

Benzodicepinas y el dolor de vivir

Benzodiazepines and the pain of living

REBUT: 27.12.2017 // ACCEPTAT: 22.05.2018

Lourdes Franco Lopez

Medical Anthropology Research Center (MARC), Institut Català de la Salut (ICS)

María José Sáenz Rodríguez

Institut Català de la Salut (ICS)

Resumen

En este trabajo etnográfico se ejemplifica como el consumo de benzodicepinas puede ser comparable al de cualquier otra drogadicción, explorando las causas y las prácticas que llevan al mismo, así como nuevas oportunidades en el abordaje de este tratamiento crónico desde la Atención Primaria que llegue a restituir y repare el dolor de vivir, consiguiendo así, la optimización en la prescripción y el abandono del fármaco en los consumos crónicos.

Palabras clave: Benzodicepinas; mujeres; consumo crónico; dolor de vivir; drogodependencia farmacológica; Deltebre

Abstract

This ethnographic work presents how the abuse of benzodiazepines is comparable to any other drug addiction. It explores the causes and practices leading to it, as well as new approaches in treatment by primary health care whose goal is restoration and repair of the pain of living, through optimization of the prescription and the abandonment of chronic consumption of the drug.

Keywords: Benzodiazepines; women; chronic consumption; pain of living; pharmacology drug addiction; Deltebre

Introducción: De medicamentos, drogas y el dolor de vivir

Siguiendo a Romaní (1999), el medicamento es el paradigma, la piedra angular, del proceso de medicalización, ocupando posiciones cada vez más centrales en las prácticas de los tres niveles de atención: autoatención, atención especializada e instituciones. Los fármacos están fiscalizados por los especialistas, autorizados políticamente a su manejo y control. Así, «el intervencionismo médico hará prevalecer su tradición culta (centrada en la escritura) frente a la tradición popular (centrada en la transmisión oral), por lo que convertirá el acto de escribir la receta en el ritual central de su actividad» (Romaní 1999: 44). Posteriormente, en la instauración del *modelo hospitalario*, el control de los medicamentos pasa a ser exclusivamente de los médicos, dejando en venta libre aquellos llamados éticos, que con el tiempo se han ido ampliando con los que se consideran de escasa evidencia clínica y con escaso efecto terapéutico, dejando así cierto acceso a la población. El mayor control por parte de la biomedicina se da, curiosamente, en los medicamentos para el dolor, tanto el físico, como el emocional, siendo las benzodiacepinas (BZP) de este segundo grupo, ya que su uso más habitual es para los trastornos de ansiedad. En el 2018 se calculaba que más de un 30% de los pacientes que acudían a atención primaria presentan problemas psicológicos como ansiedad o depresión, a lo que se responde con la receta de antidepresivos o ansiolíticos (González, *et al* 2018). En un estudio realizado por Moreno y Moriana (2012), se encontró que los motivos de consulta directamente asociados a problemas mentales (expresado por los pacientes como la demanda de la consulta) representan el 16,1% y los indirectamente asociados a problemas mentales (otra demanda que finalmente se relaciona con patología mental) son el 27,6%. Así pues, un total del 43,7% de las consultas en Atención Primaria están relacionadas con problemas de salud mental (Moreno y Moriana 2012), manteniendo la tendencia en los porcentajes de los problemas psicológicos a lo largo del tiempo. El hecho que se precise de una receta médica para conseguir el medicamento, genera una relación desigual de poder entre el especialista y el individuo, supeditando este último al control del primero.

Por otro lado, nos resulta difícil sobrellevar la vida tal como nos ha sido impuesta, existiendo dificultades en las relaciones entre los seres humanos, cosa que nos produce, parafraseando a Byron Good, *dolor del vivir*. «Para soportarla, no podemos pasarnos sin lenitivos. Los hay quizá de tres especies: distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella» (Freud 1981: 18). El psiquismo humano tiene que ver con los contextos sociales e históricos en los que se desarrolla, quedando impregnado del mundo que lo rodea y precisando de las relaciones con los demás para satisfacer nuestros deseos, sean conscientes o no (Martí 1996). En la contemporaneidad los roles, funciones y obligaciones ligadas a la identidad social, agravan la socialización del sujeto inmerso en la tecnificación, producto del capitalismo masivo que conlleva la *sociedad del rendimiento*, caracterizada por el verbo *poder* sin límites; los proyectos, las iniciativas y la motivación son sus características y acaba produciendo depresivos y fracasados (Han 2015), siendo muy altos los costes que pagamos en dolor y enfermedad. El dolor de vivir crece exponencialmente en este entorno y hace «más necesario que nunca encontrar medios que permitan poder reducirlo como sea» (Martí 1996: 32). Así pues, el químico ayuda a sobrellevar la

realidad, siendo las BZP una de las formas de mitigar los malestares generados por la propia existencia:

Los procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas. (Romaní 1999: 55)

A estos procesos se les llama drogodependencia. De esta forma entenderíamos que, la dependencia de las BZP surge del estilo de vida ante un constructo sociocultural en el que el individuo se ve inmerso. Se observa un aumento progresivo en el consumo de ansiolíticos cifrado en un 57,4% en el periodo 2002-2012 (Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios 2014). Esto genera un enorme gasto para las arcas públicas del servicio sanitario de aproximadamente unos 745 millones de euros anuales (Infocop 2009). A pesar de ello, así como los riesgos derivados de los efectos secundarios del consumo crónico, existe una *tolerancia social* hacia su consumo, pues aunque no se consideran ideales, son aceptadas y permitidas por la comunidad. «De esta manera, se evidencian las contradicciones de los acuerdos mantenidos por una sociedad que mientras sanciona con dureza el consumo de ciertas sustancias psicoactivas, tolera y hasta propicia, el consumo de otras» (Slapak y Grigoravicius 2006: 247). Así pues, las BZP, junto con el alcohol y el tabaco son drogas institucionalizadas, con un reconocimiento legal y un uso normativo, cuyo consumo está socialmente integrado y tolerado. La psicopolítica que sugiere Han (2014) nos hace sumisos a los deseos del poder del capitalismo que nos exige constantemente mantener altos niveles de rendimiento laboral, personal y social; ello acaba incorporándose en el *self* generando altos niveles de frustración y ansiedad, la cual puede ser paliada por el uso habitual de las BZP. Del mismo modo tanto su prescripción como su uso podrían estar relacionadas con «la cerebralización¹ contemporánea de las aflicciones humanas y de la emergencia de las neuronarrativas²» (Martínez 2017: 309), produciendo una permisividad y una aceptación naturalizada por parte de la sociedad en su utilización.

De mujeres y territorio

Deltobre es un municipio localizado a orillas del río Ebro, en su tramo final, justo en la desembocadura. Con una extensión de 107,4 km², está compuesto por dos núcleos urbanos, La Cava y Jesús y María, y por la urbanización de Riomar. En ellos habitan 11.544 personas, de las cuales 5.703 son mujeres (Institut d'Estadística de Catalunya 2016). Se trata de asentamientos recientes, alrededor de unos 200 años de vida, con terrenos considerados salados y poco productivos. Existieron antaño enfermedades transmisibles graves, tales como la malaria, ocasionadas por las aguas estancadas. Todo ello, unido a desbordamientos continuos del río que amenazaban las propiedades de la zona, y, a la presencia de animales y

¹ Para Martínez (2017) la cerebralización sería como la reducción del *self* a un cerebro, definido como el órgano realmente necesario para el individuo, cuestión que Vidal (2009) definió como *brainhood* o *cerebralidad*, consolidando la idea del individuo como agente totalmente autónomo.

² Martínez (2017) define neuronarrativas como: «relatos que privilegian las explicaciones de la aflicción en términos de disfunciones cerebrales, dificultando una conciencia de las dimensiones sociales del sufrimiento y, a la vez, enmascarando el hecho de esta misma obstaculización».

microorganismos que generaban patologías, ha generado que la vida en el Delta del Ebro no fuera nada fácil; agravado, además, por la privación de los servicios básicos (agua potable, alcantarillado, red eléctrica), hacía de la supervivencia en esta zona una dura lucha. No fue hasta que se produjo la segregación de Tortosa en el 1977 y la constitución como municipio independiente cuando los habitantes pudieron comenzar a disfrutar de unas infraestructuras básicas.

En cuanto a la estructura social de Deltebre, Rosa Queral (2007) explica que

El model d'organització social està basat en la divisió del treball per sexes, que estableix categories de treball productiu versus treball reproductiu, ha donat preeminència als valors masculins i ha deixat en un segon terme els valors femenins. La criança de filles i fills; l'atenció a la gent gran i a les persones malaltes; la higiene i la cura de la llar; la consecució, la preparació i la conservació dels aliments per a la subsistència; la transmissió de la parla, de les costums, dels valors comunitaris, constitueixen, a la nostra societat patriarcal, treballs de segon ordre, subsidiaris, poc rellevants i sense reconeixement social com a accions civilitzadores, encara que, sense cap mena de dubte, han permès tenir la societat que tenim. (Rosa Queral 2007: 15)

Los roles de género están fuertemente marcados, con una clara división de los trabajos y de las responsabilidades, recayendo los cuidados del entorno familiar en las mujeres, sin que estas tengan opciones de compartir sus necesidades o posibilidades de desarrollar alternativas en los espacios sociales.

De fármacos para las aflicciones

Siguiendo la definición que da Romaní sobre droga diremos que son

...sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan. (Romaní 1999: 53)

Así pues, consideramos a las BZP dentro de esta definición. Se trataría de drogas legales, institucionalizadas y controladas por la biomedicina, pero drogas al fin y al cabo. También, desde un punto de vista más biomédico, y siguiendo a la OMS (2014), una droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo generando una recompensa y, además, es susceptible de crear dependencia, tolerancia y abstinencia. Por lo tanto, las BZP cumplirían todos estos criterios para considerarlas drogas. Se trata de una gran familia de fármacos psicoactivos que tienen efectos sedantes, hipnóticos y relajantes musculares. Los perfiles de actuación, así como la vida media varían de unas a otras, siendo el diazepam el *gold standard* del grupo. Se trata de psicofármacos que actúan aumentando la acción del ácido gammaaminobutírico, principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central. Tienen indicaciones terapéuticas diversas, y aunque su uso más habitual es en el tratamiento de la ansiedad e insomnio, también se utilizan en la inducción a la anestesia, en el tratamiento de las crisis comiciales, en el síndrome de abstinencia alcohólica, como tratamiento coadyuvante de dolor músculo esquelético, etc. (Montes, Plasencia, Amela, *et al.* 2004). Por otro lado, sabemos que los trastornos de ansiedad representan uno de los problemas de salud mental más frecuentes entre la población general, llegando a ser, según datos de la Generalitat de Catalunya (Departament de Salut 2016:1), «el segundo problema de salud que más afecta a la

calidad de vida». Así pues, encontramos que en diciembre del 2015, a 84 de cada 1.000 habitantes se le había prescrito una BZP en Cataluña, representando una de las cifras más altas del mundo (Departament de Salut 2016). Todas las guías aconsejan no superar las cuatro semanas de tratamiento por los riesgos de dependencia, abuso y tolerancia, así como la aparición de efectos adversos. A pesar de esas recomendaciones, la encuesta nacional sobre drogas nos muestra un aumento creciente en el consumo crónico de BZP, es decir de más de 12 meses, pasando de un 5,1% en el 2005 a un 12,2% en el 2013 y siendo la única droga, de las 23 testadas, en la que el consumo de las mujeres duplica el de los hombres (un 8,5% versus un 16%) (Plan Nacional sobre Drogas 2013). En esta misma línea Bejarano (2008) encontró que en el Camp de Tarragona el perfil de consumidor crónico de BZP era una mujer (con un 70,9% de prevalencia respecto al total de consumidores), de edad superior a 65 años (siendo el 73,4% de las mujeres) y de ámbito urbano (el 73% de las consumidoras), obteniendo una prevalencia global de consumo crónico de BZP del 6,9%. Fijándonos en nuestro ámbito de estudio, el municipio de Deltebre, el centro de atención primaria (CAP) atiende a 10.247 habitantes mayores de 15 años, repartidos entre siete médicos de familia. De estos, 1.654 consumen de forma crónica BZP, lo que supone una prevalencia del 16,14%. Analizando el consumo por sexos tenemos 1.142 mujeres consumidoras, lo que representa un 69% del total de consumidores³. Por lo tanto, la prevalencia en nuestro entorno es superior a las medias nacionales y regionales manteniendo la feminización del consumo. Ante esta situación nos planteamos como objetivo de estudio analizar los conocimientos y las prácticas del uso de BZP entre las mujeres de Deltebre y las situaciones que llevan a los profesionales a iniciar y mantener su prescripción.

Metodología

Nuestra investigación es un estudio cualitativo de base etnográfica desarrollado en la población de Deltebre. Las dos autoras han desarrollado parte de su actividad profesional como médicos de familia en esta área. Además, su formación en otras disciplinas complementarias con una visión integrativa del ser humano, permite aportar un conocimiento local que se incorpora, conscientemente, como perspectiva autoetnográfica. Los criterios de inclusión que se siguieron fueron: a) mujeres con consumo crónico de BZP, b) mayores de edad, y c) que aceptasen la participación en el grupo, por un lado y, d) profesionales médicos que ejercen su práctica profesional en el CAP de Deltebre de forma continuada, por el otro. Todos ellos fueron informados de las condiciones del estudio y se solicitó el consentimiento informado para su participación, la cual fue totalmente voluntaria, anónima y no supuso ninguna retribución económica.

Se realizó un grupo de discusión en el que se convocaron a seis mujeres, de las cuales cuatro asistieron a todas las sesiones propuestas. En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de cada una de ellas. El grupo se desarrolló una vez a la semana durante el mes de setiembre de 2016. La dinámica que se siguió fue la de fomentar la libre participación con el intercambio de ideas entre las participantes, guiadas en ocasiones por preguntas abiertas por parte de las

³ Los datos estadísticos referentes al CAP de Deltebre, fueron extraídos de la base de datos asociada al programa informático de gestión de historia clínica, e-CAP que se utiliza en la red de AP de Cataluña, pertenecientes a la empresa pública ICS.

investigadoras para instar a nuevas aportaciones. Por otro lado, se realizaron tres entrevistas en profundidad a médicos y médicas del CAP de Deltebre con asignación de usuarios (ver tabla 2 para la descripción de cada informante); entrevistas estandarizadas, no programadas, basadas en un guión, pero con un enfoque no directivo, semiestructuradas y abiertas según la predisposición del informante.

Se transcribieron tanto las sesiones como las entrevistas para su posterior análisis, observando similitudes en las unidades de análisis que permitiesen su comparación. La codificación de la información se diferenció según la información fuera aportada por las mujeres o por los médicos. De cada grupo, se organizaron los datos recogidos siguiendo los siguientes ámbitos de clasificación:

- cuestiones relacionadas con los roles de género
- causas del inicio del consumo de BZP
- prácticas de la cronificación del consumo de BZP
- prácticas en la prescripción de BZP
- narrativas de drogodependencias
- prácticas sobre la relación médico-paciente
- problemáticas percibidas por los informantes.

Tabla 1. Codificación y características de las componentes del grupo de discusión

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

La clase social se aplica según las categorías de la Clasificación de Clase Social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología. (Regidor 2001)

Tabla 2. Codificación y características de los profesionales sanitarios

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

Resultados

Todas las mujeres del grupo están casadas con hijos y nietos, y sus edades oscilan entre los 53 y los 75 años. Todas ellas se ocupan de las tareas tradicionalmente asignadas a su rol de género, es decir: los trabajos domésticos, el cuidado de todos los miembros de la familia (pareja, hijos, padres, nietos...), además de trabajos remunerados en el mercado laboral, en el pasado o actualmente, según su estatus laboral. Todas ellas se sienten descontentas y sobrepasadas en ocasiones por sus roles sociales, así como por las obligaciones adquiridas familiar y laboralmente, dando lugar a la sintomatología ansiosa (ver narrativa 1).

Narrativa 1

M1: Clar a la feina si havíem de ser 17 persones pos n'eren 4 i s'havia de fer la feina i m'alterava, (...) mentre anaves fent no ho sentia, arribaves a casa al sofà de nit i sortia tot, encabat al matí no podies i això altera la persona, i vull fer les coses bé...i sóc així, sóc així.

M4: Em vaig discutir amb el regidor, no te s'han de burlar les persones, i a mi me va agafar una alteració i les altres detrás de mi.

M3: és que és lo nerviós que te entra. Jo quan mon fill jugava a futbol i anàvem pels pobles, et senties de tot, però callaves i em posava tant nerviosa que a sun demà em feia mal tot. És que sóc així, sóc...nerviosa.

M4: explicando que el fin de semana anterior se había celebrado en su casa el bautizo de la nieta y que sus hijos no habían invitado a la comida a sus padres y suegros:. Em sap mal pels iaies, i jo sense dir res, perquè no he de dir res jo. Jo no mano, manen mons fills, [...].avui he anat a lo de ma sogra i no sabia com dir-ho per dir perdó, jo he patit perquè es feia a casa meva...tenia que donar una explicació trobava jo, sense ser culpable! Però hem sento culpable. (...) Tinc un patiment, em sento culpable, però ho han decidit ells, jo...això m'ho carrego jo i no és culpa meua. M1: Segur que tu l'has tingut i el teu home no. M4: No, ell no! He tingut un patiment que no m'hagués calgut, ara jo, avui, estic esgotada, em fa mal tot. I què he de fer?, què puc fer?

Se convierten en *esclavas absolutas* (Han 2014) realizando actividades múltiples, laboralmente y para otros miembros de la familia sin demanda previa pero que las esclaviza y las obliga a reproducirlo para evitar conflictos interfamiliares posteriores.

Estas situaciones en las que aparecen de forma persistente los síntomas ansiosos, reflejando ese *dolor de vivir*, generan una búsqueda activa de las BZP

para mitigarlo y poder sobrellevar las cargas impuestas así como la aflicción que éstas les producen. Del mismo modo, el consumo se cronifica, ya que no existen cambios en los contextos sociales en los que están inmersas (ver la narrativa 2).

Narrativa 2

M1: hace muchos años me detectaron una fimomiagia, que no lo sé decir, y me recetaron unos tipos de pastillas para regular la persona y descansar de noche y luego me pusieron una que se llama Orfidal©, y hace mucho tiempo que me lo tomo y ¿no sé si eso se debe de cambiar o no?

M4: A mi, igual fa 20 anys ben bé, se'm va anar la regla, i va ser que als 40, se'm va anar i ja està! (...) I em vaig sentir molt malament, ,... però bueno, vaig anar fent. (...) però la depressió ja no me l'he llevat més, hi han temporades que si no fos pel medicament estic que no me levanto,...a mi no m'agrada trobar-me amb alteració i necessito algo, sóc nerviosa, m'altero, que t'he de dir, és així.

M3: i si perquè són els mateix nervis que porto al cap, hi havien dies que notava que apretava al pit i feia mal, (...)I vaig anar pagant, i em va donar unes pastilles, ho vaig agafar amb temor per que com no ho sabia, es pensaven que no tornarie, però em vaig relaxar i em va revisar tot.

M1: quan arribes al moment que veus que te domina això, t'adaptes a pals, t'adaptes, per que jo a casa, he fet la faena de casa, hem treballat al camp...i de la noche a la mañana no poder-te fer!

M4: jo al matí m'aixeco, dolentíssima!, a les cinc i mitja, i quan m'aixeco del llit no aniria a treballar cap matí, cap matí! Em fa mal tot, al cap d'una estona ja m'ha passat i ja estic bé, però estic al menos una hora que no sé antestic i penso: demà estaré bé, però a sun demà estic igual. Després se'm passa i estic perfecta.

M1: a prendre medicació pels nervis, pos jo vaig començar per problemes familiars, i la doctora em va aconsellar de prendre aquesta pastilla cada nit per tranquil·litzar-me, però jo trobo que no ho estic de nerviosa! Per que ja m'he agafat al que m'ha passat, peeerò...

M3: el metge de capçalera quan vas eh... te recepta això, per que tu comences dient que et fa mal lo cap o que ja fa temps que ja estàs malament i jo he vist el cas este de que et diu: pos et faré unes pastilletes per a veure si això t'alivia (...) En el meu cas vaig ser jo que li vaig dir, m'ha de fer algo per que si no això no ho aguantaré. [...] Quan va passar sí, jo de cop em va venir la llum de al metge!

Las BZP surgen como mitigadoras de dolores múltiples, tanto físicos como psíquicos, conduciendo a la búsqueda constante de las sensaciones positivas generadas por el fármaco. El profesional médico se comporta como incitador y cómplice en la cronificación del consumo.

Aparecen narrativas de dependencia al fármaco, así como de los efectos secundarios (narrativa 3).

Narrativa 3

M4: Jo sóc que m'altero, em fico nerviosa i en mi estic alterada i ho necessito, ho necessito (...) em fa falta la pastilla, em prenc la pastilla i em tranquil·litzo, me calma i ja està. (...) Però les pastilles no me les puc llevar, veig que no, per que si tinc un sofoquet de algo, , llavontes jo me fico nervioseta i necessito la pastilleta per trobar-me bé.

M4: va ser el medicament que m'ho va destorbar tot, que em van donar fluoxetina, que vaig estar molt dolenta (...) i en canvi me van fer estes i la mar de bé i lo menos fa 10 anys que m'ho pren, (...) i sóc així, SÓC A I XÍ, i no hauria de ser! No puc fer-hi més.

M1: me la prenc de nit que em dóna algo de son, i com jo vaig en cotxe, en lloc de prendre-m'ho de dia, pos m'ho prenc de nit (...) les pastilles dels nervis fa molts anys ja que me les prenc i, jo, per a mi, me trobo que me van bé, me van bé, per que me costa molt adormir-me i, m'adorm i jo descanso més que si alguna nit m'ho deixo, llavors, volta cap aquí, volta cap allà i a s'un demà m'aixeco cansada, falta de relaxació i, de dormir.

M3: si una nit no me les prenc, em desperto! lo llit me volta! I jo penso: això és una droga, i estic engantxada a això, claro! Home, clar que ho he pensat (dejar la medicación), però me va dir: de por vida!, pos de por vida. (...) quan puc em llevo mitja, quan veig que la meua persona està bé. Jo no me la voldria prendre, claro que no!

Sucede una incorporación y asimilación de la enfermedad como «alguna cosa propia», que produce un efecto patologizante. El síntoma (la ansiedad, los nervios) acaba siendo una identidad totalizante, completamente asumida por la mujer, por lo que existe la creencia firme en la necesidad del fármaco de forma indefinida: «*lo necesito, es así, no puedo hacer más, soy nerviosa*» (M4). Una autopercepción del *self* objetivado que se cosifica, se siente y se piensa alrededor de la enfermedad; se convierte en un sujeto subjetivado por las condiciones de existencia. El mundo en el ser, creando una corporeización del mundo, un *embodiment* de esta condición. Esto comporta que queden ligadas de forma crónica en el tiempo a la pastilla, a la cual mitifican y otorgan un poder simbólico de estabilidad y bienestar: «*sé que lo necesito*» (M2), «*me hace falta la pastilla*» (M3), «*no me las puedo sacar*» (M4), «*las tengo que ver allí*» (M1). A pesar que también sufren las consecuencias negativas, la tolerancia, la dependencia y los efectos secundarios, el vínculo con la pastilla y los efectos beneficiosos autoreportados prevalecen.

Las propias mujeres comentan soluciones alternativas a la gestión de la aflicción para reconducir el *dolor de vivir* sin la necesidad de la utilización de las BZP. Pero son situaciones que no son atendidas ni por los profesionales de la salud ni por sus entornos sociales y familiares (ver narrativa 4).

Narrativa 4

M4: I ja fa quatre anys que anem amb les amigues soles (...) I els viatges...és inolvidable! Jo a les fotos, no quedo igual! quan vaig amb el meu home que quan vaig amb elles, sempre estic rient, tot lo que faig el meu home diria: dona, no facis això, no facis allò. (...) Estic molt a gust, per que ens contem les penes, ens ho contem tot.

M3: jo quan me trobo malament me busco...coses per fer... (...) sempre estic buscant-me algo, i ara pos em vaig donar d'alta i em vaig muntar...per dir-ho d'alguna manera de negoci (...) i això a mi em va bé per que a mi m'agrada fer coses.

M1: Au Enrique que me'n vaig! M'ha picat la nora que passa ton fill a buscar-me! vam anar a Inglaterra, vam passar 5 dies, per a mi van ser bonics (...) vaig tindre gust, ay quan vaig arribar a casa!, quin lup portava el meu home i que anfadat que estava...és que tu ets una rondacalles!, (...) no he pogut fer-me més la maleta per anar-me'n amb mon fill.

M4: A mi la natació m'anava molt bé, jo era la natació, la relaxació total, estava perfecta.

M3: la majoria de vegades la dona ti allò al costat que (...) et baixa l'autoestima, per què te la fan baixar moltes vegades, (...) i per això no vaig a ballar jo, i a mi m'encanta! Jo sóc sortidora i ell no m'acompanya!

M4: Els homes aquí al poble trobo que són molt antics, no tenen la mentalitat...s'han quedat allà detrás en lo pensar.

M1: Pot arribar un moment que t'ho fan creure i tot que hi fas malament.

M3: Si haguessin més activitats així, trobo que no prendriem tant de medicament, de medicaments no en prendriem tants, no farien falta tants.

M4: Trobo que aquest poble nostre som antics, la gent som antiquats, jo tinc la colla i que mos contem més coses som dones i au.

Como se puede observar las mujeres se sienten limitadas, reprimidas, incomprendidas y cuestionadas por expresar sus malestares en sus entornos familiares inmediatos, con lo cual no existe reposición, ni reciprocidad. En este sentido Good (2003: 223) escribe «cuando el resultado imaginado de la historia no logra materializarse, cuando el sufrimiento no se alivia, tampoco el relato adquiere autoridad, y el yo se ve amenazado de disolución». Así pues, buscan vías alternativas en grupos sociales externos con los que comparten experiencias y sentimientos. De esta forma, los grupos de iguales, juntamente con los espacios de ocio, adquieren una importancia vital para evitar o controlar los consumos de BZP.

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

...molt sovint tens que perpetuar la prescripció que ha fet un altre professional. Sempre tenim que tenir present que a aquest pacient li ha prescrit algun professional, si no, no la tomaria aquest medicació. Pot ser si s'explicarà després com de difícil serà treure-la, molts no acceptarien prendre-la. Tampoc es deuria iniciar un tractament així en una visita urgent d'un pacient al que no vas a fer seguiment. (P3)

En segundo lugar, la creencia en un determinismo neurobiológico: «És com un gradient, com una estrella, lo normal és estar al mig però hi ha gent que està més a les vores, llavors tenen més risc, i això és així, no ho pots canviar per molt que facis i aquesta gent necessita medicació sempre, per a no caure» (P2); y en tercer lugar, una elevada presión asistencial en las consultas del médico de Atención Primaria que genera una falta de tiempo y espacio para la expresión de los malestares: «la pressió assistencial fa que sigui una manera fàcil d'acabar la visita; en major brevetat: "si no pot dormir prengui aquesta pastilla 30 minuts abans d'anar-se a dormir", sempre és més fàcil que explicar que ha d'evitar, conèixer que l'ha pogut causar aquesta situació, que altres opcions tenen, etc.» (P3). Otra cuestión que emergió en el grupo de discusión, fueron los comentarios de las mujeres respecto a que eran los médicos prescriptores quienes explicitaban que la toma de BZP tenía que ser crónica e indefinida en el tiempo: «*el metge em va dir: això és per a tota la vida*» (M4), pero cuando preguntamos a los profesionales por esta cuestión no reconocían este tipo de aseveraciones (en la narrativa 5 se observa la discordancia entre las experiencias de las mujeres y la opinión de los profesionales).

Narrativa 5

P2: En respuesta a la pregunta de que los profesionales les habían dicho a las mujeres que era un tratamiento para siempre: Jo mai diria això a un pacient. Penso que sempre es pot intentar la retirada, sempre que el pacient també ho vulgui i estigui disposat. Si que ho proposo quasi sistemàticament en la població major de 65 anys.

En oposición a lo expresado por los profesionales M2 señaló:

Yo lo tomo desde hace ya muchos años (el Lexatin©) y el médico me dijo: ¿esto lo tienes que tomar de por vida! Pero no me gusta como medicamento y se lo dije al doctor de cabecera y me dijo: es que si lo dejas no podrás estar, estarás nerviosísima, pero yo sin de decir nada a nadie, a veces lo dejo una temporada y estoy bien. Me lo tomo porque sé que lo necesito, estoy mejor, duermo mejor, pero que si tuviera que escoger pastillas, paso, ¡eh!

Las posiciones de certeza en las cuales se encuentran los médicos hacen que no permitan las relaciones horizontales, a pesar de que se tenga la creencia de que son así. No existe un reconocimiento de los saberes de las mujeres y se hace una apropiación, por parte del profesional, de la otra persona, colocándola en una posición de subordinación, todo ello sin que el propio profesional sea realmente consciente de ello.

Narrativa 6

P1: En quant a l'autoritat, nosaltres, com a metges cada vegada estem més a l'alçada d'ells, com un equip, jo penso que no hi ha aquesta distància i tenim un nivell de comunicació amb la gent en totes les consultes, és bastant planer amb la gent, hem anat baixant, pues això, la figura autoritària ha passat ja a la història....

P1: tinc, varies persones que prenen BZP i en aquestes persones el que faig és mantenir, que no m'augmentin el consum, perquè penso: si no augmenten el consum ja faig ja...

A este fenómeno lo hemos llamado *paternalismo light* ya que persiste en el imaginario de los individuos un efecto de eficacia simbólica de la figura del médico que lo coloca en una posición jerárquica, aunque no sea expresamente buscada y de la cual los médicos no son conscientes, que está operando y mediando en la relación médico-paciente. El *paternalismo light* sería pues ese efecto que subyace en la relación médico-paciente actual, en la que el paciente busca el saber profesional sin querer asumir la responsabilidad sobre la toma de decisiones en torno a su enfermedad y, por otro lado, la dificultad del médico para anteponer la autonomía del paciente a sus recomendaciones y consejos. Así pues, se trata de un proceso liminal en el cual el paciente no ha acabado de asumir su responsabilidad y su derecho a decidir sobre su salud, dejando que el profesional le guíe entre las tinieblas y, del mismo modo, el médico mantiene aferrada la mano del paciente, sutilmente, sin ser consciente de ello, con un rol paternal de supervisión y redirección constante, asumiendo al paciente como propio y no tolerando demasiado bien su plena autonomía en contra de su criterio profesional. Ciertamente la intensa jerarquización de antaño en la relación médico-paciente se ha minimizado enormemente, pero a pesar de ello han aparecido nuevas formas de control, como la medicina basada en la evidencia, la dirección por objetivos o los

efectos en el sistema de salud del capitalismo tardío, que mediatizan la relación y perpetúan el paternalismo.

Discusión

Así pues, la aflicción está relacionada con la vida, con el mundo vital y sus procesos cotidianos. Pero como nos dice Byron Good (2003: 215) para la biomedicina «la enfermedad está situada en el cuerpo como un objeto físico o estado fisiológico y, con independencia del estado subjetivo de las mentes individuales de médicos y pacientes, el conocimiento médico consiste de una representación objetiva del cuerpo enfermo» y sigue:

para el paciente, el cuerpo no es simplemente un objeto físico o estado fisiológico sino una parte esencial del yo. El cuerpo es sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo, y el cuerpo en tanto que «objeto físico» no puede ser nítidamente diferenciado de los «estados de conciencia». La conciencia en sí misma es inseparable del cuerpo consciente. (Byron Good 2003: 215)

Por lo tanto, nos encontramos ante dos modelos opuestos, aunque interrelacionados, de aproximación al sufrimiento y el dolor psíquico. La utilización de las BZP como drogas para paliar las aflicciones generadas por nuestra sociedad capitalista, de alto rendimiento, en la que no tiene cabida la negatividad, la tristeza, el llanto o cualquier otra emoción que muestre malestar, se encuentra en total consonancia simbólica, tanto por parte de los médicos que las prescriben, como por parte de los usuarios que las consumen; todos ellos naturalizan y toleran su uso, incorporándolo como necesario para soportar las diferentes situaciones de la vida.

Los espacios de las consultas de Atención Primaria resultan lugares para la cronificación y medicalización del sufrimiento. A pesar que existen profesionales dispuestos a explorar las causas de los dolores psíquicos, los ritmos y la estructura de la práctica clínica, así como, la falta de preparación para su abordaje desde puntos de vista diferentes a la prescripción de fármacos, hacen que no se realicen otros tipos de aproximaciones diferentes a las clásicas biomédicas.

Todo ello nos ofrece nuevas oportunidades en el abordaje de los tratamientos con BZP desde la Atención Primaria, mediante la aplicación de las técnicas cualitativas nos permite llegar a un conocimiento más profundo del problema y conseguir, así, diseñar estrategias de deshabitación que incluyan a las mujeres, a sus saberes y que permita espacios para la reconstrucción del *self* y que conlleve al abandono del fármaco.

Buscar alternativas a la utilización de las BZP para mitigar el sufrimiento debería ser una cuestión relevante para el Servicio de Salud, por el aumento progresivo del consumo, el elevado coste económico para las arcas públicas y los daños y riesgos que se derivan de su uso prolongado. Las claves las tienen las propias usuarias que explicitan la necesidad de tener espacios de ocio común y narrativización de los malestares. Así pues, como nos dice Correa (2015: 39): «La narrativa, los saberes y explicaciones posibles de la persona, así como sus reflexiones en torno a la etiología misma de su sufrimiento constituyen estrategias para modificar su situación».

Bibliografía

- AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. (2014) *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012*. Madrid.
- BEJARANO ROMERO, F. *et al.* (2008) Elevado consumo de benzodicepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Atención Primaria*, 40(12), pp. 617–621.
- CORREA URQUIZA, M. (2015) Mirar desde el otro. En *Salud Mental Colectiva II*, Barcelona: FUOC, pp. 11–49.
- DEPARTAMENT DE SALUT (2016) *Tractament prolongat amb benzodicepines en persones adultes amb trastorns d'ansietat*, Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- FREUD, S. (1981). *El malestar en la cultura*, Madrid: Alianza Editorial (8 ed.).
- GONZÁLEZ- BLANCH, C. *et al.* (2018) Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24, pp.1–11. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113479371730060X>
- GOOD, B. J. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Barcelona: Edicions Bellaterra.
- HAN, B. (2014) *Psicopolítica*, Barcelona: Heder Editorial.
- HAN, B. (2015) *La societat del cansament*, Barcelona: Herder Editorial.
- INFOCOP (2009) *El consumo abusivo de psicofármacos en España*, accessed on January 11, 2017, http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2194
- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA (2016) <http://www.idescat.cat>
- MARTÍ, O. (1996) “Pensar la dependencia y no la droga”, en ARANA, X. y R. DEL OLMO (comp.) *Normas y culturas en la construcción de la “Cuestión Droga”*, Barcelona: Editorial Hacer, pp. 15–52.
- MARTÍNEZ, A. (2017) “«El secreto está en mi interior». La neuropolítica y la emergencia de las Neuronarrativas en el consumo de antidepresivos”, en PERDIGUERO, E. y J.M. COMELLES, *Educación, promoción de la salud y comunicación. Perspectivas desde la historia y las ciencias sociales*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 305-320.
- MONTES GÓMEZ E, ET AL. (2004) “Uso adecuado de Benzodicepinas en insomnio y ansiedad”, *BOLCAN, Boletín Canario de Uso Racional Del Medicamento del SCS*, 6(1), pp. 1–8.
- MORENO E., MORIANA J.A. (2012) El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*. 35, pp. 315-328 <file:///C:/Users/Lourdes/Downloads/1486-1484-1-PB.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005) *Neurociencia del consumo y dependència de sustancias psicoactives*, Washington DC: OPS. http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2013) *Encuesta sobre alcohol y drogas en España*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

QUERAL CASANOVA, R. (2007) *Aigua a genolls. Les dones del Delta*, Barcelona: Editorial Escua.

REGIDOR, E. (2001) “La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología”, *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. [cited 2013 Jan 21];13–22. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272001000100003&script=sci_arttext&tlng=e

ROMANÍ, O. (1999) *Las drogas: sueños y razones*, Barcelona: Editorial Ariel.

SLAPAK S, GRIGORAVICIUS M. (2006) La Construcción De Un Problema Social. *Anuario de Investigaciones*, XIV, pp. 239–249.

VIDAL, F (2009) “Brainhood, anthropological figure of modernity”, *History of the Human Sciences*, 22(1), pp. 5-36.

© Copyright Lourdes Franco López y M^a José Sáenz Rodríguez, 2018

© Copyright *Quaderns-e de l'ICA*, 2018

Fitxa bibliogràfica:

FRANCO LÓPEZ, Lourdes y SÁENZ RODRÍGUEZ, María José (2018), “Benzodiazepinas y el dolor de vivir”, *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 23 (1), Barcelona: ICA, pp. 35-48. [ISSN 169-8298].

