

Franco, Jorge Alberto (julio 2008). *Autoprescripción farmacológica : Un nuevo desafío clínico*. En: Encrucijadas, no. 44. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubasysbi.uba.ar>>

## Autoprescripción farmacológica

### Un nuevo desafío clínico

Si aun en los casos en que el consumo de medicamentos se realiza bajo indicación médica existen riesgos de ocasionar problemas, la automedicación es una conducta que potencia peligrosamente la capacidad de producir esos riesgos. De las conclusiones de un estudio realizado a pacientes que concurrían por primera vez a la consulta externa de Clínica Médica del Hospital de Clínicas de Buenos Aires en el año 2002, surge que este problema está presente en forma significativa en nuestro país.

### Dr. Jorge Alberto Franco

Médico psiquiatra y Doctor en Medicina, Facultad de Medicina, UBA. Docente Autorizado de la Facultad de Medicina, UBA. Profesor de Psicología, Universidad de Belgrano, "Sexualidad y Salud". Jefe de División Tratamientos Ambulatorios, Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas "José de San Martín".

### Introducción

El fenómeno de la autoprescripción está aumentando y generando preocupación en todo el mundo. Los estudios sobre medicamentos de venta libre (MVL) en Europa y EE.UU. estaban dirigidos anteriormente a estrategias de marketing e influencia del farmacéutico en la elección del fármaco, en la actualidad en cambio se estudian más los riesgos de su uso, las interacciones farmacológicas y la información que se adjunta al MVL para un uso correcto.

Los medicamentos actuales representan un extraordinario y poderoso instrumento para el tratamiento y control de diferentes enfermedades. No obstante, su uso indebido puede transformarlos en un arma peligrosa y ocasionar serios daños. El efecto terapéutico va a depender de la naturaleza del trastorno de salud y del uso del medicamento adecuado, en el tiempo oportuno y en la dosis y forma de administración que corresponda.

La American Society of Consultant Pharmacists, en su página de Internet (<http://www.ascp.com> - 10 de abril del 2002), clasifica ocho clases de problemas relacionados con el uso de medicamentos: 1) Que requiera medicación y no la reciba porque no se la indican para ese problema; 2) Que reciba el medicamento equivocado; 3) Que reciba el medicamento apropiado pero en una dosis menor que la adecuada; 4) Que reciba el medicamento apropiado pero en una dosis mucho mayor que la adecuada; 5) Que el medicamento produzca efectos opuestos a los esperados; 6) Que se produzca una interacción adversa con otros medicamentos, alimentos o bebidas; 7) Que no tome o suspenda el medicamento porque no sea accesible por diferentes motivos (económicos, sociales, psicológicos, etc.); 8) Que tome el medicamento sin indicación ni razón médica válida.

Si aun en los casos en que el consumo de medicamentos se realiza bajo indicación médica existen riesgos de ocasionar problemas, la automedicación es una conducta que

potencia peligrosamente la capacidad de producir esos riesgos.

En este trabajo se define la automedicación (AM) como el consumo por cuenta propia, sin indicación médica o más allá de la dosis recomendada por el médico –en tiempo o en cantidad– de medicamentos éticos que requieren prescripción y receta médica.

La AM ignora o subestima el modelo terapéutico de resolución de los problemas de salud que incluye el uso de medicamentos como uno de los probables componentes del tratamiento. La AM, en cambio, aísla al medicamento y lo disocia de su integración a una estrategia de tratamiento.

En un proceso de indagación clínica realizado por el médico, se investigan los signos, los síntomas, otras evidencias y pruebas complementarias y en función de esto se decide un tratamiento; uno de los elementos de éste puede ser la prescripción de medicamentos en determinada dosis y previendo el tiempo de duración de su consumo.

El medicamento en sí no ocupa el lugar central en este proceso aunque sea uno de los principales instrumentos terapéuticos; lo central es la aplicación de un modelo de indagación clínica que considera el tratamiento según características particulares del trastorno o trastornos que presenta la persona en particular, sus antecedentes, condiciones de vida y ambiente.

El médico conoce los efectos de los medicamentos y su interacción y puede anticipar la conveniencia de su utilización en función de la probabilidad de resultados positivos y alertar sobre probables efectos negativos.

El método de razonamiento clínico integra la incertidumbre en su análisis y, por ello, la necesidad de controlar la evolución del cuadro clínico y en este proceso radica la probabilidad de su eficacia, no en el uso aislado del medicamento. De allí también la importancia de establecer una buena relación médico-paciente. El médico tiene que lograr que la persona que lo consulta deposite en él la confianza, comprenda los elementos centrales del problema que padece y acepte participar en el plan terapéutico de manera responsable y activa, en la medida de sus posibilidades.

El arsenal terapéutico farmacológico con que contamos los médicos en la actualidad es tan efectivo como riesgoso, la posibilidad de controlar cuadros de ansiedad aguda o crónica con derivados benzodiazepínicos y el alivio sintomático casi inmediato que produce en cuadros funcionales psicosomáticos convierte a esta medicación en potencialmente adictiva, siendo indispensable establecer una relación médico-paciente estable en la que se valore, pero no sobrestime el alivio sintomático.

El médico debe lograr que la persona que lo consulta deposite en él la confianza, comprenda los elementos centrales del problema que padece y acepte participar en el plan terapéutico de manera responsable y activa, en la medida de sus posibilidades.

## **Discusión**

En denominación internacional se llama al medicamento de venta libre OTC (“Over the Counter” – “Sobre el mostrador”). También existe otra denominación Under the Counter (UTC) para el medicamento que no es de venta libre pero que igual se vende sin receta “por debajo del mostrador”. Esta categorización ratifica este fenómeno, de frecuencia

variable en las diferentes sociedades.

En nuestro país hay pocos trabajos cuantitativos aunque se acepta que es un problema muy difundido y que presenta diferentes configuraciones. Revisaremos algunos de los datos obtenidos de trabajos realizados en el país.

Una investigación llevada a cabo en la década de 1990, estima que en la Argentina “del total de medicamentos éticos que se consumen un 35% de los mismos se efectúa sin la receta correspondiente”. Nuestro estudio da una cifra similar del 31,5 %.

El Colegio Farmacéutico estima que se factura un 30% sin prescripción médica, aun cuando sólo podría obtenerse legalmente un 8% sin receta médica. Un estudio efectuado por Rubén Quijano publicado por Nueva Farmacia en julio del 2000, efectuado en la Provincia de Buenos Aires y auspiciado por la Cruz Roja, arrojó valores de automedicación que excedían el 70 %, en este estudio no se diferenció entre medicamento VL y el medicamento ético siguiendo el criterio de consumo sin indicación médica, en nuestro caso el porcentaje es menor: 60,2%.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de Capital Federal estima que el 50% de la población se automedica. También preocupa a la entidad no sólo el comportamiento del profesional farmacéutico sino la venta creciente en quioscos, supermercados, vehículos públicos e incluso en la calle, con el riesgo de ser falsificados o en el mejor de los casos ser de contrabando.

Hace diez años sólo el 2% de los medicamentos era de venta libre; en la actualidad la cantidad es del 8% y se estima que dentro de los próximos 10 años será del 25% la cantidad de medicamentos que podrán obtenerse sin receta médica.

En el año 1999 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar) de nuestro país llevó a cabo el primer Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la población general con edades entre los 16 y 64 años. En este estudio, la prevalencia de vida del uso de medicamentos psicotrópicos fuera de prescripción médica en la población general alcanzó a 4,3%. Esta categoría –medicamentos psicotrópicos– incluyó el uso de sedantes (con una prevalencia de vida del 6,0%) y el uso de estimulantes (con una prevalencia de vida del 2,8%). Se encontró mayor proporción de mujeres en el consumo sin prescripción de sedantes y de varones en el consumo sin prescripción de estimulantes.

Con respecto a la edad, entre los varones se observó un incremento del consumo sin prescripción médica de psicotrópicos a partir de los 50 años de edad; entre las mujeres, se observó el aumento en el grupo de 35 a 49 años. En el Estudio Nacional se nota que el consumo sin indicación médica en la población general aumenta a medida que aumenta el nivel de educación formal pero sin diferencias significativas entre los de menor nivel de educación y los de mayor.

Al comparar estos datos con los de nuestro estudio, se pone de manifiesto que la notable diferencia en la prevalencia del consumo sin prescripción médica en la población general – el 4,3% – y en una población de consulta clínica como la de nuestro estudio –con el 31,5% de automedicación global– refleja la magnitud de esta conducta de autoprescripción en un grupo de población que por la relevancia de sus problemas de salud ha buscado asistencia médica.

La OMS plantea la necesidad de una automedicación responsable formando parte del autocuidado que define como “aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades”. Aclara obviamente que sólo puede utilizar MVL y la importancia de un buen asesoramiento farmacéutico que incluye la posibilidad de aconsejar consulta médica.

En nuestro estudio se encontró que una proporción importante de personas que afirmaron consumir medicamentos de venta libre (MVL) en realidad consumían medicamentos de venta bajo receta (MVBR). Esto revela en principio desinformación con respecto a los efectos y los riesgos de los MVBR; sin embargo en este grupo la clase de fármacos más consumidos fueron los antiespasmódicos gastrointestinales y nadie reconoció el consumo de psicofármacos. Esta quizás fue la diferencia más notable con el grupo que se automedicaba sabiendo que utilizaba MVBR; en éste la mitad usaba psicofármacos sin indicación médica. No obstante no hemos encontrado otros trabajos que mostraran datos similares ya que esta posibilidad de equivocación esta relacionada con el hecho de conseguir el MVBR con la anuencia o desconocimiento del farmacéutico.

En la mayoría de los estudios extranjeros no se plantea la existencia de este grupo ya que se considera que el farmacéutico cumplirá con el asesoramiento y aclarará que su pedido no es un MVL sino un MVBR.

### **Medicamentos más utilizados**

En este trabajo, se encontró que el MVL más utilizado es el ácido acetilsalicílico, “aspirinas” en su denominación común: correspondió a este grupo el 70% del consumo de MVL. La modalidad de consumo de aspirinas es significativo, utilizando un criterio epidemiológico cuantitativo este grupo se divide en aquellos que consumen ocasionalmente y hasta cinco comprimidos por mes (59,4 %) y los de uno a cuatro comprimidos diarios (34,2 %).

Los patrones de ingesta del último grupo, según la OMS-CIE10, se clasificarían como abuso de sustancias que no producen dependencia “aunque estas medicaciones pueden haber sido prescritas en primera instancia por el médico, el uso y dosificación pueden acabar siendo muy prolongado, innecesario o excesivo, lo que es facilitado por la fácil disponibilidad de este grupo de sustancias”. En nuestra población la modalidad de ingesta no fue indicada por un profesional lo cual puede considerarse todavía más grave.

El “Ibuevanol” siguió en frecuencia de consumo a la aspirina (13%) pero con un patrón diferente, ya que su consumo más frecuente fue entre 10 y 20 comprimidos al mes.

En este estudio se encontró que el tipo de fármaco más utilizado en automedicación fue el psicofármaco en casi la mitad de los casos; en segundo lugar, los antibióticos. En este último caso sólo fue mencionado uno de ellos (Amoxicilina) por su marca comercial a diferencia de los psicofármacos, en que fueron mencionadas varias marcas comerciales. Entre estos últimos, el más utilizado, en casi la mitad de las veces, fue el bromazepam; seguido por el diazepam y, en una pequeña proporción, alprazolam y clonazepam. Tomando en cuenta que en la actualidad se receta en mayor proporción el alprazolam y el clonazepam, es probable que el consumo actual de bromazepam revele la continuación de una medicación indicada años atrás y que aún persiste.

En el caso de los antibióticos un trabajo de Nueva Zelanda plantea la dificultad de los médicos de sustraerse a la presión de los pacientes que exigen ser medicados con

antibióticos ante cualquier afección del tracto superior y, en otros casos, por aquellos que deben viajar al exterior y demandan prescripción para llevar al medicamento consigo. Este patrón conductual parece estar extendido en la actualidad.

Con respecto al tiempo de inicio de la automedicación, el hecho de que el 60% hubiera iniciado hacía más de un año, hace reflexionar sobre esta conducta como un hábito que se va consolidando en el tiempo. No obstante, el 15.0% comenzó en el último mes, antes de concurrir por primera vez a la consulta de Clínica Médica.

La mediana de edad comienzo de automedicación corresponde a 30,0 años y la mediana de la edad del último consumo es de 38,0 razón por la cual se estima para la mayor parte de la población una antigüedad en el consumo de ocho años.

Las tres cuartas partes de la población estudiada consideran total o medianamente segura la automedicación o desconocen el riesgo que puede asociarse a ella. El desconocimiento del peligro de la automedicación puede ser considerado uno de los factores que contribuyen a su difusión y mantenimiento.

La referencia al consumo de neurolépticos como automedicación fue baja -1,0% en ambos estudios, reflejando también el escaso poder adictivo de estos fármacos.

## **Causas**

Las causas por las que se comenzó la automedicación fueron atribuidas a la búsqueda de solucionar un problema similar a la vez anterior recurriendo al mismo medicamento que se utilizó en esa ocasión; colabora en esta determinación el hecho de tener el medicamento en su casa. Los botiquines familiares se convierten en el tiempo en pequeñas farmacias que influyen en las determinaciones amoldando la enfermedad al medicamento existente en el botiquín. Así, el psicofármaco existente en el consumo familiar puede predecir cuál va a ser el psicofármaco de probable automedicación. Un estudio realizado por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2000, menciona como dato llamativo una coincidencia “en el consumo de psicofármacos en la familia –del adicto– (6,8%) con el antecedente de consumo de la madre (6,0%)”.

El análisis de los síntomas, su interpretación y autodiagnóstico es realizado en forma simplista por los propios pacientes que se guían, en general, por la similitud del dolor o molestia actual con el ya padecido.

La necesidad de alivio sintomático apelando a los ansiolíticos es una conducta que tiende a convertirse en abuso por AM, aunque según algunos trabajos es un fenómeno inusual el abuso y tolerancia de benzodiazepinas, el alivio casi inmediato de síntomas psicológicos o somáticos de ansiedad que producen les otorga un poder adictivo que no tienen fármacos como los antidepresivos. En la actualidad, para los trastornos por ansiedad se tiende a usar en el corto plazo benzodiazepinas y a largo plazo antidepresivos asociados a psicoterapia.

La recomendación de un pariente o amigo sigue las mismas pautas, se evalúa la similitud de la sintomatología padecida y por ende recomiendan la misma medicación; los “aprendices de brujos” ganan actualidad.

Una publicación de la ANMAT (2000) afirma que son muchos los casos en que la falta de buena correlación entre “el síntoma por el que se toma el medicamento –de venta libre– y

la acción terapéutica del mismo” aumenta el riesgo de encubrir enfermedades graves.

Los profesionales médicos y del campo de la salud no están exentos de incurrir en estas conductas de autodiagnóstico y automedicación que normalmente se atribuyen a los no-profesionales.

En este estudio, la falta de tiempo para la consulta médica y en especial la falta de dinero no resultaron relevantes para explicar los factores de inicio de la automedicación.

El dolor y las preocupaciones, presentes durante más de seis meses, por tener una enfermedad seria o una discapacidad física es una de las causas más significativas que subyacen a la automedicación. Cuando a ambas situaciones se le agrega que éstas constituyen un impedimento para trabajar o seguir desarrollando la vida social acostumbrada, aumenta la proporción de personas que se automedican.

El problema de la inclusión del tema de la automedicación en la consulta clínica esta dividido, el 47% de los pacientes está de acuerdo con que el médico le pregunte sobre el uso de medicamentos sin prescripción médica y el 43% no está de acuerdo. Un estudio reciente plantea el problema del escaso interés de los médicos en el conocimiento del uso y abuso de OTC y la falta de inclusión del tema como rutina en la entrevista clínica.

Con respecto al uso de terapias alternativas no convencionales, utilizadas por más de la mitad de los pacientes en este estudio, al igual que los que se automedicaban, su uso aumenta significativamente ante situaciones de dolor o molestias que se prolongan en el tiempo –por más de seis meses– sin resolución. Esta situación puede afectar la confianza en la capacidad de la medicina científica para encontrar alivio.

Nuestro trabajo coincide con datos de otros estudios en que la homeopatía es la principal práctica alternativa a la que se recurre. Incluso, de acuerdo a los resultados de este trabajo, aquellos que nunca habían consumido medicamentos éticos o de venta libre sí habían utilizado en forma significativa tratamientos homeopáticos, en estos casos quizás exista una aprensión o rechazo a la medicación alopática.

Le sigue en importancia el uso de hierbas medicinales, coincidente con tendencias observadas en otros estudios de diferentes países. A raíz de ello se ha comenzado a plantear sobre todo el riesgo de su consumo asociado a interacciones con fármacos recetados por el médico y por ello se hace indispensable la discusión de estas practicas.

Con respecto a las creencias, la automedicación se asoció positivamente con expresiones de confianza en tratamientos no aceptados por la medicina científica actual a diferencia de los que siguieron la indicación médica que se inclinaron afirmativamente a “confiar principalmente en la medicina científica” para resolver problemas de salud.

Quienes se automedicaban mostraron asimismo tendencias significativas a explicar sus problemas de salud en términos de creencias populares fundamentalmente “el daño”, la “envidia” y el “mal de ojo”. La adhesión a esta clase de convicciones hace pensar en la convivencia del “pensamiento mágico” con otras formas del pensamiento racional presentes en la demanda de asistencia médica en nuestra sociedad actual.

## **Conclusiones**

De los resultados se desprende que casi una tercera parte de la población incluida en este

estudio, que concurrió por primera vez a la consulta externa de Clínica Médica del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas, se automedicó alguna vez en su vida.

La automedicación fue definida como el uso por cuenta propia, sin indicación médica o más allá de la dosis recomendada por el médico – en tiempo o cantidad– de medicamentos de venta bajo receta médica. Se hallaron dos tipos de automedicación: el primer grupo conformado por personas que conscientemente –sabiendo que el medicamento era de uso bajo receta– lo habían conseguido y consumido por cuenta propia haciendo uso indebido predominantemente de psicofármacos y, en segundo lugar, de antibióticos. El segundo grupo, en cambio, mostró un consumo no consciente de medicamentos de venta bajo receta porque los consideraba de venta libre. Esto lleva a considerar esta conducta como producto de la falta de adecuada información respecto al uso de medicamentos, más que de una intención deliberada de buscar alivio del malestar. Considerando esta diferencia, en este trabajo el análisis se centró básicamente en el primer grupo. Más del 80% de quienes integraban este grupo se había automedicado en los últimos 30 días previos a la primera entrevista en Consultorios Externos de Clínica Médica.

En ese grupo de automedicación consciente, de acuerdo a los resultados obtenidos las principales variables que pueden resultar útiles para tomar en cuenta en la entrevista clínica interesada en detectar la automedicación, han sido:

- + mayor proporción de mujeres;
- + edad inferior a los 45 años;
- + nivel de educación formal superior a 12 años de estudio
- + haber consumido alguna clase de medicamentos anteriormente, alguna vez en su vida, en especial psicofármacos;
- + consulta y tratamiento psiquiátrico o psicológico previo;
- + presencia de dolores y malestares corporales persistentes, en especial aquellos con una duración mayor de seis meses ;
- + presencia de una preocupación relevante por una enfermedad o discapacidad
- + vivir solo, que podría ser equivalente a contar con escasa red de apoyo social y afectivo.
- + confianza en tratamientos terapéuticos no aceptados por la medicina científica actual ;
- + tendencia a la utilización de terapias alternativas o no convencionales;
- + relevancia de creencias relacionadas al origen de la enfermedad vinculadas a factores espirituales, afectivos y familiares;
- + mayor aceptación de creencias populares –empacho, mal de ojo, envidia, daño– como explicación de los problemas de salud.

La automedicación consciente, en nuestro estudio, no mostró asociación con las variables que evaluaban la relación médico-paciente, esto es, la satisfacción con la manera en que fue tratado por el médico, la satisfacción con la manera en que fue examinado, con la forma en que investigaron la causa, le informaron el diagnóstico y el tratamiento, y con el tiempo que le dedicó en cada consulta. La mitad de los que se automedicaban respondieron que no era importante discutir el tema del uso de medicamentos por cuenta propia con el médico. Por último, no se observaron cambios en la frecuencia de la automedicación en relación con la cantidad de visitas o contactos con el médico en los últimos 12 meses.

Tanto el uso indebido de medicamentos como el uso de terapias no convencionales con eficacia no comprobada representan riesgos a la salud pública. La OMS, en su informe

sobre Estrategia sobre Medicamentos: 2000-2003, plantea trabajar sobre tres componentes que considera indispensable para mejorar el uso de los medicamentos: una estrategia y control del uso de medicamentos, un uso racional de los medicamentos por parte de los consumidores y un uso racional por parte de los profesionales de la salud.

El primer aspecto, de estrategia y control, depende de Salud Pública y tiene serias deficiencias en nuestro país. El farmacéutico tiene también un rol estratégico en el uso racional de los medicamentos. De acuerdo a nuestro estudio si bien fue baja la proporción que reconoció el inicio de la automedicación por una recomendación del farmacéutico, sin embargo consideramos que la ausencia de convicción en el ejercicio de su rol profesional, facilita en muchos casos la obtención indebida de medicamentos que exigen prescripción médica y favorece la ignorancia entre medicamento de venta libre y de venta bajo receta.

El segundo aspecto: los consumidores, que deben ser educados especialmente en el tema de salud. En nuestra investigación aquellos con mayor nivel de educación paradójicamente están más expuestos al uso indebido de fármacos, tienen menor conciencia de los riesgos del autodiagnóstico y la automedicación. La información por sí sola no protege. La información necesita recobrar un significado activo para que colabore al cambio de actitudes y promueva el uso racional de medicamentos. Así se generan procesos adictivos promovidos por la automedicación con psicofármacos y analgésicos tienen la finalidad de encontrar alivio inmediato al malestar sin buscar resolución genuina del malestar.

Sumado a lo anterior, el rechazo a tratar con el médico temas relacionados con la automedicación –presentado en mayor proporción en aquellos de mayor nivel de educación– obtura la oportunidad de un proceso de aprendizaje sobre el uso racional de los medicamentos. En esos casos, la educación formal parece haber favorecido el “creer que se sabe” más que el conocimiento genuino cercano al saber socrático.

La persona que se automedica, se autodiagnostica. Decide por su propia cuenta y propone su propia hipótesis terapéutica. Esto supone la apropiación ingenua del modelo de razonamiento clínico –que requiere años de estudio, experiencia y especialización para su adecuado desarrollo– por parte de legos. El médico que no investiga la automedicación, o que al indagar no la revela como una conducta de riesgo, de alguna manera está convalidando y contribuyendo con su silencio a mantener un modelo distorsionado de resolución de los problemas de salud.

El tercer aspecto se refiere a los profesionales de la salud y en especial a valorar la prescripción médica manteniendo el profesional el juicio clínico sin ceder a la exigencia manifiesta de los pacientes, ni a las más ocultas de la propaganda médica y cumplir una misión pedagógica en relación con el uso indebido de medicamentos y a las búsquedas de terapéuticas no validadas.

En la mayoría de las afecciones crónicas el uso de automedicación y terapias alternativas alcanza su mayor significación, estos casos son los que más requieren una estrecha relación médico-paciente. El profesional debe enseñar al paciente a manejar su enfermedad, reconocer y evaluar los síntomas así como la forma de auto administrarse la medicación. El ejemplo más clásico de este modelo de tratamiento es el de la diabetes insulino-dependiente. El éxito de continuidad del proceso asistencial depende fundamentalmente de la personalidad del paciente y del valor de la relación establecida con su médico. Es interesante advertir que la diabetes es una de las afecciones en las que menos se recurre a las terapias alternativas.

En el modelo asistencial de autoadministración la acción educadora del profesional transforma al paciente en agente activo en el manejo y control de su enfermedad bajo la supervisión e indicación del médico. En la alianza así establecida entre el paciente y el profesional residirá la clave del éxito terapéutico. Este logro estará acompañado por una disminución de comportamientos que quedan peligrosamente fuera del sistema regulado de salud pública y exponen a riesgos no solo a nivel individual sino también comunitario.

La búsqueda de alivio sintomático en la autoprescripción, en especial de medicamentos ansiolíticos y antibióticos y en terapias no validadas que se alejan del cuidado responsable que se establece a través del juicio clínico profesional, es uno de nuestros desafíos actuales.

La educación médica tiene que reforzar la importancia de la relación médico-paciente y la inclusión de estos temas para fortalecer la confianza y la solidez de esta relación.

Por razones de espacio, este artículo ha sido extractado para su publicación. La versión completa, que incluye una investigación sobre consumo de Cannabis en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano, puede ser consultada en la versión electrónica de Encrucijadas ([www.uba.ar/encrucijadas](http://www.uba.ar/encrucijadas))