíficos y biomédicos (Mamo & Fosket, 2009).

Este salto analítico logrado con la biomedicalización obedece en parte a la incorporación de las perspectivas de la gubernamentalidad y la biopolítica (Clarke, Shim, Mamo, Fosket & Fishman, 2003). El concepto de biopolítica aporta a una mirada de líneas de análisis e investigación, que incluyen múltiples objetos de estudio empíricos y reflexiones teóricas (Bianchi, 2014a). Si bien existen cuatro conceptualizaciones diferentes de la biopolítica en Foucault (Castro, 2008), en este artículo interesa la que plantea las dos dimensiones del cuerpo: el cuerpo-máquina y el cuerpo-especie (Foucault, 2002). Rabinow y Rose (2006) rescatan que el poder sobre la vida en este diagrama bipolar desarrollado por Foucault tiene en la disciplina el polo anatomopolítico del cuerpo humano (que busca maximizar fuerzas individuales e integrarlas en sistemas eficientes), y en la regulación el polo biopolítico de la población

(que aspira a controles regulatorios enfocados en el cuerpo como especie). Estas dos dimensiones se articulan en la sociedad de normalización, como blanco de técnicas disciplinarias e individuales, y de regulación poblacional, respectivamente (Foucault, 2002, 2006). La gubernamentalidad, por su parte, remite a actividades orientadas a moldear, guiar, conducir o afectar las conductas de las personas, y emerge de la articulación de las tecnologías de dominación de los otros, y las tecnologías del yo, referidas a uno mismo (Foucault, 1990).

La integración de las nociones de biopolítica y gubernamentalidad (Foucault, 2002; 2007; Rose, 2012; Rabinow & Rose, 2006; Burchell, Gordon & Miller, 1991) a los estudios de la biomedicalización contribuye a una comprensión más profunda de las problemáticas, en tanto ambas nociones ofrecen una aproximación al análisis que contempla por un lado los aspectos individuales del control, y por otro las dinámicas colectivas que tienen su epicentro en las poblaciones o segmentos poblacionales.

A diferencia de la medicalización, que está orientada a la enfermedad, la biomedicalización no restringe su accionar a los procesos mórbidos, sino que apunta a la salud misma (Clarke et al., 2010). Asimismo, y en virtud de la denominada re-imaginación de la biomedicalización (Bell & Figert, 2015), se reorientaron los análisis para abarcar nuevos procesos y fenómenos. Entre ellos se destacan la industria farmacéutica transnacional, la penetración mundial de las categorías y abordajes de la medicina occidental (especialmente estadounidense) e Internet (Conrad, 2015; Conrad & Bergey, 2014). Estos estudios reconocen la relevancia de los casos nacionales para comprender la migración de los diagnósticos fuera del mundo anglosajón, y para documentar las especificidades de estos procesos en otras regiones, a la luz de la denominada globalización de la medicalización (Conrad & Bergey, 2014).

La medicalización también se complejizó de la mano de otros afinamientos conceptuales. Además de las antedichas biomedicalización (Clarke et al., 2003, 2010; Bell & Figert, 2015), farmacologización (Nichter, 1996; Williams, Martin & Gabe, 2011;

Abraham, 2010) y sociología del diagnóstico (Jutel, 2009, 2011a, 2011b), se cuentan otras nociones como genetización (Lippman, 1991; Lock, 2012), medicalización del riesgo (Conrad, 2007; Aronowitz, 2009; Clarke et al., 2010) y saludismo (Crawford, 1980; Conrad, 1992, 2013). Como consecuencia de estas ramificaciones, desprendimientos y profundizaciones analíticas críticas, la medicalización pasó de ser una corriente periférica en la sociología médica en la década de 1970, a constituirse en el siglo XXI en un área pujante del pensamiento social (Conrad, 2013) y con articulaciones en diversos puntos del globo. Este viraje hacia la biomedicalización se acompañó de una reconfiguración del proceso mismo, distinguido por ser crecientemente complejo, multisituado y multidireccional, ambiguo y en disputa (Ballard & Elston, 2005) en el que la asociación directa y omniabarcativa al predominio médico resulta analíticamente insuficiente (Lupton, 1997), y que se caracteriza por la emergencia de prácticas sociales en el marco de una biomedicina cada vez más tecnocientífica (Clarke et al., 2010).

II.1. Medicalización en América Latina: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos?

La medicalización en América Latina es un tópico que ha dado lugar a numerosas investigaciones, tanto de corte teórico como de problemáticas empíricas. En particular, el análisis del TDAH en países como Argentina (Faraone & Bianchi, 2018), Brasil (Ortega, Zorzanelli & Portugal Gonçalves, 2018) y Chile (Rojas Navarro, Rojas y Peña Ochoa, 2018) ha realizado los primeros aportes a un análisis global de los estudios de la medicalización (Bergey, Filipe, Conrad & Singh, 2018).

Recientemente se publicaron artículos que revisan los estudios sociológicos enfocados en los procesos de medicalización provenientes de América Latina (Murguía, Ordorika & Lendo, 2016), y en sus especificidades epistemológicas (Murguía, Ordorika & Guerrero, 2016). Entre las conclusiones de estos relevamientos interesa destacar, en primer lugar, que en América Latina los estudios sociológicos sobre medicalización intersectan con otras agendas de investigación, como la de la historia de la medicina, y

la salud pública, pero sus objetivos no se solapan totalmente. Otro elemento que marcan Murguía y su equipo es la prevalencia teórica de tesis foucaulteanas, algo que va en línea con considerar a la medicina como estrategia biopolítica del Estado moderno, y como forma de ejercicio del control social, a la vez represivo y persuasivo. Los autores concluyen que estos análisis se llevan a cabo, muchas veces sin las necesarias adecuaciones para comprender los procesos en la región, y/o sin un basamento empírico robusto. Sin embargo, es posible agregar al análisis que realizan los autores, que este doble carácter del control social ejercido sobre los diferentes individuos y segmentos poblacionales no es tenido en cuenta en todos los casos, siendo frecuentes los análisis orientados exclusivamente a los elementos represivos desplegados en los procesos de medicalización, algo que va en detrimento de un análisis más profundo y propende a un estudio de los fenómenos o bien preformateado, o bien extrapolado de otros contextos geográficos e instancias históricas. En América Latina estos estudios se dan, además y según los autores, en el marco de una salud pública con amplio predominio del modelo médico hegemónico de la medicina occidental, que invisibiliza a otras posturas sociales frente a las dolencias. Uno de los resultados más significativos a los que arriban con su relevamiento es que en América Latina, los trabajos muestran que los procesos de medicalización son expresivos de las desigualdades de la región. En los extremos de un amplio arco, estas desigualdades se patentizan por una parte en el hecho que amplios sectores de la población tienen acceso limitado a servicios y medicamentos básicos, viendo restringido su derecho a la salud. Y por otra parte y al mismo tiempo, hay una sobreutilización de fármacos y servicios en los sectores socio-económicamente más favorecidos. Así, el análisis de los fenómenos medicalizados abarca un arco cuyos extremos son de la exclusión de algunos sectores, por un lado, y la sobremedicalización y el hiperconsumo de medicamentos de otros, por el otro. De lo que expresan los autores es posible derivar que en el resto de los puntos de esa

curva, se suscitan cantidad de otras problemáticas y fenómenos que no debieran ser reducidos a explicaciones polares, antagónicas o generales.

Por último, marcan que en América Latina están empezando a publicarse estudios de caso y de corte cualitativo que aportan a una comprensión más acorde a la multidimensionalidad del fenómeno (Murguía, Ordorika & Lendo, 2016). Este artículo busca contribuir a una articulación analítica entre algunos de esos estudios de caso y cualitativos, con conceptos y problemas que surgen en relación con la incidencia de los fármacos y los diagnósticos en la actualidad.

III. Farmacologización de la sociedad. Saberes y tensiones de un fenómeno en curso

La farmacologización surge como afinamiento de los estudios de la medicalización y biomedicalización. Fue acuñada desde la antropología en la década de 1990, y desarrollada desde la sociología en la década siguiente (Bell & Figert, 2015). Se define como la traducción de condiciones humanas, capacidades y potenciales en oportunidades para la realización de intervenciones farmacológicas terapéuticas o de mejoramiento, sea de parte de los médicos, de los pacientes o de ambos (Abraham, 2010). El incremento en la venta de fármacos desde los '80s reforzó el interés académico por las implicancias políticas y económicas de la industria farmacéutica (Bell & Figert, 2015). Igual que la medicalización y otras nociones críticas con cierta neutralidad valorativa en la academia, en el lenguaje cotidiano la farmacologización reviste una connotación peyorativa y, también como la medicalización, se trata de un proceso bidireccional (Conrad, 2013) que postula la posibilidad de una des-farmacologización, aunque los casos empíricos de esta tendencia son marginales respecto de la tendencia opuesta, hacia la farmacologización de la vida. Por último, la multidimensionalidad del concepto (Ballard & Elston, 2005) es un atributo común con la medicalización, lo que habilita la convergencia de diferentes perspectivas para su

abordaje (Williams, Martin & Gabe, 2011).

Si se la considera como el recurso a respuestas farmacológicas para los problemas de la vida, la farmacologización es un proceso que se solapa pero que excede el ámbito de lo médico o de lo medicalizable. El término permite distinguir algunas características que no están justipreciados bajo la noción de medicalización, de modo que constituye una herramienta conceptual adicional y necesaria. La farmacologización es un proceso sociotécnico complejo, heterogéneo y dinámico, que involucra asimismo actores diversos de clínicos, pacientes, consumidores y organismos de regulación que contribuyen a una construcción de largo término, pero todavía en curso, de la industria farmacéutica (Williams, Martin & Gabe, 2011).

Como marcan Greene y Sismondo “los fármacos se convirtieron en significantes sociales y culturales cuyos significados no están completamente controlados por quienes los prescriben, ni por los marcos legales y regulatorios que orientan el consumo farmacológico” (Greene & Sismondo, 2015, p. 7). Los autores siguen un razonamiento análogo al de Foucault (1991a), quien ubicó dos formas de ejercicio del control sobre el cuerpo: el control-represión y el control-estimulación. Recuperar esta última modalidad proporciona fundamento a un análisis que retome la dimensión positiva, formativa del poder ejercido en relación a los individuos insertos en los procesos de medicalización. En sociedades en las que el consumo no sólo aparece naturalizado, sino que opera como estructurante del *yo*, resultan especialmente valorables los estudios que reconocen la ligazón del fármaco con la idea de *yo*, del mundo social, de la comunidad e incluso de la nación (Jenkins, 2011).

Hoy día resulta indubitable la creciente preeminencia de la industria farmacéutica transnacional como actor de los procesos de medicalización, y como potencia en la economía globalizada y algunas economías nacionales (Busfield, 2006). A la vez, los fármacos ocupan un lugar destacado entre las tecnologías biomédicas (Rose, 2012).

III.1. Más que un diccionario. Hacia un entramado de conceptos y definiciones

De esta perspectiva han surgido diferentes conceptos que robustecen los análisis y dan un panorama de las líneas que siguen los estudios. Lejos de constituir un mero diccionario, estas nociones dan la pauta de los matices y especificaciones que se abren en torno a la farmacologización, y la complejidad del fenómeno que aborda.

a. Los saberes: régimen farmacológico y vida cotidiana

Williams, Martin y Gabe (2011) desarrollaron el concepto de régimen farmacológico, al que definen como las redes de instituciones, organizaciones, actores y artefactos, así como las estructuras cognitivas asociadas a la creación, producción y utilización de nuevas terapéuticas. Este régimen es correlativo al desarrollo, desde el siglo XIX, de productos farmacéuticos, y está centrado en tecnología basada en la química, que es la que le da materialidad al fármaco. Una de las claves de la dinámica de este régimen es su permanente expansión comercial, clínica y geográfica, e incluye tanto procesos macro -relacionados con el desarrollo, los testeos y la regulación de fármacos- como procesos micro -vinculados con los significados y la utilización de fármacos en las prácticas médicas y en la vida cotidiana-.

En la línea de ponderar la dimensión del fármaco en la vida cotidiana, Fox y Ward (2008) hablan de los usos no estrictamente terapéuticos, sino asociados a un estilo de vida, y analizan los fármacos de estilo de vida, como medicaciones muy rentables y populares, que si bien frecuentemente sólo están disponibles bajo prescripción médica, en ocasiones ingresan en circuitos de venta informal que se orientan directo al consumidor. Tanto en sus usos médicos como en los no médicos, estos fármacos se asocian a aspiraciones personales e íntimas sobre la vida cotidiana, y se relacionan entre otros aspectos, con la consumación sexual, el atractivo y forma del cuerpo. Para los autores, estos productos marcan un cambio en la domesticación de los fármacos, en relación a la generación anterior, en la que en los botiquines hogareños predominaban los medicamentos sin receta, generalmente antiácidos y analgésicos.

Esta nueva etapa de farmacologización de la vida doméstica está altamente incidida por Internet, a través de consultas *online* y circuitos de marketing, venta y consumo. Como corolario de esta incidencia, los ciudadanos y a la industria farmacéutica son inscriptos en una red de relaciones sociales que va del campo de lo personal a lo corporativo; y de un contexto medicalizado y profesionalizado, a un contexto privatizado y hogareño. En este proceso, se forjan nuevas enfermedades y tratamientos desde el centro mismo de la vida cotidiana.

Para los autores, la farmacologización de la vida cotidiana es una combinación compleja de factores que involucra diferentes vectores, entre ellos los efectos biológicos de los químicos en el tejido humano, la legitimidad para que una condición sea entendida como enfermedad, la voluntad de los consumidores para adoptar la tecnología farmacológica como una solución a problemas de la vida, y los intereses corporativos de los laboratorios farmacéuticos. En conjunto, estos factores, junto con los profesionales que las tratan, contribuyen a modelar diferentes aspectos de la vida cotidiana como categorías de enfermedades.

Sin embargo, la domesticación del consumo de fármacos y la farmacologización de la vida son dos procesos que operan no sólo sobre el uso de medicamentos asociados a la vida cotidiana, sino sobre los modos en los que se conciben diferentes instancias de la vida privada. En estos procesos, los saberes aportan la justificación científica del fármaco y convergen, con usuarios y grupos de apoyo de pacientes y familiares, a una medicalización de problemas, experiencias y percepciones potencialmente ilimitada. Como marca Fishman (2004), las compañías farmacéuticas no sólo producen fármacos, sino el conocimiento médico científico que justifica que el producto sea valorado como la solución a un problema.

b. ¿En quienes nos convierte el fármaco? Subjetividades y tecnologías

Otro conjunto de nociones surgieron en torno a la incidencia de los procesos de farmacologización en las subjetividades. En su estudio sobre la manía y la depresión

como parte de su investigación sobre la bipolaridad, Martin (2007) analiza el papel de los fármacos en la configuración de lo que denomina la persona farmacológica, como alguien cuya personalidad está mediada, y de alguna manera se completa, a través de los fármacos que ingiere. Martin describe el proceso por el cual los psicofármacos transforman a los individuos, de actores irracionales a racionales. Añade que los médicos y los pacientes comparten una visión acerca de los fármacos como instrumentos de precisión que, en la combinación adecuada, están en condiciones de extirpar el padecimiento (Martin, 2006).

En relación con este concepto, Jenkins trabaja las nociones de yo farmacológico e imaginario farmacológico. En línea con los abordajes de corte antropológico que subrayan que los trastornos mentales son modelados por la cultura y la historia (Banzato & Zorzanelli, 2014; Zorzanelli, 2014) la autora parte de considerar que las empresas capitalistas y científicas, bajo condiciones de mercados neoliberales, están dotadas de la capacidad de transformar y regular las experiencias íntimas. El yo farmacológico y el imaginario farmacológico además, permean la subjetividad como una plataforma fundamental de la cultura y existencia cotidianas. Ambos se enlazan como dos caras recíprocas de la subjetividad de los actores, y con el par terminológico yo/imaginario Jenkins apunta a captar el basamento común de la subjetividad de los actores sociales, tanto en sus experiencias sensoriales como en el contexto cultural.

De ello deriva su argumento: “todos somos yo farmacológicos, aunque no todos estamos al tanto de ello” (Jenkins, 2011, p. 17). Para ella, esto se constata más palmariamente en países ricos, pero se torna una posibilidad creciente para otros países en el marco de procesos de globalización. A la vez, para conceptualizar el yo farmacológico, Jenkins no concibe a la subjetividad como una característica de la experiencia individual. Por el contrario, participa de una concepción en la que los sujetos individuales no son yo por su propia avenencia, sino por el hecho de estar inmersos en un entorno intersubjetivo e institucional, frente al cual puede existir

aceptación o resistencia. Inversamente, entiende que existen fuerzas sociales, económicas y políticas que no son objetivas ni impersonales, sino que están motorizadas, enlazadas e inscriptas en personas, con sus respectivas experiencias sensoriales, sentimientos, fantasías, valores e ideales de sí mismo. El yo es entendido por la autora como la suma de procesos por los cuales el sujeto se orienta en el mundo y en relación a las demás personas, en un enfoque que se orienta hacia el vínculo entre el yo y el imaginario farmacológicos. Por lo tanto, el yo farmacológico es aquel aspecto del yo orientado por y hacia los fármacos.

Por otra parte, Jenkins entiende al imaginario como la dimensión de la cultura orientada hacia potenciales o posibilidades para la vida humana, y al imaginario farmacológico la dimensión en la cual los fármacos cumplen un rol crítico creciente.

Dumit también emplea el término yo farmacológico, pero para referirse a las situaciones en las que se ingieren fármacos de por vida. También acuñó el concepto “estilos de vida farmacológicos” (Dumit, 2012, p. 182), a los que describe en el marco de modalidades de vida biomédicas que presuponen, entre otras cuestiones, que somos individuos responsables y que nos auto-administramos. En este espacio discursivo común, las personas adoptan diferentes estilos farmacológicos. Dumit aclara que no se trata de una descripción de tipos de personas, sino de diferentes modos en los que cada uno se relaciona con la información, con los riesgos, con los hechos y con los nuevos síntomas, relación que es diferente en función de cada nosología, del propio conocimiento y de la coyuntura. Para Dumit, se trata de amplificaciones estilizadas de las invenciones con las cuales los sujetos dotan de sentido a los hechos y al mundo.

Otro autor que aborda la relación entre el yo y los fármacos es Rose, en especial con su concepto de yo neuroquímico, al que desarrolla en el contexto de su caracterización de las sociedades psicofarmacológicas. Rose (2003) sostiene que en la última mitad del siglo XX, Europa y Estados Unidos -como ejemplos paradigmáticos de sociedades

liberales avanzadas y democráticas- se han tornado crecientemente dependientes de fármacos producidos comercialmente, sobre todo en relación al campo de la psiquiatría y la salud mental. En estas sociedades psicofarmacológicas la subjetividad se ha remodelado, y se ha vuelto una rutina la incidencia de medios farmacológicos y psicofarmacológicos en el pensamiento, el ánimo y la conducta.

La existencia de soluciones químicas para problemas psiquiátricos es de larga data. Vomitivos, purgantes y narcóticos, entre otros, se utilizaron desde el siglo XIX (Conrad & Schneider, 1992; Foucault, 2005; Healy, 2002; Shorter, 2009), mayormente analgésicos, anestésicos, opiáceos y barbitúricos. En el siglo XX se desarrollaron los sedativos, y desde mediados de la década de 1950 los fármacos fueron una pieza central del tratamiento psiquiátrico, porque aseguraban tener un efecto específico sobre síntomas particulares de ciertas condiciones psiquiátricas (Rose, 2003).

Este análisis de la modificación en las funciones del fármaco se continuó en un desarrollo conceptual posterior de Rose, en el que concibe al fármaco como tecnología biomédica. En su análisis de las políticas de la vida, Rose (2012) desarrolla un concepto de tecnología que incluye artefactos, equipamientos y técnicas que se emplean en el diagnóstico, como el diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada de emisión monofotónica, por emisión de positrones, por resonancia magnética, o rayos X) y diferentes exámenes genéticos; y a las que se utilizan en terapéuticas farmacológicas y en los nuevos métodos de administración de fármacos. También considera a las cirugías, trasplantes y maquinarias para respiración mecánica, diálisis, transfusiones, quimioterapia y aparatología (prótesis, marcapasos, implantes dentarios), entre otros. Para Rose las tecnologías son un conjunto híbrido de conocimientos, edificios, espacios e instrumentos, pero también relaciones sociales y humanas, y estructuras de discernimiento que se fundamentan en presupuestos y supuestos acerca de los seres humanos, y que tienen impacto en la creación de subjetividades, identidades y biosociabilidades. Además, confrontan las nociones y

contornos de la normalidad y la patología, y su aplicación transforma lo que se considera humano (Bianchi, 2014a). Rose enfatiza que las tecnologías “producen y enmarcan a los seres humanos como tipos de entidades cuya existencia está simultáneamente capacitada y gobernada por su organización al interior de un campo tecnológico” (Rose, 1998, p. 27).

Estos desarrollos conceptuales, aun proviniendo de diferentes disciplinas y tradiciones de pensamiento, dan la pauta de la importancia de un abordaje desustancializador, que permita pensar los procesos de farmacologización más allá de los contornos materiales que lo asocian más inmediatamente a una pastilla o cápsula. Desustancializar el fármaco es integrarlo también en un plexo fenoménico, donde las terapéuticas que lo tienen como protagonista son parte de un polígono que incluye otras aristas. Refiriéndose en especial al subsector de la salud mental, Jenkins amplía la enumeración de actores sociales involucrados a asociaciones y profesionales clínicos, espacios de formación académica e investigación universitaria, legislación gubernamental, cuerpos y comisiones de regulación, institutos nacionales de salud y medicina, empresas aseguradoras de salud y organizaciones médicas y de salud, establecimientos de internación y ambulatorios, residencias para adultos y de fomento de cuidados para niños; centros de detención, programas sin fines de lucro de organizaciones de participación comunitaria, grupos de apoyo y de consumidores, medios de comunicación popular y por internet, pacientes y familias, y la industria farmacéutica a través de ejecutivos de negocios, investigadores, agentes de propaganda médica, y publicidades (Jenkins, 2011).

De lo expuesto se extrae que en este abordaje relacional, los saberes tienen un rol central, legitimando argumentos, opciones terapéuticas y tecnológicas, y contribuyendo a la configuración de subjetividades con ciertas características. Sin embargo el aporte de los saberes a la farmacologización también se liga a otros procesos que van de la mano de las terapéuticas, hasta el punto de volverlos

indivisibles en ciertos casos: los diagnósticos. A ellos se dedica el siguiente apartado.

IV. Fármacos y diagnósticos: una unidad mínima de análisis

En línea con el interés por subrayar en este artículo la relevancia de un abordaje relacional, es posible establecer como una unidad mínima de análisis, a aquella que se constituye entre diagnósticos y fármacos. También a este respecto las ciencias sociales y humanas han aportado una serie de conceptos y nociones relevantes.

Se conocen diferentes corrientes que tomaron al diagnóstico (tanto el biomédico, como el psiquiátrico) como objeto de interés (Bianchi, 2016). La sociología y antropología médica, los estudios críticos de la medicalización, la teoría e historia de la enfermedad ofrecieron análisis sobre este tópico, junto con la sociología de la ciencia y del conocimiento, y los estudios sociales de la ciencia. También hay que tomar en cuenta que el diagnóstico es un proceso con su propia dinámica, que se reconfiguró desde el siglo XIX, incrementando sus aspectos técnico-burocráticos, y que desde el último tercio del siglo XIX las categorías diagnósticas iniciaron su expansión, de la mano de la incorporación a las nosologías de aspectos como las emociones, la idiosincrasia y las conductas disruptivas (Rosenberg, 2002, 2005). En el siglo XX el proceso diagnóstico adquirió nuevos rasgos, con el registro de imágenes cerebrales y la articulación entre neurociencias, genética y biología molecular, y los avances en intervenciones neuroquímicas y quirúrgicas (Vidal, 2009; Rose & Abi-Rasched, 2013).

Desde la antropología, Brinkmann (2016) acuñó la noción de culturas diagnósticas, para referirse a los numerosos modos en los que las categorías psiquiátricas son utilizadas por los sujetos para interpretar, regular y mediar entre diferentes actividades y formas de autoconocimiento. Si bien la secularización de la sociedad es un proceso extendido a nivel global, Brinkmann sostiene que la psiquiatría, sus diagnósticos y clasificaciones retoman una función que cumplen también los conceptos religiosos, consistente en la capacidad de mediar en la relación de las personas consigo mismas

y con los otros, y en ofrecer significados para las experiencias de sufrimiento. Con el uso del plural del concepto, busca atender además a los diferentes modos y escenarios sociales en los que los diagnósticos median en el sufrimiento humano.

En los estudios del diagnóstico desde las ciencias sociales se destacan dos líneas. Por un lado, en Estados Unidos, Conrad y colaboradores lo trabajan desde su enfoque en los procesos de medicalización, subrayando la incidencia del mismo en la vida cotidiana de los actores sociales involucrados (Conrad, 2007, 2013). Por otro lado, en Inglaterra, Rose y colegas lo analizan en relación con diferentes aristas y efectos de las políticas de la vida misma (Rose, 2012). A pesar de algunas diferencias de calibre en sus enfoques, ambos abordan tópicos como la expansión de los diagnósticos en el siglo XXI (Conrad & Potter, 2003, Rose, 2006, 2012) y la gravitación de diferentes actores sociales, entre los que se cuentan científicos, médicos, industriales, políticos, empresarios, asociaciones de pacientes y familiares, internet, y los estados en sus diferentes jurisdicciones, entre otros. También ambos estudian la emergencia de categorías diagnósticas, y el papel de estos actores en las tensiones y convergencias de los entramados de poder y saber en los que se inscriben (Conrad, 2005, 2007; Conrad & Leiter, 2004; Rose, 2012; Rose & Abi-Rasched, 2013).

Sin embargo, es Jutel desde Nueva Zelanda quien argumentó la relevancia de posicionar a la sociología del diagnóstico como una subdisciplina por derecho propio en la que congruyen objetos de estudio, tradiciones de análisis, conceptos, métodos y problemáticas empíricas que ameritan un abordaje específico (Jutel, 2009, 2015).

Jutel concibe al diagnóstico como la herramienta clasificatoria de la medicina que guía la atención médica: organiza el cuadro clínico, ofrece un marco explicativo, identifica las opciones terapéuticas, y en ocasiones se propone predecir resultados futuros. El diagnóstico también determina la intervención, y proporciona un marco para la formación profesional de los médicos, su distinción respecto de los legos, de otras profesiones, y entre sí. De modo que también estructura relaciones dentro de la

profesión, definiendo quién es responsable de cada cuestión (Jutel, 2011a).

El diagnóstico permite reflexionar acerca de la enfermedad, la salud, el sufrimiento, y diferentes aristas que modelan conocimientos y prácticas. Y como proyecto de clasificación, entre otros tópicos el diagnóstico congrega y sirve a diferentes ideologías, contribuye a establecer nuevas modalidades de normalización y forma subjetividades (Jutel, 2011b). Por su parte, Mc. Gann (2011) considera que los diagnósticos son parte de cómo le damos sentido a nosotros mismos, a los otros y al mundo. Para el autor, existen diagnósticos tan ampliamente incorporados al lenguaje y los sentidos sociales que han pasado de ser sustantivos a adjetivos, y eso da la pauta de su carácter performativo.

El diagnóstico es nodal para la medicina y los modos en que esta disciplina configura el orden social (Jutel, 2009, 2011b). En continuidad con esta reflexión, Rose y Abi-Rasched (2013) sostienen que el diagnóstico plantea el desafío de establecer la etiología de un entramado sintomático, pero cumple también otras múltiples funciones, con efectos en las estadísticas y archivos de instituciones oficiales y de tipo clínico; en la realización de investigaciones, a través de protocolos de muestras y estudios; en la elección o posibilidades de tratamientos e intervenciones; en las estimaciones y predicciones para cuidados futuros; en las posibilidades de obtener trabajos, seguros o pensiones; en la planificación de políticas públicas de salud y epidemiológicas; en la distribución, asignación o recorte de recursos; y en el diseño y aplicación de estrategias de marketing farmacéutico, entre otras. Todas estas dimensiones tienen reglas, lógicas, dinámicas y efectos que no son convergentes ni concordantes, lo que convierte al diagnóstico en lo que podríamos denominar una arena de conflictos entre actores, discursos, dispositivos, saberes, prácticas y tecnologías a los que el diagnóstico intersecta. Además, y como resultado de las transformaciones en la biomedicina, en salud mental se otorga relevancia diagnóstica a cuestiones que no son clínicas, ni psiquiátricas, sino sociales y cotidianas, como el historial escolar, el

desenvolvimiento social, las características de la vida afectiva y familiar, la capacidad de administrar el dinero, y las conductas pasadas (Rose, 1996).

Dentro de los estudios sociales sobre el diagnóstico, el aporte de Foucault resulta insoslayable, ya que situó su análisis en el marco del denominado régimen de veridicción, que es definido como el conjunto de reglas con las que se establecen los criterios de verdad de un discurso, que son aquellos que permiten decidir si un enunciado es verdadero o falso (Foucault, 1991b, 2007, 2009). Foucault analizó el diagnóstico psiquiátrico y su relación con el poder, la verdad y las subjetividades. Para ello trabajó los vínculos de saberes, dispositivos e instituciones psiquiátricas con los sistemas de poder (Foucault, 2005). También estudió el diagnóstico médico-clínico, y ubicó tres pilares articulados en la medicina moderna: la mirada médica, la esencia patológica y la descripción exhaustiva (Foucault, 2003).

Un aspecto destacado de los análisis de Foucault sobre el diagnóstico consiste en la relación que establece entre los saberes de la biomedicina y la biopsiquiatría, y las estrategias de los estados capitalistas para gestionar individuos y poblaciones (Foucault, 1996). Estas estrategias encuentran en el arte de gobierno liberal y en los procesos de medicalización, a dos arietes fundamentales para un accionar efectivo.

V. Fármacos y diagnósticos. Un mapa posible de problemas y tensiones

Además de los conceptos y procesos reseñados hasta aquí, la farmacologización de la sociedad suscita una serie de problemas y tensiones en torno del fármaco y el diagnóstico, que enriquecen este campo de estudios. A continuación se reseñan algunos de esos problemas, y se subraya la relación con problemáticas de salud mental infantil, como espacio destacado de tensiones y debates entre saberes.

a. El fármaco ¿sólo una herramienta?

La prescripción de fármacos conjuga a la vez una esperanza en relación a un futuro en el que se previene o alivia el sufrimiento (Rose, 2006), con la morbilidad y la

mortalidad, y los temores respecto de intervenciones impropias o excesivas sobre el cuerpo, los efectos adversos y los controles despersonalizantes. Sin embargo, el fármaco excede esta primera aproximación polarizada, porque su incidencia lo ubica como una herramienta de rastreo (*tracer tool*), que habilita la elaboración de complejos flujos de conocimiento, capital y personas (Greene & Sismondo, 2015), a los que podrían agregarse prácticas, socialidades, identidades, dispositivos, moralidades, normativas, tecnologías, clasificaciones, entre otras dimensiones.

Esta aproximación a las problemáticas derivadas del empleo de fármacos es equivalente a la realizada en estudios acerca del diagnóstico de TDAH en la infancia en Argentina (Faraone et al., 2008). La autora considera que este diagnóstico puede abordarse como un analizador, es decir como una situación o un problema que hace visible una lógica de construcción social que trasciende esa exclusiva situación o problema, ya que permite dar visibilidad y abordar las estrategias múltiples que se adecuan a este proceso, situación o problema. En línea con estas consideraciones, acuñó el concepto de medicamentación para designar una predisposición hacia la asistencia que, en el marco de la medicalización de la sociedad, se constituye como una acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma, y se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico, mediado por la utilización del fármaco. Así, el tratamiento farmacológico se presenta como respuesta frecuentemente exclusiva (Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi & Tamburrino, 2010), y el consumo de fármacos aparece como única o casi-única estrategia hacia las nuevas problemáticas de infancia.

b. Fármacos, síntomas y diagnósticos

Otra línea en los estudios de la farmacologización explora los problemas que se suscitan en torno al fármaco desde su carácter de *pharmakon* (veneno y cura) y su uso terapéutico legal, o no terapéutico y/o por fuera de la legislación. Hay toda una línea de análisis acerca de los usos recreativos y no terapéuticos de las drogas, entre

ellas el metilfenidato, empleado en el tratamiento del TDAH (Barros & Ortega, 2011). Historiadores de la farmacología como Healy (2002) y Shorter (2009) destacan que los opiáceos, anfetaminas, barbitúricos y tranquilizantes fueron drogas lícitas antes de constituirse como fármacos elaborados por las industrias farmacéuticas, es decir que ya se dispensaban en farmacias y boticarios antes de que tuvieran una marca comercial de laboratorio. Entre las monodrogas con las que se elaboraban los distintos medicamentos, los boticarios disponían de diferentes principios que en la actualidad son identificados como drogas de abuso.

Esta especificidad del fármaco puede comprenderse como una transformación en curso que, iniciada hace medio siglo, condujo a la instauración de un modelo de salud y enfermedad que considera que los individuos se encuentran por debajo de un estado de salud, y que por ello pueden ser tratados, por lo general, con fármacos. Dumit inscribió esta transformación en lo que caracterizó como un complejo compuesto por la articulación entre un eje enfocado en la salud masiva, y otro orientado a los tratamientos crónicos para reducción del riesgo; una salud cimentada en ensayos clínicos limitados, y un creciente número de fármacos (Dumit, 2012).

En esta configuración, el establecimiento de la enfermedad se desliga de la presentación de síntomas, y eso habilita modalidades de reducción del riesgo en las que la enfermedad, la experiencia y el tratamiento se articulan y consolidan una lógica de acumulación de fármacos en la que “se convierte en natural e imperioso tratar el cuerpo con más y más drogas de por vida” (Dumit, 2015, p. 34). Estudios que abordan la hipertensión (Greene, 2015), la disfunción sexual femenina (Fishman, 2004), y el riesgo de cáncer de mama (Fosket, 2010), y el trastorno del espectro autista (Bianchi, 2016) ilustran que la asintomaticidad no obsta para diagnosticar la enfermedad.

El empleo de tratamiento farmacológico en condiciones asintomáticas o pre-sintomáticas se torna especialmente sinuoso en el caso de la salud mental, donde los contornos entre salud y patología son opacos. De hecho, se publicaron numerosos

trabajos que dan cuenta, a través de diversos ejemplos empíricos y periodizaciones históricas, de la íntima y relevante relación entre las transformaciones en las tipificaciones diagnósticas en biopsiquiatría, y las innovaciones farmacológicas que se incorporan como terapéutica de primera elección. Entre ellos se destacan el estudio de la historia de la psicofarmacología (Healy, 2002) y el de la historia de los trastornos del ánimo (Shorter, 2009). También los trabajos acerca de la transformación de la tristeza en trastorno depresivo (Horwitz & Wakefield, 2007) y del derrotero de la manía hasta su denominación como trastorno bipolar (Healy, 2008).

c. Fármacos, globalización y mercancías

Otro vector aborda las problemáticas derivadas de entender al fármaco como mercancía global. La mayoría de las investigaciones sobre farmacologización provienen de casos empíricos estadounidenses y europeos. Sin embargo el campo fenoménico excede estos contornos geográficos. En esta línea, hay trabajos que postulan que el fármaco es muy adecuado para el estudio de los flujos y conexiones transnacionales de mercancías y conocimientos. La escala global en la que el mercado de fármacos funciona no es nueva, sin embargo hay consenso en ubicar a la segunda mitad del siglo XX como un momento de cambio que derivó en un modelo globalizante explícito. En este modelo la investigación, producción y distribución de fármacos a través de una misma firma comercial pasó de abarcar una o dos decenas de países, a adquirir una escala transcontinental (Greene & Sismondo, 2015).

También en este aspecto de la farmacologización, la salud mental ofrece un campo relevante de estudios. Conrad y Bergey (2014) identificaron una serie de condiciones para la globalización de los diagnósticos medicalizados. Con el TDAH como ejemplo, documentaron que algunas firmas de investigación de mercado sugieren que el mercado global de fármacos para ese diagnóstico está contenido, porque todavía no es lo suficientemente conocido a nivel planetario. Por ello la industria farmacéutica identifica ciertos países como mercados potenciales para la expansión del diagnóstico.

Frente a un mercado sobresaturado como el estadounidense, los denominados mercados emergentes, como China, India y Brasil, pueden contribuir al crecimiento global de la industria farmacéutica en el corto plazo. De ello se desprende su necesidad de profundizar campañas de marketing y publicidad, dirigidas a médicos y consumidores potenciales. Distintos autores resaltan la vinculación entre la formación de mercados de salud, la vigencia de una creciente lógica del consumo en relación al acceso a la salud, y la preponderancia de la industria farmacéutica transnacional, con sus múltiples estrategias de marketing aplicadas a diferentes segmentos poblacionales, en función de diagnósticos psiquiátricos específicos (Conrad & Leiter, 2004; Conrad, 2013; Conrad & Bergey, 2014; Clarke & Shim, 2011; Lupton 1997).

Si bien Conrad y Bergey (2014) situaron las resistencias a la medicalización del TDAH como elemento relevante para analizar la globalización del cuadro, son escasos los trabajos que estudian los agrupamientos de estos movimientos de profesionales de diferentes países. Sin embargo, existen investigaciones que dan cuenta de un incipiente pero firme accionar coordinado entre organizaciones de profesionales de Argentina y Brasil, y su confluencia en relación a la crítica al diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato, con encuentros y actividades conducentes a la profundización de una lectura regional (Bianchi, Faraone, Ortega, Gonçalves & Zorzanelli, 2017). El devenir de estos encuentros constituye un escenario abierto y en formación, pero con relevancia creciente en la agenda de salud pública regional.

d. Fármacos y marketing

Los estudios de la farmacologización también analizan los problemas que derivan de la relación entre el fármaco considerado como mercancía, los mercados farmacológicos y la industria publicitaria. Sin embargo, el marketing farmacéutico excede la simple publicidad de medicamentos en medios de comunicación, ya que integra un andamiaje compuesto además por revistas científicas y de divulgación en medicina y educación, regulaciones de agencias estatales y privadas, y el ya

tradicional contacto personal con cada médico (Greene & Sismondo, 2015).

El análisis del fármaco requiere también una perspectiva relacional, que integra al medicamento como línea de fuerza que se articula con otros elementos, entre ellos las nosologías y los tratamientos (Bianchi & Faraone, 2015). Este polígono que conforma la industria farmacéutica en torno al fármaco se despliega e incide para optimizar las ventas y contribuir a la generación de demandas específicas. A esto se suma que las compañías farmacéuticas influyen y modelan el conocimiento médico, sea a través del descubrimiento de nuevas drogas y principios activos, o por la hegemonía sobre la producción y comunicación del conocimiento científico (Greene & Sismondo, 2015).

En salud mental infantil se publicaron investigaciones que evidencian la expansión de la industria farmacéutica, abarcando a actores no médicos como objetivos destacados de sus campañas de marketing (Conrad & Bergey, 2014). De hecho, para las industrias farmacéuticas, los docentes son potenciales detectores de la enfermedad, y operan como agentes de la enfermedad y el tratamiento. Esto ocurre para el caso del TDAH, ya que en la escuela se puede dar inicio al circuito de derivación y tratamiento, y los docentes contribuyen en la evaluación diagnóstica, completando cuestionarios u otros instrumentos (Faraone et al., 2008; Faraone et al., 2010). En Brasil y Argentina se documentó que las campañas orientadas a la escuela se complementan con otras, orientadas a padres y, más ampliamente, a grupos de apoyo (Bianchi, Ortega, Faraone, Portugal & Zorzanelli, 2016).

Un baluarte en estas campañas lo constituyen la planificación, redacción y circulación de artículos científicos que realzan las bondades de algún fármaco específico. El marketing y la comunicación farmacéutica convergen en la figura del agente de propaganda médica (APM), que contribuye a formar la opinión médica tanto como otros actores expertos, como los líderes de opinión o los voceros. Existen trabajos que analizan cómo los APM desarrollan e implementan diversos abordajes para clasificar a los médicos y luego adaptar sus estrategias de marketing. Estos abordajes incluyen

obsequios que suponen una expectativa y también generan una obligación, y están distribuidos de acuerdo a la cuantía de la prescripción. A los médicos que prescriben medicamentos del laboratorio, se les obsequian suvenires como tazas, jarras térmicas, bolsos y mochilas, materiales de librería (calendarios, lapiceras y lapiceros, blocs de notas, recetarios, pisapapeles, tarjeteros) y otro *merchandising* que queda expuesto en el consultorio; también muestras de fármacos y accesos a revistas científicas. Los profesionales categorizados como grandes prescriptores reciben regalos más onerosos: becas, viajes y estadías para eventos científicos nacionales e internacionales, tarjetas pre-pagas para consumos particulares, corbatas de seda y bolsos de golf, entre muchos otros (Fugh-Berman & Ahari, 2015).

e. La ley y el fármaco

Según Greene y Sismondo (2015) y en general, las regulaciones de base estatal reciben fuertes presiones para balancear las posturas que, por un lado, abogan por la efectividad y seguridad, y por otro representan los intereses financieros de la floreciente industria farmacéutica. Aunque las industrias farmacéuticas multinacionales llevan adelante numerosas acciones de protesta y hacen *lobby* de potencia diversa en contra de las regulaciones estatales (e incluso contra los meros intentos de regulación) Rodwin (2011) afirma que en países como Estados Unidos, Francia y Japón, la industria farmacéutica no sólo ha influenciado y se ha adaptado a las regulaciones, sino que se ha beneficiado ampliamente de ellas.

Conrad y Bergey (2014) marcan que la existencia de regulaciones y normativas restrictivas de la comercialización de psicofármacos para el TDAH desalienta la penetración de las compañías farmacéuticas, e inversamente países como Francia o Italia, con barreras legales menos robustas, ofrecen mayor accesibilidad y atractivo a la industria farmacéutica. El análisis de las estrategias de marketing farmacéutico para el TDAH en niños en Argentina, sin embargo, permite matizar estas consideraciones generales, dado que la normativa nacional existente contempla regulaciones,

restricciones y prohibiciones (Ley 16.463), y se da en el marco de una perspectiva de derechos para las personas diagnosticadas con alguna condición psiquiátrica (Ley 26.657). La vigencia de estas normativas, empero, no ha redundado *per se* en una limitación o desaliento al marketing farmacéutico; antes bien, este ha demostrado gran capacidad de respuesta, con un accionar intersticial a través del cual sostiene y amplía sus estrategias, diversificando las propuestas, acciones y ofertas, y afianzándose en diferentes resquicios normativos y regulatorios existentes (Bianchi et al., 2016).

f. Clasificaciones y diagnósticos en salud mental

Una pieza ineludible para analizar la relación entre los fármacos y los diagnósticos en salud mental la constituyen los manuales de clasificación (Faraone, 2013; Bianchi, 2016). Si bien existen múltiples manuales y sistemas clasificatorios de los padecimientos mentales (Stagnaro, 2006) en la actualidad la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE) y el DSM (Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos mentales) son dos manuales con alcance global. La CIE es una clasificación de diagnósticos en salud pública editada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que desde su sexta edición cuenta con un apartado para problemáticas de salud mental (Faraone, 2013). El DSM es elaborado desde 1952 por una asociación privada de psiquiatras estadounidenses, la *American Psychiatric Association* (APA). Con la publicación en 1980 de la tercera versión del DSM se produce una modificación epistemológica y tecnológica gracias a la cual el manual inicia un proceso de penetración mundial en la práctica clínica psiquiátrica. Esta modificación significó la reconceptualización de la noción de trastorno mental, y la inclusión de ciertos rasgos en el concepto que se consolidaron en versiones subsiguientes, entre ellas: flexibilidad, dinamismo, estandarización, a-teoricidad, prescindencia de explicaciones etiológicas, y sustento en la observación de sintomatología conductual (Bianchi, 2014c).

Según la última encuesta mundial realizada en 2011 por la Asociación Psiquiátrica

Mundial (WPA) y la OMS, el DSM no es el manual de diagnóstico de trastornos mentales más utilizado en el mundo. El 70,1% de los psiquiatras encuestados dijo emplear la décima versión de la CIE. Sin embargo, entre quienes no emplean la CIE, la mayoría refirió utilizar el DSM (Reed, Correia, Esparza, Saxena & Maj, 2011). De todos modos, la relevancia global del DSM no debe ser minimizada. En su análisis de la medicalización como fenómeno globalizado, Conrad y Bergey subrayan la expansión de la psiquiatría estadounidense, y marcan como corolario al uso cada vez más extendido del DSM, en oposición a los criterios del CIE. A través de su análisis del ejemplo del TDAH, ubican a los fármacos empleados en la terapéutica de este diagnóstico como pieza clave en la expansión potencial del mercado farmacéutico a nivel global, lo que da la pauta de la existencia de modelos en los que ambas dimensiones se imbrican fuertemente (Conrad & Bergey, 1014).

El DSM tiene un frondoso historial de controversias y disputas en relación al diagnóstico en salud mental (Bianchi, 2014b). El arco desde su giro de la psicología de inspiración psicoanalítica que caracterizó a las dos primeras versiones, hacia la psiquiatría biológica y el empirismo baconiano de la III versión en 1980 (Bianchi, 2014c), pasando por la diseminación global de la versión IV de 1994, hasta la nueva definición de trastorno mental presente en la publicación de la versión 5 en 2013, opera como sostén sobre el que orbitan las discusiones en torno al manual desde distintos saberes de la salud mental (Bianchi, 2016).

La configuración de los diagnósticos desde el DSM-III en adelante se cimenta en postulados de neutralidad y generalización para todo tiempo y lugar, y ello condujo en la práctica a la globalización de la psiquiatría norteamericana. Un incentivo para la adhesión al DSM-III lo constituyó la afinidad entre el formato de sus diagnósticos y la investigación experimental, revistiendo ésta última especial interés para la industria farmacéutica (Russo y Venâncio, 2006), que desde la II posguerra mundial venía lanzando al mercado distintos psicotrópicos. La construcción diagnóstica desde el

DSM-III además, se basó en criterios con fronteras definidas y sistemas de inclusión y exclusión (Russo y Venâncio, 2003; Paes Henriques, 2003).

A partir del DSM-III se extendió el financiamiento de ensayos clínicos de la industria farmacéutica, consolidándose en el DSM-IV una fuerte articulación entre la inclusión de nuevos diagnósticos, y la producción de nuevos medicamentos (Russo y Venâncio, 2006). A diferencia de las dos ediciones anteriores, se convirtió en un texto autorizado en salud mental y fue aprobado por instituciones clave, como el *National Institute of Mental Health* (NIMH) estadounidense. Demolió la crítica a sus versiones anteriores, que enfatizaban una utilidad reducida para diagnosticar a pacientes internados, y su irrelevancia para el diagnóstico de pacientes ambulatorios con trastornos menores.

Lo adoptaron tanto escuelas de medicina como programas de residencia, que lo incluyeron como material para las evaluaciones de graduación. Las agencias gubernamentales y las compañías aseguradoras lo acogieron porque clarificaba el proceso de reembolsos. Y los investigadores lo incorporaron porque ofrecía criterios estandarizados que habilitaban un mismo lenguaje para las investigaciones transdisciplinarias. La científicidad de los criterios volcados en el DSM permitía, además, formular proyectos de investigación que podían ser financiados por el gobierno. Las resistencias surgieron de parte de psicoanalistas freudianos y otras terapias basadas en la palabra, cuyo pensamiento y prácticas eran incompatibles con el modelo biomédico, pero tanto ellos, como los clínicos e investigadores que se oponían a estas convenciones, fueron progresivamente relegados de las instituciones y sus recursos (Wilson, 1993; Young; 1995).

El arco descripto por las diferentes versiones del DSM ilustra cómo la industria farmacéutica ha contribuido a la creación de una demanda (Russo y Venâncio, 2006), y debe atender a ella, mantenerla, optimizarla. Esa misma demanda habilita una lógica de mercado (Ramos, 2014) a los consumidores de estos productos a disponer de opciones siempre renovadas, de acuerdo con un esquema en el que se articulan “la

ideología de la libertad de elección, el mercado como soberano, el individuo como último responsable y el Estado como mero administrador” (Iriart, 2008, p. 1624).

Sin embargo, el aspecto dilemático del diagnóstico en salud mental queda expuesto en los criterios del DSM-5, cuya publicación en mayo de 2013 reactivó controversias de más larga data, a la luz de la incorporación en el manual, tanto de nuevas nomenclaturas como de nuevos criterios diagnósticos (Frances, 2009, Caponi, 2018; Cooper, 2014; Paris, 2013; Cabral Lima, 2014; Zorzanelli y Verztman, 2014).

En este caso, los diagnósticos que definían como infantiles, ofrecen algunas claves de aproximación sugerentes. Tal es el caso de la adopción de un modelo dimensional, orientado a la tipificación por espectros, que conlleva una ampliación de diagnósticos. Esta ampliación diagnóstica fue analizada en el caso del TDAH dada su más reciente extensión como diagnóstico en adultos, lo que constituye una modificación respecto de tipificaciones anteriores que lo caracterizaban como diagnóstico pre eminentemente infantil. Conrad y Potter (2003) analizaron esta ampliación considerando que las categorías diagnósticas que son absorbidas por los procesos de medicalización, una vez establecidas, pueden expandirse y tornarse más inclusivas.

VI. Conclusiones

Los estudios de la medicalización atravesaron un notable camino analítico que hoy los posicionan como una de las corrientes más vitales del pensamiento sociológico. Sus reformulaciones, articulaciones con otras perspectivas y afinamientos teórico-conceptuales lo fortalecieron, llevando incluso a la formulación de subdisciplinas específicas. Tal es el caso de la sociología del diagnóstico, que retoma diferentes tradiciones y perspectivas, cuyos aportes recorta y amplifica en función del diagnóstico como objeto de interés sociológico.

A la vez, la medicalización dio pie a una diáspora de términos y categorías. Entre los conceptos más resonantes que se abrieron camino se destaca la farmacologización de

la sociedad. Múltiples y diversas temáticas convergen en este campo de pensamiento e investigación que, aunque incipiente, avizora una participación de relevancia creciente en estudios y teorizaciones sociales.

Dentro de los estudios de la medicalización, la salud mental y en especial la salud mental infantil son campos fenoménicos destacados para analizar la realidad social contemporánea, proporcionando claves de comprensión que los desbordan como objetos particulares, y los ubican como analizadores de problemáticas más abarcativas. A la vez, su asociación a perspectivas como la biopolítica y la gubernamentalidad fructifica en herramientas teórico-conceptuales que permiten un análisis en clave histórica.

Los estudios basados en la sociología del diagnóstico y la farmacologización se encuentran en construcción pero *in crescendo* en América Latina. Los resultados de diversas investigaciones sobre el TDAH en la región marcan la particularidad de las configuraciones locales que se están suscitando en relación a estas temáticas y perspectivas de análisis. Los aspectos singulares que emergen en cada caso empírico y en cada país, además, exhiben sus múltiples vinculaciones con entramados más amplios y siempre en tensión, de saberes, dispositivos, normativas y actores involucrados en los procesos de medicalización en el siglo XXI.

La revisión realizada expone la importancia de atender a estudios empíricos y basados en realidades fenoménicas regionales, como así también a los abordajes desustancializadores, historizantes y críticos, y ponen de relieve la importancia de llevar adelante investigaciones que sostengan una aproximación rigurosa, en diálogo y debate con estudios de otras latitudes.

Referencias

Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622. doi:

- 10.1177/0038038510369368.
- Aronowitz, R. (2009). The Converged Experience of Risk and Disease. *The Milbank Quarterly*, 87(2), 417–442. doi: 10.1111/j.1468-0009.2009.00563.x.
- Ballard, K. & Elston, M.A. (2005). Medicalisation: A Multi-dimensional Concept. *Social Theory & Health*, 3, 228-241. doi: 10.1057/palgrave.sth.8700053.
- Banzato, C. & Zorzanelli, R. (2014). Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: O caso dos transtornos mentais. *Rev. Latinoam. Psicopatol Fundam*, 17(1), 110-113. doi: 10.1590/S1415-47142014000100008.
- Barros, D. & Ortega, F. (2011). Metilfenidato e Aprimoramento Cognitivo Farmacológico: representações sociais de universitários, *Saúde e Sociedade*, 20(2), 350-362. doi: 10.1590/S0104-12902011000200008.
- Bell, S. & Figert, A. (2015). *Reimagining (Bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. New York: Routledge.
- Bergey, M.; Filipe, A.; Conrad, P. & Singh, I. (2018). *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bianchi, E. (2014a). Biopolítica: Foucault y después. Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea. *Astrolabio*, 13(1), 218-251. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/7779/10721>.
- Bianchi, E. (2014b). *Gubernamentalidad, tecnologías y disputas. Una genealogía de los saberes profesionales acerca del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) en la infancia (1994-2012)*. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Bianchi, E. (2014c). Todo tiene un principio... y en el principio fue el DSM-III. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica

- estadounidense. *CulturasPsi*, 3(1), 87-114. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/culturaspsi/article/view/5205>.
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14, 417-430. doi: 10.11600/1692715x.14128210715.
- Bianchi, E. & Faraone, S. (2015). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica. *Physis*, 1, 75-98. doi: 10.1590/S0103-73312015000100006
- Bianchi, E.; Faraone, S.; Ortega, F.; Gonçalves, V. & Zorzanelli, R. (2017). Controversias acerca del diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato en los debates sobre la medicalización en Argentina y Brasil. *Physis*. 27(3): 641-660. doi: 10.1590/s0103-73312017000300014.
- Bianchi, E., Ortega, F., Faraone, S., Portugal, V. & Zorzanelli, R. (2016). Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde e Sociedade*, 25(2), 452-462. doi: 10.1590/S0104-12902016153981.
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures. A cultural approach to the Pathologization of Modern Life*. Routledge: London & New York.
- Burchell, G., Gordon, C. & Miller, P. (1991). *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Busfield, J. (2006). Pills, Power, People: Sociological Understandings of the Pharmaceutical Industry. *Sociology*, 40(2), 297–314. doi: 10.1177/0038038506062034.
- Cabral Lima, R. (2014). O DSM entre a Novilíngua e a Língua Tertii Imperii. En R. Zorzanelli, B. Bezerra Jr, J. Freire Costa (orgs), *A criação de diagnósticos na*

- psiquiatria contemporânea* (pp. 53-270). Rio de Janeiro: Garamond.
- Caponi, S. (2018). La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. *Metatheoria* 8(2), 97-103. Recuperado de <http://www.metatheoria.com.ar/index.php/m/article/view/179/217>
- Castro, E. (2008). Biopolítica: de la soberanía al gobierno. *Revista Latinoamericana de Filosofía* 34(2), 187-205. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73532008000200001
- Clarke, A., Mamo L., Fosket J., Fishman J. & Shim, J. (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness*. Durham & London: Duke University Press.
- Clarke, A. E. & Shim, J. (2011). Medicalization and biomedicalization Revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine. En B.A. Pescosolido et al. (Ed.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A Blueprint for the 21st Century* (pp. 173-195). New York: Springer.
- Clarke, A.E., Shim, J.K., Mamo, L., Fosket, J.R. & Fishman, J.R. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161-194. doi: 10.2307/1519765.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2083452>
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3-14. doi: 10.1177/002214650504600102.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Conrad, P. (2013). Medicalization: changing contours, characteristics, and contexts. En

- W. Cockerham (Ed.), *Medical sociology on the move: new directions in theory* (pp. 195-214). New York: Springer.
- Conrad, P. (2015). Foreword. En: S. Bell y A.E. Figert (Eds.), *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements* (vii-ix), New York-London: Routledge.
- Conrad, P. & Bergey, M. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science and Medicine*, 122, 31-43. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.10.019.
- Conrad, P. & Leiter, V. (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3653830>
- Conrad, P. & Potter, D. (2003). From hyperactive children to ADHD adults. Observations on the expansion of medical categories. En P. Conrad y V. Leiter (Eds.), *Health and health care as social problems* (pp. 39-65). Lanham, Boulder, New York, Toronto, Oxford: Rowman y Littlefield Publishers.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cooper, R. (2014). *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. London: Karnac.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388. doi: 10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY.
- Dumit, J. (2012). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham: Duke University Press.
- Dumit, J. (2015). Pharmaceutical Witnessing: Drugs for Life in an Era of Direct-to-Consumer Advertising. En J. Greene, & S. Sismondo (Eds.), *The Pharmaceutical Studies Reader* (pp. 33-48). New Jersey: Wiley Blackwell.

- Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad-UNLa*, 3. 29-40. Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., Ballesteros, I., Tamburrino, M.C.,... V., Leone, C. (2008). Campo salud. En Arizaga, C. y Faraone, S. *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. Buenos Aires: SEDRONAR. Recuperado de www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/LaZMedicalizacinZdeZlaZInfancia.ZNiosZEscuelaZyZPsicotrpicos.ZAoZ2008.-_1.pdf
- Faraone, S.; Barcala, A.; Torricelli, F.; Bianchi, E. & Tamburrino, M.C. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en Argentina. *Interface*, 14(34), 485-497. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop1110>
- Faraone, S. & Bianchi, E. (2018). The Journey of ADHD in Argentina: From the Increase in Methylphenidate Use to Tensions among Health Professionals. En M. Bergey, A. Filipe, P. Conrad & I. Singh (Eds.), *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries* (pp. 162-185). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fishman, J. (2004). Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction. *Social Studies of Science*, 34(2), 187–218. doi: 10.1177/0306312704043028.
- Fosket J. (2010). Breast Cancer Risk as disease. Biomedicalizing Risk. En A. Clarke, L. Mamo, J. Fosket, J. Fishman & J. Shim (Eds.), *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* (pp. 331-352). Durham-London: Duke University Press.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

- Foucault, M. (1991a). El juego de Michel Foucault. En J. Varela & F. Álvarez-Uría (Eds.), *Saber y Verdad* (pp. 127-162). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1991b). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *Nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fox, N. J. & Ward, K. J. (2008). Pharma in the bedroom... and in the kitchen... The Pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*. 30(6), 856–868. doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01114.x.
- Frances, A. (2009). Whither DSM-V? *British Journal of Psychiatry*, 195, 391-392. doi: 10.1192/bjp.bp.109.073932.
- Fugh-Berman, A. & Ahari, S. (2015). Drugs and the Circulation of Medical knowledge. En J. Greene & S. Sismondo (Eds.), *The Pharmaceutical Studies Reader* (pp.123-132). New Jersey: Wiley Blackwell.
- Greene, J. (2015). *Releasing the Flood Waters: Diuril and the Reshaping of Hypertension*. En J. Greene & S. Sismondo (Eds.), *The Pharmaceutical Studies Reader* (pp. 51-69). New Jersey: Wiley Blackwell.
- Greene, J. & Sismondo, S. (2015). *The Pharmaceutical Studies Reader*. New Jersey: Wiley Blackwell.

- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard University Press.
- Healy, D. (2008). *Mania. A Short History of Bipolar Disorder*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Horwitz, A. & Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1619-1626. doi: 10.1590/S1413-81232008000500025
- Iriart, C. & Iglesias Ríos, L. (2013). La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. En C. L. Collares, M. A. Moysés & M. França Ribeiro (Eds.), *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos* (pp. 21-40). Brasil: Mercado de Letras.
- Jenkins, J. (2011). Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the social field of Psychiatric Treatment. En J. Jenkins (Ed.), *Pharmaceutical Self. The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology* (pp. 17-40). Santa Fe: SAR Press.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278–299. doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x.
- Jutel, A. (2011a). Classification, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*. 54(2), 189-205. doi: 10.1353/pbm.2011.0015.
- Jutel, A. (2011b). *Putting a Name to it. Diagnosis in contemporary society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Jutel, A. (2015). Beyond The Sociology of Diagnosis. *Sociology Compass*, 9(9), 841-852. doi: 10.1111/soc4.12296
- Lippman, A. (1991). Prenatal genetic testing and screening: constructing needs and reinforcing inequities. *American Journal of Law & Medicine*, 17, 15-50.

Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1877608>

- Lock, M. (2012). From genetic to postgenomics and the discovery of the new social body. En M.C. Inhorn & E.A. Wentzell (Eds.), *Medical anthropology in the intersections* (pp. 129-160). Durham: Duke University Press.
- Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalisation critique. En A. Petersen & R. Bunton (Eds.), *Foucault, Health and Medicine* (pp. 94-110). London-New York: Routledge.
- Mamo, L. & Fosket, J.R. (2009). Scripting the body: Pharmaceuticals and the (Re)Making of Menstruation. *Signs*, 34, 926-49. doi: 10.1086/597191.
- Martin, E. (2006). The Pharmaceutical Person. *Biosocieties*, 1, (3) 273-287. doi: 10.1017/S1745855206003012.
- Martin, E. (2007). *Bipolar expeditions. Mania and depression in American Culture*. Princeton-Oxford: Princeton University Press.
- Mc. Gann, P.J. (2011). Troubling Diagnoses. En P.J. McGann & D.J. Hutson. *Sociology of Diagnosis* (pp. 331-362). United Kingdom: Emerald.
- Murguía, A.; Ordorika, T. & Guerrero, F. (2016). Consideraciones epistemológicas en torno a la medicalización en América Latina: balances y propuestas. *Ludus Vitalis*, 24(46), 99-128. Recuperado de <http://www.ludus-vitalis.org/ojs/index.php/ludus/article/view/661>
- Murguía, A., Ordorika, T. & Lendo, L. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde*. 23(3), 635-651. doi: 10.1590/S0104-59702016005000009.
- Nichter, M. (1996). Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition. En M. Nichter & M. Nichter (Eds.), *Anthropology and international health: Asian care studies, theory and practice in medical anthropology and international health* (pp. 265-326). Amsterdam: Gordon & Breach Science Publishers.

- Ortega, F.; Zorzanelli, R. & Portugal Gonçalves, V. (2018). Academic and Professional tensions and Debates around ADHD in Brazil. En M. Bergey, A. Filipe, P. Conrad, & I. Singh (Eds.), *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries* (pp.186-207). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Paes Henriques, R. (2003). *A remedicalização da psiquiatria. Uma reflexão crítica sobre a revolução nosológica do DSM-III*. (Dissertação de Mestrado inédita). UERJ-IMS. Rio de Janeiro, Brasil.
- Paris, J. (2013). The ideology behind DSM-5. En J. Paris & J. Phillips (eds.) *Making the DSM-5. Concepts and controversies*, (pp. 39-46). New York-Heilderberg-Dordrecht-London: Springer.
- Rabinow, P. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rabinow, P. & Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1, 195–217. doi: 10.1017/S1745855206040014.
- Ramos, F. (2014). Do DSM-III ao DSM-5: Traçando o Percurso Médico-Industrial da Psiquiatria de Mercado. En R. Zorzanelli, B. Bezerra Jr, J. Freire Costa (orgs), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 211-232). Rio de Janeiro: Garamond.
- Reed, G., Correia, J., Esparza, P., Saxena, S. & Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10, 118-131. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x.
- Rodwin, M. (2011). *Conflicts of interest and the Future of Medicine: The United States, France and Japan*. New York: Oxford University Press.
- Rojas Navarro, S.; Rojas, P. & Peña Ochoa, M. (2018). From Problematic Children to Problematic Diagnosis: The Paradoxical Trajectories of Child and Adolescent

- ADHD in Chile. En M. Bergey, A. Filipe, P. Conrad, & I. Singh (Eds.), *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries* (pp. 310-331). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rose, N. (1996). Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. *History of the Human Sciences*, 2(9), 1-23. doi: 10.1177/095269519600900201.
- Rose, N. (1998). *Inventing our Selves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2003). Neurochemical Selves. *Society*, 41(1), 46-59. Recuperado de <http://ayp.unia.es/dmdocuments/umbrales17.pdf>
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. *BioSocieties*, 1, 465-484. doi: 10.1017/S1745855206004078.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE.
- Rose, N. & Abi-Rasched, J. (2013). *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton-Oxford: Princeton University Press.
- Rosenberg, Ch. (2002). The tyranny of diagnosis. Specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237-260. doi: 10.1111/1468-0009.t01-1-00003.
- Rosenberg, Ch. (2005). Contested boundaries. Psychiatry, disease and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 407–24. doi: 10.1353/pbm.2006.0046.
- Russo, J. y Venâncio, A. T. (2003). Humanos demasiadamente orgânicos: Um estudo comparativo de diferentes Versões de um Manual Psiquiátrico. Ponencia presentada en *GT19 Corpo, Saúde, Doença e Sexualidade, V Reunião de Antropologia do Mercosul*. Florianópolis, Brasil.
- Russo, J. y Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a

- “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 9(3), 460-483. doi: 10.1590/1415-47142006003007.
- Shorter, E. (2009). *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Stagnaro, J. C. (2006). Los nombres de la locura. Nosografías psiquiátricas contemporáneas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 17(69). 337-339. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/vertex69.php>
- Vidal, F. (2009). Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of the Human Sciences*, 22(1), 5-36. doi: 10.1177/0952695108099133.
- Williams, S.; Martin, P. & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*, 33(5), 710-725. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History. *American Journal of Psychiatry*. 150(3), 399-410. doi: 10.1176/ajp.150.3.399.
- Young, A. (1995). *The harmony of Illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, New Jersey: Princetown University Press.
- Zorzanelli, R. (2014). Sobre os DSM's como objetos culturais. En R. Zorzanelli, B. Bezerra Jr, J. Freire Costa (orgs), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 55-68). Rio de Janeiro: Garamond.
- Zorzanelli, R. y Verztman, J. (2014). Transtorno de ansiedade social no DSM-5: o paradoxo da ansiedade sem sujeito. En R. Zorzanelli, B. Bezerra Jr, J. Freire Costa (orgs), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 131-150). Rio de Janeiro: Garamond.

Formato de citación

Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 214-257. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v8.n2.11>
