

LA MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES. LA PANACEA DE LOS PSICOFARMACOS

MARIA JESUS SORIANO SORIANO
Psicóloga Clínica
Psicoterapeuta individual y grupal

¿Qué tienen los psicofármacos, para que sean percibidos como los salvadores de todos nuestros malestares? A veces me plantean la pregunta, “¿tu recetas? “¿Me podrías extender tal medicación?”. Y cuando les explico que no hago recetas, que mi función como psicóloga es escuchar su malestar para que conjuntamente podamos entenderlo y buscar estrategias, no siempre parecen muy animadas con mi aclaración. Diría que me miran escépticas, decepcionadas y poco confiadas de mi alternativa: la búsqueda conjunta de su bienestar a través de la palabra y de la escucha. Después, serán ellas que pedirán más sesiones de psicoterapia, más tiempo para estar en los grupos, y la creación de nuevos espacios para reflexionar. Pero, la realidad es que los psicofármacos son una parte de las nuevas tecnologías, de las prácticas terapéuticas que más pretenden incidir sobre la salud mental de las mujeres.

Los psicofármacos a los que me estoy refiriendo, se denominan también psicotrópicos. Actúan sobre el sistema nervioso central para producir efectos que alteran los estados mentales – especialmente los emocionales -, y por ello producen cambios en la conducta. Son buscados por sus dos efectos principales: sedante y estimulante. Los más utilizados por las mujeres son los que actúan como tranquilizantes.

En los estudios sobre prescripción de psicofármacos, se concluye que la relación entre hombres y mujeres recetados con tranquilizantes, ha sido siempre de dos a uno, es decir, el doble de mujeres que de hombres toman psicofármacos. Las cifras muestran que entre las mujeres de 18 a 29 años, el 12 % había utilizado tranquilizantes, entre las de 30 y 44 años, el 21 %; entre las de 45 a 59 años, el 22 % y la cifra se eleva al 25 % entre las de más de 60 años. El problema de la medicalización se agudiza a medida que las mujeres avanzaban en la edad.

¿Por qué se receta de esa forma tan abusiva? Una de las raíces a este problema tendrá que ver con el modo de asistencia médica que tiende a no escuchar adecuadamente al paciente y así poder comprender el verdadero origen del problema por el cual consulta, recurriendo de forma estandarizada a la prescripción como tratamiento estándar. Y cuando son mujeres, la prescripción pasa por tranquilizar el malestar con los psicofármacos.

Hace unos días, una mujer me explicaba: *“llevaba unos días cansada. Me sentía desanimada, abatida, sin ganas de hacer nada... Levantarme cada mañana era cada vez peor, un suplicio. . .; me costaba concentrarme y estaba destemplada. Decidí ir a médico. Salí peor; apenas se digno mirarme, me hizo unas preguntas a las que casi sólo podía contestar con monosílabos, me regañó por lo que ella consideró un abuso de analgésicos, murmuro algo sobre depresión, me hizo una receta para tratarla. Tras reflexionar, pensé que yo, deprimida, no estaba, lo que estaba era muy cansada. Pedí un cambio de médico. El que me asignaron fue algo más considerado. Me comentó que lo*

mejor era descartar cualquier trastorno orgánico y me pidió unos análisis generales. A las dos semanas tuve la respuesta correcta a mi cansancio. ¡Solo tenía anemia!”

Las mujeres somos el grupo principal de consumidoras de psicofármacos, grupo al cual dirigen su publicidad los laboratorios que los producen. Somos las dos terceras partes de la población que usa tranquilizantes. Dentro de los psicofármacos, el grupo de los benzodiazepinas (ansiolítico, sedante) es el más recetado. Gran cantidad de mujeres confiesan seguir utilizando esta droga diariamente durante uno o más años. Estas usuarias crónicas se encuentran con el riesgo potencial más alto de experimentar los efectos adversos de la droga.

Los medicamentos que se agrupan bajo la denominación de benzodiazepinas se describen como no adictivos, pero los estudios realizados indican que cualquier persona que los tome, incluso en dosis muy bajas, durante más de tres o cuatro meses, corre el riesgo de volverse fisiológicamente adictas.

Las benzodiazepinas actúan en el sistema nervioso central, teniendo efectos colaterales, no deseados, de los cuales los más habituales son: somnolencia, visión borrosa, incoordinación y torpeza motrices, dificultad en la concentración y la memoria, humor depresivo, irritabilidad, cambio en los hábitos del sueño. A menudo se observa también amortiguación de los efectos, disminución del deseo de iniciar o mantener contactos sociales y pérdida de la motivación.

En situaciones peligrosas en donde se requiere la acción de reflejos rápidos, la pasividad asociada con estos efectos puede ser contraproducente. Esto lo he observado particularmente en las mujeres maltratadas que tomaban tranquilizantes, y que manifestaban su dificultad para alejarse de la relación abusiva de maltrato, además de la falta de reflejos para evitar los golpes, la dificultad para pensar con claridad y poder encontrar respuestas más favorables para ellas.

En un hecho confirmado que el estado de salud mejora cuando la persona afectada tiene la posibilidad de comunicar su experiencia dolorosa a alguien cuyo interés y comprensión pueda contar. A pesar de ello, rara vez se contempla esta posibilidad en el tratamiento médico, principalmente porque apenas tienen tiempo para escuchar a sus pacientes y, en caso de tomárselo, les faltaría el conocimiento necesario para comprender el lenguaje de los sentimientos. Es de suponer que el motivo principal de ello sea el miedo al resurgimiento de sus propias emociones. Por desgracia, este miedo se combate con frecuencia atiborrando a las pacientes.

“Hace unos días, una mujer me comentaba indignada lo que le había pasado con su médica. Padece reumatismo y artrosis y fue a buscar la medicación para su tratamiento. Llevaba unos días muy preocupada por la salud de su hija que había sufrido un infarto cerebral. La doctora le preguntó que le pasaba y ella se lo explicó. Al describirlo, se emocionó y se puso a llorar. Mientras tanto la doctora le había extendido una nueva receta. Era un tranquilizante. Ella no quería calmantes, quería estar lo suficientemente lucida para cuidar de su hija y claro que estaba triste, preocupada, angustiada, enfadada por lo que le había pasado a su hija, pero no necesitaba que la atontaran”.

Además de los efectos colaterales, está el grave problema de la dependencia, en la que se ha establecido una relación de confianza con los

tranquilizantes para desarrollar su vida habitual. Sin ellos, se puede tener la sensación de no saber funcionar ante imprevistos.

El otro grave problema sería los efectos por la supresión de la droga – síndrome de abstinencia. Superar este tramo del síndrome constituye uno de los trabajos más difíciles y dolorosos, y raramente se logra salir sin ayuda profesional. Los síntomas que componen el síndrome de abstinencia pueden incluir: a) ansiedad, hiperactividad psicomotriz, sentimientos de pánico, síntomas físicos como temblores, sudoración exagerada, náuseas b) distorsiones de la percepción, ideas persecutorias, sensación de extrañamiento corporal.

El plantear que las mujeres somos las principales consumidoras de psicofármacos, el constatar que el uso de los psicotrópicos por parte de las mujeres es abusivo, injustificado e inapropiado, tanto en lo que respecta a ellas mismas como al sistema médico que las prescribe, no es suficiente. Esto en realidad sería el enunciado del problema, y a partir de aquí tendríamos que plantearnos las preguntas sobre el mismo.

¿Son las tasas de trastornos mentales mayores en mujeres que en hombres? ¿Las tasas más altas de ansiedad y depresión en mujeres son resultado de un estereotipo sexual, o de su posición social desventajosa, o debido a una mayor vulnerabilidad biológica? ¿Cómo juega el rol de género de las mujeres como agentes de salud del resto de su familia y, en consecuencia, su contacto más frecuente con los médicos, en la mayor prescripción de drogas psicotrópicas? Algunas de estas preguntas y muchas más tendremos que ir preguntándonos, para poder explicar por qué las mujeres integran el grupo humano que toma más tranquilizantes. Pero no son necesariamente justificaciones. Muchas cosas no deben andar bien en nuestra sociedad para que una de cada diez mujeres adultas necesite drogarse para hacer frente a su vida diaria.

¿Cómo se trata de solucionar el malestar de las mujeres?

Uno de los efectos de esta situación consiste en que, al acceder a la consulta médica, las mujeres son percibidas como “el problema” y la droga que se prescribe como la “solución”. Más que la búsqueda de las causas que originan los síntomas, se apuntan a ofrecer una droga que rápidamente los acalle. Una escucha atenta y una detallada investigación de la vida diaria de las mujeres nos puede permitir aproximarnos a otros diagnósticos y otras prácticas.

Una mujer aquejada de crisis de ansiedad con ataques de pánico, expresaba su experiencia con los fármacos: “el suministro de fármacos me interfería con mis procesos mentales que suscitaban en mí una sensación de amenaza, de peligro, porque temía que me afectara en mis pensamientos y en mi identidad. Me sentía tratada a través de mi síntoma, pero no me estaban tratando a mí”

Emilce Dio Bleichmar, señala que es importante que las mujeres empecemos a tomar distancia de la propia queja y nos hagamos cargo del riesgo y de la responsabilidad de pensar, reexaminar y proponer una revisión de las prioridades necesarias para dar cuenta, en forma cabal, de las nuevas patologías de género.

Y desde esta perspectiva, estudiosas del tema, señalan los siguientes puntos para la mejora de la política sanitaria:

a) Plantear una concepción más actualizada y más apropiada de nuestras necesidades, según criterios en los que se basa el proceso de salud -

enfermedad. El criterio actual aún enfatiza – al estilo tradicional – que los problemas tales como ansiedad, depresión, angustia, deben tratarse con fármacos “reguladores del sistema nervioso central”.

b) Un cambio de actitud para mejorar el aprovechamiento de nuestros recursos ya que disponemos de profesionales con suficiente capacidad y formación como para ampliar criterios no tradicionales a tales problemáticas (por ejemplo, prevención y promoción de la salud, mediante una variedad de técnicas grupales, comunitarias, etc.) o sea, recursos no basados exclusivamente en medicamentos.

Emilce Bleichmar, puntualiza, “para nosotras las mujeres implica la puesta en práctica de un imperativo ético: CADA UNA DEBE RESPONSABILIZARSE DE LO SUYO”

Y esto lo podríamos concretar en algunas de las siguientes estrategias que nos permitan participar críticamente de las decisiones que se toman sobre nuestra salud :

- 1) la puesta en juego de recursos personales y no adscribiéndose rígidamente a los roles asignados, por lo que se tienen menor riesgo de enfermar.
- 2) Los mecanismos de resistencia manifestados por medio del cuestionamiento o al rechazo a la ingestión de los psicofármacos que se nos prescriben.
- 3) Ayudarse a si mismas mediante el conocimiento de sí y de su cuerpo,
- 4) Informarse y desactivar el poder de la medicina.

De este modo nos es posible reapropiarnos de los saberes sobre nuestros malestares, afectos y deseos, sin la necesidad de tener que mitigarlos con psicofármacos. Esta sería la propuesta de una aproximación a los procesos mencionados desde una perspectiva más bio-psico-social, más política, estableciendo de este modo las relaciones causales con el orden de determinaciones que las sustentan.

Barcelona, 4 de junio 2006

Bibliografía

“El malestar de las mujeres la tranquilidad recetada. Mabel Burin , Esther Moncarz y Susana Velézquez. Edit. Paidós

Estudio sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Mabel Burin y otras. Edit. Grupo Editor Latinoamericano – Colección Controversia -

Dos para saber dos para curar. Hipatia. Edit. Cuadernos inacabados

La madurez de Eva . “ Cap. 1 – Fármacos en vez de conocimientos”. Alice Miller. Edit. Paidós.contextos.

.

