

Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar

N. ROMO AVILÉS^a Y E. GIL GARCÍA^b

^aAntropología Social. Universidad de Granada. Instituto de Estudios de la Mujer. Departamento de Antropología y Trabajo Social. Granada. España.

^bUniversidad de Jaén. Seminario Mujer Ciencia y Sociedad. Departamento de Ciencias de la Salud. Jaén. España.

RESUMEN. *Objetivo.* Conocer el discurso de las mujeres consumidoras de psicofármacos y comprender las dinámicas de género que favorecen el consumo.

Material y método. Metodología cualitativa mediante grupos de discusión realizados con mujeres consumidoras de psicofármacos en tres Comunidades Autónomas. Estrategia de análisis en dos procesos diferenciados: análisis de contenido con categorías consensuadas y análisis del discurso desde la perspectiva de género.

Resultados. Existen tres discursos diferentes con respecto al consumo de psicofármacos y éstos se relacionan con la edad. **En todos ellos la utilización de psicofármacos se realiza cuando perciben «malestar» asociado a falta de modelos, sobrecarga de trabajo y/o sobrecarga emocional, pero también aparece como consecuencia del estrés ocasionado por la toma de decisiones.** El consumo se lleva a cabo mediante dos estrategias diferentes: la prescripción y el autoconsumo.

Conclusiones. Los diversos elementos que forman la construcción de género influyen en la forma de inicio y de continuar el consumo de sustancias psicofármacos, y tiene relación con la permisividad social de la sustancia. El contexto social favorece diferencias de género en la forma de consumir y en las expectativas sociales que los consumidores generan.

Correspondencia:

N. ROMO AVILÉS.
C/ Rector López Argüeta, s/n.
18071 Granada. España.
Correo electrónico: nromo@ugr.es

Recibido: 23-01-2006.

Aceptado para su publicación: 19-07-2006.

PALABRAS CLAVE: género, psicofármacos, prescripción de psicofármacos, Atención Primaria.

Gender and drug consumption: From legality to illegality as a way to face disconform

ABSTRACT. *Objective.* To know the discourses of women's who consume psychotropic for the understanding of the gender constructions that facilitated the consumptions between Spanish women.

Material y methods. This is a qualitative research based on discussion groups with women from three Spanish Regions. The analysis was made using content analysis and consensus categories from a gender perspective.

Results. There are three different discourses in relation to psychotropic use and they are in relation with the women ages. In all of them the utilisation of psychotropic are in relation with what the call «malestar» in relation with suffering with the lack of models when they are young, too much work and emotional pressure. At the same time they feel stress in relation with decisions.

Conclusions. Gender as a social construction is in relation with the way of initiation and to continuing psychotropic drug use and is connected with the social approval in the ways of using these kinds of drugs. Social context is facilitating gender differences in the way of using and in the social expectations generated by users.

KEY WORDS: gender, psychotropics, drug prescription, primary health Care.

Introducción

Es frecuente relacionar las diferencias en el proceso de salud y enfermedad con factores biológicos donde las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas desempeñan un papel importante. Sin embargo, esta perspectiva se está impregnando de nuevas miradas que ayudan a establecer nuevas preguntas e interrogantes, a la vez que abren paso a nuevas metodologías, estamos hablando de la perspectiva de género¹ y de las metodologías feministas². En el ámbito de las «drogodependencias» la mirada dicotómica del sexo también está ampliándose a nuevas visiones más comprensivas hacia los factores sociales que llevan a usar y abusar de manera diferente, entre los sexos, de las distintas drogas. Las nuevas aproximaciones suponen deconstruir parte del conocimiento acumulado, revisar la terminología y proponer nuevos conceptos como «consumo de sustancias», más útil que los tradicionales «adicción» o «consumo de drogas». Dentro de este campo, al igual que en otros relacionados con las investigaciones sobre la salud, existe la necesidad de un marco teórico que desafíe las prácticas tradicionales de investigación que sea sensible a las diferencias y a la desigualdad^{3,4}.

El sexo hace referencia a características biológicas de las personas, el género hace referencia a un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas que sitúa de forma diferente a las mujeres con respecto a los varones⁵. Se entiende el género como una construcción social, histórica y contingente que influye en todas las dimensiones de la vida social, tanto públicas como privadas⁶. Es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos. Es una forma primaria de relaciones significantes de poder donde las mujeres se sitúan en posiciones dependientes y en inferioridad con respecto a los varones⁵. Por tanto, incluir la perspectiva de género en los estudios sobre los usos de drogas supone añadir a los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo la comprensión de la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas drogas. Aquí el género es una perspectiva metodológica, un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender la diferencia y acercarnos a las situaciones de desigualdad.

Los datos epidemiológicos sobre consumo de drogas muestran que las mujeres usan más drogas legales y los varones más drogas de comercio ilegal. En las últimas décadas se observa un aumento progresivo del uso de sustancias «legales» entre las mujeres (tabaco,

alcohol y psicofármacos). El cannabis es la única sustancia de comercio ilegal que aumenta el consumo entre las mujeres en los últimos años, circunstancia que probablemente esté relacionada con la normalización de su uso. Este patrón se observa en las encuestas sobre uso de drogas que se realizan a nivel nacional, tanto en la población adulta como en la escolar. Si atendemos a la última encuesta realizada en los escolares del Estado español con edades comprendidas entre 14 y 18 años⁷ observamos que las chicas se han incorporado al consumo de drogas legales y sobrepasan a los varones en consumo de tranquilizantes y tabaco; los chicos consumen más sustancias de comercio ilegal (tabla 1).

Si hemos de destacar algún tipo de sustancia que diferencie a las mujeres de los varones, en todos los grupos de edad y de la que se pudieran temer consecuencias adversas para su salud, éstas son los psicofármacos, sea por uso prescrito desde el ámbito médico o en forma de autoconsumo. En una investigación llevada a cabo por EDIS, para estimar la prevalencia del consumo de drogas entre la población femenina, se observó que las mujeres con un consumo habitual de tranquilizantes representan en España el 3,5% de la población. Según estos datos tendríamos que unas 590.000 mujeres consumirían estos fármacos de forma habitual. La prevalencia del consumo de tranquilizantes entre las mujeres es casi tres veces superior a la de los varones⁸.

La información disponible sobre la prescripción y consumo de antidepresivos, hipnóticos y sedantes destaca que éstos mantienen una elevada escalada en su consumo a lo largo de las dos últimas décadas. Los datos proporcionados por el Ministerio de Asuntos Sociales⁸ muestran un crecimiento lineal durante la última década. El perfil de consumidora habitual es: mujer de 35 años o más, principalmente casada o viuda, con un

Tabla 1. Uso de drogas en el último mes. Población de 14 a 18 años. Año 2004

	Varones	Mujeres
Alcohol	65,5	65,7
Tabaco (últimos 12 meses)	32,9	41,9
Tranquilizantes	1,8	3,0
Cannabis	28,3	22,0
Cocaína	5,1	2,6
Éxtasis	1,9	1,0
Speed y anfetaminas	2,7	1,0
Alucinógenos	2,3	0,7

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED)⁷.

nivel educativo bajo, pensionista o ama de casa. Pero los datos también muestran un incremento entre las mujeres paradas y las profesionales activas, y éste se produce en todas las clases sociales y en todos los hábitats.

Las fuentes principales de obtención de psicofármacos son el personal sanitario y las amigas o familiares que consumen. En este mismo sentido, y en referencia al uso sin prescripción, el Observatorio Español sobre Drogas ha señalado un aumento en los problemas relacionados con el consumo sin receta de hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos). Estos fármacos pueden usarse una vez han sido prescritos desde el ámbito médico o de forma «ilegal», sin prescripción médica. En 2003 un 3,3% de mujeres de 15-64 años había consumido hipnosedantes sin receta médica⁹.

Cuando nos acercamos al primer escalón de la atención sanitaria, la Atención Primaria, observamos que los principales sujetos de prescripción de psicofármacos son las mujeres. Estudios realizados en Estados Unidos y en distintos países europeos nos muestran una diferencia clara en el uso de ansiolíticos y sedantes entre hombres y mujeres^{10,11}, lo que nos puede estar indicando un sesgo de género en la prescripción de psicofármacos¹². Pero ¿qué dicen las mujeres tratadas con psicofármacos?, ¿qué sienten?, ¿cómo actúan? Éstas son algunas de las preguntas que hemos planteado en la investigación, parte de cuyos resultados presentamos aquí.

Material y métodos

Los resultados que presentamos a continuación son parciales, de una investigación llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, que ha tenido por objetivo estudiar los factores sociales y culturales que influyen en la prescripción y uso de psicofármacos por parte de las mujeres en tres Comunidades Autónomas del Estado español^{13,14}. Se trata de un estudio descriptivo llevado a cabo durante los años 2001-2003. En él recogimos los discursos de médicos que los prescriben en la Atención Primaria y especializada, y de las mujeres que usan psicofármacos. El trabajo de campo se llevó a cabo en tres Comunidades Autónomas. En total hemos realizado 34 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de Atención Primaria y Psiquiatría, y 7 grupos de discusión con mujeres usuarias de estos fármacos.

Todas las participantes en los grupos eran mujeres que consumían o habían consumido psicofármacos por prescripción facultativa. Los grupos eran homogéneos en cuanto a la edad de las participantes. Se consi-

tituyeron: grupos de mujeres jóvenes compuestos por chicas entre los 18 y 25 años; grupos de mujeres de edad media, entre los 26 y 40 años, y grupos de mujeres mayores, aquellas que tenían más de 40 años en el momento de participar en la reunión. El resto de los criterios de diversidad entre las participantes del grupo se derivaban del análisis de la literatura y tenían que ver con la situación en el mercado laboral de las mujeres, el número de hijos o el cuidado de familiares dependientes.

Resultados

Nuestros análisis comparativos entre los datos de las tres Comunidades^{13,14} han mostrado diferencias de género en la forma de prescripción y uso de estos fármacos. A continuación vamos a centrarnos en el discurso de las mujeres andaluzas, preguntándonos ¿cómo perciben esta situación diferencial en el consumo de un tipo de fármaco las mujeres?, ¿qué asocian a su malestar?, y lo que es más importante de cara a la intervención sociosanitaria: ¿qué estrategias utilizan para enfrentar la medicalización de algunas de sus situaciones vitales?

Una parte importante de esta investigación se ha centrado en conocer cómo describen las mujeres consumidoras los signos y síntomas asociados a las principales patologías en las que se prescriben psicofármacos. Tenemos que hablar aquí del «malestar femenino»¹⁵, su correspondencia con la patología orgánica y psicológica y la medicalización de estos malestares. En este sentido, es importante comprender cómo la construcción de género atraviesa los discursos y genera estereotipos en torno a la forma de comunicación específica de las mujeres y con ellas las somatizaciones, los estilos de comunicación en torno a la salud o enfermedad y la facilidad de seguimiento en la prescripción.

Partimos de que el síntoma es expresión de un malestar individual que utiliza formas de un lenguaje social aceptado y adecuado.

En los discursos que hemos recogido el «malestar» se relaciona de manera estrecha con la construcción social del género, y lleva consigo asociados modos distintos de enfrentar el diagnóstico y el tratamiento de estados relacionados con situaciones vitales de las mujeres. En este sentido Teresa Ruiz¹⁶ define el sesgo de género en el tratamiento y diagnóstico clínico como «la diferencia en el tratamiento de varones y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras

para la salud de los mismos». Es un planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre varones y mujeres, en cuanto a su naturaleza, sus comportamientos y sus razonamientos que puede generar una conducta desigual y discriminatoria.

Las mujeres andaluzas objeto del estudio identifican su «malestar» con diferentes motivos y asocian el uso de psicofármacos a los malestares. **Se observa una relación entre el momento del ciclo social vital y el consumo de estos fármacos.**

Las mujeres más jóvenes, miembros de una generación que ha vivido cambios importantes en lo educativo, económico y social respecto de la generación de sus madres y abuelas, han podido acceder a la educación superior y tienen posibilidades en el mercado laboral y de control de sus relaciones afectivas, manifiestan en sus discursos que les faltan modelos de referencia. Los modelos de mujer que aprenden de las generaciones anteriores no son imitables o, al menos, generan contradicciones.

«Echando en falta un modelo ¿no? a lo mejor es una tontería, pero que el modelo que hemos tenido en nuestras madres... pero luego, lo que nos han enseñado que tenemos que ser, otra cosa totalmente diferente a nuestras madres, y ahí a lo mejor es donde pueden surgir problemas». (Andalucía, Grupo de mujeres jóvenes).

La falta de modelos se sitúa en un momento en el que aún no se ha producido una armonización entre la vida laboral y familiar, lo que provoca **situaciones de conflicto, de sobrecarga de roles e indecisión respecto de los posibles caminos que se les abren, pero de manera desorganizada.**

En el grupo de mujeres de edad media se encontraba un mayor número de mujeres casadas o con relaciones de pareja estables con varones. En este grupo no se pone en duda el consumo diferencial de psicofármacos entre los sexos y enuncian diversas causas. Para ellas, los varones expresan conflictos y malestares de forma diferente, se ven menos afectados sentimentalmente y, además, son tomados «más en serio» por el personal médico.

Sin embargo, entre las mujeres mayores aparece un discurso que trata de comprender los motivos de la diferencia en el consumo y consideran que **los varones tienen una «mayor capacidad de queja»**, lo que favorece que no acumulen los conflictos:

«Sí, sí, y son muy quejicas. Los hombres son muy quejicas, eso sí, las mujeres somos más fuertes. Que por eso después nos sale lo que nos sale de tanto aguantar. Yo creo que también la realidad es que las mujeres, lo que ha dicho ella, aguantamos más». (Andalucía, Grupo de mujeres mayores).

Del mismo modo, estas mujeres participantes en los grupos han destacado la **sobrecarga emocional que lleva consigo mantener la esfera privada de la familia y su soporte afectivo y su relación con el «malestar»:**

«... la mujer lleva más el tirón de la casa. El marido por ejemplo, pues está trabajando. Viene, te da el dinero. Se pone allí a ver la tele. Si alguna vez hace algo, pues bueno, hay que agradecerse, no veas ¿no? Entonces, quiero decir, que el tirón de la casa lo lleva una y los problemas emocionales también». (Andalucía, Grupo de mujeres mayores).

Pero, ¿qué les produce ansiedad, estrés o depresión?, ¿qué significan estas palabras para los distintos grupos de mujeres?, ¿a qué las asocian?, ¿qué las provoca? En las mujeres jóvenes el discurso de las causas que originan la ansiedad es muy prolijo. Aparecen distintas atribuciones, que no son buscadas en causas externas o atribuidas a la incapacidad entre las propias mujeres. Una de las primeras que vemos es la necesidad de abarcar mucho, hacer muchas cosas, querer hacerlo todo con rapidez y la situación de miedo que se deriva ante la posible incapacidad. Éste es un extracto del discurso de las más jóvenes en el que lo explicaban así:

«Tienes tantas cosas que hacer y ves que es imposible y ya te entra la ansiedad y no... y no puedes hacerlas y, y, y no puedes hacerlo y entonces es la angustia de... puedo pero no llego». (Andalucía, Grupo de mujeres jóvenes).

Un factor importante en la articulación del discurso de las mujeres es una situación de lo que podríamos llamar «conflicto de roles» o de «inseguridad en cuanto a los roles asignados». Esta situación, si bien se puede observar en todos los grupos, es en el de las jóvenes en el que aparece con más claridad. Así se discutía en el grupo de mujeres jóvenes que llevamos a cabo en Granada:

«No sabemos si tenemos que ser amas de casa o... trabajadoras o no sé qué y ese... ese deseo de serlo todo desde perfeccionarse de... ese afán de perfeccionismo que muchas veces tenemos ¿no? y que no nos sale, nos va (...) también ¿no? y no sabes dónde situarte porque antes también la madre tenía muy claro que era criar a sus niños y... (...) y... y la casa y tal, y ahora pues... no saben, no saben...». (Andalucía, Grupo de mujeres jóvenes).

En general, son mujeres jóvenes trabajadoras que son independientes o quieren serlo. Esto las lleva a querer anticiparse a las situaciones que puedan ser problemáticas en su resolución. Además, no deben exteriorizarlas. En definitiva, son «hijas de su tiempo», en el sentido de que viven en sociedades com-

plejas, dinámicas y cambiantes que exigen flexibilidad y anticipación a los conflictos, pero que están socializadas en roles de género, donde **la identidad femenina se fundamenta en la interiorización de los conflictos. Ellas sienten la experiencia del rol polifacético**¹⁷. Son mujeres que han sido socializadas en un mundo contradictorio, en un mundo donde el conjunto de normas comunitarias son fundamentalmente masculinas, lo que las obliga a verse a sí mismas a través de los ojos de los varones. Esto tiene consecuencias, ya que perjudica su autoestima y las obliga a «sentirse menos que».

En el grupo de mujeres de edad media se argumenta que las causas del estrés hay que buscarlas en las responsabilidades y exigencias que les llegan de todos los ámbitos (familiares, sociales y laborales) junto a la soledad que perciben para poder afrontarlas. Esa sobrecarga de responsabilidades se asocia en sus discursos a «enfermedad»:

«A parte lo que te exige el mundo exterior, te exigen tus hijos, te exige tu familia, te exigen en el trabajo, te exigen que estés guapa, te exigen todo. Entonces llega un punto en que, si encima, eres *pelín* perfeccionista como aquí, servidora (risas), pues ya terrible, terrible». (Andalucía, Grupo de mujeres de edad media).

Si en el grupo de las jóvenes es importante en el discurso la construcción del cuerpo, en las mujeres de edad media encontramos una **mayor referencia a situaciones concretas de discriminación como la doble jornada y la falta de espacio y tiempo propio**:

«Yo hace mucho tiempo que no tengo un espacio para mí. No digo físico, que yo no pienso en mí, que siempre tengo que limpiar, que trabajar en la calle, que comprar, que cuidar a los niños, que cuidar a mi madre, que hacer no sé qué. Y yo digo, bueno la etapa... O la parte de madre súper completa, la parte de trabajadora maravillosa, y ¿la parte de mujer?». (Andalucía, Grupo de mujeres de edad media).

Entre las mujeres que han participado en estos grupos de discusión se expresa con mucha claridad la falta de un lugar propio donde expresarse. Son mujeres que experimentan la vida no como un mundo regido por sus intereses, sino como un lugar en el que equilibrar los diversos intereses de los distintos actores, y por ello, tratan de encontrar un espacio propio. Cuando a veces ellas deciden dedicarse un tiempo para sí aparecen los sentimientos de culpa, y de sentirse mal. Es un momento de contradicción en cuanto a la valoración social latente o manifiesta que reciben. Así lo explicaban en las discusiones que mantuvieron entre ellas:

«Yo me como mucho la cabeza y me siento muchas veces, culpable, simplemente con ir a la peluquería un... un par de horas, digo: “¡Uf! que voy a tener que dejar a los niños, ahora *para* arriba, *para* abajo”». (Andalucía, Grupo de mujeres de edad media).

Los sentimientos de culpa están ocasionados por la interiorización de la dominación, por el ejercicio de la violencia simbólica. Bourdieu nos dice a propósito: «el fundamento de la violencia simbólica no reside en las conciencias engañadas, sino en unas inclinaciones moldeadas por las estructuras de dominación que las producen»¹⁸.

En el grupo de discusión de **mujeres mayores las causas del «malestar», que ellas denominan en muchos casos depresión, hay que buscarlas en otros motivos. Aparecen en sus discursos las separaciones matrimoniales o la situación de duelo como aspectos relacionados con su malestar**. A los problemas conyugales se une lo que en el discurso médico se asocia a la «menopausia» y, en términos sociales, al abandono del hogar por parte de los hijos e hijas, el «nido vacío». En ocasiones, la situación de malestar puede estar asociada a situaciones conflictivas con ellos. Son situaciones complejas que se unen a la falta de expectativas laborales y a un desconocimiento para enfrentar cuidados personales:

«Yo creo que la sociedad también tiene parte del problema de lo que nos pasa. Porque eres mayor para que te contraten para trabajar. Y ahora, si hechas mano a arreglar una paga, pues resulta de que eres un poco joven y entonces no tienes enfermedades y tienes que, o sea, tienes que trabajar. Y ahí no te asiste nadie en ese problema... Yo siempre a cuidar de todo el mundo, de los hijos, del marido, de la madre, del padre. Pero ahora resulta que yo no sé cuidarme a mí. A mí no me han enseñando a cuidarme a mí. No me han enseñando a respetarme a mí, no me han enseñado a tener autoestima». (Andalucía, grupo de mujeres mayores).

En estos casos aparecen los síndromes que Silvia Turbert denomina el **«síndrome del desamparo»** y el de la impotencia o incapacidad. Estos síndromes se manifiestan por falta de fuerzas, por un sentimiento de inferioridad, que les lleva a las mujeres que lo padecen a una percepción desvalorizada de sí mismas. Pero también en los discursos de estas mujeres se manifiesta el síndrome de **privación sensorial**, que conlleva el aislamiento con lo que ocurre en el mundo exterior, la rutina y la falta de estímulos externos¹⁹.

Como parte de los discursos recogidos nos ha interesado conocer el recorrido por el sistema médico que

las mujeres participantes de los grupos utilizan para conseguir una medicación para la que necesitan receta médica. Uno de nuestros interrogantes es **la relación que existe entre las estrategias de uso, autoconsumo y las características sociales de las entrevistadas**. En el grupo de las mujeres jóvenes el consumo de psicofármacos se realiza mediante dos estrategias diferentes:

1. Autoconsumo. Es la estrategia de elección cuando sienten un malestar debido a situaciones concretas que no les afectan en su vida cotidiana.

«...pero antes si no es una cosa que no, no te impide llevar tu vida cotidiana o... puedes recurrir a alguna cosa de la automedicación o tal, o una amiga que te dice “esto o lo otro”». (Andalucía, grupo de mujeres jóvenes).

2. Prescripción del sistema médico. Recurren al sistema médico cuando consideran que el problema les afecta de forma grave en la vida cotidiana y sienten que no pueden resolverlo solas.

«Yo creo que uno va al médico cuando ya eh... eh... percibe que es un problema y le... más o menos le das... o le puedes dar un nombre o bien estás tan agobiada y es algo tan... tienes ese problema tan... que ya sí te decides a ir al médico, pero antes no...». (Andalucía, grupo de mujeres jóvenes).

Otra de las prácticas que aparece en el discurso, asociada al consumo de psicofármacos, es el abandono del consumo o lo que, como hemos visto, en el discurso médico se reconoce como «regulación». Ellas son las que deciden el momento de dejar de consumir o variar las dosis. Generalmente, no se produce una pauta de consumo mantenida en el tiempo según la prescripción, sino que es una práctica a la que llegan en la mayoría de los casos, como hemos visto, después de la automedicación y que el sistema sanitario mantiene. Del mismo modo, son ellas las que deciden el momento de abandonarla. En estos casos **la medicación que les queda en sus casas les sirve para que en otros momentos o circunstancias puedan iniciar el autoconsumo, cuando las pastillas se les terminan recurren a las amistades o familia, y en el caso de no conseguir recurren de nuevo al Sistema Sanitario; en la mayoría de las veces son ellas las que orientan la medicación**:

«No eso es, por ejemplo, al principio de... estás nerviosa, te pasa algo y te... y te dan algo, pero entonces, tú cuando te ves que... que... sigues estando mal y tal, entonces, yo he ido al médico y entonces el médico me lo ha recetado... la primera vez es una cosa localizada y entonces tú una segunda vez tienes el según... los mismos síntomas, te duele igual, con la misma in-

tensidad y entonces si te ha sobrado de la otra vez pues directamente pues te lo tomas.

Que no te ha sobrado, empiezas a preguntar a ver si alguien tiene... y si tiene te lo pasa y te automedicas con eso, claro. Y si... no, pues hace falta receta como fui la otra vez. Ah, pues si no, te vas a tu médico de cabecera o a urgencias directamente y le dices “oye, que quiero esto”, entonces el médico se pone mosqueado ¿no? y entonces ahí... yo cuando fui sí me, sí me puso lo que yo quería, yo quería trankimazin que era lo que había tenido la vez anterior y me iba a dar otra cosa y dije “no, mire usted, es que yo estoy ya con el trankimazin y probé” y me puso trankimazin». (Andalucía, grupo de mujeres jóvenes).

En los discursos de las mujeres de edad media aparecen distintas estrategias que les sirven para afrontar sus malestares y que tienen que ver con el buscar caminos para conformarse, también afrontar el momento frenando y dejando que pase, o simplemente, dejándose llevar. Estas estrategias de afrontamiento en ocasiones no son eficaces y recurren al médico. En estos casos todas comparten la misma sensación, los prescriptores recetan psicofármacos ante un problema relacional, echan en falta una mayor implicación de los profesionales en la comprensión de las situaciones y de las circunstancias que han generado el problema.

«Y vas al médico y le cuentas cuatro o cinco cosas, y lo primero que hace es soltarte un relajante. Eso sí es verdad (risas de las otras). Para cualquier problema te meten un... un lextatín. Exactamente. O un eso... o cualquier relajante, o cualquier relajante muscular. Mire usted: “yo tengo este problema porque tengo mis niños, porque...” ¡Plun! Un relajante...». (Andalucía, grupo de mujeres de edad media).

Dejar los psicofármacos después del tratamiento requiere adoptar de nuevo una estrategia, como ir bajando las dosis para que el cuerpo se acostumbre a la nueva situación. Además, las mujeres sienten que estas sustancias les producen habituación, lo que les lleva a situaciones de consumo mantenido para evitar los efectos secundarios que les provocan:

«El cuerpo crea dependencia... Exactamente, cuanto más tiempo llevas, es más difícil desengancharte. Ahora que te encuentras bien, no te las tomas. Pues como si te tomas una aspirina. No pasa nada. Pero, encima, yo no sé lo que llevará eso, que es muy difícil de quitarlas, sabes, aunque te encuentres bien». (Andalucía, grupo de mujeres de edad media).

Algunas de las mujeres con las que hemos estado perciben una falta de control y, sobre todo, sienten que la prescripción de psicofármacos es recurso uti-

lizado para acallar los síntomas que les provocan los desempeños de roles asociados a su sexo. Se produce así un círculo difícil de romper que se inicia como consecuencia del desempeño de roles no satisfactorios y situaciones sociales que les generan malestar o insatisfacción. En esta situación se produce la entrada al sistema sanitario que las acoge y les receta psicofármacos, como hemos podido ver en el discurso de los profesionales. La utilidad y la eficacia de las sustancias las lleva a continuar el consumo y a iniciar el autoconsumo en algunos casos. El autoconsumo de psicofármacos no es práctica mantenida por todas las participantes. En este caso el discurso aparece fragmentado, algunas participantes reconocen el autoconsumo, otras no lo llevan a efecto nunca.

Las participantes que recurren al autoconsumo las consideran sustancias que las ayudan a afrontar las situaciones que les generan conflictos y no quieren o no pueden abordarlas. Recurren a los psicofármacos para tranquilizarse y/o para olvidarse de la situación y así poder descansar:

«...Me lo tomo sin lugar a dudas cuando yo lo considero oportuno, o me parece bien. No, no... Para, dormir, sí. Me lo suelo tomar cuando estoy así en situaciones un poquito más angustiadas, ¿no? Me lo tomo, medio Trankimazin, es decir, pero no... Y durante el día, pues, cuando realmente me veo que estoy desbordándome o que estoy perdiendo los papeles pues me tomo medio». (Andalucía, grupo de mujeres de edad media).

Conclusiones

Es probable que distintos elementos del contexto que forman la construcción de género influyan en la forma en que las mujeres acceden y consumen sustancias psicoactivas. El contexto social en el que las mujeres usan drogas refleja diferencias de género en la forma de consumir y en las consecuencias que tiene consumir para ellas cuando las comparamos con los varones. La información epidemiológica muestra la incorporación de las mujeres a unos usos u otros de drogas a lo largo del tiempo. Sin embargo, este es un modelo de conocimiento que expresa poco acerca de los motivos y las creencias que llevan a las mujeres a usar unas sustancias y no otras, y a diferenciarse de los varones en las formas de consumo. En este sentido creemos que es un paradigma «invisible» de los malestares que expresan las mujeres.

Al centrarnos en los elementos que favorecen el uso de determinadas sustancias psicoactivas como los psicofármacos, observamos una relación entre los discursos de las mujeres, el momento del ciclo vital social en el que se encuentran y el proceso de socialización de género. 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. Ellas consultan más por trastornos depresivos, ansiedad, y los varones por mayor abuso de sustancias y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, creemos que estas consultas pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes expectativas sociales asociadas al sexo.

Una vez en la consulta las formas de expresión y transmisión de los síntomas son distintos 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 depresión²⁰. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e impulsividad, síntomas estos que los médicos no identifican como signos de un malestar, por lo que tienden a infradiagnosticar e infraprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres.

Creemos que el género es un elemento central para comprender la prescripción diferencial de este tipo de fármacos hacia las mujeres. Como construcción social y cultural permite comprender e interpretar las diferencias en morbilidad psiquiátrica y la influencia del sexo en la relación médico-paciente. Nuestros datos muestran que los discursos de las usuarias ofrecen información relevante, que deberían ser profundizados en investigaciones futuras que avancen en la comprensión de la vivencia del malestar y los procesos de medicalización en las mujeres.

Agradecimientos

Los resultados que se presentan en este artículo son parte de una investigación llevada a cabo en Andalucía en el marco de un estudio financiado por la Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. N/REF RS/MS. Convocatoria I+D+I. Expte.64/01, cuyo título es *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*. El equipo de investigación en las Comunidades Autónomas ha sido en Andalucía: N. Romo Avilés y E. Gil García; País Vasco: M. Poo, I. Márquez y A. Vega; Madrid: C. Meneses.

Bibliografía

1. Artaco L, García MM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz JJ, Ramos JL. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. Barcelona: SESPAS; 2004.
2. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996.
3. Etorre E, Riska E. Psychotropics, sociology and women: Are the 'Halcyon Days' of the 'Malestream' Over? Soc Health II. 1993;15503-24.
4. Etorre E, Wilkinson S, Kitzinger C. Mujer y salud. Una perspectiva feminista. Barcelona: Paidós; 1996.
5. Ortiz Gómez T. Feminismo, Ciencias Naturales y biomédica: Debates, encuentros y desencuentros. La Aljaba. Revistas de Estudios de la Mujer, 1999; 4:11-30.
6. Cobo Bedia R. Género y teoría social. RIS. 2000;25:5-20.
7. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias. 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
8. EDIS. El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
9. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas. 2003. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2004. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf>
10. Kandall SR, The history of drug abuse and women in the United States. En: Wetherington CL, Roman AB, editores. Drug Addiction research and the health of women. U.S. New York: Guilford Press; 1998.
11. Ashton H. Psychotropic-drug prescribing for women. BMJ Psych. 1991;158:30-5.
12. Moreno Luna ME, Clemente Lirola E, Piñero Acin MJ, Martínez Matías MR, Alonso Gómez F. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. Aten Primaria. 2000;26:554-8.
13. Romo Avilés N, Vega A, Meneses C, Gil García E, Markez I, Poo M. Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. Rev Esp Drogodependencias. 2003;28:372-80.
14. Gil García E, Romo Avilés N, Poo M, Meneses C, Markez I, Vega A. Género y psicofármacos. La opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. Aten Primaria. 2004;5:402-8.
15. Burin M. Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En: Burin M, Dio Bleichmar E, editores. Género, psicoanálisis y subjetividad. Buenos Aires: Paidós; 1996. p. 61-79.
16. Ruiz Cantero T. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T, editores. Perspectivas de género en salud. Madrid: Minerva; 2001. p. 163-78.
17. Smith D. Texts, facts and femininity: exploring the relations of ruling. London: Routledge; 1990.
18. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.
19. Tubert S. Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología. Madrid: Siglo XXI; 1991.
20. Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. Med Care. 1989;27:478-90.