

Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)

Dra. Claudia Pérez Leiros

Departamento de Química Biológica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Buenos Aires. Ciudad Universitaria, Pabellón

2, piso

4, C1428EGA, Capital Federal, Argentina.

Recibido:

Recibido en: 21/08/2005

| Aceptado:

Aceptado en: 30/08/2005

Contacto: Dra. Claudia Pérez Leiros - cpleiros@qb.fcen.uba.ar

happy-pills.jpg

El límite entre salud y bienestar, entre necesidades y deseos, entre pacientes y consumidores, parece ser la clave para comprender la diferencia entre un medicamento a secas y un “medicamento para el estilo de vida”.

La expresión “estilo de vida” suele asociarse con categorías tan variadas como: hábitos y relaciones sociales, preferencias estéticas y culturales, ocupaciones y profesiones, formas de esparcimiento, entre otras. En general, los estilos de vida también se pueden relacionar con costumbres y tendencias en el consumo. Incluso, en los últimos años se ha establecido un vínculo entre estilos de vida –en un sentido más amplio habría que hablar de condiciones de vida- y la propensión a padecer ciertas enfermedades. Sin embargo, esta expresión nunca había estado ligada directamente a la farmacología hasta la década del '90 cuando empezaron a aparecer publicaciones académicas y no académicas sobre el uso creciente de algunos fármacos -conocidos en inglés como *Lifestyle drugs*- que se emplean para satisfacer o atender requerimientos del estilo de vida.

Baste con ir a la peluquería, participar en una cena entre amigos o -vianda en mano- escuchar las charlas en los comedores de las oficinas y otros lugares de trabajo, para identificar a un buen número de estas drogas y sus nuevas indicaciones. Sin embargo, no parece tan sencillo llegar a un acuerdo para usar la palabra “medicamentos” si no se menciona la palabra “enfermedad”. Por otro lado, cuando se trata de drogas asociadas al estilo de vida, parecen más adecuadas las expresiones “usar” o “consumir” tal producto, como si fuera un alimento o un

cosmético, que “tomar tal medicamento”, que suele relacionarse con una prescripción médica. Y siguiendo con este cruce del lenguaje coloquial y el farmacológico, probablemente nos encontremos con otra distorsión entre dos categorías de individuos aparentemente diferentes a la hora de ingresar una píldora en su boca: los pacientes y los consumidores.

Una de las definiciones más precisas y convocantes de los llamados “medicamentos para el estilo de vida” fue propuesta por David Gilbert, alto funcionario del *Office for Public Management* de Londres; Tom Walley, profesor de farmacología clínica en la Universidad de Liverpool, y Bill New, analista independiente de política sanitaria residente en Londres. Según ellos, las drogas para el estilo de vida (*Lifestyle drugs*) son aquellas que se usan para tratar problemas que no son de salud o para tratar condiciones en el límite entre la necesidad de mantener la salud y la satisfacción de deseos asociados al estilo de vida y al bienestar general (1). Una definición más amplia -proponen los autores- incluiría en este grupo a las drogas que se usan para tratar problemas de salud que podrían ser resueltos más adecuadamente mediante un cambio en el estilo de vida. Con esta definición, el grupo de drogas para el estilo de vida se extendería para incluir a otros medicamentos como, por ejemplo, los inhibidores de las bombas de protones (hidrógeno catiónico) que se emplean en el tratamiento de las úlceras gástricas.

A modo de “*lifestyle vademécum*”

Entre los ejemplos más citados de drogas asociadas al estilo de vida están el sildenafil, nombre genérico del medicamento aprobado en 1998 para tratar la disfunción eréctil en el hombre, conocido comercialmente como VIAGRA® ; el minoxidil, originalmente indicado como antihipertensivo que se usa para el tratamiento de la calvicie, y el orlistat, para el tratamiento de la obesidad. [lifestyle.jpg](#)

El caso del VIAGRA® es emblemático porque es uno de los medicamentos más recientes en esta lista y fue uno de los que más rápidamente se aprobó en los distintos países, una vez cumplidas las etapas del ensayo clínico en los Estados Unidos y autorizado por la FDA (*Food and Drug Administration*, agencia sanitaria de los Estados Unidos). Por ejemplo en Japón, mientras que las píldoras anticonceptivas requirieron más de 30 años para ser aprobadas por las autoridades sanitarias, la autorización para comercializar el sildenafil sólo necesitó seis meses. Aunque esta rapidez dio lugar a muchas conjeturas sobre una sociedad machista, no se puede soslayar el hecho de que, en ese momento, las autoridades sanitarias, académicos y empresarios de los laboratorios farmacéuticos de Japón, Estados Unidos y la Comunidad Europea acababan de aprobar tras ocho años de trabajo, las normas ICH (*International Conference on Harmonisation*). Esta normativa -que se encuentra disponible como 37 guías en el sitio *web* de la FDA- rige actualmente en esos países para el desarrollo de nuevos fármacos y tiene como objetivo alinear características comunes de los fármacos y diferencias poblacionales (*bridging studies*) con el fin de acelerar algunas etapas y facilitar la aprobación de nuevos medicamentos, una vez que éstos han sido aprobados en alguno de los países miembros (2).

El VIAGRA® constituye uno de los “golazos” terapéuticos de los últimos años por ser una droga dirigida a un blanco farmacológico nuevo. En efecto, la isoforma V de la enzima fosfodiesterasa de GMPc localizada principalmente en el músculo liso y endotelio de algunos tejidos, es el blanco molecular del sildenafil y no se conocía como posible sitio de acción de drogas. La inhibición de esta enzima por el sildenafil impide la degradación del GMPc y así mantiene la erección. Basados en el mecanismo de acción y en sus indicaciones terapéuticas, se puede deducir que los usos del VIAGRA® en hombres sanos o en mujeres, tienen más relación con una búsqueda de satisfacción que con la necesidad de un medicamento.

El minoxidil es otro caso interesante por la amplificación y diversificación en las ventas que ha conseguido al pasar de ser un medicamento para controlar la presión arterial a un producto que evita la caída del cabello con un perfil de consumo como cosmético. El sulfato de minoxidil activa los canales de potasio regulados por el ATP que, al abrirse, conducen a una hiperpolarización de las células del músculo liso vascular con vasodilatación y reducción de la presión arterial. La hipertrichosis, aumento del crecimiento del cabello, por tratamiento prolongado con minoxidil fue descrita inicialmente como un efecto adverso causado por el mismo mecanismo de acción y luego dio lugar a la producción de formas farmacéuticas como lociones de uso tópico.

Si aceptamos que muchas sustancias o drogas que causan efectos en el organismo no cumplen estrictamente la definición de “medicamento”, es decir, no tienen implícito un beneficio terapéutico, la cantidad y variedad de drogas asociadas al estilo de vida se hace mucho más amplia y los tres ejemplos mencionados antes son sólo el encabezamiento de una larga lista en continuo crecimiento (cuadro 1, modificado de ref. 3).

Como se puede ver en el cuadro, algunas características comunes permiten separar las drogas para el estilo de vida en distintas categorías, por ejemplo, aquellas que fueron aprobadas para un uso que luego se ha extendido para satisfacer deseos relacionados con hábitos sociales (primer grupo) o las que -una vez aprobadas para una indicación terapéutica- mostraron una aplicación distinta con fines estéticos o de rendimiento físico (segundo grupo). Asimismo, se puede diferenciar a las drogas que cumplen con la definición de “droga para el estilo de vida” pero tienen poca (el alcohol, la cafeína o la marihuana) o ninguna (MDMA o éxtasis, cocaína) utilidad clínica. Finalmente, una marcha sin prisa pero sin pausa desde tiempos remotos y con mucha prensa en la actualidad es la que han protagonizado los productos naturales reconocidos por efectos tan diversos y abarcadores como el de suplemento nutricional, efecto antioxidante, digestivo, hipnótico, etc., la mayoría comercializados bajo el manto confortable de una supuesta inocuidad (quinto grupo).

Cuadro 1: Medicamentos para el estilo de vida

Características generales	Ejemplos	Indicación original para la cual fue aprobada	Otros usos como drogas asociadas a un estilo de vida
Aprobadas para un uso que luego se extendió para satisfacer otros deseos o necesidades asociadas al estilo de vida	Orlistat Sibutramina Anticonceptivos orales Sildenafil Metadona Bupropion	Tratamiento de obesidad Anorexígeno Prevención de embarazo Disfunción eréctil Tratamiento de adictos a opioides Tratamiento de adictos a nicotina	Pérdida de peso Pérdida de peso Prevención de embarazo Disfunción sexual, otros Sustituto de morfina Dejar de fumar
Aprobadas para una indicación y usadas luego con fines estéticos o de rendimiento	Minoxidil Eritropoyetina	Hipertensión Anemias crónicas	Crecimiento del cabello Mayor rendimiento físico
Cumplen con la definición de droga social pero tienen poca utilidad clínica	alcohol cafeína marihuana	Ninguna Tratamiento migraña ¿Dolor crónico?	Bebidas Bebidas Recreativo
Drogas ilícitas usadas como drogas sociales sin ninguna utilidad clínica	MDMA o éxtasis Cocaína	Ninguna Ninguna	Recreativo Recreativo

Productos naturales reconocidos por efectos tan diversos como abarcadores	Vit A (cremas) Vit C Aceites pescado Hierbas	¿Previene el envejecimiento de la piel? ¿Suplemento nutricional? ¿Suplemento nutricional? Ninguna	Antioxidantes y usos diversos, para muchas condiciones
---	---	--	--

Con similitudes y diferencias, sin embargo, todas estas drogas parecen satisfacer tanto el principio de “droga sólo para el placer” como las fantasías y deseos de sus seguidores ¿consumidores?, ¿pacientes?, ¿enfermos?, ¿grupos *target*? o simplemente sujetos de un mundo bastante turbulento en pleno cambio de paradigma.

Enfermedad o no-enfermedad, ¿dónde está el límite?

Cómo establecer el límite entre salud y bienestar, entre necesidades y deseos, entre pacientes y consumidores, parece ser la clave para comprender la diferencia entre un medicamento a secas y un medicamento para el estilo de vida. Y esta cuestión no es menor si se analiza el tema desde una perspectiva sanitaria, ya que muchas de las drogas para el estilo de vida son prescritas y gozan de los descuentos y prerrogativas garantizados por los sistemas de salud y asistencia social de los distintos países. Además, por lo general la población que las usa es mucho mayor que la prevista al momento de ser aprobada y por períodos más largos. Sin duda, si se enfoca el uso desmedido de drogas asociadas al estilo de vida con la lógica de caja, esta nueva práctica ocasiona un gasto extra para los servicios de salud públicos y privados. Pero también genera una distorsión, o al menos bastante ruido, en una cuestión cultural como es el requisito de racionalidad y conocimiento necesario para fundamentar toda prescripción de un medicamento.

Por otro lado, esta nueva categoría de drogas pone en tela de juicio la definición de “salud” y “enfermedad” y supone así la posibilidad de “definir las no-enfermedades”. Con este fin, Richard Smith, como editor del *British Medical Journal*, una prestigiosa revista de investigación clínica, convocó en 2002 a una votación electrónica entre sus lectores para hacer un *ranking* de las diversas “condiciones médicas” que no se consideran enfermedades o, como él las llamó, las “*top 100 non-diseases*” (4). La propuesta estaba basada en un estudio similar realizado en 1979 donde se consultó a personas de diferente formación -académicos médicos y no médicos, estudiantes secundarios y paramédicos- acerca de cuáles de las 38 condiciones o estados de salud listadas en la encuesta eran consideradas enfermedades (5). El resultado del relevamiento de 2002 ubicó al envejecimiento en el tope de las no-enfermedades, entre otras como la celulitis, la calvicie, la “resaca” y la infelicidad (4), a diferencia del estudio de 1979, donde sólo el 20 por ciento de los consultados daba a estas condiciones el rango de enfermedad.

Ciertamente, definir el estado de enfermedad no es tarea fácil y se encuentran en los diccionarios frases como “estado insalubre del cuerpo o la mente, desorden, dolencia con signos o síntomas distintivos”. Ninguna definición parece satisfactoria, especialmente debido a que es aun más difícil definir “salud” que “enfermedad”. Al respecto, Smith cita con un imperdible humor inglés el comentario de un colega cirujano y ensayista, a propósito del concepto de salud definido por la Organización Mundial para la Salud (OMS): si salud es lo que define la OMS como un "estado de bienestar físico, psicológico y social completo", entonces se alcanza sólo en el momento de clímax simultáneo, dejándonos a todos en la categoría de poco saludables la mayor parte del tiempo y, según las definiciones de los diccionarios, “enfermos”.



Otro ladrillo en la pared

Un tema que agrega más materia para el debate, preocupa a las autoridades sanitarias y, en general a padres y docentes, es la extensión y rápida difusión de las drogas para el estilo de vida entre los adolescentes. Con una frecuencia cada vez mayor se detecta el uso y abuso de medicamentos con prescripción y otros de venta libre entre los adolescentes con fines recreativos o para enfrentar situaciones que requieren alto rendimiento físico o intelectual. Así, al abuso de drogas ilícitas se suma ahora el abuso de medicamentos de fácil acceso que se emplean con fines distintos a la indicación médica original. Un estudio realizado entre más de 7300 adolescentes en los Estados Unidos en 2004 indica que aproximadamente el 18 por ciento usa la droga hidrocodona (Vicodin®) con fines recreativos y el 10 por ciento, OxyContin®, ambas son analgésicos de la familia de los opiodes. Por otro lado, el 10 por ciento ha tomado metilfenidato (Ritalina®) sin prescripción médica y un porcentaje similar de medicamentos para la tos de venta libre que contienen dextrometorfano, miembro de la familia de los opioides. Estas prácticas han invadido la cultura adolescente al punto de que alrededor del 30 por ciento de los adolescentes dice tener amigos que consumen medicamentos de este tipo con fines estimulantes y casi iguala en frecuencia al consumo de drogas ilícitas como marihuana y cocaína, entre otras.

Respecto de la familiaridad de los adolescentes con algunos de estos medicamentos, vale comentar que la Ritalina® es una medicación que se indica para niños y adolescentes que tienen dificultades para concentrarse por un síndrome conocido como déficit de atención e hiperactividad, la sigla en inglés es ADHD. En el mismo sentido, cerca de la mitad de los adolescentes creen que las drogas para el estilo de vida son de más fácil acceso, por ejemplo en los botiquines de sus padres o de los padres de sus amigos y que son mucho más seguras que las drogas “de la calle”.

Por último, el informe revela que los adolescentes conocen en detalle los efectos de las distintas drogas, sus nombres comerciales y la variada lista de nombres coloquiales (*slang*) que identifica a cada una de ellas.

El tema de las drogas para el estilo de vida usadas con fines recreativos genera mucha controversia y no faltan comentarios que critican el tono puritano de la regulación de estas drogas y agregan que la “quimicalización de la felicidad” se puede lograr como un evento controlado en el organismo y esto no es necesariamente malo (3). A propósito de estas consideraciones, Rod Flower, profesor de farmacología del *William Harvey Research Institute* de Londres, señala que la moral es una construcción cultural que varía con el tiempo y los lugares, pero que no es este el caso de la farmacología de los medicamentos. Las ciencias duras -continúa Flower- nos indican que habrá un alto costo social a pagar si se libera completamente el acceso a las drogas recreativas, pero que hay instancias en que la legalización sería una opción razonable y probablemente con menos daño para la sociedad que el causado por las drogas “aceptadas socialmente”.

Consideraciones finales

Las derivaciones sociales y culturales que se originan en esta nueva práctica de consumir drogas o medicamentos para satisfacer un estilo de vida se pueden ver a diario en las poblaciones urbanas: farmacias que parecen supermercados, comprimidos y cremas que contienen principios farmacológicos activos se anuncian como un objeto más de consumo masivo, las prescripciones ceden lugar a los consejos publicitarios y la aparición de un nuevo nicho, los “pacientes sanos”.

Por otro lado, en los países desarrollados, la población mayor de 40 años tiene una nueva percepción de la salud, como una mejora en el bienestar general. Estas personas, que en muchos casos pagan un seguro de salud, se consideran involucradas en la toma de decisiones sobre coseguros para adquirir medicamentos y esto incide en el mercado farmacéutico. Este cambio cultural tiene consecuencias inmediatas en las estrategias de comercialización y de investigación y desarrollo en los laboratorios productores de medicamentos que ven en las llamadas “drogas para el estilo de vida” -consideradas como nuevo grupo- una forma de compensación económica muy accesible y favorable.

Por el momento, ante esta perspectiva y sobre la base del valor de la prescripción médica y el uso racional de medicamentos, parece más pertinente hablar de la aparición de un nuevo hábito social, como es incluir ciertos medicamentos entre los objetos de consumo para atender a un estilo de vida, que clasificar a las drogas utilizadas por estas prácticas dentro de una nueva categoría.

Nota agregada en la prueba de edición: En el último número de la revista de investigación clínica *New England Journal of Medicine* del 8 de septiembre (*), el Dr. Avorn -Profesor de Medicina en *Harvard Medical School* y Jefe de la División de Farmacoepidemiología y Farmacoeconomía del Hospital *Brigham and Women's* en Boston- critica la falta de cuidado con que la FDA aprueba los medicamentos para el estilo de vida. Esto no se debe –señala el autor- a un descuido o “dejadez” en la calidad de ejecución del organismo regulador, que considera alta, sino en las preguntas que formula este ente. Según Avorn, “como un paciente con un desorden obsesivo-compulsivo”, la agencia está preocupada exclusivamente por supervisar la ejecución meticulosa de actos relativamente simples como probar que una medicación es superior al placebo para producir un efecto y, esencialmente, “hace las preguntas equivocadas”. Avorn, que es el autor de *Powerful Medicines: the Benefits, Risks and Costs of Prescription Drugs* (Medicinas poderosas: beneficios, riesgos y costos de los medicamentos con receta), fundamenta su crítica en los “medicamentos para el estilo de vida”. El autor destaca que estos medicamentos son consumidos por períodos extendidos y por una población mucho mayor que la prevista en la indicación original de la droga por lo cual “es particularmente importante sopesar los riesgos y beneficios y la FDA por lo general no solicita tal evaluación”.

(*) Avorn J. *FDA Standards — Good Enough for Government Work?* *New Engl J Med.* 353: 969-972, 2005)

Referencias

1. Gilbert D, Walley T, New B. 2000. *Lifestyle medicines*. *Br Med J* 321:1341-1344.
2. *International Conference on Harmonisation (ICH)* en el sitio de la FDA. <http://www.fda.gov/cder/guidance/guidance.htm> International Conference on Harmonisation
3. Flower R. 2004. *Lifestyle drugs: pharmacology and the social agenda*. *Trends Pharmacol Sci.* 25: 182-185.
4. Smith R 2002. *In search of "non-disease"*. *Br Med J* 324: 883-885
5. Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS. 1979. *The concept of disease*. *Br Med J* ii: 757-762.

*Claudia Pérez Leirós
Investigadora del CONICET
Profesora de Farmacología
Universidad de Buenos Aires

Química Viva

ISSN 1666-7948

www.quimicaviva.qb.fcen.uba.ar

Revista Química Viva

Volumen 4, Número 2, Agosto de 2005

ID artículo:F0021

DOI: no disponible

[Versión online](#)