


Artículo

Feminización del consumo de benzodiazepinas

LOURDES FRANCO LOPEZ¹

 0000-0001-6095-332X

Medical Anthropology Research Center

MARÍA JOSÉ SÁENZ RODRÍGUEZ²



revistes.uab.cat/periferia



Diciembre 2020

Para citar este artículo:

Franco, L., Sáenz, M.J. (2020). Feminización del consumo de benzodiazepinas. *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia*, 25(3), 79-101.

<https://doi.org/10.5565/rev/periferia.699>

Resumen

Partiendo de la observación experiencial de un alto consumo de benzodiazepinas (BZP) entre las mujeres, el objetivo de este estudio es analizar los conocimientos y las prácticas de su uso entre las mujeres de Deltebre y qué lleva a los profesionales a iniciar y mantener su prescripción. Se realizó un grupo de discusión con mujeres consumidoras y entrevistas a facultativas con perspectiva etnográfica.

Desde la biomedicina no se atienden los factores psicosociales que generan los malestares en estas mujeres, produciendo una farmacologización, la pérdida del *agency* (capacidad de actuar) y la cosificación de los mismos. Existe una ausencia de reciprocidad en sus contextos, contribuyendo a la *crisis de la presencia*, la cual activa la búsqueda de sustitutos e inicia el consumo de BZP. Sin embargo, ésta no produce la restitución, llevando a la cronificación del consumo.

Se plantea incorporar los saberes de las mujeres consumidoras en el abordaje de los tratamientos con BZP desde la atención primaria de salud, lo cual permite llegar a un conocimiento más profundo del problema y construir espacios de reconstrucción y restitución de las reciprocidades, que conlleve una verdadera superación de la *crisis de la presencia* y al abandono del fármaco.

Palabras clave: Benzodiazepinas; mujeres; consumo crónico; crisis de la presencia.

¹ Contacto: Lourdes Franco López - lourdesfl76@gmail.com

² Contacto: María José Sáenz Rodríguez - mjosesaenz@hotmail.com



Abstract: *Feminization of benzodiazepine use*

Based on the experiential observation of a high consumption of benzodiazepines (BZP) among women, the aim of this study is to analyze the knowledge and practice of BZP use among women of Deltebre and that leads professionals to initiate and maintain their prescription. A discussion group with female consumers and interviews with physicians with an ethnographic perspective were carried out.

Biomedicine does not address the psychosocial factors that generate the discomfort of these women, producing a pharmacologization, the loss of agency and the reification of the same. There is an absence of reciprocity in their contexts, contributing to the crisis of presence, which activates the search for substitutes and initiates the consumption of BZP. But it does not produce restitution, which brings us the chronification of consumption.

It is proposed to incorporate the knowledge of the women in the approach of the treatments with BZP from the primary health care, which allows to arrive at a deeper knowledge of the problem and to construct spaces of reconstruction and restitution of the reciprocities that entails a true overcoming of the crisis of the presence and the abandonment of the drug.

Keywords: Benzodiazepines; women; chronic consumption; presence crisis.

Introducción

Desde la antropología médica, Kleinmann (1980) describía los *modelos explicativos de la enfermedad*, superando así la visión cartesiana cuerpo-mente, que domina a la biomedicina. Este autor, junto a Young (1982), subrayaba la importancia de la dimensión social en la cual todas las significaciones cobran realidad. Así pues, a la visión orgánica de la enfermedad, lo que nombran *disease*, se le añaden las esferas del *illness* o sufrimiento y la *sickness*, como dimensión social de la misma. Posteriormente, Byron Good escribía: "para el paciente, el cuerpo no es simplemente un objeto físico o estado fisiológico sino una parte esencial del yo" (Good, 2003, p.215). Una de las cuestiones habitualmente criticadas a la biomedicina ha sido esta ausencia en incorporar las narrativas de los pacientes, así como los contextos socioeconómicos y políticos en los que tienen lugar las enfermedades.

Por su parte, Scheper-Hughes (1997) nos plantea en su obra *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*, que los profesionales de la salud, reproduciendo el sentido común hegemónico, reconvierten las condiciones sociales como el hambre, en una enfermedad biomédica, enmascarando así los determinantes comunitarios de su producción, de forma que la población asume, integra y reproduce los discursos dominantes. En esta línea, Vicenç Navarro (1978), plantea que la medicina contribuye a la legitimación del capitalismo, sirviendo a los intereses del sistema y reduciendo los fenómenos colectivos en individuales.

Así, pues, los procesos de medicalización engloban la patologización de las emociones. En este sentido, Foucault (1979) acuñó el término "yatrogenia positiva" para referirse a los efectos nocivos de las intervenciones médicas, convirtiendo así el cuerpo humano en un territorio privilegiado en el que el *biopoder* ejerce su acción.

Con este trabajo pretendemos plantear el consumo crónico de benzodiazepinas (BZP) desde una visión más global, dando voz a las consumidoras y a los prescriptores e intentando arrojar luz en los procesos de este consumo, intuir nuevas formas de aproximación desde la atención primaria de salud, diversificar los procesos prescriptivos, así como la deshabitación de estos consumos.

Del mundo vital, de la reciprocidad y de la crisis de la presencia

La práctica biomédica se basa en la dimensión física de los malestares, en la que la población deposita la mirada cuando se acerca al sistema sanitario. Así pues, con frases como: "no estamos en una urna aislados de cualquier entorno, vivimos e interactuamos y eso nos afecta", algunos profesionales intentamos conciliar a los pacientes con sus acontecimientos sociales, sobre todo cuando la sintomatología que presentan es claramente de este origen y ellos insisten en encontrar una causa, y por lo tanto una solución física.

Tratar la enfermedad como una entidad que engloba todas las dimensiones de la vida (físico, emocional, espiritual, social, político...) parece completamente acertado. No somos islas patológicas, ni debemos cosificar nuestros órganos enfermos. En esta línea, Good (2003, p. 216) sostiene que "la enfermedad estaba presente en el mundo vital. Era experimentada como un cambio en el mundo vital". En cambio, por nuestra práctica clínica, podemos observar que, a gran parte de la población les cuesta darse cuenta de esta realidad y buscan en el modelo biomédico, representado por la figura

del médico, una solución inmediata para las diversas situaciones de vida, que a su vez relacionan con una falta de salud. Esta situación se ve favorecida por los procesos de medicalización de la sociedad, que tiene al sistema biomédico como ejecutor y legitimador de los mismos.

La hegemonía de la biomedicina, principalmente en las sociedades occidentalizadas respecto al resto de saberes y sistemas médicos y su cientificismo extremo, ha hecho dejar por el camino histórico la esencia de sus bases, en las que se tenían en cuenta los determinantes sociales como causalidades de patología, tal como ya nos describía Hipócrates, para convertirse en una megaestructura al servicio de la evidencia clínica, la industria farmacéutica y los protocolos clínicos, cosa no necesariamente negativa, pero que a menudo, descuida los factores psicosociales.

A nuestro entender son múltiples las razones de este fenómeno: lo que nosotras hemos llamado efecto *penicilina like* que genera una deificación del fármaco como la *bala mágica* (Heynick, 2009) que todo lo cura, una sociedad actual en la que no tiene cabida la inactividad, la apatía, la tristeza, la aflicción o el sufrimiento en la que todo tiene que ser positivamente perfecto y altamente eficiente (Han, 2015), la hegemonía de la biomedicina que relega a los demás sistemas médicos, así como los saberes populares a conocimientos subalternos sin validez, cosa que provoca una pérdida en la capacidad de actuar o *agency* (Pizza, 2005) de los individuos, que pasan a depender totalmente del sistema biomédico por un exceso de reduccionismo que convierte todas las dolencias en alteraciones bioquímicas entre otras razones. Estos fenómenos provocan en los individuos altas tasas de frustración, descontento e inadaptación. Entonces uno depende de sus redes sociales, de los soportes relacionales de los que disponga para poder resolverlo, para no quedarse descolgado del mundo. Evidentemente, no despreciamos la multiplicidad de itinerarios terapéuticos que los individuos escogen, ni las corrientes críticas existentes dentro de la biomedicina, así como tampoco las resiliencias individuales. Hablamos aquí de sistema, formas y usos predominantes.

Los procesos de medicalización de nuestra sociedad se han analizado desde diferentes puntos de vista. Aunque este no es el espacio para hacer un análisis profundo de los mismos, sí comentaremos un par de cuestiones claves que creemos están relacionadas con nuestro estudio. Por un lado, la progresiva tecnificación de la medicina y de los entornos hospitalarios durante los siglos XIX y XX, condujo a

mejoras en la calidad asistencial que consiguieron una importante disminución en la morbimortalidad de enfermedades comunes, como la apendicitis que dejó de ser mortal en esta época. Por otro lado, la aparición de la penicilina y la generalización de su uso, produjeron unas consecuencias similares al caso anterior, produciendo conjuntamente un efecto de *milagro técnico* en la población, generando una experiencia compartida en la sociedad e incorporándose a los procesos asistenciales domésticos. Estas cuestiones, unidas al efecto de la *eficacia simbólica* que produce el sistema biomédico encarnado por la figura del médico, nos dan como resultado la elección preferente de la institución y de sus capacidades terapéuticas. Así:

La carga simbólica de tales actos les permite construir un lenguaje: en realidad, el médico dialoga con su paciente no mediante la palabra, sino mediante operaciones concretas, verdaderos ritos que atraviesan la pantalla de la consciencia sin encontrar obstáculo, para aportar directamente su mensaje al inconsciente (Lévi-Strauss, 2011 [1958], p. 223).

Sin embargo, esto es posible debido a que existe un marco simbólico compartido por profesionales y enfermos que permite la construcción de un lenguaje común.

Todos estos fenómenos tienen lugar en una sociedad neocapitalista, donde no hay lugar para las aflicciones y malestares, ya que el objetivo es conseguir la máxima eficacia:

(...) una *forma eficiente de subjetivación y de sometimiento*. El yo como proyecto, que cree haberse liberado de las coacciones externas y de las coerciones ajenas, se somete a coacciones internas y a coerciones propias en forma de una coacción al rendimiento y la optimización [...] La libertad del *poder hacer* genera incluso más coacciones que el disciplinario *deber* (Han, 2014, p. 11)

De esta forma "el sujeto del rendimiento, que se pretende libre, es en realidad un esclavo. Es un *esclavo absoluto*, en la medida en que sin amo alguno se explota a sí mismo de forma voluntaria" (Han, 2014, p. 12). En este contexto, además tenemos que, la biomedicina es hegemónica, en el sentido gramsciano del término, olvidando formas de resistencia y saberes profanos de los agentes subalternos. Así pues:

La hegemonía es también una política de transformación ejercitada a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción

modelante del Estado, enfocando por tanto las complicidades dialécticas entre el Estado y la intimidad de los sujetos. El Estado actúa (...) transformando el cuerpo y produciendo la idea misma de subjetividad individual. El estado actúa por lo tanto en la intimidad de los sujetos (Pizza, 2005, p. 21).

Teniendo en cuenta que estos conceptos abarcan más allá de las cuestiones que nos ocupan, vamos a intentar encontrar los paralelismos para ejemplificarlo. Cuando Pizza y Gramsci hablan de Estado, se podría substituir por instituciones sanitarias o biomedicina, ya que es esta la que actúa controlando los cuerpos y redirigiéndolos según sus criterios y paradigmas. De esta forma, se produce un fenómeno de *embodied* de los saberes hegemónicos por la población, alterando las formas de percibir y de estar en el mundo, así como las actuaciones o los *habitus* a propósito de sus malestares, conduciendo a *modos somáticos de atención* que son "modos culturalmente elaborados de prestar atención a, y con, el propio cuerpo, en entornos que incluyen la presencia corporizada de otros", incluyendo una "atención culturalmente *elaborada, a y hacia* el cuerpo en la inmediatez de un entorno *intersubjetivo*" (Csordas, 2010, p. 87-88), consiguiendo así limitar la *agency* de las personas.

Esta *agency* puede llegar a desaparecer cuando actúan acontecimientos vitales y del entorno social suficientemente relevantes como para que puedan generar una *crisis de la presencia*. De esta forma:

Todo sucede como si una presencia frágil, no asegurada, lábil, no resistiera el *shock* determinado por un particular contenido emocionante, no encontrara la energía suficiente para mantenerse presente en él, reaprehendiéndolo, reconociéndolo y dominándolo en una red de relaciones definidas. De tal manera el contenido se pierde como contenido de una conciencia presente. La presencia tiende a quedar polarizada en un cierto contenido, no se arriesga a ir más allá de éste, y por lo tanto desaparece y abdica como presencia. Se derrumba la distinción entre presencia y mundo que se hace presente (De Martino, 2004, p. 137).

Es en este momento cuando tiene lugar la *crisis*, dando lugar a una alteración de los patrones de relación previa con el mundo, del nexo entre el sujeto y la realidad objetiva y el sujeto es activado por el mundo. La magia es el horizonte que rescata

al individuo, pero lo deslocaliza, es a-histórico, reconstituye la crisis, pero no explica las causas que la han provocado.

En esta línea Romero (2013, p. 99) sostiene que "la ausencia de solidaridad social genuina trata de salvarse con atenciones individuales (pagadas) que no hacen más que poner parches, si es que no continúan, simple y llanamente, reproduciendo el problema". Así, recuperamos teóricamente a Marcel Mauss (2009 [1924], p.71), con su contribución sobre el don, como intercambio de regalos y reciprocidades entre miembros de la comunidad que tienen un "carácter voluntario, por así decirlo, en apariencia libre y gratuito y, sin embargo, forzado e interesado de esas prestaciones". Todo regalo o acción desinteresada que nos hacen o hacemos a los demás es en principio de forma altruista, pero en el fondo, "detrás de él hay obligación e interés económico". El mismo autor en *Sociología y Antropología* (Mauss, 1991 [1950], p. 262) afirma: "Las sociedades han progresado en la medida en que ellas mismas, sus subgrupos y sus individuos, han sabido estabilizar sus relaciones, dando, recibiendo y devolviendo". Pero ¿qué ocurre cuando esas reciprocidades no se ajustan a lo esperado? Nuestras sociedades neoliberales en las que prima el individualismo tienden a no devolver lo recibido, al menos en la medida en la que el donante espera que se le devuelva. Esperamos una compensación a cambio, bien sea de forma material o de cualquier otra forma que satisfaga nuestras expectativas de aquello que deberíamos recibir por lo que damos. Si éstas no se cumplen, sucede un quiebro en la reciprocidad de estos dones, generando un desequilibrio en el individuo, el cual puede llegar a desencadenar la pérdida de soportes con el mundo diluyendo su *agency*, y en último término, produciendo la *crisis*, que a su vez inicia la búsqueda de la eficacia simbólica en el fármaco proporcionado desde la biomedicina hegemónica.

De territorio y mujeres

La localidad en la que se desarrolla el estudio, Deltebre, presenta ciertas características diferenciales que hacen que los roles de género se encuentren persistentemente bajo el mandato clásico del patriarcado. Es un municipio localizado a orillas del río Ebro, en su tramo final, justo en la desembocadura. Con una extensión de 107,4 km², está compuesto por dos núcleos urbanos: La Cava, Jesús y María, y por la urbanización de Riomar (distante 8 km del núcleo urbano). En ellos habitan 11.482 personas, de las cuales 5.694 son mujeres (Institut d'Estadística de

Catalunya, 2019). Se trata de asentamientos recientes, de alrededor de unos 200 años de vida, con terrenos considerados salados y poco productivos, con enfermedades transmisibles graves antaño, tales como la malaria ocasionadas por las aguas estancadas. A todo ello se unieron desbordamientos continuos del río que amenazaron las propiedades de la zona, además de la presencia de animales y microorganismos que generaban patologías, y que ocasionaron que la vida en el Delta del Ebro no fuera nada fácil y se viese agravada por la privación de los servicios básicos (agua potable, alcantarillado, red eléctrica). Todo lo anterior, hacían de la supervivencia en esta zona una dura lucha. No fue hasta que se produjo la segregación de Tortosa en 1977 y la constitución como municipio independiente, cuando los habitantes pudieron comenzar a disfrutar de unas infraestructuras básicas.

En cuanto a la estructura social de Deltebre, Rosa Queral (2007) la describe del siguiente modo en su libro *Aigua a genolls. Les dones del Delta*:

El modelo de organización social está basado en la división del trabajo por sexos, que establece categorías de trabajo productivo versus reproductivo, ha dado preeminencia a los valores masculinos y ha dejado en un segundo término los valores femeninos. La crianza de las hijas e hijos, la atención a la gente mayor y a las personas enfermas; la higiene y el cuidado del hogar, la consecución, la preparación y la conservación de los alimentos para la subsistencia, la trasmisión del habla, de las costumbres, de los valores comunitarios, constituyen, en nuestra sociedad patriarcal, trabajos de segundo orden, subsidiarios, poco relevantes y sin reconocimiento social como acciones civilizadoras, aunque, sin ninguna duda ha permitido tener la sociedad que tenemos (Rosa Queral, 2007, p. 15).

Por todo ello, la sociedad de Deltebre y por supuesto, sus mujeres, se encuentran bajo las presiones, para con su comportamiento, de los mandatos que tradicionalmente se asignan al género femenino y al masculino, según los preceptos del patriarcado clásico.

De fármacos para las aflicciones

Las BZD son psicofármacos que actúan aumentando la acción del ácido gammaaminobutírico, principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central. Tienen indicaciones terapéuticas diversas y aunque su uso más habitual es

en el tratamiento de la ansiedad e insomnio, también se utilizan en la inducción a la anestesia, el tratamiento de las crisis comiciales, el síndrome de abstinencia alcohólico como tratamiento coadyuvante de dolor músculo esquelético entre otros (Montes, Plasencia, Amela *et al.*, 2004).

Por otro lado, sabemos que los trastornos de ansiedad representan uno de los problemas de salud mental más frecuentes entre la población general, llegando a ser, según datos de la Generalitat de Catalunya, "el segundo problema de salud que más afecta a la calidad de vida" (Departament de Salut, 2016). Así pues, en diciembre del 2015, a 84 de cada 1.000 habitantes se le había prescrito una BZP en Cataluña, representando una de las cifras más altas del mundo (Departament de Salut, 2016).

Todas las guías clínicas aconsejan no superar las cuatro semanas de tratamiento por los riesgos de dependencia, abuso y tolerancia, así como la aparición de efectos adversos. A pesar de esas recomendaciones, en nuestra práctica clínica veníamos detectando un amplio consumo por parte de la población de Deltebre, cosa que nos motivó, como profesionales sanitarias, para realizar este estudio.

El único Centro de Atención Primaria (CAP) de Deltebre atendía en 2016 a 10.247 habitantes mayores de 15 años, repartidos entre siete médicos de familia. Entre ellos, 1.654 consumían de forma crónica BZP, lo que suponía una prevalencia del 16,14%. Los resultados del análisis en función del sexo mostraron que 1.142 mujeres eran consumidoras, lo que representaba un 69% del total de los consumidores (datos facilitados por la dirección del CAP de Deltebre). Comparando estos datos con otros ámbitos se puede valorar su relevancia. Por un lado, la Encuesta Nacional sobre Drogas nos muestra un aumento creciente en el consumo crónico de BZP, es decir de más de 12 meses, pasando de un 5,1% en el 2005 a un 12,2% en el 2013, con un leve descenso posterior a un 12% en 2015 y un 11,4% en 2017, siendo la única droga de todas las testadas, en la que el consumo es mayor en las mujeres que en los hombres, representando un 63,9% del total de consumidores (Plan Nacional sobre Drogas, 2018). En cuanto al perfil del consumidor crónico de BZD en el Camp de Tarragona, Bejarano (2008) lo caracteriza como una mujer (con una prevalencia de 70,9% respecto al total de consumidores), de edad superior a 65 años (siendo el 73,4% mujeres) y de ámbito urbano (el 73% de las consumidoras), obteniendo una prevalencia global de consumo crónico de BZP del 6,9%. Por lo tanto, la prevalencia en nuestro entorno es superior a las medias nacionales y regionales manteniendo la

feminización del consumo. Ante esta situación, nos planteamos como objetivo de estudio analizar los conocimientos y las prácticas del uso de BZP entre las mujeres de Deltebre y las situaciones que llevan a los profesionales a iniciar y mantener su prescripción.

Material y Método

Estudio cualitativo de base etnográfica desarrollado en la población de Deltebre. Las dos autoras, médicos de familia de profesión, han desarrollado parte de su actividad clínica en esta área, por lo que aportan un conocimiento encarnado que se incorpora, conscientemente.

Se realizó un grupo de discusión con mujeres consumidoras (ver tabla 1) con el objetivo de explorar los conocimientos y las prácticas de estas sobre el consumo de BZP.

Código	Edad	Benzodiacepina	Inicio consumo	Características
M1	75	Deprelío	Claudicación de cuidadora principal	Casada, madre de dos hijos, con nietos y cuidadora principal de su marido con pluripatología. Jubilada, había trabajado en Francia en la vendimia como cocinera.
M2	70	Lexatin	Insomnio y síntomas secundarios a hipertensión intracraneal	Casada, madre de dos hijos, con nietos. Jubilada, trabajó en una fábrica.
M3	52	Alprazolam	Situación de enfermedad terminal en la familia	Casada, con hijos y nietos. En activo, autónoma, regenta una tienda.
M4	60	Alprazolam	Crisis de ansiedad	Casada, madre de dos hijos, con nietos. En activo, trabaja realizando labores de limpieza en el servicio municipal.

Tabla 1. Características de las participantes (mujeres consumidoras).

En la investigación se partió del supuesto teórico de que la colectividad más general, puede representarse en un subconjunto abordable cualitativamente. Por ello, la unidad básica de este estudio es el sujeto colectivo, es decir, las mujeres que participaron pueden ser representativas del conjunto social más amplio: mujeres consumidoras crónicas de BZP. Fueron convocadas 6 mujeres seleccionadas desde las consultas del CAP (ninguna de ellas conocida previamente por las autoras), a las que se les ofreció participar en el estudio.

Se desarrollaron cuatro sesiones de unas 2 horas de duración cada una, con una carencia semanal, durante el mes de septiembre del 2016. De las 6 mujeres seleccionadas, únicamente 4 acudieron a todas las sesiones, debido a una cuestión de ajuste en las agendas de las mujeres.

Las sesiones tuvieron lugar en el local de la asociación de mujeres del pueblo, en el que nos cedieron una sala. La dinámica que se siguió fue la de fomentar la libre participación con el intercambio de ideas entre las participantes. Se preguntó por los contextos que iniciaron el consumo y las sensaciones, así como, sobre los conocimientos y las prácticas a su alrededor. Se limitó el número de sesiones por llegar a la saturación informativa.

Por otro lado, se realizaron entrevistas a tres profesionales sanitarios (ver tabla 2), que ejercían en ese momento (septiembre de 2016) en el CAP de Deltebre. Se decidió entrevistar a profesionales médicos y no a profesionales de otros estamentos dado que son los únicos que tienen la capacidad prescriptora legalmente.

Código	Edad	Sexo	Características
P1	64	Hombre	Médico de familia y tutor de residentes con largo ejercicio en Deltebre.
P2	52	Mujer	Médico de familia y tutora de residentes. Autóctona de Deltebre y con largo ejercicio en el centro de salud.
P3	36	Mujer	Médico de familia. Nacida en Deltebre. Ha ejercido en varias ocasiones en el centro de salud, la última etapa de dos años de duración.

Tabla 2. Características de las participantes (profesionales sanitarios)

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en los domicilios de los participantes con un enfoque no directivo, preguntando sobre la prescripción inicial de BZP y su continuidad, así como las situaciones que pudieran estar ligadas a estas prescripciones.

Los criterios de inclusión de las mujeres consumidoras fueron los siguientes: a) mujeres con consumo crónico de BZP, es decir, de más de 12 meses seguidos, b) mayores de edad, y c) que aceptasen la participación en el grupo. Los criterios de inclusión de los profesionales de la salud fueron: d) profesionales especialistas en medicina familiar y comunitaria que ejercen su práctica profesional en el CAP de Deltebre de forma continuada. Todos ellos fueron informados de los objetivos y procedimientos del estudio y se solicitó el consentimiento informado. La participación en el estudio fue totalmente voluntaria, anónima y no supuso ninguna retribución económica.

Se realizó la transcripción de las sesiones y de las entrevistas, codificando la información para su posterior análisis. Las categorías de clasificación fueron: para el grupo de discusión con las mujeres: conocimientos sobre las BZP, práctica de consumo inicial, causas de cronificación del consumo, narrativas sobre los malestares, ideas simbólicas sobre las necesidades de consumo. Para los profesionales sanitarios las categorías fueron: conocimientos sobre las demandas de BZP por parte de los usuarios, prácticas sobre las prescripciones de BZP, tanto iniciales como crónicas, causas de la prescripción continuada de BZP. Se analizaron las narrativas en base a las codificaciones para la obtención de resultados.

Resultados

Del análisis de las narrativas de las mujeres pudimos extraer que, todas ellas estaban casadas con hijos y nietos, y sus edades oscilaban entre los 53 y los 75 años. Manifestaban ocuparse de las tareas socialmente asignadas a su rol de género, específicamente a trabajos domésticos, el cuidado de todos los miembros de la familia (pareja, hijos, padres, nietos...), además de trabajos remunerados en el mercado laboral, en el pasado o actualmente, según su estatus laboral (en activo o jubiladas). En conjunto sienten que se encuentran en un estado *liminal* (Stoller, 2009), entre

todos los miembros de la familia, entre las diferentes generaciones y los diferentes roles familiares, justificándolos a todos y sirviéndolos, expresando que se encuentran atrapadas entre sus responsabilidades, autoimpuestas por las presiones sociales y sus necesidades ante las cuales manifiestan que *nadie* las tiene en cuenta: “callo y perdono para no perderlos” (M1) (refiriéndose a los hijos y los nietos. La narrativa 1 ejemplifica este hecho). Se convierten en *esclavas absolutas* realizando actividades múltiples para otros miembros de la familia sin que exista demanda previa por parte de estos, pero sí un acomodamiento a su ejecución, considerándolas como parte de las obligaciones de la mujer. Así pues, las esclaviza y las obliga a reproducirlo para evitar conflictos interfamiliares posteriores. Una de las mujeres explicando que el fin de semana anterior se había celebrado en su casa el bautizo de la nieta, organizado por el hijo y la nuera, los cuales no habían invitado a la comida a sus padres y suegros:

Narrativa 1: “Parece que quieras que no gasten, bueno, si lo tengo yo pues no hace falta, la preocupación de siempre. Me sabe mal por los yayos, y yo sin decir nada, porque no tengo nada que decir yo. Yo no mando, mandan mis hijos, [...] yo ya sabía que nos tocaría ayudar. [...] Que las he pagado yo, porque no quería que ellos compraran más bolsitas de lo debido... hoy he ido donde mi suegra y no sabía cómo decirlo para decir perdón. Yo he sufrido porque se hacía en mi casa... Tenía que dar una explicación creía yo, isin ser culpable! Pero me siento culpable, a mediodía he ido donde mi madre, no he podido hablar porque había gente de fuera, pero me tocará volver a dar una explicación. Tengo una preocupación, me siento culpable, pero lo han decidido ellos, yo...esto me lo cargo yo y no es culpa mía” (Informante M4).

“Seguro que tú la has tenido [la culpa] y tu marido no” (Informante M1).

“¡No, él no! [...] He tenido una preocupación que no me hubiera hecho falta, ahora yo, hoy estoy agotada, me duele todo. Y ¿qué tengo que hacer?, ¿qué puedo hacer?” (Informante M4)

Todas las informantes narran acontecimientos pasados en sus contextos sociales y familiares que han podido superar con éxito por ellas mismas, sin sentir la necesidad de precisar ningún fármaco. Pero en todas ellas hay un momento concreto, que se percibe como disruptivo, el cual rompe con el equilibrio y que genera una

desafiliación, llevando a ese episodio que les produce la ruptura y descuelgue de sus soportes, momento en el que el mundo empieza a actuar sobre ellas y el *self* se vuelve frágil. Ocurre la *crisis de la presencia* y es el momento en el que se acercan a la biomedicina, la cual responde con la *pastilla mágica* (ver narrativa 2), para que las devuelva a su estado inicial, que les haga recuperar la *agency* y que el mundo deje de actuar en ellas para volver a actuar ellas sobre el mundo. Pero como ocurre con la magia, las BZP no regeneran las causas, no retornan la reciprocidad perdida y por tanto, el equilibrio no puede suceder, quedando ligadas de forma crónica en el tiempo a la pastilla, a la cual mitifican y otorgan un poder simbólico de estabilidad y bienestar: “sé que lo necesito” (M2), “me hace falta la pastilla” (M3), “no me las puedo sacar” (M4), “las tengo que ver allí” (M1).

Narrativa 2: “El día que fui al médico de cabecera por el tema de las pastillas pues me... así, de repente porque al no dormir yo veía que aquello era mucho, fue pensamiento de decir: al médico. Pero yo también he visto que el médico de cabecera cuando vas eh... puede ser porque vamos cuando estamos un poquito más mal, lo que hace es esto, ¿ah? Te receta esto, porque tú comienzas diciendo que te duele la cabeza que ya hace tiempo que ya estás mal y yo he visto el caso este de que te dice: pues te haré unas pastillitas para ver si esto te alivia, esto lo he visto que es lo que el médico...en mi caso no, ¡eh! En mi caso fui yo que le dije: me tienes que hacer algo porque si no esto no lo aguantaré” (Informante M3).

Por otro lado, sucede una incorporación y asimilación de la enfermedad como alguna cosa propia, que produce un efecto patologizante. El síntoma (la ansiedad, los nervios), acaba siendo una identidad totalizante, completamente asumida por la mujer, por lo que existe la creencia firme en la necesidad del fármaco de forma indefinida: “lo necesito, es así, no puedo hacer más, soy nerviosa” (M4). Una autopercepción del *self* objetivado que se cosifica, se siente y se piensa alrededor de la enfermedad (ver narrativa 3), siendo el sujeto subjetivado por las condiciones de su existencia: el mundo en el ser, creando una corporeización del mundo, un *embodiment* de esta condición.

Narrativa 3: “pues me dio el alprazolam y así he estado todos los años, subiendo. Empecé por 25, 50, una y media, volvía a una... y dijo ¡de por vida!, pues de por vida, ¡yo que sé!... yo ya tenía, se ve, que la ansiedad, estaba

toda..., yo estaba muy mala, debía tener ansiedad o depresión, ¡qué sé yo! no lo sé..." (Informante M4).

Así pues, se produce una normalización de la neurosis, cuando quieren expresar sus malestares, sus maridos les dicen: "*no lo pienses*", "*no hagas caso*", cosa que anula cualquier posibilidad de recuperación. En este sentido Good (2003, p. 223) afirma: "cuando el resultado imaginado de la historia no logra materializarse, cuando el sufrimiento no se alivia, tampoco el relato adquiere autoridad, y el yo se ve amenazado de disolución". Esta desafiliación y pérdida de vínculos, de espacios para expresar y narrar sus malestares y sufrimientos, promueve y perpetúa el consumo de BZP como una forma de sustitución para evitar *la destrucción del mundo vital*. En esta línea, las informantes pusieron de manifiesto la falta de espacios donde poder expresar sus malestares, y abocar sus narrativas de sufrimiento: "*si pudiéramos substituir las pastillas por autocares sería ideal*" (M3), "*si hubiera más actividades no tomaríamos tanta pastilla*" (M4).

Narrativa 4: "¡Au Enrique que me voy! ¡Me ha llamado la nuera que pasa tu hijo a buscarme! Fuimos a Inglaterra, pasamos 5 días, para mí fueron bonitos, vimos un montón de paisajes, un montón de pueblecitos, pasamos el estrecho en el barco y a la venida pasamos bajo el mar, aunque lo cogimos de noche, pero tuve gusto, ¡ay cuando llegué a casa!, que ruc⁵ llevaba mi marido y que enfadado que estaba...es que tú eres una rondacalles, ¡una rondacalles que siempre estoy en casa con él!,... en total que no he podido hacerme más la maleta para irme con mi hijo" (Informante M1).

"A mí la natación me iba muy bien, yo era la natación, la relajación total, estaba perfecta" (Informante M4).

"Yo encuentro que venimos todas a tener el mismo problema, para ir a bailar necesitas tener pareja, y mi marido no es de ir a bailar....la mayoría de veces la mujer tiene eso al lado que, o la anima mucho y te va muy bien o, la mayoría de veces, encuentro que no te anima a ti ya, te baja la autoestima, porque te la hacen bajar muchas veces, tú ya te sientes mal porque querrías hacer todo lo que pudieras y más y no lo puedes llegar a hacer y, encima ellos te dicen

⁵ Expresión local para referir que una persona está enfadada.

que no podrás hacer eso, no podrás hacer aquello, no es ruin y por eso no voy a bailar yo, y a mí me encanta! yo soy mucho de salir y él no me acompaña!”
(Informante M3)

También, como hemos apuntado anteriormente, la propia reinterpretación de la sintomatología por ellas mismas, su entorno y los profesionales, podría conducir a un proceso de biomedicalización del cuadro y, por tanto, contribuir a la cronificación del mismo, a la vez que no se aportan alternativas en las opciones terapéuticas ni otros tipos de soportes.

Por otro lado, analizando las entrevistas a los profesionales podemos observar que, aunque hay un reconocimiento a los factores psicosociales como desencadenantes y perpetuadores de la sintomatología, no existe ninguna actuación en este sentido para su modificación. Así, la prescripción inicial de BZP se realiza por razones muy normativas y protocolarias: elevada sintomatología ansiosa, para tratar insomnio... En cambio, la continuación en la prescripción tiene tres elementos claves. En primer lugar, las prescripciones generadas por otros profesionales, especialistas o de la actividad privada.

Narrativa 5: “Es muy importante la relación médico-paciente en el momento que se plantea la retirada, y la confianza del paciente con el médico, y también es importante quién ha hecho la primera prescripción, y qué es lo que se le explicó al paciente sobre la medicación. En este punto, también se tiene que hacer énfasis, en que el momento en que se prescribieron las BZP, el paciente estaba pasando un muy mal momento, y el miedo de volver a empeorar hace que a veces no quieran o no acepten hacer la retirada (...) es mejor no iniciar si no es estrictamente necesario, por la dependencia y la dificultad de la retirada. Por eso es importante que los profesionales estén concienciados en este sentido, i y no sólo los médicos de primaria, sino también los psiquiatras, que nunca hacen retirada, sólo hacen prescripción! (muy a menudo tienes que perpetuar la prescripción que ha hecho otro profesional). Siempre tenemos que tener presente que a este paciente le ha prescrito algún profesional, si no, no la tomaría esta medicación. Puede ser que si se explicara después como de difícil será sacarla, muchos no aceptarían tomarla” (Informante P3).

En segundo lugar, la creencia en un determinismo neurobiológico:

“Es como un gradiente, como una estrella, lo normal es estar en el medio, pero hay gente que está más en las puntas, entonces tienen más riesgo, y esto es así, no lo puedes cambiar por mucho que hagas y esta gente necesita medicación siempre, para no caer (Informante P2).

En tercer lugar, una elevada presión asistencial en las consultas del médico de Atención Primaria que genera una falta de tiempo y espacio para la expresión de los malestares, perpetuando tanto la patologización, como la falta de reciprocidad:

Narrativa 6: “También hay que decir que *la presión asistencial hace que sea una manera fácil de acabar la visita* y en mayor brevedad: “si no puede dormir tome esta pastilla 30 minutos antes de irse a dormir”, siempre es más fácil que explicar qué ha de evitar, averiguar qué le ha podido causar esta situación, qué otras opciones tienen, etc. Como tú ya conoces, en Deltebre, tenemos mucha presión asistencial. Tampoco se debería iniciar un tratamiento así en una visita urgente de un paciente al que no vas a hacer seguimiento” (Informante P3).

Otra cuestión que surgió en el grupo de discusión, fueron los comentarios de las mujeres respecto a que eran los médicos prescriptores quienes explicitaban que la toma de BZP tenía que ser crónica e indefinida en el tiempo: “el médico me dijo: esto es para toda la vida” (Informante M4), pero cuando preguntamos a los profesionales por esta cuestión, no reconocían este tipo de aseveraciones. En la narrativa 7 se observa la discordancia entre las experiencias de las mujeres y la opinión de los profesionales, al preguntar sobre si los profesionales les habían dicho a las mujeres que era un tratamiento para siempre.

Narrativa 7: “Yo nunca diría eso a un paciente. Pienso que siempre se puede intentar la retirada, siempre que el paciente también lo quiera y esté dispuesto. Se tiene que explicar que es costoso pero que se puede conseguir, con los beneficios que le puede reportar la retirada. Es un poco triste, pero a veces el poco tiempo del que disponemos por visita te hace que no te lo plantees. Sí que lo propongo casi sistemáticamente en la población mayor de 65 años” (Informante P2).

En oposición a lo expresado por los profesionales

“Yo lo tomo desde hace ya muchos años (el Lexatin©) y el médico me dijo: ¡esto lo tienes que tomar de por vida! Pero no me gusta como medicamento y

se lo dije al doctor de cabecera y me dijo: es que si lo dejas no podrás estar, estarás nerviosísima, pero yo sin decir nada a nadie, a veces lo dejo una temporada y estoy bien. Me lo tomo porque sé que lo necesito, estoy mejor, duermo mejor, pero que, si tuviera que escoger pastillas, paso, ieh! Sí, es que me atonta, me atonta demasiado, me duerme de seguida, pero rápido, ieh! A los 10 min ya estoy durmiendo como un tronco...yo se lo digo a la doctora y me dice: ino me lo digas más! tienes que tomarlas, tienes que tomarlas, iya!, o sea que toda la vida estaré con el Lexatin©. Lo tengo recetado de 6 pero, a base de insistir, insistir...pero de aquí no pasa, uno y medio siempre” (Informante M2).

Las posiciones de certeza en las cuales se encuentran los médicos hacen que no permitan las relaciones horizontales, a pesar de que se tenga la creencia de que son así:

Narrativa 8: “En cuanto a la autoridad, nosotros, como médicos cada vez estamos más a la altura de ellos, como un equipo, yo pienso que no hay esta distancia y tenemos un nivel de comunicación con la gente en todas las consultas, es bastante llano con la gente, hemos ido bajando, pues eso, la figura autoritaria ha pasado ya a la historia.... Lo que sí que nos cuesta es lo de negociar, esto nos falta más aprendizaje e implica un poquito más de tiempo. Claro, es más fácil: tómeselo esto, esto durante este tiempo y no esperar la reacción de ellos a ver qué cara ponen, ¿no? y si aceptan o no y... Por eso (BZP) y para todos los tratamientos (...). Intento poner tolerancia, entender y tener buena relación con las personas, tengo... tengo, varias personas que toman BZP y en estas personas lo que hago es mantener, que no me aumenten el consumo, porque pienso: si no aumentan el consumo ya hago ya...” (Informante P1).

No existe un reconocimiento de los saberes de las mujeres y se hace una apropiación por parte del profesional de la otra persona, colocándola en una posición de subordinación (“que no me aumenten el consumo”), todo ello sin que el propio profesional sea realmente consciente de ello (ver la narrativa 8). A este fenómeno lo hemos llamado *paternalismo light*, ya que persiste en el imaginario de los individuos un efecto de eficacia simbólica de la figura del médico que lo coloca en una posición jerárquica, aunque no sea expresamente buscada y de la cual no son conscientes qué está operando y mediando en la relación médico-paciente.

Discusión

Según Han (2015), las exigencias autoimpuestas en la nueva sociedad del rendimiento nos llevan a encontrarnos bajo el control de nuestras propias psiques, dominadas por el sistema, el mercado, el neocapitalismo y la sociedad de consumo.

El sujeto del rendimiento se encuentra en guerra consigo mismo, y el depresivo es el inválido de esta guerra interiorizada. La depresión es la enfermedad de una sociedad que sufre bajo el exceso de positividad. Refleja aquella humanidad que dirige la guerra contra ella misma (Han, 2015, p. 26).

Cuando nuestros deseos y nuestras capacidades se ven sobrepasadas por las exigencias requeridas, se produce un desmoronamiento de las sujeciones al mundo, la *crisis de la presencia*, que nos hace buscar sustitutos en la biomedicina:

[que] formula la enfermedad desde una perspectiva materialista e individualizadora. La enfermedad reside en el cuerpo del individuo, y el objetivo del tratamiento es entender los fenómenos superficiales con referencia a un orden ontológico más profundo, vincular los síntomas y los signos con una estructura o funcionamiento fisiológico y adoptar medidas a ese nivel (Byron Good, 2003, p. 161).

Así pues, se inician los consumos de BZP. Pero estos no producen una restitución de las reciprocidades, no existen cambios en ninguna de las esferas del individuo, excepto en el propio cuerpo que incorpora la crisis, naturalizando la sintomatología aparecida, cosificando la enfermedad, lo que conlleva una cronificación del consumo de estos fármacos. Esto unido a una idea del «*self* como un acontecimiento y la sociedad y la cultura como realidades estructurantes, las neuronarrativas transforman la cerebralidad en estructura y reducen el mundo social a mero acontecimiento» (Martínez-Hernández, 2016, p. 5), sobre todo por parte de los profesionales. “De esta forma se produce una negación del mundo social (...), y se privilegia la idea que el secreto está en el interior” (Martínez-Hernández, 2016, p. 5). Por otro lado, la sobresaturación de las consultas en Atención Primaria y la elevada presión asistencial que soportan los médicos, llevan a perpetuar los tratamientos en una forma rápida y sencilla de resolver las consultas, sin profundizar en los malestares y las aflicciones, contribuyendo así a la desnarrativización y a la no restitución de la *crisis*.

La vida en sociedad nos ofrece la existencia de horizontes compartidos, pero la atención casi en exclusividad a lo biológico por parte de la biomedicina, la entrada del neocapitalismo y el exceso de individualidad en nuestro entorno, lleva a perpetuar los estados de crisis, disminuyendo la capacidad de decisión de los sujetos, sometidos por los poderes hegemónicos y sus dispositivos, alienados y condenados a reducir la existencia a la enfermedad y a vivir ligados a sustituir esa agencia, mediante la cosificación de sus malestares y la toma de fármacos que restituyan las uniones de soporte con el mundo y su presencia.

A pesar de que no se reflejaron explícitamente en las entrevistas, podríamos pensar que existen más cuestiones que se ponen en juego y otros factores a tener en cuenta para la perpetuación de la prescripción de BZP, tales como: la falta de formación en este tipo de cuestiones por parte de los profesionales, las presiones por parte de los pacientes, cierta impotencia para actuar sobre factores psicosociales que se pueden percibir como ajenos a la práctica médica, las jerarquías dentro de la profesión, diferentes visiones sociales en prestigio y legitimidad entre diferentes especialidades médicas y diferentes ámbitos de actuación (público, privado etc.).

Somos conscientes de la complejidad de la cuestión señalada y de que, con toda seguridad, existen una multiplicidad de factores que han quedado intuidos, pero no profundizados. Esta investigación es preliminar e inicia una línea teórica, la cual debe ser corroborada, ahondada y matizada en el trascurso de nuevas investigaciones.

Conclusión

Nuestros resultados ofrecen nuevas oportunidades en el abordaje de los tratamientos con BZP desde la atención primaria de salud, mediante la incorporación de una perspectiva etnográfica, que nos permite llegar a un conocimiento más profundo del problema y conseguir así, diseñar estrategias de deshabituación que incluyan a las mujeres, a sus saberes y que permita espacios para la reconstrucción del *self* y la restitución de las reciprocidades que conlleve una verdadera superación de la *crisis de la presencia* y al abandono del fármaco.

Los conocimientos aportados por las mujeres apuntan a futuras actuaciones y líneas de investigación, con la generación de espacios de expresión y narrativización

compartiendo sus experiencias y saberes, llevando a la deshabitación de las BZP. "Si hubiera más autobuses, tomaríamos menos pastillas"⁶.

En conclusión, como nos dice Good: "la integración de la experiencia humana en los relatos de la enfermedad constituye, por lo tanto, un constante reto para el discurso médico y para los debates sobre la conveniente política médica". Pensamos que una aproximación interdisciplinar de los malestares puede minimizar la iatrogenia y empoderar a las mujeres, consiguiendo un mejor estado de salud (Good, 2003, p.217).

Bibliografía

Bejarano Romero, F., Piñol Moreso, J. L., Mora Gilabert, N., Claver Luque, P., Brull López, N., & Basora Gallisa, J. (2008). Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Atención Primaria*, 40(12), 617–621.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.1116>

Institut d'Estadística de Catalunya (10 octubre 2016). Idescat.cat. Extraído de <http://www.idescat.cat>

Csordas, T. J. (2010). «Modos somáticos de atención». En Citro, S (coord.) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos (pp. 83-104)*. Buenos Aires: Biblos.

Departament de Salut. (2016). *Tractament prolongat amb benzodiazepines en persones adultes amb trastorns d'ansietat*. Extraído de <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2690?locale-attribute=es>

De Martino, E. (2004). *El mundo mágico*. Buenos Aires: Libros de la Araucaria.

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

Good, B. J., (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Pozanco, Víctor, (trad.) Barcelona: Edicions Bellaterra.

⁶ Cita de M3 haciendo referencia a los autobuses como actividades sociales de ocio en las que compartir sus experiencias con otras mujeres.

- Han, B. (2014). *Psicopolítica*. A. Bergés (trad.) Barcelona: Heder Editorial.
- Han, B. (2015). *La societat del cansament*. J. Rosique Piqué (trad.) Barcelona: Herder Editorial.
- Heynick, F. (2009). «The original 'magic bullet' is 100 years old – extra». *The British Journal of Psychiatry* 195 (5), 456. DOI:10.1192/bjp.195.5.456.
- Kleinman, A. M. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Lévi-Strauss, Claude (2011 [1958]). *Antropología estructural*. E. Verón (trad.) Barcelona: Espasa Libros.
- Martínez-Hernández, A. (2016). «El secreto está en mi interior». La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos. En Comelles, Perdigüero (Coord.) , *Educación, promoción de la salud y comunicación. Perspectivas desde la historia y las ciencias sociales* (pp. 305-320). Tarragona: Publicaciones URV.
- Mauss, M. (1991 [1950]). *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.
- Mauss, M. (2009 [1924]). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. En Katz Editores (Ed.), *Biblioteca popular*. Buenos Aires: Altuna.
- Montes Gómez, E., Plasencia Núñez, M., Amela Peris, R., Pérez Mendoza, M., Bañón Moron, N., Lobato González, J., & Sánchez Padilla, J. A. (2004). Uso adecuado de Benzodiazepinas en insomnio y ansiedad. *BOLCAN Boletín Canario de Uso Racional Del Medicamento Del* , 6(1), 1–8.
- Navarro, V. (1978). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Critica D.L.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15–32. Extraído de <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110015A>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España*. Extraído de

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

- Queral Casanova, R. (2007). *Aigua a genolls. Les dones del Delta*. Barcelona:Escua.
- Romero Noguera, P. (2013). Tiquun en el sur de Italia : magia, "crisis de la presencia" y crítica del sujeto clásico. *Estudios*, 3(3), 94–106. Extraído de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4712097>
- Scheper-Huges, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Mikel Ambaburu (trad.). Barcelona: Ariel
- Stoller, P. (2009). *The Power of the Between. An Anthropological Odyssey. The power of the abstract*. Chicago: The University of Chicago.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sicknes. *Ann. Rev. Anthropol.*, 11:257-285 <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>