

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE



TESIS DOCTORAL

***UNA ADICCIÓN INVISIBLE: PRÁCTICA DE PRESCRIPCIÓN Y
REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CONSUMO DE
BENZODIACEPINAS DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO***

Presentada por:

D. Víctor Rodríguez Sánchez

Dirigida por:

Dra. D^a. Anastasia Téllez Infantes

Dra. D^a. Sofía López Roig

Elche, Junio de 2017

*“If the doors of perception were cleansed
Everything would appear to man as it is:
Infinite”.*

William Blake



AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral ha supuesto para mí un largo camino de aprendizaje, como todo camino que se inicia en el conocimiento ha requerido de mi parte grandes dosis de disciplina y perseverancia, pero debido a mi sensibilidad por esta temática y al afán investigador que me mueve a descubrir “la verdad” detrás de los hechos, puedo asegurar que el esfuerzo ha resultado ser muy enriquecedor.

Este apartado lo considero un espacio para reconocer a todas aquellas personas que han contribuido a que esta tesis doctoral hoy sea una realidad.

Respetando el orden cronológico de los hechos, quiero agradecer a mis directoras por darme el empujón necesario para emprender un proyecto de estas dimensiones. Su vitalidad me ha sido de gran ayuda para avanzar ante las dificultades que he ido encontrando en este camino. Ha sido un privilegio para mí haber sido guiado por ellas. Ellas han hecho posible que este trabajo adquiriera un orden sistemático y una mejor comprensión para el lector.

Gracias a los médicos trabajadores del CESFAM de Machalí por su disposición abierta y entregada, por abrirme las puertas de sus espacios de trabajo y confiar en que esta investigación pudiera contribuir a mejorar todo el proceso de prescripción.

Agradezco a toda mi familia, que se ha volcado para que esta tesis saliera adelante, a mis padres y abuelos que me habeis apoyado en todo lo que habeis podido y habeis creído sin cuestionamientos en la utilidad de este enorme proyecto. Agradezco a mi hermana, que al haber pasado por este proceso, ha sido para mí una ayuda fundamental en todo momento. Carla, es una suerte tenerte como hermana.

Agradezco especialmente a mi esposa Paulina y a mi hijo Miguel, que se embarcaron en este viaje a mi lado, por los sacrificios y las distancias que hemos tenido que cubrir. Que han hecho que hoy pueda valorar realmente el resultado de esta tesis.

Por último, no puedo olvidarme de todas las mujeres a las que he entrevistado, atendido o conocido durante este recorrido, sus historias me conmovieron y hasta el día de hoy, me han impulsado a plasmar en este trabajo sus realidades invisibles. Gracias a todas las mujeres presentes en mi vida, porque a través de ellas aprendo a ser mejor hombre cada día.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. ESTADO DE LA CUESTIÓN	9
1.1. La práctica de prescripción y el consumo de BZD	11
1.1.1. Uso clínico de las BZD	11
1.1.2. Criterios de recomendación del uso racional de BZD en Chile	13
1.1.3. Datos sobre prevalencia en el uso de BZD en el mundo.....	14
1.1.4. Estudios sobre prevalencia del uso de BZD en España.....	15
1.1.5. Estudios sobre prevalencia del uso de BZD en Chile.....	16
1.1.6. Estudios cualitativos sobre el proceso de prescripción en atención primaria	17
1.2. El contexto de preinscripción de BZD	20
1.2.1. La práctica de prescripción como “habitus” de la psiquiatría	20
1.2.2. Aportes desde la antropología médica: los modelos de atención a los padecimientos y los procesos de medicalización	22
1.2.3. El sistema de atención primaria de salud en Chile	27
1.2.4. El contexto sociocultural de Machalí	32
1.2.5. Identidad socioprofesional y relaciones de género en El Teniente	39
1.2.6. El CESFAM de Machalí	47
1.3. El consumo dependiente de BZD	51
1.3.1. Estudios sobre efectos secundarios del consumo de BZD	51
1.3.2. Estudios sobre dependencia a las BZD	52

1.3.3. Aportes desde el construccionismo social: condiciones de vida en la postmodernidad y consumo de psicofármacos	56
1.4. Representaciones sociales del consumo de BZD	60
1.4.1. La teoría de las representaciones sociales de Moscovici	60
1.4.2. Estudios sobre representaciones sociales del consumo de drogas y psicofármacos	63
1.5. Perspectiva de género del consumo de BZD	65
1.5.1. Género, demanda de roles y condiciones de vida	65
1.5.2. Estudios sobre consumo de psicofármacos en mujeres	74
II. PARTE EMPÍRICA	83
2.1. Objetivos	85
2.1.1. Objetivo general	85
2.1.2. Objetivos específicos	86
2.2. Método	88
2.2.1. Diseño y procedimiento	88
2.2.2. Estudio 1. Análisis de la práctica de prescripción de BZD	92
2.2.3. Estudio 2. Descripción de las representaciones sociales del consumo de BZD	95
2.2.4. Estudio 3. Exploración de las condiciones de vida y demanda de roles de mujeres consumidoras de BZD	97
2.3. Resultados	103
2.3.1. Estudio 1	103
2.3.2. Estudio 2	124
2.3.3. Estudio 3	148
2.4. Discusión	163
2.4.1. Estudio 1	163

2.4.2. Estudio 2.....	171
2.4.3. Estudio 3.....	178
2.4.4. Discusión integradora de los tres estudios.....	184
2.5. Conclusiones finales.....	189
III. BIBLIOGRAFÍA.....	191
ANEXOS.....	205
ANEXO I. DOCUMENTO DE SOLICITUD DE COLABORACIÓN DIRIGIDO A PROFESIONALES MÉDICOS.....	207
ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A MÉDICOS PRESCRIPTORES.....	209
ANEXO III. PAUTA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL A LOS/AS MÉDICOS/AS PRESCRIPTORES.....	210
ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A MUJERES USUARIAS DEL CESFAM DE MACHALÍ.....	212
ANEXO V. ENTREVISTAS GRUPALES SOBRE REPRESENTACIONES SOCIALES A USUARIAS DEL CESFAM DE MACHALÍ.....	213
ANEXO VI. TABLA DE REFERENCIA DE LA BASE DE DATOS DEL CESFAM DE MACHALÍ.....	215

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de las BZD prescritas en el CESFAM según su semivida de eliminación plasmática	12
Tabla 2. Factores para desarrollar dependencia a las BZD	54
Tabla 3. Resumen del método utilizado para cada estudio	91
Tabla 4. Características de los/las médicos/as participantes en este estudio	94
Tabla 5. Observaciones y comentarios sobre los/as médicos/as participantes en este estudio	94
Tabla 6. Muestra de 6 mujeres según estrato socioeconómico de pertenencia	99
Tabla 7. Muestra de las 6 mujeres entrevistadas según características familiares y culturales	100
Tabla 8. Características de los informantes claves	102
Tabla 9. Distribución de la prescripción de BZD según diagnóstico y sexo	105
Tabla 10. (I/II) Categorías de respuesta y frecuencia de los 6 médicos generales	110
Tabla 11. Información sobre las BZD	124
Tabla 12. Actitud hacia el consumo de BZD	130
Tabla 13. Análisis temático campo representacional del consumo de BZD	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura molecular del Diazepam.....	11
Figura 2. Modelo explicativo del proceso de prescripción de BZD basado en meta-análisis	19
Figura 3. Mapa base de la comuna de Machalí	33
Figura 4. Jerarquía del campo representacional del consumo de BZD	147
Figura 5. Relación entre el núcleo figurativo y el sistema periférico de los significados otorgados al consumo de BZD	148

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Fotografía 1. Ayuntamiento de Machalí en Plaza de Armas.....	35
Fotografía 2. Alcalde ofreciendo una rosa en la celebración del día Internacional de la Mujer	36
Fotografía 3. Baile tradicional de cueca en la Iglesia de Machalí.....	37
Fotografía 4. Vecinos de Machalí organizan rechazo a planta de arsénico de Codelco	38
Fotografía 5. Mineros trabajando en El Teniente	40
Fotografía 6. Resquiso de alcohol en la mina El Teniente.....	41
Fotografía 7. Mineros volviendo de sus trabajos	45
Fotografía 8. Llegada del ferrocarril a Rancagua	47
Fotografía 9. Exterior del CESFAM de Machalí.....	49

Fotografía 10. Interior del CESFAM de Machalí	49
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Consumo de comprimidos por tipo de BZD entre el 2010 y el 2014	103
Gráfico 2. Diagnósticos de prescripción de Clonazepam 0,5 mg según sexo	106
Gráfico 3. Diagnósticos de prescripción de Alprazolam según sexo ..	106
Gráfico 4. Diagnóstico de prescripción de Diazepam según sexo	107
Gráfico 5. Distribución acumulada de prescripciones por tramo de edad en %.....	108
Gráfico 6. Distribución de diagnósticos por tramo de edad en %.....	108



INTRODUCCIÓN



“Sé muy bien que el lorazepam en dosis masivas puede causar la muerte. Conozco el caso de la niña Asunta, anestesiada, semimuerta, por la versión lujosa, la máscara no genérica del medicamento: Orfidal. El asesinato espectacular de la crónica de sucesos necesita de una marca. La crónica de sucesos actúa a menudo como una pastillita. Yo escucho “Orfidal” y veo orquídeas negras y blancas, orquidal, orquitis, testículos abultados, proteína pura, yema, un orfeón de xilófonos; cuando escucho “Orfidal”, veo a Orfeo que rescata a Eurídice del infierno, la primavera para siempre secuestrada y, por fin, Morfeo que nos acoge en su regazo y nos acuna mientras a los pacientes se nos cae un hilillo de baba entre las comisuras. No dormir es mortífero y que las brujas te den una manzana envenenada también. La madrastra inyecta una dosis masiva de Orfidal en una manzana roja. Asunta se la come y se desmadeja su pequeño y fibroso cuerpo chino superdotado. Sus ganas de vivir en cada movimiento. Todas sus sinapsis cerebrales que se mantienen encendidas incluso de madrugada y no le dejan dormir por un exceso de vatios y de incandescencia. Sé que consumo una medicina que puede matar. No me disgusta la idea de dominar estos pesos y estas medidas. (...) La médica nos quita el miedo a muchas mujeres. A cada vez más mujeres. Y hombres, también. Cada vez más gente se muerde las uñas y cena yogures. Y se asfixia porque tiene mucho trabajo. O ninguno. Nunca tomo los tres lorazepanes que la médica me prescribe. Solo uno por la noche para poder dormir. Al principio duermo y sufro extrañas pesadillas. Orquídeas negras y blancas. Mosquitos que flotan sobre la superficie del agua contenida en un tonel. Al principio duermo, pero enseguida me acostumbro. Lo sigo tomando porque creo que, si lo dejara, sería peor. A veces pienso que el efecto del lorazepam me emborriona los días. Como el aceite que impregna poco a poco un papel absorbente. Como la tinta que tiñe poco a poco un barril de agua”¹

¹Marta Sanz (2017). Confidencias. Relato “Mi vida con el lorazepam”. <http://elpaissemanal.elpais.com/confidencias/mi-vida-con-el-lorazepam/>

A partir de nuestra experiencia en distintas comunidades terapéuticas de Chile, surgen los cuestionamientos y reflexiones que dieron origen a esta tesis. Hemos tenido la oportunidad de acompañar los procesos de sanación de numerosas mujeres y nos sentimos muy agradecidos por ello. Hemos sido testigos de sus difíciles condiciones de vida y de la desigualdad de género que las oprime y las obliga a sobreadaptarse. Hemos sido testigos de sus anhelos por una vida mejor, más digna, de sus silencios e incomprensiones.

Y entre estos rostros, estas historias de vida, una especialmente se nos quedó grabada; se trataba de una mujer con problemas de alcohol, que consumía grandes dosis de Clonazepam bajo prescripción médica y se quedaba dormida en nuestros talleres. A partir de ese momento, surgieron algunos cuestionamientos. ¿Por qué la dependencia a las Benzodiacepinas (BZD) no posee el estigma social de las drogas ilegales? ¿Nadie parece darse cuenta de esta adicción?

Esto supuso nuestro primer contacto clínico con las BZD, ella las había consumido durante más de 20 años, las conseguía de forma ilegal de una farmacia privada y las tomaba en altas dosis varias veces al día. Ella trabajaba y cumplía perfectamente con sus roles de ama de casa, madre y esposa, pero interiormente estaba vacía, muerta en vida.

Nos hemos topado a lo largo de nuestra experiencia clínica con que los efectos adversos de las BZD son una realidad escasamente comentada y tenida en cuenta en la práctica médica. Son frecuentemente prescritas y consumidas por períodos superiores a los recomendados. Se trata de una adicción invisible: los médicos/as culpan a sus pacientes por volverse adictos, los pacientes a los médicos/as por no informarles adecuadamente de los riesgos potenciales, pero ¿quién se hace cargo del problema?

Desde ese lugar concreto nace este estudio, pretende ser un aporte para entender mejor el fenómeno de prescripción y consumo de BZD de miles de mujeres en todo el mundo.

El uso de psicofármacos se ha convertido en la práctica asistencial más importante en salud mental, siendo ampliamente utilizados en todos los servicios y configurándose como el elemento tecnológico central de intervención de los diversos malestares. La centralidad de la prescripción farmacológica se puede observar en las altas tasas de prescripción y consumo de psicofármacos que se dan principalmente en los países desarrollados.

En Chile, la automedicación y el abuso y dependencia de las BZD se identificaron como un problema de salud pública desde la década de los 80 del siglo XX, cuando se detectaron prevalencias alarmantes del consumo de estas sustancias. Datos de esta índole condujeron a instaurar políticas para el control de la venta de BZD. A partir de 1995, comienza el control de su expendio bajo receta médica fiscalizada en todas las farmacias del territorio nacional. Sin embargo, en Chile, los estudios publicados (Galleguillos, 2003, Servicio Nacional de Drogas y Alcohol, 2015) indican que a pesar de estas regulaciones, la prescripción y el consumo de BZD a largo plazo se han seguido manteniendo altos, cuestionando el impacto de la eficacia de la receta retenida

Si una revisión detallada de la literatura científica acerca del consumo de BZD ha concluido que estos psicofármacos tienen un riesgo injustificado para la salud pública y personal, si el costo socioeconómico derivado de la continua expansión de su prescripción es alto. ¿Cómo es posible que todavía sean extensamente recetadas?

Consideramos que el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Machalí representa el espacio ideal para los fines de la investigación que hemos realizado. La preocupación desde la dirección del servicio de salud por las altas cifras de prescripción encontradas en los últimos años

facilitó el desarrollo de este estudio. Además, se trata de un centro de salud con baja población muestral y fácil acceso para ser abordado en profundidad.

Es necesario destacar en este punto, que los sistemas de actuación propios de la práctica médica y generadores de la prescripción de BZD tienen base en el contexto histórico y cultural que ha influenciado las formas de comprender la salud, y con ello, los comportamientos, pensamientos y modelos a seguir en torno a diferentes situaciones. Encontramos en la teoría de Pierre Bourdieu (2008), una referencia muy útil para explicar desde una perspectiva dinámica las prácticas sociales. Los conceptos de “campo” y “habitus” permiten captar estos dos modos de existencia de lo social: el campo como lo social hecho cosa (lo objetivo) y el habitus como lo social inscrito en el cuerpo (lo subjetivo).

Según Bourdieu (2008), teoría y práctica están inseparablemente relacionadas, suele considerarse desde la práctica médica que la prescripción se basa en la aplicación racional del conocimiento científico, es decir, que la teoría dirige la práctica. Sin embargo, siguiendo la teoría de la acción social, podemos comprender que la práctica médica tiende a seguir su propia lógica, anteponiendo la eficacia y la simplicidad al rigor (Bourdieu, 2008).

Como toda práctica social, la práctica de prescripción de BZD se construye a partir de la interacción de sus actores principales: los/las médicos/as generales que las prescriben y sus pacientes que las consumen. Esta interacción además, está configurada por el contexto cultural del CESFAM, ubicado en Machalí (Chile).

En la década de los ochenta y principios de los noventa del pasado siglo XX, las BZD fueron eje de la demanda colectiva más grande de la historia contra la industria farmacéutica. En este período, se puso de manifiesto su potencial dependencia y los perjudiciales efectos secundarios del consumo a largo plazo.

En Gran Bretaña concretamente, tuvieron lugar numerosas demandas judiciales por parte de pacientes para reclamar por los efectos derivados de la dependencia y abstinencia que producían (Lader, 1991).

La problemática de las dependencias siempre ha estado asociada a las drogas consideradas ilegales. La novedad que representaron las BZD en este sentido, fue que en lugar de ser drogas prohibidas y estigmatizadas socialmente (como ha ocurrido con el cannabis o el opio) se trataba de un fármaco de venta libre, cuyo consumo había sido potenciado y recomendado por la industria farmacológica y la medicina en general (Lader, 1991).

Un estudio dirigido por Xavier Sánchez-Carbonell, Elena Guardiola, Ana Bellés y Marta Beranuy (2005) analizó todos los artículos sobre abuso y dependencias de sustancias publicados entre el 1976 y el 2000 por Instituciones de países de la Unión Europea, indexadas en la base de datos de PsycINFO. En total encontraron un total de 4825 citas con las siguientes conclusiones:

En Inglaterra se publicaron un 38.6%, mientras que Suecia, Alemania y España ocuparon cerca de un 30%. Los artículos tratan de consumo de drogas y de alcohol (12,8%), abuso de drogas ilegales (53,5%) y rehabilitación de alcohol (34,5%). Los artículos fueron publicados en 521 revistas diferentes, y 62 de ellos publicaron más de 10 artículos (2005:1166).

El abordaje de las dependencias ha estado monopolizado por las drogas consideradas ilegales y el alcohol, siendo la producción científica sobre la dependencia a los psicofármacos mucho menor. Diversos autores (Romaní, 1999), (Becker, 2009) coinciden en que la perspectiva institucional de la investigación sobre drogas se ha alimentado de un “determinismo farmacológico” centrado en los efectos psicofísicos de las drogas, dejando de lado las representaciones sociales que tiene el usuario sobre la sustancia y el contexto de su consumo.

En este trabajo, nos planteamos analizar las representaciones sociales que tienen las mujeres con dependencia a las BZD. Creemos que este conocimiento puede significar un valioso aporte para prevenir el desarrollo de futuras dependencias en el contexto de atención primaria de salud y mejorar los tratamientos de rehabilitación existentes.

Si bien el problema de las dependencias se ha venido considerando como propio de lo “masculino”, la dependencia de las mujeres ha sido invisibilizada por tratarse de sustancias legitimizadas socialmente (alcohol y psicofármacos) y existen muy pocos estudios que hayan analizado la dependencia a los psicofármacos desde un enfoque de género.



I. ESTADO DE LA CUESTIÓN



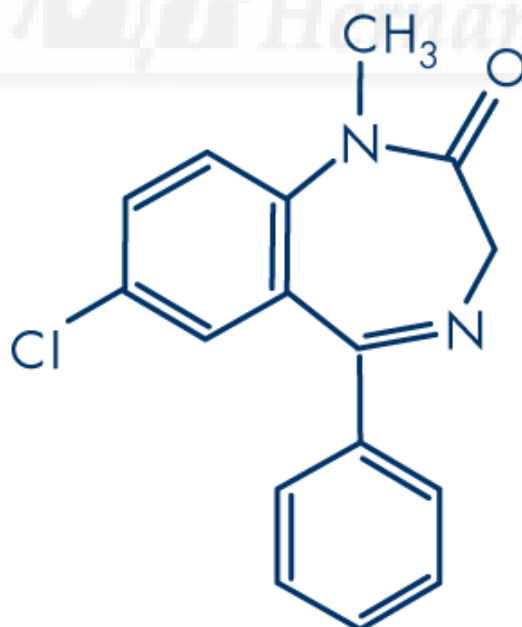


1.1. La práctica de prescripción y el consumo de BZD

1.1.1. Uso clínico de las BZD

El nombre de las benzodiazepinas se debe a la presencia, en su estructura química, del anillo benzodiazepínico. Son fármacos sintéticos que poseen estructuralmente un núcleo común, el anillo benzodiazepínico que consta de un benceno y un anillo 1,4- diazepina o 1,5 diazepina, unido en el carbono 5 a otro anillo bencénico, el cual puede ser remplazado por otros heterociclos. La sustitución en el carbono 7 por halógenos como cloro o bromo aumentan la actividad ansiolítica, como en el caso del Diazepam (figura 1), mientras que la sustitución por un grupo nitro aumenta la acción hipnótica y anticonvulsivante (Shorter, 2005).

Figura 1: Estructura molecular del Diazepam



Fuente: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

La primera BZD sintetizada fué el clordiazepóxido, nombrado inicialmente metaminodiazepóxido y descubierta en 1959 por el científico Leo Sternbach (1908-2005), sintetizada luego (1955) y comercializada a partir de 1957 con el nombre de librium, derivado de las sílabas finales de equilibrium. A partir de 1960 se sintetizaron, tanto en Hoffmann-LaRoche, como en otras compañías farmacéuticas, miles de BZD, las cuales han sido comercializadas en distintos países, por sus propiedades ansiolíticas y/o hipnóticas (Shorter, 2005).

Las BZD son agentes depresores del sistema nervioso más selectivos que otras drogas como los barbitúricos, actuando, en particular, sobre el sistema límbico. Se caracterizan por ejercer un cuádruple efecto farmacológico: ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, anticonvulsivos y miorrelejantes. Los diferentes tipos de BZD se diferencian en su farmacocinética, lo cual constituye la característica más relevante para su uso clínico (Lader, 1991).

La vía de administración más frecuente es el consumo de pastillas por vía oral y en algunos casos se pueden inyectar por vía intramuscular o intravenosa. Suelen clasificarse según su semivida de eliminación plasmática. A continuación destacamos las BZD que se prescriben actualmente en el CESFAM de Machalí:

Tabla 1. Clasificación de las BZD prescritas en el CESFAM según su semivida de eliminación plasmática

Semivida	Compuestos
Compuestos de duración corta (semivida menor de 12 horas)	Alprazolam
Compuestos intermedios (semivida entre 12 y 24 horas)	Clonazepam

Semivida	Compuestos
Compuestos de acción larga (semivida mayor de 24 horas)	Diazepam

Fuente: Elaboración propia

1.1.2. Criterios de recomendación del uso racional de BZD en Chile

Durante la década de 1980 y 1990, hubo una gran preocupación en Chile debido a las altas tasas de uso de BZD que se obtenían en farmacia sin prescripción médica. Un estudio realizado en Concepción (Chile) mostró que un 50% de las BZD vendidas en farmacias eran sin receta médica (Yates & Catril, 2009). En Santiago de Chile se realizó otro estudio que arrojó que el 60% de las personas que las consumía en altas dosis, lo hacía sin receta médica (Busto, 1996).

Estos resultados llevaron a que el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) regulara su venta y desde 1995 se venden con receta retenida. Esto implica que en la receta se registran tanto los datos del médico, como los del paciente, y que su duración se limita a un mes (después de ese lapso la receta caduca) (MINSAL, 2013).

Existe un protocolo de uso racional publicado en 2013 por el MINSAL, con el propósito de aunar criterios en la indicación y el uso de BZD en los equipos de salud mental:

A todo paciente nuevo que se le vaya a prescribir por primera vez una bzd, deberá firmar un consentimiento informado aceptando o rechazando la indicación médica. Las bzd serán usadas de

manera racional informando al paciente de los riesgos asociados que implica usarla. La prescripción será por un máximo de 6 meses y luego tendrá un plazo de suspensión gradual de 3 meses. Si el médico decide a los seis meses mantener el fármaco, su continuidad quedará sujeto a la vista del profesional médico encargado del dispositivo para cumplir esa función. La visación quedará consignada en la ficha clínica. La no asistencia del paciente a los controles sin justificación, dará pie a la suspensión de los fármacos (MINSAL, 2013:7).

1.1.3. Datos sobre prevalencia en el uso de BZD en el mundo

La *American Psychiatric Association* (APA) publicó en 1990 un libro donde se presentaba la prevalencia de prescripción de las BZD en Estados Unidos (EEUU) desde su descubrimiento en 1960. En torno a un billón fueron prescritas en las farmacias de EEUU entre 1965 y 1985. En 1965, poco después del descubrimiento del uso clínico de la primera BZD, ya se recetaban en torno a 30 millones como ansiolíticos y en 1973 se llegaba a los 81 millones.

Según Malcolm H. Lader, la prescripción y el consumo de BZD siguió incrementándose durante la década de 1970. En este período se pudo comprobar la existencia de fenómenos adversos de rebote y dependencia, no sólo con dosis altas de BZD, sino también con dosis terapéuticas de las mismas. En 1980 se produjo una reducción en la prescripción médica de BZD, esto ocurrió debido a la mayor sensibilidad de la comunidad médica hacia los efectos secundarios y la dependencia que habían denunciado sus pacientes (Lader, 1991). En Europa Occidental la prevalencia se situaba en 1990 en un rango en torno al 7,4%, siendo Bélgica el país de mayor prevalencia (33%), y Suecia el de menor (6%), Alemania e Italia al igual que Estados Unidos

se encontraban en un rango medio (14%), encontrándose en mujeres el doble de consumo que en hombres (Salzman, 1991).

1.1.4. Estudios sobre prevalencia del uso de BZD en España

Un informe publicado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) documenta el gran incremento en la utilización de fármacos ansiolíticos e hipnóticos que se ha producido en España entre 2000 y 2012. La receta de este grupo medicamentoso ha aumentado un 57,8%. La mayor variación se produce entre los años 2008 y 2011, al comienzo de la crisis económica (Vicente, Macías, de la Fuente, González, Montero & Catalá-López, 2013).

Este estudio indica que el consumo de BZD aumentó considerablemente y de manera sostenida en España a partir de la década de 1990. En la actualidad, España estaría situada por encima de la media europea en consumo de ansiolíticos. La dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de ansiolíticos e hipnóticos han pasado de 56,7 en el año 2000 a 89,3 en el año 2012. Esto significa un incremento del 57,4% (Vicente et al, 2013).

En 2014 se llevó a cabo otro estudio por parte de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), en consultas de atención primaria (AP), con el objetivo de evaluar el impacto en la salud de la crisis económica. Los resultados indicaron que se produjo un aumento proporcionalmente mayor en el consumo de tranquilizantes menores (BZD) entre 2009 (53 millones) y 2010 (54,9 millones), cifras que se estancan en 2011 (54,9) e incluso se reducen ligeramente en 2012 (54,5) (SESPAS, 2014).

1.1.5. Estudios sobre prevalencia del uso de BZD en Chile

En Chile también se han recogido diversos estudios que dan cuenta de la prevalencia a nivel nacional del consumo de BZD. La Psicóloga Miretxun Busto publicó en 1991 un estudio de referencia para posteriores investigaciones en Chile. Sus resultados indicaron una prevalencia anual en el uso de psicofármacos de 31,4%, siendo mayor en mujeres que en hombres (38,9% frente al 22,8%). De las personas entrevistadas, un 42,9% las había consumido alguna vez en su vida y un 4,1% podía considerarse como dependiente a las BZD, un porcentaje tres veces más alto que el promedio mundial. Además, se encontró que un 28,9% de los psicofármacos consumidos eran sin receta médica (Busto, 1991).

En 1996, otro estudio observa una prevalencia anual del consumo de BZD en Santiago de Chile del 31,4%. La gran mayoría de los consumidores no estaba avalado por ningún profesional de la salud, y en más del 60% de los casos la indicación de la duración del tratamiento era indefinida. Además, mostraban que: “suelen ser los médicos generales los que inician la prescripción de BZD y luego el paciente continúa con un patrón de uso y automedicación, sin el seguimiento apropiado” (Busto, Ruiz, Busto & Gacitúa, 1996:363).

Datos de esta índole condujeron a instaurar políticas para el control de la venta de BZD, las cuales se iniciaron con la promulgación del Decreto Supremo N° 15.069 del año 1993 del Ministerio de Salud, que instauró la receta médica retenida, decreto que se hizo efectivo a partir de 1995 cuando comenzó el control de su expendio en todas las farmacias del territorio nacional (MINSAL, 1994).

Tamara Galleguillos y colaboradores, analizaron en 2003 una muestra compuesta por 188 consultantes de AP, con el objetivo de evaluar la prevalencia de BZD. Del total de psicofármacos prescritos,

las BZD correspondieron a 82,1% y el promedio de consumo entre los usuarios fue de 3,2 años (38 meses). En este estudio se observaron diferencias significativas entre diferentes grupos de la muestra, siendo mayor entre las mujeres y en la población urbana (Galleguillos, Risco, Garay, González & Melina 2003).

En 2009, Tamara Yates y Paola Catril mostraron que si bien el Diazepam había sido el fármaco más consumido en décadas pasadas, su uso se había reducido considerablemente, siendo desplazado por el Alprazolam y por el Clonazepam.

En 2015 el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol del Ministerio del Interior Chileno (SENDA), publica el décimo primer estudio nacional sobre drogas en población general. Esta encuesta se realizó con un tamaño muestral de 20.113 personas y arrojó los siguientes datos:

Para el consumo de tranquilizantes sin receta médica se encontraron estables los últimos dos años (1,4 para 2012 y 1,2 para 2014) y no se encontraron diferencias significativas según el estrato socioeconómico. La forma más frecuente de obtener los medicamentos sin receta fueron a través de un regalo (46,8%), seguidas de Internet (20,2%), ferias libres (15,2%) y farmacias (8,2%) (SENDA, 2015:19).

1.1.6. Estudios cualitativos sobre el proceso de prescripción en atención primaria

A continuación se presentan los resultados obtenidos en diferentes estudios internacionales sobre prescripción de BZD en AP. Se han seleccionado aquellos que se realizaron siguiendo una metodología cualitativa y profundizaron en el discurso y las opiniones de los Médicos de Atención Primaria (MAP).

En un estudio publicado en España en 2002, se analizaron los factores que influyen en los MAP para prescribir BZD. Los autores mostraron que el factor que más influyó a la hora de prescribir, fue la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria. El origen de este malestar se atribuía principalmente al modelo sociocultural actual (Fernández, Gómez, Baidés & Martínez, 2002).

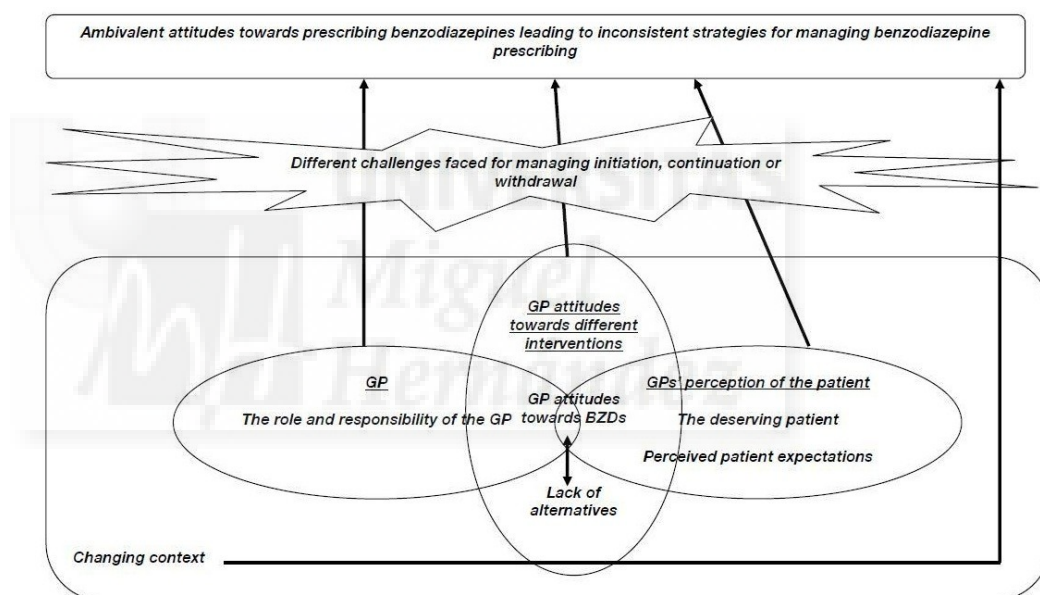
En una investigación llevada a cabo por la *Leiden University Medical Center* en Holanda, se evidenció que la falta de control posterior de las prescripciones médicas, así como la insuficiente formación en cuadros psicopatológicos de los MAP, puede conllevar al uso inadecuado y prolongado de psicofármacos, con la consecuente aparición de efectos adversos graves y mal tratamiento de las enfermedades (Manthey, 2011). Siguiendo esta misma línea de investigación, en Barcelona se analizó mediante un estudio observacional retrospectivo el grado de seguimiento realizado por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, se evidenció el escaso seguimiento que realizan los profesionales sanitarios a los pacientes tratados con fármacos psicotropos (López, Serrano, Valverde, & Casabella, 2006). Además, las BZD resultaron ser los fármacos más prescritos (60%), el 75% de los pacientes tratados con antidepresivos consumían ansiolíticos. Los autores cuestionan que las BZD se prescriban junto a los antidepresivos, ya que esta asociación podría producir una mayor dependencia a las BZD (López, et al., 2006).

En este punto, es importante destacar un estudio de meta-análisis que evaluó la calidad de las investigaciones publicadas en siete bases de datos electrónicas sobre estudios cualitativos de prescripción de BZD, realizados en diversos países europeos entre Enero de 1990 y Agosto de 2011 (Sirdifield, Anthierens & Creupelandt, 2013).

Las autoras desarrollaron un modelo explicativo del proceso de prescripción de BZD basado en el análisis temático de los diferentes

estudios recogidos. Los resultados mostraron que los médicos/as eran ambivalentes en su actitud hacia la prescripción de BZD. El estudio muestra algunos de los retos que enfrentan los médicos/as en la gestión de la iniciación, continuación y retirada de las BZD, como el poco tiempo de atención en consulta y la influencia de las expectativas del propio paciente en la prescripción (Sirdifield et al, 2013).

Figura 2. Modelo explicativo del proceso de prescripción de BZD basado en meta-análisis



Fuente: (Sirdifield et al, 2013:7)

Otros estudios se han centrado en la actitud de pacientes hacia la primera prescripción de BZD. En Bélgica se constató que los pacientes realizaban dos estrategias para justificar el consumo de BZD: maximizar los problemas que presentaban y minimizar los efectos adversos del consumo. Los pacientes preferían transmitir la responsabilidad en el control del consumo de BZD a los médicos/as a pesar de conocer los riesgos de dependencia de su uso continuado (Anthierens, Habraken & Petrovic, 2007).

1.2. El contexto de preinscripción de BZD

1.2.1. La práctica de prescripción como “habitus” de la psiquiatría

Encontramos de gran utilidad la noción de “habitus”, el cual es central en la teoría propuesta por Pierre Bourdieu, quien lo define como: “Sistemas de disposiciones durables, son estructuras estructuradas, es decir, en tanto que principio de generación y de estructuración de prácticas” (Bourdieu, 2008:35).

Bourdieu postula que este concepto sería un principio generador de la práctica, en el que intervienen estructuras culturales, sociales, comunitarias, donde el habitus funcionaría como una matriz para percibir, actuar, sentir y emocionarse, posicionarse, tomar decisiones, etc.

En concreto, propone que se produciría una articulación dialéctica entre estos dos procesos (inculcación e incorporación), entre lo institucional y la experiencia del mundo social. Las estructuras generadas a partir de estos procesos pueden ser vistas como implícitas. Con esto, se explica que las prácticas sean vistas como evidentes y difíciles de cuestionar por parte de los actores dotados del manejo práctico del sistema de esquemas de acción y de interpretación que constituyen el habitus (Bourdieu, 2008).

En el caso de la prescripción médica de psicofármacos, estos esquemas se incorporan automáticamente a lo largo de la formación universitaria e institucional del médico. Tal como afirman los autores Álvaro Múzquiz Jiménez e Iván de la Mata Ruiz (2012), los médicos no suelen ser conscientes de la influencia que ejercen las empresas farmacéuticas en el proceso de prescripción. Este proceso está

conformado por un “habitus” que es internalizado por el médico como un acto racional, carente de ideología. Rara vez se cuestionan las influencias que provienen de otros ámbitos ajenos a la ciencia médica, como son los intereses económicos por ejemplo. científicos como la economía. Estos elementos pragmáticos se materializan en la experiencia constituida por el encuentro entre el médico prescriptor y el paciente consumidor.

David Haley, psiquiatra y reputado psicofarmacólogo muestra las diferentes estrategias que ha empleado la industria farmacéutica para influir en la psiquiatría y favorecer sus propios intereses corporativos.

Este autor afirma que los ensayos clínicos de prueba de los psicofármacos suelen orientarse a pasar lo controles de la FDA (Federal Drugs Administration) para obtener beneficios en el mercado. Otra estrategia habitual de Marketing de la industria farmacológica, según Haley, es la promoción directa a los psiquiatras mediante anuncios en revistas, publicaciones, conferencias y seminarios. El contacto regular con los representantes de los laboratorios se relaciona con un incremento de la prescripción de sus productos (Healy, 2002).

Joanna Moncrieff (2008), profesora de psiquiatría de la *University College of London* (UCL), describe que el origen del modelo del fármaco centrado en la enfermedad se encuentra en la crisis de credibilidad de los efectos de las BZD. Según la autora, después de la dependencia provocada por las BZD, la industria farmacéutica promovió el modelo centrado en la enfermedad como estrategia comercial. Además, señala algunas de las limitaciones y consecuencias que este modelo supuso para la práctica e investigación psicofarmacológicas y para la psiquiatría en su conjunto. Entre ellas, cabe destacar la tendencia hacia una creciente conceptualización medicalizadora y reduccionista de los trastornos mentales al considerarlos meramente como productos de un cerebro alterado, la construcción de una narrativa cultural de la enfermedad basada en el

desequilibrio bioquímico o la limitación de la participación en la toma de decisiones en la práctica al médico (Moncrieff, 2008).

Esta autora propone la aplicación del modelo centrado en los efectos del psicofármaco, este modelo, a diferencia de centrarse en las enfermedades específicas que trata cada fármaco, propone calibrar siempre los beneficios que puedan obtenerse con las alteraciones que inducen a largo plazo. De esta forma, el modelo entiende que la distinción entre drogas recreacionales y psicofármacos es una construcción social, debido a que ambas actúan sobre el sistema nervioso central causando un estado de conciencia alterado. Si bien, para el caso de las drogas, los mecanismos de adaptación y dependencia que el sistema nervioso central produce con su consumo a largo plazo, justifican el estigma social que posee su consumo, para el caso de los psicofármacos este problema, aunque conocido, es sistemáticamente negado (De la Mata y Muzquiz, 2012).

1.2.2. Aportes desde la antropología médica: los modelos de atención a los padecimientos y los procesos de medicalización

En la década de los sesenta de siglo XX, el desarrollo de la Antropología Aplicada a temas de salud, había permitido la inclusión de antropólogos en programas interdisciplinarios. El modelo antropológico clásico confería un aura de relativismo particularmente atractivo en un contexto de desconfianza en relación al modelo médico y a la hegemonía en él de las terapéuticas biológicas y farmacológicas. Si la biomedicina constituía un sistema sociocultural con una ideología y práctica susceptible de análisis desde un punto de vista antropológico, sus categorías podían también ser relativizadas en tanto que elementos de un sistema cultural.

El desarrollo del nuevo enfoque emerge con fuerza en la Antropología de la medicina mejicana, que se desarrolla fundamentalmente en la obra de Eduardo Menéndez y de sus colaboradores sobre los procesos de enfermedad y de atención de salud en Yucatán (Méjico).

Menéndez, a lo largo de toda su trayectoria (1988, 2003), ha caracterizado la estructura del modelo médico hegemónico o modelo biomédico y su expansión en las sociedades occidentales no sólo desde una perspectiva sociocultural sino también económico-política.

Las diversas formas de atención que actualmente operan en una sociedad determinada, tienen que ver con sus condiciones culturales, étnicas, económico-políticas, técnicas y científicas. En el mundo occidental, estas condiciones han generado un fuerte antagonismo entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención. Señala Menéndez que los principales rasgos estructurales del modelo biomédico son:

(...) biologismo, individualidad, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría médico-paciente, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científicas, tendencia inductivas al modelo médico (...) El principal rasgo definitorio del modelo biomédico es el biologicista, subordinando otros modelos explicativos de la enfermedad. Se naturalizan los procesos de la enfermedad careciendo de historia. Edad y género se configuran como las variables explicativas únicas. Las variables étnicas, grupales, las redes sociales de pertenencia, estratificación social, desaparecen careciendo de importancia. Los actos médicos aparecen ante los ojos de la sociedad como actos técnicos

desprovistos de ideología. Al igual que la economía, se transmiten como modelos únicos posibles (2003:192).

Según Menéndez, el rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, por lo menos a nivel ideológico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. La formación académica de los médicos se hace a partir de contenidos biológicos, los procesos sociales o culturales se consideran complementarios o accesorios. Es a partir de los campos de la investigación bioquímica y genética que la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de curación. Estos campos generan las explicaciones y el tipo de fármaco específico a utilizar por los médicos (Menéndez, 2003).

El autor recuerda que el médico no tiene formación profesional sobre los factores y procesos sociales y culturales que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos, por lo que dichos factores son excluidos en la explicación de los procesos de salud/enfermedad. “El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad” (Menéndez, 2003:192).

La autoatención constituye una de las actividades básicas del proceso de atención de la salud, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de dicho proceso. Se incluyen todas las representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, controlar, aliviar, curar o prevenir los procesos que afectan a su salud. Esto puede incluir la atención de profesionales de la salud o curadores, pero es el individuo el que decide acudir a tales profesionales cuando ya ha construido

previamente una idea sobre la causa de su padecimiento y su posible tratamiento (Menéndez, 2003).

Para los fines de nuestro estudio, nos interesa remarcar que la prescripción médica de BZD y el cumplimiento de la misma se constituye en uno de los principales campos de crítica de la biomedicina hacia el comportamiento de la población. Es decir, desde el modelo biomédico, se suele achacar a la automedicación de los pacientes el fracaso en los tratamientos con prescripción de psicofármacos.

El proceso de expansión de la biomedicina opera a través de lo que desde la Antropología médica se ha denominado “proceso de medicalización”, es decir un proceso que implica convertir en patologías, toda una serie de malestares que a lo largo de la historia han formado parte de la vida cotidiana de las personas y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades susceptibles de ser tratadas con fármacos (Menéndez, 2003).

Cuando en la literatura antropológica se habla de la medicalización de la vida, se refiere al proceso progresivo por el cual el saber y la práctica médica moderna incorpora, absorbe y coloniza fenómenos y problemas de la vida social y colectiva.

Este concepto se empezó a difundir con autores como Ivan Illich, un pedagogo, pensador y ensayista de origen austríaco, que a lo largo de toda su obra expone el proceso de medicalización inherente al modelo de desarrollo industrial, donde el individuo confía su salud a los profesionales y a las directrices biomédicas disminuyendo su capacidad de respuesta ante la adversidad.

De este autor nos interesa especialmente recalcar, la definición que hace de la denominada iatrogenia clínica, como el mal provocado por los proveedores de salud, cuyos causantes principales serían los profesionales sanitarios y la industria farmacéutica. Para el caso de las

BZD, los efectos perjudiciales que tienden a agravar la salud suelen ser llamados “efectos secundarios”, no son tenidos en cuenta y se justifican por los llamados “efectos primarios” del tratamiento de la enfermedad (Illich, 1975).

Otro autor a destacar dentro de la corriente de la Antropología Médica es Ángel Martínez Hernández, que se ha caracterizado por realizar un análisis crítico de los procesos de medicalización en la postmodernidad. Relaciona el aumento de la prescripción y el consumo de psicofármacos con “determinadas biopolíticas del capitalismo tardío como los instrumentos de persuasión de la industria farmacéutica, el papel naturalizador de las adversidades humanas y las nuevas imágenes culturales de la postmodernidad” (Martínez Hernández, 2006:43).

El autor describe diversos relatos de médicos prescriptores y pacientes consumidores, mostrando la influencia del modelo biomédico en las motivaciones del consumo:

La presencia de “modelos explicativos” populares que favorecen la medicalización de los estados de ánimo es ya un lugar común entre los profesionales de la salud mental, que entienden que los usuarios buscan en los efectos euforizantes de los antidepresivos la posibilidad de conjurar las incertidumbres de la vida cotidiana. Incluso los afectados y afectadas adoptan fórmulas narrativas hegemónicas, como son las propias del lenguaje biomédico, que facilitan la transformación de sus malestares en enfermedades y que encierran estructuras que dehistorizan (Martínez-Hernández, 2006:52).

Los procesos de naturalización de las aflicciones humanas y su reconversión en enfermedades, se amplificarían según el autor, por la mayor disponibilidad de los usuarios a la resolución de sus malestares mediante la ingesta de psicofármacos:

El consumo masivo de antidepresivos puede vislumbrarse como metáfora y metonimia de un “mundo (des)encantado” en el cual los desarreglos y las contradicciones de la globalización y su metacultura se materializan en nuevos hábitos y comportamientos sociales. El consumidor del capitalismo tardío tiende a amagar estos desarreglos y a representarlos en un lenguaje naturalizado que apela al cuerpo más que a las relaciones sociales, a las sustancias (antidepresivos) más que al discurso. Es una de las características del nuevo individualismo y su énfasis en el cuerpo como agente hedonista y en las tecnologías corporales (Martínez Hernández, 2006:54).

1.2.3. El sistema de atención primaria de salud en Chile

Para autores como Menéndez, el origen del modelo de AP está relacionado con las críticas y la pérdida de eficacia de la biomedicina en los países Occidentales. Estas críticas se fundamentaban sobre todo en el alto costo económico que generaba la atención junto a la baja eficacia que producía. La biomedicina promovía un modelo que disminuía la responsabilidad del paciente en todo el proceso de atención, generando dependencia respecto del sistema sanitario. Además, al centrarse en lo curativo y excluir lo preventivo, poniendo el énfasis en las actividades asistenciales, se incrementaba constantemente el costo económico de la atención de la enfermedad (Menéndez, 1988).

Varias de estas críticas están a la base de las propuestas de la AP desarrolladas desde 1960 y que dieron origen al modelo comunitario:

La Atención Primaria aparece como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del modelo biomédico, ello

aparece así entre otras cosas, porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta del sector salud organizado, para enfrentar su crisis tanto de eficacia, como en términos de gasto público. Es justamente durante este proceso que surge (ó mejor dicho resurge) la concepción de la Atención Primaria basada en la articulación comunidad/sector salud para poder actuar en situaciones de pobreza, crisis prolongada y en la forma más eficaz y barata posibles. Estas medidas fueron pensadas para el conjunto de países dependientes, en la mayor parte de los cuales no existía personal de salud, o existían en forma muy reducida. Tanto por ésta situación, como por razones de tipo ideológico técnico y/o por planteos preocupados por abatir costos, la participación comunitaria fue considerada decisiva para una aplicación exitosa de las estrategias de AP (Menéndez, 1988:9)

Según refleja Germán Camilo Bass del Campo, en Chile, la preocupación por la atenuación de las desigualdades en los niveles de salud de la población y en el acceso a los cuidados médicos y sanitarios acompañó el desarrollo de los servicios asistenciales desde los años 20 hasta el golpe militar de setiembre de 1973, posteriormente al golpe de estado, se realizaron reformas del sistema global de salud de carácter neoliberal, que disminuyeron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector privado (Bass, 2012).

Durante el régimen militar en Chile, en un periodo de tiempo muy corto, tuvieron lugar una serie de políticas neoliberales que atribuyeron al Estado un papel apenas subsidiario de la iniciativa privada. Maria Eliana Labra señala las principales transformaciones que dieron lugar en la atención sanitaria con la adopción de este nuevo modelo, entre ellas, la municipalización de la atención primaria, que dejó de depender directamente del Estado y la división las políticas públicas de salud según sus funciones: el ministerio de las funciones normativas

(MINSAL), las ejecutivas (servicios regionales) y las financieras, a cargo del FONASA (Fondo Nacional de Salud) (Labra, 2002).

El acceso a la asistencia médica en Chile se estratificó de la siguiente forma:

Los segmentos con mayores rendimientos deben comprar planes de salud en el mercado según la opción individual; los sectores medios pueden optar por el régimen de libre elección del FONASA, con copagos variables según el nivel del profesional; los estratos de bajas rentas son atendidos en los servicios estatales de forma gratuita mediante comprobante de la condición de pobreza, pagando, en caso contrario, un porcentaje de acuerdo a los ingresos (Labra, 2002:46).

De esta forma, lejos de lograr una atención sanitaria de calidad e igualitaria para la población (como se pretendía en los orígenes de la AP) el modelo se ha convertido en la práctica en un servicio asistencial para estratos de bajos recursos, con baja inversión del sistema público y gran precariedad laboral debido a la municipalización de la AP, esta es la evaluación que realiza el Colegio Médico de Chile:

Conocemos las múltiples e insalvables dificultades que muestra la administración municipal de los consultorios, los que se arrastran desde su creación (...) Cabe mencionar, como ejemplo: la rotación de profesionales, la anarquía de salarios, la multiplicación de la burocracia, el desfinanciamiento crónico, la falta de coordinación entre atención primaria y secundaria, la dificultad para hacer cumplir las normas técnicas, los problemas de transparencias en la gestión, los conflictos y, sobre todo, la inequidad en la atención de los más necesitados (Bass, 2012:4).

Según Camilo Bass del Campo, profesor adjunto de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la falta de avances en el desarrollo del modelo de salud familiar y comunitario han provocaron

una insuficiente respuesta a las necesidades y expectativas de la población, impidiendo lograr el objetivo que se pretendía con la instauración de la AP. Las condiciones laborales derivadas de la municipalización del nivel primario de atención estarían fomentando una alta rotación de los médicos de atención primaria, así como un déficit de ellos respecto a las necesidades de la población (Bass, 2012)

Durante una década, el sistema de salud mental en Chile se basó en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, promulgado en el año 2000. Este plan, planteaba múltiples propuestas sobre financiamiento, enfermedades prioritarias y enfatizaba un modelo comunitario en el tratamiento y prevención de las enfermedades mentales.

Los fundamentos de la AP están basados en el modelo comunitario de salud y entiende que las enfermedades no sólo afectan la biología de la persona, sino también sus aspectos psicológicos y sociales. Se entiende, entonces, que una enfermedad no sólo requiere tratamiento, sino también prevención. Además, en el modelo comunitario se debe hacer partícipe tanto al paciente como a la familia y la comunidad en el proceso tratamiento y prevención de las enfermedades. Este enfoque implica un importante cambio de perspectiva en la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental, se resumen a continuación, sus elementos principales:

Se acoge al principio de integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud. Requiere por consiguiente, de la participación y el compromiso activos, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de los interesados directos y los profesionales de otros sectores, incluidas las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares. Parte de los recursos informales, y hace hincapié en la atención comunitaria. Integra una clínica

donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten (Desviat y Moreno, 2012:24).

Según los autores, el predominio de las políticas neoliberales de la última década va a tener graves consecuencias en el modelo comunitario de atención a la salud mental. Al pasar de una asistencia planificada, regulada por las autoridades públicas, a una asistencia en manos de los mercados, donde la competencia y la ganancia sustituyen a la colaboración y solidaridad, se individualiza la responsabilidad del enfermar. En una sociedad donde se han fragmentado los vínculos sociales y se ha perdido el sentido de lo comunitario, la salud se convierte en un privilegio para aquellos que pueden pagarla (Desviat & Moreno, 2012).

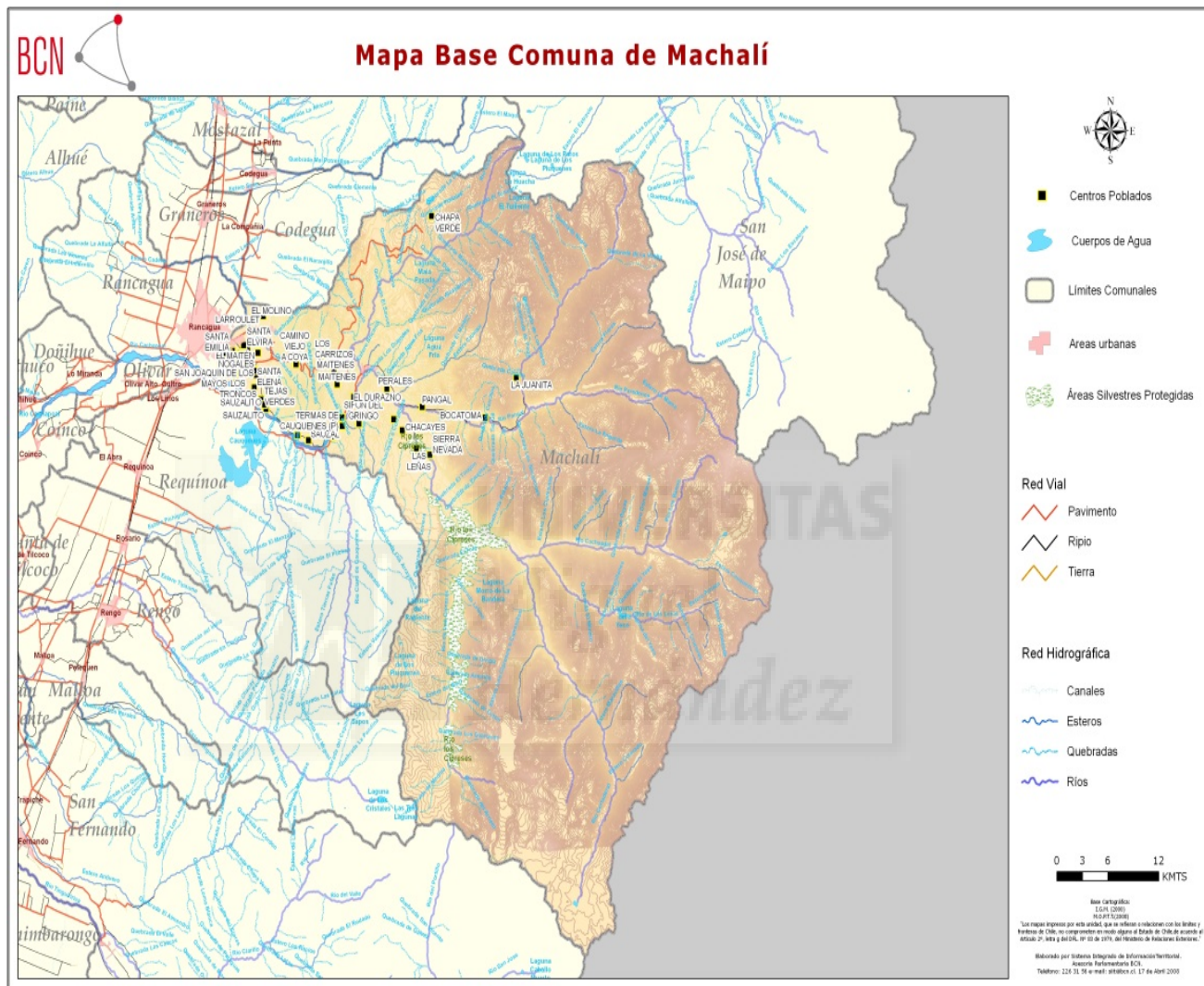
En 2014 se publica un Informe con los resultados del instrumento de evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el sistema nacional de salud mental en Chile. El informe muestra que los profesionales que trabajan en salud mental tienen un bajo acceso a instancias de capacitación y éstas se orientan en forma mayoritaria al uso de medicamentos psicotrópicos y para profesionales médicos. Por otro lado, se da un bajo involucramiento intersectorial en actividades promocionales, preventivas y de inclusión social, existiendo una baja presencia y nivel de organización de la comunidad en los programas de salud mental (OMS, 2014).

1.2.4. El contexto sociocultural de Machalí

Machalí es una comuna y ciudad situada en la sexta región de O'higgins en Chile. Limita al Norte con la comuna de Codegua y la Región Metropolitana; al Sur con las comunas de Requínoa, Rengo y San Fernando; al Este con la República Argentina y, al Oeste con la comuna de Rancagua. Tiene una superficie de 2.597 km², la comuna de Machalí cuenta con una población de 44.566 habitantes (censo del 2012). De acuerdo al Censo de 2002 presenta una tasa de crecimiento positiva del 1.71% anual (Municipalidad de Machalí, 2015)

Gran parte del territorio comunal corresponde a la Cordillera de Los Andes, por lo que la mayor concentración demográfica se produce en las planicies de los valles del Río Cachapoal. A la comuna se le reconocen cuatro sectores o localidades urbanas, estas son: Machalí centro; El Guindal; Santa Teresita y Coya. Existen localidades o caseríos rurales, tales como: Chacayes, Nogales, San Joaquín de los Mayos, Termas de Cauquenes, además de un asentamiento industrial que corresponde a la División Teniente de la corporación del cobre de Chile (Codelco) dentro del cual se emplazan Sewell y el centro de esquí Chapa Verde. Del territorio, un 0,43 % corresponde a áreas urbanas e industriales, un 2,17 % áreas agrícolas y el resto, es decir un 97,4 % de su territorio es parte de la precordillera y la zona montañosa de la cordillera de los Andes, abundante en minería, pastizales, reservas naturales y zonas ecoturísticas (Municipalidad de Machalí, 2015).

Figura 3. Mapa base de la comuna de Machalí



Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

Machalí ha experimentado un gran crecimiento residencial en las últimas décadas, dando origen a grandes proyectos inmobiliarios orientados a habitantes de ingresos económicos altos. En poco tiempo y en la zona que limita con la comuna de Rancagua, se han construido centros comerciales y grandes zonas residenciales, en entrevista mantenida con José Miguel Urrutia, el Alcalde de Machalí en Enero de 2016 nos relataba:

“En Machalí tenemos uno de los mayores crecimientos poblacionales del país, nos hemos convertido en el barrio alto de Rancagua. Con los nuevos niveles abiertos en el Teniente han llegado miles de empleados para los cuales Machalí es un excelente lugar dónde quedarse. Ahora ya pueden disfrutar de todas las comodidades y accesos de barrios cómo las Condes, hemos atraído un polo de desarrollo importante con grandes cadenas de supermercados, clínicas de salud, bancos, farmacias y empresas automotices”

Tradicionalmente Machalí ha sido un pueblo de campo, con casas de adobe construidas en la época hispánica y reformadas por los diferentes terremotos que han asolado la región, recibía ingresos de la mina del teniente, que está situada al interior de la Comuna, pero según el Alcalde, la capital de la región, Rancagua, se llevaba el mayor polo de riqueza y desarrollo:

“Las grandes infraestructuras del ferrocarril, servicios y residenciales se han situado siempre en Rancagua, a dónde llegaba el cobre para su exportación. Machalí ha estado abandonado, a pesar de que la riqueza natural pertenece a nuestra comuna (...) pero estos últimos años la situación se ha ido revirtiendo, gracias a las facilidades que ofrece nuestra comuna, ahora la gente prefiere comprar su vivienda en Machalí, ya que está abastecida de todos los servicios y comodidades necesarias, y va a seguir creciendo en los próximos años”

Este polo de desarrollo ha quedado claramente segmentado en la zona que colinda con Rancagua, mientras que el propio pueblo de Machalí, no ha recibido grandes inversiones.

Fotografía 1. Ayuntamiento de Machalí en Plaza de Armas



Fuente: Archivo de Comunicaciones de la Municipalidad de Machalí, 2016

Fotografía 2. Alcalde ofreciendo una rosa en la celebración del día Internacional de la Mujer



Fuente: archivo de Comunicaciones de la Municipalidad de Machalí, 2016

Fotografía 3. Baile tradicional de cueca en la Iglesia de Machalí



Fuente: archivo de comunicaciones de la Municipalidad de Machalí, 2016

La economía productiva de Machalí corresponde al sector primario exportador, basado principalmente en la minería del Cobre (con el yacimiento de El teniente) y la fruticultura de exportación, además existe una zona de comercio que comparten importancia con los sectores de servicios, tales como Bancos, Supermercados y Empresas Inmobiliarias.

En la comuna se encuentra “El Teniente”, la mina subterránea de cobre más grande del mundo. El crecimiento de Machalí ha estado influido por el desarrollo de la Minería, que ha tenido una repercusión esencial como importante centro de consumo de todo tipo de bienes y servicios, por los sueldos y salarios pagados, así como por los

impuestos que generaban, de impactante efecto para una comuna pequeña (Baros, 2008).

Fotografía 4. Vecinos de Machalí organizan rechazo a planta de arsénico de Codelco



Fuente: Diario Universidad de Chile, 2016

En 1899 Machalí tenía 1832 habitantes y con la instalación de la Bradden Cooper en 1907 aumentó a 4889 habitantes. Fue además factor de permanente atracción de población, no sólo de la Sexta Región, sino de otras bastante mas alejadas. Este fenómeno migratorio fue de doble sentido según el momento histórico vivido por el campamento: atracción de mano de obra en su período inicial, de crecimiento y consolidación, creando problemas de escasez en algunas zonas agrícolas aledañas; e impacto urbano en Rancagua al evacuarse la población de Sewell y tener que construirse extensas poblaciones en esa ciudad para albergarla (Baros, 2008).

La minería también ha generado un gran deterioro en el medio ambiente, que se traduce en problemas de salud pública, especialmente en la localidad de Coya, afectada directamente por las emanaciones de anhídrido sulfuroso y material particulado del mineral (Baros, 2008).

1.2.5. Identidad socioprofesional y relaciones de género en El Teniente

Como ya hemos descrito anteriormente, las características socioculturales de Machalí vienen configuradas por la principal fuente de ingresos de la comuna: la minería. Actividad económica que además es productora de identidad social. Es a esta identidad social estructurada y construida sobre la base de un proceso de trabajo la que denominamos identidad socioprofesional: “Identidad ésta que modela las conductas sociales de los sujetos, caracterizándolos y dotándolos de un ser social diferenciado” (Téllez, 2010:3)

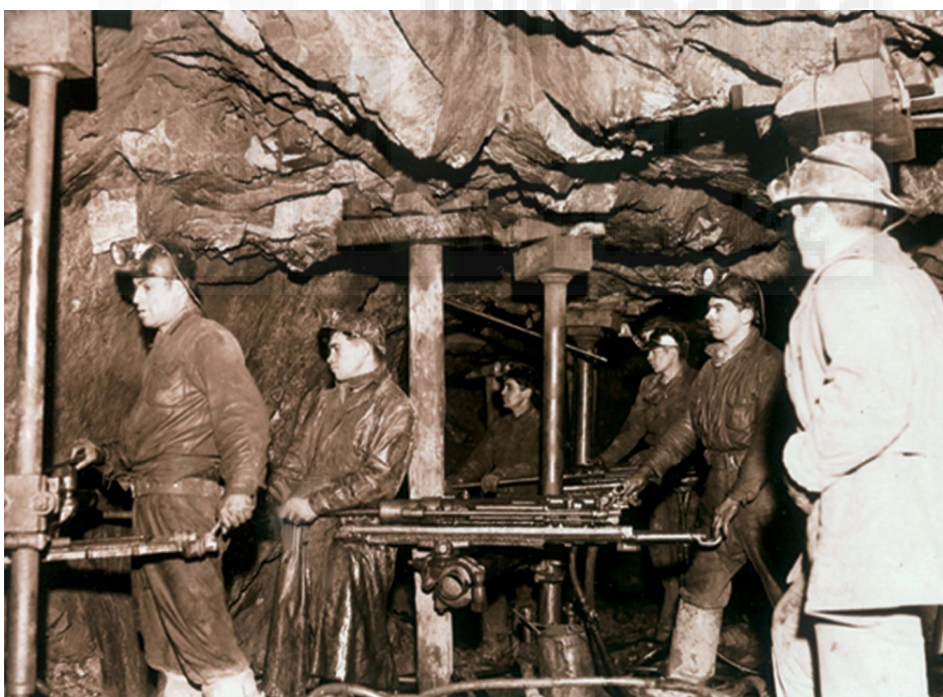
En las ciudades mineras de Chile, encontramos una identidad social particular. La reproducción social no está dada sólo por la explotación del mineral, sino por la existencia de ciudades mineras asociadas a una población concentrada, cautiva y estable. Los describen perfectamente Juan Carlos Rodríguez Torrent, Pablo Miranda Bown y Patricio Medina Hernández, en su trabajo sobre culturas mineras en Chile y proyectos vitales:

En las ciudades mineras, los hombres primero y después las familias, se han apropiado –en virtud de la estabilidad de las condiciones laborales y de la dualidad techo y trabajo– de un espacio para elaborar los proyectos vitales y desde ahí generar arraigo local, así como una identificación con un entorno ambiental y social específico dado por formas rituales altamente

formalizadas en consonancia y complemento con el tiempo industrial, en una relación lógica y normada entre los espacios públicos, laborales y domésticos (Rodríguez et al, 2012:146).

El marco del desarrollo de la actividad minera, se constituyó tempranamente en una forma de disciplinamiento y posterior dependencia de las poblaciones de baja y nula escolaridad venidas de zonas rurales. A la vez funda las bases de un modo de ser colectivo muy estable en sus claves y simbolismos en las ciudades, fuertemente autorreferencial, dependiente y paternalista respecto del empleador y que potencia, de manera intensa, elementos de adscripción y filiación como rasgos de distinción y constitución de las identidades (Rodríguez et al, 2012).

Fotografía 5. Mineros trabajando en El Teniente



Fuente: Archivo personal de informante clave, hombre de 64 años

Las minas, como lugar antropológico, configuran un espacio cartográfico específico donde el trabajo constituye, por excelencia, la singularidad dominante y paradigmática que identifica a estas comunidades: “La mina, como centro neurálgico, será también la que abre y cierra el mundo de las oportunidades (...) la que especifica los roles de género e invisibiliza a las mujeres, la que marca al territorio y a sus hombres” (Rodríguez et al, 2012:146).

Fotografía 6. Resquiso de alcohol en la mina El Teniente



Fuente: Archivo personal de informante clave, hombre de 64 años

En este contexto minero, la identidad socioprofesional se encuentra potenciada, debido a que las compañías mineras tienen un gran dominio sobre el conjunto de la vida social de sus trabajadores. En el caso de Sewell, que fue fundada por la empresa minera estadounidense Braden Copper Company, la compañía proveía a sus

trabajadores de vivienda, alimentación, ocio y cultura. Siguiendo así con el control y la segregación de los espacios de interacción de acuerdo al estatus del trabajador, diseñando un mundo profesional cerrado.

La construcción histórica de las relaciones de género en El Teniente ha sido analizada en su tesis doctoral por Thomas Klubock (1995). A partir de un análisis de la experiencia de las mujeres que migraron a la mina de cobre de El Teniente, el autor trata de solventar la falta de atención prestada a las mujeres y a las cuestiones de género en las historias de los mineros y de la clase trabajadora en general:

En la década del veinte, la compañía minera desarrolló una serie de políticas paternalistas con el objeto de atraer y mantener una fuerza de trabajo permanente y confiable en la mina. La piedra angular de estas nuevas políticas laborales fue la regulación y reorganización de las relaciones de género en los campamentos mineros (Klubock, 1995:225-226).

Desde que la mina iniciara su producción, numerosas mujeres solteras e independientes habían viajado a El Teniente para trabajar como empleadas domésticas, vendedoras ilegales de alcohol y trabajadoras de bares y prostíbulos. Durante los años veinte, fue importante para la compañía, mantener una fuerza de trabajo estable y disciplinada, ello con miras a aumentar la producción para los crecientes mercados internacionales del cobre.

Para ello, el Departamento de Bienestar creó una serie de medidas que ejercían un gran control sobre sus trabajadores:

La estrategia paternalista de la compañía para construir una fuerza de trabajo se enfocó hacia la relación hombre-mujer en los campamentos, y hacia una ideología de género y de domesticidad. El Departamento de Bienestar (o "bienfregar", como le decían los mineros) pensaba que los trabajadores se

quedarían en El Teniente si vivían con sus familias. Así, lanzó una campaña para transformar la población flotante de hombres y mujeres solteros y solteras de los campamentos en una permanente y casada comunidad (Klubock, 1995:227).

La compañía tenía la visión de que los trabajadores solteros eran bebedores, apostadores y estaban más dispuestos a realizar huelgas, mientras que los mineros con esposa e hijos en los campamentos dependían más de sus sueldos y trabajo y eran más consistentes y estables. Por este motivo, el matrimonio, la familia y una ideal de domesticidad asumieron un lugar privilegiado dentro de la red de organizaciones sociales y culturales promocionadas por la compañía como antídotos a la inestabilidad, la indisciplina y el activismo sindical. Para las mujeres, casarse con un trabajador de El Teniente podía significar una seguridad económica importante por el alto sueldo, bonos y beneficios de que gozaban sus maridos, y también una situación en que ellas no tenían que trabajar. Por otra parte, el matrimonio con un trabajador también significaba para las mujeres una situación de dependencia absoluta. Un número importante de mujeres, restringidas a la casa, tenían la doble labor de criar a los hijos y cuidar la casa, a lo que debía sumarse la realización de trabajos remunerados para alimentar a la familia (Klubock, 1995).

El autor describe que las mujeres solteras gozaban de escasa protección legal de parte de la compañía ante el abuso sexual y la violencia masculina, dada lo penoso y mal pagado de las labores en el servicio domestico, las solteras frecuentemente recurrían al trabajo sexual como una estrategia económica importante (Klubock, 1995).

Las mujeres casadas tenían que permanecer en casa mientras los hombres pasaban el día en los bares, a menudo con amantes o prostitutas. La libertad social y sexual, derivada de su poder económico, se hacía evidente en los casos de adulterio y bigamia: “Dada la naturaleza del contrato sexual en El Teniente, los hombres

podían tener más de una esposa o amante permanentes. Las fuentes orales describen cómo un número de mineros tenía más de una esposa o varias amantes” (Klubock, 1995:235).

Diversas fuerzas se combinaron para producir la masculinización del trabajo y relegar a las mujeres a la esfera doméstica. El machismo en la minería fue fomentado por los intereses de la compañía, que buscaba aumentar su producción:

En el interior de la mina, los trabajadores desarrollaban una cultura competitiva de machismo, basada en la fortaleza física y la capacidad para el trabajo duro. Esta clase de competencia entre cuadrillas y entre trabajadores fue fomentada también por la compañía, que ofreció premios y bonos por altos niveles de producción. Fuera de la mina, los trabajadores expresaban su particular forma de ser en un machismo que llamaba la atención. Los dueños de tiendas o locales en los campamentos y en Rancagua podían reconocer a un minero al instante por su "pinta" y su porte. Solían tener mucho dinero y una manera soberbia y arrogante. Se vestían y hablaban en una forma característica. Esta identidad, este orgullo y machismo, tenía sus raíces en una cultura común desarrollada en la mina: un idioma particular que contenía referencias, apodos, bromas y mitos. Ser un minero fue ser algo más que un trabajador cualquiera (Klubock, 1992:50).

Fotografía 7. Mineros volviendo de sus trabajos



Fuente: archivo personal de informante clave, hombre de 64 años

Según un estudio más actualizado (Barrientos, Salinas, Rojas y Meza, 2009), los varones que asisten a las shoperias (similares a bares) en las ciudades mineras construyen su identidad en base a características asociadas al ideal de hombre hegemónico: conquista, virilidad, fuerza perenne, actitud competitiva y rol proveedor. Esta identidad gira en torno a demostrar su autoridad a través del poder adquisitivo y la jerarquía ocupada en el trabajo (Barrientos et al. 2009).

Para el caso de la ciudad de Sewell, al nacionalizarse la mina del Teniente, entre 1968 a 1971, comienza el traslado de sus habitantes a Rancagua, una ciudad distante a 53 kilómetros que desde el 2006, es considerada "Patrimonio de la Humanidad" por la UNESCO. Las causas de este proceso de despoblamiento que concluye con su cierre definitivo y que en gran parte condujo al desmantelamiento de parte de la ciudad, están asociadas al alto costo que significaba la mantención de la misma y a los subsidios directos e indirectos a personas no ligadas a trabajos productivos. Con el desmantelamiento de la ciudad se pone fin a casi 70 años de vida en común que han dejado su huella en las mujeres y hombres que habitan Machalí. Este evento supuso

una gran transformación del tejido social minero, se pone fin a toda una cultura de trabajo generadora de sociabilidad y de identidades. Aunque la actividad minera permanece, se produce una dispersión de la memoria, obligando a las personas a reordenar sus vidas en nuevos lugares.

Las crisis y los ciclos de producción del mineral del cobre, la economía globalizada, la necesidad de eficacia y rentabilidad de las compañías han transformado los modos de vivir y las identidades de las personas que trabajan en la mina:

Esto revela que las vidas de las gentes, las culturas del trabajo, los modos de ser y hacer, la existencia de las mismas ciudades o campamentos depende factores externos a su propia dinámica e interés y que esta condición especializada no hace más que revelar que la vida y el habitar en ellas implica – profesional y familiarmente– siempre una posición de cierta vulnerabilidad dentro de los marcos de una economía internacionalizada o globalizada, la cual fija, desde los centros de poder, el valor del mineral e impone los niveles de demanda. económicas las que se juegan. En su desarrollo, el ciclo minero con su mayor o menor severidad y extensión, por sobre todo afecta a las familias desestabilizando sus proyectos y arraigos, así como el valor y reconocimiento que tienen los roles históricamente desempeñados (Rodríguez et al, 2012:159).

Fotografía 8. Llegada del ferrocarril a Rancagua



Fuente: Archivo personal de informante clave, hombre de 64 años

1.2.6. El CESFAM de Machalí

La red de salud primaria que cuenta la Comuna de Machalí pretende aplicar el enfoque comunitario de Atención Primaria, La salud se considera de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial.. Los principales determinantes considerados estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial (Municipalidad de Machalí, 2015).

En este sentido, según el Observatorio del Ministerio de Desarrollo Social de Chile en su reporte comunal sobre Machalí publicaba en 2013:

En el año 2011, se estima que el 8,0% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza, lo que corresponde a una tasa que no difiere significativamente, desde un punto de vista estadístico, a la registrada a nivel regional (10,1%) y es inferior a la nacional (14,4%). En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de la Ficha de Protección Social a Julio 2013, en la comuna la proporción de hogares en condiciones de hacinamiento medio o crítico es mayor que el porcentaje de hogares en esta situación en la región. El porcentaje de hogares con saneamiento deficitario es mayor en la comuna que en la región y el país. En tanto, la tasa de denuncias por violencia intrafamiliar es menor en la comuna que en la región, pero es mayor que en el promedio del país (Ministerio de desarrollo social, 2013).

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Osvaldo Ruz Orrego de Machalí está ubicado en el centro del pueblo de Machalí, en la calle Miranda número 420. El consultorio atiende a una población validada a octubre del 2013 de 22.368 personas (Municipalidad de Machalí, 2015).

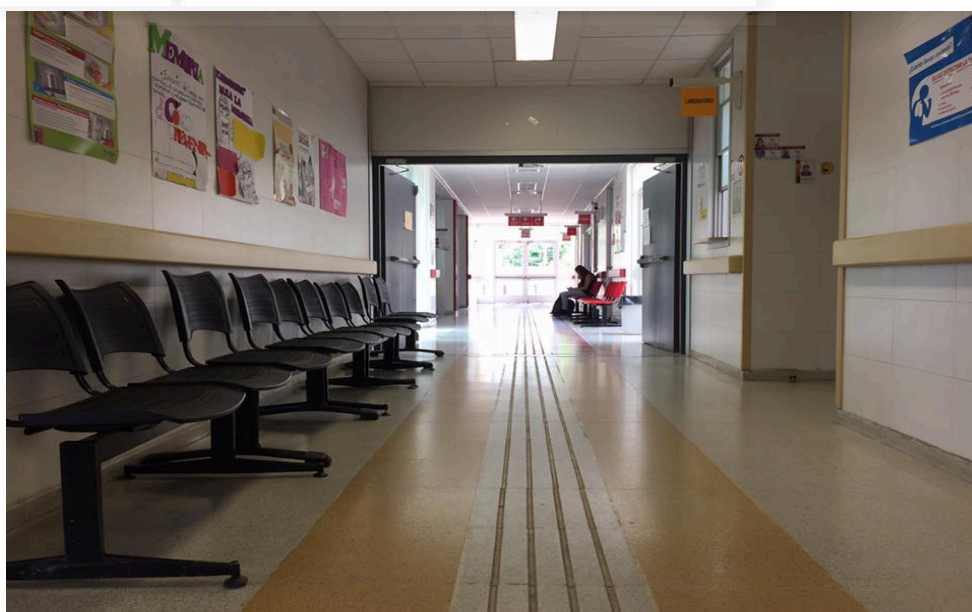
En él trabajan 6 médicos/as generales y 2 psicólogos/as a jornada completa entre otros profesionales de la salud. El centro fue inaugurado en encuentra separado en dos áreas de color rojo y azul según sectorización de la comuna. Se trata de un edificio moderno y amplio, con todas las instalaciones necesarias para llevar a cabo sus funciones en Atención primaria. En el caso de necesidad de especialistas, las derivaciones se realizan al Hospital de Rancagua, que se encuentra a una distancia de 14 km del centro de la comuna de Machalí.

Fotografía 9. Exterior del CESFAM de Machalí



Fuente: Facebook de salud Machalí

Fotografía 10. Interior del CESFAM de Machalí



Fuente: Facebook de salud Machalí

Los objetivos generales del programa de salud mental del CESFAM, según el plan comunal de salud son prevenir y tratar precozmente los problemas de salud mental relacionados con: depresión, alcohol y drogas, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual y otros trastornos emocionales con un enfoque multidisciplinario, intersectorial y comunitario, Por otro lado las actividades que se desarrollan en el programa salud mental son los ingresos al programa, la consulta psicológica, la intervención psicosocial, la consejería familia, las visitas domiciliarias, las intervenciones psicosociales grupales, las actividades de promoción de la salud y las articulaciones con la red de salud regional (Municipalidad de Machalí, 2015)

En cuanto a la realidad local, es posible afirmar que de la población en control del programa de salud mental de la comuna de Machalí, se atienden 731 usuarios y donde los diagnósticos de mayor prevalencia que se pudieron identificar en la base de datos durante el 2015 fueron: Trastorno Depresivo Leve (83 personas), Trastorno Depresivo Moderado (290 personas) y Trastorno Depresivo Severo (29). Así mismo, 176 usuarios presentaban diagnóstico de Trastorno Ansioso, con sintomatologías asociadas. La proporción de mujeres participando en el Programa de Salud Mental es mucho mayor que la de hombres. En mi rol de psicólogo del centro podría afirmar que un 90% de los usuarios que atendí fueron mujeres. El estrato socioeconómico de las personas que participan en el programa es bajo y en algunos casos bordean la situación de pobreza. Los usuarios/as acuden inicialmente a entrevista con los/as médicos/as generales que valoran su entrada al programa de salud mental, posteriormente son derivados a los/as psicólogos/as o asistentes/as sociales dependiendo del caso.

1.3. El consumo dependiente de BZD

Las investigaciones sobre la dependencia a las BZD pueden diferenciarse entre las que se focalizan en el abuso de dosis altas y las que se focalizan en el desarrollo de dependencia tras el uso crónico a dosis terapéuticas.

1.3.1. Estudios sobre efectos secundarios del consumo de BZD

Se han registrado estudios que indican que a altas dosis, las BZD pueden causar excitación paradójica y cambios conductuales incluyendo manía, esquizofrenia, enojo, impulsividad e hipomanía (Lader, 1991).

La gran mayoría de intentos de suicidio que se reportan en urgencias está relacionado con la consumo de grandes dosis de BZD, según un estudio publicado en Barcelona (2003), la mayoría de las intoxicaciones con BZD son gestos suicidas de escasa gravedad y con frecuencia participan en intoxicaciones mixtas tanto con otros medicamentos, como con drogas de abuso. Según los autores, es muy difícil que una intoxicación únicamente con BZD ponga al paciente en una situación grave: “La mortalidad por Benzodicepinas es de 5,9 por millón de prescripciones, cifra muy baja en comparación con la de 118 por millón atribuida a los barbitúricos” (Osés, Burillo-Putze, Munné & Nogué, 2003:50).

Otro estudio realizado en un laboratorio experimental, estableció que las dosis altas de clordiazepóxido y diazepam tomadas durante un mes o más producían un síndrome de abstinencia clínicamente similar al síndrome de abstinencia producido por las dosis altas de barbitúricos. Los signos y síntomas de abstinencia de BZD aparecieron

con la suspensión brusca del fármaco, se trataban en general de síntomas corporales de ansiedad como temblores, palpitaciones, sequedad bucal, sensación de frío o calor, insomnio marcado, sensación de irrealidad o de estar fuera del propio cuerpo, cefaleas graves, dolores musculares, perturbaciones del sueño, pérdida de apetito y de peso y trastornos de la percepción. Algunos pacientes padecieron depresión y en contadas ocasiones se presentaron episodios convulsivos o psicosis paranoide (Cole & Kando, 1993).

Actualmente se acepta que el consumo a largo plazo de BZD puede producir dependencia física y aparición de un síndrome de abstinencia, tanto tras el uso a dosis superiores a las terapéuticas como tras el uso a dosis terapéuticas durante un tiempo prolongado.

1.3.2. Estudios sobre dependencia a las BZD

Para entender mejor el término dependencia, destacamos que la OMS (1992) la define como:

Un estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Lo caracterizan por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por su privación (OMS, 1992:433).

El sistemas de clasificación diagnóstica usado en AP para la Salud Mental, es el manual de clasificación de enfermedades de la OMS, denominado CIE-10. Este manual refiere que para poder hablar de dependencia han de presentarse tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

Fuerte deseo de consumir la sustancia (Craving), dificultades para controlar dicho consumo, síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo, tolerancia, abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia, inversión cada vez mayor de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o con la recuperación de sus efectos, y persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales (OMS, 1992:61).

El CIE-10 además elabora 100 diagnósticos diferentes y según el modo de uso se clasifican trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, se incluyen características diagnósticas dependiendo de si es uso nocivo, abuso, intoxicación, síndrome de abstinencia, trastornos psicóticos, etc. (OMS, 1992).

Se han reportado casos clínicos con niveles muy significativos de dependencia tanto para la tolerancia como para la abstinencia de BZS en varias investigaciones (Ashton, 1984, Lader, 1991).

La gravedad de los síntomas de abstinencia y su presentación difieren en función de las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de las sustancias. Por ejemplo, la abstinencia de sustancias de acción corta con absorción rápida y que no tienen metabolitos activos (triazolam) puede empezar horas después de haber interrumpido su uso; en cambio, la abstinencia de sustancias con metabolitos de acción prolongada (diacepam) puede tardar 1-2 días o más en producirse (Ashton, 1984).

A partir de una compilación de estudios realizada por Usoa Busto, profesora de la University of Toronto, se exponen las variables que operan para determinar si una persona puede desarrollar una dependencia a las BZD:

Tabla 2. Factores para desarrollar dependencia a las BZD

Factores que dependen del fármaco	Factores que dependen del individuo
<p>Propiedades intrínsecas del fármaco:</p> <p>El efecto de refuerzo de las BZD es más bien bajo, sin embargo la autoadministración en animales y humanos de las bzd es mayor que el placebo y medicamentos que producen disforia como la clorpromacina (Goodman, Rall, Nies, & Palmer, 1996).</p>	<p>Biológicos:</p> <p>En la curva de metabolización del fármaco existen personas denominadas “metabolizadores lentos” que no poseen las enzimas adecuadas para metabolizar la mayoría de bzd, el autor postula que este tipo de genética condiciona una mayor presencia sanguínea del fármaco presentando mayor sedación y disturbios psicomotores.</p>
<p>Factores cinéticos.</p> <p>Las BZD lipofílicas que se absorben más rápidamente son más fáciles de generar dependencia,</p>	<p>Edad:</p> <p>En diferentes países se ha encontrado una proporción mayor de consumo crónico de bzd en personas mayores de 60 años que la usaban para tratar el insomnio.</p>
<p>Disponibilidad</p> <p>Se evidenció que la proporción de sujetos que obtenían las bzd sin receta médica, no era mayor entre los sujetos que</p>	<p>Comorbilidad:</p> <p>En un estudio realizado en la Addiction Research of Canadá, el 77% de los consumidores excesivos de bzd abusaban además de un</p>

Factores que dependen del fármaco	Factores que dependen del individuo
<p>cumplían los criterios de dependencia del DSM- IV. El síntoma de dependencia más frecuente encontrado fué el síndrome de privación, que según la autora revelaba neuroadaptación.</p>	<p>opiáceo y se encontraron altas tasas de trastorno de personalidad antisocial.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Busto, 2000.

Heather Ashton ha trabajado por más de 20 años en la identificación y tratamiento de las dependencias a las BZD, su manual: "Benzodiazepines: How They Work and How to Withdrawal" (2005) ha contribuido a difundir el conocimiento de las dependencias a las BZD en todo el mundo. Ashton afirma que todos los criterios de dependencia por consumo de drogas se cumplen para el caso de las BZD, siendo además el síndrome de abstinencia uno de los más difíciles de soportar con la retirada repentina del fármaco (Ashton, 2005).

Según la autora, las prescripciones de largo término (por más de 3 semanas) y un historial de abuso a otras sustancias son factores clave que debe tener en cuenta el médico a la hora de prescribirlas. Para prevenir la dependencia, la autora recomienda adherirse a las recomendaciones oficiales de prescripción a corto plazo (2-4 semanas) o su uso intermitente en breves ocasiones. Además, apunta que se debería tener mucho cuidado al prescribirlas en pacientes con sospecha de dependencia a otras sustancias y su uso no está indicado para el tratamiento a largo plazo de la depresión ni de otras condiciones psiquiátricas crónicas (Ashton, 2005).

1.3.3. Aportes desde el construccionismo social: condiciones de vida en la postmodernidad y consumo de psicofármacos

El construccionismo social ha sido una de las tendencias más utilizadas en la Antropología Médica. La perspectiva constructivista entiende las enfermedades como juicios que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. La construcción social de la enfermedad implica procesos sociales subjetivos y categorizaciones cognitivas y normativas. Las enfermedades no existen sin que alguien las reconozca y defina, sin el significado social que los seres humanos les aportan, no constituyen enfermedades.

Destacamos, en primer lugar, el enfoque interaccionista de Eliot Friedson, que prioriza el carácter interpretativo de la realidad social. En este marco, la enfermedad adquiere sus cualidades sobre la base de la manera en que las personas la interpretan, Si designar algo como enfermedad tiene efectos sobre el paciente y su entorno social, entonces hay que detenerse en las circunstancias sociales que rodean un diagnóstico de enfermedad (Friedson, 1978).

Para Friedson, lo esencial de este proceso es la forma en que los individuos responden a la enfermedad debido a las cualidades simbólicas de la vida social. Esta teoría tiene importantes aplicaciones en nuestro estudio, por la diferenciación construida socialmente entre drogas y psicofármacos. Si se establece que el enfermo es responsable de su situación, la enfermedad pierde legitimidad y el enfermo resulta un criminal, en cambio si no hay responsabilidad, es simplemente, un enfermo y su rol es legitimizado por la sociedad (Friedson, 1978).

Desde la perspectiva etnográfica cabe mencionar los trabajos realizados por Oriol Romaní, que ha incorporado los itinerarios asistenciales que siguen las personas con problemas por consumo de drogas. Según este autor, si queremos entender mejor los vínculos que las personas establecen con las diferentes sustancias debemos conocer antes sus efectos culturales, a fin de poder visualizar cómo ellos construyen sistemas de coordenadas y creencias en torno a dichas sustancias. Es preciso, entonces, tomar conciencia de la relevante importancia que tiene “el discurso social sobre las drogodependencias” (Romaní, 1999).

Si bien es cierto que las drogas actúan sobre “cuerpos biológicos” o sobre “organismos”, para este autor, los efectos están determinados por la cultura. Su aportación para comprender mejor la dependencia a las BZD queda explicitado en el hecho de que el efecto de una sustancia en el organismo pueda variar con relación a su contexto social, de esta forma, el psicofármaco es definido socialmente no por las cualidades químico-farmacológicas que posee sino por las condiciones económicas, políticas y médicas dentro de las cuales es usada: “La droga es lo que los conjuntos sociales y sujetos, en sus relaciones de hegemonía-subalternidad hacen con ellas y no solamente los efectos de las drogas en dichos sujetos” (Romaní, 1999:53).

Desde la Sociología, otros autores han focalizado sus teorías en torno a la influencia de las condiciones de vida de la llamada postmodernidad sobre la salud mental y el consumo de psicofármacos.

La postmodernidad actual ha sido definida por autores como Alain Ehrenberg (2000) como una etapa que se caracteriza por el debilitamiento de la sociedad salarial, los cambios al interior de la familia, las transformaciones en la estructura social y un Estado en retirada. Estos factores configuran un proceso de individuación progresivo que supone amplios costes sociales: como la desocupación, la precarización laboral y la polarización en las estructuras

ocupacionales y de ingresos, repercutiendo en procesos de creciente fragmentación social (Ehrenberg, 2000).

El autocontrol resultante del progresivo distanciamiento del sujeto respecto de las estructuras que tradicionalmente moldeaban su vida provoca en el individuo cambios que lo elevan a ideales de autonomía inédita, pero también le provocan instancias de mayor y constante exposición a la vulnerabilidad como producto de la incertidumbre de vivir en una sociedad que insta a “valérselas por sí mismo” (Ehrenberg, 2000).

La obligación que demanda paradójicamente esta libertad, hace oscilar al sujeto entre los beneficios de la autonomía y las exigencias continuas de iniciativa individual. Es allí donde se gesta un sujeto “fatigado de ser uno mismo”:

Se habla de “sujetos proactivos”, de “elaborar proyectos”, de “motivar”, “emprender”, se desvía la atención de las competencias técnicas hacia las cualificaciones del carácter, lo que lleva a una psicologización creciente de las relaciones sociales, apuntando a cuestiones como la “actitud” o el “perfil” y otorgando a lo psíquico una inscripción personal inédita que se despliega por múltiples vías farmacológicas (Ehrenberg, 2000:268).

Esto presenta una nueva manera de pensar y consumir los medicamentos a partir de un desvío de la idea de curación hacia ideales de calidad de vida y de *performance* social. Hablar de “uso indebido” o “abuso” del consumo de psicofármacos, supone, como plantea Ehrenberg, su ingreso en el el imaginario de las drogas, asociadas a la delincuencia y el vicio. En cambio el consumo de psicofármacos se define por una búsqueda de la mejora en la calidad de vida, una forma de adaptación social (Ehrenberg, 2000).

Según explica el autor Byung-Chul Han (2012), la sociedad disciplinaria de Michael Foucault, con sus cárceles, hospitales y psiquiátricos ya no se corresponde con la sociedad de hoy en día. Una nueva sociedad de gimnasios, torres de oficina, laboratorios genéticos, bancos y grandes centros comerciales componen lo que el autor denomina la sociedad de rendimiento. El anterior “sujeto de obediencia” ha sido reemplazado por el actual “sujeto de rendimiento”. Para Han, el sujeto de rendimiento se encuentra en guerra contra sí mismo. Libre de un dominio externo que lo obligue a trabajar o lo explote, el sujeto de rendimiento se abandona a la libre obligación de maximizar su rendimiento: “El exceso de trabajo se agudiza y se convierte en auto-explotación” (Han, 2012:64).

Para el autor, la interiorización de este mal es consecuencia del sistema neoliberal que ha logrado algo muy importante, ya no necesita ejercer la explotación desde el exterior porque ésta ha sido interiorizada:

La decisión de superar el sistema que nos induce a la depresión no es cosa que solo afecte al individuo. El individuo no es libre para decidir si quiere o no dejar de estar deprimido. El sistema neoliberal obliga al hombre a actuar como si fuera un empresario, un competidor del otro, al que solo le une la relación de competencia (...) La agitación permanente, la supremacía de la vida activa que es ampliamente alabada en la sociedad del rendimiento no genera nada nuevo, reproduce y acelera lo ya existente (Han, 2012:276).

Para este autor, el estrés y el nerviosismo imperante de la postmoderna sociedad activa, necesita su vez del dopaje para un rendimiento sin fricciones, la sociedad del rendimiento, como sociedad activa, está convirtiéndose paulatinamente en una sociedad de dopaje (Han, 2012).

Esta adaptación de la persona a unas condiciones de vida fatigantes, se llevaría acabo a través del consumo de psicofármacos o drogas “inteligentes”, que posibilitan un buen funcionamiento sin alteraciones y permiten a la persona, sentir el control sobre sus propios padecimientos y estados emocionales. Desde esta perspectiva, la cultura postmoderna estaría promoviendo y reforzando el consumo de psicofármacos.

1.4. Representaciones sociales del consumo de BZD

1.4.1. La teoría de las representaciones sociales de Moscovici

La “representación social” es un término que encontramos actualmente en diversas investigaciones dentro del campo de las Ciencias Sociales. Este concepto es definido por Serge Moscovici (1979) de la siguiente forma:

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (...) son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. Es una organización de imágenes y de lenguaje. Toda representación social está compuesta de figuras y expresiones socializadas. (...) Una

representación social, habla, muestra, comunica, produce determinados comportamientos (Moscovici, 1979:24-29)

Denise Jodelet (1984) ha sido la autora que ha continuado y profundizado la teoría elaborada por Moscovici, para ella, las representaciones sociales pueden entenderse como formas específicas y estructuradas de conocimiento o pensamiento social, diferenciables de los mitos, las actitudes o la ideología. Constituyen una forma de conocimiento socialmente compartido y construido, que junto con intentar comprender y explicar los fenómenos de la vida cotidiana, contienen una dimensión pragmática o funcional, no sólo en términos de comportamiento, sino además de transformación del entorno en que dichas conductas tienen lugar (Jodelet, 2003).

Según Jodelet, las representaciones sociales se materializan a través del lenguaje. De esta forma, es a través de la manifestación discursiva de los individuos, que podemos captar la representación social, la significación de dicha representación quedará determinada además por el contexto ideológico y el lugar que el grupo del individuo ocupa en el sistema social (Jodelet, 2003).

Según Moscovici, las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos. La actitud es el elemento afectivo de la representación, se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación. La información es la dimensión que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación, dónde la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediatizado por ambas variables. Finalmente, el campo de representación sugiere la idea de “modelo” y está referido al orden que toman los contenidos

representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada (Mora, 2002).

Todos los autores posteriores a Moscovici, están de acuerdo con esta definición de la representación como conjunto organizado. Pero además, Jean Claude Abric aporta la hipótesis de que el campo representacional está compuesto por un núcleo central, dónde se encuentran aquellos contenidos de mayor significación para los sujetos y por un sistema periférico que incluye todas las diferencias individuales. “Toda representación está organizada alrededor de un núcleo central. Este es el elemento fundamental de la representación puesto que a la vez determina la significación y la organización de la representación” (Abric, 2001:18).

El campo representacional se estructura en torno a este núcleo central, que constituye la parte más estable, compuesto por aquellos contenidos de mayor significación para los sujetos y que aportan la imagen central de la representación. Por otra parte, cabe destacar que esta la centralidad no puede ser llevada a una dimensión cuantitativa. Al contrario, para Abric el núcleo central posee una dimensión cualitativa. “No es la presencia de un elemento que define su centralidad es el hecho que otorga su significación a la representación” (Abric, 2001:21).

Por otro lado, los elementos periféricos se organizan alrededor de éste núcleo central. Estos elementos están jerarquizados, es decir, que siguen un orden determinado en función de su cercanía al núcleo central, los elementos periféricos desempeñan un papel esencial en la adaptación de la representación, a las evoluciones del contexto (Abric, 2001).

De esta forma, Abric distingue un sistema central, cuya determinación es esencialmente social y es construido o inferido por parte del investigador, de un sistema periférico, cuya determinación es

más individualizado y contextualizado, asociado a las características individuales y al contexto inmediato, que permite una adaptación e integración de las experiencias cotidianas (Abric, 2001).

1.4.2. Estudios sobre representaciones sociales del consumo de drogas y psicofármacos

La investigación sobre las representaciones sociales relacionadas con el fenómeno del consumo de drogas aún es incipiente: existen pocos estudios publicados al respecto, aunque es innegable que el interés por este tema de estudio ha ido aumentando recientemente. En el año 2000 se realiza en España un amplio estudio sobre las representaciones sociales en torno a las drogas (Megías, Comas, Navarro, Botella & Romaní), la mayoría de significados encontrados respondieron a los estereotipos sociales creados por el discurso sobre la droga como “entidad poderosa y malinga”, que exige de parte de las autoridades una confrontación sin matices. Se concluye afirmando que los consumidores asumen una posición victimista frente al consumo de drogas,. La imagen central asociada, se basaba en los efectos que la droga produce para paliar los daños y sufrimientos subjetivos (Megías et al, 2000).

En Chile se han publicado diversas investigaciones para conocer las representaciones sociales de los jóvenes sobre el consumo de alcohol y drogas. Carlos Álvarez, en 1996, realizó un estudio de carácter exploratorio, que indagaba sobre las representaciones acerca del consumo de drogas y alcohol en jóvenes estudiantes secundarios. El autor constató que las drogas y el alcohol poseen un valor simbólico, y forman parte constitutiva de rituales sociales que se dan en la vida cotidiana. Por otro lado, las normas y los valores legitimados

socialmente, se ponían de manifiesto sólo cuando se reproducían en prácticas institucionalizadas (Alvarez, 1996).

Más recientemente, en 2008, el Observatorio Chileno de Drogas y Alcohol (SENDA) publicó un informe sobre las representaciones sociales en grupos juveniles chilenos (18-29 años) consumidores de drogas lícitas e ilícitas, con el objetivo de conocer sus creencias y motivaciones, para mejorar así las estrategias de prevención del consumo de drogas.

Entre los principales facilitadores detectados, aparece el espacio universitario como un lugar de confianza y libertad, donde el consumo de alcohol y otras sustancias es tolerado por la autoridad. Las drogas validadas son el alcohol, el tabaco y la marihuana, su uso está determinado por el efecto que se busca lograr, existiendo un mayor rechazo hacia otras sustancias por asociarse a un mayor nivel de adicción (CONACE, 2008).

Cabe señalar otro estudio cualitativo de gran interés por analizar las representaciones sociales del consumo indebido de psicofármacos realizado en Argentina en 2007. Este estudio indaga en las representaciones sociales sobre el consumo de medicamentos psicotrópicos sin receta médica. Los resultados mostraron que los imaginarios y prácticas de autoconsumo de psicotrópicos no se dan de modo homogéneo. Los ciclos vitales, el género y el nivel socioeconómico trazan diferencias significativas (SEDRONAR, 2007).

En las representaciones sociales presentadas a partir de las entrevistas de este estudio se observa un malestar fundamentado en no poder descansar, con síntomas tales de ansiedad, nervios, estrés, angustia y depresión. Los autores asocian este malestar con los cambios surgidos durante la postmodernidad en la esfera del trabajo y las relaciones sociales:

Lo que se muestra es un sujeto vulnerable que experimenta situaciones de excesiva autonomía, de incertidumbre constante o de dependencia hacia el otro que se resuelven químicamente. La tolerancia social respecto al consumo extendido de estos medicamentos se funda en una encrucijada: el sujeto vive situaciones de inédita autonomía a partir del proceso de debilitamiento de los marcos institucionales tradicionales (...) lo que este proceso nos muestra es una respuesta adaptativa vía la química hacia los nuevos parámetros que nos depara vivir en sociedad: el psicotrópico resulta un insumo para ser parte competente de la cultura dominante (SEDRONAR, 2007:142).

1.5. Perspectiva de género del consumo de BZD

1.5.1. Género, demanda de roles y condiciones de vida

La distinción entre sexo y género ha sido extraordinariamente eficaz para resaltar que los roles, atributos y comportamientos de mujeres y hombres, es variable, heterogéneo y diverso, porque dependen de factores eminentemente culturales. El rol social es el conjunto de prescripciones que delimitan el desempeño de determinados comportamientos esperados por el medio en el cual las personas viven. Las mujeres pueden desempeñar en su vida diversos roles. Según el contexto cultural, las diferentes categorías socioeconómicas y los distintos momentos históricos estos roles reciben mayor o menor valoración, normatización y elaboración social.

Anastasia Téllez y Purificación Heras, profesoras de la Universidad Miguel Hernández de Elche han analizado las

representaciones culturales de género y la maternidad desde la Antropología Sociocultural.

Las autoras abordan la maternidad en relación con el ámbito del trabajo, mostrando cómo las trayectorias laborales de las mujeres se ven fuertemente condicionadas por su ciclo de vida y por anteponer su función de madres. Esto se sustenta en una ideología que prioriza el rol de las mujeres en su función reproductora. Las representaciones ideáticas sobre la relación mujer-madre, juegan un importante papel, condicionando las trayectorias laborales de las mujeres al supeditar el trabajo fuera del hogar al trabajo doméstico (Téllez y Heras, 2008).

Esta ideología percibe el trabajo femenino como accesorio, que puede contribuir a las necesidades familiares en determinados momentos, pero es sobre el hombre que recae la función productora para mantener a la familia. De esta forma el trabajo doméstico es asignado a la mujer y desvalorizado socialmente al negársele su función productiva (Téllez y Heras, 2008).

Las implicaciones que esta desvalorización puede tener para la salud emocional de las mujeres son evidentes:

Entre estas patologías debemos destacar el denominado “síndrome del ama de casa”, el cual se debe al hecho de que el trabajo doméstico implica soledad, monotonía y escasa valoración social. Cuando ese papel es asumido por obligación social o por necesidad familiar, suele desembocar en un cuadro depresivo provocado, sobre todo, por la baja autoestima, la frustración y la sensación de aislamiento. En definitiva, los diversos estudios antropológicos evidencian que las concepciones sociales y las representaciones ideológicas entran en actuación en la desvalorización social que la esfera doméstica y el trabajo materno de la reproducción tienen en nuestras sociedades capitalistas. Esta desvalorización está

basada en la consideración de que todo trabajo tiene un valor de cambio, y desde el momento que las actividades que se realizan en el ámbito doméstico no poseen tal característica, quedan directamente relegadas a un plano secundario frente a las entendidas como realmente productivas (Téllez y Heras, 2008:15).

Las autoras también destacan que la interacción entre los profesionales sanitarios y las mujeres están totalmente condicionadas por la ideología de género presente en los profesionales sanitarios, a pesar de la aparente neutralidad del discurso biomédico, asumiendo conceptualizaciones esencialistas del significado de la maternidad. Las autoras abordan esta temática mediante el ejemplo del uso de las tecnologías biomédicas de reproducción (tratamientos de fertilidad, abortos, etc.).

Los estudios sobre la identidad de las mujeres en relación con la maternidad, muestran que existen diferencias significativas en las experiencias de vida de las mujeres según las condiciones sociales y el ciclo vital, pero a la vez, existe una representación hegemónica que la sociedad impone a las mujeres sobre su maternidad: “La mujer entendida como mera reproductora no va a ser considerada como realizada, como poseedora de una vida plena hasta que no llega a la maternidad, que, en el modelo ideológico dominante, pasa a constituir el epicentro de su vida” (Téllez & Heras, 2008:33).

Esta característica tiene implicaciones muy diversas, entre otras, significa además, una disponibilidad permanente, “haciendo que la maternidad no se concrete en el punto de la gestación y en el acto del parir” (Téllez y Heras, 2008:33) sino que se extiende para toda la vida, mucho más allá de las necesidades que puedan tener los hijos.

Podemos afirmar que la maternidad es uno de los ámbitos de la salud donde los factores sociales y culturales son más invisibles, tanto

para la población general, como para los profesionales sanitarios, por lo que desentrañar la ideología que se encuentra implícita en la maternidad puede contribuir a entender mejor los procesos de salud y enfermedad de las mujeres.

Un ejemplo paradigmático lo encontramos con el “síndrome del nido vacío”, el término se hizo popular a raíz de una investigación realizada en Estados Unidos en la década de 1960. Los medios de comunicación contribuyeron a popularizar el término y hoy en día incluso se considera entre algunos profesionales de la salud un riesgo para la salud de las mujeres. Sin embargo, como afirma Mercedes Pascual del Río (2015) en su tesis doctoral, esta investigación y otras posteriores utilizaron una muestra de mujeres con diagnóstico de depresión. En los últimos años, se está demostrando a través de encuestas poblacionales, que para muchas mujeres se convierte en un periodo de gran satisfacción personal y matrimonial. Este síndrome sólo se refiere a mujeres, y no a hombres, porque se ha naturalizado el rol maternal, hasta el punto de creer que todas las mujeres vivirán con estrés la etapa de emancipación de sus hijos. En su trabajo, la autora como el llamado “síndrome del nido vacío” depende del significado que las mujeres otorgan a la maternidad (Pascual, 2015).

Debido a las características muestrales de población de mujeres con las que hemos trabajado, nos parece pertinente destacar otro estudio que analiza la identidad de género en relación con el trabajo en contextos de crisis y desempleo, publicado por Anastasia Téllez y Javier Eloy Martínez (2016), a pesar de haberse realizado en el sur de la provincia de Alicante (España), encontramos muchos paralelismos con la realidad observada en Machalí.

Con respecto a la identidad masculina, los autores muestran la forma en que ésta se construye en torno al ámbito público, principalmente con el trabajo remunerado, donde los hombres pueden demostrar su masculinidad. Cuando los hombres se enfrentan a

situaciones de desempleo y gran precariedad laboral, su identidad masculina se ve negativamente afectada (Téllez y Martínez, 2016).

Uno de los efectos de que han observado los autores en su trabajo de campo, sobre la crisis económica española desde el 2011 al 2015, ha sido cómo el desempleo ha afectado negativamente a las relaciones de pareja y al entorno familiar de los hombres desempleados:

Efectivamente, como nuestro trabajo de campo nos ha puesto de relieve, la construcción cultural de la masculinidad tradicional y hegemónica está muy presente en estas situaciones problemáticas familiares. Aún a sabiendas de que éste es un tema muy complejo, qué duda cabe de que el malestar dentro de la pareja y del entorno familiar más amplio, basado en la situación prolongada de desempleo y falta de ingresos, así como por la “desesperante” situación, sobre todo del varón, de “estar en paro mucho tiempo” incrementa directamente los problemas conyugales, desembocando, en ocasiones, en episodios de violencia intrafamiliar, de separaciones, de estrés y de múltiples formas de “discomfort” (Téllez y Martínez, 2016: 207).

Otro de los aspectos a destacar de éste estudio, son las múltiples formas de violencia que se generan en relación con la situación de desempleo masculino. La frustración y las insatisfacciones identitarias entre otras, generan en el hombre altos grados de violencia contra sí mismos y contra su entorno familiar. Los autores detectaron una opinión mayoritaria en los informantes sobre el posible aumento de la violencia machista que relaciona la mentalidad machista en paro con la violencia de género contra la mujer (Téllez y Martínez, 2016).

Junto al desempleo, los autores destacan las condiciones en las que se realizan ciertos trabajos, pues también guardan una estrecha relación con la salud. Especialmente los empleos temporales afectan

negativamente al bienestar personal de los hombres y a su entorno familiar. En base a la observación directa, los autores resaltan que otro de los efectos de la crisis y el desempleo fué el aumento de casos de alcoholismo:

Como los expertos advierten en nuestra sociedad, y en base a las representaciones ideológicas de género y salud, los hombres, casi nunca reconocen su malestar psicológico o su estado de ansiedad o depresión. Pues entienden que no es de hombres el ser débil, deprimirse, no saber afrontar los problemas, los contratiempos, pues lo ven como signos de vulnerabilidad que ponen en entredicho por mandato de género su fortaleza masculina. Esta relación tan nefasta de cuerpo y masculinidad hace que, muchos de estos desempleados que hemos analizado, acudan antes a evadirse a través del alcohol y los amigos en el bar, como hemos comentado, que a ir a la consulta del médico de cabecera o de un psicólogo o psiquiatra (...) Al contrario, sus mujeres pueden admitir más fácilmente, como han evidenciado en sus discursos, que están tomando cierta medicación para el insomnio, estrés o depresión, mientras ellos, sus maridos, en el caso de que se mediquen y tengan su tratamiento psiquiátrico, difícilmente lo reconocerán en público, incluso lo considerarán como algo vergonzoso y que les debilita su pretendida masculinidad (debilidad al fin y al cabo ante las adversidades) (Téllez y Martínez, 2016:213).

Finalmente los autores comprobaron que aún es muy minoritario el porcentaje de hombres que se responsabiliza con el trabajo en el hogar y los cuidados del ámbito doméstico. En numerosas familias la mujer era la que trabajaba fuera del hogar y el hombre, en lugar de asumir las tareas domésticas, salía a pasar el tiempo en los bares o en la búsqueda de empleo. En estas circunstancias las mujeres se sentían muy sobrecargadas y exigidas. La gran mayoría expresaba la

necesidad de recibir mayor ayuda en el reparto doméstico y de disponer de mayor tiempo libre (Téllez y Martínez, 2016).

Queremos destacar otro artículo que analiza la jubilación de hombres y mujeres desde la perspectiva de género (Téllez, 2010). La autora destaca que existen determinados procesos de trabajo como la minería y “el trabajo de ama de casa” que generan una identidad social muy marcada y diferenciada en los sujetos. Esta identidad “modela las conductas sociales de los sujetos, caracterizándolos y dotándolos de un ser social diferenciado” (Téllez, 2010:3). En el caso de las mujeres “amas de casa” esta identidad les confiere una manera de pensar y de sentir característico, con diferencias fundamentales respecto al trabajo considerado formal o remunerado:

Estas mujeres trabajadoras de su hogar, tienen unos saberes aprendidos a lo largo de mucho tiempo que les confiere una forma de vida, de saber hacer (cocinar, limpiar, tender, planchar, cuidar a los demás -niños, personas dependientes y ancianos-, etc.). Han pasado toda su vida en ese mismo trabajo; trabajo rutinario, no valorado, que todos los días es igual, que no se valora, que sólo se nota y aprecia por los demás miembros de la casa cuando deja de hacerse (por ejemplo, cuando la madre está fuera de casa unos días, o en el hospital, y su ausencia se “nota”). Trabajo, el doméstico, muy solitario, donde las relaciones sociales no son con los compañeros de la oficina, sino de vez en cuando al salir al mercado a comprar, al hablar con alguna vecina, al ir a visitar todos los días a la abuela que está enferma y “darle una vuelta”, ir a la farmacia, etc. Trabajo éste en el que no se puede promocionar, donde la satisfacción de saber enseñar a los (las) aprendices lo que “una sabe” ya no interesa a las nuevas generaciones (de mujeres), como sí hicieron nuestras abuelas o madres con nosotras, etc. Trabajo por el que no te pagan un salario, no hay horas extras, ni

vacaciones, ni cotizaciones a la Seguridad Social, ni por supuesto jubilación. ¿Cuándo se jubila una mujer ama de casa?... No a los 65, ni a los 67 ni a los 70 años... como se está discutiendo ahora en el debate político y social... pues sólo se habla del “empleo” y no del amplio sentido del concepto de “trabajo” (donde incluyo el trabajo doméstico, el trabajo sumergido, el trabajo de voluntariado social, etc.). Por eso aunque una mujer que trabaje fuera y dentro de la casa se jubile (de su actividad en la oficina, la fábrica, etc.) seguirá teniendo su “otro trabajo” (la casa) para el que no existe la edad de jubilación y sólo dejará de hacerlo cuando su cuerpo y/o su mente ya no se lo permita y a edad muy avanzada (Téllez, 2010:3)

Es común que con la jubilación del marido aparezca una nueva crisis en la relación de pareja. El marido jubilado, se encuentra que se le desestructura una gran parte de su vida, de sus horarios, etc. Su identidad social se vé profundamente trastocada. Muchos de éstos hombres jubilados, pueden entrar en una depresión, si no logran adaptarse a esta nueva situación participando en actividades sociales o involucrándose en los espacios domésticos, por ejemplo (Téllez, 2010).

Cómo hemos podido comprobar, las condiciones en las que las mujeres desarrollan sus vidas están asociadas a su salud y a sus modos de enfermar. Por ello, es necesario incluir sus condiciones de trabajo. La desigualdad en dichas condiciones afecta a los modos de enfermedad de las mujeres. El hecho de que los hombres no asuman su parte en el reparto de las tareas del hogar, hace que las mujeres tengan que asumir el trabajo doméstico y el empleo fuera de casa; es lo que se conoce como doble jornada de trabajo (Téllez, 2010).

El trabajo realizado por Erica Briones (2010) sobre una aproximación cualitativa a la fibromialgia desde la perspectiva de género, es una referencia a destacar en este ámbito. Diversas explicaciones científicas etiopatogénicas coinciden con la reflexión de

las mujeres entrevistadas en que hechos cómo la sobrecarga derivada de la doble jornada de trabajo (doméstica y extradoméstica) junto a posibles traumas de la infancia pueden incidir en el desarrollo de la fibromialgia. En varios estudios se han reportado recuerdos negativos de la infancia o de haber sufrido algún traumatismo físico como un accidente de tráfico por parte de las pacientes de fibromialgia (Briones, 2010).

La socialización de género es interiorizada por las mujeres para asumir las responsabilidades asociadas “al ser mujer” cómo el cuidado de la familia o la limpieza de la casa. Las mujeres entrevistadas tenían tan asumido esos roles que se sentían muy culpables y desvalorizadas si no podían cumplir con dichos roles debido a su enfermedad (Briones, 2010).

Además los maridos no asumían esas funciones y la solicitud de ayuda en este sentido era causa de conflicto. Otras tensiones también se generaban como consecuencia de no poder ejercer el rol de cuidadoras de sus nietos debido a las limitaciones de su enfermedad. También cabe destacar la desigualdad presente en el mercado laboral, dónde la mujer suele ocupar los puestos menos cualificados:

En general, una proporción importante de las mujeres que trabajan fuera de casa realiza trabajos poco cualificados y, por tanto, es susceptible de vivir algunas de las características consideradas como potencialmente estresantes en el mundo laboral (y por tanto, negativas para la salud) como poca remuneración, escasa consideración social, pocas posibilidades de control y decisión sobre el trabajo, trabajos rígidos, poco creativos, monótonos, rutinarios, inferiores a la cualificación que posee la persona, ausencia de posibilidades de desarrollo personal y laboral (Valls, 1994; Ferrer Pérez, 1998) citado por (Briones, 2010:286).

1.5.2. Estudios sobre consumo de psicofármacos en mujeres

En la década de los 90 el siglo XX, un movimiento internacional de investigadores/as impulsó la inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y el rigor científico aplicado al estudio de los problemas más prevalentes entre las mujeres. En el terreno de investigar las diferencias en mortalidad y morbilidad, fue Lois Verbrugge la pionera, ella empezó a analizar y a demostrar que existían diferencias en las enfermedades que afectaban a hombres y mujeres, señalando la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y utilización de los servicios sanitarios entre el sexo femenino. Su mayor contribución fue demostrar que el nivel más pobre de salud entre las mujeres, respecto a los hombres, se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro, y el estrés físico y mental (Verbrugge, 1985).

El Informe Mundial de la Salud de la OMS publicado en 2001, incluye referencias al efecto de la variable de género como determinante crítico de la salud mental y el consumo de psicofármacos. La morbilidad asociada con la enfermedad mental ha recibido considerablemente más atención que los determinantes y mecanismos específicos de género que promueven y protegen la salud mental y fomentan la resiliencia al estrés y la adversidad (OMS, 2001). Según el informe, las diferencias de género se producen particularmente en las tasas de trastornos mentales comunes: depresión, ansiedad y quejas somáticas. En el tratamiento de este tipo de trastornos, es muy común el sesgo de género entre los/as profesionales sanitarios, que son más propensos a diagnosticar la depresión y a prescribir psicofármacos en el tratamiento a las mujeres en comparación con los hombres (OMS, 2001).

Según este informe, existen diferencias de género en los patrones de búsqueda de ayuda para el trastorno psicológico. Las mujeres son

más propensas a buscar ayuda y revelar problemas de salud mental a su médico de atención primaria, mientras que los hombres son más propensos a buscar atención especializada de salud mental y son los principales usuarios de la atención hospitalaria. Los estereotipos de género, en cuanto a la propensión a los problemas emocionales en las mujeres y los problemas de alcohol en los hombres, parecen reforzar el estigma social y restringir la ayuda sanitaria, cayendo en líneas de atención estereotipadas, como son la prescripción de psicofármacos en mujeres para tratar la ansiedad o la depresión (OMS, 2001).

Los países dónde primero se investigó la sobreprescripción de BZD en mujeres fueron Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. La tendencia en estos países indicaba que eran prescritos para el doble de mujeres que de hombres. En Canadá el problema fue identificado como un tema crítico de atención médica en la década de 1970.

Se han realizado diversas investigaciones sobre la medicalización del cuerpo femenino desde la perspectiva de género. Ruth Cooperstock, pionera en este ámbito, describía en 1976 que mujeres que se presentaban a su médico con síntomas comparables a los hombres tenían más probabilidades de recibir ansiolíticos (Cooperstock, 1976).

Una mayor socialización a la hora percibir sus “debilidades emocionales” y su disponibilidad para buscar ayuda en los profesionales médicos, predisponía a las mujeres a recibir mayor prescripción de psicofármacos que los hombres (Cooperstock, 1976).

Afirma Janet Currie en su informe “Manufacturing Addiction” de 2003, que en las mujeres, procesos tales como la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia puede causar dolor y malestar e interferir con acontecimientos de la vida cotidiana. Cuando se combinan con otras fuentes de estrés, provocan angustia física y mental única para las mujeres. Debido a las múltiples funciones

realizadas por muchas mujeres en Canadá y la doble jornada del trabajo remunerado y el trabajo doméstico que muchas realizan, problemas específicamente relacionados con los roles de género hacen a las mujeres particularmente vulnerables para el consumo de BZD (Currie, 2003).

Heather Ashton argumenta que las mujeres tienen mayor probabilidad de recibir prescripción de psicofármacos debido a problemáticas más comunes en las mujeres (menopausia, postparto), en cambio, parece no existir la correspondiente proporción de prescripción de psicofármacos para problemas puramente masculinos como los de próstata o la impotencia (Ashton, 1991).

Ashton ha identificado un sesgo de género en el diagnóstico médico y la elección de la medicación. Además afirma que las mujeres también tienen problemas específicos que suelen provocar mayor estrés, como són el embarazo, la lactancia, la crianza de los hijos y la tensión premenstrual. Concluye diciendo que probablemente el consumo de BZD en mujeres es inapropiado y no está estrechamente relacionado con los síntomas o afecciones para las que se prescriben (Ashton, 1991).

Por otro lado, Elizabeth Ettorre y Elianne Riska plantean que una perspectiva de género o, más específicamente, una perspectiva feminista ha estado ausente entre las contribuciones de los científicos sociales al problema de la dependencia en mujeres. Según las autoras, no es suficiente a la hora de explicar la mayor probabilidad en el consumo de psicofármacos por parte de las mujeres, atender a factores cómo la cantidad de apoyo social y el estrés social experimentado, cómo si fueran variables aisladas de la misma estructura social que reproduce desigualdades y las invisibiliza (Ettorre y Riska, 1993).

En este trabajo, las autoras se sumergen en un análisis del discurso médico y sociológico sobre el uso de psicofármacos, y

plantean una enfoque sensible al género que permita ver a las mujeres y explicar el mundo desde su propia perspectiva. (Ettore y Riska, 1993).

Nos parece relevante citar otro estudio publicado en Alemania en 2002 que aborda el alcoholismo femenino desde un análisis de los roles de género. Desde las Ciencias Sociales se ha hipotetizado que el aumento global del alcoholismo femenino está asociado con el cambio del rol femenino tradicional, y se ve especialmente como consecuencia de la convergencia de los roles o los conflictos de los roles de género. Los resultados de este estudio mostraron que las mujeres alcohólicas se describen a sí mismas como más bien indiferenciadas, y más femeninas que masculinas. Los datos del estudio no apoyan la hipótesis de la convergencia relacionada con la orientación del rol de género, pero sí afirman que el auto-concepto femenino tradicional puede ser un factor de riesgo inespecífico para la vulnerabilidad al alcoholismo (Möller-Leimkühler, Schwarz, Burtscheidt, & Gaebel , 2002).

Antonio Guijarro Morales, licenciado en medicina y cirugía de la facultad de medicina de Granada, fue de los primero en describir “el síndrome de la abuela esclava”, el perfil lo configuran mujeres adultas que adquieren cada vez más responsabilidades domésticas sin saber poner límites. La vida familiar de estas abuelas es con frecuencia de alta exigencia y su capacidad física y emocional se resiente en el desempeño de múltiples labores domésticas. Este síndrome se correlaciona con diversa sintomatología a destacar: hipertensión, cansancio, dolor crónico, insomnio y caídas accidentales. Estas mujeres suelen consultar por diversos malestares y ser muy demandantes de ayuda en los centros de atención primaria (Guijarro, 2001).

Las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) publicadas por el Instituto de la Mujer en España, dan cuenta de la estadística en el consumo de medicamentos de hombres y mujeres:

En la mujer, las medicinas para el dolor son el medicamento más consumido, (el 31.5% de las mujeres lo había consumido en las últimas dos semanas). Le siguen en importancia las medicinas para la tensión arterial (18.0%) y los tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (14.0%) (...) Este diferencial es aún mayor, el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, en el que el porcentaje de mujeres con consumo excede en más del doble al porcentaje obtenido en hombres (Instituto de la mujer, 2010. pp 195)

En lengua hispana, las publicaciones sobre género y psicofármacos no son tan abundantes. Cabe destacar un artículo publicado en 2002, que revisa un conjunto de investigaciones sobre el uso de psicofármacos en atención primaria, especialmente aquellas que se centran en la prescripción y su uso por parte de las mujeres (Markez, Póo, Romo, Meneses, Gil & Vega, 2004).

En este estudio se muestra que son muy escasas las investigaciones que se proponen buscar explicaciones al uso diferencial de psicofármacos por las mujeres. Un aporte interesante, es que introduce la relevancia del sesgo de género cometido por el profesional médico para entender la prescripción diferencial hacia las mujeres. Las autoras ponen de manifiesto como los profesionales de la salud mental comparten una serie de estereotipos de género: “Los médicos a veces responden de forma diferente a los pacientes varones o mujeres que presentan la misma queja, ofreciendo diagnósticos y tratamientos diferenciados” (Markez et al, 2004:38-39).

Además las autoras en este artículo, critican la patologización de los sufrimientos de las mujeres presente en la práctica médica al desligar la enfermedad mental de las condiciones de vida que las genera: “Se ha estado patologizando el malestar femenino,

presentándolo como desviación de la norma cuando es la adhesión a esas normas, lo que genera malestar en estas mujeres” (Market et al, 2004:41).

Las autoras expresan la importancia de una mayor formación en la perspectiva de género para los profesionales sanitarios que atienden en atención primaria, una idea clave para entender la prescripción diferencial hacia las mujeres es la de la profecía autocumplida:

Tiene que ver con que las mujeres tienen una exposición mayor a la posible prescripción de estos fármacos, ya que los médicos y médicas que estudian la literatura de su especialidad las ven como "más necesitadas" o grupo de riesgo, situación que se une a los estereotipos de género que como personas llevan incorporados en su vida cotidiana (Markez et al, 2004:56).

Nuria Romo y Eugenia Gil publicaron en 2006 un artículo que vincula la perspectiva de género y el consumo de psicofármacos. Las autoras afirman que las mujeres recurren a los psicofármacos para aliviar la ansiedad, estrés y depresión que sufren, con diferencias significativas dependiendo del ciclo vital en el que se encuentren. Por razones de índole cultural, las mujeres están más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a buscar atención a sus malestares (Romo y Gil, 2006).

Encontramos de gran utilidad este tipo de trabajos, por mostrarnos cómo los discursos de las propias usuarias ofrecen información muy relevante y nos permiten profundizar en la comprensión de la vivencia subjetiva del malestar y los procesos de medicalización en las mujeres.

En el continente latinoamericano, Mabel Burín es una de las pocas investigadoras que ha analizado la prescripción diferencial de psicofármacos y ha profundizado desde una perspectiva crítica en la medicalización de los malestares sociales de las mujeres. Esta autora

mantiene que la expansión del mercado farmacéutico ha tenido profundas consecuencias en la vida y en la salud de las personas. La transformación de los medicamentos en mercancía común dentro del mercado de consumo, hizo que su demanda fuese estimulada artificial e intensivamente, en contextos de crisis económica y mayor fragmentación social, esta demanda se ha disparado en Argentina, otorgando gran rentabilidad a la industria farmacéutica (Burin, 1990).

Según Burin, las mujeres desempeñan roles de género femenino que normatizan sus vidas cotidianas. Estos roles les asignan tareas y preocupaciones que las sitúan dentro de contextos difíciles de enfrentar. Ante eso que la autora denomina "situaciones de contexto difíciles", las mujeres reaccionan con afectos desbordantes, imposibles de controlar (Burin, 1990).

Sin embargo, el desborde de las emociones que padecen este grupo de mujeres es percibido por sí mismas e incluso por quienes las rodean como un problema, como si fuera una falla de su personalidad, que ellas deben remediar, cuando las expectativas familiares son las de que las mujeres mantengan el equilibrio emocional y la armonía afectiva. El desfase entre las expectativas del rol de género femenino y su desempeño es considerado como enfermedad que debe ser llevada a la consulta (Burin, 1990).

En este punto cobra especial relevancia el concepto de "tranquilidad recetada" descrito por Mabel Burin. Según la autora, en las consultas de atención primaria, las únicas expresiones legítimas son las somáticas y se omite la escucha de las experiencias personales y su significado. Las pacientes con síndromes del malestar son percibidas como difíciles, insatisfechas, frustrantes para el médico o médica, y se tiende a un manejo medicalizado del malestar psíquico. (Burin, 1990).

En la práctica se observa que la conducta terapéutica es, con mayor frecuencia, la prescripción tranquilizante de psicofármacos. Este hecho tiene importantes consecuencias, porque si se invisibiliza la autopercepción del malestar (lo que causa los síntomas), se facilita la cronificación de los problemas a través de la medicación tranquilizadora inespecífica (Burin, 1990).

En trabajos posteriores, la autora ha analizado las condiciones de vida de las mujeres (especialmente el rol de ama de casa) que constituyen factores estresantes y/o depresógenos. El principal grupo de riesgo para el consumo de Benzodiacepinas en este estudio, estaba constituido por amas de casa de mediana edad, de medios urbanos o suburbanos, así como las dedicadas al trabajo maternal, con varios hijos pequeños, y las que realizan doble jornada de trabajo (Burin, 2005).



II.
PARTE EMPÍRICA





2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

El uso de psicofármacos se ha convertido en la práctica asistencial más importante en salud mental, siendo ampliamente utilizados en todos los servicios y configurándose como el recurso central en las intervenciones del sistema de salud. La centralidad de la prescripción farmacológica se refleja en el incremento continuo del consumo de psicofármacos que se viene produciendo en Chile por parte de la población. A pesar de conocer los riesgos que entraña el consumo crónico de BZD, como la dependencia física y la aparición de un síndrome de abstinencia (Ashton, 1984), los médicos de atención primaria la siguen prescribiendo por más tiempo del recomendado (Fernández, 2002).

Concretamente en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Osvaldo Ruz Orrego de Machalí en Chile, donde realizamos nuestro estudio, los datos recopilados indican que existe una alta prescripción de BZD especialmente en mujeres y que esta se realiza por mayores periodos de tiempo de los recomendados por el Ministerio de Salud de Chile, (MINSAL, 2013). Además, en este centro, encontramos numerosos casos de mujeres con diagnóstico de dependencia a alguna BZD.

Para Oriol Romaní, La mayoría de investigaciones sobre consumo de drogas se han basado en un determinismo farmacológico centrado en los efectos psicofísicos de las sustancias, la percepción del propio sujeto o las representaciones sociales del consumo, son pieza clave para comprender el fenómeno del consumo y dependencia a las drogas, y sin embargo, han estado ausentes en la mayoría de las investigaciones revisadas (Romaní, 1999).

Conocer, por un lado, las características de la prescripción de BZD a mujeres por parte de los profesionales médicos; y, por otro, las representaciones sociales que tienen las mujeres con consumo dependiente a esos psicofármacos, puede significar un aporte fundamental para desarrollar futuras estrategias de prevención y deshabitación del consumo de BZD en los centros de AP.

Por ello, nuestro objetivo general es:

Objetivo general: *conocer la práctica médica de prescripción de Benzodicepinas y describir las representaciones sociales del consumo de Benzodicepinas en mujeres.*

2.1.2. Objetivos específicos

El paradigma biomédico centrado en la enfermedad se ha identificado como modelo de racionalidad dominante de la práctica prescriptiva actual. Esta práctica de prescripción, cómo afirma Joahna Moncrieff (2008), no viene determinada por una teoría científica sino que ha sido construido en torno a un cuerpo social (el estamento médico influenciado por la industria farmacéutica) que configura esta práctica, imponiendo de esta forma determinados valores e intereses.

En relación con la práctica de prescripción de BZD en el CESFAM de Machalí, nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

1. **Objetivo específico 1:** *Analizar las características de las cifras de prescripción de BZD y los factores que la condicionan.*
2. **Objetivo específico 2:** *Identificar el modelo de atención médica que subyace a la práctica prescriptora.*

3. Objetivo específico 3: *Describir las propuestas de los médicos para reducir dicha prescripción.*

Las representaciones sociales han mostrado ser una herramienta conceptual muy útil para comprender cómo en las interpretaciones colectivas de los procesos de salud/enfermedad están representadas las normas sociales:

Con el fin de conocer estas percepciones nos planteamos el siguiente objetivo específico:

4. Objetivo específico 4: *Describir las características de las representaciones sociales del consumo de BZD que poseen las mujeres con dependencia a las Benzodiazepinas.*

Las diferencias de género muestran que las mujeres tienen el doble de probabilidad de que se les prescriban BZD y desarrollen una dependencia al fármaco que los hombres (Cooperstock, 1976; Ashton, 1991; Galleguillos, 2003). Además, los malestares que provocan la prescripción de BZD (síntomas de ansiedad, insomnio y depresión) se han relacionado con la sobreadaptación que realizan numerosas mujeres a sus condiciones de vida basadas en el estrés, el conflicto y la desvalorización de los roles asignados por su condición de género femenino (Burin, 1990; Etorre, 2007).

Finalmente profundizaremos en los factores específicos que condicionan la trayectoria de consumo de BZD de las mujeres participantes en el estudio, para ello, nos planteamos el último objetivo específico:

5. Objetivo específico 5: *Explorar las condiciones de vida y la demanda de roles de las mujeres con consumo dependiente de BZD participantes en el estudio.*

2.2. Método

2.2.1. Diseño y procedimiento

Como ya hemos comentado, esta investigación pretende analizar el fenómeno del uso de BZD en un contexto específico, como es el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Osvaldo Ruz Orrego de Machalí en Chile. Esto implica a dos tipos de actores fundamentales: los médicos/as generales que las prescriben y las mujeres que las consumen.

Para ello, hemos realizado tres estudios: un estudio mixto que combina metodología cuantitativa y cualitativa, y dos estudios cualitativos.

El estudio mixto, en su primera parte, pretende un análisis cuantitativo de las cifras de prescripción de Benzodiazepinas de los médicos generales según la base de datos clínica que proporciona el CESFAM de Machalí durante el período de octubre a diciembre del 2015. Con este análisis pretendemos describir la relación que existe entre estas cuatro variables: el tipo de BZD prescrita, el diagnóstico que justifica la prescripción, el sexo y la edad del paciente.

El uso de la metodología cualitativa nos permite tener un enfoque holístico e incluir además, una mirada particular del contexto donde aparece el fenómeno a investigar. Así, nos planteamos abordar las prácticas de prescripción y representaciones sociales de las BZD a partir del discurso y las percepciones de los propios actores sociales implicados, con el fin de comprenderlo en el contexto social más amplio. Los métodos cualitativos se caracterizan por la interacción prolongada y cara a cara del investigador con los sujetos de estudio en muestras no probabilísticas pero cualitativamente representativas del

fenómeno a estudiar. Por ello, esta metodología ha resultado ser de gran utilidad para describir la realidad del fenómeno de prescripción y dependencia a las BZD, permitiéndonos acercarnos a los actores sociales y de esta forma captar su experiencia.

Puesto que el fenómeno presenta actores y dimensiones diferentes, aplicamos distintas técnicas de recogida de datos y métodos de análisis de la información, organizando la investigación en tres estudios: el primero, mediante entrevistas semi-estructuradas individuales con los médicos/as generales del centro; en el segundo, conducimos grupos focales con mujeres que han sido diagnosticadas con dependencia por consumo de BZD y por último, un tercero, dónde a través de entrevistas abiertas a las mujeres con consumo dependiente y a los informantes claves, exploramos las condiciones de vida y demanda de roles de las mujeres en relación a sus trayectorias de consumo. Finalmente, triangulamos la información recogida en las entrevistas con la observación participante del investigador.

Las entrevistas semi-estructuradas, las entrevistas abiertas, la observación participante y los grupos focales son, las técnicas de recogida de datos de uso más frecuente en metodología cualitativa. Permiten al investigador estimular la conversación sobre los aspectos específicos que se desea explorar (Bishop y Yaardley, 2016). Se emplean para abordar fenómenos sociales desde la perspectiva de los propios actores implicados y consisten en entrevistas individuales o grupales, dirigidas por el entrevistador, que va formulando diversas preguntas y fomentando que todos los miembros del grupo puedan expresar su opinión.

La utilización de técnicas grupales es muy apropiada para capturar realidades sociales complejas y co-construidas, en cuanto pueden ser entendidas como conformaciones sociales por excelencia (Canales, 2006). A diferencia del grupo de discusión orientado a conocer creencias grupales u opiniones consensuadas generando una

discusión grupal autónoma por parte del grupo, los grupos focales se orientan a la obtención de información sobre una temática determinada, cumpliendo con lo establecido por sus objetivos (Canales, 2006).

A través de la entrevistas abiertas, queremos llegar a comprender como las mujeres interpretan el fenómeno de la dependencia a las BZD y profundizar en sus condiciones de vida y demanda de roles. Esta modalidad nos permite la flexibilidad suficiente para establecer un diálogo informal con las mujeres, condición necesaria para que las entrevistadas pudan relatarnos sus vivencias y experiencias de forma abierta. Entendemos por entrevista abierta aquella en la que la forma de recoger y producir los datos está poco estructurada y la dirección que ejerce el entrevistador sobre el contenido de la información es escasa (Téllez, 2007). Si bien, llevamos preparadas algunas preguntas e intencionamos el curso de la entrevista, también dejamos espacio a que las mujeres puedan expresarse libremente, pudiendo emerger otros contenidos.

Finalmente, hemos empleado la observación participante, como técnica de triangulación de los datos recogidos en las entrevistas. A través del rol de psicólogo trabajador del CESFAM de Machalí, hemos podido participar durante 6 meses en la vida e interacciones que se dan al interior del CESFAM, esto nos ha permitido familiarizarnos con el vocabulario y la cultura interna del profesional médico. La observación participante involucra la interacción social entre el investigador y los informantes de un modo sistemático y no intrusivo. Es imprescindible para comprender lo que la gente piensa y hace y es también necesaria para descubrir los motivos por los que las personas actúan (Téllez, 2007), combinada con las entrevistas y los grupos focales, resulta una técnica de gran utilidad.

Como métodos de análisis de los datos, se han realizado análisis de contenido y análisis temático. Con un análisis de contenido es posible realizar una descripción cuantitativa de los datos obtenidos

mediante técnicas cualitativas. Permite describir y resumir frecuencias de contenidos de datos cualitativos y puede combinarse con la aplicación del análisis temático (Bishop y Yaardley, 2016).

El análisis temático por otro lado, implica la descripción de los contenidos de forma inductiva, codificando los datos en distintos niveles y combinaciones. Permite extraer los temas que surgen de los datos obtenidos y analizar e interpretar las relaciones entre ellos (Braun y Clarke, 2006).

A continuación expondremos los tres estudios realizados en la siguiente tabla (tabla 3), indicando las técnicas de recogida de información y el método de análisis de datos empleado:

Tabla 3. Resumen del método utilizado para cada estudio

Estudio	Estudio 1	Estudio 2	Estudio 3
Objetivos	Objetivo 1. Analizar las cifras de prescripción de BZD	Objetivo 4. Describir las representaciones sociales del consumo de BZD	Objetivo 5. Explorar las condiciones de vida y demanda de roles de las mujeres con dependencia a BZD
	Objetivo 2. Identificar el modelo de atención subyacente. Objetivo 3. Describir las propuestas para reducir la prescripción		
Metodología	Cuantitativa	Cualitativa	Cualitativa
	Cualitativa		
Técnica de recogida de datos	Base de datos de prescripción de BZD	Grupos Focales	Entrevistas abiertas individuales
	Entrevistas individuales semi-estructuradas		
Análisis de datos	Análisis descriptivo Prueba Chi cuadrado	Análisis temático	Análisis temático
	Análisis de contenido. Análisis temático		
Muestra	Población del programa de salud mental del CESFAM que recibe prescripción de BZD.	Seis mujeres usuarias del	Seis mujeres usuarias del CESFAM con

Estudio	Estudio 1	Estudio 2	Estudio 3
Muestra	Población del programa de salud mental del CESFAM que recibe prescripción de BZD.	CESFAM con consumo dependiente de BZD	consumo dependiente de BZD
	Cuatro médicos y dos médicas que realizan prescripción de BZD		

Fuente: elaboración propia

2.2.2. Estudio 1. Análisis de la práctica de prescripción de BZD

En este estudio, en primer lugar, se analizaron cuantitativamente las cifras de prescripción de BZD proporcionadas por la base de datos clínica del CESFAM de Machalí (objetivo 1), posteriormente se utilizó una metodología cualitativa para, desde la perspectiva de los/as propios/as médicos/as generales, identificar el modelo que subyace a dicha práctica y describir las propuestas que surgen para su reducción (objetivos 2 y 3).

2.2.2.1. Procedimiento de recogida de datos de la parte cuantitativa

En primer lugar, presentamos el estudio a los/las médicos/as prescriptores para obtener su participación (anexo I). Posteriormente obtuvimos el acceso a la base de datos del CESFAM, recogiendo las cantidades de fármacos psicotrópicos prescritos desde el 2010 hasta el 2014 y la prescripción de BZD en el periodo del estudio (comprendido entre octubre y diciembre del 2015) en base a cuatro categorías: tipo de BZD prescrita, diagnóstico que lo justifica, edad y sexo del paciente.

2.2.2.2. Procedimiento de recogida de datos de la parte cualitativa

Se obtuvo el consentimiento informado de los/las seis médicos/as prescriptores (anexo II) y se realizaron seis entrevistas individuales semi-estructuradas (anexo III). Las preguntas se elaboraron con el propósito de conocer los factores más relevantes que afectan a la práctica de prescripción desde nuestra experiencia de observación y sobre la base de la bibliografía consultada. Todas las entrevistas se realizaron en los lugares de atención de los médicos y tuvieron una duración de entre 20 y 40 minutos.

2.2.2.3. Participantes

Los criterios de selección de la muestra obedecen a la intencionalidad de entrevistar a todos los/as médicos/as generales que prescriben BZD en el CESFAM de Machalí. En el momento de realizar las entrevistas, los/as médicos/as que se encontraban trabajando en el consultorio eran seis.

El acceso a la muestra se llevó a cabo aprovechando el rol de psicólogo clínico que cumple el investigador en la institución. Se contactó a los médicos a través del *email* y por teléfono, con el consentimiento previo del director del departamento de salud. Todos accedieron a participar en la investigación.

La edad de los participantes oscilaba entre 30 y 42 años. Cuatro de ellos eran hombres y dos mujeres. En cuanto a su nacionalidad se presentó una muestra muy variada: dos chilenos, dos colombianos y dos ecuatorianos. Su formación mayoritaria era de medicina general,

contando con un sólo especialista en medicina familiar. Presentan entre 3 meses y 5 años de antigüedad de ejercicio profesional en el CESFAM de Machalí (ver tablas 4 y 5).

Cabe señalar además que los médicos atienden a los pacientes durante 35 minutos en el ingreso y 25 minutos en los controles. La receta de BZD se realiza por un mes y los controles se espacian entre 2 y 3 meses.

Tabla 4. Características de los/las médicos/as participantes en este estudio

Código	Edad	Sexo	Nacionalidad	Antigüedad	Especialidad médica
Med1H	32	Hombre	Chileno	4 años	General
Med2H	42	Hombre	Colombiano	3 años	Familiar
Med3M	30	Mujer	Chilena	2 años	General
Med4H	40	Hombre	Colombiano	9 meses	General
Med5M	35	Mujer	Ecuatoriana	5 años	General
Med6H	37	Hombre	Ecuatoriano	3 meses	General

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Observaciones y comentarios sobre los/as médicos/as participantes en este estudio

Código	Observaciones y Comentarios
Med1H	Director del departamento de farmacia, supervisa la fiscalización de las recetas médicas, principal colaborador en el desarrollo del estudio, distribuyó la información al resto del equipo médico, preocupado por la sobreprescripción de BZD, participa en el programa de salud mental
Med2H	Médico muy querido por los pacientes, tuvimos una estrecha colaboración por la derivación de pacientes, , participa en el programa de salud mental.

Código	Observaciones y Comentarios
Med3M	Médica encargada del programa de salud mental, muy colaboradora en el desarrollo de este estudio, facilitadora de espacios para las entrevistas.
Med4H	Médico participante del programa de salud mental.
Med5M	Médica participante del programa de salud mental. Es la que más tiempo lleva trabajando en el CESFAM
Med6H	Médico recién incorporado al equipo, en proceso de adaptación.

Fuente: elaboración propia

2.2.2.4. Método de análisis de datos

Para la parte cuantitativa se realizó un análisis descriptivo de las cuatro variables mencionadas: tipo de diagnóstico, tipo de BZD, sexo y edad del paciente. Se llevó a cabo la prueba de independencia Chi Cuadrado, consistente en comprobar la relación entre el diagnóstico que justifica la prescripción y el sexo del paciente.

Posteriormente, para la parte cualitativa, se realizó un análisis de contenido de toda la información recogida en las entrevistas. Se contabilizaron las frecuencias de las respuestas codificadas y se agruparon en categorías. Finalmente se procedió al análisis temático de las mismas. Como esquema interpretativo se aplicaron las características del modelo biomédico definido por Eduardo Menéndez (2003), para identificar si se correspondían con la práctica prescriptora observada en el CESFAM.

2.2.3. Estudio 2. Descripción de las representaciones sociales del consumo de BZD.

En este segundo estudio, describimos las características principales de las representaciones sociales en mujeres con consumo dependiente de BZD (objetivo 4).

2.2.3.1. Procedimiento de recogida de datos

La técnica principal seleccionada en nuestro estudio para captar las representaciones sociales fueron los grupos focales. El diseño de los grupos focales se llevó a cabo a partir de la estructura de las representaciones sociales propuesta por Serge Moscovici (1979). Se categorizaron las preguntas a partir de estas tres dimensiones: la información sobre las BZD, la actitud hacia el consumo de BZD y el campo representacional del consumo de BZD (anexo V).

2.2.3.2. Participantes

Las mujeres participantes fueron seleccionadas intencionalmente a partir de criterios determinados por los objetivos propuestos: que fueran usuarias participantes del Programa de Salud Mental del CESFAM y que estuvieran diagnosticadas por un médico general como consumidoras dependientes de BZD según el criterio del CIE-10.

Para cumplir con el objetivo específico 4, compusimos una muestra de seis mujeres con dependencia a las BZD de entre 40 y 80 años. Después de obtener los permisos administrativos necesarios, contactamos a las mujeres seleccionadas mediante una llamada telefónica, conversamos con ellas sobre los objetivos de la investigación y las invitamos a participar en la misma. Posteriormente a la firma del consentimiento informado (anexo IV), se realizaron cinco

sesiones en el comedor del CESFAM, a las primeras tres sesiones acudieron el total de la muestra, pero en la cuarta y la quinta sesión faltaron dos mujeres. Tuvieron una duración que varió entre una hora y media y dos horas cada una.

2.2.3.3. Método de análisis de datos

A partir de la revisión de la bibliografía, se optó por la realización de un análisis temático para categorizar la estructura de las representaciones sociales (información, actitudes y campo representacional).

En primer lugar, se procedió a la lectura minuciosa de las transcripciones de los grupos focales; a partir de esta revisión, se identificaron las unidades temáticas emergentes de cada dimensión. Posteriormente se procedió a la identificación de la imagen central y se elaboró la organización de las representaciones sociales a partir de la teoría de Jean Claude Abric (2001).

2.2.4. Estudio 3. Exploración de las condiciones de vida y demanda de roles de mujeres consumidoras de BZD

En el último estudio, exploramos las condiciones de vida y la demanda de roles de las mujeres con consumo dependiente de BZD en relación a sus trayectorias de consumo (objetivo 5).

2.2.4.1. Procedimiento de recogida de datos

Se realizaron entrevistas individuales abiertas que profundizaron en la información recogida en los grupos focales. Las entrevistas fueron diseñadas con el fin de profundizar en la experiencia cotidiana de las participantes, permitiendo libertad y tiempo para que se explayaran en su discurso.

Complementamos la información recogida con entrevistas a dos informantes claves que por su profesión y experiencia podían ofrecernos datos relevantes para nuestro estudio. Nuestro interés se centró en conocer sus opiniones en tanto comportan las representaciones hegemónicas de la cultura a la que pertenecen.

Además, se procedió a triangular los datos mediante la observación participante. Al formar parte del equipo de profesionales, pudimos conocer la cotidianidad del CESFAM e interaccionar con las mujeres durante los meses que duró la investigación. Cabe mencionar, que la observación estuvo marcada por haber ocupado el rol de Psicólogo al interior del CESFAM, hecho que condiciona la relación con las mujeres y los médicos entrevistados. Las mujeres entrevistadas no se encontraban entre nuestras pacientes al momento de realizar la investigación, y algunas de ellas, posteriormente sí fueron atendidas desde el rol de psicólogo. Cabe añadir que los investigadores provienen de un país y cultura diferente a la Chilena, pero han vivido y convivido en Machalí durante cuatro años.

2.2.4.2. Participantes

Las participantes de este estudio fueron las mismas seis mujeres entrevistadas en el grupo focal. Para contextualizar las manifestaciones discursivas se llevó a cabo una descripción en términos de estratos socioeconómicos y características culturales de donde provienen

nuestras participantes (tablas 6 y 7). Posteriormente se realizó una entrevista abierta e a cada mujer, la duración varió entre 60 y 90 minutos.

Los informantes clave aportaron información sobre el contexto cultural de Machalí, las entrevistas tuvieron lugar en la sala de reuniones del CESFAM y duraron 40 minutos, sus perfiles pueden observarse en la tabla 8.

Tabla 6. Muestra de 6 mujeres según estrato socioeconómico de pertenencia

Entrevistadas	Trabajo Actual	Nivel de Estudios	Estado civil	Renta familiar
Mujer divorciada de 40 años	Jefa de Ventas en Falabella	Universitaria	Divorciada	>1.000.000 pesos chilenos.
Mujer viuda de 72 años	Ama de casa	Universitaria	Viuda	>1.000.000 pesos chilenos
Mujer casada de 44 años	Ama de casa (vende comida en la calle)	Básica (Primaria)	Casada	<300.000 pesos chilenos
Mujer casada de 52 años	Limpieza doméstica	Sin escolarizar	Casada	300.000-600.00 pesos chilenos
Mujer casada de 55 años	Empleada en tienda familiar	Básica (Primaria)	Casada	300.000-600.000 pesos chilenos

Entrevistadas	Trabajo Actual	Nivel de Estudios	Estado civil	Renta familiar
Mujer casada de 80 años	Ama de casa	Básica (Primaria)	Casada	>1.000.000 pesos chilenos

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Muestra de las 6 mujeres entrevistadas según características familiares y culturales

Cód	Edad	Hijos	Profesión del Marido	Grupo doméstico	Participación comunitaria	Tiempo viviendo en Machalí
1	40 años	3	Técnico en Telefónica (exmarido)	Vive con sus dos hijos menores en casa	No participa en ninguna actividad	Vive en Machalí desde hace 6 años. Se mudaron por trabajo del marido, antes vivían en Santiago.
2	72 años	4	Minero (ingeniero jefe)	Vive sola	Participa en la junta vecinal y asista a clases de pintura	En Machalí desde hace 15 años. Vinieron por trabajo del marido. Antes vivían en Santiago.

Cód	Edad	Hijos	Profesión del Marido	Grupo doméstico	Participación comunitaria	Tiempo viviendo en Machalí
3	44 años	2	Obrero de la construcción	Vive con su marido y sus dos hijas	Participa en la junta vecinal	Vive desde hace 9 años en Machalí, vinieron por trabajo del marido originarios de san vicente de tagua tagua
4	52 años	1	Minero (Peón)	Vive con su marido y su hijo	No participa	Ha vivido toda su vida en Machalí
5	55 años	3	Jefe de tienda familiar	Vive con su marido, su hijo, su nuera y sus dos nietos	No participa	Viven desde hace 4 años en Machalí por el negocio del marido. Antes vivían en San Francisco de Mostazar.
6	80 años	3	Minero (Técnico soldador jubilado)	Vive con su marido	Participa en la asociación del adulto mayor	Ha vivido toda su vida en Machalí

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Características de los informantes claves

Código	Edad	Sexo	Profesión	Comentarios
I1	66	Hombre	Historiador	Nacido en Sewell, conoce de primera mano la vida en la ciudad minera, tiene varios escritos sobre la vida en Sewell y está muy vinculado a la Cultura e Historia de Machalí
I2	36	Mujer	Asistente Social	Ha trabajado durante 6 años en el CESFAM de Machalí realizando visitas domiciliarias a las mujeres. Está muy involucrada en la mejora de la calidad de vida de las mujeres Machalinas.

Fuente: elaboración propia

2.2.4.3. Método de análisis de datos

En primer lugar, se transcribieron las entrevistas para familiarizarnos con los aspectos más importantes del relato de las mujeres, se identificaron los temas críticos de cada discurso, para posteriormente explorar las condiciones de vida y la demanda de roles relacionadas con sus trayectorias de consumo.

Finalmente se interpretó la información recogida mediante análisis temático y se complementó con el relato de los informantes claves y la observación participante, con el propósito de comprender mejor el contexto cultural al cual estas mujeres pertenecen.

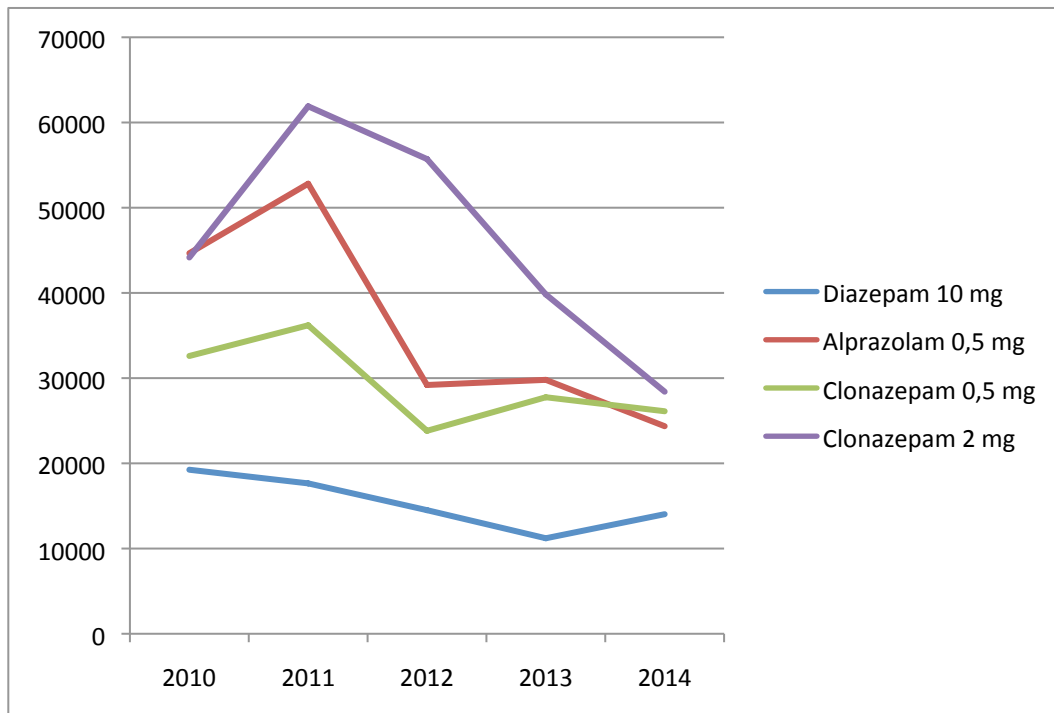
2.3. Resultados

2.3.1. Estudio 1

2.3.1.1. Descripción de la prescripción de BZD en el CESFAM de Machalí

A partir de la base de datos proporcionada por el departamento de farmacia del CESFAM de Machalí, podemos determinar que en los últimos 4 años se ha reducido en un 33% el número total de BZD prescritas. El Aprazolam de 0,5 mg y el Clonazepam de 2 mg, son las BZD que más han reducido su prescripción desde el 2010 al 2014, llegando prácticamente hasta la mitad en 2014. En cambio, el Clonazepam de 0,5 mg es la BZD que más ha aumentado su prescripción desde el 2012 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Consumo de comprimidos por tipo de BZD entre el 2010 y el 2014



Fuente: elaboración propia

La prevalencia de prescripción existente en el CESFAM entre octubre y diciembre de 2015 es de un 35,2%. Es decir, un poco más de un tercio del total de la población usuaria del programa de salud mental ha recibido prescripción de alguna BZD durante esta fecha.

La prescripción, además presenta diferencias significativas dependiendo del sexo de la persona ($\chi^2= 34,75$ p. ≤ 001). En un 83,7% de los casos esta prescripción corresponde a mujeres.

Los diagnósticos por los cuales más se prescriben a las mujeres son el trastorno depresivo (42,6%) y el trastorno de ansiedad (25,4%) (Tabla 9); el Clonazepam es la BZD más prescrita para estos diagnósticos, mientras que el Alprazolam se prescribe en un 37% de los casos bajo el diagnóstico de trastornos del sueño (gráficos 2 y 3).

En los hombres, en cambio, los diagnósticos están repartidos entre trastornos de ansiedad (26,2%), otros trastornos (23,8%), epilepsia (19%) y dependencias (16%). El Diazepam es la única BZD

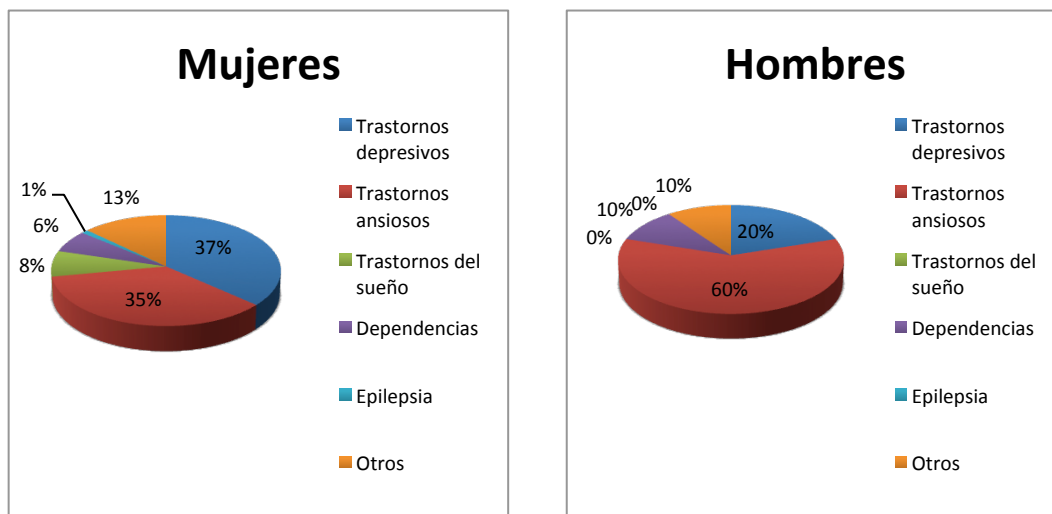
más prescrita en hombres que en mujeres y el diagnóstico más común para prescribirla en ambos sexos es el de epilepsia (gráfico 4).

Tabla 9. Distribución de la prescripción de BZD según diagnóstico y sexo

Diagnóstico	Sexo		Total general
	Mujer	Hombre	
	92		
Trastorno depresivo	(42,6%)	3 (7,1%)	95 (36,8%)
	55		
Trastorno de ansiedad	(25,4%)	11 (26,2%)	66 (25,6%)
Otros (Hipertensión, Fibromialgia)	21		
	(9,7%)	10 (23,8%)	31 (12%)
	25		
Trastorno del sueño	(11,5%)	3 (7,1%)	28 (10,9%)
	14		
Dependencias (BZD y Alcohol)	(6,5%)	7 (16,6%)	21 (8,1%)
	9		
Epilepsia	(4,1%)	8 (19%)	17 (6,6%)
	216		
Total general	(100%)	42 (100%)	258

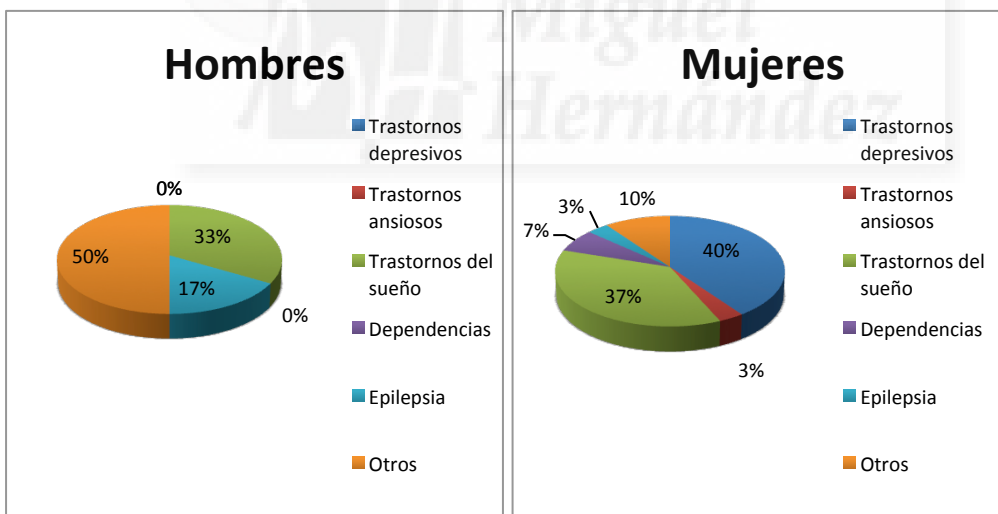
Fuente: elaboración propia

Gráfico 2. Diagnósticos de prescripción de Clonazepam 0,5 mg según sexo



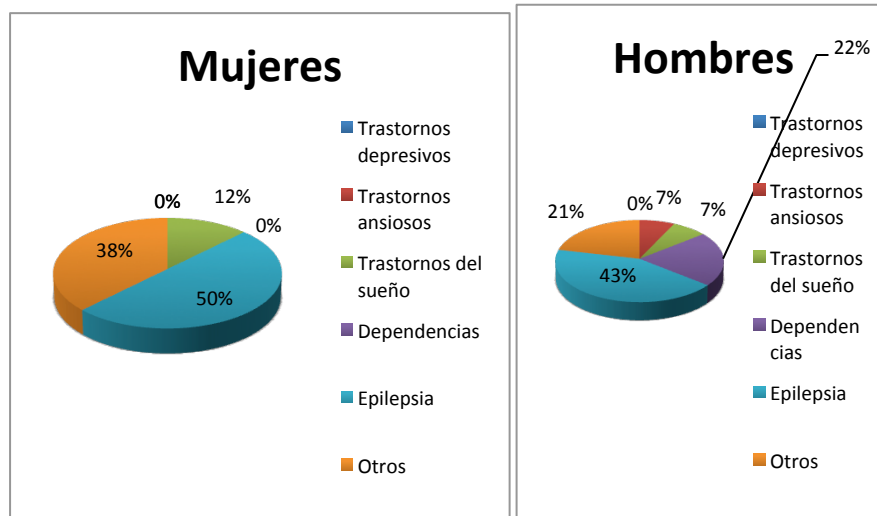
Fuente: elaboración propia

Gráfico 3. Diagnósticos de prescripción de Alprazolam según sexo



Fuente: elaboración propia

Gráfico 4. Diagnóstico de prescripción de Diazepam según sexo

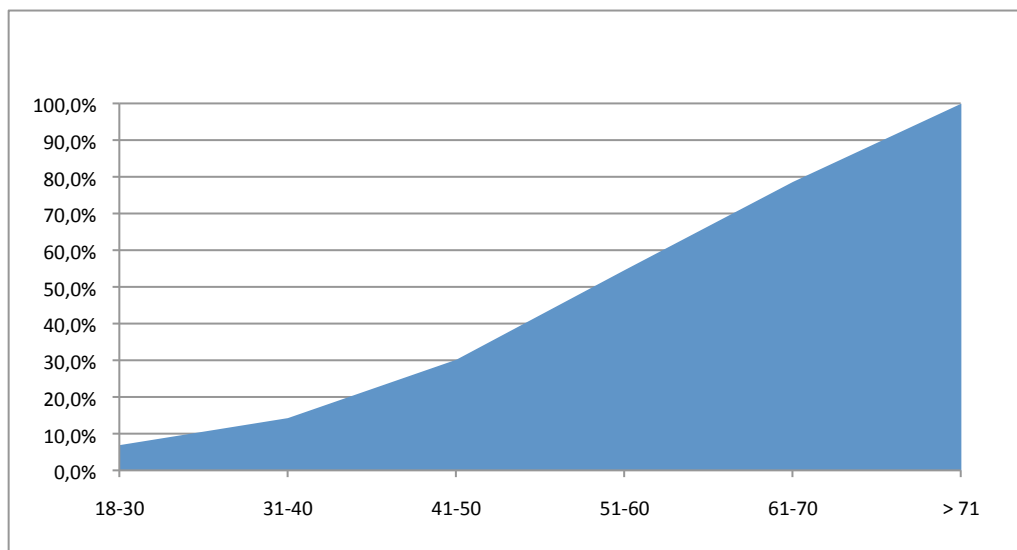


Fuente: elaboración propia

La prescripción de BZD se concentra en los tramos de edad superiores a los 50 años, casi un 70% de los casos corresponden a estos tramos (gráfico 5).

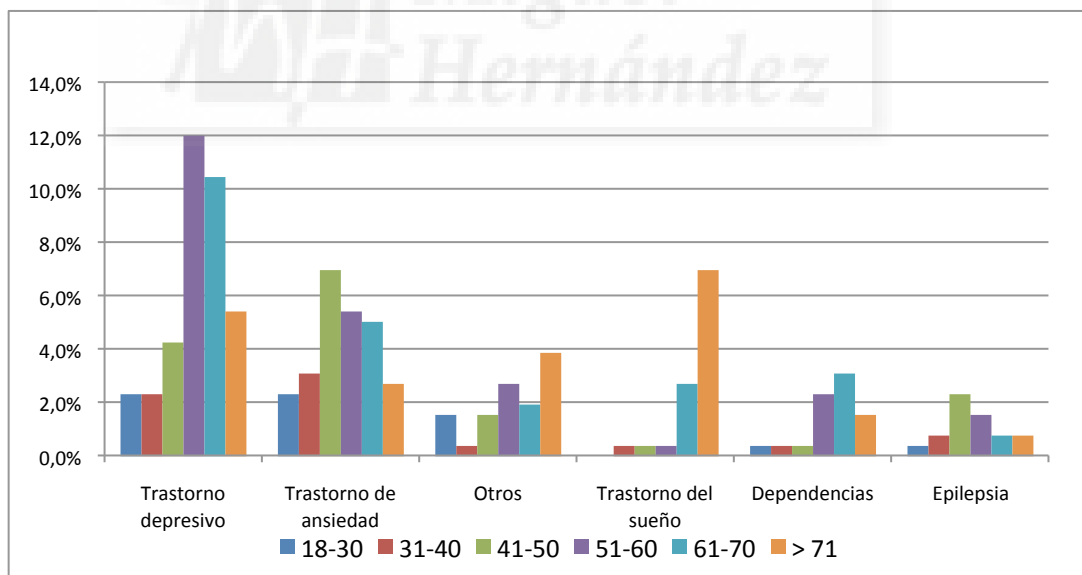
El trastorno depresivo es el diagnóstico más presente en las personas mayores de 50 años, un 28% del total de prescripciones entran dentro de estas dos variables. En cambio para el trastorno de ansiedad, el intervalo de edad dominante va de 41 a 50 años y corresponde a un 7% del total de casos. En torno a otro 7% de los casos observados son personas mayores de 70 años con trastorno del sueño como diagnóstico que justifique la prescripción (gráfico 6).

Gráfico 5. Distribución acumulada de prescripciones por tramo de edad en %



Fuente: elaboración propia

Gráfico 6. Distribución de diagnósticos por tramo de edad en %



Fuente: elaboración propia

2.3.1.2. Análisis de contenido de las entrevistas a los médicos generales

Las respuestas de los médicos generales se agruparon en torno a 5 categorías. Estas fueron las siguientes: 1) tipo de diagnóstico bajo el cual se prescriben las BZD; 2) período de prescripción recomendado por el médico; 3) factores de riesgo para desarrollar una dependencia a las BZD en los pacientes que reciben prescripción médica; 4) efectos secundarios del consumo de BZD a largo plazo y 5) propuestas para reducir la prescripción en el CESFAM de Machali. Posteriormente se contabilizaron las frecuencias de respuestas agrupándolas por similitud de contenido (tabla 10).

Los diagnósticos bajo los cuales prescriben todos los médicos generales fueron el trastorno de ansiedad, la crisis de pánico, la dependencia previa a las BZD y la dependencia a alcohol y drogas.

El período de prescripción más recomendado se sitúa entre 2 y 4 semanas, en un solo caso se recomendó una prescripción indefinida (hasta que desaparecieran los síntomas observados).

Todos los médicos coinciden en identificar el historial de consumo de drogas del paciente como el factor de riesgo a tener en cuenta para desarrollar una dependencia a las BZD. Solamente en una respuesta se indicaba la inadecuada prescripción del médico como factor de riesgo a considerar.

En cuanto a los efectos secundarios, cinco de los seis médicos afirmaron que pueden producir dependencia y pérdida de memoria a las personas que las consumen por largos períodos.

La mayoría de los médicos indicó cómo propuesta para reducir las altas cifras de prescripción en el CESFAM de Machali educar a la población sobre los efectos y riesgos del consumo a largo plazo y la

automedicación. La mitad de los entrevistados respondió que es necesario aunar criterios de prescripción entre médicos y ofrecer tratamientos alternativos para mejorar la situación actual.

Tabla 10. (I/II) Categorías de respuesta y frecuencia de los 6 médicos generales

Efectos secundarios del consumo a largo plazo		Tipos de diagnósticos para la prescripción		Factores de riesgo para desarrollar dependencia a las BZD	
Dependencia	5	Trastornos de ansiedad	6	Historia de Consumo de Drogas	6
Pérdida de Memoria	5	Crisis de pánico	6	Trastornos de Personalidad	5
Sedación Excesiva	4	Dependencia a Alcohol y/o Drogas	6	Familia Disfuncional	4
Deterioro cognitivo	2	Dependencia a las BZD	6	Recibir Violencia intrafamiliar física, psicológica o sexual	4
Crisis de Pánico	2	Episodios Depresivos	4	Enfermedad Crónica que provoca Dolor	4
Insomnio	2	Trastornos del Sueño	4	Comorbilidad Psiquiátrica	4
Depresión	2	Dolor Crónico	3	Familiares consumidores de BZD	2
Indiferencia Emocional	1	Trastornos de Personalidad	1	Pobre red de apoyo	2
Abulia	1	Fobias	1	Permisividad del Médico	2
Dependencia	5	Trastornos de ansiedad	6	CI bajo	1

Fuente: elaboración propia

Tabla 10 (II/II). Categorías de respuesta y frecuencia de los 6 médicos generales

Propuestas para la reducción de la prescripción	Frecuencia	Período de prescripción recomendado	Frecuencia
Educación a la población	4	3 a 4 Semanas	3
Aunar criterios entre médicos	3	2 a 3 Semanas	2
Ofrecer Tratamientos Alternativos	3	Indefinido	1
Mayor Fiscalización	2		
No prescribir para trastornos del sueño	1		
Aumentar horas de atención	1		

Fuente: elaboración propia

2.3.1.3. Análisis temático de las entrevistas a los médicos generales

A partir del análisis de las respuestas, emergen nueve grandes temas: 1) el perfil del consumidor de BZD; 2) la elevada prescripción que tiene lugar en el CESFAM; 3) las dificultades que tienen los médicos durante el proceso; 4) la demanda de los consumidores para obtener la prescripción de los médicos; 5) el período de prescripción recomendado; 6) los efectos del consumo de Benzodiacepinas; 7) el éxito que presenta el tratamiento; 8) los factores de riesgo para que los pacientes desarrollen una dependencia; y 9) las propuestas para reducir la alta prescripción y prevenir posibles dependencias.

Finalmente, se interpretó el discurso de los médicos generales aplicando las características del modelo de atención biomédico definido por Menéndez (2003) para identificar el modelo de atención subyacente a la práctica prescriptora.

1) El perfil del consumidor de Benzodiazepinas

Este tema hace referencia a las características de la mayoría de personas que reciben prescripción de BZD en el CESFAM, los médicos coinciden en la existencia de un perfil común compuesto por mujeres de mediana edad que llevan consumiendo las BZD por largos períodos de tiempo:

“Mira yo identifico un perfil común de mujeres que comenzaron a consumir Benzodiazepinas en los 90, de cuando las vendían sin receta en farmacias, suelen ser amas de casa que se han acostumbrado a usarlas para dormir y no pasan una noche sin tomarlas, si se quedan sin pastillas es un problema y van rotando de médico para que se las den o si no se las consiguen por fuera” (Med4H).

“La mayoría son mujeres amas de casa de mediana edad, pueden tener depresión o insomnio” (Med3M).

“Existe un perfil común de lo que yo llamo poli-consultantes, son mujeres de edad avanzada, la mayoría por encima de los sesenta y consultan por múltiples problemas de salud asociados a depresión, obesidad, hipertensión, dolor crónico, suelen adherir bastante a los medicamentos de salud mental, generalmente vienen para que les extiendas la receta” (Med1H).

Algunos médicos además identifican un perfil de hombres jóvenes con diagnóstico de dependencia a alcohol y marihuana:

“También hay hombres que las consumen, la mayoría son jóvenes consumidores de alcohol y marihuana y se les receta

para combatir el síndrome de abstinencia a estas drogas” (Med5M).

2) La elevada prescripción de BZD

De las respuestas aportadas por los médicos se desprende que existe una alta prescripción de Benzodiacepinas en la actualidad, las causas descritas responden a diversos factores:

“¿Sabes?, algunos colegas las dan con mucha facilidad, aquí es una práctica muy arraigada, viene el paciente con dolor de cabeza y le dan su clonazepam, tampoco hay un protocolo común para regular su uso y con la rotación de médicos que tenemos al final queda a criterio de cada uno” (Med5M).

“Mira, yo veo a un paciente por primera vez hoy y puede ser que no le den cita hasta después de varios meses, en salud mental hay mucha lista de espera, entonces el seguimiento se hace complicado, yo me encargo de supervisar la farmacia y puedo ver que se les receta con diagnósticos muy disímiles, esto es algo difícil de controlar” (Med1H).

Sin embargo, según algunos médicos, la situación ha mejorado con respecto a años anteriores:

“Hace unos cuatro años nos encontramos con que se había disparado el expendio de BZD en el consultorio, esta preocupación vino del servicio de salud, en esa época recuerdo que tuvimos varias reuniones con la directiva, descubrimos que se recetaban demasiado para tratar problemas de sueño y comenzamos a sustituirlos por inductores del sueño como Zoplicona, al final, se pudo reducir la prescripción” (Med6H).

Además, los médicos hacen incapie en que esta sobre-prescripción genera importantes costos tanto para el sistema de salud como para los pacientes.

“Esto provoca un gasto para el sistema de salud que se podría haber evitado” (Med1H).

“Al final, si no se controla la receta, los pacientes se vuelven dependientes y si venían consultando por ansiedad o por depresión ahora van a venir con otro problema añadido, llegan al consultorio en plena crisis porque no les quedan pastillas y les tenemos que atender extrasistema, esto perjudica a los pacientes con cita previa, ¿cachai? al final se genera un tremendo lío” (Med5M).

3) Dificultades en el proceso de prescripción

Los médicos describieron diversos factores que les dificulta realizar una correcta prescripción en el CESFAM:

“Nosotros tenemos en torno a 30 minutos para hacer el ingreso, tenemos que preguntar al usuario todos los datos personales para rellenar el formulario clínico, después indagamos sobre el motivo de consulta, ahí ya tenemos que ingresarlo con algún diagnóstico médico: trastorno de ansiedad, depresión o insomnio, después hacemos la derivación al psicólogo y al final te quedan cómo cinco minutos para darle una solución al paciente, porque el próximo control será dentro de 3 meses. Cada vez tenemos más papeles que rellenar y el tiempo para escuchar al paciente se reduce cada vez más” (Med5M).

Se percibe además el malestar que sienten algunos médicos ante la presión que ejercen los pacientes para obtener la receta:

“Yo tengo algunos pacientes que son capaces de hacer cualquier cosa para obtener su pastilla, me han gritado y me han empujado en consulta, incluso me han venido los familiares exigiendo que les recete” (Med3M).

“Pa que te voy a mentir, resulta incómodo a veces bregar con estas mujeres que vienen a por su receta de clonazepam, uno cómo médico lo que quiere es ayudar al paciente, así que se convierte muchas veces en un mal menor” (Med2H).

4) La demanda de BZD por parte de los usuarios desde la perspectiva de género

Un fenómeno que se percibe reiteradamente es la demanda que ejercen los pacientes para que los médicos les prescriban BZD:

“La receta inicial la damos solamente por un mes, pero ocurre una práctica muy común entre los pacientes de cambiar de médico si no les sigue recetando, e incluso acuden al director para que les dé la receta, al final siempre se la consiguen” (Med2H).

“A veces los pacientes te presionan mucho para que se las recetes, sabí aquí hay una cultura del remedio muy fuerte, si en la consulta salen sin pastillas se cambian de médico, en el fondo piensan que no los quieres ayudar” (Med3M).

Esta demanda aparece diferenciada según el sexo de la persona consumidora, a las mujeres se las asocia con problemas emocionales y se les atribuye debilidad emocional, mientras que los hombres se les atribuye mayor complejidad por sus problemas de adicción.

Además, se observaron ciertos sesgos de género en las respuestas aportadas tanto por los médicos hombres como por las mujeres. En el discurso de un médico de 32 años, se percibieron atribuciones al género femenino como débil, ya que sus patologías no son tan severas como las de los hombres y tienden a quejarse más. En el discurso de la médica de 35 años, existe una explicación social al porqué los hombres consultan menos que las mujeres y se debe a la

socialización masculina a no expresar sus sentimientos para no sentirse débiles:

“La verdad, mujeres y hombres los solicitan por motivos diferentes, la mujeres los solicitan más para dormir y por nerviosismo como lo refieren ellas, estos problemas son muchos más comunes, en cambio los hombres las suelen pedir por problemas de adicción a alcohol y drogas, que son patologías más complejas” (Med1H).

“Las mujeres consultan mucho más que los hombres por problemas de ansiedad y depresión, a los hombres la cultura no se lo permite, está mal visto que un hombre se queje de sus problemas” (Med5M).

Otra respuesta de un médico de 42 años hizo referencia a las diferentes condiciones de vida y dificultades que presentan hombres y mujeres:

“Las mujeres las solicitan más para hacer frente a distintos malestares, ellas soportan condiciones de violencia y estrés mayores que los hombres, derivados de sus roles de madre y esposa, además se les dificulta expresar sus malestares”, (...) en muchas ocasiones ni ellas saben lo que les pasa porque naturalizan ese malestar, aquí yo creo las mujeres reciben mucha violencia de parte de los hombres, ya sea cómo hijas o cómo esposas. Muchas de ellas han sufrido abusos o maltrato y el tema emocional no lo tienen resuelto. Las pastillas nunca resuelven el verdadero problema” (Med2H).

5) El período de prescripción recomendado

Existe un período de prescripción recomendado por el MINSAL, por encima de este período se reconoce que las BZD pueden llegar a

generar dependencia, los médicos conocen este período pero advierten de las dificultades de poder cumplirlo en el CESFAM:

“Seguir las recomendaciones de prescripción de 2 o 3 semanas es complicado, savis, aquí faltan instancias para que los médicos podamos unificar criterios y realizar un buen seguimiento, desde la primera cita puede pasar más de un mes, así se hace muy difícil recetar solamente por unas semanas” (Med5M).

“Mira, yo veo a un paciente por primera vez hoy y puede ser que no le den cita hasta después de varios meses, en salud mental hay mucha lista de espera, entonces el seguimiento se hace complicado, (...), esto es algo difícil de controlar, las guías clínicas del MINSAL no responden a la realidad de cada centro” (Med1H).

6) Los efectos del consumo de BZD

Sobre los efectos del consumo de BZD, cuando éste se dá bajo prescripción médica y por cortos períodos de tiempo, los médicos lo consideran beneficioso para los usuarios:

“Las Benzodiacepinas son sedantes del sistema nervioso central, cuando tienes a una persona que no puede hacer su vida normal porque le dan ataques de pánico o que quiere dejar de consumir droga pero no puede, les puede ayudar bastante, actúan muy rápidamente y yo creo que en eso reside su principal utilidad” (Med6H).

En cambio, los efectos del consumo a largo plazo son vistos como perjudiciales, pudiendo generar reacciones paradójicas y daños cognitivos:

“En pacientes que las llevan tomando por mucho tiempo, en ocasiones se observan reacciones paradójicas, es decir, que

aparecen los mismos síntomas que se quieren tratar con el fármaco, incluso de forma más potente: como insomnio y crisis de angustia” (Med4H).

“Yo tengo pacientes que llevan tomando Alprazolam desde hace más de 20 años y he visto cómo disminuyen sus capacidades cognitivas, se vuelven muy concretos, pierden la memoria, al final, en muchos casos, sus familiares se tienen que hacer cargo de ellos” (Med3M).

7) La eficacia del tratamiento

Pese a reconocer los daños que la prescripción a largo plazo puede ocasionar a los pacientes, los médicos no renuncian a su uso y en general valoran positivamente la eficacia del tratamiento cuando los pacientes cumplen sus recomendaciones:

“El éxito del tratamiento con benzodiazepinas es alto ya que la farmacodinamia y farmacocinética de este fármaco es potente, ahora el uso de BZD en general se asocia a trastornos ansiosos inmersos en otras patologías como fobias, crisis de pánico y adicciones que es lo que mas he visto en la clínica acá” (Med1H).

El problema según los médicos parece residir en el mal uso que hace del fármaco el paciente, con la denominada automedicación:

“Las Benzodiacepinas son una herramienta útil, para combatir las crisis de pánico no conozco nada mejor, lo malo es que algunos pacientes se habitúan a usarla fuera de su contexto, cada vez que se sienten nerviosos o no pueden dormir, por ejemplo” (Med6H).

8) Los factores de riesgo para desarrollar una dependencia

A partir de lo que hemos podido observar en las entrevistas, para la mayoría de los médicos los factores de riesgo recaen en las características de los propios pacientes:

“Cuando el paciente viene con comorbilidad psiquiátrica siempre es más fácil que se haga dependiente, también hemos observado que muchos pacientes se inician en el consumo de BZD por familiares que tienen la receta médica” (Med3M).

“Prescribir Benzodiazepinas a pacientes con historias de consumo de alcohol o drogas puede ser peligroso, porque la persona va a tener dificultades para seguir las recomendaciones del médico y va a tender a auto-medicarse” (Med6H).

No obstante, algunos médicos reconocen la responsabilidad del prescriptor para el riesgo de desarrollar una dependencia en sus pacientes:

“Si recetas Benzodiazepinas a un paciente que tiene dificultades para dormir es más fácil que desarrolle una adicción, porque el paciente se acostumbra a tomarlas para regular su sueño y después ya no sabe cómo dormir naturalmente. Ahí está la capacidad del médico de saber cuándo tiene que recetarlas” (Med2H).

Otras respuestas hicieron referencia a la facilidad de los pacientes para conseguir las BZD fuera del contexto de prescripción del CESFAM.

“El problema es que tu puedes ir a comprar Clonazepam en las ferias libres, yo las he visto allí y cualquiera se las puede conseguir” (Med5M).

9) Propuestas de los médicos para reducir la alta prescripción

Tras atestiguar la existencia de una alta prescripción de Benzodicepinas en el CESFAM de Machalí, se pidió a los médicos que ofrecieran sus propuestas para reducirla, con el fin de prevenir el desarrollo de posibles dependencias en sus pacientes; la respuesta más veces repetida fué educar a los usuarios sobre el consumo de Benzodicepinas:

“Se tendría que realizar un taller exponiendo a los usuarios del CESFAM y explicando qué es una Benzodicepina, porqué es una droga con receta retenida, cuáles son los riesgos de su consumo, para mostrar la falsa inocuidad del fármaco” (Med4H).

“Es necesario que la población conozca los efectos perjudiciales del consumo de BZD a largo plazo, nosotros además tendríamos que ofrecer tratamientos alternativos más eficazes” (Med2H).

Por otro lado, se aprecia cierta disconformidad con el modelo de atención actual, algunos médicos identifican el modelo asistencialista como el principal obstáculo para reducir la prescripción:

“¿Sabis? con el modelo asistencialista es difícil de disminuir la prescripción, la población está acostumbrada a que le den su remedio, se piensan que no quieres ayudarles si no se la ofreces y por otro lado nosotros trabajamos de forma muy aislada, Mira, yo considero que deberíamos incluir a otros profesionales en las intervenciones, como a las asistentes sociales” (Med5M).

Otras propuestas se basaron en una mayor fiscalización de las recetas:

“Una buena propuesta sería aprovechar la base de datos del programa AVIS para generar una mejor fármaco-vigilancia y evitar así la duplicidad de recetas, el AVIS puede dar alertas frente al uso indiscriminado del fármaco y generar protocolos de indicación del uso de Benzodicepinas, por ejemplo, impidiendo

recetarlas si el diagnóstico clínico no es el indicado, como ocurre muchas veces en la práctica”. (Med1H).

“En mi opinión, tendría que haber una mayor fiscalización del proceso y una cifra límite para prescribir, en general, no tenemos instancias para aunar criterios ni hacer un buen seguimiento de los casos” (Med6H).

El modelo biomédico subyacente a la práctica prescriptora

El discurso sobre la práctica de prescripción de los médicos generales presenta los rasgos del modelo biomédico definido por Eduardo Menéndez (2003), a continuación se describen las características identificadas en los discursos médicos:

El biologicismo es uno de los principales rasgos de este modelo, al reducir la variedad de síntomas de malestar a factores biológicos, obliga a subalternar los factores históricos, sociales y culturales que explican los procesos de salud/enfermedad de las personas. En nuestro análisis, pudimos observar que el diagnóstico que justifica la prescripción de las BZD suele basarse en una interpretación biologicista de los síntomas relatados por el paciente:

“Para prescribir te tienes que basar en el diagnóstico CIE-10 a partir de los síntomas que observas, le preguntas al paciente si duerme bien, si mantiene el apetito, etc. yo además recomiendo hacer antes varios análisis clínicos para descartar cualquier otra posible patología” (Med6H).

Este rasgo aboga por priorizar las intervenciones que se creen más urgentes o pertinentes, prefiriendo siempre “lo biológico”. De esta forma, otras posibles miradas o intervenciones quedan relegadas al papel de accesorias o complementarias:

“Finalmente, en la práctica el trabajo es el mismo que cuando éramos un consultorio, el nuevo plan de salud habla del

paradigma bio-psico-social y de la integración multidisciplinaria, sobre el papel es algo que se ve muy bonito, pero en la práctica seguimos haciendo lo mismo, no se ha logrado aterrizar un concepto más integral de salud, simplemente se parcela la atención: si es un caso de vulnerabilidad social lo derivó a la asistente, si tiene alguna patología de salud mental al psicólogo, pero eso no es el paradigma bio-psico-social, ¿no?” (Med5M).

“Lo que se valora del médico es la cobertura que dá , es decir, a cuántos pacientes atendiste en el día, pero cantidad no es igual a calidad y muchas veces no podemos hacer un seguimiento de cada paciente ni nos comunicamos con otros profesionales que están desarrollando otro tipo de intervenciones” (Med2H).

Otro rasgo identificado es la orientación curativa en que están basadas las intervenciones. Se prescribe para combatir una aparente enfermedad, atribuyéndole al fármaco propiedades curativas, cabe destacar que los usuarios aprenden a definir la demanda del fármaco en estos términos:

“Las demandas de salud mental que tratamos aquí responden a contextos sociales vulnerables, existen patologías comunes como adicción a drogas y trastornos de pánico, los pacientes presentan cuadros de estrés y ansiedad que se mitigan con las BZD, ellos dicen que les ayuda a sentirse más relajados, dormir mejor o a pensar menos” (Med4H).

Por otro lado, la relación entre el médico y el paciente tiende a ser asimétrica. El médico es el experto que prescribe y el paciente el que obedece, se excluye el saber del paciente cuando se le atribuyen los fracasos del tratamiento a su automedicación, ignorándose el hecho de los pacientes aprenden dicha eficacia precisamente a través de su relación con el médico:

“Los pacientes comienzan a usar el fármaco en otros contextos diferentes a los de la prescripción, cada vez que tienen dificultades para dormir por ejemplo, (...) incluso he visto que se lo dan a sus familiares o a sus propios hijos, no son conscientes de los riesgos que tiene el abuso de BZD” (Med3M).

“Si los usuarios siguieran las recomendaciones clínicas del médico no habría ningún riesgo, el problema surge cuando se empiezan a automedicar” (Med6H).

Puede constatarse que la práctica prescriptora observada se identifica con otro de los rasgos fundamentales del modelo biomédico: la racionalidad científica. Esta racionalidad considera la práctica de prescripción como un acto objetivo carente de ideología, excluyendo de su intervención el encuentro de dos subjetividades: la del paciente y la del médico:

“El éxito del tratamiento con benzodiazepinas es alto ya que la farmacodinamia y farmacocinética de este fármaco es potente, ahora el uso de BZD en general se asocia a trastornos ansiosos inmersos en otras patologías como fobias, crisis de pánico y adicciones, que es lo que más he visto en la clínica acá” (Med1H).

“En ese sentido, nosotros nos basamos en protocolos clínicos, se ha demostrado que las benzodiazepinas resultan muy eficaces para los cuadros de ansiedad, por eso las prescribimos” (Med6H).

2.3.2. Estudio 2

2.3.2.1. Descripción de las representaciones sociales del consumo de BZD

Se realizó un análisis temático de las tres dimensiones que componen la representación social del consumo de Benzodiacepinas: 1) información sobre la sustancia; 2) actitud frente al consumo; y 3) campo representacional del consumo.

1) Información sobre las Benzodiacepinas

Esta dimensión hace referencia a toda la información que poseen las mujeres analizadas con diagnóstico de dependencia en torno a su consumo, las categorías surgidas en el análisis fueron: cómo las identifican, qué efectos les produce, cómo y en qué situaciones las consumen, cómo acceden a ellas y durante cuánto tiempo las llevan consumiendo (tabla 11).

Tabla 11. Información sobre las BZD

Identificación	Efectos	Procedimiento de consumo	Fuentes de información	Acceso y financiamiento	Periodo de consumo
Según su uso (para dormir, para el dolor)	Corto plazo (tranquiliza, seda, adormece, atonta)	Via oral	Profesionales de la salud	CESFAM Gratuidad copago	Menos de 20 años y

Nombre Comercial (Ravotril, Tricalma)	Largo plazo (crea dependencia, pérdida de memoria, pérdida de reflejos)	Inyectable	Familiares (hija, hermano)	Farmacia privada Pago	Más de 20 años
Nombre genérico			Otros (amigos, internet)		

Fuente: elaboración propia

1.a) Identificación de la sustancia

Las mujeres entrevistadas identificaron las BZD principalmente por su uso y se refirieron a ellas con la generalidad de “pastillas para dormir”, “remedios para el dolor” o “tranquilizantes”:

“Son esas pastillas para dormir del sobre azul y rojo ¿no?, Clonazepam creo que se llaman, están también las verdes que no me acuerdo cómo se llaman, Alprazolam ¿no?” (mujer casada de 44 años).

“Ya po, son los remedios para el dolor y me los tomo todos los días” (mujer casada de 52 años).

“Las benzopinas esas o como se llamen son tranquilizantes ¿no?, pues sirven para eso, para calmar los nervios” (mujer casada de 80 años).

Las mujeres que conocen los nombres comerciales de las BZD, las suelen consumir fuera del contexto de prescripción del CESFAM, de venta libre en ferias o a través de los médicos privados en farmacia:

“Es que los nombres cambian según la marca, está el Ravotril que es el que venden en todas las farmacias, en estos momentos yo estoy tomando el Tricalma” (mujer viuda de 72 años).

“(…) Te las puedes conseguir en las ferias libres, no es que sea legal, pero mucha gente las compra allí” (Mujer divorciada de 40 años).

1.b) Efectos que producen

En un primer momento, las mujeres hicieron referencia a los efectos inmediatos que producen las Benzodiacepinas al tomarlas. Principalmente valoraron su efecto como sedante muscular y como inductor del sueño:

“Tú te las tomas y al tiro ya te sientes tranquila, cómo que te quita todos los nervios, te hace sentir mejor ¿sabís? (...) me las tomo y cómo que me baja el switch, me puedo quedar dormida así no más” (mujer divorciada de 40 años).

“A mi es lo único que me quita los dolores, ya he provado con remedios naturales, con hierbas y todo eso, pero no me funciona nada (...) porque si no me las tomo, me desquito con mis hijos y eso no quiero” (mujer casada de 52 años).

“Cuando la tomo así mismo me quedo dormida en un ratito más, si no la tomo estoy de mal genio, me cambia el ánimo, (...) cuando no me la tomo ni yo me soporto, yo me doy cuenta que ando más irritable y sensible, son las mismas cosas que cuando me tomo la pastilla no me molestan” (mujer casada de 55 años).

“Se siente el tiro cuando te las tomas, te dejan como atontada ¿no? mi esposo me dice que me quedo cómo ahuevoná, me paso horas mirando la tele cómo si na, así no pienso en los problemas, no me amargo tanto” (mujer casada de 80 años).

En el grupo focal, surgió el tema de la dependencia a las BZD, las mujeres reconocieron algunos efectos de su consumo a largo plazo:

“Yo ya he aceptado el hecho de tomarlas hasta que me muera, ya no voy a dejarlas ¿sabes?, cada vez que lo he intentado ha sido una pesadilla peor que la anterior, así que ya no voy a tratar más, total tampoco me causan ningún problema, yo tengo una memoria estupenda” (mujer viuda de 72 años).

“Para conducir y eso me siento más insegura, no tienes los mismos reflejos, me pasa un poco parecido con el alcohol que no te enteras tanto de lo que pasa a tu alrededor (...) te sientes más cansada, yo las tomo para dormir, pero no es un sueño muy profundo, es raro ¿sabís? es cómo si no descansaras igual ¿cachai?, yo hace mucho que no sueño nada” (mujer divorciada de 40 años).

La descripción que realizan del síndrome de abstinencia a las Benzodiazepinas incluye reacciones paradójicas (los síntomas que trata aparecen potenciados) y es vivido como algo difícil de soportar:

“Con el tiempo es cada vez peor, a mí el médico ya no me las quería recetar, pero yo tenía que venir a urgencias, me podía pasar una semana entera sin dormir nada y me daba un terror que me quería tirar a cualquier sitio, casi dejo la embarrá (monto un escándalo), es una sensación horrible” (mujer casada de 44 años).

“Lo máximo que he pasado sin tomarlas han sido 3 días, si no las tomo me siento como las personas que llevan tomando mucho tiempo alcohol, ando cómo afiebrá, como salir corriendo, una sensación que no se la deseo a nadie, si pasan 2 días que no tomo la pastilla, me viene esa reacción (...) yo pienso que me ayudan bastante, pero yo creo que he tomado tanto que el cuerpo ya no hace los mismos efectos que a la primera (...) lo

que sí que yo antes tenía muy buena memoria, y ahora hay cosas que a mí se me olvidan, empiezo a pensar y no me acuerdo dónde pongo las cosas” (mujer casada de 55 años).

1.c) Procedimientos y situaciones de consumo

El consumo de BZD se realiza habitualmente mediante comprimidos orales que suelen tomarse antes de acostarse o ante la llegada inminente de una crisis de ansiedad, se realiza de manera individual y dentro de casa:

“Yo las tengo en la mesita de noche y me las tomo con un vaso de leche antes de acostarme” (mujer divorciada de 40 años).

“El doctor me dijo que me las tomara cada vez que me viniera una crisis, cuando veo que empiezo con las sudoraciones y los temblores me las tomo con un vaso de agua, (...) ahora me vienen menos, al principio eran todos los días” (mujer casada de 44 años).

“Mi hija me controla todos mis remedios, si me acordara de todo lo que me tengo que tomar, estamos listos po (...) en la noche me tomo esa po, mi hija me la dá en la cena” (mujer casada de 80 años).

En casos excepcionales, las mujeres acuden al servicio de urgencia del CESFAM, dónde les inyectan el Diazepam por vía intravenosa:

“Cuando me entran los dolores me voy pa urgencias, si ya me conocen todas las enfermeras a mí, me inyectan diazepam y se me pasa, (...) quedo tan bajoneada que ese día no sirvo pa nada más, me vienen a buscar para llevarme a la casa” (mujer casada de 52 años).

1.d) Fuentes de información

Las mujeres conocen la eficacia y los usos de las BZD a través de su interacción con los profesionales de la salud:

“Desde que tengo la enfermedad que tomo Diazepam, al principio me lo daba la enfermera de turno en urgencias, ahora ya me las receta mi médico (...) el doctor me dijo que me calmarían los dolores pero que tuviera cuidado porque te podían crear una dependencia” (mujer casada de 52 años).

“A mí el médico me ha dicho que para los años que las llevo tomando sería peligroso dejarlas de golpe” (mujer viuda de 72 años).

En otros casos, la información la adquirieron de familiares que las consumían y se las recomendaron:

“Mi hija las toma desde hace tiempo ¿sabis?, ella me las recomendó para que durmiera mejor” (mujer casada de 80 años).

1.e) El acceso y financiamiento del consumo

Como ya hemos comentado, el acceso a las BZD se da fundamentalmente por prescripción médica y es gratuita para todas las usuarias del CESFAM. Esta prescripción suele tener un período limitado y cuando el médico la interrumpe, las mujeres suelen consultar a otros profesionales para obtener la misma receta:

“A mi el doc morenito, el colombiano sí, ya no me las quería dar más po, las necesito para no enfermarme ¿no?, las tomo hace más de 10 años y no las puedo dejar así no más (...) tengo la bendición de que mi yerno es médico y él me consigue la receta, pero la diferencia es que me tengo que gastar la plata que no tengo” (MUJER CASADA DE 80 AÑOS).

“Como a los 16 años empecé a tomarlas, se me cayó el pelo y el dermatólogo me las recetó porque decía que era por el sistema nervioso (...) después en el 2001 caí en depresión por la muerte del niño y el psiquiatra empezó a darme Diazepam, me han ido cambiando, me surgieron otros problemas” (mujer casada de 55 años).

1.f) El período de consumo

El tiempo que las mujeres llevan tomando BZD en algunos casos supera los 20 años, comenzaron su consumo antes del año 1995, cuando se vendían sin receta médica en farmacias:

“Me las conseguía un amigo que estudiaba medicina, en ese tiempo las podías comprar en farmacia (...) eran los años setenta con el boom de la psicodelia y eso, viajábamos a California y las traíamos a Chile, en los círculos de músicos y artistas que frecuentaba estaba bien visto” (mujer viuda de 72 años).

“Hasta con una vitamina C me quedaba dormida po, yo nunca voy a tomar pastillas para dormir, pero ahora llevo más de 20 años tomándolas” (mujer casada de 55 años).

2) Actitud hacia el consumo de Benzodicepinas

Las categorías temáticas que surgieron en las entrevistas grupales y que componen esta dimensión valorativa son la actitud hacia el auto-consumo, hacia el consumo femenino y masculino, hacia la prescripción médica y hacia el tratamiento médico (Tabla 12).

Tabla 12. Actitud hacia el consumo de BZD

Hacia el consumo propio	Hacia el consumo femenino y masculino	Hacia la prescripción médica
-------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Positivo: son útiles para un buen descanso	La mujer sostiene a la familia	Legitimizada por ser médico
Culpabilidad por depender de una pastilla	Las mujeres se preocupan más por su salud y asisten a consulta	Reclamos: falta de atención y sobremedicación
Se transfiere la responsabilidad al médico	Las mujeres sufren peores condiciones que los hombres	

Fuente: elaboración propia

2.a) *Hacia el consumo propio*

Algunas mujeres vivencian su consumo con cierto malestar, se percibe culpabilidad por tener que depender de un fármaco, además el hecho de tener que acudir al CESFAM todos los meses para obtener la receta para algunas es un problema:

“Me siento mal por depender de una pastilla, nunca ha sido buena pa tomar fármacos, si yo pudiera ya las habría dejado, pero necesito ayuda, no sé por dónde empezar” (mujer divorciada de 40 años).

“No me gustaría tener que depender toda la vida de las pastillas, es un cacho tener que venir al consultorio todos los meses, no hay buena locomoción (transporte) desde mi casa, y tengo que venir bien temprano porque si no, ya no hay cita” (mujer casada de 52 años).

El modo de uso de las BZD se perfila como un medio para contrarrestar los costes psicológicos de tener que “estar a la altura” frente a las múltiples demandas que implican los roles femeninos. Es decir, se naturalizan las representaciones ideológicas de “mujeres que todo lo pueden”, que deben hacerse cargo de todo ellas solas, para así sentirse valoradas como mujeres. Como valor del consumo de BZD,

emerge entonces la idea de lograr la tranquilidad y el descanso necesarios para cumplir con estas demandas:

“No sé si está mal pero siempre me estoy exigiendo demasiado, me cuesta mucho pedir ayuda. Yo trabajo por objetivos y si no los cumplo semanalmente me puedo ver en problemas, (...) recojo a los niños de casa de mi suegra y llego a las siete si es que no hay tacho en el camino, dales de cenar, prepara la ropa para el colegio, después, duérmelos pronto para hacer el aseo en la casa, algunos días tengo que terminar el trabajo en la noche, si voy muy apurada con algún objetivo, antes de la una no me acuesto, levántate al día siguiente temprano a las seis, entonces como verás, necesito dormir si o sí, o si no al día siguiente no puedo rendir” (mujer divorciada de 40 años).

“Yo de por sí yo soy de estar despierta, de estar a full todo el día, no me puedo sentar a descansar ni un segundo, me gusta hacer de todo, participo en la junta vecinal, voy a clases de pintura y estoy siempre cuidando a mis nietos, entonces necesito descansar en la noche ¿cachai?, no me puedo permitir estar agotada, (...) cuando he dejado de tomarlas me he sentido muy deprimida, yo soy muy de revisar lo que he hecho en el día y si no cumplo me siento muy mal, mi conciencia no me lo permite” (mujer viuda de 72 años).

Se pudo constatar además, que el hecho de ser prescritas por el profesional médico legitima su consumo, se confía en que el sistema médico no puede ofrecer un medicamento que sea dañino para la salud y en que los medios de comunicación alertarían si eso ocurriese:

“Si te las dan en el consultorio es que no deben ser tan malas ¿no?. Si no yo creo que ya las habrían sacado, como el medicamento ese para la tensión que producía ceguera, salió en la tele y ya no lo dan en ningún sitio” (mujer casada de 80 años).

2.b) Hacia el consumo femenino y masculino

La actitud hacia el consumo viene condicionada por la aceptación al mandato social del “ser mujer” que implica ideas como “ser el sostén de la familia” y la “obligación de estar bien para que los otros estén bien”, lo que puede generar agotamiento y frustración por no poder expresar sus propias necesidades. Percibimos como en las representaciones ideológicas de género, la mujer es la encargada de cuidar el ámbito privado doméstico, es decir: las tareas del hogar, las relaciones con los hijos, entre hermanos, con sus padres. Mientras que los hombres son proveedores económicos que ejercen su función en el ámbito público. Cómo si de una ocupación laboral se tratase, las mujeres sienten el peso de este mandato que las obliga a sostener a los demás y a no permitirse encontrarse mal:

“Si tu estás en plan buena honda le contagias ese estado a tu familia ¿no?, yo soy un poco cómo el pilar de mis hijos, todos vienen y me cuentan sus problemas, yo los ayudo y tengo que transmitir cierto optimismo, si me pongo mal en mi familia todos se bajonean, así que me pregunto ¿cuándo estoy yo la primera? pues la verdad es que nunca, y eso a veces termina por agotarme” (mujer viuda de 72 años).

“A veces me las tomo cuando tuve un día difícil, si va a venir mi marido de la pega y tengo que estar tranquila, suele llegar cansado y si me encuentra bajoneada se pone muy de malas, es como que no me puede ver mal a mí” (mujer casada de 52 años).

Al preguntar en el grupo focal por la razón de que la mayoría de consumidores de BZD en el consultorio sean mujeres, las respuestas se asociaron a las diferencias culturales entre el hombre y la mujer, explicitando las representaciones de género anteriormente comentadas. Concretamente, reforzaron el mandato femenino de que

las mujeres deben ser “buenas madres y esposas”, esto hace que sean ellas las que busquen ayuda y confíen más en el sistema de salud que los hombres, más enfocados en el ámbito laboral. Además, apareció la culpa como instrumento de dominación hacia la mujer, en caso de no ejercer los roles que le son asignados socialmente:

“(…) Tu a un hombre no lo puedes convencer de que venga aquí al psicólogo, a mi marido por ejemplo, que tendría que venir porque está muy mal, pues no hay ni modo eh, me dice pero si yo no estoy loco ni na, no voy a ir al loquero ese, y tengo que venir yo en vez de él (risas)” (mujer casada de 80 años).

“A las mujeres nos preocupa más todo lo emocional ¿no?, siempre pensamos que podemos mejorar cómo madres y esposas, y si no pues nos sentimos culpables, los hombres en cambio no se hacen problema, ellos con trabajar ya tienen suficiente” (mujer divorciada de 40 años).

Además, las mujeres reconocen que soportan peores condiciones domésticas que los hombres y que eso las lleva “a enfermarse de los nervios”:

“Bueno las mujeres lo tenemos mucho más difícil ¿no?, sobre todo cuando dependemos de ellos, porque tienes que hacerte cargo de la casa, de los niños, de subirle la moral a todo el mundo, porque ellos por lo menos se pueden desahogar con los amigos, pero una tiene que estar todo el día en la casa sacándose la mugre ¿no?, y por eso nos acabamos enfermado de los nervios, yo lo veo así” (mujer casada de 52 años).

2.c) La prescripción médica

Como describíamos anteriormente, las mujeres justifican su consumo mediante la prescripción recibida, transfiriendo la responsabilidad al médico que indicó el tratamiento, pero con el tiempo

aprenden de la interacción con los profesionales médicos y tienden a autoregular su consumo:

“Yo confío en el doctor que me da los remedios, el es el profesional y no yo ¿no?, ha estudiado para conocer el cuerpo humano ¿no? (...) a mi por lo menos me han explicado lo que tengo, lo de las crisis de pánico esas que me dan y antes de que me ocurran, pues me tomo la pastilla” (mujer casada de 44 años).

“Yo las tengo que tomar por lo de mi enfermedad, ¿sabis? a mi algunos me dicen que me invento los dolores y me han tratado hasta de floja y to, pero el médico ya me explicó lo de los circuitos en mi cabeza que no funcionan bien, a mi no me gusta tener que tomarlas pero no me ha resultado con ningún otro remedio, entonces me las tengo que tomar” (mujer casada de 52 años).

“Con el tiempo he ido graduando mi consumo porque ya sé lo que necesito. Cada vez que tengo que venir al consultorio tengo que explicar de cero todo lo que me pasa y eso me da lata, porque aquí te cambian de médico a cada rato, entonces cada médico tiene su criterio, pero yo ya me conozco la cantidad que me hace bien” (mujer viuda de 72 años).

En algunos relatos, se percibe malestar derivado de una atención médica considerada insuficiente o precaria, se critica además la facilidad de algunos médicos para medicar y el trato poco comprometido hacia sus pacientes:

“En el consultorio uno puede darse cuenta de que algo no funciona bien cuando tienes que venir a las siete de la mañana para que te den una cita y te la dan para dentro de dos meses y te preguntas ¿dónde están los médicos?, yo me he quedado sin remedios todas estas veces y he tenido que hablar con el

director para que me los dieran, porque el tiempo que se demoran en hacer una receta no debe ser mucho, pero a mi nadie me quería ni ver” (mujer viuda de 72 años).

“Yo tuve que quejarme al director para que me cambiara, porque el doctor ni me miraba oye, se demoraba cinco minutos en hacerme la consulta, ni me preguntaba cómo me sentía o algo, solo escribía en el computador, yo sé que los médicos están muy requeridos, pero ese trato es indigno ¿no?” (mujer casada de 80 años).

“Yo creo que a algunos si se les va la mano con las pastillas, a mi sobrino por ejemplo, que tiene cinco años la criatura y ya le están dando las pastillas para el déficit atencional, yo lo veo con la boca abierta viendo monos todo el día y me llega a dar miedo, porque, ¿cómo será cuando tenga 15 o 16? a mi cuando me dieron las pastillas para dormir apenas me dijeron nada, te tienes que tomar una en la noche cómo cualquier otro remedio” (mujer divorciada de 40 años).

3) Campo representacional del consumo de Benzodiacepinas

A partir del análisis temático del campo representacional, emergieron las siguientes categorías: sentido otorgado al consumo, causas y motivaciones para el inicio del consumo, explicaciones para el mantenimiento del consumo, el fenómeno de la dependencia y la tolerancia social frente al consumo (tabla 13).

Tabla 13. Análisis temático campo representacional del consumo de BZD

Sentido otorgado al consumo	Causas y motivaciones para el inicio	y Explicaciones para el mantenimiento	El fenómeno de la dependencia	La tolerancia social frente al consumo
------------------------------------	---	--	--------------------------------------	---

Sentido otorgado al consumo	Causas y motivaciones para el inicio	Explicaciones para el mantenimiento	El fenómeno de la dependencia	La tolerancia social frente al consumo
Descansar bien para rendir mejor	Por prescripción médica (dificultad para dormir, dolor físico y crisis de pánico)	El médico la prescribe	Habitua al consumo (cada vez se necesita mas para el mismo efecto)	La familia (apoya y facilita el consumo)
Sobrevivir a los conflictos familiares	Sin prescripción (rendir mejor)	Dejar de tomarlas muy difícil	Sindrome de abstinencia (reacciones paradójicas)	Los medios de comunicación (solo informan de las drogas ilegales)
Estar bien para sostener a los míos			Se reconocen como adictas Las drogas ilegales como la marihuana son más dañinas (delincuencia)	Los médicos (ambigüedad: te retan pero no te apoyan)

Fuente: elaboración propia

3.a) *Sentido otorgado al consumo*

Si ahondamos en el significado simbólico otorgado al consumo, podemos observar que existen variaciones dependiendo de las condiciones de vida de las mujeres y sus demandas de roles, por ejemplo, en mujeres que poseen un desarrollo profesional y/o una vida social activa, el consumo pone el foco en la iniciativa individual y en la idea de rendimiento.

En este caso, el malestar se presenta como respuesta a las presiones que generan las exigencias de las mujeres en su vida cotidiana, la mitad de las mujeres entrevistadas trabajaba fuera de casa en el momento de realizar la investigación, debían desempeñar además el rol de amas de casa y madres, manifestaban encontrarse solas y sin apoyos, entonces, el consumo de BZD se convierte en un medio para sobrevivir en el día a día:

“Yo no sé si está mal pero es como que siempre me estoy sobre exigiendo, con la casa, con el trabajo, con todo. Eso también me lleva a lograr muchas de las cosas que quiero, no me conformo con poco, pero quizá eso me ha derivado muchos problemas en mi vida, mi exmarido no soportaba que yo tuviera desarrollo profesional y que ganara más plata que él (...) una tiene que desarrollarse cómo persona, a mi lo del divorcio me dolió en el alma, sobretodo por la sensación de fracaso, pero tienes que sobreponerte porque en la pega no te pueden ver mal, tienes que seguir luchando porque tienes unos hijos que sacar adelante y al final solo puedes contar contigo y con tus propios recursos” (mujer divorciada de 40 años).

“Ni yo me soporto cuando no duermo, ando más irritable, más sensible, me molestan cosas que si me tomo la pastilla no me molestan, , en mi casa está mi nuera viviendo con sus hijos, vengo de trabajar y me tengo que encargar de la casa igual, es

llegar y lavar un montón de cosas que tu no usas, yo uso un puro plato y tener que lavar una pila de cosas y es todos los días lo mismo” (mujer casada de 55 años).

Para las mujeres que no tienen trabajos fuera de casa, sus expectativas estaban depositadas en la familia y el consumo se convertía en un medio para adaptarse a los diversos conflictos que generaba la convivencia familiar:

“Muchas veces para no pelear, tengo a la hija menor enferma y todo el día tengo que estar cuidándola, ahorrar plata para sus remedios, son muchas preocupaciones en el día, para que luego llegue el hombre y se gaste el sueldo en bebida, que me perdone dios por lo que me gustaría hacerle, así me tomo la pastilla y me evito dejar la embarrá en casa” (mujer casada de 44 años).

“Bueno, sí que tengo que andar muchas veces al ritmo de mis hijos, pero mientras me avisen con tiempo todo bien, porque yo también tengo mis propias actividades, pero algunas veces se presentan con mis nietos en la casa para que los cuide, ¿y que le voy a hacer?” (mujer viuda de 72 años).

En una sociedad machista y conservadora, el rol de madre se encuentra jerárquicamente por encima del resto de roles. Es decir, a las mujeres se las valora principalmente por su capacidad para cuidar de los niños y responder a las necesidades de la familia. Entonces, el sentido del consumo de BZD es adaptativo respecto a las imposiciones sociales, ya que las mujeres buscan “estar bien para que los míos estén bien”:

“Es un hecho que el almuerzo no se va hacer sólo, mi marido está siempre en el negocio, cuando llega a casa está todo listo, (...) es mejor que mi hijo esté en casa para que no pierdan plata, hasta que se puedan comprar su casa, pero no sé cuantos años

más voy aguantar, porque el ritmo me enferma, dónde mi hijo se puso a pelear con mi nuera me dio un ataque nervioso, el cuerpo no me reacciona” (mujer casada de 55 años).

“No puedo bajar el ritmo porque soy el sostén de mi familia en casa, tengo dos niños por las cuales luchar, entonces no me lo puedo permitir, yo me pongo en último lugar, primero están sus necesidades” (mujer divorciada de 40 años).

“Mi marido siempre me ha dejado a cargo de todo, se pasaba la semana arriba en el teniente y yo me quedaba sola con los niños, me he ocupado de su crianza, ha sido un padre un poco ausente y ahora que se jubiló quiere venir a imponer sus normas, ¿dónde la has visto?” (mujer casada de 80 años).

3.b) Causas y motivaciones para el inicio del consumo

Cuatro de las seis mujeres entrevistadas, iniciaron su consumo de BZD por la prescripción médica que recibieron en el CESFAM de Machalí. Ellas consultaron a los profesionales de la salud debido a los diversos malestares que experimentan en su vida cotidiana. Estos malestares se expresan a través de síntomas como dificultad para dormir o crisis de ansiedad y están vinculadas a sus condiciones de existencia. Cabe destacar que las mujeres tienden a asumir el discurso de los médicos para explicar sus propios padecimientos:

“Al principio no sabían lo que tenía, cuando me sentía muy agitada venía al consultorio y me daban la pastilla para tranquilizarme, me decían que eran crisis de pánico, pero luego me empezaron a dar los dolores fuertes, que algunos creían que me los inventaba, ¿cómo voy a estar yo fingiendo pues?, el doctor me lo detectó hace un par de años, que era una enfermedad que se llama fibromialgia y les suele dar a las mujeres que viven muy estresadas, me tengo que tomar la medicación para los dolores y tener un mejor descanso, pero lo

segundo, la verdad es que no lo he podido cumplir tanto” (mujer casada de 52 años).

“Yo me las empecé a tomar por lo de las crisis de pánico que me daban, es algo que no lo puedes controlar, y se pasa horrible, te empieza a temblar todo el cuerpo, te entran los sudores, las taquicardias y te piensas que te vas a morir, a mi me entran ganas de tirarme al río (...) la última vez me dio en una reunión familiar y quedé cómo la loca yo, mi marido me dice, pero ¿será pa tanto? ¿no te puedes tranquilizar? y no, la verdad es que no puedo, lo único que me calma en ese minuto es tomarme la pastilla” (mujer casada de 44 años).

3.c) Explicaciones para el mantenimiento del consumo

Transcurrido un tiempo del consumo, las mujeres aprenden a conocer sus efectos y a variar la dosis, en muchos casos sin consentimiento del médico prescriptor. Comienza lo que los médicos denominan la automedicación y que para ellos es una de las causas que les hace desarrollar una dependencia. Aunque las mujeres no niegan esta automedicación, atribuyen la responsabilidad del mantenimiento de su consumo a los médicos que se las prescriben:

“Una ya empieza a conocer cada vez mejor el remedio, al principio yo solo me la tomaba cuando el médico me lo mandaba, pero ahora si siento que me va a venir otra vez la crisis me la tomo, porque son para eso, ¿no? (...) es cierto que algunos doctores no te las quieren seguir recetando, pero si no me van a dar algo mejor para los ataques entonces, ¿qué hago?, lo que no te pueden es dejar sin remedios” (mujer casada de 44 años)

“Te la recetan para que puedas dormir mejor pero después te acostumbras a tomarlas ¿no?, a mi por lo menos me tardaron en dar cita con el psicólogo más de un mes, y tampoco es que yo

haya tenido un tratamiento alternativo, me refiero a algo para que pueda dormir mejor sin tomarme la pastilla, entonces la única solución que te dan es la pastillita y te la tienes que seguir tomando” (mujer divorciada de 40 años).

3.d) El fenómeno de la dependencia

En las seis mujeres se observa habituación al consumo, es decir, para obtener los mismos efectos se necesitan cada vez mayores dosis. Nos encontramos frente a un consumo diario en todos los casos. Por otro lado, el síndrome de abstinencia se describe como un malestar difícil de soportar que potencia los síntomas negativos por los cuáles las mujeres consumen las BZD. Esto provoca que los intentos por interrumpir su consumo sean infructuosos y que las mujeres al final prefieran mantener su consumo y minimizen los efectos secundarios que les produce:

“A estas alturas ya no me compensa dejar las pastillas, todas las veces que lo he intentado ha sido una experiencia terrible, sin poder dormir, con mucha ansiedad , como que me falta el aire y la energía (...) a mi me parece gracioso, porque los médicos te dicen que tienes que dejarlas pero no te ayudan, te las tienes que ver tu sola, entonces, pues oiga doctor, a mi no me hacen tan mal las pastillas como para tener que pasar por todo eso” (mujer viuda de 72 años).

“Antes me tomaba media pastilla y con eso dormía, después con la misma pastilla ya no me resultaba, no podía dormir y andaba muy sensible, a mi marido me la pasaba retándolo, (...) ahora me pasa que se me olvidan las cosas, si mi marido me pregunta, ¿dónde dejaste eso? y yo no sé dónde lo he puesto (...) yo creo

que son los estos secundarios que pasan con las pastillas” (mujer casada de 80 años).

Al interrogar a las mujeres sobre la distinción entre consumidores y adictos, resulta importante constatar que ellas se reconocen como adictas a las BZD por no poder dejar de consumirlas. El consumo en este caso es vivido generalmente con culpa pero **su** aceptación se justifica por el estatus de medicamento otorgado a las BZD y que las distingue de las drogas ilegales, considerando el consumo de éstas como mucho más dañino.

“No me gusta reconocerlo, pero tengo que depender de las pastillas para dormir, eso que yo siempre fui muy anti-remedios, y ahora mírame, no puedo pasar ni un día sin tomarlas (...) y a nosotros nos pasa eso, ¿no? entonces sí que tenemos una adicción (...) pero la adicción a las drogas es diferente porque la persona puedes ver cómo se destruye de a poco, ¿no?, al final no puede trabajar ni ocuparse de su familia, nosotras sí que podemos funcionar bien, pero necesitamos tomarlas ¿no?” (mujer divorciada de 40 años).

“Dependo de tener que tomarme el remedio, porque si no me lo tomo sé que no voy a estar bien, no voy a poder hacer todo lo que tengo que hacer (...) pero se trata de un medicamento que cumple una función, por eso te lo dan en el consultorio, con la marihuana es muy diferente, porque no te lo dan en ningún sitio, tienes que llamar a un traficante para conseguírtelo (...) a mí me lo ha ofrecido un vecino, a su padre dice que le calmaba muchos los dolores que él tenía del cáncer, pero yo no he querido, porque te acostumbras y después por comprarla te puedes meter en problemas” (mujer casada de 52 años).

“La diferencia es que un remedio está estudiado que funciona, por algo te lo ofrece un profesional, si no no te lo darían, pero la

droga por algo es ilegal, porque te destruye el sistema nervioso, tú puedes ver los jóvenes que andan drogados en la población, luego para consumir más tienen que robar e incluso que matar, por eso es que las droga les lleva a la prisión” (mujer casada de 44 años).

3.e) Tolerancia social

Las sesiones grupales con las mujeres consumidoras nos permitió identificar la percepción que ellas tienen de la tolerancia social de su consumo. Es decir, la aceptación social por parte del entorno inmediato de la persona de su consumo de BZD. En este sentido, emergieron tres categorías de referentes que forman parte del entorno inmediato de las mujeres: la familia, los medios de comunicación y los profesionales de la salud que las atienden.

Según las mujeres, la mayoría de los miembros de la familia apoyan su consumo de BZD, especialmente aquellos que se sienten beneficiados por sus efectos:

“Yo cuando he intentado dejarlas no he tenido el apoyo de mi marido, como me he sentido más sensible, más irritable y peleábamos más, él me decía: ¡ a ver si te vuelves a tomar las pastillas para tu tratamiento porque no hay quien te soporte !” (mujer casada de 55 años).

“En mi familia somos varios que las tomamos, a mi hijo cuando estaba pasando por su divorcio yo se las daba, después vino otro nieto que tengo a pedírmelas, pero a él no se las paso, porque las usa para drogarse con los amigos, las mezclan con alcohol” (mujer viuda de 72 años).

Además, pudimos observar como en algunos casos la familia se convierte en facilitadora e incluso promueve el consumo de BZD, obteniendo la receta y llegando incluso a administrar el fármaco:

“Mi hija las toma desde hace tiempo ¿sabis?, ella me las recomendó para que durmiera mejor (...) y así pues cuando no me las dan en el consultorio, ellas me las consiguen y me las dá” (mujer casada de 80 años).

La postura más crítica hacia el consumo la encontramos en los hijos de las pacientes:

“A mi hija mayor le carga que su madre tenga que tomar pastillas, ella estudia psicología y me dice que esas pastillas te crean adicción, que no las necesito” (mujer divorciada de 40 años).

Si bien las mujeres no parecen haber sido influidas por ninguna publicidad en los medios de comunicación, destaca la invisibilidad que tiene la dependencia a los psicofármacos en la prensa y en la televisión, en comparación con la abundante información que reciben sobre los efectos dañinos del consumo de drogas consideradas ilegales como la marihuana o la pasta base.

“Yo en la tele nunca las he visto anunciar, el otro día lo leí en un reportaje de la revista Paula, salían varios casos de mujeres que tenían dependencia a las Benzodiacepinas” (mujer casada de 52 años).

“Todos los días sale alguna noticia de un cabro que robó o asesinó bajo los efectos de alguna droga, en machalí mismo, que hay mucha marihuana, ha crecido la delincuencia, antes era más seguro vivir acá, a nosotros ya nos han entrado a robar dos veces” (mujer casada de 80 años).

“Con las drogas siempre están dando noticias en la tele ¿no?, porque para poder comprarlas tienen que robar, pero con las pastillas no pasa lo mismo, aunque yo sé de gente que las mezcla con otras drogas, pero en general las que las tomamos pasamos piola, ¿no? como nos las dan en el consultorio (mujer divorciada de 40 años).

Finalmente, las mujeres perciben cierta ambigüedad de parte de los profesionales de salud en relación al consumo de BZD. Si bien ellos son la principal fuente de información y advertencia sobre los efectos secundarios y los riesgos de generar dependencia por un consumo prolongado, perciben que el apoyo y la información que se les brinda para abandonar su consumo es insuficiente:

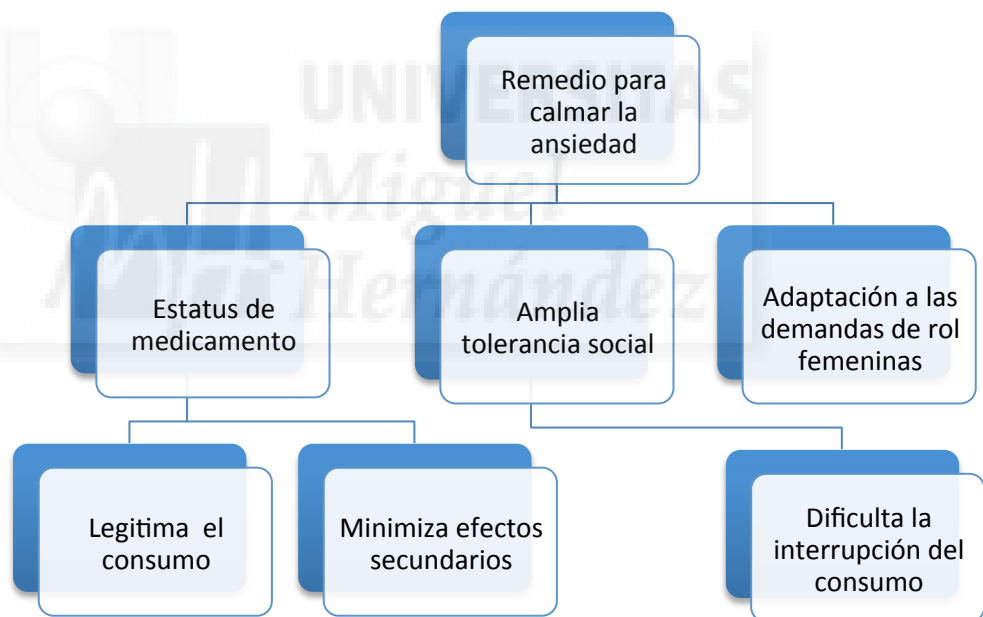
“A mí el doctor mucha información no me ha dado, me dice que me vaya regulando en el consumo, que tome lo menos que pueda y yo es lo que trato de hacer” (mujer casada de 55 años).

“Yo antes me atendía en la Fusat y la verdad es que allí nunca tuve problemas, pero por situaciones de la vida ahora tengo que venir al consultorio y ha sido un problema tras otro, al principio tuve que esperar tres meses para que me viera el doctor, me han cambiado de médico todas estas veces, y ahora me dicen que no puedo seguir viniendo a recoger las pastillas, tengo que hacer un tratamiento con el psicólogo para dejarlas, pero yo espero y espero y aquí nadie me aporta soluciones” (mujer viuda de 72 años).

“(…) es cierto que algunos doctores no te las quieren seguir recetando, pero si no me van a dar algo mejor para los ataques entonces, ¿qué hago?, lo que no te pueden es dejar sin remedios” (mujer casada de 44 años).

A continuación presentamos dos figuras que resumen los resultados obtenidos sobre la estructura del campo representacional del consumo de BZD (Figuras 4 y 5).

Figura 4. Jerarquía del campo representacional del consumo de BZD



Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Relación entre el núcleo figurativo y el sistema periférico de los significados otorgados al consumo de BZD



Fuente: elaboración propia

2.3.3. Estudio 3

Para lograr el objetivo 5 se realizaron entrevistas abiertas individuales a las 6 mujeres con consumo dependiente de BZD que participaron en los grupos focales. Con el objetivo de obtener una adecuada triangulación de los datos, se complementó la información recogida con entrevistas a dos informantes claves y con la técnica de observación participante.

2.3.3.1. Condiciones de vida en mujeres consumidoras de BZD

Las condiciones en las que las mujeres desarrollan su vida cotidiana están asociadas a su salud y a sus modos de enfermar. Cuando hablamos de condiciones de vida de las mujeres nos referimos

principalmente a sus condiciones de trabajo: doméstico y laboral extradoméstico.

Para las mujeres que realizan trabajos fuera de casa, el doble rol suele significar agotamiento y estrés sostenido. En todos los casos observados, la inserción laboral de la mujer no va acompañada por una redistribución de las tareas domésticas en su propio hogar, lo que conlleva una mayor sobrecarga para ellas:

“Yo trabajo todo el día en la tienda familiar, pero cuando llego a casa es un hecho que el almuerzo no se va a hacer solo (...) tengo que limpiar cacharros que no ensucié, ordenar ropa que no es mía, porque la pareja de mi hijo cuida de sus niños pero de la casa no hace ni media” (*mujer casada de 55 años*).

“Igual tengo que llegar a la casa y hacer el aseo, no importa que haya salido a vender todo el día, mi marido llega a mesa puesta, con todo servido a la casa, pero igual yo sé que es culpa mía por tenerlos a todos mal acostumbrados” (*mujer casada de 44 años*).

En casos de mujeres que pertenecen a estratos sociales de bajos ingresos familiares, la creciente desocupación de marido e hijos constituye una gran exigencia para ellas, que deben aportar a la subsistencia familiar mediante trabajos informales. Estos en general, son de baja remuneración, sin contrato y carentes de servicios previsionales. Se ha observado un gran estrés derivado de la presión por generar los recursos suficientes para satisfacer las necesidades familiares, esto se convierte en una fuente adicional de sobrecarga además del trabajo doméstico:

“Yo me he sacado la mugre por mi familia, cuando tenía a mis hijos chicos trabajaba en casa de una señora haciendo el aseo y me los llevaba para allá, en la noche los dejaba durmiendo y me tenía que ir a hacer el aseo al supermercado, nos ha tocado muy dura a nosotros, mi marido estuvo mucho tiempo sin trabajo (...)

a mi también porque me intoxicqué con unos productos limpiando en el Lider, al principio trataron de convencerme que había sido culpa mía por haber comido en la misma sala, son una empresa grande pero no me querían regalar nada, me ayudó un cuñado que es abogado, estuve varios días hospitalizada con los bronquios muy dañados” (mujer casada de 52 años).

“Siempre tiene una la sensación de vivir con el agua al cuello, de que no va a alcanzar, por que con el aporte de mi marido nunca ha sido suficiente, cuando mis hijos estaban chicos me los llevaba al campo, todo el día trabajando y los dejaba durmiendo, cuando estás trabajando se te olvida todo por un tiempo, en el día a día para una mujer es fuerte sobre todo cuando no hay ayuda, yo nunca he recibido ayuda de mi familia” (mujer casada de 44 años).

“La verdad es que para nosotros como familia ha sido muy desesperante, mi marido toda la vida trabajando en el teniente (*la mina*), dejándose la salud para la pensión que al final le ha dejado, cómo nunca perteneció a codelco (*empresa nacional del cobre*) su pensión ha sido muy baja, nos habíamos hecho una previsión de futuro, ahora nos estresamos porque nunca alcanza para todas las necesidades, uno siempre quiere darle lo mejor a sus hijos, ese es el tema” (mujer casada de 80 años).

En cambio para las mujeres que tienen estudios universitarios, las condiciones laborales son diferentes, pueden acceder a mayores salarios y reconocimiento social. A pesar de ello, la desigualdad de género está presente también en este sector, puesto que las mujeres se sienten exigidas a demostrar que valen lo mismo que los hombres:

“Es difícil ser mujer también en lo laboral porque tienes que andar todo el día demostrando, sobre todo si tienes un puesto de responsabilidad en una empresa, yo he vivido discriminación por

ser jefa de algunos hombres, tener que aguantar comentarios cómo qué le estará haciendo al director para tener ese puesto. Mira yo he estudiado en la Universidad y he invertido para llegar a dónde he llegado, a mí nadie me ha regalado nada, en ese sentido, en este país todavía estamos muy atrasados” (mujer divorciada de 40 años).

“Yo he sido siempre una mujer muy bien instruida, estudié dos carreras en la universidad católica, siempre me he sentido bastante libre de entrar y salir, siempre he sido una persona muy social, lo que sí es cierto es que mi marido prefería ser el que se preocupaba de lo económico todo el rato, a mí me dejaba siempre el lado más emocional de la familia” (mujer viuda de 72 años).

Observamos que en el ámbito laboral, en general todavía impera una cultura machista en Chile, dónde se espera que los hombres ocupen los cargos directivos más importantes de las empresas. En otros casos, en los que las mujeres no desarrollan ninguna actividad laboral, ellas construyen su identidad exclusivamente en función de ser “amas de casa”. Este trabajo al no ser remunerado ni valorado socialmente, repercute en la autoestima de las mujeres y genera dependencia de sus maridos, lo que supone, además de fragilidad y aislamiento, la postergación de las propias necesidades:

“Una ha tenido que sufrirla mucho por el hecho de ser mujer, la gente no entendía que yo quisiera vivir sola con mis hijos, porque mi marido era el que traía la plata a casa, yo voy a echar pa adelante les decía, (...) lo tuve que echar porque se gastaba el dinero en bebida (alcohol), ahora ya está mejor y vive con nosotras, de los hijos y de la casa me he encargado siempre yo, ahora soy yo la que administra el dinero y él está contento de no hacerse problema con eso” (mujer casada de 44 años).

observamos como algunas mujeres, a pesar de considerarse más “modernas” que sus parejas masculinas, interiorizan los estereotipos de género sin cuestionárselos:

“Las mujeres hacemos las cosas pa callao, no nos llevamos los honores como los hombres, pero los sostenemos para que ellos puedan salir a trabajar, con mi marido hemos pasado por buenos y por malos momentos, porque tiene una manera de pensar un poco antigua y yo en eso soy más moderna, en eso chocamos, si yo me dejara dominar me convertiría en su nana (risas), se piensan que una está ahí pa servirles, una vez me cansé, me fui con los niños una semana a casa de mi madre, de rodillas vino a pedirme perdón el hombre, el pobre no sabía hacerse ni un huevo” (mujer casada de 80 años).

Otra fuente importante de estrés experimentada por las mujeres reside en los conflictos y las frustraciones vividas en sus relaciones de pareja, el mal humor de sus parejas hombres y la falta de comunicación aparecen como lugares comunes del discurso femenino, en los casos donde existe dependencia económica del marido, la violencia de género se hace más notoria:

“La mujer es más sensible, el hombre es más duro de corazón, un hombre que trate de entender lo que le pasa a la mujer, a veces con un detalle muy ínfimo aparece una discusión, después deja la embarrá y una queda pa adentro, pero el hombre hace como que no ha pasado nada” (mujer casada de 55 años).

“Yo tuve demasiados problemas con mi exmarido, un hombre que no soportaba que yo estuviera bien, me tiraba pa abajo, mi familia se enteró y quiso ayudarme, pero yo siempre he vivido en mi mundo, si yo me casé y me embarqué en esto, yo me metí en esto, yo tengo que tirar pa adelante, no me arrepiento de lo que

he vivido, lo que sí, es que de ahora pa adelante tengo que pensar en mí misma” (mujer divorciada de 40 años).

“Yo he sufrido mucha violencia, hasta que me cansé y lo mandé a la cresta, porque cuando una tiene mal la autoestima se siente culpable y no se atreve a tomar decisiones, ahora sigue viviendo con nosotras, pero ya está más viejito y calmadito, sigue tomando de vez en cuando pero si llega muy curado le toca dormir en la terraza” (mujer casada de 44 años).

Según muestra informante clave, asistente social que ha trabajado por muchos años con las mujeres usuarias y que conoce la realidad de sus familias, la violencia contra la mujer es muy común, las mujeres no suelen denunciar en la mayoría de los casos y persiste el estereotipo de que el hombre es por naturaleza violento y agresivo:

“Aquí en Machalí existe una cultura especialmente machista y lo digo comparándolo con otros pueblos similares, yo creo que tiene que ver con la cultura de la mina dónde la mujer tenía que ser una buena esposa pasiva y no meterse en los asuntos de los hombres, después a los hombres se les consentía que llegaran borrachos a casa o que se desfogaran con sus familias, porque el trabajo en la mina era muy duro, física y psicológicamente” (Asistente social mujer de 36 años).

Otro caso bastante común, es el de hombres que tienen un amante fuera del matrimonio e incluso hijos no reconocidos:

“Por lo mismo el hombre se puede dar el permiso de tener un amante, porque así demuestran su hombría, esto en tiempos de Sewell era muy común y las mujeres tenían que aceptarlo porque dependían económicamente del marido. Yo he conocido muchos casos de hombres que han ocultado que tienen otra familia o de hijos fuera del matrimonio que después tienen que

meterse a juicio para pedir la pensión de alimentos” (Asistente social mujer de 36 años)

Se observa cómo esta dinámica suele iniciarse en la infancia, a través de la violencia ejercida por el padre como jefe de hogar, esta desigualdad se reproduce en la socialización de los vínculos primarios que marcan a las mujeres en su etapa adulta:

“A mi me tocó, como le digo, con un niño chico y tuve que trabajar, yo era buena en el colegio pero mi padre no quiso que siguiera estudiando, tenía que cuidar de mis hermanas pequeñas y trabajar en la casa, después cuando tenía a lo míos, yo me llevaba a los niños al campo y al volver lo mismo, cuando estás trabajando se te olvida por un tiempo, en el día a día para una mujer es fuerte sobre todo cuando no hay ayuda, yo nunca he recibido ayuda de mi familia, de mis padres, se siente una como abandonada, porque ni una visita, yo luché y gracias a Dios se ha recibido una de mis hijas” (mujer casada de 44 años).

“A mi me marcó que mi padre era muy curado (*borracho*), eran de los que llegaban de malas y dejaba la embarrá en casa, con cuchillos y todo eso, yo creía que un día iba a matar a mi mamá, y la casa era muy chica, estar toda la noche pendiente de que no le fueran a hacer nada, pasaba mucho miedo, eso te hace una personalidad muy marcada, a una le cuesta mucho volver a confiar en las personas” (mujer casada de 55 años).

“Los padres de antes eran muy estrictos, tenías que estar a las ocho acostada, eran muy autoritarios, yo siempre les he hablado de usted, no es como ahora, mi padre era muy violento y a veces de desquitaba conmigo, he vivido cosas muy penkas en mi infancia y para que mi madre no se enterara no decía nada, cuando fui adolescente me vino una crisis muy fuerte, yo creo

que gatilló por los recuerdos de la infancia, ahí empecé con las pastillas y los médicos” (mujer casada de 52 años).

Según otro informante clave, historiador de la cultura de Machalí, la socialización de los hombres que trabajaban en la mina, pasaba por demostrar su autoridad en la familia de una forma agresiva:

“El minero típico trabajador, no el ingeniero, es un hombre que proviene de familia de huasos, gente del campo, entonces es una cultura de por sí dura y curtida, donde el hombre es el patrón en su casa y si no manda en su casa, no manda en ningún sitio, pero además, trabajar en la mina también te forja un carácter fuerte, los hombres pasan la vida entre hombres enfrentándose a las duras condiciones de la montaña” (Historiador hombre de 66 años).

La identidad femenina que observamos en los discursos se construye principalmente a través del rol de la maternidad. El “ser madre” se vive como un mandato social donde la dedicación abnegada no se pone en cuestión, es vista como algo “natural” y las necesidades personales o de relación de pareja deben ser postpuestas por el bien de los hijos:

“Ser mujer para mí es ser madre, una como mujer siempre se posterga, ser dentista, psicóloga ser mujer significa ser madre protectora, enfermera, desgraciadamente uno deja de ser mujer en todos los sentidos, en cuanto de pareja, a lo personal, siempre me he cuidado, pero los hijos están primero y después una, eso es un error que he cometido, incluso soy madre de mi madre, que es como mi hija” (mujer divorciada de 40 años).

“Me gustaría dedicarme más a mí, de repente me gustaría poder viajar más, pero he tenido que estar muy estresada por todos los problemas que he tenido con mi hijo, últimamente ha estado con depresión, su ex mujer lo ha hecho sufrir demasiado, lo ha

tratado como un perro, yo tuve que ir a hablar con su jefe que era amigo de mi marido para que no lo desvincularan y ahora está sin goce de sueldo, verlo mal a mi me bajonea” (mujer viuda de 72 años).

“Yo siempre fui madre cien por ciento, nunca hemos salido con mi marido a ningún sitio, al cine o a pasear, eso yo creo que es el error más grande que comete una como mujer, no se lo aconsejo a nadie, porque ahora los problemas con mi marido es que no nos hemos comunicado, no hemos hecho vida de pareja, porque siempre estaban los hijos primero” (mujer casada de 80 años).

Esta aceptación al mandato social femenino de “quien puede con todo” y “quien debe sostener a todos” conlleva una adaptación rígida a condiciones de vida que pueden generar los diversos síntomas y malestares por los que las mujeres consultan inicialmente al médico general. Al naturalizar las desigualdades de género, las mujeres niegan o reprimen aquellas evidencias que desde el malestar subjetivo llaman al cambio o al cuestionamiento de sus propias condiciones de vida, para estos casos, el consumo de BZD cumple perfectamente el papel de un adaptador social. Además, la ausencia de espacios dónde poder expresar sus afectos y la imposición social de determinadas formas de “ser mujer” refuerza a las mujeres a acudir al consultorio en un intento por reducir o acallar su malestar:

“Esa es la palabra mujer, significa que la mujer puede con todo, podemos hacer tres cosas a la vez, lo mismo todos los días, el desayuno, el almuerzo y la once, trabajar afuera y encima tienes que poner buena cara porque sino ya andas con mala cara” (mujer casada de 55 años).

“En la noche cuando ya he terminado de hacer todos los quehaceres es cuando me bajoneo, me pongo a dar vueltas en

la cama, para un lado y para el otro y a pensar en lo que fue y en lo que no fue, me arrepiento de algunas cosas que hice, qué se yo, en esos momentos no es que esté muy cansada ni nada, es solo que me gustaría desaparecer, no tengo a nadie a quien poder contarle cómo me siento, mi marido se siente frente al televisor y se queda dormido, la verdad no tengo ganas de compartir el mínimo tiempo con él” (mujer casada de 44 años).

“Yo creo que nuestros problemas son psicossomáticos, son fruto del estrés, de las cosas que nos aguantamos y que después te pasan la cuenta, te viene una inflamación al colon, unas jaquecas, y es por lo mismo, el diario vivir que nosotros nos hacemos cargo de demasiadas cosas” (mujer divorciada de 40 años).

Algunas mujeres (las más jóvenes), ven positivos los cambios hacia una mayor igualdad en las relaciones de género que están teniendo lugar en la Sociedad, aunque según ellas todavía falta mucho por lograr:

“Si, ahora no tienes porqué aguantar a tu marido si éste te trata mal, como antiguamente que se la vancaban (*aguantaban*) toda la vida, te puedes divorciar y la sociedad te apoya hasta cierto punto, pero todavía falta mejorar en Chile, especialmente en lo referente al trabajo” (mujer divorciada de 40 años).

“Yo creo que tendrían que apoyar más a la mujeres solteras que quieren criar a sus hijos solas, yo no recibí ninguna ayuda, ahora yo he visto casos y las asistentes les dan una ayuda, que algo es algo, pero tendrían que apoyarlas para que puedan surgir” (mujer casada de 44 años).

Pero las representantes de mayor edad, no parecen ver con tan buen ojo los cambios ocurridos en la sociedad y hechan de menos la seguridad y las certezas de la cultura que vivieron:

“Desde que se jubiló mi marido se ha hecho muy difícil convivir con él en la casa, está siempre de mal humor y la verdad es que nos falta seguridad en lo económico, yo las he pasado tuticuantí, con mucha pena, pero no cambiaría nada de lo que he vivido, porque gracias a eso tengo a mis nietos, tenemos nuestra casa y todos los recuerdos que hemos vivido aquí” (mujer casada de 80 años).

“Los cambios que yo veo no me parece que sean tan positivos para las mujeres, es verdad que la cultura que yo viví era machista, pero por lo menos tenías un trabajo seguro y ocupabas un lugar seguro, sabías que esperar de la vida y las relaciones en la familia eran armoniosas, por lo menos en la mía. pero ahora yo veo demasiados cambios, mis hijos están todos separados y las madres se pasan el día entero en el trabajo, los niños necesitan tiempo, ahora se habla mucho de la calidad del tiempo, pero y la cantidad también importa ¿no?, esos niños se crían con el televisor (...) y con el trabajo pasa lo mismo, en el teiente ya no se contrata a nadie indefinidamente, ahora lo hacen por proyecto, a mi hijo mayor lo han dejado en la calle todas estas veces, porque se acabó el proyecto. con mi marido nosotros hemos disfrutado de muchas regalías en el teiente, entonces se vivía como reyes” (mujer viuda de 72 años).

2.3.3.2. Trayectorias de consumo en mujeres con dependencia a las BZD

Un punto significativo al analizar el proceso de dependencia a las BZD se constituye a través de la relación con el médico prescriptor y con el sistema de salud en general. De acuerdo a los testimonios

recogidos, las trayectorias que llevan a la automedicación, en muchos de los casos, han estado mediadas por los profesionales de la salud.

Al iniciar el consumo de BZD, las mujeres acuden a la consulta del CESFAM para aliviar los malestares que presentan: generalmente dificultades para dormir, ansiedad o dolores musculares. Según lo que hemos podido percibir como observadores participantes en nuestro rol de psicólogo clínico, las mujeres relatan sus padecimientos de salud mental de la misma forma que lo hacen con los padecimientos físicos, adaptándose al modelo de atención biomédico, que viene caracterizada como ya hemos descrito anteriormente por priorizar el relato de los síntomas biológicos y por etiquetar los padecimientos en términos de enfermedades y desequilibrios bioquímicos:

“Bueno lo que yo puedo saber que me han explicado los médicos, es que mi cerebro no produce bien algunas sustancias necesarias para poder descansar, que son las endorfinas, parece que con el tiempo, he perdido la capacidad de generarlas de forma natural y eso es lo que te aportan los tranquilizantes ¿no?” (mujer viuda de 72 años).

“El doctor me detectó hace un par de años una enfermedad que se llama fibromialgia, se pasa muy mal con los dolores, a mí me dejan pa el arrastre, es una enfermedad que ataca todo el sistema nervioso, entonces las pastillas que te dan son para aliviar los dolores ” (mujer casada de 52 años).

Según lo observado, durante la primera consulta, el médico suele realizar la prescripción de BZD y en la mayoría de los casos no informan de los efectos secundarios que produce o de los riesgos de dependencia a largo plazo. Las derivaciones correspondientes a otros profesionales de la salud (psicólogas/os, asistentes sociales o enfermeras/os, principalmente) suelen realizarse posteriormente y de manera complementaria a la medicación:

“No me aconsejaron que te podría dar una adicción, si no no las hubiese tomado, ¿no?, como un mes despues de tomarlas empecé a ir con la psicóloga, que me ha ayudado mucho con algunas técnicas para relajarme y eso, para complementar al remedio” (mujer casada de 44 años).

Las mujeres reciben la prescripción inicial por más de 3 semanas, principalmente debido a que no pueden obtener una cita con su médico/a antes de este período y deben esperar a la siguiente consulta por lo menos un mes. Con el paso del tiempo, aprenden a regular la dosis prescrita inicialmente, aunque algunos médicos se niegan a seguir precribiéndolas. Entonces, las mujeres activan diversas estrategias para seguir obteniendo la prescripción de BZD por otras vías diferentes a la inicial.

“Bueno yo me hecho especialista en ir de aquí para allá para buscar los remedios, ya me conozco a todos los médicos, los que la dán y los que no. Cuando tengo problemas acudo al director, él me conoce desde hace tiempo y sabe que las necesito, que no es cuestión mía que quiera armar lío” (mujer viuda de 72 años)

“Pues yo he tenido muchos problemas de quedarme sin remedios, porque muchas veces te dan cita para más tiempo del que dice la receta y te tienes que presentar en el cesfam porque te quedaste sin pastillas, somos varias las que nos ha pasado esto porque lo he visto. lo que hacemos, es que vamos donde el director de cesfam y él nos facilita el camino, porque del otro lado, lidiar con las secretarias de los doctores es complicado (mujer casada de 55 años).

Se observa cómo la atención médica en el CESFAM dificulta la continuidad de la relación entre el médico y el paciente. En general, las mujeres perciben que la atención que se les brinda es insuficiente o no

responde a las expectativas generadas, su actitud no es pasiva y realizan sus reclamos frente al director del CESFAM o el alcalde.

“Te dicen, tranquila, usted tómesese estos remedios que nosotros le vamos a ayudar, y una piensa que al ser doctores van a hacer todo lo posible, y bueno, seguramente tampoco es culpa de ellos. Para poder tomar una hora tienes que llegar a las seis de la mañana, cuando recién abren las puertas y te puedes quedar sin turno porque está repleto. Después te dicen que el doctor no tiene cupo y tienes que andar peleando con la secretaria para que den un sobrecupo, es muy desgastante (...) Aquí todos sabemos que el consultorio no funciona bien, en la Junta de Vecinos ya hemos ido a reclamar varias veces al alcalde, gracias a eso contrataron a los doctores colombianos, para tener más personal, pero las listas de espera no se han achicado oiga” (mujer casada de 80 años).

“Yo creo que tendrían que haber más iniciativas, como los grupos de autoayuda que yo he visto allí en el hospital, porque solo con 20 o 30 minutos al mes de consulta no tienes suficiente, también está la psicóloga pero ella no se mete en lo de la medicación, le puedes contar tus problemas y eso, pero yo no he visto buenos resultados” (mujer divorciada de 40 años).

“Yo tengo la suerte de conocer a la secretaria del director, porque es familia de mi cuñado, entonces cuando tengo problemas ella me ayuda a hablar con el director, así me han podido dar recetas que los médicos no me la daban, el hombre hace lo que puede, pero dicen que no están recibiendo las lucas (dinero) correspondientes de la corporación municipal” (mujer casada de 55 años).

De esta forma, la relación que se establece con el médico prescriptor viene marcada de incertidumbre por la falta de continuidad y

por la ambigüedad del discurso médico. Hemos podido observar que las mujeres no tienen claridad sobre cuánto va a durar su tratamiento con BZD, ni siquiera si el médico que las va a atender en el proceso va a ser él mismo, por lo que la relación que establecen con ellos está marcada de inseguridades:

“Yo creo que depende de la calidad de la persona, porque además de ser doctor es persona, a mi antes me atendía el señor x y yo estaba muy disconforme, porque no se daba el tiempo de hablar ni nada, te rellenaba el formulario y ni te miraba a los ojos, pues oiga a mi eso me sentaba muy mal, después de un tiempo me atendí con la doctora y me ayudó mucho, conversábamos y me daba buenos consejos, pero después se cambió de ciudad me dijeron, y han venido otros doctores, (...) pero a mi no sé, como que no me dan tanta confianza” (mujer casada de 80 años)

“Una se siente un poco a la deriva, porque los doctores se dan el derecho a opinar sobre el hecho de que necesites las pastillas, pero ninguno te aporta soluciones reales, ¿no? entonces te hacen sentir mal porque eres una adicta y deberías dejar de tomarlas pero eso fue algo que también ellos contribuyeron, o ¿no?” (mujer divorciada de 40 años).

“Yo en mi caso tengo esta enfermedad de la fibromialgia, el doctor que me veía antes me recomendó que viera la posibilidad de tomar otros remedios más naturales, pero después el se fué y quedé donde mismo (...) ahí tienes que volver a explicar todo de cero, lo de los dolores, la enfermedad y algunos médicos ni siquiera te creen mucho, pero ellos no conocen toda tu historia” (mujer casada de 52 años).

2.4. Discusión

2.4.1. Estudio 1

Este trabajo se ha desarrollado en torno al fenómeno del uso de BZD en un contexto específico, un Centro de Salud Familiar de Machalí en Chile. El uso de este grupo de fármacos implica a dos actores fundamentales: los médicos generales que las prescriben y las mujeres que las consumen. Por ello, nuestro objetivo ha sido conocer tanto la práctica de prescripción de BZD por parte de las/los médicas/os, como las representaciones sociales de las BZD que tienen las mujeres que las consumen.

En primer lugar, respecto de la práctica de prescripción, nos planteamos analizar las cifras de prescripción de BZD y los factores que se asocian a dicha prescripción (objetivo 1), mediante el análisis de los datos clínicos del Centro.

A partir de los resultados encontrados en nuestro estudio, podemos determinar que en los últimos 4 años se ha reducido en un 33% el número total de BZD prescritas en el CESFAM. El Alprazolam es la BZD que más ha visto reducida su prescripción y el Clonazepam es la única que ha aumentado desde el 2012. Si bien la BZD más prescrita en la década de los noventa del siglo XX fue el Diazepam (Busto, 1996), otro estudio realizado con posterioridad sobre el expendio en farmacia privada, indicó que el consumo de Diazepam había bajado considerablemente entre los años 2003 y 2007, siendo desplazado por el Alprazolam. En el año 2007, la BZD más consumida ya correspondía al Clonazepam (Yates, 2009).

En otro estudio realizado en España durante el período 2000-2011, los resultados fueron diferentes a los nuestros, ya que los

ansiolíticos más consumidos fueron en primer lugar el Lorazepam y en segundo lugar el Alprazolam. Es relevante destacar que los ansiolíticos que experimentaron mayor aumento son medicamentos con indicación en ansiedad asociada a depresión. Los autores de este estudio postulan que el incremento de los trastornos del ánimo en España se relaciona con aspectos socioeconómicos y laborales de la actual crisis (Vicente Sánchez et al, 2013).

Otra característica relevante de las cifras de prescripción encontradas en el CESFAM hace referencia a las diferencias significativas en la prescripción según el sexo de los pacientes: un 83,7% de los casos corresponde a mujeres. El perfil más común está compuesto por mujeres mayores de 50 años que llevan consumiendo BZD por largos períodos de tiempo. Podemos afirmar que este perfil coincide con el encontrado por Tamara Yates en 2009.

En segundo lugar, el estudio de la práctica de prescripción se dirigió a identificar el modelo de atención médica que subyace a la práctica prescriptora (objetivo 2) y describir las propuestas que surgen para su reducción (objetivo 3).

En las entrevistas realizadas a los médicos generales, al preguntar por la diferencia de prescripción según el sexo del paciente, tanto hombres como mujeres pusieron de manifiesto determinados sesgos de género; fundamentaron la mayor demanda femenina de psicofármacos atribuyendo mayor debilidad y problemas emocionales a las mujeres y concediendo mayor gravedad al motivo de consulta de los hombres. Evidenciando así que los médicos y las médicas comparten las mismas representaciones ideológicas de género que sus pacientes. De la misma manera que en el estudio de Téllez y Heras (2008), evidenciamos que la interacción entre los profesionales sanitarios y las mujeres están totalmente condicionadas por la ideología de género presente en los profesionales sanitarios, a pesar de la aparente neutralidad del discurso biomédico, se asumen

descripciones esencialistas sobre hombres y mujeres. Encontramos un dato interesante, el único médico que identificó las causas socioculturales de los padecimientos en las mujeres fue el que tiene la especialidad de médico familiar. Creemos que una mayor formación sobre las condiciones socioculturales y su influencia para la salud de hombres y mujeres, ayudaría a no seguir reproduciendo las representaciones hegemónicas de género en el sistema de Atención Primaria.

En algunos aspectos, las cifras de prescripción no se corresponden con las recomendaciones dadas por los médicos en las entrevistas. Por ejemplo, el diagnóstico más recomendado para prescribir fue el de trastornos de ansiedad, sin embargo, la mayoría de las prescripciones se realizan bajo el diagnóstico de episodios depresivos. Por otro lado, según los médicos, el período de prescripción no debería superar las 4 semanas. Sin embargo, las cifras indican que este período se sobrepasa en la mayor parte de los casos. Otros estudios sobre el proceso de prescripción de BZD (Anthierens, 2007),(Sirdifield, 2013) concluyen también que los médicos prescriptores conocen bien las recomendaciones para su uso racional, pero la práctica de prescripción que realizan no es coherente con el punto de vista que expresan.

Esta contradicción parece cuestionar la consideración de la práctica de prescripción como un acto racional carente de ideología, y nos hace pensar que se trata de un “habitus” condicionado por elementos que (en nuestra opinión) sobrepasan la voluntad y los conocimientos de los médicos prescriptores. En el estudio desarrollado por Sirdifield (2013) se afirmaba que los médicos prescriptores experimentan gran tensión por querer aliviar los síntomas de sus pacientes con BZD y sentirse responsables de minimizar su uso al mismo tiempo (Sirdifield, 2013).

Este “habitus” se materializa en el encuentro del médico con el paciente, aquí es dónde se presentan la mayoría de las dificultades expresadas por los médicos en el proceso de prescripción: la presión que reciben por parte de sus pacientes para extenderles la receta por más tiempo del recomendado, la corta duración del tiempo de consulta, la elevada cantidad de registros que deben rellenar y la dificultad para llevar un adecuado seguimiento del paciente; todos estos elementos condicionan la sobreprescripción en el CESFAM de Machalí. Las cifras muestran que un 35,2% de los pacientes de salud mental presentan prescripción de alguna BZD.

En cuanto a los efectos secundarios, si bien reconocen los daños que puede generar su consumo a largo plazo (reacciones paradójicas y daños cognitivos), los médicos no renuncian a su prescripción y valoran positivamente la eficacia del tratamiento cuando los usuarios siguen sus recomendaciones médicas. El problema de la dependencia, según ellos, surge cuando los pacientes se automedican y lo usan por más tiempo del recomendado.

Desde la perspectiva teórica de los modelos de atención definida por Eduardo Menéndez (2003), podemos observar cómo la autorregulación del consumo de BZD de los pacientes evidencia no sólo que éstos se apropian y aprenden sobre el uso de psicofármacos, sino que además lo hacen a partir de su interacción con el profesional médico. Sin embargo, esta interacción no aparece incluida en la práctica prescriptora médica como aspecto reflexivo de su intervención. En nuestro estudio, los médicos atribuyeron a las características de los pacientes los factores de riesgo para desarrollar una dependencia a las BZD. En consecuencia, planteamos que podría ser valioso para todo el proceso de prescripción, conocer y visibilizar los usos que los pacientes realizan de los medicamentos, especialmente para aquellos fármacos como las BZD, que han evidenciado ocasionar un alto costo al sistema de salud en términos sociales y económicos.

Respecto a las propuestas para reducir la prescripción de BZD, podemos afirmar que la mayoría de las propuestas aportadas por los médicos apuntan a educar a la población usuaria del CESFAM en el correcto uso de BZD. Este resultado concuerda con otro estudio realizado en España, dónde se consensuaron con los médicos de atención primaria las acciones más importantes para disminuir la prescripción de estos fármacos (Fernández, 2002). Coincidimos al afirmar que muchas de las intervenciones propuestas por este grupo dependen poco de la acción del médico prescriptor y resultaría difícil llevarlas a la práctica.

Llama la atención la disconformidad de algunos médicos con el modelo de atención imperante en el CESFAM de Machalí, al que califican de asistencialista. Según ellos, este modelo concede mayor importancia a la cobertura sanitaria que a la calidad de las atenciones. En este sentido, algunos médicos proponen para reducir la prescripción de BZD, la aplicación de un modelo comunitario que incluyera a otros profesionales de la salud y de esta forma pudiera ofrecer tratamientos alternativos a los psicofármacos.

Cabe señalar que la reforma de salud promovida por el MINSAL, contemplaba al menos en teoría que los procesos de salud/enfermedad requerían de un tratamiento “más integral” y que con ello se tomaría en cuenta los factores sociales considerados determinantes para la salud. Sin embargo, observamos cómo la implementación de esta reforma conllevaría otro tipo de atención, que debiera tener presente a la colectividad no sólo como usuaria consumidora, sino también como participe de todo el proceso. Esto implicaría una forma de entender y gestionar el malestar distinta a la práctica prescriptora observada en el CESFAM.

Para cumplir con el objetivo de identificar el modelo de atención subyacente a la práctica prescriptora, analizamos los rasgos del modelo de atención de los médicos generales en el CESFAM de

Machalí: el biologicismo, la orientación curativa de la prescripción, la relación asimétrica entre médico y paciente, y la racionalidad científica, se vieron reflejados en el discurso de todos los médicos.

La práctica prescriptora se justifica fundamentalmente por los diagnósticos que priorizan síntomas desde una mirada biologicista y que invisibilizan los determinantes sociales que motivan dichos síntomas. Observamos que existe una relación asimétrica entre el médico y el paciente, se tiende a considerar al médico prescriptor como experto en la materia y a excluir de todo el proceso los conocimientos y la participación del paciente.

La orientación curativa de la intervención, fomenta por otro lado que se prescriba por largos períodos. Los pacientes además, aprenden a consumirlas en estos términos, e interiorizan, que les permite corregir un supuesto desbalance o enfermedad de origen biológico.

Como expusimos anteriormente en los resultados, la aplicación de este modelo de atención en los procesos de salud y enfermedad, implica una causalidad biológica determinista que tiende a invisibilizar el conjunto de determinantes sociales que afectan a las personas.

Las interpretaciones biomédicas relacionan el aumento de la prescripción y consumo de psicofármacos con el incremento de casos diagnosticados de depresión, ansiedad y trastornos afines. Sin embargo, para autores como Ángel Martínez-Hernández, se trata de una explicación circular ofrecida por el paradigma biomédico, que convierte las adversidades humanas en enfermedades susceptibles de ser medicadas con psicofármacos:

Los procesos de naturalización de las aflicciones humanas y su reconversión en enfermedades se amplifican hoy en día por la mayor disponibilidad de los usuarios a la resolución de sus malestares mediante la ingesta de psicofármacos (...) el fetichismo de la mercancía (antidepresivos) en tanto que

detentadora de valor, propiedades y poderes propios y el fetichismo de la enfermedad (depresión) que, mientras “disimula” las relaciones sociales que producen la aflicción y los estados de ánimo, enreda a los actores en redes de consumo, mercantilización y hegemonía” (Martínez-Hernández, 2006:49).

Esta invisibilización del contexto social, contribuye a patologizar síntomas que derivan de determinadas condiciones de vida. De esta forma, se genera una narrativa de enfermedad que conlleva para el caso de las BZD, tratamientos farmacológicos más prolongados de lo recomendable (puesto que el medicamento recetado estaría combatiendo o tratando alguna supuesta enfermedad), aumentando así el riesgo de desarrollar una dependencia y de sufrir los efectos secundarios anteriormente descritos.

Con esta afirmación no estamos negando la existencia de enfermedades mentales, pero hemos podido observar a través de las observaciones y las cifras de prescripción en relación a los diagnósticos médicos, que existe una sobremedicación para aflicciones comunes como estrés, dificultad para dormir, abatimiento, etc. que siempre han formado parte de los conflictos del ser humano y actualmente son tratados como patologías fuera del contexto de las relaciones sociales que los genera.

Algunas de las limitaciones y consecuencias que este modelo centrado en la enfermedad supone para la salud mental, entre otras, cabe destacar: la tendencia hacia una creciente conceptualización medicalizadora y reduccionista de los trastornos mentales, la construcción de una narrativa cultural de la enfermedad basada en el desequilibrio bioquímico o la limitación de la participación en la toma de decisiones durante el tratamiento, excluyendo al paciente de cualquier consideración al respecto (Moncrieff, 2008).

Conclusiones

Respecto del objetivo específicos 1: analizar las cifras de prescripción de BZD y los factores asociados a dicha prescripción:

1. Una de cada tres personas usuarias del programa de salud mental recibe prescripción de alguna BZD, a pesar de la reducción de un 33% en los últimos cuatro años.
2. El perfil mayoritario es de mujeres, mayores de cincuenta años, con un largo período de consumo. Los médicos/as recurren a representaciones ideológicas de género para explicar la elevada demanda femenina de psicofármacos. El médico con especialización en medicina familiar, fué el único en contextualizar el malestar de las mujeres.
3. A pesar de que los médicos/as conocen el potencial de dependencia de las BZD y sus efectos secundarios, las cifras indican que se siguen prescribiendo por más tiempo del recomendado y bajo diagnósticos que no son los recomendados clínicamente.

Respecto del objetivo específico 2: Identificar la práctica de prescripción subyacente a la práctica prescriptora.

1. Identificamos en el discurso de los médicos los siguientes rasgos pertenecientes al modelo de atención biomédico: el biologicismo, la orientación curativa de la prescripción, la relación asimétrica entre médico y paciente y la racionalidad científica.
2. Podemos deducir la dificultad presentada desde este modelo para reducir las cifras de prescripción. La racionalidad científica que fundamenta el modelo biomédico impide cuestionar su propia eficacia y atribuye la responsabilidad de los daños que

genera al mal uso que hacen los pacientes con la llamada automedicación.

Respecto del objetivo específico 3: Describir las propuestas aportadas por los médicos generales para reducir las cifras de prescripción en el CESFAM.

1. La mayoría de las propuestas a priorizan educar a la población en los usos adecuados de las BZD, considerando que las altas tasas de prescripción se deben al mal uso que hacen los usuarios de los medicamentos.
2. Otras propuestas hicieron referencia al tiempo de consulta, a un cambio en las políticas de salud del CESFAM o a la aplicación de tecnologías que mejoren la fiscalización de las recetas. Propuestas que coinciden con otros estudios revisados y que dependen poco de la acción del médico prescriptor resultando difícil llevarlas a la práctica.

2.4.2. Estudio 2.

En este estudio nos planteamos describir las características de las representaciones sociales del consumo de BZD (objetivo 4). Para ello, configuramos un grupo focal de seis mujeres que se desarrolló durante cinco sesiones.

Pretendemos aportar comprensión acerca de cómo en los procesos de salud y enfermedad están representadas las normas sociales. Estas normas determinan la percepción que los consumidores tienen de las BZD. Pensamos que este aporte puede ser de gran valor, a la hora de elaborar y planificar cualquier estrategia de rehabilitación o de abandono del consumo en los casos de dependencia.

Según Moscovici (1979), los marcos valorativos y normativos filtran los elementos a partir de los cuales se construye la representación social. De esta forma, podemos deducir la manera en que las representaciones sociales van a determinar el desarrollo de valores y creencias en torno al consumo de BZD, influyendo en las tendencias específicas de cada consumo y en las posibilidades de interrumpir el mismo.

En cuanto a la información que poseen las mujeres sobre las BZD, la mayoría de ellas las identifica por sus efectos como tranquilizantes. En algunos casos, acudieron al CESFAM por tener dificultades para dormir, por sufrir de crisis de pánico o por sentir dolores musculares y allí recibieron la prescripción por parte del médico general. Otras accedieron al consumo a través de algún familiar que se las recomendó. Los diversos motivos para iniciar el consumo coinciden en pretender buscar un remedio que calme las ansiedades generadas por los conflictos de la vida cotidiana. Con el tiempo, las mujeres aprenden de la eficacia de las BZD y tienden a regular su consumo, es decir, si inicialmente las consumían bajo prescripción e indicación del médico, posteriormente pueden variar las dosis en función de sus necesidades y acceder a ellas a través de otros medios (por presión al médico prescriptor o con ayuda de algún familiar).

La actitud que poseen las mujeres hacia el consumo de BZD en general es favorable, valoran principalmente los efectos inmediatos que producen al tomarlas. Principalmente por su efecto como sedantes e inductores del sueño. Cuando las mujeres tratan de interrumpir su consumo, ya sea por voluntad propia o por indicación del médico, se encuentran con un síndrome de abstinencia que incluye reacciones paradójicas (como el insomnio o las crisis de pánico) y que resulta muy difícil de soportar.

En todos los casos observados, los intentos por interrumpir su consumo fracasaron y las mujeres continuaron consumiéndolas

diariamente por largos períodos de tiempo. Esto les ha generado múltiples efectos secundarios como pérdida de memoria, disminución de los reflejos, aturdimiento o deterioro cognitivo. Las mujeres se reconocen a sí mismas como adictas a las BZD. Para algunas, el consumo es vivido con cierta culpabilidad por su incapacidad de poder interrumpirlo, para otras en cambio, esta dependencia no es vivida como algo problemático.

El campo representacional sugiere la idea de un “modelo” y se refiere al orden o jerarquía que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. Según los trabajos de Jean Abric, (2001) basados en la teoría de Moscovici, el campo representacional está compuesto por un sistema central, dónde se encuentran aquellos contenidos de mayor significación para los sujetos y por un sistema periférico que incluye todas las diferencias individuales.

En nuestro estudio, hemos podido identificar la existencia de una imagen central que define el consumo de BZD como “remedio para calmar las ansiedades ocasionadas por los conflictos cotidianos”.

Como explicábamos anteriormente, esta imagen central confiere a las BZD el estatus de remedio o medicamento, reforzando y legitimando su consumo. Esto sucede a pesar de que las mujeres no sigan en muchos casos las indicaciones médicas y decidan automedicarse. La responsabilidad de la dependencia es transferida generalmente al médico prescriptor, al que se le achaca la falta de apoyo ofrecido para poder abandonar su consumo.

Observamos que las BZD disponen de una amplia tolerancia social, especialmente si las comparamos con drogas ilegales como la marihuana. La familia de las mujeres entrevistadas apoya e incluso facilita su consumo, algunos miembros se ven directamente beneficiados por los efectos que generan, en este sentido, refuerzan

las relaciones de género desiguales entre hombres y mujeres, permitiendo adaptar a las mujeres a sus roles de amas de casa pacientes y abnegadas.

Por otro lado, los medios de comunicación se focalizan en advertir sobre los daños que genera el consumo de drogas ilegales y en asociar el consumo de drogas ilegales con la delincuencia. En cambio, sobre la adicción a las BZD, salvo algún reportaje especializado, las mujeres no han recibido ninguna información por parte de la prensa o la televisión. Esta tolerancia social, pensamos que podría ser la responsable de la elevada dificultad que encuentran las mujeres en abandonar el consumo BZD, si no sale de ellas mismas, no se sienten interpeladas a abandonarlo.

Es necesario destacar la importancia que tiene el discurso social sobre la construcción del problema de las dependencias, queda explicitado en el hecho de que el efecto de las drogas en el organismo pueda variar con relación a su contexto social:

Si bien es cierto, que las drogas actúan sobre “cuerpos biológicos”, se puede constatar que estos efectos están determinados por la cultura. Es por ello que el efecto de una droga puede variar, según la “asignación escénica” que una cultura determine para la sustancia en cuestión (Romaní, 1999:53)

Estudios llevados a cabo sobre representaciones sociales de drogas ilegales (Megías, 2000), (SENDA, 2012) indican que si bien pueden variar dependiendo de la edad y del estrato social entrevistado, existe una imagen común de las drogas ilegales como sustancias que destruyen el organismo y se las asocia habitualmente con la delincuencia. Las mujeres entrevistadas en nuestro estudio poseían esta imagen de la marihuana pero no de las BZD. Es interesante destacar que el potencial adictivo de las BZD es muy elevado, puesto

que están clasificadas en la lista IV de estupefacientes (ONU, 1983). (En esa lista están situadas drogas como la heroína, que a diferencia de la BZD si poseen una imagen cargada de estigma social). Así pues, esta imagen central de medicamento legitimado socialmente configuraría el significado otorgado a su consumo y explicaría el hecho de que a pesar de producir un síndrome de abstinencia comparable al de otras drogas, la dependencia a las BZD se encuentre “invisibilizada”.

En el sistema periférico de las representaciones sociales están insertadas una gran variedad de experiencias vividas y vinculadas a las historias personales. En el grupo entrevistado observamos como las diversas condiciones de vida y de pertenencia social, hacen posible la existencia de distintos significados atribuidos al consumo de BZD. Estos significados son compatibles entre sí y quedan integrados en la imagen central anteriormente descrita.

Encontramos un solo estudio que indaga en las representaciones sociales acerca del consumo de medicamentos psicotrópicos y explora los patrones de consumo indebido de estos medicamentos en Argentina. (SEDRONAR, 2007). Los hallazgos de esta investigación mostraron que los imaginarios y prácticas del consumo de psicotrópicos no se dan de modo homogéneo. Los ciclos vitales, el género y el nivel socioeconómico trazan diferencias significativas. En nuestro estudio hemos diferenciado tres tipos de significados que coinciden con las categorías identificadas en este estudio: pastillas que cumplen la función de permitir rendir en el trabajo doméstico y extradoméstico, ayudan a las mujeres a sobrellevar los conflictos con sus parejas y a sostener emocionalmente los vínculos familiares, transmitiendo la imagen de madres y abuelas perfectas. Como podemos observar, estas tres categorías se corresponden con los roles adscritos al género femenino: ama de casa, esposa y madre.

En los casos de mujeres que trabajan fuera de casa, el foco del consumo se sitúa en el rendimiento diario. El modo de uso de las BZD

se perfila en este grupo como un medio para contrarrestar los costes psicológicos de tener que “estar a la altura” frente a las múltiples demandas que la sociedad impone a las mujeres,. Se trata de mujeres proactivas, centradas en la productividad, que persiguen la tranquilidad y el descanso necesarios para poder cumplir con las múltiples demandas.

Esta categoría puede entenderse mejor desde las explicaciones aportadas por el autor Byung-Chul Han (2012), para quien el anterior “sujeto de obediencia” que describía Foucault en la era moderna, ha sido reemplazado por el actual “sujeto de rendimiento” propio de la sociedad postmoderna. La persona proactiva, es el individuo en constante estado de tensión, proveniente de la amenaza de “no hacer nunca lo suficiente”. En nuestro estudio, observamos la presión cultural de la postmodernidad, dónde las exigencias laborales de rendimiento y competencia se suman a las exigencias de ser “buena ama de casa”. La combinación de ambas presiones, genera un cóctel de estrés y sobrecarga muy dañino para la salud de las mujeres.

En las mujeres que poseen ocupaciones laborales esporádicas y se identifican con ser “dueñas de casa”, observamos como la pastilla permite sobrevivir a los conflictos cotidianos. Para estas mujeres, su identidad está depositada al interior de la familia, lo que en muchos casos genera dependencia emocional hacia sus parejas e hijos. La falta de comunicación con el hombre y la violencia machista, agravan aún más estas situaciones.

Las pastillas se convierten en una válvula de escape para estas mujeres, al tranquilizar los afectos y producir cierta indiferencia emocional. El costo de esta práctica se hace evidente en sus relatos, puesto que tratar de suprimir los síntomas con pastillas no se resuelve la raíz del malestar. Podemos afirmar que más bien sucede todo lo contrario, al depender de una sustancia externa, las mujeres se sienten culpables y con menos recursos personales para enfrentar sus

conflictos cotidianos. Entran así en un círculo cerrado, dónde el consumo de BZD deja paso a la indefensión y al malestar que se trata de aplacar con más consumo.

La tercera función que cumple el consumo de BZD es la de servir de sostén para los vínculos familiares. En este caso, las mujeres consumidoras sienten que los vínculos familiares dependen de sus esfuerzos. Aquí se percibe un beneficio secundario para otros miembros de la familia que además pueden resultar en facilitador de la dependencia a las BZD.

Conclusiones

Respecto del objetivo 4 de describir las características de las representaciones sociales del consumo de BZD que poseen las mujeres con dependencia:

1. Las mujeres conocen las BZD por los efectos que producen, obtienen la información principalmente de los profesionales de la salud y en muchos casos también de los familiares que facilitan su consumo.
2. Aprenden de la eficacia de las BZD y tienden a regular su consumo por cuenta propia.
3. Valoran principalmente los efectos inmediatos que producen al tomarlas. Se reconocen a sí mismas como adictas a estos psicofármacos ya que los intentos que hacen por interrumpir su consumo suelen acabar en fracaso. Para algunas, el consumo es vivido con cierta culpabilidad por su incapacidad de poder interrumpirlo, para otras en cambio, esta dependencia no es vivida como algo problemático.

4. La imagen central de la representación resultó ser “ un remedio para calmar las ansiedades ocasionadas por los conflictos cotidianos”. Esta imagen central confiere a las BZD el estatus de remedio o medicamento, reforzando y legitimando su consumo. La responsabilidad de la dependencia es transferida generalmente al médico prescriptor, al que se le achaca la falta de apoyo ofrecido para poder abandonar su consumo.
5. Las mujeres perciben que existe una amplia tolerancia social entre la familia y los medios de comunicación hacia el consumo de BZD. Esto podría explicar el hecho de que su consumo no sea percibido por ellas con el estigma social de las drogas ilegales.
6. En el sistema periférico de la representación, encontramos tres posibles significados otorgados al consumo de BZD: para el rendimiento diario, para la supervivencia a los conflictos familiares y para sostener a la familia.

2.4.3. Estudio 3

Finalmente, profundizaremos en las condiciones de vida, la demanda de roles y las trayectorias de consumo de las mujeres con consumo dependiente de BZD

Como se ha comentado anteriormente, el acceso a la asistencia médica en Chile se encuentra estratificado. En el CESFAM de Machalí, los estratos de bajas rentas son atendidos de forma gratuita mediante comprobante de la condición de pobreza, pagando, en caso contrario, un porcentaje de acuerdo a los ingresos.

En los casos analizados, las condiciones laborales de las mujeres son de gran precariedad, con bajos salarios, sin prestaciones ni reconocimiento social. La inserción laboral de la mujer no va acompañada por una redistribución de las tareas domésticas en su propio hogar, lo que conlleva una mayor sobrecarga de tareas. En este sentido, nuestros resultados concuerdan con los presentados por Anastasia Téllez y Javier Eloi Martínez (2016), en su etnografía realizada en el sur de la Provincia de Alicante (España). En nuestro estudio, observamos como el desempleo por largos períodos de los hombres, no conlleva una distribución equitativa de las tareas en el hogar.

Observamos que la mayoría de los casos que componen nuestra muestra se corresponden con el principal grupo de riesgo para el consumo de psicofármacos, este grupo está constituido principalmente por amas de casa de mediana edad, dedicadas al trabajo maternal y que realizan doble jornada de trabajo.

Por otro lado, podemos observar como las transformaciones que han tenido lugar en la sociedad chilena en las últimas décadas (como en el resto del mundo), caracterizadas por el debilitamiento de la sociedad salarial, los cambios al interior de la familia y la precarización laboral, pueden estar reproduciendo la adaptación social de las mujeres mediante el consumo de psicofármacos, debido fundamentalmente a una sociedad que insta a “valérselas por sí misma” y a la constante exposición a la vulnerabilidad como producto de la creciente fragmentación social.

Para el caso de las mujeres entrevistadas, además de esta alta vulnerabilidad que presentan respecto al ámbito sociolaboral, observamos que la construcción de género hegemónica sigue manteniéndose en las relaciones de género al interior de la familia.

Encontramos un común denominador en el contexto cultural de Machalí, influido por la impronta que ha dejado la minería del cobre como principal modelo productivo de la región. Como afirma Klubock (1995): “Diversas fuerzas se combinaron para producir la masculinización del trabajo y relegar a las mujeres a la esfera doméstica” (:235). Según este autor el machismo en la minería fue fomentado por y servía a los intereses de la compañía minera. Otro estudio posterior (Barrientos et al., 2009) también confirma la construcción hegemónica de la masculinidad en la cultura minera:

Por tanto, las condiciones laborales, los lugares de trabajo, las circunstancias económicas y las estructuras de las organizaciones influyen en la forma como se construye la identidad masculina a niveles muy íntimos (Connell, 2003) La alta exigencia física del trabajo en las minas consume el cuerpo de los hombres y plasma el discurso de los mismos. Esto constituye un rasgo de la performance masculina, ya que la vida social acontece, al menos en las sociedades latinoamericanas y sobre todo en estos productivos, en el espacio público, en sitios masculinizados, donde la homosociabilidad es dominante (Barrientos et al. 2009:389).

Otro de los aspectos a destacar son las múltiples formas de violencia hacia la mujer. Como afirman Anastasia Téllez y Eloy Martínez (2008), la frustración y las insatisfacciones identitarias entre otras, generan en el hombre altos grados de violencia contra sí mismos y contra su entorno familiar. En nuestro caso, también identificamos varios casos de alcoholismo en las parejas de las mujeres entrevistadas. Las representaciones hegemónicas de género también afectan negativamente la salud de los hombres, que para demostrar su “masculinidad” no deben reconocer públicamente sus padecimientos. De esta forma, para evadir y tratar sus problemas, una salida suelen ser los bares y el consumo de alcohol, espacios que permiten dar

salida a esos malestares. Como hemos podido observar a partir del relato de las mujeres, los hombres casi nunca reconocen su malestar, y tienen gran dificultad para acudir al psicólogo o el psiquiatra por considerarlo como algo vergonzoso que debilita su pretendida masculinidad.

La identidad de las mujeres entrevistadas aparece construida principalmente a través del rol de la maternidad, se observa como en torno a la relación con sus hijos gravitan numerosos malestares. En los relatos de una mujer viuda y otra separada, la mayor fuente de estrés y ansiedad experimentada proviene de su relación con los hijos. Para el caso de la mujer viuda en concreto, percibimos cierta ambivalencia de sentimientos contradictorios, por un lado de alivio, de poder disfrutar de cierta autonomía y por otro de culpabilidad, por no responder a los pedidos de sus hijos en relación al cuidado de sus nietos. En este sentido, los resultados parecen confirmar los estudios recogidos por Mercedes Pacual del Río (2015) en su tesis doctoral, que muestran que el sentimiento de culpabilidad es la principal causa del malestar de las mujeres y no propiamente el llamado “nido vacío”.

En cuanto a las trayectorias de consumo que presentan las mujeres, cabe destacar que inicialmente acuden a la consulta del médico general del CESFAM debido a los diversos malestares que enfrentan en su vida cotidiana, expresadas generalmente como síntomas de ansiedad, insomnio o dolores musculares. Desde la mirada biométrica, estos malestares tienden a ser patologizados y convertidos en etiquetas diagnósticas que justifican la prescripción de BZD: trastornos de pánico, episodios depresivos, trastornos del sueño, etc.

Las mujeres a través de su interacción con lo profesionales de la salud, aprenden a expresar sus propios malestares en estos términos. En la primera consulta, el médico suele realizar la prescripción de BZD sin informar de los efectos secundarios que produce o de los riesgos de

dependencia a largo plazo. La relación que establecen las mujeres con el médico prescriptor viene marcada de incertidumbre por la falta de continuidad y por la ambigüedad del discurso médico, que por un lado fomenta la dependencia del fármaco, a la vez que tiende a responsabilizar a los pacientes por no seguir las recomendaciones médicas y autoregular su consumo.

Como hemos podido observar, las mujeres aprenden a confiar su salud a la acción de sustancias químicas que modifican sus estados psicológicos “desde el exterior”, sin reflexión ni trabajo subjetivo, priorizando la eliminación inmediata de los síntomas (ansiedad, cansancio) con la mayor eficacia posible. Al no buscar la solución en sus propios recursos, perpetúan las mismas situaciones dolorosas que las lleva a “enfermarse”, en un bucle que genera cada vez mayor dependencia y desesperanza:

El consumidor del capitalismo tardío tiende a amagar estos desarreglos y a representarlos en un lenguaje naturalizado que apela al cuerpo más que a las relaciones sociales, a las sustancias (antidepresivos) más que al discurso. Es una de las características del nuevo individualismo y su énfasis en el cuerpo como agente hedonista y en las tecnologías corporales como promesas de reversibilidad corporal (la cirugía plástica, la prolongación artificial de la juventud, etc.) y de felicidad (la cosmética psicofarmacológica) (Martínez-Hernández, 2006:36)

Es importante señalar, que la actitud de las mujeres ante la medicalización de sus malestares no es meramente pasiva, sino que realizan ciertas estrategias como regular la dosis prescrita o buscar alternativas a los psicofármacos para atender sus malestares. Además, perciben que la atención que se les brinda en el CESFAM es insuficiente o no responde a sus expectativas, y realizan sus reclamos cada vez que tienen oportunidad (con el director del CESFAM e incluso con el alcalde).

Conclusiones

Respecto del objetivo 5 de profundizar en las condiciones de vida y la demanda de roles de las mujeres con consumo dependiente de BZD participantes en el estudio:

1. La mayoría de mujeres que componen la muestra pertenecen al principal grupo de riesgo para el consumo de psicofarmacos, constituido por amas de casa dedicadas al trabajo maternal y que realizan doble jornada de trabajo (doméstico y extradoméstico).
2. Las mujeres que trabajan fuera del hogar, se sienten poco valoradas en sus trabajos, el rendimiento y la presión por “demostrar lo que valen”, se ha repetido en varios relatos, convirtiéndose en una importante fuente de estrés y ansiedad. Además se percibe la falta de apoyo en el ámbito laboral, para que las mujeres pueda llevar a cabo los diversos roles que se les impone. Esto provoca instancias de constante incertidumbre y de tener que “valérselas por sí misma”.
3. Las representaciones hegemónicas de género son productoras de desigualdad en los casos analizados. Observamos como las mujeres asumen todas las tareas domésticas, independientemente de que además trabajen fuera del hogar. Los malestares de estas mujeres gravitan en torno a los conflictos experimentados con sus parejas hombres, ocasionados principalmente por la falta de comunicación y la violencia machista y motivados en algunos casos, por el consumo de alcohol del hombre.
4. Estas representaciones hegemónicas han sido reforzadas por la historia cultural de Machalí, muy influida por la minería del Teniente, productor de marcadas identidades socioprofesionales que ha jugado un importante rol en la vida de esta comuna.

5. La identidad de la mayoría de las mujeres se construye en torno a la maternidad, que es vivida con cierta ansiedad. El estereotipo social de la “buena madre” genera culpabilidad en las mujeres cuando se cuestionan acceder a las peticiones o reclamos de sus hijos. En una sociedad conservadora como la Chilena, las mujeres experimentan la presión social de tener que cumplir con dicho estereotipo..
6. La mayoría de las mujeres tienden a explicar sus malestares en términos de enfermedad, priorizando la eliminación inmediata de los síntomas (ansiedad, cansancio) con la mayor eficacia posible. Al asumir la mirada biomédica, confían que las BZD resolverán sus malestares, impidiéndolas poner en juego los recursos necesarios para enfrentar sus situaciones de vida problemáticas.
7. La relación que establecen las mujeres con el médico prescriptor viene marcada de incertidumbre por la falta de continuidad y por la ambigüedad del discurso médico, que por un lado fomenta la dependencia del fármaco, mientras tiende a responsabilizar a los pacientes por no seguir las recomendaciones médicas y autoregular su consumo.
8. La actitud de las mujeres ante la medicalización de sus malestares no es meramente pasiva, realizan ciertas estrategias como regular la dosis prescrita o buscar alternativas a los psicofármacos.

2.4.4. Discusión integradora de los tres estudios

Hemos analizado la práctica de prescripción y las representaciones sociales del consumo de BZD, abordando los tres

elementos que la configuran: los médicos prescriptores, las mujeres que las consumen y el contexto que genera la práctica y el consumo.

En nuestro primer estudio, encontramos que en el CESFAM de Machalí se prescribe en su gran mayoría a mujeres, bajo diagnósticos que no son los indicados clínicamente y por un tiempo superior al recomendado (de 2 a 3 semanas). Al entrevistar a los/as médicos/as prescriptores, pudimos constatar que conocen los riesgos potenciales que genera la sobreprescripción y el consumo a largo plazo de BZD. La gran mayoría desea minimizar su uso, pero se sienten presionados por sus propios pacientes y por el sistema de atención para seguir prescribiendo.

A partir de la teoría de la acción social de Pierre Bourdieu (2008), cuestionamos la consideración de la práctica de prescripción como un acto racional carente de ideología, esta práctica se encuentra condicionada por elementos contextuales que son internalizados por los propios médicos sin reflexión y que conforman lo que hemos denominado el “habitus prescriptor”. Al ser interrogados sobre propuestas para reducir su prescripción, los médicos tienden a responsabilizar a sus pacientes y a las políticas del CESFAM, sin asumir su grado de responsabilidad en dicha práctica.

Uno de los elementos principales que condicionan la práctica prescriptora es el modelo de atención biomédico. Se han podido identificar sus principales rasgos en la práctica prescriptora de BZD: el biologicismo, la orientación curativa de la prescripción, la relación asimétrica entre médico y paciente y la racionalidad científica. Este modelo de atención presenta una serie de limitaciones y consecuencias importantes para los pacientes: la tendencia hacia una creciente conceptualización medicalizadora y reduccionista de los malestares subjetivos, la construcción de una narrativa cultural de la enfermedad basada en desequilibrios bioquímicos y la exclusión de la participación del paciente en la toma de decisiones de la práctica prescriptora.

En el segundo estudio, hemos podido identificar la existencia de una imagen central que define el consumo de BZD como “remedio para calmar las ansiedades ocasionadas por los conflictos cotidianos”. Como ya hemos explicado, esta imagen central confiere a las BZD el estatus de remedio o medicamento, reforzando y legitimando su consumo.

Las mujeres entrevistadas acuden a la consulta del CESFAM debido al malestar que ocasiona su cotidiano vivir, este malestar está vinculado a sus condiciones de vida específicas. Algunos/as médicos/as interpretan estos malestares como alteraciones psíquicas o biológicas que necesitan ser medicadas, contribuyendo de esta forma, al proceso de medicalización que hace expandir el modelo biomédico en nuestra sociedad. Además, se identificaron algunos sesgos de género tanto de médicos como de médicas en la práctica prescriptora, como atribuir al género femenino una mayor debilidad y tendencia a quejarse y al género masculino mayor complejidad o gravedad en sus patologías.

Hemos observado que las mujeres aprenden en su interacción con los profesionales de la salud a definir su malestar en estos términos, asumiendo de esta forma el discurso biomédico. Esto genera una narrativa de enfermedad que conlleva necesariamente tratamientos farmacológicos prolongados.

Cuando las mujeres inician su consumo de BZD, no son informadas de los riesgos y efectos secundarios que puede ocasionar su consumo por más tiempo del recomendado. Por las características en la atención del CESFAM, las recetas son expandidas por un mes y las mujeres suelen habituarse a su consumo. Pasado el tiempo, algunos/as médicos/as se niegan a seguir prescribiéndolas y entonces las mujeres desarrollan diversas estrategias para poder conseguirlas por otros medios (cambiando de médico, por medio del director, con médicos privados o comprándola en ferias libres).

Las mujeres tienden a autorregular la dosis prescrita inicialmente por el médico/a en función de las necesidades que van percibiendo. Principalmente lo hacen para poder descansar en la noche, combatir los ataques de pánico o trastornos de ansiedad y tratar los dolores provocados por la fibromialgia. El síndrome de abstinencia provocado por el consumo continuado de BZD es relatado por ellas como “algo muy difícil de soportar”, impidiéndolas interrumpir su consumo. Pese a reconocer que se trata de una adicción, les permite seguir funcionales en sus actividades diarias y no consideran que sea tan perjudicial como la adicción a las drogas ilegales (cannabis, pasta base) que asocian con los estereotipos de criminalidad.

Para explorar los diversos significados otorgados al consumo de BZD, tuvimos que profundizar en las condiciones de vida particulares de estas mujeres y su pertenencia a un contexto sociocultural determinado.

La mayoría de mujeres que componen nuestra muestra pertenecen al principal grupo de riesgo definido para el consumo de psicofarmacos (Burin, 1990), constituido por amas de casa de mediana edad, dedicadas al trabajo maternal y que realizan doble jornada de trabajo (doméstico y extradoméstico).

El grupo muestral entrevistado ha resultado ser bastante heterogéneo en cuanto al estrato socioeconómico de pertenencia. No obstante, todas las mujeres enfrentan la demanda de una doble jornada de trabajo (laboral y doméstica), ya sea con contrato laboral o de manera informal (limpiando en otras casas o vendiendo comida en la calle). Perciben que en sus trabajos no se las valora de la misma forma que a los hombres, teniendo que demostrar continuamente su valía. Para los casos de pertenencia a estratos bajos, en trabajos como la limpieza o la agricultura, las mujeres sufren gran precariedad en sus condiciones (desgaste físico, sueldos ínfimos, falta de seguridad), con nefastas consecuencias para su salud.

Otra importante fuente de tensión que afecta a las mujeres, lo constituyen sus relaciones de pareja con los hombres. La falta de comunicación y la violencia ejercida contra las mujeres responden a las representaciones hegemónicas de la masculinidad. La identidad de los hombres se construye en torno a demostrar su autoridad y fortaleza y esconder su debilidad, especialmente frente a las mujeres.

Particularmente en el contexto sociocultural de Machalí (Chile), hemos observado la impronta dejada por la minería en la conformación de las relaciones de género. Históricamente, la mina del Teniente ha sido la principal fuente económica de la región, productora de una fuerte identidad socioprofesional. Si bien, las grandes transformaciones que ha vivido Chile en las últimas décadas han mejorado el acceso de las mujeres al mercado laboral, la desigualdad de género sigue presente en las relaciones entre hombres y mujeres. Las mujeres siguen construyendo su identidad en función del ámbito reproductivo. Los sentimientos de culpabilidad por no cumplir con las demandas de los hijos y el sobre esfuerzo de tener que criar ellas solas a hijos/as y nietos/as son comunes en los relatos recogidos.

Si tomamos en cuenta las múltiples demandas a las que son sometidas las mujeres por parte de la sociedad (en su rol de trabajadoras, amas de casa, esposas y madres) comprenderemos mejor la función de adaptación social que cumple el consumo de BZD. La cultura postmoderna, caracterizada por la fragmentación social, impone a las personas elevadas exigencias de rendimiento y productividad, e individualiza los desarreglos que ella misma provoca. En esto sentido, insta a las mujeres a “valérselas por sí mismas”, impidiendo reconocer detrás de sus malestares, la estructura social que los genera.

Hemos podido mostrar a lo largo de la investigación, que la atención médica del CESFAM no está respondiendo a las necesidades de las mujeres. La relación que establecen con los médicos

prescriptores está caracterizada por la falta de continuidad del tratamiento y del tiempo disponible de consulta. Las mujeres sienten que no están siendo escuchadas y/o tomadas en cuenta, y dirigen sus reclamos hacia la dirección del CESFAM o a la Municipalidad. Mientras tanto, se aferran a las pastillas como única salida a su situación. Los médicos recomiendan que no las sigan tomando, que pueden sufrir sus efectos secundarios (pérdida de memoria, reacciones paradójicas, accidentes domésticos) pero, ¿qué les ofrecen?, ¿qué puede cambiar sus condiciones de vida?

2.5. Conclusiones finales

Analizar la prescripción y el consumo de BZD desde la perspectiva de género nos ha permitido visibilizar una serie de variables, que generalmente no aparecen en las investigaciones sobre prescripción y consumo de psicofármacos. Hemos mostrado la forma en que las representaciones hegemónicas y las relaciones desiguales de género conforman los malestares de las mujeres que acuden al CESFAM de Machalí y que las lleva a consumir las BZD bajo prescripción médica.

Pensamos que una mayor formación del profesional de salud de APS en el enfoque de género, concretamente, en cómo afectan las condiciones de vida para la salud de las mujeres, sería un gran aporte para mejorar la calidad y eficacia de la atención a los padecimientos, especialmente en los programas de salud mental.

Por otro lado, hemos descrito las limitaciones y consecuencias de aplicar el modelo biomédico sobre los procesos de salud y enfermedad. La centralidad de la práctica prescriptora de BZD en el tratamiento de la ansiedad, el insomnio o los dolores crónicos, aumenta el riesgo de desarrollar una dependencia por parte de la población y de sufrir los

efectos secundarios anteriormente descritos. Esto genera un elevado costo para todo el sistema de salud que podría haberse evitado con otro tipo de modelo de atención y tratamiento.

La desmitificación del poder curativo de las BZD nos puede llevar a entender la práctica prescriptora como intervención mucho más limitada. Las propiedades psicoactivas de las BZD producen estados mentales que contribuyen a aliviar los malestares que presentan los pacientes (nerviosismo, dificultad para dormir), pero deberían estar siempre al servicio de otras intervenciones o mientras el paciente lo necesite en función de su propio proceso.

Pensamos además, que el debate sobre la prescripción de BZD debería abrirse a un plano político y social más amplio y no a una cuestión meramente médica, teniendo en cuenta los riesgos potenciales que presenta su consumo a largo plazo.

Como limitaciones que podemos identificar de esta investigación, destacar que la profundidad de los casos analizados no nos ha permitido analizar un tamaño muestral más amplio. Esto puede impedir la representatividad de los resultados a todas las mujeres que tienen un consumo dependiente de BZD. No obstante, consideramos que hemos obtenido una población bastante heterogénea, de pertenencia a diversos estratos socioeconómicos y diversas condiciones (madres, abuelas, viudas, separadas, casadas).

Finalmente, consideramos que habría sido interesante ofrecer una comparación de la representación social del consumo de BZD entre hombres y mujeres, para explorar de esta forma, los diversos significados y motivaciones según la variable género, sin embargo, no hemos podido encontrar suficientes hombres para realizar dicha comparación y esperamos en estudios posteriores poder abordar este punto.



III. BIBLIOGRAFÍA



A

Abric, J.C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Mexico: Ediciones Covoacén,

Anthierens, S., Habraken, H., & Petrovic, M. &. (2007). The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: A qualitative study on GPs' perspectives. *Scand J Prim Health Care*, 25(4): 214–219. doi: 10.1080/02.

Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M., Deveugele, M., & Maeseneer, J. &. (2007). First Benzodiazepine prescriptions. Qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician*, 53(7): 1200–1201. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949305/>

Ashton, H. (1984). Benzodiazepine Withdrawal: an unfinished history. *British Medical Journal*, Vol 288. 1135-1140.

Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. *British Journal of Psychiatry*, 158: 30-35.

Ashton, H. (2005). The Diagnosis and Management of Benzodiazepine Dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(3):249-255. doi: 10.1097/01.yco.0000165594.60434.84

B

Baros, M (2008). *Villa histórica Machalí: comuna centenaria*. Santiago de Chile: ilustre Municipalidad de Machalí,.

Barrientos, Salinas, Rojas y Meza (2009). AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*. Volumen 4, Número 3. Septiembre-Diciembre 2009. Pp. 385-408. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62312914006>

- Bass, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?. *Medwave* 2012 Dic;12(11):e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571.
- Becker, H. (2009). *Outsiders, hacia una sociología de la desviación*. Mexico: Siglo XXI Editores.
- Bishop, F. and Yardley, L. (2016). *Psychological Assessment - Science and practice*, Vol. 2. Yael Benyamini, Marie Johnston, and Evangelos C. KarademasIn (Ed.), Chapter 22. *Qualitative Assessment*. (pp. 290-301). Hogrefe Publishing.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Madrid: Siglo XXI.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3: 77-101.
- Briones, E. (2010) Estudio piloto: una aproximación cualitativa a la fibromialgia desde la perspectiva de género. *Revista Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. N° 5, 2010 pp. 263-292.
- Burin, M. (2005) Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos. Recuperado de: <http://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos/htm> (Visitado en diciembre 2015).
- Burin, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Paidós.
- Busto, M. (1991). *Benzodiazepinas: La tranquila adicción de Santiago*. Santiago: CORSAPS.

Busto, U. (2000). Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a las Benzodiazepinas. *Trastornos Adictivos*, 2(3):177-182.

Busto U., Ruiz, I., Busto M. & Gacitúa, A. (1996). Impact of availability on use, abuse, and dependence. *J Clin Psychopharmacol*, Oct 16(5):363-72.

C

Canales, M (2006). El grupo de discusión y el grupo focal. En Canales (ed). *Metodología de investigación social* (265-287). Santiago de Chile: LOM.

Cole, J., & Kando, J. (1993). Adverse behavioral events reported in patients taking alprazolam and other benzodiazepines. *The Journal of clinical psychiatry*, 54 (49-61).

CONACE (2008). Representaciones sociales sobre el consumo de drogas de la(s) juventud(es) chilena. Santiago: Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.senda.gob.cl/media/estudios/otrosSENASA/Represent%20Soc%20Cons%20Drogas%20Juventudes%20Chile%202008.pdf>

Cook JM1, M. R. (2007). Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *J Gen Intern Med*, Mar; 22(3): 303-7.

Cooperstock, R. (1976). Psychotropic drug use among women. *Canadian Medical Association Journal*, 115:760-763. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878823/pdf/canmedaj01490-0060.pdf>

Currie, J. C. (2003). Manufacturing addiction: the over-prescription of benzodiazepines and sleeping pills to women in Canada. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

D

De la Mata & Muzquiz (2012). Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiátrica. 255-270. Acciones de salud mental en la comunidad. Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental AEN. Edita Asociación Española de Neuropsiquiatría. Tenerife.

Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De Girolamo G, Gasquet I, Kovess V, Haro JM & Alonso J. (2008). Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *J Affect Disord.* 2008; 110(1-2): 84-93.doi: 10.1016/j.jad.2008.01.011

Desviat y Moreno (2012). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. 21-27. Acciones de salud mental en la comunidad. Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental AEN. Edita Asociación Española de Neuropsiquiatría. Tenerife.

E

Ehrenberg, A. (1991). *Individus sous influences: Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris: Editions Esprit.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad*. Buenos aires: Ediciones Nueva Visión.

Ettore, E. y Riska, E. (1993). Psychotropics, Sociology and Women: Are the 'Halcyon Days' of the 'Malestream' Over?. *Sociology-of-Health-and-Illness*, 503-524.

Ettore, E. (2007). *Revisioning women and drug use: gender, power and the body*. Basingstoke: Palgrave.

F

Fernández, M. Gómez, C. Baidés M. & Martínez, J. (2002). Factores que influyen en la prescripción de Benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*, 30 (5): 297-303. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13037455&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=73&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v30n05a13037455pdf001.pdf

Friedson, E. (1978). *La profesión médica. Antropología Médica*. Barcelona: Ediciones Península.

G

Galleguillos, T., Risco L., Garay J., González, M. & Melina, A. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131(5), 535-540. doi:10.4067/S0034-98872003000500009.

Guijarro, A. (2004). *El síndrome de la abuela esclava: Pandemia del siglo XXI. 2ª edición*. Granada: Grupo editorial universitario.

H

Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder Editorial.

Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press.

I

Illich, I. (1975). *Nemesis medica. la expropiación de la salud*. Recuperado de: <https://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>.

Instituto de la Mujer (2010). *Mujer y salud 2008*. Madrid: Instituto de la Mujer.

J

Jodelet, D. (2003). Représentations sociales: un domaine en expansion. Presses Universitaires de France «Sociologie d'aujourd'hui», p.45-78. Doi: 10.3917/puf.jodel.2003.01.0045

K

Klubock, T. (1992) Sexualidad y proletarización en la mina El Teniente. En *Proposiciones* Vol.21. Recuperado de: <http://www.sitiosur.cl/r.php?id=535>.

Klubock, T. (1995) Hombres y Mujeres en el teniente. La construcción de genero y clase en la minería chilena del cobre, 1904-1951. *Disciplina y desacato: construcción de identidad en Chile. Siglos XIX y XX.* 223-252. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-75852.html>

L

Labra, M. E. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 1041-1052.

Lader, M. (1991). History of Benzodiazepine Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol 8: 53-59.

López, C., Serrano, R., Valverde, A., & Casabella, B. (2006). ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotropos en atención primaria? *Aten Primaria.*, 37(8):446-51. Doi: [10.1157/13088884](https://doi.org/10.1157/13088884).

M

Manthey L.(2011). Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Br J Clin Pharmacol.*, b;71(2):263-72. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03818.

- Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., & Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37-61. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211/57352004000300004&lng=es&tlng=es.
- Martínez-Hernández, A. (2006). La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad*, 43-56. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0606330043A/22446>
- Megías E, Comas Arnau D, Elzo Imaz J, Navarro Botella J & Romani O. (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España. Principales conclusiones*. Fundación de ayuda contra la Drogadicción. Madrid: FAD.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*. [online], vol.8, n.1, pp. 185-207. Doi: 10.1590/S1413-81232003000100014.
- Miller, P. M. (2007). La regulación de la investigación por los organismos financiadores, ¿un nuevo desafío en el campo de las drogodependencias? *Libberadictus*, 98, 15-17.

MINSAL (1994). Normas Técnicas: Prescripción racional de Benzodiazepinas. Recuperado de: juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_1252_94.doc

Möller-Leimkühler, A., Schwarz, R., Burtscheidt, W., & Gaebel, W. (2002). Alcohol dependence and gender-role orientation . *European Psychiatry*, 1–8. Doi: 10.1016/S0924-9338(02)00624-7

Moncrieff, J. (2006). Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *The British Journal of Psychiatry*, 188 (4) 301-302. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/188/4/301.full.pdf?ck=nck>

Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, No. 2, otoño 2002. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemu.

Municipalidad de Machalí (2015). Plan de salud comunal. Recuperado de: http://www.machali.cl/machali/transparente/images/transparencia/participacion_ciudadana/PLAN%20DE%20SALUD%20COMUNAL%202015.pdf

O

OMS. (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2001). Gender and women`s mental health. Recuperado de: www5.who.int/mental_health

OMS. (2014). Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (WHO AIMS). Santiago.

Osés, I., Burillo-Putze, G., Munné, P., Nogué, S., & Pinillos, M.A.. (2003). Intoxicaciones medicamentosas (I): Psicofármacos y antiarrítmicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(Supl. 1), 49-63. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272003000200004&lng=es&tlng=es.

P

Pascual, M. (2015). Situaciones familiares en las que los hijos han pasado de la juventud a la adultez: el nido vacío, el nido demasiado lleno y los hijos boomerang (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Valencia. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/50948/TESIS%20MERC EDES%20ultima%2016%20diciembre%20rev.pdf?sequence=1>.

R

Romaní, O. (1999). *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona: Ariel.

Romo, N. & Gil, E.. (2006). Género y uso de drogas De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos adictivos*. 243-250.

Rodríguez, J. , Miranda, B. & Medina, P. (2012). Culturas mineras y proyectos vitales en ciudades del carbón, del nitrato y del cobre en Chile. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*. Volumen 44, N° 1, 145-162. Doi: 10.4067/S0717-73562012000100011

S

Salzman, C. (1991). The APA Task Force report on benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse. *Am J Psychiatry*. 1991 Feb;148(2):151-2. doi:[10.1176/ajp.148.2.151](https://doi.org/10.1176/ajp.148.2.151).

- Sánchez-Carbonell, X., Guardiola, E., Bellés, A. & Beranuy, M. (2005). European Union scientific production on alcohol and drug misuse (1976–2000). *Addiction*, 100:1166–1174. doi: 10.1111/j.1360-0443.
- SENDA (2015). *Décimo primer estudio nacional sobre drogas en población general*. Santiago: Observatorio de Alcohol y drogas.
- SEDRONAR (2007). El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso, Buenos Aires: Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/MedicVidaCot.pdf>.
- Shorter, E. (2005). *A historical dictionary of psychiatry*. Nueva York: Oxford University Press.
- Sirdifield, C., Anthierens, S., & Creupelandt, H. Y. (2013). General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Family Practice*, 14:191 doi:10.1186/1471-2296.

T

- Téllez, A. (2007). *Métodos y técnicas de investigación en Antropología Social*. San Vicente: Editorial club universitario.
- Téllez, A. (2011). La jubilación de hombres y mujeres desde la perspectiva de género: un análisis antropológico. *Revista Ágora Universitaria, Club Senior*. 2ª época, nº 1. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche, pp.6-11.
- Téllez, A. y Heras, P. (2008). Representaciones de género y maternidad: una aproximación desde la antropología sociocultural. *Sexualidad, género, cambio de roles y nuevos modelos de familia*. Seminario Interdisciplinar de Estudios de Género (Ed.) (p.65-106). Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche.

Téllez, A. y Martínez, J.E. (2016) Análisis de la identidad de género en relación con el trabajo, en contextos de crisis y desempleo en el sur de la provincia de Alicante. *Revista Andaluza de Antropología*. Número 11: Trabajo y culturas del trabajo en la globalidad hegemónica.. pp. 199-221. Recuperado de: <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n11/tellez ymartinez.pdf>

V

Verbrugge, L. M. (1985). Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 156-182.

Vicente, M. P., Macías D., de la Fuente, C., González, D. Montero D. & Catalá-López, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 247-255. Recuperado de: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol87/vol87_3/RS873C_247.pdf

Y

Yates, T & Catril, M. (2009). Tendencias en la utilización de benzodiazepinas en farmacia privada. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 47(1), 9-15. Doi: 10.4067/S0717-92272009000100002



ANEXOS



ANEXO I. DOCUMENTO DE SOLICITUD DE COLABORACIÓN DIRIGIDO A PROFESIONALES MÉDICOS

Título del estudio: Una adicción invisible: práctica de prescripción y representaciones sociales del consumo de Benzodiazepinas desde el enfoque de género

Investigador responsable: Víctor Rodríguez Sánchez. Psicólogo clínico. Máster en Antropología Sociocultural. Nuevos escenarios de riesgo y postdesarrollo.

Con esta investigación se pretende conocer la práctica de prescripción y el consumo de Benzodiazepinas desde la opinión de los/as médicos/as prescriptores y los/as pacientes consumidores/as.

Este proyecto cumple con los principios éticos de obtener el consentimiento informado de los participantes. Además una vez haya aceptado participar en el mismo, le garantizamos que los datos serán totalmente confidenciales, esto es, que sólo podrán ser utilizados por las personas implicadas en el estudio. Así mismo la información será anónima, no le podrán reconocer por sus palabras ni por sus datos.

La participación de los médicos consistirá en conceder una entrevista de aproximadamente una hora de duración que se centrará principalmente en la práctica de prescripción que realizan en el CESFAM de Machalí y las propuestas que ofrecen para reducirla.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria; Su experiencia es muy importante para ayudarnos a mejorar y reducir la prescripción de BZD. Solicito por tanto su colaboración en el estudio.

Gracias por su colaboración.

Víctor Rodríguez Sánchez.



ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A MÉDICOS PRESCRIPTORES

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a médicos generales trabajadores del CESFAM de Machalí que prescriben Benzodiazepinas a los/as usuarios/as del CESFAM de Machalí.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria; Su experiencia es muy importante para ayudarnos a mejorar y reducir la prescripción de BZD.

La firma de este documento se realiza para dar consentimiento a la grabación de audio de las entrevistas, la información registrada conservará siempre el anonimato y se regirá en todo momento por las normas éticas de investigación de la APA.

Consentimiento

Yo....., he leído el documento de colaboración para el estudio y acepto participar en esta investigación.

Firma Investigador

Firma Informante:

En Machalí a 15 de Enero de 2015

ANEXO III. PAUTA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL A LOS/AS MÉDICOS/AS PRESCRIPTORES

Estimado/a doctor/a nos alegramos que haya decidido colaborar en esta investigación, le pedimos que por favor nos hable desde su experiencia en la consulta de atención primaria del CESFAM de Machalí respondiendo a las siguientes preguntas:

Nombre:

Edad:

Horas de Atención Médica a la semana:

Horas de Atención en Salud Mental:

¿A quién se le prescribe más frecuentemente las Benzodiazepinas? ¿Hay un perfil de usuario?

¿Bajo qué diagnóstico las suele prescribir? ¿Durante qué período de tiempo?

¿Estos diagnósticos son más comunes en varones o en mujeres? ¿A qué cree que se debe la diferencia, si es que la hay?

¿Qué síntomas más característicos se trata de remediar con las Benzodiacepinas?

¿Cree que las mujeres y los varones los solicitan por diferentes motivos? ¿Podría citar los «factores de riesgo» que llevan a una mayor consumo y/o dependencia?

Ahora, hablemos del tratamiento: ¿Qué éxito tiene el tratamiento con BZD? En general, ¿se asocia la prescripción de BZD con otro tipo de terapia? ¿Tiene efectos secundarios su consumo?

Y para terminar... ¿Qué propuesta tendría para mejorar el proceso de prescripción de BZD? ¿Le gustaría añadir algo más?

Gracias por su colaboración

Víctor Rodríguez Sánchez.

ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A MUJERES USUARIAS DEL CESFAM DE MACHALÍ

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres usuarias del CESFAM de Machalí que consumen Benzodicepinas bajo prescripción médica.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria; Su experiencia es muy importante para conocer mejor las representaciones sociales del consumo de BZD.

La firma de este documento se realiza para dar consentimiento a la grabación de audio de las entrevistas, la información registrada conservará siempre el anonimato y se regirá en todo momento por las normas éticas de investigación de la APA.

Consentimiento

Yo....., he conversado previamente con el investigador, he sido informada de los objetivos que persigue este estudio y acepto participar en esta investigación.

Firma Investigador

Firma Informante:

En Machalí a 1 de Febrero de 2015

ANEXO V. ENTREVISTAS GRUPALES SOBRE REPRESENTACIONES SOCIALES A USUARIAS DEL CESFAM DE MACHALÍ

Las entrevistas de los grupos focales abordaron los siguientes aspectos:

Identificación de la mujer: edad; antecedentes educacionales; antecedentes laborales; estrato socioeconómico de pertenencia, estado civil, hijos, núcleo familiar, participación comunitaria, lugar de procedencia.

Información de las BZD: definición, efectos que genera, fuentes de información (profesionales de la salud, medios de comunicación, etc), acceso y modalidades de financiamiento.

Traectoria del Consumo: Edad de inicio en el consumo, contexto del uso (dónde consume y cómo las consume; frecuencia y cantidades de consumo; circunstancias asociadas al consumo, efectos deseados y no deseados y en sus distintos contextos).

Actitudes hacia el consumo y la dependencia: Auto-concepto desde el consumo, diferencias entre el consumo femenino y masculino.

Explicaciones, motivaciones y significados del consumo: la decisión del consumo; motivaciones para el consumo; continuación del consumo, problematización del consumo; personas del entorno inmediato y más amplio que consideran el consumo como problema; distinciones entre consumo y dependencia.

Relación del consumo con el contexto social: identificación y caracterización del consumo femenino y masculino; percepciones y reacciones de la familia frente al consumo y la dependencia; percepciones y reacciones de personas del entorno social inmediato

(vecinos, población) y de la sociedad en general frente al consumo y la dependencia. Diferencias entre adicción a las BZD y a las drogas ilegales.



ANEXO VI. TABLA DE REFERENCIA DE LA BASE DE DATOS DEL CESFAM DE MACHALÍ

Consumo psicotropicos CESFAM Machali 2010-2014			2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Diazepam	10 Mg	Comprimido	19.249	17.648	14.505	11.208	14.032	76.642
Diazepam	5 Mg	Comprimido	0	0	0	0	0	0
Diazepam	10 Mg/2 ML	Inyectable 2 MI	111	38	28	101	50	328
Clordiazepóxido	10 Mg	Comprimido	15.437	15.840	4.675	777	192	36.921
Alprazolam	0,5 Mg	Comprimido	44.656	52.817	29.194	29.799	24.357	180.823
Alprazolam	0,5Mg/ML	GOTAS	0	0	0	0	0	0
Alprazolam	1 Mg	Comprimido	0	0	0	0	0	0
Lorazepam	1 Mg	Comprimido	0	0	0	0	0	0
Lorazepam	2 Mg	Comprimido	0	0	0	0	0	0
Lorazepam	4Mg/2MI	Inyectable	0	0	0	0	0	0
Clonazepam	0,5 Mg	Comprimido	32.599	36.201	23.816	27.756	26.114	146.486
Clonazepam	1 Mg	Comprimido	0	0	0	0	0	0
Clonazepam	2 Mg	Comprimido	44.158	61.900	55.710	39.825	28.408	230.001
Zolpidem	5 Mg	Comprimido	0	0	0	0	0	0
Metilfenidato	10 Mg	Comprimido	0	690	4.150	7.037	5.437	17.314
Metilfenidato	10 Mg	Cápsula Liberación Modificada	0	0	0	0	0	0
Anfetamina	10 Mg	Comprimido	3.110	1.541	1.542	559	138	6.890