

1.6.- Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo.

Nuria Romo, Carmen Meneses.

La medicina occidental ha enfatizado la infalibilidad de las técnicas médicas y el tratamiento de los síntomas con medicamentos u operaciones en todo tipo de enfermedades y “males”. En general, nuestra medicina ha prestado poca atención a los factores socioculturales y psicoemocionales que pueden afectar a la sintomatología y a la presentación de los síntomas en las personas con dificultades para manejar su salud mental. Este es un sistema en el que se dedica un tiempo determinado a cada visita y en el que las que la comunicación médico-a/paciente se produce dentro de unas relaciones de poder determinadas (1). Como poseedores de la “verdad”, los profesionales médicos han ido adquiriendo la capacidad de definir las experiencias de la gente, especialmente de las mujeres, como “problemáticas”.

El contexto sanitario en el que nos curamos facilita procesos de medicalización, asociados al desarrollo de la industria farmacéutica, que es ámbito clave para entender los sistemas sanitarios y sus nuevos productos “psicofarmacológicos” a partir de los años 50´s del siglo XX. En este sentido Mabel Burín, argumenta que la transformación de los medicamentos en bienes de consumo, promovida por las empresas productoras, y muchas veces con poco o ningún control por parte de las autoridades sanitarias, ha contribuido a engendrar “sociedades medicalizadas” (2). Gran parte de estos procesos de medicalización se producen sobre la salud mental de las mujeres.

La expansión del mercado farmacéutico ha tenido profundas consecuencias en la vida y en la salud de las personas, especialmente en las mujeres. Por un lado, el descubrimiento de “nuevas drogas” facilitó progresos significativos en la terapéutica de muchas enfermedades; por otro lado, la transformación de los medicamentos en mercancías comunes dentro del mercado de consumo, hizo que su demanda fuese estimulada artificial e intensivamente, con el resultado de que la nueva tecnología de producción industrial de medicamentos. Esta producción presenta, de manera creciente, graves problemas, ya sea respecto a la seguridad y eficacia de los fármacos, ya sea respecto a las prácticas de consumo (2,3).

Uno de los grupos farmacológicos que aparecen en esos momentos y cuya popularización afecta a la salud de las mujeres son los “Psicofármacos”. Nos referimos a tranquilizantes-sedantes, hipnóticos y antidepresivos, medicamentos o especialidades médicas que son utilizadas para tratar enfermedades, síntomas, síndromes de corte psicológico y relacionados con la depresión, la angustia-ansiedad y el insomnio. Pero no se debe confundir un síntoma aislado (como la tristeza por ejemplo) con una enfermedad, ya que ello no constituye por sí mismo un trastorno (depresión). El trastorno, entendido como un síndrome, requiere un número básico de criterios diagnósticos, tal y como es estipulado para su aceptación. Por ejemplo, se necesitan cinco o más síntomas, como puede ser la pérdida de peso, ideas de muerte, agitación o enlentecimiento, y una duración de por lo menos dos semanas, para poder ser clasificado como “trastorno de depresión”.

En estos momentos existe un consenso en la investigación internacional de la mayor prescripción y autoconsumo de este tipo de fármacos entre las mujeres. En nuestro país este consumo iatrogénico parte en gran medida de la Atención Primaria (4). De la misma forma podríamos decir que existe un importante consenso sobre el predominio en las mujeres de los llamados trastornos psiquiátricos menores, y en los varones de los trastornos de personalidad y dependencia alcohólica.

Esta mayor afectación de las mujeres en las prevalencias de los trastornos psiquiátricos menores y acceso a fármacos para tratarlos, sean prescritos o no, nos ha llevado a preguntarnos sobre los elementos de género que explican esta situación. Para acercarnos a esta realidad hemos utilizado el término “malestar” porque refleja mejor la experiencia de salud y enfermedad de las mujeres, tal y como expondremos a continuación. Es importante señalar que, en numerosas ocasiones, las mujeres no han llegado a tratamiento especializado, siendo “diagnosticadas” y prescritas con algún tipo de psicofármaco directamente desde la Atención Primaria sin utilizar el prescriptor o prescriptora sistema clasificatorio sino sus propios criterios diagnósticos o experiencia clínica.

En este capítulo hablamos de “malestar” o “malestares”, definiéndolo como aquella situación en la que se mezclan signos y síntomas asociados a lo que se describe desde la perspectiva clínica como stress, ansiedad, depresión. Recogemos este término porque es difícil separar estas patologías y otros estados psicológicos en los que se entremezclan síntomas y signos difíciles de definir. Seguimos en este sentido la definición elaborada por Mabel Burín (2).

-Desde la Ciencias Sociales se han buscado perspectivas al estudio de las razones por las que las mujeres en distintos países del mundo son prescritas el doble

de veces con psicofármacos cuando las comparamos con los varones. En general, las investigaciones que hemos analizado sugieren las diferencias de género en el manejo y expresión de la ansiedad y el stress, la búsqueda de cuidados médicos, percepción de la enfermedad y las vías en la prescripción del personal médico contribuyen al mayor uso de psicofármacos por parte de las mujeres.

-Desde una perspectiva feminista nos interesa reflexionar sobre el proceso de medicalización de los “malestares femeninos”, es decir, sobre las experiencias problemáticas de las mujeres y ante las que son susceptibles de recibir medicación. Este proceso se inserta en el establecimiento de las “ciencias duras” hace más de siglo y medio, por el cual se legitima a los profesionales médicos como poseedores de la “verdad” y con capacidad de definir las experiencias de las mujeres como problemáticas y susceptibles de tratamiento médico (5) Nuestro objetivo final es analizar algunas de las aportaciones del feminismo en el afrontamiento y tratamiento de estos “malestares femeninos”.

Manifestación de los “malestares de las mujeres” e hiperfrecuentación en Atención Primaria

Se ha demostrado que las mujeres están, por razones de índole cultural, más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a establecer contacto, para buscar atención a sus trastornos. En este sentido se han mencionado que las mujeres son hiperfrecuentadoras de los servicios sanitarios.

Entendemos “hiperfrecuentación” como la conducta de reiteradas consultas en los servicios médicos, con la sensación de ser excesiva o inapropiada para la actuación en un centro médico. Produce frecuentemente insatisfacción en las partes, tanto en el profesional sanitario como en el o la paciente, coincidiendo los mayores índices de utilización con la menor satisfacción de los usuarios y usuarias, repitiendo estos en tanto que consideran no resuelto su problema. Cuando el profesional cree que no puede hacer más, el desencuentro es notorio.

En nuestra sociedad, la salud se ha psicologizado, pero casi nunca se piensa que las enfermedades de los varones tengan un componente psíquico. Estudios recientes indican prevalencias en trastorno mental parecidas en varones y mujeres, aunque las mujeres consultan más. Las mujeres acuden más a los servicios sanitarios por trastornos depresivos, ansiedad y los varones por mayor abuso de sustancias psicoactivas y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, creemos que ambas pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes

expectativas sociales frente a cada sexo. Las mujeres tienen más responsabilidad de su salud en virtud de los cuidados que realizan, lo que explica que frecuenten más las consultas y tengan una mayor responsabilidad ante la enfermedad acudiendo a las consultas. Resulta más aceptable socialmente que una mujer acuda a un servicio médico que un varón. No se trataría, pues, de mayor presencia de morbilidad sino de una mayor predisposición a consultar, conducta que se ajusta al rol femenino.

Establecer contacto con los servicios médicos, forma parte de lo que desde la psicología social de la salud se ha llamado conducta de enfermar, término acuñado por Mechanic en 1978 (6), conducta que implica una percepción e interpretación de los síntomas, asunción del papel de enfermo, búsqueda de asistencia, asunción del papel de paciente y recuperación. Como conducta de enfermar se ve definida por nosotros mismos y por otros que actúan como referentes significativos, aparece determinada por las influencias culturales y del aprendizaje social.

Una vez en la consulta las formas de expresión y trasmisión de los síntomas son distintas entre varones y mujeres, lo que se ha llamado la “semiología de las mujeres”. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas estos que los médicos no identifican como signos de un malestar, por lo que tienden a infra-diagnosticar e infraprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres. (7). La capacidad del personal médico para determinar el diagnóstico psicopatológico concreto (ansiedad o depresión) es baja. Los síntomas ansiosos con mayor expresión clínica resultan más diagnosticados. Ello pone de manifiesto las carencias y los sesgos de formación que gran parte de los profesionales de atención primaria en el ámbito de la salud mental. Estos profesionales, como muchos miembros de esta sociedad, comparten los estereotipos que en ella se manejan, como pueden ser algunas actitudes negativas ante problemas de la vejez o la falta de atractivo físico. Es lo que se ha llamado el “sesgo sexual” de médico o médica. Los médicos a veces responden de forma diferente a los pacientes varones o mujeres que presentan la misma queja, ofreciendo diagnósticos y tratamientos diferenciados.

Existen variables referentes al médico o médica que influyen en su capacidad para diagnosticar y abordar situaciones. Cuando el paciente es una mujer se evidencia menos esfuerzos terapéuticos que cuando el paciente es un varón, claramente objetivables en la calidad de las historias clínicas y en el manejo de pruebas tecnológicamente más sofisticadas. Es necesario considerar el sesgo en los juicios

médicos según el sexo del paciente, y la grave falta de conocimientos sobre factores de riesgo y la semiología de las mujeres.

Acceso a la Prescripción de Psicofármacos y uso diferencial por las mujeres

Sabemos que en el caso del 50% de los pacientes que acuden a un servicio de atención primaria aparece un factor psicosocial como precipitante de su demanda y los problemas de salud mental suponen más del 20% de motivos de consulta en medicina general (8). Algunos autores y autoras concluyen que la utilización de estos fármacos en el ámbito de la Atención Primaria se centra fundamentalmente en el tratamiento de la ansiedad, insomnio y trastornos depresivos (9). En la investigación llevada a cabo por profesionales de este ámbito de atención existe un reconocimiento de la importancia del consumo de psicofármacos y del aumento en su uso en los últimos años, reconociéndose que los principales prescriptores y prescriptoras han sido y siguen siendo los médicos/as de Atención Primaria. Desde el modelo de Goldberg, se sitúa en torno al 35% la capacidad de estos profesionales de detectar trastornos psiquiátricos.

El malestar psíquico ha sido otro aspecto estudiado entre las personas que acuden a éste ámbito de la atención sanitaria. Sebastián Gallego y otros determinaron su prevalencia en la población consultante de un centro de salud urbano de Barcelona. Los autores concluyen que la prevalencia de malestar psíquico es alta, “dándose principalmente entre mujeres, sin una pareja estable, que acudían más de seis veces al año a consulta, con consumo habitual de psicotropos y analgésicos” (10).

En cuanto al tipo de patología específica que se detecta en Atención Primaria: depresión, ansiedad e insomnio son enfermedades de alta prevalencia tanto en las consultas de medicina familiar como en la población general. De esta manera, la depresión (10,4%), el trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y la dependencia alcohólica (2,7%) fueron los tres trastornos de mayor prevalencia en un estudio de la OMS en centros de salud de 15 países del mundo, con un 24% de prevalencia media del conjunto de los centros para cualquier tipo de trastornos psíquico (11). En dicho estudio, el 62% de total de consultantes eran mujeres.

El personal médico de atención primaria constata en su ejercicio profesional la importante carga asistencial de la psicopatología, tanto por su frecuencia como por la influencia sobre otras enfermedades concomitantes (12). Goldberg y Huxley

ya en 1980 (13), afirmaban que muchos de los pacientes con marcado trastorno psiquiátrico, y la mayoría de quienes padecen trastornos más leves, consultan a sus médicos generalistas al menos una vez por año.

En el ámbito de la Atención Primaria, existen estudios que han tratado de conocer la prevalencia del consumo entre las personas que acuden a consulta. Es el caso del de Mateo y otros (14), que realizaron una investigación en el Centro de Salud de Potes de Madrid para determinar la prevalencia de consumo en estas consultas y correlacionarla con las características sociodemográficas y la presencia de síntomas psíquicos. Se entrevistaron a 350 pacientes mayores de 14 años seleccionados aleatoriamente. Los autores concluyen que el consumo global de psicofármacos se sitúa en el 21% de la muestra, porcentaje superior al obtenido en otros estudios, aunque similar al hallado en nuestro país en pacientes ingresados o ancianos. Está demostrado y se confirma en esta investigación el mayor consumo de psicofármacos en mujeres, en individuos de edad elevada, viudos o que viven solos, con patología orgánica crónica y en aquellos con síntomas relacionados con el trastorno psíquico no psicótico. En esta investigación también se observa un mayor consumo entre las personas que no tienen actividad fuera del hogar (desocupados y amas de casa). El grupo farmacológico más utilizado es el de las benzodiazepinas, seguido a gran distancia de los antidepresivos. Destaca un mayor consumo de los nuevos antidepresivos serotoninérgicos frente a los clásicos, quizás por la menor incidencia de efectos adversos y la mayor comodidad posológica de este nuevo grupo de fármacos.

Los grupos de riesgo para consumir este tipo de fármacos han sido uno de los aspectos estudiados en este ámbito. Entre ellos destacan las mujeres, los ancianos, enfermos crónicos, personas que cumplen determinadas características socio-demográfica como estar desocupados o sin familia y en aquellos con síntomas que sugieren trastorno psíquico no psicótico (véase, por ejemplo, Mateo y otros (14) o Iragüen (9)).

Investigadoras como Skodra (5) han tratado de discernir cuáles son los distintos grupos de riesgo que se producen entre las propias mujeres. Esta investigadora realiza un trabajo en Grecia y Portugal utilizando entrevistas centradas en el grupo de mujeres casadas y con hijos-as. Elige este grupo de mujeres basándose en su revisión de la literatura internacional en la que encuentra que los grupos de riesgo en el colectivo de mujeres son: En primer lugar, señalaron que existía diferencias entre las mujeres que son prescritas y las que usan psicofármacos siendo las ancianas las que tienen más probabilidad de tomar esta medicación y las jóvenes (18-29 años)

las que tienen menos. En segundo lugar, el estatus civil de las mujeres influía en el consumo, dado que aquellas que se encontraban casadas usan más medicación que las solteras. En tercer lugar, el número de hijos también estaba relacionado, puesto que existían diferencias entre las mujeres que usaban psicofármacos según el número de niños-as que tenían. A más niños-as más probabilidad de usar medicación. Por último, el nivel educativo interacciona con la ocupación y el sexo en cuanto a los consumos de psicofármacos.

Los factores que influyen en la prescripción y los motivos que explican su mayor peso en algunos grupos de la población se muestran en distintas investigaciones. Por ejemplo, en un estudio Delphi realizado entre profesionales de Atención Primaria asturianos con el objetivo de identificar qué factores influyen en la prescripción de benzodiazepinas y análogos y qué acciones pueden disminuir su prescripción, se consensuaron cinco factores como los más influyentes en la prescripción de benzodiazepinas: la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional; el aumento de la prevalencia de patologías; la falta de tiempo en la consulta; los condicionantes socioeconómicos; y las propiedades de las benzodiazepinas.

Se han referido a la vez los posibles errores asistenciales relacionados con la prescripción de este tipo de fármacos y la calidad de la prescripción misma han sido también ámbitos de estudio en Atención Primaria. Podemos mencionar en este sentido el trabajo de Jesús de la Gándara (15), que señalaba distintos errores asistenciales basados en la confusión con la patología somática, la desestimación del origen psíquico de síntomas, el rechazo social, el escaso conocimiento de la psiquiatría en AP y el rechazo o la desconfianza en los tratamientos. Respecto a las diferencias de sexo el autor señalaba que: “se sabe que los trastornos ansiosos y depresivos son más frecuentes en mujeres (2 a 1), lo cual se explica por su mayor vulnerabilidad al estrés, cambios hormonales propios del ciclo reproductivo, asociación genética con ciertos trastornos y con otros aspectos de índole sociocultural”.

Skodra (5) establece dos categorías de dificultades para las que cree que se prescriben con frecuencia psicofármacos sin llegar a utilizar los sistemas clasificatorios más comunes en la psiquiatría: 1. La primera categoría tiene que ver con los términos populares de “estar de los nervios”, “tener los nervios rotos”, “problemas de nervios”; 2. La segunda tiene que ver con una variedad de situaciones que van desde orgánico a lo social o familiar. La investigación internacional muestra que médicos-as generalistas, neurólogos o psiquiatras, prescriben psicofármacos a las mujeres por diferentes motivos, entre los que se incluyen: dificultades para dormir,

menopausia, síndrome premenstrual, cuando se encuentran en proceso de divorcio, cuando tienen problemas con sus hijos, ansiedad, cuando sufren la pérdida de la pareja, ansiedad, fobia, violencia en el hogar entre otros. Muchas de estas circunstancias sociales no deberían suponer una enfermedad susceptible de ser tratada con fármacos.

La perspectiva feminista en estudio del uso de psicofármacos:

Ashton (16) ha planteado que las enfermedades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad parecen ser más comunes en las mujeres que en los varones, y las primeras con más frecuencia se quejan de los síntomas psicológicos. Se argumenta que las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones psiquiátricas junto a enfermedades físicas, pero parece no existir la correspondiente proporción de prescripción de psicofármacos para problemas puramente masculinos como los de próstata o la impotencia.

Deben de existir ciertos sesgos de género en el diagnóstico médico y en la elección de la medicación, pero otros factores de índole más “sociológica” deben de ser contemplados, entre ellos el hecho de que es menos probable que las mujeres puedan controlar sus “malestares” con actividades fuera de casa. Las mujeres además tienen situaciones relacionadas con la salud y enfermedad especiales como el embarazo, lactancia, cuidado de los niños-as y síndrome premenstrual. Esta autora destaca dos factores que cree de importancia para comprender esta situación:

1. La actitud de los médicos-as hacia los pacientes. En estos temas es difícil obtener información concluyente y gran parte de la información es especulativa y anecdótica. Existen numerosos ejemplos de mujeres que son diagnosticadas por varones con problemas psicológicos, que más tarde han desarrollado enfermedades somáticas. Numerosas de estas mujeres han sido prescritas con psicofármacos. No sólo los médicos varones prescriben más a las mujeres sino también estas situaciones se observan en las médicas. Brozovic (17) ha mantenido que los profesionales de la medicina en general *tienen la necesidad de asumir un rol paternalista que caracteriza a las mujeres como débiles, vulnerables y emocionales*. Parece cierto que médicos y médicas perciben la enfermedad en la mujer con una base psicológica más que física y esta percepción conduce a una mayor prescripción de psicofármacos. En este sentido puede que exista cierta influencia de los anuncios farmacéuticos.

2. La actitud de las mujeres puede ser otro factor que influye en la prescripción. Ha sido examinado por Cooperstock (18) y Cooperstock y Lennard (19) quienes

mantenían que las mujeres usan más psicofármacos que los varones porque la sociedad les permite: a) Expresar sentimientos como la ansiedad; b) Percibir problemas emocionales en ellas mismas; c) Usar la atención médica para los problemas emocionales.

Debe añadirse que la sociedad permite a los varones, que son menos introspectivos y están menos en casa, otros escapes. Se ha sugerido que los varones tienden a salir y usar el alcohol para enfrentarse al stress mientras que las mujeres tienden a estar en casa y usar tranquilizantes. Los varones en el estudio de Cooperstock y Lennard ´s tendían a usar los tranquilizantes para enfrentarse a las situaciones de malestar del trabajo, ya que podían encontrar un escape a las que ocurrían en el hogar.

En España ya se han llevado a cabo algunos trabajos descriptivos que tratan de abordar el ámbito social de consumo. Un ejemplo es el realizado por M^a José de la Cruz Godoy y otras (29) para el Instituto Canario de la Mujer. El principal objetivo de la investigación era conocer algunas características descriptivas y necesidades de las mujeres consumidoras de psicofármacos que acuden a las consultas de atención primaria de la ciudad de Las Palmas. Desde otros objetivos específicos plantearon estudiar la historia del consumo entre las mujeres y evaluar si han sido tratadas o no en razón de su dependencia. Entre los resultados mostraron un perfil entre las consumidoras de psicofármacos que correspondía a mujeres casadas mayores de 45 años que acudían a las consultas de atención primaria por problemas de ansiedad y depresión. Entre las encuestadas muchas refirieron un largo historial de consumo, con un mantenimiento de la dosis de las sustancias prescritas por el médico/a en el inicio del tratamiento, lo que para las autoras podía reflejar una dependencia psicológica más que física.

Una investigación que resume de manera clara las distintas hipótesis que se presentan en los trabajos que hemos consultado es la llevada a cabo en Australia, por Mant, Broom y Duncan-Jones (20). Estas autoras trataron de buscar conclusiones a una serie de hipótesis que habían formulado. Lo hicieron a través del análisis estadístico de una encuesta llevada a cabo en Sydney en la que se incluía información sobre morbilidad psiquiátrica, presentación de quejas, diagnóstico y prescripción. El objetivo era probar las hipótesis más populares que tratan de explicar el consumo diferencial entre varones y mujeres de psicofármacos. Estas hipótesis, que resumen y se corresponden con las que se presentan de manera dispersa en otros muchos trabajos, son:

1. La hipótesis de la morbilidad, es decir, más mujeres que varones tienen problemas psiquiátricos.

2. La hipótesis de la consulta: Es más aceptable socialmente que las mujeres vayan más al médico que los varones. Incluso aunque la morbilidad psiquiátrica sea la misma, las mujeres obtendrían más prescripciones porque van más a la consulta.

3. La hipótesis de la manifestación de emociones: Es más aceptable socialmente que las mujeres admitan que tienen síntomas de problemas emocionales. Las mujeres puede que no estén más enfermas que los varones pero puede que estén más alerta ante sus emociones y más preparadas para comunicarlas a otros.

Las hipótesis 2 y 3 tienen que ver con las diferencias de sexo en torno al comportamiento ante la enfermedad. Los que trabajan con estas dos hipótesis parten de que a pesar de que la neurosis es más común entre las mujeres, los desórdenes de la personalidad y el alcoholismo son más comunes entre los varones. Por lo tanto, varones y mujeres se distinguen en la forma en la que enfrentan los problemas emocionales, pero las mujeres no sufren necesariamente más enfermedades mentales que los varones, sencillamente tienen más tendencia a enfermedades mentales que permiten la consulta y apertura y justifican una mayor prescripción.

4. La hipótesis del estereotipo: El personal médico tiene cierta predisposición a diagnosticar problemas neuróticos en las mujeres, especialmente en las mujeres de edad media.

5. La hipótesis del control social: Los profesionales médicos tienen cierta predisposición a medicar a las mujeres que tienen algún problema psicológico. Los problemas psicológicos en las mujeres generan más inestabilidad social que los de los varones. La prescripción de psicofármacos puede servir como una forma de “control” de comportamientos inaceptables y que generan problemas en las comunidades y familias de las mujeres que son prescritas. Para decirlo de manera concreta: “que mantengan a las mujeres en sus lugares”.

Las conclusiones de este estudio sobre una población que consulta a médicos de carácter generalista, demuestran que las mujeres no tienen de manera estadísticamente significativa una probabilidad mayor de estar padeciendo una enfermedad psiquiátrica significativa. Los pacientes enfermos¹, tienen una probabilidad tres veces superior de obtener una prescripción de psicofármacos, y aquellos que el profesional percibe que tienen problemas emocionales tienen seis veces mayor probabilidad de recibir psicofármacos. Por lo tanto, destacan como muy importante la percepción del médico-a de que el paciente tenga problemas de origen psicológico. Mientras que los profesionales tienden a ver en las mujeres más problemas

¹ De acuerdo al instrumento GHQ (General Health Questionnaire)

de “neurosis” que en los varones no parece que “sobrediagnostiquen” a las mujeres como grupo, sino más bien que subdiagnostican a los varones que los consultan.

Sin embargo, Cafferata, Kasper y Bernstein (21) analizan los datos procedentes del Nacional Medical Care Expenditure y Survey en EEUU para confirmar que las mujeres tenían una mayor probabilidad de ser prescritas con psicofármacos. Los autores mostraron a través de la información analizada que en varones y mujeres la posibilidad de obtener un psicofármaco estaba influenciada por las responsabilidades de rol familiar, la estructura familiar y los eventos estresantes. Sin embargo, las mujeres tenían una mayor probabilidad que los varones con las mismas circunstancias familiares. Es decir, entre las mujeres, ciertas responsabilidades de rol familiar, estructura y eventos estresantes afectaban su probabilidad de ser prescritas con psicofármacos.

Elizabeth Ettore y Riska (22) proponen establecer las bases para el desarrollo de una perspectiva sensible a la cuestión del género en el uso de psicofármacos. Estas autoras señalan que la investigación existente en el uso de psicofármacos tiene “sesgos de género” de tres formas:

1. La revisión de los primeros trabajos sobre diferencias de género y uso de tranquilizantes proporciona razones unidimensionales, presentadas “sin-objeciones”; “cauto-sin respuesta”; “roles de las mujeres” o determinados políticamente.

2. Tras realizar una revisión crítica de los dos discursos predominantes, el médico y el sociológico, estas autoras argumentan que ambos mantienen la misma aproximación, pues el uso de drogas por las mujeres permanece invisible.

3. La aproximación predominante en la investigación actual es individualista y ciega hacia el género, necesitándose un análisis conjunto que problematice el género.

Durante los años ochenta científicos sociales proporcionaron nuevas ideas sobre los aspectos sociales y culturales del uso de psicofármacos. Por ejemplo, se han realizado aproximaciones sociológicas del significado cultural y social del uso de psicofármacos (19, 23) sobre formas de acceso al uso (24) y sobre como los tranquilizantes se han convertido en un problema público y construido como problema social en Gran Bretaña (25).

Estas nuevas ideas procedentes de lo social sobre los tranquilizantes han añadido información de valor a la mapeación previa sobre las características de los usuarios en la investigación de los 1970's (26). Si uno considera la importancia de la cultura y los factores sociales en el desarrollo de estas ideas, uno empieza a cuestionarse el tradicionalmente dominante tratamiento del tema desde lo psicológico centrado en los factores individuales que determinan el uso.

Sin dudar del valor de las perspectivas sociológicas que han acompañado a la perspectiva médica dominante, Ettore y Riska (27) plantean que una perspectiva de género, o más específicamente una perspectiva feminista, ha estado, sin embargo, ausente entre las contribuciones de los científicos sociales. No es suficiente a la hora de explicar la mayor probabilidad de uso por parte de las mujeres de estas drogas decir solamente que “su posición estructural en el hogar y la cantidad de apoyo social y stress social experimentado en las personas que se encuentran en esta posición necesita ser tenida en cuenta” (25). Uno debe preguntarse no sólo por qué y cómo las drogas son usadas por las mujeres en lo privado sino también cómo las mujeres en el juego de las relaciones sociales entre la esfera privada y la pública ven su dependencia a estas drogas. Dada la escasa atención que se le proporciona a los problemas que conciernen a las mujeres en medicina hasta que no están directamente relacionados con el embarazo y parto esta ausencia es esperada.

El desarrollo de un análisis feminista en el campo de los tranquilizantes no ha existido por dos razones:

Cualquier área del comportamiento humano dominada por las ciencias naturales tiende a dividir lo científico de lo social y lo cultural. La enfermedad ha sido por largo tiempo sólo objeto de análisis por las ciencias naturales. Cuando los científicos sociales empiezan a examinar los ámbitos de la salud y la enfermedad se encontraban inseguros del status de su tarea.

La investigación sobre salud y enfermedad, de la cual el uso de drogas es parte, ha estado muy influenciada por la perspectiva funcionalista proporcionada por el análisis de Parsons sobre el rol del enfermo y el papel del médico en la legitimación de este rol. En el análisis original de Parson (28), ambos, el enfermo y el paciente fueron descritos como masculinos a pesar de que trataba de hacer una teoría de la acción humana neutral en el género.

Una perspectiva sensible al género es aquella que permite ver las mujeres y explicar el mundo desde la perspectiva de las mujeres. Esto significa específicamente que poderosas dinámicas de género estructuran culturalmente, políticamente y económicamente los significados de la “masculinidad” y la “femineidad” y que las divisiones entre lo privado y lo público de la vida social no se toman como dadas sino que son problematizadas y situadas en el frente del análisis. Si lo que se quiere es realizar un análisis feminista del uso de psicofármacos por las mujeres es necesario revisar críticamente el trabajo previo en el campo y hacer visible el “paradigma invisible” del trabajo hecho desde lo masculino (22).

Desde una “perspectiva sensitiva al género en el uso de psicofármacos”, las categorías de mujeres y sistema de género no son tomadas como dadas sino problematizadas y situadas en primer plano del análisis. Sólo cuando esta distinción se asuma se alcanzará una mejor comprensión del uso de drogas por las mujeres, específicamente de los psicofármacos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Prather JE y Minkow NV. Prescription for despair: women and psychotropic drugs, en Van Den Bergh, N. (ed). *Feminist perspectives on addictions*. Springer Publisheing Co Inc, New York, 1999, pp. 87-99.
- 2- Burin M. Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables, en Burin, M and Dio Bleichmar, E. *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires. Paidós, 1996.
- 3- Burin M. Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos. 2003. (<http://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos.htm>)
- 4- Delgado Sánchez A. El papel del género en la relación médico-paciente. *Formación Médica Continuada, Atención Primaria*, 1999; 6 (8):509-516.
- 5- Skodra Eleni S. “Families and abuse of prescribed medication: a psychological analysis of women´s and children´s experiences in the family and other social institutions,” *Counseling Psychology Quarterly* 1992; 5(4): 315-325.
- 6- Rodríguez Marín J. *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis, 2001.
- 7- Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care*, 1989; 27, 478-490.
- 8- Torres Martínez C, Orgaz Gallego P, Lozano Álvarez F, Sánchez Gómez MH, Pinnel Muñoz MF, Tojeiro Lorente S y Lain Teres N. Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción. *Atención Primaria* 1993; 11[8], 385-387.
- 9- Iragüen Eguskiza P. Consumo de benzodicepinas. ¿Dónde estamos? *Formación médica continuada en atención primaria*, 2000; 7, 499-501.
- 10- Sebastián Gallego R. et al. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Atención Primaria* 1998; 22(8):491-496.
- 11- Üstün TB y Sartorius N. *Mental illness in General Health Care: An international study*. Chichester/New York, JhonWiley & Son, 1995.
- 12- Romo N, Gil E, Meneses C, Markez I, Póo M, Vega A. *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*. 2003. Informe presentado al Instituto de la Mujer. No publicado.
- 13- Goldberg DP y Huxley P. *Mental illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London, Tavistock, 1980.
- 14- Mateo Fernández R, Rupérez Cordero O, Hernando Blázquez MA, Delgado Nicolás MA and Sánchez González R. Consumo de psicofármacos en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1997; [19[1], 47-50.

- 15- Gándara Martín J.J. de la. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Atención Primaria* 1997; 20 (7):389-394.
- 16- Ashton H. Psychotropic-drug prescribing for women. *British Journal of Psychiatry*, 1991; 158, 30-35.
- 17- Brozovic M. With women in mind. *British Medical Journal* 1989; 299 (6700): 689-
- 18- Cooperstock R. A review of women 's psychotropic drug use. *Can. J. Psychiatry*, 1979; 24: 29-34.
- 19- Cooperstock R, Lennard H. Some social meanings of tranquilizer use. *Sociology of Health and Illness* 1979; 1(3):331-47.
- 20- Mant A, Broom D y Duncan-Jones P. The path to prescription: Sex differences in psychotropic drug prescribing for general practice patients. *Social Psychiatry*. 1983; 18(4):185-192.
- 21- Cafferata GL, Kasper J, y Bernstein A. Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psy-chotropic drugs. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983; 24, 132-143.
- 22- Ettore E y Riska E. Psychotropics, Sociology and Women: Are the 'Halcyon Days' of the 'Malestream' Over? *Sociology-of-Health-and-Illness*. 15(4), 503-524. 1993.
- 23- Gabe J y Thorogood NI. Prescribed Drug Use and the Management of Everyday Life: The Experiences of Black and White Working-Class Women. *Sociological Review*. 1986; 34(4):737-772.
- 24- Cafferata GL y Meyers SM. Pathways to psychotropic drugs. Understanding the basis of gender differences. *Med Care*, 1990; 28(4):285-300.
- 25- Gabe J y MBury. Tranquillisers as a social problem. *The Sociological Review*. 1988; 36(2):320-352.
- 26- Cooperstock R, y Parnell P. Research on psychotropic drug use. A review of findings and methods. *Soc Sci Med*, 1982; 16(12): 1179-96.
- 27- Ettore E y Riska E. Gendered Accounts of Mood Disorders: The Social Construction of Gendered Moods. *Notes: Society for the Study of Social Problems (SSSP)*. 1997.
- 28- Parsons T. The sick role and role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1975; 53: 257-278.
- 29- De la Cruz Godoy MJ, Fariñas Michelena B, Herrera García A y González González MT. Adicciones ocultas aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria, 2001.