



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales  
Programa Uruguay

Maestría en Género y Políticas de Igualdad  
Promoción: 2020-2022

Prescripción diferencial de psicofármacos en hombres y mujeres.  
Estudio de caso de la perspectiva profesional médica sobre los factores que  
determinan la indicación en servicios de salud públicos de un departamento  
del oeste de Uruguay.  
Período 2020- 2022

**Tesis que para obtener el grado de Maestría en Género y Políticas de Igualdad**

**Presenta:**

Natalia Lorena Landechea Salvagno

Directora de Tesis:

Mag. Lena Fontela Kopl

**Montevideo, 29 de agosto de 2024.**



## **Agradecimientos**

La presente investigación fue posible por la disposición de las direcciones de los servicios de salud que brindaron los contactos de los/las profesionales a entrevistar.

A los médicos y médicas que accedieron a las entrevistas con gran compromiso y apertura derribando temores en relación a la exposición de su quehacer profesional.

A Delia Dutra, tutora que me acompañó en el inicio de este arduo proceso, por su ánimo y dedicación, y a Lena Fontela, quien aceptó el desafío de acompañarme en este último tramo, agradecerles por su paciencia y sus devoluciones tan enriquecedoras.

A Mariela Camarano, amiga y médica, que me impulsó en este desafiante rol como investigadora y que me hubiese encantado poder llegar al final con su compañía.

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

ASSE- Administración de Servicios de Salud del Estado

BZD- Benzodiazepinas

CSIC- Comisión Sectorial de Investigación Científica

DDHH- Derechos Humanos

JND- Junta Nacional de Drogas

FDA – Administración de Alimentos y Medicamentos

FLACSO – Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

INDDHH- Instituto Nacional de Derechos Humanos

MG- Medicina General

MFyC- Medicina Familiar y Comunitaria

MSP- Ministerio de Salud Pública

OMS- Organización Mundial de la Salud

ONG- Organización no gubernamental

OPS- Organización Panamericana de la Salud

OUD – Observatorio Uruguayo de Drogas

PNSM- Plan Nacional de Salud Mental

PSIQ- Psiquiatría

RAP- Red de Atención Primaria

SND- Secretaría Nacional de Drogas

SNIS- Sistema Nacional Integrado de Salud

UDELAR- Universidad de la República

## ÍNDICE

RESUMEN	5
PALABRAS CLAVES	6
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES DE POLÍTICA PÚBLICA. INVESTIGACIONES PRELIMINARES.	15
i. Cambio de paradigma en Salud Mental: Ley de Salud Mental N°19.529	16
ii. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027	17
iii. El consumo y la indicación médica.	21
CAPÍTULO TEÓRICO CONCEPTUAL	30
a. 34	
b. 35	
c. 37	
d. 38	
i. Sesgos de género en la atención a la salud	37
ii. Masculinidades	40
CAPÍTULO METODOLÓGICO	45
Categorías y subcategorías de análisis.	54
CAPÍTULO DE ANÁLISIS	56
Tratamiento de los resultados	56
a. Tabla	56
b. Mapa de análisis general	59
c. Categorías	59
i. Consumo diferencial: perfil de consumo e indicación diferencial.	59
ii. La consulta y escucha médica: enfoque biopsicosocial y resolución de la consulta	68
iii. Determinantes de la consulta: Conformación familiar, distribución de roles de cuidados, influencia de cambios culturales, expresión del malestar, violencia doméstica.	72
iv. Alianza terapéutica: el sexo del prescriptor/a y la aceptación de la consulta.	82
v. Consumos asociados: Percepción del riesgo en la mujer y la racionalidad en el uso de psicofármacos.	87
vi. Sistema de Salud: Paradigmas en la atención de salud. Población objetivo: acceso-accesibilidad. Estereotipos de género en la clínica.	92
vii. Alternativas para una solución al problema. Abordaje integral para un uso racional. La interconsulta. Enfoque interdisciplinar.	101
CONCLUSIONES	109

Anexos	115
a. 119	
i. 119	
ii. 120	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

## **RESUMEN**

Esta investigación tiene por objetivo comprender el fenómeno social de la prescripción (o indicación) de psicofármacos desde la perspectiva de profesionales médicos/as. La perspectiva teórico metodológica encuentra sus bases en los estudios de género, más específicamente, el género como categoría analítica transversal y su intersección con otros ejes de desigualdad como la edad, el rol social, que marcan tanto la accesibilidad a los servicios de salud –en términos normativos y de recursos– así como el acceso a los psicofármacos en sus diferentes usos y valoraciones sociales. Se amplía la mirada indagando en la perspectiva médica y la posibilidad de identificación de sesgos presentes en la indicación clínica. Se indaga en los modelos presentes y a través de un análisis multidimensional en la comprensión sobre cómo las diferencias de género posibilitan que mujeres y hombres hagan determinados usos de psicofármacos y condicionan su desempeño y relaciones sociales.

A través de la metodología del estudio de caso, los resultados del estudio permiten visibilizar las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres frente a los usos y abusos de psicofármacos, manifestando las particularidades, necesidades y problemáticas que afectan a los usos femeninos, y develando, entre otras cuestiones, los sesgos de género presentes en las perspectivas médicas. De esta forma, el género como marco de análisis opera como crítica y superación de nociones reduccionistas y estereotipadas, abriendo el campo de visión a factores sociales, culturales, económicos y políticos que condicionan la indicación de psicofármacos a la población.

## **PALABRAS CLAVES**

Género- Tratamiento médico - Medicina clínica- Uruguay

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda el tema de la indicación diferencial en prescripción de psicofármacos hacia hombres y mujeres tomando como base analítica la perspectiva de profesionales de la disciplina médica que actúan en el sistema de salud público de localidades de la región oeste del Uruguay.

La literatura especializada (MSP, 2021), indica que el acceso y la accesibilidad de los servicios de salud mental en el interior del país presentan características que difieren de la atención en la capital. El Colegio Médico Uruguayo (González, S. *et al.* 2018) consignó que Uruguay mantiene una brecha histórica y estructural entre Montevideo y el interior del país en relación a la cantidad de profesionales por persona. Aproximadamente el 60% de la población reside en el interior del país, siendo la cantidad de médicos de esa región un estimado de 5 mil profesionales (24 cada 10 mil habitantes) a diferencia de Montevideo (que alberga el 40% de la población restante) con un total de 10.229 de profesionales en actividad (74 cada 10 mil habitantes).

Los recursos médicos y estudios especializados se encuentran mayoritariamente centralizados en Montevideo limitando el acceso y la accesibilidad a una atención de calidad en el resto de la población. Por tanto realizar estudios en localidades de diferentes departamentos del país arroja otro tipo de datos específicos en relación a las brechas en el acceso y accesibilidad en los servicios, teniendo en cuenta otras variables geográficas, idiosincráticas, etc. Permite visualizar la realidad de “otro país” que muchas veces se encuentra sumergido en datos generalizados que corresponden al contexto capitalino.

Existen múltiples estudios y publicaciones abordando la problemática de los psicofármacos en relación a las consecuencias biológicas de su uso indiscriminado (Castro *et al.* 2021) y el uso diferencial en hombres y mujeres (OUD, 2019). En este sentido, la presente investigación busca comprender los aspectos socio culturales que la organización social basada en el género conforma y que forman parte de la problemática de la prescripción y uso abusivo de los psicofármacos. Por tanto, se centra en el análisis del abordaje médico diferencial hacia hombres y mujeres que determina no solo el desarrollo de su salud mental sino también el acceso de su atención.

Se busca reflexionar sobre el fenómeno de la prescripción de psicofármacos,

analizando su incidencia en el aumento de las tasas de consumo, fenómeno cada vez más recurrente en la población del país, así como sucede en otras partes del mundo. La ubicación del estudio en una localidad, en servicios públicos le brinda al estudio el acercamiento a particularidades locales que han sido escasamente abordadas.

Veamos algunos datos de interés que permiten acercarnos al fenómeno de la prescripción y el consumo de este tipo de medicamentos. En Estados Unidos, a mediados del 2020, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) exige la incorporación de un recuadro de advertencia para todos los medicamentos que como principio activo contengan benzodiazepinas (en adelante BZD). Recomienda que se actualicen las guías para quienes prescriben agregando la información que detalle riesgos de abuso, uso indebido, adicción, dependencia física y síndrome de abstinencia (Castro *et al.*, 2021).

Los riesgos de su uso prolongado implicarían caídas, trastornos cognitivos, uso en población de edad más avanzada, adicción. Su consumo crónico no tiene eficacia comprobada presentando una aparición temprana de tolerancia y dependencia (Danza, Cristiani y Tamosiunas, 2009).

Pérez Hernández (Pérez, 2002, pp.129-130) define a la farmacodependencia como una forma especial de adicción derivada del consumo reiterado de fármacos (cualquier sustancia que opere para prevenir, curar y aliviar el dolor). La caracteriza como un trastorno conductual como resultado de los efectos biológicos de una sustancia en donde la persona presenta pobre dominio sobre el control de su consumo. Los psicofármacos, utilizados para los tratamientos de problemas mentales se muestran más susceptibles de causar farmacodependencia.

En Uruguay, el 78% de las personas que consumen BZD las obtienen mediante prescripción médica. De esa indicación se observa una prescripción mayor hacia mujeres, en una relación de más de 2 a 1 respecto al consumo de los hombres (Observatorio Uruguayo de Drogas, 2019). La invisibilización y la falta de reflexión de los factores que determinan la prescripción diferencial tienen como consecuencia directa la no captación de consumos habituales problemáticos en las mujeres, la falta de derivación oportuna a espacios alternativos y la continuidad de un uso-indicación de forma crónica de fármacos sin cuestionamiento (con las implicancias correspondientes a

la salud que conlleva). Dichas consecuencias no permitirían pensar sistemas alternativos a la sobremedicación perpetuando la contribución a una cultura de medicalización del malestar de la mujer.

Según el informe de investigación del Observatorio Uruguayo de Drogas (en adelante OUD) -Junta Nacional de Drogas (en adelante JND) en su VII Encuesta Nacional en hogares sobre el consumo de drogas (2019) el 28,2% de la población estudiada ha consumido alguna vez en su vida psicofármacos, posicionándose ésta como la tercer droga más consumida en el Uruguay. Siguiendo el desglose publicado: dos de cada diez lo hicieron sin prescripción médica, siendo el 79% con la indicación de esta. En el caso de existir indicación, solo en el 38% de los casos un psiquiatra fue el que hizo la prescripción. El consumo de las mujeres es significativamente mayor que el de los hombres (fundamentalmente en la adultez). El informe de investigación señala esto como característica típica del uso de psicofármacos constatada regularmente en estudios anteriores:

(...) si se discrimina el consumo conjuntamente por edad y sexo se observa que, a medida que la edad aumenta el uso alguna vez en la vida va creciendo lógicamente, pero el dato relevante radica en el aumento de la brecha entre varones y mujeres. En la población entre 56 y 65 años casi el 60% de las mujeres ha utilizado alguna vez en la vida tranquilizantes mientras en los varones no alcanza a la mitad de este porcentaje. La misma relación se da en el consumo actual, donde se destaca que una de cada tres mujeres entre 56 y 65 años ha consumido este tipo de medicamentos en el último año (JND 2019, pp.65).

Este señalamiento en relación a la brecha entre hombres y mujeres también se repite en los otros tipos de fármacos (antidepresivos, opioides, estimulantes e hipnóticos). Se observa una prescripción mayor hacia mujeres, en una relación de más de 2 a 1 respecto al consumo de los hombres.

En este sentido, la investigación también tiene como propósito identificar la existencia de sesgos de género en el juicio clínico que determina una prescripción diferencial contribuyendo a la problemática del consumo excesivo de psicofármacos en las mujeres. Específicamente se centra en explorar y analizar los discursos de los/as

profesionales médicos/as frente a la prescripción de la medicación. Se focaliza en el colectivo humano de profesionales de la medicina, ámbito de relación médico/a - persona que se atiende, en donde sus prácticas médicas habilitan la prescripción de psicofármacos y su uso en servicios de salud públicos de localidades de la zona oeste del Uruguay. Siendo el sector público donde fundamentalmente se atienden sectores más vulnerados de la sociedad.

Mayoritariamente las actividades referentes al ámbito de salud mental son en el área asistencial dónde se recepcionan las consultas y derivaciones por parte del personal médico. Los servicios reciben a una población significativamente mayor de mujeres. Las pacientes-usuarias<sup>1</sup> que concurren y son agendadas en las policlínicas de salud mental, desde diferentes motivos de consulta, son usuarias habituales de psicofármacos entre ellas las BZD (Inmujeres-MIDES, 2022).

A nivel académico, en Uruguay se realizan publicaciones referentes a la problemática y a la insistencia en el control y la prescripción por la Unidad de Farmacovigilancia del Departamento de Farmacología y Terapéutica Prof. Dr. Gustavo Tamosiunas de la Universidad de la República.

La rápida acción, el fácil acceso y la falsa percepción de inocuidad por parte de la población y prescriptores/as forman parte de la perpetuación de su consumo en un creciente proceso de medicalización y medicamentación del campus social actual. El consumo de dichas sustancias no es cuestionado o problematizado. Según el Departamento de Farmacología y Terapéutica, Clínica Psiquiátrica, Departamento de Toxicología y Clínica Médica del Uruguay (Artagaveytia *et al.*, 2018) son utilizadas por un tiempo prolongado mayor al recomendado a nivel nacional e internacional por los órganos rectores en la materia.

Uno de los psicofármacos mayormente utilizados son las denominadas BZD de amplia prescripción en la práctica médica. Existen varios estudios observacionales y reportes científicos que atribuyen al consumo de BZD un riesgo de deterioro cognitivo,

---

<sup>1</sup> Ley 18335. PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD- Derechos y Obligaciones.

Artículo 5º.- Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla.

sobre todo en la atención y en la memoria. Algunos de los efectos adversos son las caídas y la aparición de dependencia y tolerancia asociado a un incorrecto uso crónico (por años) con aparición de síndromes de discontinuación, en los casos en los que el tratamiento se interrumpe de forma brusca. Como potenciales riesgos se señalan las intoxicaciones, en las cuales las BZD (mayoritariamente clonazepam, alprazolam y diazepam) se encuentran en el 28,8% del total de las consultas. Hay un predominio de la población adulta femenina siendo la circunstancia de intoxicación intencional en la gran parte de los casos (89,5%) (Domínguez *et al.* 2016).

La prescripción de psicofármacos requiere de un análisis crítico-clínico más allá de las consecuencias físico-biológicas por su uso prolongado, la ausencia de una perspectiva de género en la prescripción determina consecuencias sociales y culturales hacia los hombres y mujeres. De esta forma se contribuye a una conducta de riesgo dado que la indicación supone diferentes implicancias hacia la cotidianidad de hombres y mujeres. Teniendo en cuenta este contexto y las dimensiones implicadas, el problema de investigación que orienta la tesis es comprender, desde un enfoque de género, los factores y elementos presentes en los discursos que influyen en las prácticas médicas de profesionales que prescriben psicofármacos y analizar la prescripción diferencial a mujeres y hombres en los servicios de atención públicos en un departamento del oeste de Uruguay.

Para abordar este problema se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué paradigmas, marcos interpretativos y sistemas de creencias en relación al género influyen en el juicio clínico y se reflejan en los discursos médicos, y de qué manera estos intervienen en la prescripción diferencial de psicofármacos en hombres y mujeres en los servicios de salud públicos en las localidades estudiadas durante el periodo 2020-2022?

Para el estudio se tomaron tres perfiles de profesionales correspondientes a las especialidades de: medicina general (MG), medicina familiar y comunitaria (MFyC), y psiquiatría (PSIQ). En estas policlínicas se generan las consultas correspondientes al diagnóstico, a la indicación, seguimiento y repetición de fármacos.

La presente tesis tiene por objetivo general identificar y analizar, desde un enfoque de género, los discursos médicos respecto a la indicación diferencial de

psicofármacos en hombres y mujeres que consultan en los servicios de salud pública de localidades de un departamento de la región oeste del Uruguay, en el período 2020-2022.

Específicos:

- Analizar desde un enfoque de género los discursos de profesionales de la medicina sobre las prescripciones de psicofármacos a hombres y mujeres en servicios de salud pública del oeste de Uruguay durante el período estudiado.
- Identificar los factores diferenciales presentes en la indicación asociados con los paradigmas, sistemas de creencias y marcos interpretativos utilizados al momento de la prescripción.
- Comprender la construcción que realizan los/las prescriptores, de los perfiles de las/los consumidores de psicofármacos asociada al sistema sexo-género.

Con la presente investigación se tiene el objetivo de visualizar o dar visibilidad de los efectos que se producen en la intersección de dos campos de interés: Salud y Género. Género como determinante de la salud de las personas, un enfoque que transversaliza la práctica médica y dentro de ella la prescripción de psicofármacos. Como categoría analítica permite el análisis de los discursos médicos respecto a la prescripción diferencial hacia hombres y mujeres, poniendo en evidencia normas, representaciones, ideas y comportamientos que se construyen socialmente y se atribuyen a las diferencias biológicas de los sexos

En relación al género como categoría analítica en los estudios sobre usos de drogas Jiménez, M. y Ordaz, R. (2012, pp. 81) sostienen:

“El efecto invisibilizador se potencia también mediante las mismas técnicas empleadas para la investigación en este campo, como se ha observado en el caso de las encuestas sobre drogas –que a menudo constituyen la base del diseño de políticas públicas– al aportar sólo datos sobre cuántas mujeres adoptan una u otra sustancia sin profundizar en las motivaciones y razones que llevan a éstas a usar determinadas drogas y a diferenciarse de los varones (Romo 2003). Los métodos cualitativos se configuran así como una estrategia especialmente valiosa para la investigación feminista y de género (DeVault 1996) al contribuir en la

comprensión contextualizada de los usos de drogas de mujeres –y también de los hombres– y de los sentidos prácticos que éstos adquieren dentro del contexto de sus vidas cotidianas.”

Este trabajo de tesis permite dar visibilidad a aquellas variables que determinan la conducta del/la prescriptor/a y los estereotipos inmersos en la mirada clínica dando un contexto más enriquecido para el estudio de los fenómenos de consumo contemplando las consecuencias sociales (estigmatizantes) y no tan solo las consecuencias físicas por el consumo excesivo (y sin el control adecuado) de psicofármacos.

El género como concepto ordenador de la organización social tiene implicaciones en los procesos de salud y enfermedad. Afecta la vida de las personas, condiciona desde nuestra conducta hasta los sentimientos y los pensamientos. Los estereotipos de género (creencias socialmente compartidas respecto a las cualidades asignadas a cada sexo) causan sesgos y distorsiones perceptivas. De esta forma se presentan como estructuras de conocimiento o esquemas que automáticamente interpretan y guían nuestras percepciones, inferencias, recuerdos y asocian conductas de ser hombre y ser mujer. (Matud Aznar et al. 2002). El personal médico no es ajeno a esta construcción. A su vez, son agentes de un sistema de salud del cual no escapa a determinado orden social. En la salud, como cualquier otro ámbito de la vida social, se encuentran predeterminadas las diferencias de género definiendo políticas públicas de determinada magnitud y dirección afectando a la población de diferente forma.

La presente investigación centra su interés en conocer en qué medida los sesgos presentes en el personal médico afectan la prescripción, convirtiéndose en una variable más a visualizar al momento del diagnóstico y la valoración farmacológica. Los preconceptos y los efectos (sobre prescripción, omisión, etc.) de una intervención sesgada producen determinado perfil de consumo y uso de psicofármacos. De esta forma el género como categoría analítica permite analizar los discurso médicos y observar y comprender las diferencias en la mirada clínica hacia los padecimientos de quien consulta en un servicio de salud, mirada que, desde la asociación sexo-género, dependerá de si se es un hombre o una mujer (tanto en el/la prescriptor/a como en el/la usuario/a).

Los hallazgos respecto a los factores determinantes bregan por ser un aporte hacia un abordaje más integral de los padecimientos mentales, libres de estereotipos de género, que no limite el acceso y la accesibilidad a los servicios y que no determine o afecte de forma diferencial y negativa la salud de hombres y mujeres, contemplando los riesgos físicos así como las consecuencias sociales. La inclusión de la perspectiva de género en la mirada clínica apunta a poder visualizar lo iatrogénico de una intervención médica ciega al género que contribuye y perpetúa un sistema de desigualdad.

En el capítulo de Antecedentes se abordan las líneas de comprensión respecto a los organismos internacionales y nacionales rectores en la salud, específicamente en las políticas públicas de salud mental y el control de psicofármacos.

En el capítulo Teórico Conceptual se desarrollan las conceptualizaciones claves de la presente investigación que forman parte de la construcción de categorías del análisis de los discursos del conjunto de profesionales entrevistados.

Posteriormente se desarrolla en el capítulo metodológico la caracterización de la presente investigación, de tipo cualitativa en dónde se explicita el diseño, Estudio de caso, y las técnicas de recolección de la información utilizada a partir de las entrevistas semi estructuradas.

Finalmente en el capítulo de análisis se desarrolla el tratamiento de los resultados. Para ello se construyó una tabla que organiza la información universal respecto al conjunto de los/las entrevistados/as y un mapa análisis general con la construcción de las categorías y subcategorías utilizadas.

En el último apartado se exponen las principales conclusiones de la presente investigación.

## **ANTECEDENTES DE POLÍTICA PÚBLICA. INVESTIGACIONES PRELIMINARES.**

En el presente capítulo se desarrollan las principales líneas de comprensión que dialogan con la presente investigación sobre el consumo diferencial de psicofármacos. Se explicita la promoción de usos racionales de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, y los lineamientos de la JND como organismo rector a nivel nacional en políticas de consumo de sustancias. Se presentan resultados obtenidos por el Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP) en relación a la consultas en servicios de salud mental. Se exponen lineamientos y paradigmas del actual Plan Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM) en donde se explicitan los obstáculos presentes en la mejora de la calidad en atención. También se presentan antecedentes de investigación a nivel internacional y nacional sobre los objetivos de la presente tesis que permiten observar el interjuego entre el aumento del consumo y la prescripción médica diferencial hacia hombres y mujeres con los riesgos y la baja vigilancia al respecto.

La OMS promueve una política del uso racional del medicamento y otras tecnologías sanitarias. En la conferencia celebrada en Nairobi en 1985 se define el uso racional de los fármacos como aquel en el cual “los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un período adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad” (OMS, 1985).

La Junta Nacional de Drogas - Secretaría Nacional de Drogas (en adelante JND-SND) promueve la creación del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) con la finalidad de recopilar y analizar en forma interdisciplinaria la información relacionada con las drogas, aplicando los resultados en la formulación de nuevas estrategias afines a los objetivos descritos en el Plan Nacional de Drogas. El plan tiene como objetivos principales el análisis de los escenarios de riesgo existentes contribuyendo a orientar a programas de reducción de la demanda y/o el daño por el uso problemático de drogas; y describir y comparar el fenómeno a nivel regional, nacional y departamental e internacional construyendo indicadores uniformes para su descripción y monitoreo.

Los sistemas de alerta temprana planteados desde el OUD tienen como objetivos: la detección de drogas emergentes, patrones de consumo de sustancias y el monitoreo de la composición química de las sustancias que circulan en el mercado. Dicho sistema se construye a partir de una red de personas actuantes que conectadas intercambian información de las diversas fuentes que provienen de distintas áreas: salud, justicia, policía, servicios forenses, universidad, centros de tratamiento, etc. Es función del OUD la gestión, recopilación, organización y difusión de la información entre agentes claves. Logrando de forma rápida contar con una alerta ante los nuevos escenarios de consumo, propiciando el diseño oportuno de acciones tendientes a un control de riesgos y daños de las consecuencias que puedan tener en la salud de la población, lo que es de exclusiva importancia para la ejecución de acciones de las instituciones del ámbito sanitario (VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2019, p.141).

Desde este desarrollo aparecen documentos y programas a nivel nacional que plantean el interés en cuanto a lograr una sistematización que incluya a los equipos médicos y disciplinas implicadas en las problemáticas de consumo de sustancias, entre ellas los psicofármacos.

#### **i. Cambio de paradigma en Salud Mental: Ley de Salud Mental N°19.529**

El Instituto Nacional de Derechos Humanos (en adelante INDDHH) crea el 13 de noviembre de 2014 el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental. Se encuentra integrado por la Dirección de Salud Mental (MSP), División de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Universidad de la República (UDELAR), Federación de Funcionarios de Salud Pública, Organización No Gubernamental (ONG) Asamblea Instituyente (por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna), Colegio de Abogados, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Comisión Honoraria de Patronato del Psicópata, Inspección General para la Asistencia de Psicópatas, Secretaría de Derechos Humanos de Presidencia de la República, Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social y representantes del Consejo Directivo y Equipo Técnico de la INDDHH.

El grupo marcó como prioridad en la línea de su trabajo el cambio de la legislación de salud mental que se encontraba vigente desde 1936. La ley no ofrecía las garantías necesarias a las personas afectadas por los diversos problemas de salud mental (desde una perspectiva de salud integral y derechos humanos) ni se ajustaba a las estrategias integrales dirigidas a la promoción de la salud mental y la prevención del sufrimiento psíquico en sus diversos grados. Por el contrario mantenía un eje estrictamente sanitario y desde la óptica de la patología.

La ley aprobada el 9 de agosto de 2017- proyecto de ley de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos (en adelante DDHH) en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (en adelante SNIS) establece un nuevo contexto normativo generando un proceso de transformación de la atención de la salud mental de la población. Las disposiciones presentes en el proyecto se encuentran orientadas por los principios rectores del sistema de salud. Toma como eje central en su formulación a las personas con problemas de salud mental y sus familias y plantea procesos asistenciales que respondan a sus necesidades y con respeto a sus DDHH. Este enfoque intenta mantener la coherencia interna necesaria para la coordinación con las políticas de promoción de la salud integral ajustándose a normas constitucionales y a tratados internacionales protectores de derechos humanos de los que Uruguay es parte.

Este cambio de paradigma, introduciendo lógicas sociales e integrales en la salud, comienza a permear la lógica biologicista imperante en el sistema asistencial. Focaliza en los derechos de la población, en los lineamientos de las políticas de salud otorgándole voz e injerencia a la población, apuntando al cambio de la nominación de “paciente” (lo cual mantenía connotaciones pasivas y receptoras desde la autoridad médica) hacia la noción de “Usuario/a” del sistema de salud.

En los documentos no se observa una mención a la categoría género, no obstante se comprende que corresponde a un movimiento interinstitucional el cual tiene un objetivo general y principal que es el avance en materia de derechos de la población usuaria de servicios y atención en salud mental.

## **ii. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027**

El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) es la herramienta diseñada para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Salud Mental (2017) ejecutando políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho a la salud desde un enfoque integral. De esta forma, las prescripciones deben ser adaptadas por los prestadores de salud públicos y privados. Sostiene una concepción de la salud mental como parte de la salud en general, un bien público, socialmente entramado en un modo de vida sostenido y garantizado por el Estado, teniendo como ejes rectores la justicia y la inclusión social (MSP, 2017).

En relación a la situación actual de la salud mental el PNSM destaca lo informado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que afirma:

En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los problemas de salud mental prevalentes, y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se estima que en 2015 la prevalencia de trastornos depresivos en la Región de las Américas fue entre 4% en hombres y casi 6% en mujeres. El segundo subgrupo en importancia abarca los trastornos de ansiedad y depresión con 2,1% y 4,9% del total de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) y de APD (años perdidos por discapacidad), respectivamente. La prevalencia estimada en la región de los trastornos de ansiedad en 2015 fue de 3,8% para el sexo masculino y 7,7% para el femenino. La autoagresión y los trastornos por dolor suponen, respectivamente, 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD (MSP, 2017, p.16).

En relación a estos últimos datos la población femenina parece ser la más afectada en la esfera de la salud mental, encontrando una mayor prevalencia, en casi el doble, que en el caso de los hombres.

Asimismo en el documento del MSP se desagregan las consultas sobre salud mental recibidas y en concordancia con lo anterior, las mujeres son las que más consultan. A nivel nacional según el registro de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2018), que asiste al 39% de la población del país (1.350.976 usuarios), en el año 2018 se registraron 39.727 consultas por salud mental en todo el país correspondientes a 8.273 usuarios y usuarias. Los trastornos del humor (32%),

trastornos de ansiedad y otros (14%), esquizofrenia (12%), discapacidad intelectual (10%) y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas (5%) fueron las causas más frecuentes. El mayor porcentaje de consultas se registró en el sexo femenino (60%) (MSP, 2017, p.19).

La asociación de la prevalencia de los problemas de salud mental queda circunscripta a la cantidad de consultas o la frecuencia de la misma, no contemplando el interjuego de los estereotipos y roles de género así como la construcción de las masculinidades que determinan el acceso y la accesibilidad en los servicios de salud habilitando o limitando el acceso a la consulta.

El PNSM tiene como intención contribuir a la implementación de estrategias focalizadas en un modelo comunitario e intersectorial de atención (desde un enfoque de DDHH), para ello se propone focalizar el trabajo en aquellas áreas denominadas “Nudos Críticos”. Se encuentran desarrollados en diferentes dimensiones: cambio cultural, accesibilidad, equidad, intersectorialidad, eficiencia, oportunidad y continuidad de atención, efectividad, recursos humanos, información. Se mencionan a continuación los que presentan relación directa y concreta con la presente investigación (MSP, 2017, pp.25-29):

- En relación a la dimensión denominada “Cambio Cultural” informan la permanencia de concepciones estigmatizantes afectando los procesos de atención de personas con problemas de salud mental y/o uso problemático de drogas y su inclusión en la comunidad. También observan la persistencia de la medicalización, psicologización, patologización de los problemas psicosociales o de la vida cotidiana.
- En cuanto a la accesibilidad sostienen la persistencia de la concentración de la oferta de la atención en las capitales departamentales y en Montevideo prevaleciendo las barreras de acceso a la atención en salud institucional mediante un modelo tradicional con tiempos de espera prolongados con costos asociados para la población usuaria.
- En relación a la efectividad promueven un desarrollo suficiente de estándares para la planificación alineados con el modelo comunitario que promueve el plan y la ley vigente. También subrayan la falta de una definición de estándares de efectividad clínica. Se señala la escasa formación, difusión y cumplimientos de pautas y

protocolos para el uso racional de psicofármacos con un escaso monitoreo de la calidad de los servicios y de las prestaciones de salud mental.

- Sobre la oportunidad y continuidad de la atención identifican fallas en la eficiencia de los mecanismos administrativos necesarios para el seguimiento en el tiempo de la población usuaria de los servicios, observando brechas en la cobertura de los diferentes dispositivos de atención que dificultan una atención precoz y oportuna con su correspondiente continuidad asistencial. A ello se le suma el escaso desarrollo de actividades de promoción y prevención en salud mental.
- En cuanto al desarrollo de material y registro de datos para el mejoramiento de los servicios y la atención, la información que se encuentra disponible corresponde a un modelo tradicional que no aportaría material suficiente para la planificación y monitoreo de la nueva política promovida por la ley actual. Señalan que son inexistentes las encuestas de base poblacional que permitan dimensionar la salud con sus determinantes sociales. A esto último se suman la escasez de investigaciones en salud mental de las cuales se mencionan casos aislados e inconexos con las políticas públicas y las dificultades para realizar investigación en primer nivel de atención que permita conocer aquellos factores incidentes en la efectividad de la atención. La persistencia en la falta de articulación de los diferentes sistemas de información de los diversos organismos no permite el análisis intersectorial necesario.

Con la exposición de los nudos críticos en el Plan se visibiliza aquellos determinantes que se encuentran afectando la calidad en la atención en salud mental. Desarrolla la necesidad de un cuestionamiento y trabajo sobre aquellos estereotipos que limitan el acceso a los servicios y que obstaculizan la práctica clínica adecuada. Los tiempos de espera prolongados así como la diferencia en el acceso territorial de los servicios afecta significativamente a la población usuaria de psicofármacos, postergando los tiempos de control y seguimiento así como la asistencia oportuna a las afecciones mentales.

Por otro lado, la ausencia de alternativas desde un abordaje psicosocial contribuye al aumento del uso de psicofármacos como medida preventiva o paliativa a las demoras del servicio. Esto último denuncia la falta de control y seguimiento de la efectividad de los dispositivos de atención generando un pobre control de la

prescripción de psicofármacos por parte de las instituciones. Los modelos de registro tradicionales y vigentes los cuales responden a la variable de si la población asiste o no a la consulta arroja un dato que estigmatiza a determinado sector no arrojando variables de análisis que permitan entender y analizar la realidad desde un enfoque multicausal como lo es la salud mental. Los determinantes estructurales sociales y de género quedan invisibilizados en ese tipo de publicaciones.

### **iii. El consumo y la indicación médica**

En la publicación de los “Objetivos Sanitarios 2020 del Ministerio de Salud Pública” (MSP, 2017) se menciona como objetivo estratégico a nivel nacional el favorecer estilos de vida y entornos saludables con la disminución de factores de riesgo incluyendo dentro de sus resultados esperados la prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos por parte de profesionales de la salud y el uso adecuado por parte de la población.

A nivel nacional desde diferentes estudios e investigaciones se visualiza la preocupación en la temática con el fin de mejorar la prescripción de psicofármacos (tranquilizantes, hipnóticos, antidepresivos, estimulantes) de la población en general. Con la creación del Departamento de Farmacología y Terapéutica del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" - Facultad de Medicina - Universidad de la República se establecen diferentes estudios multidimensionales que abarcan distintos aspectos vinculados al uso de BZD en el Uruguay.

Speranza *et al.* (2015) en una investigación de base poblacional llevada a cabo en el periodo de 2010 y 2012 destacan la poca caracterización del consumo de benzodiacepinas en el país. Se realizó un estudio ecológico, descriptivo, longitudinal de medicamentos con el fin de evaluar el consumo de BZD utilizadas por vía oral a través del dato aportado por la dispensación de las farmacias de varias instituciones de salud (10 centros de salud del país, públicos y privados). Los resultados del estudio evidenciaron un consumo similar al de otros países (España y Francia) y mayor al de Estonia, Italia y Dinamarca. De ésta forma se evidencia un elevado consumo de estos psicofármacos señalando la constitución de un problema de salud pública. Reconocen como prácticas irracionales el uso en indicaciones de desconocida eficacia por períodos prolongados (superiores al recomendado), la falta de alternativas terapéuticas, la baja

proporción de pacientes en tratamiento bimodal, así como la escasa monitorización de los tratamientos más allá de la posibilidad de autoconsumo que hay por parte de la población usuaria:

Para completar la interpretación del consumo elevado de benzodiazepinas en nuestro medio sería importante poder correlacionarlo con la prescripción-indicación. No solo para valorar el motivo de la prescripción sino también el motivo de su mantenimiento a lo largo del tiempo. Es frecuente observar su uso por tiempos prolongados, por fuera de los recomendados, constituyendo uno de los primeros problemas de uso irracional de este grupo de psicofármacos. Quizás parte de este consumo elevado se sustente por la perpetuación de tratamientos que no están ya justificados. (Speranza, *et al.* 2015, p. 116)

En la publicación de Plá *et al.* (2017) “Consumo de Benzodiazepinas y otros psicofármacos en territorio nacional” desarrollan varios aspectos en relación a las características de los fármacos y consideraciones-recomendaciones en relación a su utilización. Aprecian un elevado consumo de estas sustancias equiparable al hallado en países denominados del primer mundo. Constó en un estudio cuantitativo para evaluar la utilización de medicamentos (BZD) y se utilizaron los datos de la dispensación de las farmacias de las instituciones que participaron (subsector de asistencia, público o privado). Frente a ello concluyen el deber de profundizar en varios aspectos:

(...) en información de relevancia clínica como la indicación médica con la cual estas sustancias están siendo utilizadas, el consumo por grupo etario y por sexo, las condiciones bajo las cuales los pacientes adquieren estas sustancias, es decir, la presencia de una prescripción médica y en caso de contar con ella qué tipo de especialista la prescribió (Plá *et al.* 2015, p. 51).

En la publicación del Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina en relación a los riesgos asociados al consumo de BZD, Danza, Cristiani y Tamousinas (2009) en sus comentarios y recomendaciones sostienen que se observa un uso innecesario para situaciones de estrés, las cuales son pobremente

diagnosticadas y establecidas. Advierten sobre el costo en relación de la problematidad en la capacidad cognitiva y riesgos físicos, siendo una indicación desfavorable para el individuo y también para la comunidad, así como la problematidad de los tratamientos prolongados sin control ni evidencia científica de su eficacia. Mencionan brevemente la poca percepción de problematidad en las personas usuarias lo que hace que muchas veces no concurren a la consulta para finalizar el tratamiento. Finalmente concluyen:

Se deben modificar nuestros hábitos de prescripción, y ser más cuidadosos a la hora de prescribir estos agentes. Es necesario monitorizar a los pacientes que estén usando BZD para determinar pertinencia y validez de la prescripción, pesquisando sus efectos adversos, estimulando su deshabituación gradual, promoviendo una prescripción basada en la evidencia, con la experiencia acumulada de estos casi 50 años de uso (Danza, Cristiani y Tamousinas, 2009, p.106).

Frente a ello desde el Observatorio de Medicamentos del Departamento de Farmacología y Terapéutica (2016), se advierte la presencia de un consumo de BZD elevado a nivel nacional en relación a otros países siendo dichas sustancias un grupo de medicamentos más prescritos. En un documento de consenso entre el Departamento de Farmacología y Terapéutica, Clínica Psiquiátrica, Departamento de Toxicología y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Hospital Vilardebó y Programa de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (2017) realizan un informe de recomendaciones para el uso de las BZD señalando el probable uso irracional lo cual se acompaña de un incremento de riesgos de los efectos adversos y el desarrollo de dependencia (psicológica y física).

En el informe realizan una serie de recomendaciones dirigidas hacia el personal médico prescriptores recomendando un uso adecuado y racional. No obstante no se establecen líneas de análisis respecto a que, si bien se detecta un consumo irracional por parte de la población, sólo dos de cada diez personas consumen benzodiazepinas por fuera del sistema de prescripción médica, por lo cual hay una sobre-prescripción de fármacos que depende exclusivamente del criterio o juicio clínico de el/la profesional médico/a ya que un 78% recurre a este servicio para la obtención de la sustancia. En

dichas recomendaciones no se observa un desarrollo de un perfil de consumidores ni se encuentra la perspectiva de género transversalizando las mismas.

Lo mismo se aprecia en el informe de periodo 2014 del MSP (MSP, 2017) que en relación al consumo de BZD enfatiza sobre la necesidad de regular la indicación médica con el fin de prevenir efectos adversos a largo plazo por el uso irracional de los mismos. Considerando pertinente obtener la información necesaria respecto al tiempo de uso por parte de los/as pacientes así como información respecto a la indicación médica y la forma de obtención de esta. Tampoco se desarrolla un análisis respecto al consumo diferencial entre hombres y mujeres.

A nivel internacional, se encuentran los aportes de Mendoza, León y Troya (2020, pp.828-829) quienes realizan una investigación con el fin de caracterizar el consumo de psicofármacos en un Policlínico Docente Universitario Martha Abreu de Estévez, Cuba y en su publicación “Consumo de psicofármacos: una problemática de salud actual” alertan y caracterizan el proceso de prescripción:

(...) es un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva acerca del problema de salud que presenta el paciente. No debe ser considerado como un acto reflejo, una receta de cocina, o una respuesta a las presiones comerciales o de los pacientes. La utilización excesiva de medicamentos (a veces por complacencia) contribuye a perpetuar o acentuar las expectativas erróneas del paciente, y en ocasiones del propio prescriptor. Estos pueden llegar a pensar que los problemas de salud se solucionan siempre con medicamento, y que cada síntoma o signo debe conducir a una intervención farmacéutica.

En sus resultados encontraron que los consumos de psicofármacos respondían a factores como la automedicación, la prescripción por complacencia y el no cumplimiento con las normas necesarias para el uso correcto. A nivel epidemiológico se registró un predominio de sexo femenino entre 50 y 64 años en donde las principales causas asociadas fueron el aumento de la presión arterial y el alivio a problemas familiares y laborales.

Frente a este contexto de uso irracional de la medicación y la falta de control de la indicación y seguimiento de la misma se hace necesario poder observar y determinar que hay un perfil de la población que obtiene un mayor consumo, las mujeres, y qué factores determinan esta prescripción.

Investigaciones internacionales comienzan a develar algunos aspectos en relación al consumo diferencial y determinan los factores que explicarían dicho consumo.

Desde las percepciones de las mujeres, se encuentran investigaciones de Romo Avilés *et al.* (2006) en comunidades autónomas españolas las cuales refieren a un consumo diferencial asociando el uso y abuso de psicofármacos a las manifestaciones de las mujeres que perciben como malestares que ellas mismas atribuyen a diferentes causas, que hacen a la incapacidad de cumplir como “desearían” con sus roles de género asignados. A nivel nacional, Olivera (2012) en su artículo “Una mirada sobre los consumos de drogas desde la perspectiva de Género” hace mención a las investigaciones anteriormente mencionadas y en su subtítulo “Tranquilizantes” logra deslizar la problematicidad en cuanto al vínculo que se establece con el personal que prescribe el psicofármaco:

El acceso a los psicofármacos es facilitado muchas de las veces por el mismo personal sanitario, el cuál,-quizá-, por la manera de expresar el malestar muchas de las mujeres suelen estar más abiertas a la comunicación de sus problemas que los hombres (...) (Olivera, 2012, p.31).

Por otro lado Markez *et al.* (2004) en su artículo “Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria” realizan un estudio referente a las investigaciones nacionales e internacionales sobre el uso de psicofármacos y la prescripción y uso por parte de las mujeres. Dichos autores destacan dos tipos de investigaciones; las de carácter clínico-epidemiológico de morbilidad psiquiátrica y otras no tan bastas (excepciones en Estados Unidos y Norte de Europa) que explican motivos y razones para un consumo y prescripción diferencial de psicofármacos siendo las principales afectadas: las mujeres. Observando así que las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de que les prescriban psicofármacos. En cuanto a la percepción por parte

de los usuarios y usuarias sostienen lo planteado por Olivera (2012) y la investigación de Romo Avilés (2006) en cuanto:

(...) 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 (...) Estudios recientes indican prevalencias en trastorno mental parecidas en varones y mujeres, aunque las mujeres consultan más. Las mujeres consultan más por trastornos depresivos y ansiedad, y los varones por mayor abuso de sustancias 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 (...) No se trataría, pues, de mayor presencia de morbilidad sino de una mayor predisposición a consultar, conducta que se ajusta al rol femenino (Markez *et al.*, 2004, p.38).

En relación a la figura de quien prescribe se encuentra como antecedente la investigación de metodología cualitativa entre el año 2002-2003 en España de E. Gil García, N. Romo Avilés, M. Poo Ruizc, C. Meneses Falcónd, I. Markez Alonso, A. Vega Fuente.

En el artículo publicado respecto a los resultados “Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa” presentan los hallazgos referentes a que observan en los/las prescriptores una asociación entre el consumo de psicofármacos y el sexo, la edad, nivel socioeconómico y las expectativas sociales. También mencionan resultados en el análisis de los discursos de nuevos perfiles emergentes y sesgos de género implícitos en las creencias al momento de prescribir. Para la disminución de sesgos de géneros presentes en la indicación recomiendan la formación de la influencia de factores culturales y sociales y generalizados en el proceso de construcción de identidades. (Gil García et al. 2005)

A nivel nacional se observan algunas investigaciones cualitativas al respecto. La sistematización es escasa sobre el consumo de psicofármacos, no obstante las que se han realizado en los últimos años dan cuenta de un alto consumo y lo califican como un

problema de salud pública. El mayor aspecto señalado es la naturalización del consumo de BZD y la necesidad de estudios que apunten a su deconstrucción.

Santiago Navarro Denis (2021) en su publicación “Psicología Clínica y Benzodiacepinas: un controvertido encuentro” desarrolla los resultados de la investigación “Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiacepinas en las prácticas médicas, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud” (CSIC,2012-2014). Si bien su desarrollo se centra en las jurisdicciones entre las diferentes disciplinas en relación a la indicación y control del psicofármaco indicado, en su recorrido por los antecedentes señala que a diferencia de lo que se observa en investigaciones a nivel internacional, en Uruguay las críticas al uso de BZD provienen de la medicina por parte de artículos de médicos/as y usuarios/as. Si bien en el proceso no se detiene en los resultados desde un análisis de género aparecen visualizaciones al respecto del consumo diferencial o de la problemática que implica para las mujeres el aumento del consumo y la preocupación por la deshabitación del fármaco:

(...) Joke Haafkens, estudiando las prácticas de consumo crónico de benzodiacepinas en mujeres holandesas, las ha nombrado como rituales del silencio: no hay espacios para que las personas puedan desplegar sus problemas con las benzodiacepinas (1997). Silencio que colabora con la cronificación de su uso, tramando una red que apunta más a la cronificación de su uso que a su discontinuación. (Navarro Denis, S.2021.pp.103-104)

Cecilia Núñez Zina (2016) en su investigación “El consumo de psicofármacos en mujeres en el Uruguay: hacia una transversalización de género en los planes y programas de salud mental y uso de drogas” analiza la política pública llevada a cabo por la Junta Nacional de Drogas en relación al alto consumo de psicofármacos y la inexistencia de transversalización de la perspectiva de género en ella. Obteniendo como resultados de su análisis la invisibilización de la temática por los actores involucrados así como la necesidad de elaboración de políticas públicas específicas al tema.

Se considera este último antecedente como fuente básica permitiendo un argumento válido para la presente investigación con el fin de identificar y dar mayor visibilidad a los factores determinantes en nuestra población, en relación a las actitudes

y prácticas médicas de prescripción de psicofármacos, sino también para el desarrollo de perfiles de consumo que generen insumos para las intervenciones y la formación adecuada del personal de salud.

La farmacodependencia es una característica asociada al consumo de psicofármacos, principalmente las BZD. La “deshabitación” refiere al tratamiento de retirada del fármaco y se considera de gran interés terapéutico desde la prevención cuaternaria<sup>2</sup> ya que configura una estrategia específica para minimizar daños. La desprescripción se vuelve un desafío terapéutico debido a las actuales condiciones socioculturales de uso: medicalización y medicamentación de la sociedad así como el desarrollo de la tolerancia y la dependencia, propias de las características farmacocinéticas y farmacodinámicas las cuales determinan un perfil de seguridad específico de estas sustancias. Para ello se hacen necesarios instrumentar políticas de salud con programas específicos de deshabitación incluyendo recomendaciones y medidas terapéuticas complementarias enfatizando en la multicausalidad de la problemática (Artagaveytia et al.2018)

En el artículo “La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay” de Bielli et al (2017, p.934) tomando los resultados de la investigación “Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud” (Bielli, 2012) desarrollan y analizan la controversia científico-técnica sobre el uso de las BZD en el Uruguay. Toman el aporte de diferentes autores que cuestionan el lugar de este tipo de psicofármacos en la práctica médica, colocando en el centro de la discusión la dependencia y el abuso generado por el personal médico y la población usuaria en las prácticas de prescripción y consumos a largos plazos llegando a ser visualizados a nivel internacional como problema de salud pública y problema social.

De los resultados de la investigación se obtiene la valoración global sobre las BZD que tiene el personal médico (medicina general, familiar y comunitaria, psiquiatras

---

<sup>2</sup> La prevención cuaternaria refiere a la actividad que contribuye a la seguridad de la población usuaria del sistema en relación a minimizar riesgos y evitar daños innecesarios de la actividad sanitaria. El propósito de este tipo de prevención se encuentra vinculado a un uso adecuado del método clínico (buen interrogatorio y examen físico, aproximaciones analíticas, comportamiento ético, etc.), aplicando un enfoque clínico epidemiológico y social evitando la sobremedicación e intervenciones médicas invasivas. (Barcos *et al.* 2020)

y psicólogos/as) configurando significaciones positivas y negativas que dificultan la existencia de una interpretación consensual sobre los tratamientos entre profesionales, dejando en evidencia la existencia de disensos en torno a su seguridad. Por ejemplo en relación a la prescripción la población entrevistada mostró diferente percepción acerca de la seguridad de los fármacos, instancia que posiblemente se desplaza del medicamento al sujeto o a quien lo prescribe de forma inadecuada. La valoración del medicamento en sí quedaría determinada por la responsabilidad de los sujetos implicados (personal médico- usuarios/as) obteniendo de esta forma valoraciones morales del comportamiento de pacientes del cual se espera el control de sí mismo respecto al uso que se le hace al medicamento. De esta forma usuarios y usuarias son caracterizados por comportamientos inadecuados que desafían la autoridad médica conduciendo a un mal manejo de la indicación, y terminan siendo culpables del no cumplimiento del tratamiento. También, obtienen de las entrevistas, la consideración de que las características actuales del servicio de salud impulsarían el uso de las BZD, explicando la necesidad de iniciar el tratamiento y de sostenerlo en el tiempo (dada la espera que se registra para el acceso a especialista o a alternativas). De esta forma se exponen situaciones en las que peligra el recaudo profesional necesario al momento de prescribir:

(...) supone un desplazamiento de la valoración de la propia sustancia hacia la valoración del uso que se hace de ella y de este uso a la valoración de los comportamientos de los individuos implicados [...] En este sentido, la responsabilidad de un buen o mal uso recae sobre los individuos y son ellos los que deben orientar moralmente sus comportamientos. Así, para los médicos, la decisión de la prescripción de BDZ, su mantenimiento o retiro, se convierte en un dilema moral al que se debe responder de forma individual [...] la responsabilidad se vuelca hacia los propios pacientes cuyos comportamientos al ser valorados también moralmente constituyen la base para una tipificación crítica de los mismos (pacientes adictos, pacientes que poseen conocimientos equivocados sobre los medicamentos, pacientes que no obedecen las indicaciones de los profesionales, entre otras) [...] Libera de responsabilidades al propio medicamento y a sus productores, traduce una controversia de colectivos

académicos en términos individuales y empaña una posible reflexión sobre una política de medicamentos y el rol de otros actores clave como los laboratorios farmacéuticos o los sistemas regulatorios (Bielli et al 2017, pp.950-951).

De la última investigación se obtuvieron los datos correspondientes a los usos, valoraciones y actitudes ante las BZD de las profesiones elegidas. En el estudio logran mencionar hallazgos referentes-emergentes en relación al consumo en las mujeres pero no focalizan en el mismo ya que no formaban parte de sus objetivos.

## CAPÍTULO TEÓRICO CONCEPTUAL

En este capítulo se expone una revisión teórica de los principales conceptos que aborda la investigación y que conforman el marco teórico. Este apartado se estructura en dos puntos. El primero ofrece una mirada general del contexto de medicalización que concierne al consumo y la problematización en la indicación de psicofármacos. Seguidamente, se realiza una discusión conceptual desde la perspectiva de género, haciendo énfasis en los sesgos de género presentes en la atención en salud y la construcción de roles de feminidades y masculinidades que determinan la consulta y la prescripción de psicofármacos dando cuenta del problema de desigualdad de género que implica la indicación diferencial.

Del desarrollo del capítulo de antecedentes se visualizan publicaciones (a nivel nacional e internacional), de grupos de investigación y de programas de organismos rectores en la materia de la salud, en dónde se reflejan las consecuencias de la falta de perspectiva de género transversalizando la problemáticas de la prescripción. También se expone una brecha en la atención y la asistencia (en términos de acceso y accesibilidad) a la consulta como categoría de análisis frente a la sobre medicación. El término de accesibilidad define la relación entre facilidades y obstáculos que la población puede encontrar en el uso de los servicios de salud.

Enrique Saforcada (1999) señala la existencia de cuatro componentes en los sistemas de salud: formal, cuasi formal, informal e intersubjetivo. Este último se encuentra caracterizado por las relaciones entre la población usuaria, trabajadores y actores del sistema. Cuando las relaciones entre los diferentes componentes se ve violentada se genera lo que el autor denomina “barrera sociocultural” en la satisfacción de necesidades y en el ejercicio de los derechos en la atención. Es en este interjuego intersubjetivo donde se definiría la accesibilidad.

En Comes *et. al* (2006) se desarrolla este concepto que en un principio fue definido como un problema de la oferta por lo que se planteaba eliminar aquellos obstáculos (geográficos, económicas, administrativas y culturales) que impedían que la población accediera a los servicios de salud:

"el problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son

constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad" (Comes *et al.* pp.202, 2006).

De esta forma la accesibilidad queda definida como un interjuego entre las condiciones, y representaciones sociales de las personas que concurren a los servicios asistenciales generando determinada modalidad y respuesta específica de la atención. Esta categoría nos invita a considerar las representaciones en relación los estereotipos y roles de género en los procesos de salud y enfermedad y a la relación asistencial que se establece en la consulta médica.

#### **a. Modelos de atención en la Salud**

Saforcada (1999) define modelo de atención como una construcción que organiza las prácticas, el cual puede ser replicado contando con diferentes grados de aceptación social para su ejecución. Puede invalidar o validar otras prácticas coexistiendo en el mismo modelo de atención varias concepciones sobre la persona, sus derechos, la ética profesional la participación de los usuarios y usuarias y sobre los modelos que explicarían los procesos de salud, enfermedad, atención, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y los colectivos humanos. El autor, de acuerdo a un análisis de las prácticas, distingue dos paradigmas imperantes que configuran diferentes modelos de atención.

Un paradigma individual-restrictivo el cual estaría centrado en la enfermedad con un abordaje clínico desde una única disciplina considerando a la persona aislada y descontextualizada. Por otro lado describe un modelo social-expansivo focalizado en un proceso de salud con un abordaje clínico epidemiológico y multidisciplinario de ecosistemas de la salud en comunidad con sus obstáculos y potencialidades.

De esta forma el modelo de atención predominante (con sus representaciones, discursos y prácticas) determina la accesibilidad de los usuarios y usuarias al sistema de

salud. Desde el análisis de la problemáticas de la prescripción diferencial de psicofármacos hacia hombres y mujeres se nos permite identificar el modelo predominante actualmente, el contexto social y la utilización de la medicación como bien de consumo y/o control.

## **b. Medicalización**

En correspondencia al sistema de salud, Paula Rodríguez Zoya (2010) en su artículo “La medicalización como estrategia biopolítica” toma como definición de la biopolítica (parafraseando a Michel Foucault) en relación a las regulaciones de la población referidas a la organización del poder sobre la vida (regulación de nacimientos, decesos, tasas de fecundidad-reproducción, salud e higiene). Un tipo de tecnología de poder que opera con la población como problema biológico y problema de poder y debido a ello regulable:

(...) Foucault analiza la vinculación entre la medicina, el poder, la economía y la sociedad y afirma que la medicina forma parte de un sistema histórico relacionado con un sistema económico y de poder; mientras que la preponderancia concedida a la patología se convierte en una forma de regulación de la sociedad. El concepto de medicalización hace referencia a los procesos por lo que la medicina deja de tener un campo exterior a sí, de modo que todo en la sociedad se torna medicalizable (Rodríguez Zoya, 2010, p.4).

El saber médico forma parte de la cultura y ésta lo moldea con sus diferentes estructuras (políticas, sociales, económicas y culturales) alimentándose del orden mental establecido con sus valores, temores, convenciones, lugares comunes y ansiedades el que penetra en la observación biológica:

(...) Parece obvio el vínculo entre la concepción biológica de la mujer imperante en el Novecientos, un aparato reproductor, y la sociedad patriarcal en crisis por la revuelta femenina que ya negaba aquel único destino. Sin dudas el saber médico expresó así los miedos del género dominante (...) (Barrán, 2012, p.96).

Como se expuso en la introducción del problema de investigación en Uruguay es un problema público el consumo de BZD. La invisibilización y la falta de conciencia de los factores que determinan la prescripción diferencial tienen como consecuencia directa la no captación de consumos habituales problemáticos en las mujeres, la falta de derivación oportuna a espacios alternativos y la continuidad de un uso-indicación de forma crónica de fármacos sin cuestionamiento (con las implicancias correspondientes a la salud que conlleva).

Fernández y Lapetina (2008) en su artículo “La investigación y la promoción de la salud: dos desafíos centrales de las políticas de drogas” refiere a la importancia de establecer la relación entre el consumo y el daño individual y/o colectivo causado. Define como daño a aquella situación de consumo que afecte de forma problemática a alguna área de la vida física o psicológica así como las relaciones sociales. De esta forma se construyen indicadores válidos para establecer la problematicidad del uso de una sustancia. Siguiendo este aporte, y en relación a lo expresado por Rodríguez Zoya (2010) y los datos aportados por el observatorio que indican el aumento la indicación de psicofármacos por parte del poder médico sanitario, sin seguimiento, ni cuestionamiento de su rol social opera como conducta de riesgo hacia las mujeres. Una variable más a tener en cuenta para la medicalización de esta población. Dichas prácticas, despojadas de la categoría de género como analizador social de las consultas (y las indicaciones en las mismas), no hacen más que perpetuar un sistema desigual y de control estigmatizante hacia las mujeres.

Los diferentes avances científicos y tecnológicos de la medicina se constituyen en saberes hegemónicos representados en modelos de atención de la salud que centralizan y rigen el conglomerado de las respuestas sanitarias. De esta forma la medicalización se vuelve funcional a la economía de mercado y la industria de la salud y lo reproduce a través de los diferentes discursos y “recetas” médicas condicionando la existencia de la vida de las personas construyendo “consumidores”. También las industrias químicas-farmacéuticas se vuelven actores importantes en la ecuación del proceso de medicalización de la salud jugando un rol activo en la producción de sustancias y en la construcción de los patrones de legitimación de su consumo (Natella, 2008).

En relación al consumo de psicofármacos por parte de las mujeres la misma parece corresponder a una medicalización del malestar de las mujeres.

Los actores sociales involucrados en estos procesos de medicalización hacen referencia a los profesionales de la salud, médicos y médicas que se encuentran en el núcleo convertidos en agentes cardinales para que el proceso de medicalización prospere y a su vez se convierten en víctima de una sociedad que deposita en la disciplina expectativas de soluciones a preocupaciones que desbordan ese ámbito.

A nivel internacional también se encuentra un consumo excesivo por parte de las mujeres que acompañan lo registrado a nivel nacional. Según los datos mencionados por Burin (1990) en Buenos Aires la proporción de consumo de psicofármacos es de 2 a 1, las mujeres consumen el doble de psicofármacos que los hombres. En la conferencia de la Mag. María Aránzazu Fernández en relación a su investigación “Incorporación de la Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas en España: avances y limitaciones” (2018) la misma menciona que en España el consumo de psicofármacos por parte de las mujeres es el triple en relación con la población de hombres.

### **c. Psicofármacos: indicación y consumo problemático**

Desde hace ya más de medio siglo que el uso de psicofármacos se encuentra ampliamente extendido en las sociedades contemporáneas. En la década de los setenta el consumo (sobre todo de las BZD) se vio significativamente incrementado alcanzando reconocimiento por parte de equipos médicos y a nivel social reconocida como una estrategia terapéutica eficaz y segura.

Según el informe de Investigación de la VII Encuesta Nacional en hogares sobre consumo de drogas (OUD-JND, 2019) conceptualmente el uso problemático es aquel que genera situaciones vinculadas al consumo que afectan la salud de la persona, ya sea en cualquier esfera de su vida cotidiana (biológica, psicológica o social). Este uso problemático puede tener un patrón de consumo frecuente, como ocasional y experimental.

La falta de alternativas terapéuticas adecuadas afecta significativamente a las mujeres ya que son éstas las que son prescritas el doble de BZD que los hombres. La medicalización del malestar de las mujeres, hace oídos sordos a las condiciones de vida-cautiverio, en las que se encuentran sometidas y los psicofármacos se presentan como dispositivos actuando para calmar ese malestar y a su vez preservando el mandato patriarcal del cuidado y sostén de la vida de la familia. Ignorando o negando como las

condiciones de vida de las mujeres en cuanto a sus roles de ama de casa, madre y los trabajos extra domésticos son factores estresantes y causantes de estados depresivos. De esta forma se silencian las diferentes reacciones de las mujeres otorgándole el estatus de enfermedad. “Lo que comenzó con el producto Librium, fue testeado primero en un tigre siberiano de un zoológico, resentido por su cautiverio, que debía ser mantenido en calma, pero consciente y alerta” (Burin, 1990, p.149).

Lo anteriormente desarrollado genera diferentes daños asociados a una indicación que esté carente de análisis. En primera instancia, el actual funcionamiento en relación al abordaje de la mujer en las consultas, promueve la invisibilización de los diferentes consumos debido a la falta de control real al respecto, no se logra determinar la habituación o no de los diferentes fármacos. Se pierde el cuestionamiento en relación a la seguridad y eficacia de los mismos así como tampoco la efectiva necesidad de su indicación y sus efectos adversos.

No se abordan las posibles problemáticas que son raíces del consumo habitual, por ejemplo problemas emocionales, sociales, familiares. Negando entonces los sufrimientos psíquicos y emocionales específicos de las mujeres y emergentes de su condición de tales (Fernández, 2001). De esta forma no se promueve la re-educación respecto al uso de fármacos ni la captación temprana y derivación oportuna para abordar la situación de malestar.

#### **d. Género como punto de vista epistémico**

La perspectiva de género surge como categoría de análisis en 1970 por medio de las academias feministas anglosajonas. Como categoría teórica permite estudiar y comprender las relaciones sociales basadas en desigualdad estructural de las sociedades teniendo en cuenta los roles de género (actitudes y comportamientos asignados a lo femenino y lo masculino modelados a través de la sociedad en su conjunto) sistema político, religión, normas culturales, acceso y el control a recursos y beneficios y la posición de las mujeres respecto de los hombres. (Scott, 1990; Lagarde, 1994).

Bourdieu (2000) amplía y señala que este enfoque permite revisar cómo las identidades femeninas y masculinas se construyen entre otros a través de un proceso de socialización en el cual se iría internalizando determinados comportamientos, actitudes,

valores que la sociedad le ha asignado a cada género, entendiéndolos como naturales y transmitidos a través de la familia, enseñanza, medios de comunicación, etc.; estructurando de esta forma la percepción y la organización concreta y simbólica de la vida en sociedad. A su vez este proceso de socialización se presenta diferenciado para hombres y mujeres partiendo de que esencialmente son diferentes.

La reproducción social, basada en esta valoración diferenciada sustentada en la asimetría de poder entre géneros reproduce un orden sexualmente violento:

(...)No se trata de una socialización diferencial únicamente en términos de tareas, sino también en el orden de las valoraciones, en donde lo que atañe al lugar de lo masculino resulta lo relevante y lo femenino lo secundario (...) La violencia de género, analizada como fenómeno estructural debe ser interpretada como un acto que, si bien impacta en una individualidad, la trasciende, conformándose en un acto social. Se trata así de un fenómeno que tiene su razón de ser en estructuras sociales que marcan desigualdades de poder entre los sujetos en virtud de sus identidades de género y de los parámetros socio culturales a partir de los que tales identidades se han ido edificando. La producción social de la violencia tiene así sus raíces en el marco de un sistema social amplio que construye- y sustenta- las bases del sistema sexo/género. A pesar del paso del tiempo, de las acciones en el campo de lo formal y el reconocimiento de las desigualdades e inequidades entre varones y mujeres este sistema se encarga de perpetuar y afianzar muchas de las dimensiones que hacen parte de la violencia de género. (Rostagnol, S. 2014).

La inclusión de la perspectiva de género en el análisis de la problemática de la prescripción de psicofármacos visibiliza que en el ámbito asistencial se reproducen micro mecanismos que perpetúan las desigualdades entre hombres y mujeres. La falta de integración del enfoque de género en las indicaciones médicas se convierte en un tipo de violencia más dado que genera un daño (físico y social) hacia las mujeres, pero también hacia los hombres en relación a la omisión generada por la falta de accesibilidad sociocultural y simbólica.

## **i. Sesgos de género en la atención a la salud**

Ruiz Cantero en su publicación “Sesgos de género en la atención sanitaria” (2009) cita la definición de sesgo de género que plantea Ruiz y Verbrugge (1997) como la diferencia en el tratamiento o diagnóstico de hombres y mujeres con una misma valoración clínica, lo cual puede acarrear consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de las personas. Esto se observa de dos formas; una es cuando se asumen situaciones y riesgos de salud que son diferentes para mujeres y hombres como iguales; y cuando se entienden como diferentes situaciones similares en salud para ambos sexos. De esta forma el planteo erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres genera una conducta desigual por parte de los equipos médicos en los servicios sanitarios.

La identificación y el análisis de los sesgos de género que determinan o afectan el juicio clínico del/la médica prescriptor se presenta como forma de una valoración más adecuada y objetiva sobre la salud y tratamiento de las mujeres y hombres.

Dada las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la expresión del malestar se produce una prescripción diferencial. Es aquí que se pone en juego “el juicio clínico” del o la prescriptora al momento del diagnóstico poniendo en evidencia carencias o sesgos de género en la formación. Es así que el hecho de que las mujeres sean más medicalizadas que los hombres (situación que se evidencia en la prescripción de psicofármacos) nos lleva a fundamentar que el género es un elemento clave que influye en la relación médico-a/ paciente.

Barrán (2012) apunta a un “pensamiento anónimo y constrictor” pertenecientes a una época y lenguaje determinado en donde las palabras, categorías e imágenes que se utilizan para definir lo observable se encuentran cargadas de significados previos y de ideología.

Esa percepción clínica, que determina la prescripción de un psicofármaco, mediatiza el vínculo médico/a – paciente. Numerosa bibliografía se encuentra a disposición en la formación de la carrera de medicina en relación a la importancia del vínculo en la consulta. La calidad de este se establece como predictor del éxito o no de la consulta y de la adhesión a la indicación médica. Ramón de la Fuente (1959) describe desde una perspectiva histórica la relación médico-paciente:

(...) como una de las más antiguas en las crónicas de la existencia humana. Ante el dolor, la angustia y la muerte, el hombre toma conciencia de su desamparo y pide ayuda a quien se le ha atribuido el poder y la voluntad de dársela: el brujo, el sacerdote o el médico [...] ni la persona que efectúa la cura ni el enfermo que le consulta son ajenos a las circunstancias de la sociedad y la cultura a la que ambos pertenecen [...] ¿Qué es en esencia la relación médico-paciente? Es una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro.[...] Las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos determinan el contenido, el curso y el destino de esta relación, que bien puede denominarse "una alianza terapéutica" en la que ambos unen sus fuerzas para lograr un mismo fin: la salud del enfermo. (De la Fuente, pp.179-182,1959)

De esta forma la alianza terapéutica se presenta fundamental para generar la apertura necesaria para usuario/as, permitiendo un clima de confianza que promueva el abordaje correcto, y también para ir eliminando en cada práctica los prejuicios y creencias que obturan y promueven la invisibilización y la estigmatización de determinado colectivo.

Para ello se hace estrictamente necesario la eliminación del marcado sexismo discriminatorio en los modos de escucharlas y prescribirlas (Burin, 1990). De lo contrario, la medicación permanece silenciando los síntomas en relación a los diferentes malestares de la mujer y en donde el consumo problemático (a consecuencia de una prescripción generalizante, universalista y masculinizada) no se encuentra visualizado y, mucho menos, abordado.

Debido a ello Fernández (2001, p.15) sostiene que:

(...) en la práctica de la salud y la salud mental femenina predominaría entonces la tendencia a la medicalización de los sufrimientos femeninos y al no reconocimiento de las condiciones de vida de la mujer en la generación de procesos de salud – enfermedad. Esto podría estar estimulando el uso abusivo de psicofármacos.

Barrán (2012, p.96) en “La Medicina del Novecientos: Poder y Saber” cita a Pou Orfila (1915) a relación de la “cientificidad” de los discursos médicos:

Es muy común dar el nombre de observación a lo que en realidad es un conjunto complejo, en el cual la observación objetiva [...] puede no entrar sino por un décimo, estando los otros nueve décimos constituidos por inferencias subjetivas [...] No debemos olvidar que el lenguaje, la terminología con la que se describen las observaciones, puede tener influencia sobre la exactitud de la observación misma [...] nuestras opiniones influyen sobre nuestros sentidos más de lo que se piensa.

Desde este desarrollo la categoría de género se convierte en un elemento central para comprender la prescripción diferencial de fármacos hacia las mujeres. Como constructo social y cultural permite comprender e interpretar las diferencias culturales en morbilidad psiquiátrica y la influencia del sexo en la relación médico/a-paciente (Romo Avilés y Gil García, 2006, p. 249).

Natalia Estoyanoff (2016) en su tesis de maestría “Barreras de acceso al tratamiento de drogas a nivel del sector público en Uruguay. La perspectiva profesional y la perspectiva de las usuarias problemáticas de drogas” recomienda la importancia de la transversalización de la perspectiva de género en los planes de salud mental. Si bien su investigación tiene como eje central el consumo de otras drogas menciona que la utilización de los psicofármacos para el control de la abstinencia genera una suerte de legitimación del uso, iniciando consumos problemáticos y afectando diferencialmente a mujeres:

Según la OMS, los médicos y médicas tienden a prescribir psicofármacos en mayor medida a mujeres a igualdad de síntomas que en varones, en sintonía con los estereotipos de género cuya influencia recae sobre una mayor prescripción de “tranquilizantes” a las mujeres (Nuñez C, 2015). En Uruguay se registra una amplia diferencia porcentual entre varones y mujeres en relación a los diagnósticos de enfermedades mentales “comunes” y por ende a un mayor porcentaje de indicaciones de medicamentos, reflejados en los altos consumos de psicofármacos que se dispara a partir de los 45 años en las mujeres uruguayas (Nuñez C, 2015).

Esta realidad plantea cuestionamientos al sector médico-psiquiátrico, ya que no son pocas las responsabilidades que le competen en la configuración de este problema. En este sentido, sería recomendable transversalizar la perspectiva de género en los planes y programas de salud mental y uso de drogas a cargo de ASSE. (Estoyanoff, 2016, p.113)

## **ii. Masculinidades**

Desde el estudio de antecedentes y de artículos académicos al respecto a la presente investigación aparecen los siguientes emergentes relacionados a los roles de géneros que operan como variables a analizar en la prescripción médica: ¿quiénes piden ayuda? ¿Quiénes consultan habitualmente? ¿Cuáles son las responsabilidades por su rol? ¿Cuáles son las respuestas institucionales? ¿Qué papel juega su rol para la salida del malestar?

Como se mencionó en el problema de desigualdad de género a partir de los resultados de la VII Encuesta Nacional sobre Consumo de drogas en población general (Junta Nacional de Drogas, 2019, pp.63-65) se desprende que para todas las drogas excepto psicofármacos el consumo de los hombres es mayor que el de las mujeres tanto en la magnitud como en la intensidad. Las brechas menores se encuentran en el alcohol y en el tabaco y las mayores diferencias en las sustancias como la cocaína y la pasta base. La demanda de atención es mayor en las mujeres. El consumo de tranquilizantes, con y sin prescripción médica, es significativamente mayor en las mujeres con pauta creciente a medida que aumenta el nivel socioeconómico. Siendo una característica típica del uso de medicamentos que se constata sistemáticamente en los distintos estudios de la serie. En el rango de entre 56 y 65 años casi el 60% de las mujeres ha utilizado alguna vez en la vida algún tranquilizante mientras que en los hombres no alcanza a la mitad de este porcentaje. En relación a la utilización de psicofármacos se desprende que teniendo en cuenta que en estas sustancias existe un alto porcentaje de personas que las consumen sin prescripción médica (con el riesgo que esto conlleva), los hombres presentan un mayor porcentaje de consumo registrando un consumo más alto con estas características en Montevideo.

Frente a estos resultados se hace necesaria la reflexión de ¿cómo operan los estereotipos de género al momento de la consulta médica (características y variables) y

de la indicación de psicofármacos? ¿Cómo opera la construcción de las masculinidades en los paradigmas, en los marcos interpretativos de la atención sanitaria?

Si bien el foco de la presente investigación se encuentra localizado en la preocupación por la prescripción diferencial que determina un consumo excesivo en la población de mujeres, se hace necesario pensar la contrapartida que invita a reflexionar sobre la perspectiva de las masculinidades, el costo de mantener el rol hegemónico que determina la experiencia en la atención en salud y en el consumo de psicofármacos. La incidencia de los discursos hegemónicos en torno a la relación entre pares y los grupos de pertenencia en la experiencia individual de ser hombre: el cuidado de sí, el cuerpo, la exposición al riesgo, sus emociones, la relación familiar, la responsabilidad en los cuidados y el potenciar el ejercicio de la violencia.

En relación a ello Silvia María Canul Sánchez (2022) en su tesis de maestría “La construcción de la masculinidad y su relación con el consumo de sustancias Psicoactivas. Diseño para un programa de intervención” realiza la construcción de dimensiones de análisis de las masculinidades emergentes de los resultados de las entrevistas y de la posterior categorización: mandatos de género, privilegio y poder, pacto patriarcal, reconocimiento de sí, relaciones familiares y reconstrucción de las relaciones, manejo de las emociones, autocuidado y relaciones de hombres con otros hombres:

(...) en términos de la construcción de la masculinidad tradicional o hegemónica, Vargas (2009) plantea que los sujetos van incorporando a su identidad valores, actitudes y roles que se suponen típicamente masculinos, entre los que sobresalen la creencia de que son más importantes: la racionalidad de sus decisiones, la insensibilidad emocional, la competitividad, la determinación de la autoridad, o el ejercicio del control, entre las características más visibles. Se trata de una construcción identitaria plagada de temores, desconfianzas y rencores, misma que es muy frágil frente a lo que el hombre percibe como amenazas de su masculinidad en el ámbito cotidiano. (Canul Sánchez, S. 2022, pp. 33-36)

La perspectiva de las masculinidades permite dimensionar y conocer un sistema estructural basado en relaciones de poder, permite la deconstrucción de estas relaciones constituidas dentro del sistema de género. Colocando también a los hombres como sujeto/objeto de problematización de la intervención, como una condición de género específica, y de esta forma como posibles aliados para alcanzar la igualdad de género.

En el artículo “El ser hombre desde el cuidado de sí. Algunas reflexiones” Juan Guillermo Figueroa Perea (2015) invita a dialogar entre diferentes categorías e interpretar los procesos de salud y enfermedad de los grupos de hombres:

(...)¿Será que los sujetos masculinos constituyen efectivamente un riesgo para su propia sobrevivencia, social e individualmente imaginada? ¿Necesitamos resignificar las formas de cuidado que dichos sujetos tienen introyectadas y por consecuencia, replantear los compromisos de cuidado con respecto a otras personas? ¿Qué opciones nos ofrece el derecho a la salud y, en la contraparte, la categoría de “cuidado de sí” (Muñoz, 2006) como recurso de encuentro con sí mismo? ¿Dependerá de las causas de muerte en etapas de vida específica o de los aprendizajes de género para “construirse como hombre”? (Figueroa Perea, 2015, pp.125).

En la misma línea el autor reafirma lo de otras publicaciones (Figueroa y Sánchez, 1999; Figueroa, 2007, 2015) donde reflexiona sobre el significado del derecho a la salud y los niveles de responsabilidad individual, institucional y social necesario para construir las condiciones de posibilidad para el ejercicio de su derecho a la salud. Por más programas y servicios de salud que estén dirigidos a esta población, es necesaria la propia participación de los sujetos en el monitoreo de sus procesos de salud y enfermedad que determina como significativo cualquier proceso de transformación:

Las evidencias sugieren un obstáculo en el nivel de los propios aprendizajes de género, los cuales difícilmente se modificarán simplemente por la existencia de mayores servicios de salud o la invitación a que se lleve a cabo una práctica del autocuidado. Parece necesaria una construcción epistemológica y de representaciones sociales, en términos de que los costos negativos para la salud sean

interpretados como “algo no deseable” por los propios varones, para que se legitime individualmente y como acción social la intención de evitarlos. Esto supone de alguna manera un desplazamiento y un reposicionamiento de género sobre los aprendizajes del ser hombre. (Figueroa Perea, 2015, pp.126).

También es importante señalar que “la oportunidad” de autocuidado que tiene la mujer se presenta como una ceguera al género en tanto perpetúa el acceso desigual entre géneros al sistema de salud y mantiene el sometimiento y control del cuerpo de la mujer. Incorporar las masculinidades permite problematizar el modelo cultural presente desnaturalizando las corporalidades que presentan las políticas públicas poniendo de manifiesto la direccionalidad de las mismas y poner en cuestionamiento el modelo que se impone e inmortaliza.

Al respecto del cuidado de la salud Alejandra Salguero Velázquez, Diana Córdoba Basulto y Salvador Sapién López (2018) en “Masculinidad y paternidad: los riesgos en la salud a partir de los aprendizajes de género” desarrollan una revisión teórica de aquellos aprendizajes y estereotipos de género de hombres en México los cuales no consideran el cuidado de la salud ni el control médico-psicológico como rutinas masculinas ya que ponen en evidencia su vulnerabilidad y con ello las condiciones de riesgo para su salud experimentando diferentes afecciones (ansiedad, depresión, angustia, suicidio):

Dentro del concepto de salud habría que considerar a los hombres como una entidad separada, pues desde el punto de vista sociológico que relaciona el estado de funcionalidad con el rol socialmente asignado, la salud es una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales. Parsons (1881) define la salud como “el estado de capacidad óptimo de un individuo para la realización efectiva de los roles y las tareas para los que ha sido socializado” (p.57). El punto aquí sería el cuestionamiento respecto de los roles sociales y las tareas asignadas para el cumplimiento de los mismos. En el caso de los hombres implicados en su rol de padres, lo más valorado y exigido es la proveeduría, sin importar la forma a través de la cual la cubran ni las consecuencias para

la salud que de ella se generen, como los tiempos mínimos para la convivencia familiar, los malestares y otras afecciones de la salud. (Salguero, et. al 2018, p.38)

De esta forma los aprendizajes de género limitan y excluyen experiencias gratificantes y oportunidades de cuidado. Parece existir un sistema de salud exclusivo para el cuidado de la mujer en donde la accesibilidad del varón cuenta con obstáculos psicosociales no permitiendo su autocuidado y su corresponsabilidad y por otro lado el foco continúa estando en el cuerpo de la mujer, mayoritariamente en el área sexual y reproductiva olvidando tal vez que los hombres cuentan con derechos y responsabilidades en los procesos reproductivos. El descuido en la salud física y emocional que los/las anteriores autores/as señalan al respecto de los hombres, terminan configurando formas de violencia contra sí mismo y quizás este hecho esté ajeno a las políticas de salud ya que, al no tomar en consideración este aspecto, reproducen en sus lógicas y dinámicas institucionales las desigualdades de género. Se asume una concepción estereotipada sobre los hombres y su atención médica y psicológica lo que repercute en la alianza médico-paciente generando sesgos de género en el juicio clínico que determinan un diagnóstico y una indicación.

## CAPÍTULO METODOLÓGICO

En este capítulo se explicitan los procesos que desarrollaron la perspectiva metodológica adoptada, la conformación del universo de la investigación, así como también la técnica de análisis utilizada en diálogo con la elaboración de categorías y subcategorías. Este apartado metodológico de la investigación dio fundamento al diseño de su abordaje a través del estudio de caso y de las técnicas utilizadas: las entrevistas, que consisten en la estrategia para la recolección de la información y su posterior análisis.

La investigación fue realizada con una metodología de corte cualitativo (Hernández Sampieri, 2014) colocando el foco en los sentidos, valoraciones y sistema de creencias de profesionales de la medicina y en particular: medicina general, medicina familiar y comunitaria, y por último la psiquiatría al momento de la prescripción de psicofármacos. Este tipo de diseño generó un encuadre más adecuado para abordar el problema de investigación, en tanto refiere a hechos sociales que implican una dimensión socio cultural sin la cual el análisis se reduciría a cuestiones objetivables como el número de consultas, distancias geográficas, dificultades económicas, entre otros aspectos que se pueden abordar desde este paradigma. La adherencia a este enfoque implica incorporar un paradigma constructivista de la realidad donde las conceptualizaciones se presentan subjetivas y múltiples.

Desde este enfoque cualitativo se utiliza como método el Estudios de Casos en donde el objetivo real es la particularización y no la generalización, tomando un caso particular para su conocimiento profundo y no para ver en qué se diferencia con otros, se genera conocimiento para saber qué es y qué hace destacando la unicidad siendo la finalidad primera la comprensión del caso. Tienen como característica básica el abordaje de forma intensiva una unidad, la cual puede ser una persona, una familia, un grupo, una organización o una institución (Stake, 1999, pp. 20.)

Mediante este método se analiza de manera integral y en profundidad una unidad para responder al planteo del problema, comprobar hipótesis o desarrollar teoría (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008). El estudio de caso tiene como objetivo documentar una experiencia o evento en profundidad y/o entender un fenómeno desde la perspectiva de las personas involucradas. Centrado en la descripción y análisis de las

unidades elegidas apropiado para conocer opiniones, percepciones y discursos y su contexto:

Los estudios de caso de corte cualitativo son diseños en los cuales el investigador explora un sistema especificado (un caso) o múltiples sistemas definidos (casos) a través de la recopilación detallada de datos y en profundidad, utilizando múltiples fuentes de información (por ejemplo, observaciones, entrevistas, material audiovisual y documentos e informes) y reporta una descripción de los casos y las categorías vinculadas al planteamiento que emergieron al analizarlos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008, pp. 18)

Según Stake (1999) el estudio de casos puede ser de tipo *intrínseco* en donde la investigación responde a un caso, preseleccionado, del cual se tiene la curiosidad de abarcar el conocimiento particular. O por otra parte el estudio de casos puede ser de tipo *instrumental* obedeciendo a una necesidad de comprensión general a partir del estudio de un caso particular. Se presenta un estudio que va más allá de la comprensión de la particularidad del caso, en donde algunos casos servirán mejor que otros.

En la presente investigación se utilizó un método de estudio de casos de tipo instrumental. Se selecciona el colectivo de profesionales de medicina, de tres especialidades encargadas de la indicación y prescripción de psicofármacos (medicina general, medicina familiar y comunitaria, y psiquiatría). El colectivo seleccionado trabaja en el ámbito público como privado y se desempeñan en los tres niveles de atención en localidades del oeste del país.

Los 18 departamentos de Uruguay presentan características diferentes a la de la capital (Montevideo) en cuanto al acceso y accesibilidad de la atención en la salud, se identifican menos recursos y la población debe viajar hacia otras localidades o departamentos para acceder a determinados estudios o especialidades. La mayor parte de los recursos y especialidades sobre todo en el ámbito público se encuentran centralizadas en la capital del país (MSP, 2021). La selección de las localidades donde se realizó el estudio respondió a lo señalado por Stake (1999) respecto de conocer qué se hace en un caso seleccionado, en esta investigación, referido a los servicios de atención públicos en un departamento del oeste del país respecto de la prescripción

médica diferencial de psicofármacos en hombres y mujeres, un fenómeno destacado por las investigaciones nacionales e internacionales como hemos visto a lo largo del texto de esta tesis, esto dialoga con el carácter instrumental de la investigación señalado por Stake (1999) como un modo comprender las dinámicas generales a partir de un caso que sucede en un contexto en particular.

Uno de los aspectos que han influido en la selección del caso se relaciona con las características propias de la localidad, su historia y su contexto y que inciden en las conformaciones de los imaginarios relacionado con lo que la tesis busca indagar. Este departamento ubicado en el oeste del país posee rasgos propios que lo distinguen. Si bien no se ahondará para evitar la identificación del departamento, fueron determinantes al momento de realizar la selección. La población tiene características propias, se nutre fundamentalmente por migrantes de origen europeo, lo que ha potenciado en el imaginario social la existencia de diferencias con el resto de la población por el origen de su migración lo que la hace poseedora de mayor nivel cultural. Si bien estas afirmaciones contienen rasgos de exaltación a lo que proviene de Europa asociándolo con avance o desarrollo, se destaca que este y otro departamento de Uruguay, tienen la particularidad de poseer la menor tasa de analfabetismo de todo el país. En lo referente a los indicadores de mercado laboral, las tasas de empleo y desempleo son similares al resto del país, y es el tercer departamento que más contribuye al PIB nacional (OPP, s/a).

La selección del caso también tuvo rasgos de conveniencia, si bien Otzen y Manterola (2017) señalan este tipo de selección para el muestreo, también es de utilidad para la selección del caso porque este depende de la selección de la muestra. La conveniencia permite seleccionar casos accesibles que permitan ser incluidos en la investigación, esto se relaciona con dos dimensiones con la aproximación geográfica y con la proximidad de quienes son las personas entrevistadas.

Siguiendo las especificaciones del Código de Ética de la Investigación del sistema FLACSO<sup>3</sup>, y con el fin de mantener el anonimato y la confidencialidad, la decisión metodológica asumida ha sido de mantener estos dos principios en el entendido de que como se ha descrito durante todo el texto, los departamentos de Uruguay concentran escasa población, los equipos profesionales son escasos, además de

---

<sup>3</sup> Disponible en: <https://flacso.org/en/sistema#normativa>

itinerantes, por lo que realizar una descripción exhaustiva del caso seleccionado puede llevar a la identificación de las personas entrevistadas y por tanto a la asociación con sus discursos, reflexiones, pensamientos. El Código de Ética considera en su Pauta 4, el derecho al anonimato y la necesidad de establecer las garantías necesarias para asegurar la confidencialidad de los datos personales y de la información brindada, esta pauta es la que ha guiado la escritura de esta tesis (FLACSO, 2022).

#### Consideraciones de la selección de la muestra de personas a ser entrevistadas.

En tanto diseño cualitativo, la selección de las personas entrevistadas no cumplió con los criterios clásicos de aleatoriedad, sino a los del muestreo intencional, relativos al grado de representatividad, accesibilidad y homogeneidad/heterogeneidad. De esta forma se obtuvo una muestra por medio de técnica de muestreo de tipo no probabilístico intencional y por conveniencia (Otzen; Manterola, 2017), en donde la selección de las personas a estudio dependió de ciertas características y criterios limitando la muestra sólo a estos casos dada la capacidad de abordaje de esta investigación. Se seleccionaron aquellos casos accesibles que aceptaron ser incluidos por lo que lo conveniente estuvo pautado por la accesibilidad y proximidad de las personas.

La elección del universo de la investigación se justifica en relación a que los y las profesionales médicas son actores sociales (informantes calificados) vinculados a la medicalización de la salud ya que desde su posición controlan recursos de poder para influir de forma significativa en la calidad de vida de las personas:

(...) los actores sociales interactúan en un sistema incierto y ninguno tiene la capacidad de controlar todas las variables actuantes en el proceso social en que están involucrados. Cada actor se posiciona y lee la “realidad de la situación distintivamente, determinado por su historia, su ideología, sus intereses y su capacidad de acción [...] el poder que detentan es relacional [...] las estrategias que dichos actores utilizan son “dispositivos históricos y culturales, así como estrategias globales (...) (Laplacette, Vignau, 2008, p.60).

La mayor disponibilidad y aceptación fueron de aquellas personas de las cuales su contacto fue brindado por direcciones de salud. Quizás no se llega a una

generalización nueva pero si a una más precisa reconociendo a veces la variabilidad de las percepciones. Se trata de comprender cómo ven las cosas las personas estudiadas preservando las realidades múltiples, las visiones diferentes, incluso contradictorias de lo que sucede, ¿la prescripción sin un cuestionamiento crítico desde un enfoque de género genera un uso problemático? ¿Qué variables se presentan como determinantes a la hora de la indicación? Durante la consulta médica ¿que tanto se presta atención a las características sexo genéricas que se contemplan en el vínculo médico-paciente?

Este método permite describir los modos en que quienes prescriben medicamentos articulan sus concepciones, saberes, actitudes y valoraciones ante la indicación de psicofármacos.

Para la selección de la muestra, se tomó en cuenta, los resultados de la investigación “Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria”. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas (España), también aporta a reafirmar la importancia de la selección de la muestra. Las autoras sostienen que los equipos médicos deben valorar y establecer un diagnóstico adecuado teniendo en cuenta que por habitar las sociedades están impregnados por los lineamientos culturales generizados, es lo que se ha llamado el sesgo sexual de los y las médicas, hay que tener en cuenta que actúan de forma distinta si el paciente es hombre o es mujer, lo que lleva a un exceso en la prescripción medicamentosa de las mujeres, (Márquez *et al*, 2004).

Se seleccionaron tres disciplinas claves en la prescripción: medicina general (en adelante MG), medicina de familia y comunidad (MyC), y psiquiatría (PSIQ). Las primeras dos forman parte de la primera línea de atención en salud (primer nivel de atención) en la que se generan acciones en relación a la prescripción: indicación de psicofármacos, repetición de la medicación indicada por otro/a profesional. Cada perfil clínico de cada especialidad configura un particular abordaje de las situaciones.

Se realizaron tres entrevistas exploratorias con el objetivo de observar la receptividad y disponibilidad de los y las entrevistadas a la temática y para realizar los ajustes pertinentes de las pautas de entrevista.

Se entrevistó a profesionales (médico de familia, psiquiatra de adultos y médica general) de una localidad perteneciente a un departamento de la zona suroeste cercano

geográficamente al Caso de Estudio con los cuales hace años se tuvo un contacto laboral por lo que la accesibilidad a la entrevista fue inmediata.

La convocatoria para conformar la muestra se realizó en primera instancia a partir del contacto con autoridades de ASSE (dirección y subdirección de una unidad ejecutora) quienes facilitaron los datos de contacto de profesionales que trabajaban en ese centro y de otros asociados. Se contactó a dichos profesionales y se realizó la entrevista a quienes voluntariamente decidieron participar.

Del universo de la investigación contactado (6 profesionales de medicina general, 9 de medicina familiar y comunitaria, 11 psiquiatras) 14 accedieron a la instancia de entrevista (4, 7 y 3 respectivamente). Si bien se encontró una buena disposición tanto de las autoridades (que brindaron datos para el contacto de cada profesional) como de los y las profesionales en general para participar de la investigación se observó mayor disponibilidad en profesionales de MG y MFyC. En relación a las consultas pertenecientes al área de psiquiatría se identificaron obstáculos que dificultaron concretar la instancia por parte de la persona entrevistada.

La elección de la muestra es intencional, no probabilística. El criterio de la muestra se definió de acuerdo al vínculo profesional con las diferentes disciplinas. Los criterios de segmentación fueron: nivel de atención en salud (primer y segundo nivel), sexo, edad, especialidad. Los contactos de los profesionales se obtuvieron por referencia de los y las entrevistadas. Para la selección de los profesionales a ser entrevistados en esta investigación se tuvieron en cuenta las siguiente variables: sexo del entrevistado/a, años de egreso, especialización, capacitaciones en relación a la perspectiva de género en formación de grado y posgrado, años de ejercicio de la profesión.

No existiendo una pretensión de abordar cuestiones macrosociales, y por ello no se determinó la elección de una muestra que implique representatividad, sino por el contrario, se trata de indagar sobre cuestiones de tipo microsociales en la medida que se trata de conocer las representaciones y percepciones que tiene el personal médico a cargo de la atención directa en relación a aspectos que tienen que ver con la indicación de psicofármacos marcando el interés por conocer los marcos interpretativos que operan de un lado del tratamiento.

Se contactaron a los/las participantes por vía telefónica acordando entrevista por plataforma virtual de una duración promedio de 45 minutos, siendo grabadas. Sólo en dos casos la entrevista tiene un registro escrito dado que un profesional no utilizaba plataforma virtual que habilitaba la grabación y en el otro caso se identificaron fallas en el audio al momento de la transcripción posterior a la instancia de la entrevista.

Los servicios o policlínicas que se indagaron forman parte de todo el departamento y pertenecen a la Red de Atención Primaria (RAP-ASSE) correspondientes al primer nivel de atención en salud del SNIS. Es el mayor prestador público, responsable de la atención de la salud de más del 40 % de la población. Sostiene avances importantes en la distribución territorial de dispositivos de atención diversos que constituyen su red de recursos especializados en salud mental y recibe a la población más vulnerable a nivel socioeconómico. Como informantes calificados se toma a los/as médicos/as que tienen la figura de “médico/a de referencia” por parte de la población usuaria, por ejemplo policlínicas de MG, MFyC y policlínicas de PSIQ. También se tomaron médicos y médicas referentes del segundo y tercer nivel de atención en salud, por ejemplo hospitales locales ya que la especialidad de psiquiatría raramente cumple funciones asistenciales en policlínicas del primer nivel de atención. Se obtienen entrevistas (de las 3 especialidades) de diferentes localidades del mismo departamento.

A su vez la totalidad de los/las entrevistados/as también desempeñan su actividad laboral en el ámbito privado (mutualistas).

<b>Tabla 1. Entrevistas realizadas</b>		<b>N°</b>
<b>Niveles de atención en salud</b>		
- Primer nivel		9
- Segundo nivel		3
<b>Sexo</b>		
- Mujeres		6
- Hombres		6
<b>Especialidad</b>		
- Medicina general		3
- Medicina Familiar y comunitaria		6
- Psiquiatría		3

Años de ejercicio profesional en la salud	
- Menos de 10 años	3
- Entre 10 y 20 años	3
- Más de 20 años	6

Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas con profesionales que resuelven consultas médicas en los tres niveles de atención en salud pero principalmente en primer y segundo nivel. La muestra tiene su actividad laboral preferentemente en el sector público en un departamento del oeste del país con diferentes años de trabajo en ASSE. Se entrevistaron a 6 mujeres y 6 hombres; 3 trabajan en ASSE hace menos de diez años, 3 entre diez y veinte años y 6 hace más de veinte años.

La investigación buscó aproximarse a la perspectiva de los/las profesionales sobre la prescripción de psicofármacos por medio de la técnica de entrevistas semiestructuradas. Las técnicas utilizadas para construir la información empírica se realizaron utilizando categorías y conceptos emergentes en forma inductiva a lo largo de todo el proceso en articulación con los antecedentes investigaciones al respecto y el marco teórico referente de la presente investigación. Por lo que el diseño de esta investigación, bajo este paradigma constructivista, fue flexible e interactivo privilegiando el análisis en profundidad en relación al contexto de aplicación (Sautu, et al, 2005). Este encuadre permitió indagar concepciones, significados y actitudes sobre el tema específico de la presente investigación, interactuando directamente con los participantes indagando toda una serie de experiencias y valoraciones.

En cuanto al análisis de datos, el trabajo consistió en la identificación de los marcos interpretativos del sistema de creencias de los/las profesionales así como en la caracterización del modelo de atención prevalente a partir del material recogido en entrevistas tomando en cuenta las categorías de análisis propuestas.

Partiendo del objetivo de identificar y analizar los sesgos de género que se encuentran implícitos en el discurso médico frente a la práctica clínica de indicación de psicofármacos, se utilizó el análisis de contenido. Según Bardin citado en Gallo (2020) “Qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significados de um transmissor para um receptor, controlado ou não por este, deve poder ser escrito, decifrado pela análise técnica da análise de conteúdo”. Siguiendo este desarrollo se partió al análisis

del contenido de lo comunicado de forma oral por parte de la población entrevistada referido al grupo restringido seleccionado (grupo de profesionales médicos/as de localidades de un departamento de la zona suroeste del Uruguay).

Siguiendo la conceptualización desarrollada por Gallo (2020) de acuerdo a los aportes de Bardin en relación al análisis de contenido, este implicaría un conjunto de técnicas para el análisis de lo comunicado a nivel discursivo, obteniendo, mediante procedimientos sistemáticos y objetivos (estructurados en fases por momentos superpuestas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento de resultados (injerencia e interpretación), la descripción del contenido de los mensajes que permitan la injerencia de información sobre las condiciones de producción y recepción de los mensajes.

Las entrevistas semiestructuradas proporcionaron información que permitieron identificar opiniones y percepciones de los y las participantes sobre el uso y la indicación en relación a su práctica profesional, así como determinar discrepancias, consensos y tensiones.

Los discursos médicos están compuestos por sistemas conceptuales e ideológicos (testimonios sobre sus prácticas y acciones al momento de prescribir). Se busca indagar el marco objetivo de referencias de las prácticas médicas a partir del cual se elabora la percepción subjetiva que opera como un factor más, determinante en el juicio clínico. De esta forma se realizó un análisis del discurso desde la perspectiva de género.

Al decir Françoise Perus (1984) las ideologías se establecen como la matriz estructuradora que actúan en los discursos como un soporte en el que subyace ideología, si analizamos un conjunto de discursos con una misma base de formación ideológica y discursiva, el autor sostiene que “un discurso no hace una ideología y que un discurso es irreductible a la ideología que en cierto nivel lo articula” (Perus, 1984, p.36).

El análisis del contenido manifiesto y latente del discurso de la población entrevistada permite reconocer la existencia de una desigualdad entre hombres y mujeres construida socialmente y reflejada en las prácticas médicas. A su vez dichas prácticas se encuentran enmarcadas en un dispositivo de salud atravesado por los

sistemas de representaciones alojadas en las políticas públicas, en discursos institucionales, individuales y culturales.

### **Categorías y subcategorías de análisis**

Partiendo de la base conceptual desarrollada en el capítulo teórico, la revisión de antecedentes (investigaciones nacionales e internacionales) se realizó la pauta de entrevista, posteriormente mediante el análisis de la información, se realizó una construcción y definición de categorías y subcategorías que posteriormente se ampliaron a partir de la identificación de temas comunes en las entrevistas generando nuevas y subcategorías de análisis.

La construcción de las categorías surgen de los fundamentos teóricos, el análisis de las investigaciones a nivel nacional e internacional (las que oficiaron como antecedentes de la presente investigación) y el contenido de los testimonios brindados por los/las profesionales entrevistados/as. Algunas categorías o subcategorías fueron denominadas de acuerdo al contenido o conceptos que aparecen como emergentes en los discursos. No corresponden a componentes teóricos cerrados o impermeables ya que en su análisis se podrá observar su entrecruzamiento y colaboración para la comprensión general.

<b>Tabla 3. Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>				
<b>I. Consumo diferencial</b>	Perfil de consumo	Indicación diferencial			
<b>II. La consulta y escucha médica</b>	Enfoque biopsicosocial	Resolución de la consulta			
<b>III. Determinantes de la consulta</b>	Conformación familiar	Distribución de los roles de cuidados	Influencia de cambios culturales	Expresión del malestar	Violencia doméstica
<b>IV. Alianza Terapéutica</b>	Sexo del prescriptor/a	Aceptación de la consulta			
<b>V. Consumos asociados</b>	Percepción del riesgo en la mujer	Racionalidad en el uso de psicofármacos			
<b>VI. Sistema de Salud</b>	Paradigmas en la atención de salud	Población objetivo: acceso y accesibilidad	Estereotipos de género en la clínica		
<b>VII. Alternativas para una solución al problema</b>	Abordaje integral para un uso racional	La interconsulta	Enfoque interdisciplinar		

La categoría denominada Consumo diferencial contiene en su análisis y desarrollo, la comprensión en el resultado que generan los sesgos de género en la atención a la salud, determinando un perfil de consumo que encierra a ambos sexos en

categorías diagnósticas justificando la indicación diferencial. Esta categoría permite visualizar los elementos en los discursos médicos presentes al momento de la prescripción, que generan una diferencia en los tratamientos hacia hombres y mujeres con una misma valoración clínica (Ruiz Cantero, 2009).

La categoría Sistema de Salud responde a los elementos de la organización y estructura del sistema de atención que prescriptores/as identifican como obstáculos (acceso y accesibilidad, estereotipos en las metas asistenciales) al momento de la evaluación. Se observan los diferentes modelos de atención y el paradigma de atención imperante para la resolución de la consulta. En esta argumentación de la indicación diferencial se observan elementos justificativos de la evaluación clínica. En la categoría Determinantes de la consulta se distinguen aquellos tópicos o temas hallados en los discursos médicos que justifican la prescripción, identificando factores diferenciales que confluyen en una indicación. En la categoría La consulta y escucha médica se pueden visualizar la coexistencia de paradigmas en la intervención correspondientes a modelos de atención en la salud que determinan la indicación en la resolución de las consultas. Cada profesional contiene en su quehacer determinada construcción en la organización de la consulta, pre-conceptos que determinan la relación en el dispositivo de atención, modelando y organizando prácticas médicas, determinando una forma de escuchar y mirar configurando diferentes paradigmas en la atención (Saforcada, 1998).

Por otro lado la categoría Alianza Terapéutica referente al quehacer en el vínculo aparece el sexo del prescriptor/a (con su propia historia, modelos, etc.) y del/la consultante como variable en la técnica de la entrevista y la resolución habilitando o censurando elementos para la formulación del diagnóstico. Los roles de género social y culturalmente construidos se presentan como obstáculos en la exploración diagnóstica, limitando el ejercicio del derecho a la salud debido a los propios aprendizajes de género (Figueroa Perea, 2015).

En la categoría Consumos asociados se analiza el impacto de los diferentes riesgos asociados a la indicación diferencial de psicofármacos y la configuración de determinados perfiles a resultado de la prescripción. Refiere a las consecuencias de una práctica diferencial que no abordan las causas estructurales, raíces de problemáticas emocionales y familiares, generando una sobre medicación en el caso de las mujeres

como tales, invisibilizando, a través de una terapéutica biologicista, un malestar social (Burin,1990).

Finalizando la categoría Alternativas para una solución al problema responde al análisis de los elementos que a nivel discursivo, los y las entrevistadas identifican como contribuyentes para sostener un juicio clínico crítico. Permitiendo visualizar e incluir los sesgos presentes para evitar una sobre medicación (evitando consumos problemáticos) y una prescripción diferencial abogando por una asistencia en salud más integral.

Las categorías descritas anteriormente definen la forma de observar, analizar e interpretar la realidad, en relación a la salud mental de hombres y mujeres, que médicos y médicas tienen al momento de evaluar e indicar psicofármacos. En ellas se observan el interjuego de los sistemas de creencias en relación al género (del/la médico/a prescriptor/a, del/la usuario/a y del sistema de salud) que intervienen y dan como resultado una prescripción diferencial, ciega en relación al análisis de género, con consecuencias y riesgos para ambos sexos.

## CAPÍTULO DE ANÁLISIS

Con la información obtenida se estableció un análisis de contenido con el objetivo de comprender el núcleo temático de por qué lo desigual del consumo de psicofármacos entre hombres y mujeres.

En este sentido, las preguntas iniciales a partir de las cuales se desarrolla la estrategia analítica que condujo este análisis fueron: ¿Cuáles serían los factores que inciden en ese resultado? ¿Cómo opera la indicación de psicofármacos desde la perspectiva médica? ¿Qué particularidades reviste la mirada médica?

Basado en el concepto de marco interpretativo de Bustelo y Lombardo (2013) que pone énfasis en las diversas representaciones que los/as actores/as implicados/as en un problema de desigualdad de género tienen sobre el tema y qué soluciones proponen para revertirlas:

“El método policy frame o de marcos interpretativos de las políticas intenta identificar los marcos dominantes y/o en conflicto entre sí en el discurso de los/as actores/as socio-políticos/as, marcos que se construyen para dar sentido a diferentes situaciones y acontecimientos, atribuir culpas o causalidad, y sugerir líneas de actuación” (Bustelo, M; Lombardo; E., p.119, 2013).

### Tratamiento de los resultados

#### a. Tabla

Para la sistematización de las entrevistas realizadas se confeccionó la siguiente grilla con los ítems con el fin de caracterizar la población estudiada: sexo, grupo etario, especialidad, actualización, ámbito de inserción laboral, años de experiencia en el ejercicio de la población y pertenencia a servicios especializados.

Tabla 2. (Incluye las entrevistas exploratorias)	Sexo	Especialidad	Formación en Género	Inserción laboral	Años de ejercicio	Servicios especializados (por ejemplo VGG)
---	------	--------------	---------------------	-------------------	-------------------	--

MG1F	F	Medicina general	SI	Servicios de salud públicos y privados. I Nivel de Atención	20 años	NO
MFyC1M	M	Medicina familiar y comunitaria	SI	Ídem. I y II Nivel de Atención		SI
PSQ1F	F	Psiquiatría	NO	Servicios públicos II y III Nivel de Atención	41 años	NO
MFyC6F	F	Medicina familiar y comunitaria	SI	Servicios públicos y privados. I y II nivel de Atención		NO
MFyC3M	M	Medicina familiar y comunitaria	SI	Ídem I y II Nivel de Atención	7 años	NO
MFyC5M	M	Medicina familiar y comunitaria	SI	Ídem I y II Nivel de Atención	11 años	SI
PSQ3M	M	Psiquiatría	NO	Ídem II y III Nivel de Atención		SI
PSQ2M	M	Psiquiatría	NO	Servicio Público II y III Nivel de	36 años	SI

				Atención		
MFyC3F	F	Medicina familiar y comunitaria	SI	Servicios públicos y privados. I y II Nivel de Atención		NO
MG2M	M	Medicina general	SI	Ídem I Nivel de Atención	4 años	NO
MFyC4F	F	Medicina familiar y comunitaria	SI	Ídem. I y II Nivel de Atención	30 años	NO
MG2F	F	Medicina general	NO	Servicios públicos y privados. I Nivel de Atención.	6 años	NO

Las características de la muestra se desarrollaron en el capítulo metodológico.

Para la referenciación de las entrevistas en el texto se utilizó la siguiente nomenclatura. MG en el caso correspondiente a medicina general, MFyC en el caso de medicina familiar y comunitaria y PSQ referido al área de psiquiatría. Seguido de un número que indica la entrevista y luego una letra (F o M) indicando el sexo del/la participante.

El Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay se encuentra organizado en niveles de atención (que responden a la organización de los recursos en salud). El primer nivel de atención (I) corresponde al trabajo de asistencia a las necesidades de atención básicas (entre un 80 y 85% de los problemas de salud) que pueden ser resueltas en actividades de promoción y prevención y procedimientos de baja complejidad de

rehabilitación y recuperación. Las disciplinas en salud suelen ser medicina de familia y comunidad, medicina general. En el segundo nivel (II) responden a necesidades de salud menos frecuentes que requieren procesos de atención de mayor complejidad. En este nivel se ubican los hospitales. Se encuentran disciplinas de otras especialidades en salud como psiquiatría, ginecología, medicina interna, etc. En el tercer nivel de atención (III) se refieren a patologías de mayor complejidad requiriendo procedimientos especializados (Benia, W; Reyes, I. 2008. pp. 39-50).

En el interior del país, a diferencia de la capital, las fronteras entre los niveles se encuentran difusas dado que se cuentan con menos recursos por lo que en un nivel se pueden desarrollar las tareas correspondientes a otro.

## **b. Mapa de análisis general**

Se procedió a la realización de un mapeo de las categorías emergentes en las entrevistas y sus argumentos, y se elaboró una agrupación de síntesis de las respuestas dadas por cada participante a las preguntas de la investigación.

Una vez finalizada la recolección de información y la selección de datos se establecieron las siguientes categorías y subcategorías para el análisis. No corresponden a compartimientos teóricos estancos ya que en su análisis se podrá observar su interjuego y entrecruzamiento.

## **c. Categorías**

### **i. Consumo diferencial: perfil de consumo e indicación diferencial**

Se puede observar en la totalidad de las entrevistas un reconocimiento de que la mayor parte de las consultas corresponden a la población femenina. Señalando como diagnóstico para la prescripción la sintomatología ansiosa y depresiva, siendo asociada a una mayor prescripción la frecuencia y regularidad con la que la mujer consulta.

PSQ1F. “la prescripción de antipsicóticos es mayor en hombres ya que es más predominante (...) en cuanto a los antidepresivos y los ansiolíticos es hacia las mujeres aunque esta tendencia va reduciéndose (...) creo que es más el número de hombres que hoy consultan (...) la consulta que mayoritariamente tenemos los psiquiatras es por depresión (...) las que más consultan son las mujeres, ¿no? este por depresión, por ansiedad y por eso son a quienes más frecuentemente le prescribimos”.
--

La sobre prescripción estaría asociada a la frecuencia de la consulta de la mujer al servicio de salud y la indicación frecuente respondería a procesos depresivos y ansiosos que manifiestan las usuarias de los servicios.

Por otra parte “la presión” o sobre exigencia ambiental-social a la mujer se asociaría a un factor de riesgo para los estados patológicos. La frecuencia mayor de la consulta de la mujer (comparada a la del hombre) responde a procesos de construcción social e histórica de que es la mujer la que más precisa consultar al médico/a. El no consultar no estaba bien visto ya que el no precisar hacerlo respondía a un símbolo de masculinidad. Para la mujer consultar estaba asociada a una acción positiva y esperada socialmente que responde a la matriz social existente-prevalente.

PSQ1F. “estamos en una época cultural de muchos cambios que se han dado muy rápidamente y como que no ha habido todavía una buena adecuación (...) la mujer está muy presionada porque tiene muchos factores de estrés. No, no digo que el hombre también no los tenga, el hombre los tiene. Y por eso te decía que cada vez vemos más frecuente consultas de hombres sobre todo por cuadros de ansiedad. Pero creo que por eso la mujer consulta más. Lo digo porque este es más fácil para la mujer pedir ayuda (...) todo una cuestión de adaptación (...) de homeostasis a la nueva situación que ha costado con este cambio de roles”.

En esta última cita la profesional logra visualizar el proceso de resignificación de los lugares sociales (roles) que comienzan a impregnar sus prácticas. Un proceso de reorganización de las responsabilidades (masculinas/femeninas), que se empiezan a transformar y se reflejan en las consultas médicas.

La alusión a “los cambios de roles” asociados a una participación más activa de la mujer en la sociedad y en el ámbito laboral aparecen como “crisis” a un equilibrio anterior. Entendiendo, según la entrevistada, que dichos cambios han generado el malestar actual en las mujeres y también precipitado la consulta de algunos hombres que se acercan con creciente frecuencia al ámbito sanitario. Aparece el concepto de homeostasis en referencia a un equilibrio que aparentemente se hallaba en un estado anterior. Cabe recordar la aparición del fármaco Librium por el laboratorio Hoffmann-La Roche en 1960 haciendo informe del efecto de las BZD en el equilibrio del sistema límbico.

La apertura o el acceso a nuevos espacios de participación y de inclusión, si bien ha permitido la emancipación, se interpreta que por otra parte ha sobrecargado a la mujer (se espera de ella que pueda cuidar de forma simultánea de la dimensión familiar,

afectiva y de cuidados hacia otros/as, generar ingresos, etc.). Pareciera que “lo moderno” en relación a los roles de género de las mujeres y la apropiación de actividades y espacios tradicionalmente masculinos, por ejemplo el ámbito laboral, parecen arrastrarlas a un lado perjudicial en tanto que si bien presenta mayores oportunidades de acceso también implica en la práctica nuevas desigualdades de género y de salud.

La recurrente mención a que se rompe con cierto equilibrio (el cual estaba caracterizado por silenciar e invisibilizar múltiples padecimientos familiares e individuales) aboga por una especie de nostalgia a formas de organización familiar que se tornaban mucho más convenientes para los hombres y para la lógica del capital. La forma social de organización capitalista, comienza a perder a la mujer-madre que renunciaba a otros aspectos para garantizar la figura de cuidado.

No obstante, en el discurso médico de la persona entrevistada no emerge lo que Burín, Velázquez y Moncarsz (1991) sostienen respecto del cuidado que hay que tener en la prescripción de las BDZ para evitar la dependencia, en donde los fármacos estarían oficiando el papel de ocultar la desigualdad social de género intentando paliar las consecuencias individuales.

Por otra parte, la habilitación médica al interrogatorio hacia la mujer es mayor que en el caso de los hombres. Varios/as profesionales parecen visualizar las dificultades en hombres en cuanto a la transmisión de las situaciones angustiantes no obstante reducen la intervención médica a la disponibilidad del lado del usuario/usuario.

MFyC5M “Como que generalizar así es complicado, veo muchos cuadros, depresiones y trastornos de ansiedad y ahí es como los indicamos, pero un perfil así general no se me ocurre (...) Quizás que se hace el diagnóstico me parece que se hace si es un poco más en mujeres, si, quizás un poco quizás por fallas de médicos que no se indague mucho o quizás la forma de presentación de los síntomas sea un poco distinto nos quedemos en yo qué sé (...) quizás hay muchos hombres que no manifiestan mucho su estado emocional ¿o no? lo minimizan en la consulta quizás por un tema cultural que lo traemos arraigado que el hombre tiene que ser fuerte ¿no? Por lo menos a mí me pasa quizás es porque yo estoy muy enfocado en las policlínicas de violencia y eso capaz que por eso veo más mujeres y ahí tenemos charlas más profundas y ahí tenemos más tiempo y ahí la cosa se abre mas pero creo que viene más por lo cultural que traemos todos ¿no? De cómo fuimos criados, ahora por suerte está cambiando un poco...y el hombre no lo manifiesta mucho por eso de la cultura machista de que el hombre es fuerte, que no va a llorar, que está bien”

Aparecen las policlínicas de violencia asociadas al uso y acceso de la mujer al ámbito clínico y la aceptación de los tratamientos. Observando cómo lo cultural impregna la accesibilidad a los servicios de salud. La mujer concurre al servicio de salud, logra explicar su sintomatología y muestra apertura a la alianza terapéutica solicitando-aceptando el tratamiento, al cual el equipo médico responde desde una cultura corporalista que si bien parece entender que el problema responde a determinantes sociales la respuesta continúa siendo de forma biologicista explicando situaciones mentales de la vida.

Aparece la visualización de los propios factores de crianza (del/la profesional) como modeladores de subjetividad que impregnan en las prácticas naturalizando e invisibilizando algunos aspectos.

En este punto es pertinente considerar lo que Pérez Leiros (2005) señala sobre los “medicamentos para el estilo de vida”. Surgen en los años noventa cuando se inicia la aparición sobre el consumo de psicofármacos en varios artículos académicos, en donde estos medicamentos se usan para mantener la satisfacción, los deseos asociados con los estilos de vida y bienestar en general, problemas que en general podrían ser resueltos con cambios social en la vida cotidiana apuntando a un cambio estructural en los roles sociales.

Las características macrosociales y culturales, los nuevos contextos sociales en la sociedad de consumo irían modificando las ideas o percepciones acerca de cómo percibir y consumir fármacos y de esta forma también se modifican las percepciones en relación a los procesos de salud y enfermedad tanto de usuarios/as como desde la óptica de la medicina.

En Uruguay, las drogas lícitas son las más consumidas por las mujeres, siendo los psicofármacos los que ocupan el primer lugar frente a otras drogas tales como el alcohol y el tabaco.

Si bien, no forma parte de las fuentes de información definidas para este estudio, resulta de interés tener en cuenta una actividad realizada en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres se llevó a cabo a mediados de junio de 2022 el conversatorio de Salud Mental de las Mujeres y Uso de Psicofármacos (al cual se hará referencia en los apartados de otras categorías de análisis). Allí el actual

titular de la Secretaría Nacional de Drogas, Daniel Radío abrió la mesa de entrada determinando al género como factor sociocultural que hacen que las mujeres sean más vulnerables a que su salud mental se encuentre afectada por factores sociales y fundamentalmente asociadas a experiencias de violencia. También señala aquellos consumos de drogas vinculados a las relaciones de pareja y plantea las situaciones de estrés, como de pareja o de familia, como desencadenantes de los usos de diferentes sustancias.

Desde su planteo la población femenina se encuentra en riesgo por su salud mental y también es establecida como población usuaria de drogas y consumos problemáticos a consecuencia de situaciones de violencia.

Los consumos de psicofármacos, cuando devienen problemáticos, parecerían responder a asociaciones con otros tipos de sustancias. En la siguiente cita el profesional entrevistado menciona la diferencia entre sexos desde lo cultural e incluso explicando el acceso o no al servicio, aparece un descreimiento sobre las estadísticas y plantea poli consumos que achicarían la brecha entre ambos sexos:

PSQ2M. “la población es más femenina, hay un grupo etario de jóvenes consumidores que han ido ganando terreno.... En el tema de consumo la población masculina supere la femenina, en los grupos etarios o patologías la población femenina es mayor porque acepta más el tratamiento que el grupo de hombres [...] para el hombre debe ser un síntoma de debilidad tener que ir al psiquiatra y tomar una pastilla, de dejarse ayudar, de la cultura machista que todavía sobrevive [...]“La mujer es mucho más... no está el tema cultural que si me tomo una pastilla para calmarme los nervios soy menos macha o tengo menos control de mí mismo ese tema está, el segundo si le sumas otro ansiolítico como es el alcohol la diferencia ya no es tanta si agarras varones benzodicepinas más alcohol y mujeres benzodicepinas más alcohol ya la diferencia se achica el hombre suele por un tema cultural que todavía persiste es que cuando está mal es de tomarse una cerveza bajar de otra manera y hoy por hoy está la marihuana, entonces creo que si queremos analizar bien o tener una buena referencia de cuál es la ingesta de ansiolíticos tienen que estar todos y sumarlos todo y ahí las diferencias se achicarían bastante y otra cosa que genera tanta pastilla es que la vida moderna que hoy se lleva la gente quiere solucionar rápido y ya”

En este extracto de la entrevista, en el profesional emerge un incipiente análisis de género, puede identificar diferencias en la utilización que mujeres y hombres pueden hacer de la consulta, el consumo de psicofármacos y de drogas en asociación con las desigualdad de género (Jiménez y Ordaz, 2012, p.80).

Desde la experiencia clínica es la misma la resistencia al consumo de psicofármacos entre un hombre que en una mujer señalando la salvedad de que las

mujeres piden más ayuda y los hombres aplacan malestares con otros recursos (alcohol o manifestación violenta).

La idea que emerge sobre la sociedad de consumo, la desigualdad económica y los procesos de violencia referente a la vida moderna como factor de riesgo y “la presión” de responder a las exigencias del día a día como determinantes del consumo.

Aflora cierta visualización de que la resolución de la consulta y la estrategia clínica implica un enfoque biopsicosocial pero la respuesta termina determinada a un sistema que aún continúa siendo biologicista y presentando sesgos de género en cuanto a la accesibilidad o a la presunción del acceso debido a ello.

MFyC6F “A mujeres... son las que más aparte lo solicitan son las que vienen ya solicitando eso, si bien también es cierto que está como dejado de lado el tema porque la mayoría viene por ansiedad, se prescribe en la mayoría de los casos pero se ha dejado de lado la parte higiénico-dietética no solo lo medicamentoso ¿no? Viene la mujer por ansiedad pero cuando te ponés a interrogarla en realidad consumen mate, consumen bebidas estimulantes, consumen un montón de cosas que por lo menos antes de prescribir por lo menos yo lo que hago es tratar de trabajar en esas cosas ¿no?”

En varias entrevistas emergen algunas características que conformarían determinado perfil:

MG1F: “entre los 40 y los 60, es como que cuando te piden es como una exigencia, ya por encima ya los vienen tomando y bueno, son prescritos por psiquiatra y lo que van a hacer en la repetición. Pero en esas edades es como sienten la necesidad de tenerlo y creen que solucionan su situación con eso” “(...) son madres solteras o madres solas, con hijos a cargo o con padres a cargo, quizás a la otra situación. A veces no tanto con los hijos, sino cuando tienen los mayores a cargo. Es como esa necesidad de evadir esa responsabilidad y esa carga que a veces se hace muy pesada. (...)” “es a partir de los 40 años y también porque hay un quiebre hormonal a la mujer, ahí tiene como todos los la sensibilidad más a flor de piel [...] Es como que hace un corte en su vida y las hormonas ayuda muchísimo a que se haga un resumen y quieran cambiar [...]. También la vulnerabilidad, el hecho de vivir en zonas de vulnerabilidad extrema, de contexto económico bajo [...] empieza también el cansancio, empieza el no poder. Esas personas que hacían limpieza en 4 o 5 casas y que su cuerpo no les da y que lo necesita. Y eso también puede ser un tema de dejarte por edad, un tema hormonal y eso que te digo, los extremos, la vulnerabilidad económica y mucho nivel económico.”

Aparece el entendimiento de la consulta desde una estructura social-laboral pero que posteriormente se une a una mirada biologicista, asociando a lo hormonal el malestar femenino, si bien se logra visualizar ciertos aspectos sociales y económicos que explicarían la sobrecarga y el deterioro en el cuerpo. En la cita anterior también permite entrever la situación socioeconómica del perfil de la mujer, en dónde aparece la

tarea doméstica asociada a la precariedad y el deterioro físico. La mayoría de las actividades domésticas incluye el uso de productos químicos para la higiene y limpieza así como el esfuerzo físico en relación a brazos, manos y columna vertebral.

La diferencia se tiende a justificar desde las diferencias de sexo y no de género respondiendo a determinismo biológico –implícito y explícito– presente de forma generalizada en la mayoría de las entrevistas y no logrando el énfasis de la dimensión social de las diferencias y desigualdades entre los sexos. Aparece reiteradamente la naturalización de las diferencias entre los sexos como mecanismo de subordinación social de las mujeres en tanto que se justifican las indicaciones o determinados trastornos desde un lugar biomédico y a veces psicológico tendiendo a ignorar las diferencias entre mujeres y hombres o reducirlas a diferencias basadas en distintas fisiologías y temperamentos.

MFyC2M: “la consulta aumenta después de los 40 años es más común en la mujer... el hombre también va pero por control o por repetición... la mujer consulta y va por insomnio, dolores crónicos [...] la fibromialgia y el estrés familiar... la mujer por crisis de pánico y el hombre por consumo de sustancias”

MFyC3F: “Mujeres porcentualmente, y en promedio entre 30 y 55 años fundamentalmente por trastornos de ansiedad [...] En el hombre, si el hombre es, pocas veces consulta frecuentemente cuando lo hace es más por un tema de depresión [...] jefas de familia, falta de contención y red de apoyo historias familiares complejas [...] los hombres es más cuando ya están en una situación límite o porque su familia ya le dijo estas muy mal tenés que consultar pero es menos, es porque ya es bastante importante el cuadro que sienten para consultar”

MG2M: “en mujeres es más común en mujeres jóvenes, de 30 años por cuadros de ansiedad y depresión... por problemas laborales, problemas de trabajo como a nivel vincular... por ejemplo la presión de encargados como eso más conflictivo, van por la licencia médica por el burnout, por trastorno de insomnio (...) el hombre cuando consulta es un problema familiar, o de pareja, no puede esperar... no tan relacionado al trabajo o quizás si cuando hay desempleo va ya como con la depresión instalada, demora más en ir al médico, se deja estar más, se lo guarda... como por eso de patriarcado que el hombre tiene que aguantar más y eso de que no tenés que ser más débil... generalmente viene acompañado, la mujer va sola”

Pablo Fielitz<sup>4</sup> (director de Salud Mental de ASSE durante el periodo de estudio de la presente investigación, 2020-2022) aporta datos actualizados en relación a los usos de psicofármacos en mujeres. Menciona que existen diferencias importantes en la prevalencia de algunas patologías en la edad adulta en función del género. En el sector

---

<sup>4</sup> Conversatorio Salud Mental de las mujeres y Uso de psicofármacos. Junio 2022.  
[https://www.youtube.com/watch?v=AaqL5Ocu\\_1g](https://www.youtube.com/watch?v=AaqL5Ocu_1g)

público 62 % de las consultas en la adultez en psiquiatría corresponde a mujeres, también en servicios de atención psicológica y telefónica de ayuda. Por el contrario, en psiquiatría pediátrica el 66% corresponden a hombres. Esta referencia hace pensar en la impronta cultural en el desarrollo del niño y la niña que sigilosamente va disminuyendo el acceso de los hombres a la consulta y naturalizando la atención constante de las mujeres. También menciona a grandes rasgos algunos aspectos biológicos propios de las mujeres: embarazo, puerperio, menopausia que generarían alteraciones anímicas y psicológicas las cuales podrían justificar el uso de psicofármacos. Menciona como aspecto sociológico relevante la violencia doméstica la cual predispondría a una mayor alteración anímica y por último el uso problemático de sustancias en donde menciona que por encima de los 35 años el consumo de BZD iniciada por prescripción médica es preocupante y se mantiene como forma de sobrellevar condiciones adversas de vida. También resalta el consumo de alcohol dentro del uso doméstico que tarda años en ser visualizados por la carga de pena social a la exposición que le genera a la mujer.

Se hace una referencia al sistema de patriarcado válido para la explicación socio cultural del comportamiento del hombre y la mujer en el ámbito laboral y personal. Un sistema externo que impregna el interior de las interpretaciones y manifestaciones perceptivas y comportamentales. También se observa un consenso en donde las diferencias biológicas y las etapas de un desarrollo normal del ciclo reproductivo parecen “enfermar” a las mujeres y por ello se hace necesaria la indicación.

MFyCIM: “En general a la mujer, de hecho la consulta que yo tengo un 70% son mujeres, promedio... de todas las consultas por lo general son mujeres las que llevan ansiolíticos, muchos, antidepresivos bastantes.....está sesgado dado que la mayoría que consultan son mujeres, el hombre consulta por otro motivo de consulta no tanto de salud mental y por eso no se flecha hacia esa cantidad de psicofármacos de medicación, son motivos diferentes de consulta... por lo general psicofármacos por lo que recuerdo ahora, es mujer, adulta, adulta mayor, y después también adulta joven, por estrés laboral o familiar o hijos adolescentes, o de enfermedad o laboral como las más jóvenes.... después en los adultas es impresionante la cantidad de ansiolítico y antidepresivo ... en el hombre más bien cuando es el adulto mayor... por lo general el hombre joven que recuerdo pero por alguna patología distinta, por ejemplo esquizofrénico, o trastorno de personalidad o consumo problemático de sustancias. El hombre es más el adulto mayor el que no puede dormir, el que se jubiló, duelos, como que pierden los lazos y los vínculos...”

Salir de la consulta médica con la indicación del psicofármaco parece escapar al control o la mirada clínica del profesional, entendiendo que son ellas las que “se llevan” la medicación y no que responde a un mecanismo de atención dado el diagnóstico que el/la profesional realiza, tampoco se evidencia una alternativa a la medicalización o una

terapia complementaria. Esto parece reflejar algunos mecanismos de naturalización presentes en el personal médico en donde se responde a la condición de mujer de demandar, delegando en ella el autodiagnóstico.

La mujer consulta específicamente sobre sintomatología correspondiente a la salud mental y en aspectos más sociales como el rol de cuidadora de hijos/as o personas adultas. En el caso de los hombres correspondería mayormente a sintomatología física en relación a la esfera biológica y a la decrepitud. La mujer parece ligada inherentemente a la dependencia vincular. De esta forma la mujer habla de su familia y de los cuidados hacia otros/otras en la consulta médica. Los hombres solo referencian más sus síntomas, de ellos, y no de su entorno. Este aspecto parece naturalizado no buscando indagar en otros aspectos. ¿La sintomatología “esperada” en la consulta se encuentra fuertemente pautada por el género? Aparece una tendencia del personal sanitario a actuar en sintonía con los estereotipos de género y emerge otra mirada interseccional pautada por el ciclo de vida reproductivo en la mujer:

MG2F: “Quizás es más frecuente en la mujer joven en edad reproductiva en esos momentos me ha pasado que es más frecuente la consulta y la necesidad de instalar ese tipo de tratamiento[...]por trastornos de ansiedad y angustia y el segundo más frecuente es el insomnio[...] ahora no me viene al recuerdo ninguna situación de un hombre joven que presente esa característica y más bien en el hombre se da más en edad avanzada que se da el trastorno de sueño... el insomnio y se le indica un tratamiento con hipnótico”

Con referencia a ello, Cecilia Nuñez Zina (2015) sostiene que médicos y médicas, ante síntomas iguales, tienden a prescribir psicofármacos en mayor medida a mujeres que a hombres y la diferencia respondería a diversos factores condicionantes: la existencia de una mayor incidencia de dichas enfermedades en mujeres, la mayor tendencia por parte de las mujeres a solicitar ayuda; la inclinación por parte del personal médico a prescribir psicofármacos al enfrentarse con situaciones que requieren una mirada psicosocial compleja y, la tendencia del personal sanitario a actuar en sintonía con los estereotipos de género, lo cual se traslada a una mayor prescripción de “tranquilizantes” a las mujeres. De estos puntos desarrollados solo el primero justificaría una indicación de acuerdo a valores físicos corporales, los otros tres finales apuntan a una construcción social y simbólica presente en la indicación.

El consumo adecuado o no se encuentra vinculado a la condición de género y a las experiencias propias del género con énfasis en la salud sexual y reproductiva

(menstrual, cuidados, embarazo, cáncer específico, etc.) y los roles de cuidados referidos a las “cargas y responsabilidades” las cuales aparecen como inherentes al sexo femenino. Experiencia cultural que repercute en la salud mental de las mujeres.

De esta forma se observa la construcción de un perfil específico para la utilización de psicofármacos: mujer, entre 30-60 años, jefa de familia o amas de casa, con “cargas” referente al cuidado de su familia nuclear y de origen. La sintomatología referente es el insomnio, ansiedad, depresión y dolor crónico. Aparecen cuadros nominados como estrés, fibromialgia y crisis de pánico.

Este análisis invita a la reflexión de las prácticas y al diseño o estructura de los dispositivos de atención, que no sólo respondan a aspectos biologicistas o del cuidado del cuerpo de la mujer desde su rol reproductivo. De lo contrario dejan vislumbrar viejos sesgos que perpetúan una dinámica de control y vigilancia hacia el cuerpo y el comportamiento de la mujer.

## **ii. La consulta y escucha médica: enfoque biopsicosocial y resolución de la consulta**

En relación a la consulta médica se observa que a nivel discursivo se encuentran características correspondientes a un enfoque integral y multicausal. No obstante la resolución de la consulta tiende a una respuesta biologicista. También aparece la invisibilización de aspectos sociales y culturales que determinan la accesibilidad al servicio, retornando a una mirada individual y corporalista.

PSQ1F “la indicación es la misma, no cambia, independientemente del sexo (...) es posible que si... como que la medicina es bastante unisex, los corazones son de hombre y mujer, los hígados son de hombre y mujer excepto el aparato reproductor todo lo otro es igual, no hay un cirujano para hombre y otro para mujer, si hay un ginecólogo y un urólogo, la biología y la patología no difiere de sexo (...) somos espectadores, observadores somos parte de este cambio...es como que uno perteneció a varios mundos y sos testigo del cambio (...) tiene que haber más estudios sociológicos, de muchas disciplinas pero no solo de la medicina, después la medicina captará los resultados de esos conocimientos”

Aquí se logra visualizar la “*barrera sociocultural*” desarrollada por Saforcada (1999) en donde la accesibilidad a los servicios depende un interjuego de actores que limitan o habilitan el derecho a la salud de la población. Actualmente encontramos dentro del ámbito médico disciplinas específicamente feminizadas, un sistema diseñado hacia el control del cuerpo de la mujer. Más allá de que exista la especialidad de urología la cual

responde de igual forma a ambos sexos, el control específico de la misma hacia el aparato reproductor masculino es de frecuencia tardía y no se exhorta de manera constante al hombre a realizarlo (a pesar de los índices de captación tardía del cáncer de próstata), la participación de los medios de comunicación (por ejemplo publicidades y folletería del MSP) es significativamente menor hacia la prevención e informar al hombre de la importancia de los controles en su salud. En la cita anterior se logra visualizar cierta toma de conciencia de la necesidad de contar con los insumos de investigaciones y de diferentes disciplinas para lograr una integración en la comprensión de los fenómenos sociales que impactan en la mirada clínica dando la oportunidad de un enfoque más integral. El foco sigue estando en la mujer y en su aparato reproductor como dispositivo de control social.

PSIQ2M “La vida moderna está dada por la espontaneidad de la información y de la respuesta y la respuesta inmediata entonces es más fácil tomarme la pastilla que hacer ejercicio o estar con un terapeuta cognitivo comportamental, psicoterapia o meditación o todas las medidas higiénicas que están. La gente hoy el día te exige el resultado ya no puedo dormir esta noche quiero dormir entonces vos le hablas de la higiene del sueño pero te dice si si pero dame algo para dormir esta noche que llevo 3 días sin dormir entonces esta instantaneidad de la vida moderna lleva a que la pastilla vaya tomando más relevancia en la práctica clínica, en EEUU creo que se ha triplicado el tiempo que o sea se ha reducido a la tercera parte el tiempo que el psiquiatra le dedica a la psicoterapia y se ha triplicado el tiempo que el psiquiatra le dedica a la parte farmacológica y bueno, es un fenómeno mundial”

La clínica parecería responder a las condiciones laborales y a la emergencia de lo social contemporáneo y no a la persona en situación de atención sanitaria. La resolución clínica responde a factores externos-ambientales o de contexto social. La referencia de la emergencia en la indicación responde a una lógica de oferta, como planteaba Comes et al. (2006), en donde se omite que las personas pertenecientes al sistema de salud (usuarios/as, personal médico, farmacología, estructura del sistema) son constructoras de accesibilidad limitando o habilitando la consulta.

Se medica físicamente algo que es del ámbito social. Aparece el tema de las jurisdicciones y de la interdisciplina en conflicto. ¿Es posible el abordaje de situaciones de raíz social en completa desconexión con las disciplinas sociales? Las situaciones de complejidad requieren un diálogo interdisciplinar y es por allí donde se borrarían las barreras de las jurisdicciones entre los poderes disciplinares (Santiago Navarro, 2019).

Horacio Porciúncula<sup>5</sup>, psiquiatra, director de salud mental del MSP (durante el periodo de estudio 2020-2022) reflexiona sobre el fenómeno sobre el consumo de psicofármacos como resultado de la interacción de diferentes lógicas: el saber técnico profesional (referido a la experticia médica), el saber de las políticas de salud (gestión de servicios y accesibilidad a los mismos), el saber económico empresarial (desarrollo de los psicofármacos y la incidencia de la indicación) y el saber cultural y comunitario (el que tiene la población y que transmite de generación en generación para cuidar la salud mental). El inicio de la utilización de BZD aparece relacionado para el tratamiento de los malestares y las exigencias que tiene la mujer en sus diferentes roles, mostrarse calma y eficiente para el vínculo con su pareja y su rol laboral sosteniendo su función como madre. De esta forma pareciera que se prescriben psicofármacos a ninguna alteración psicoemocional (de hecho no aparece mención alguna a la realización de análisis que determinen a nivel bioquímico la deficiencia de determinada sustancia) sino simplemente para facilitar a las personas a afrontar las dificultades de la vida diaria.

No se observa a nivel discursivo recomendaciones prácticas (Plá et al. 2017) para la prescripción adecuada en relación al uso de psicofármacos como el tiempo de uso: debido a su perfil de seguridad y a la posibilidad de desarrollar la dependencia física y tolerancia (deben prescribirse por un periodo que debe ser predeterminado y el menor posible. 8-12 semanas para los trastornos de ansiedad y 4 semanas para el insomnio incluyendo el periodo de retirada y a la menor dosis posible). Esto último dista de ser las características de los tratamientos encontrados actualmente. En evaluaciones del sistema público de atención de la salud respecto a los 10 fármacos más utilizados, se encuentran que dentro de ellos hay 3 BZD. También resalta el alto uso del omeprazol (bloqueador antiácido) como aquella indicación al dolor físico ocasionado frente al estrés permanente como repercusiones orgánicas del estrés, angustias y depresiones.

A diferencia de la especialidad psiquiatría, aquellos/as entrevistados/as correspondientes a la especialidad medicina familiar y comunitaria parecería que cuentan con una apertura al aspecto social y psicológico.

MFyC5M: “Por el tema de la formación si se hace un encare biopsicosocial del paciente y no solo biológico como pasa en la mayoría de los casos yo creo que ahí disminuiría francamente la indicación de

<sup>5</sup> Conversatorio Salud Mental de las mujeres y Uso de psicofármacos. Junio 2022.  
[https://www.youtube.com/watch?v=AaqL5Ocu\\_1g](https://www.youtube.com/watch?v=AaqL5Ocu_1g)

los psicofármacos investigar un poco más sobre las causas y no en quedarse solo con los síntomas, eso lo veo re frecuente. Por ejemplo yo trabajo en violencia doméstica es muy poco indagado, y cuando preguntas por la familia y las relaciones ahí está la cosa y ahí ves”

El enfoque clínico y la estrategia clínica desde una mirada interdisciplinaria, donde quizás el encuentro entre especialidades no sea posible pero si la mirada crítica, ayudaría a un abordaje más integral. A nivel internacional, en España (Aránzazu, 2018) por ejemplo, se encuentran antecedentes de prácticas e intervenciones referentes a la creación de dispositivos o espacios de diálogo de la vida cotidiana a modo de prevención de la posible medicalización.

MFyC4F: “como que la mujer se acerca más al médico o al sistema de salud buscando un montón de cosas no solamente en la ayuda en lo médico a veces te pueden ir tipo catarsis de situaciones con sus hijos o por ejemplo mujeres que tienen que trabajar y estudiar y lo complicado que es y todo lo que implica lo de ser mujer y a esto lo llevan al sistema de salud como un problema no como un problema de salud sino como un problema de la vida”

También aparece en algunas entrevistas el costo de tiempo para la escucha de lo social y los recursos necesarios para su abordaje. A su vez las características de las asistencias que no resultan acordes a las demandas de usuarios y usuarias. Los y las profesionales se perciben presionados a encajar en un sistema que dicta de forma arbitraria las normas de cómo escuchar a los/las usuarios/as, definiendo así un lugar y una forma del quehacer profesional que el propio sistema otorga.

MFyC1M: “(...) El centro es el paciente pero no la medicación en el centro, te podés sentir mejor pero necesitamos otro vínculo y nosotros no siempre como portador del psicofármacos y cuando te viene un paciente de esta característica necesitamos más tiempo en la consulta, yo no sé si vienen porque le duele la uña que lo resuelvo en 10 minutos y o un duelo que en la primer consulta se te van 40 minutos fácil para derivar y pensar y poder hacer la alianza y que vuelva con vos y que es importante que siga y el espacio que tiene que estar. El trabajo en equipo es básico. Y habría que apuntalar. Que las consultas no sean “tenés 16 pacientes y resolvé las 16 en el tiempo que tenés que estar... el vínculo con el paciente es básico y habría que pensarlo a eso.”

El tiempo y la escasez de este para el abordaje pertinente excusan la falta de control y seguimiento de la indicación en la salud de la población. También el rol de contralor de la institución solo aparece en casos de extrema preocupación por el uso de psicofármacos y de todas formas la responsabilidad se vuelca, en la siguiente cita, hacia la paciente.

MG2F: “lo que sí recuerdo nunca he tenido ninguna puntualización de dirección lo que sí recuerdo una vez medio que nos tuvimos que reunir por una paciente que había desarrollado una adicción a los

opiáceos...y la señora repetía en diferentes lugares entonces te cuestionas y tomas medidas al respecto como la exposición correcta en la historia y no solo poner RM (repite medicación)”

PSQ3M: “La tendencia a usar dosis más bajas y yo creo que esto tiene que ver con la estrategia que te hablaba que falta y tiene que ver con el seguimiento, tener claro que está bueno estar pensando siempre en utilizar la menor dosis eficaz pero para eso se necesita un contexto que contribuya, porque si yo a mi paciente lo único que puedo preguntarle es como ha estado, si ha tenido síntomas de descompensación y no puedo entrar al capítulo siguiente que pudiera ser una análisis más minucioso de su vida cotidiana, posibles efectos colaterales no se puede hacer esto”.

En la escucha médica aparece la necesidad de lugar para la educación de la salud, el autocuidado y el diálogo entre especialista usuario/a. También aparece el deslizamiento de la sobreprescripción a la irresponsabilidad o la falta de conocimiento de la población, a las condiciones laborales. Por momentos se apuesta a la relación médico-paciente, a la alianza para el trabajo y un buen seguimiento pero finalizando se termina responsabilizando al sistema o al usuario y no al poder médico en relación a la prescripción.

Parecería que las resoluciones respecto a la salud de los usuarios y usuarias estaría determinada por factores externos tales como las características del sistema sanitario (tiempos de espera, tiempos de atención y derivación, mirada clínica profesional, formación académica), laboratorios (en relación a la producción de psicofármacos adecuados), condiciones contextuales socioeconómicas (sociedad de consumo) y aspectos internos en relación a la propia historia familiar-personal. En el inter-juego de todas ellas, en el centro, el o la paciente en donde al final solo obtiene una respuesta biologicista sin la apropiación de todos esos aspectos a los que se da cuenta.

MFyC6F: “El sistema educativo de cuba es diferente. En Cuba la gente sabe el nombre del medicamento, la dosis, todo. Acá otra cosa que pasa es la pastillita de la presión, la pastilla amarilla de toda la vida y no saben el nombre, allá todo el mundo sabe el nombre y son muy responsables con su salud además allá el sistema de salud es diferente hay médicos de familia que atienden a toda la familia es completamente diferente, y no está a ver cuándo uno estudia la indicación de psicofármacos es en casos contados ¿no? Acá me parece que no sé si es el uso práctico que uno se va a acostumbrando se manda como algo normal como quien manda un perifar manda un aprazolam y no es algo que se estudie solo en cuba se estudia en todos lados que como que es el último recurso que tiene que ver un poco con el tiempo de las consultas la accesibilidad del servicio de salud muchas de las indicaciones de psicofármacos provienen de las emergencias por ejemplo que no tendría porque en la emergencia indicarse un psicofármaco para uso crónico pero después se lo indican ahí y al gente después lo va a repetir porque como le hizo bien en esa oportunidad después lo quiere seguir tomando entonces ahí me parece que hay como que y que acá el paciente no todos están acostumbrados”(…) yo trabajo más en policlínicas barriales entonces como que

nosotros tenemos nuestros pacientes pero no todo el mundo está acostumbrado a su médico de referencia y entonces como que va bollando entre paciente y paciente y entonces como que se va perdiendo el conocimiento, nosotros como médicos como que vamos conociendo a la familia que problemas puede tener para que le lleven a la indicación y tenemos más tiempo en las consultas, las de 10 minutos no sirven mucho si no conoces al paciente”

### **iii. Determinantes de la consulta: Conformación familiar, distribución de roles de cuidados, influencia de cambios culturales, expresión del malestar, violencia doméstica.**

Se observan apreciaciones sobre lo cultural, social y familiar en cuanto a factor determinante en la sintomatología que amerita la consulta de las mujeres para el abordaje de su salud. El emergente de la “crisis familiar” se percibe como la ruptura de la conformación de una estructura tradicional con los cambios en su dinámica inherente a la transformación de roles. Es decir, el diagnóstico se limita a la constatación del problema manifestado de crisis en la estructura familiar. Se diagnostica y se prescribe medicación identificando la raíz del problema en una especie de “nueva libertad” para la cual no se estaría preparado/a. La vuelta al modelo tradicional de familia naturalizado se identifica como posible solución a síntomas de falta de estabilidad emocional. Se omite visualizar o reflexionar sobre las situaciones de violencia que se habían naturalizado promoviendo los matrimonios de larga duración bajo el sometimiento de la mujer en el vínculo de pareja:

PSQ1F “Por ejemplo, las consultas, los comité de recepción, prácticamente todas las personas los muchachos, sobre todo muchos adolescentes, mucha gente joven que consulta, ninguno proviene de los hogares constituidos como era el paradigma de alguna forma que imperó hasta hace muy poquito tiempo. Todos están como familia de padres separados. En realidad nosotros creo que vemos al mundo muy sesgadamente porque lo vemos a través de la gente que nos consulta y por algo son gente que nos consulta. Pero esa gente que nos está consultando son esa gente que como te digo, proviene de esta crisis, ¿no? crisis que es de todo, del lugar que ocupa cada uno en la sociedad y de la familia. Crisis son crisis en el sentido de cambios, cambios que llevan a que las cosas no estén tan claras. Yo creo que se le abre tanta libertad, tanta cosa a la gente, pero estar con la angustia de qué hacer con esa libertad”

También aparece la transmisión intergeneracional de roles de cuidado y de sostén económico asociados a uno u otro sexo como determinantes de la sintomatología.

MFyC3F: “hay más presentación y trastornos de ansiedad en la mujer que en el hombre digo porcentualmente hay depresiones en la mujer pero porcentualmente es más de ansiedad... yo creo que es un poco también que están más sobrecargadas más demandadas la mujer porque hay una transmisión

familiar cultural de la mujer de que tiene encargarse de distintos aspectos del cuidado familiar del trabajo habitualmente por falta de apoyo que le genera el trastorno de ansiedad o dificultades en el sueño...”

Aparece la figura del/la prescriptora que interviene desde la medicina pero impregnando el campo de lo social. Incluso valiéndose de argumentos sociales para la explicación de la intervención en la consulta médica. También aparece la asociación de la mujer a lo afectivo y el hombre a lo racional:

PSQ1F “Eran entornos mucho más seguros, mucho más cuidados, por menos estresores, menos frustraciones, menos fracasos, menos fracasos. ¿No? O sea, y había menos libertad de opción, pero todo era en un mundo mucho más seguro. Yo creo que ahora esta cantidad de opciones a la gente la pone más vulnerable porque se tienen muchos fracasos y fracasan, ¿no? Además, el valor del fracaso es distinto. ¿No? suponte que antes la mujer no tenía que proveer a la casa hoy si a veces es el sostén de una familia ¿no? este. Por eso te digo, las mujeres están muy marcadas por las separaciones de pareja. Esos fracasos marcan muchísimo a la gente, quizás al hombre lo marque más, algunos también están sufriendo horrible por estas cosas de pareja ¿no?, pero le marca más todo lo que tiene que ver con el fallo o ponele en el trabajo, el despido, en el ingreso, en la deuda, en ese tipo de cosas, ¿no? Y la mujer que mucho más con lo afectivo y toma una situación donde también no hay una tolerancia a la frustración de lo mínimo que no me gustó del otro, ya, ya me lo dijo, le corto, y cortó.”

### ***Conformación familiar.***

Como sostiene Salguero (Salguero et al, 2018) es en los círculos familiares donde se despliegan formas de aprendizaje de lo que significa ser mujer o ser hombre y de los roles de género que les corresponden. En el ámbito familiar se incorporan y aprenden las prácticas del cuidado de sí considerando o no el cuidado del cuerpo, la alimentación o la vida emocional para lograr el bienestar. En este proceso de socialización la ética del cuidado se ha dirigido hacia las mujeres, quienes aprenden desde pequeñas a cuidar de sí mismas y de otros incorporando en la práctica elementos y situaciones que conducen al cuidado de sí (física y emocionalmente) y, especializándose en la escucha de situaciones conflictivas que viven los/las demás.

Aparecen sesgos de géneros correspondientes a asociar el “sostén de la casa o de la familia” desde el lugar tradicional de proveedor correspondiente al hombre y se desestima el cuidado del hogar bajo la gestión-presión hacia la mujer. Esto tampoco permitiría una reflexión o análisis determinado a la carga discursiva hacia el hombre de proveedor económico que conlleva el lugar del “hombre de la casa”. También aparece una visión dicotómica con algunos mecanismos de control estatal como el matrimonio

por ejemplo, que determinan elementos que se desprenden de observaciones en la clínica contraponiéndose en una especie de “deber ser” que mantenían a salvo según una propia visión del mundo:

PSQ1F “Ni la palabra matrimonio, por ejemplo, prácticamente no se usa, ¿no? Yo que sé. Son cambios que en tan poco tiempo se sucedieron. ¿No?, que esto tiene cosas positivas, pero también significó un cambio muy grande y ¿no? saber bien. O sea, yo creo que las cosas estaban muy claramente pactadas. No había antes muchas posibilidades, ¿no? La mujer tenía que casarse, tenía que tener hijos, ¿no? tenía que ir un montón. Era todo muy claro. Yo creo que ahora los seres humanos están abiertos y las mujeres sobre todo, estar abierta a otra serie de posibilidades, ¿no? de muchas. Y esto genera ansiedad”

PSQ2M “yo creo que en general a la mujer le gusta más venir y conversar y ver cómo va la familia ese tipo de cosas necesita mucho más ese espacio que el hombre el hombre va mucho más a lo sintomático ta me siento mejor se desaparece, viene a repetir medicación, de repente cuando hay algún conflicto vuelve, eso es en términos generales no te puedo decir que sean todos así ¿no? Pero la diferencia es notoria”

Se desprende una categorización por género, difícilmente de transformar dejando en evidencia cómo el profesional recibe al/la consultante cargado de prenociones de lo que trae consigo un/a paciente. De esta forma queda reducida la posibilidad de realizar otro tipo de diagnóstico o intervención, ya que este queda absolutamente sesgado pues ya se sabría a qué viene una mujer y también ya se sabe cómo es el comportamiento de un paciente hombre.

Tradicionalmente la mujer (correspondiente al perfil detallado anteriormente) tiene reducidos los espacios de socialización y recreación por el cuidado de la gestión de la vida cotidiana del hogar y los cuidados a familiares. El hombre sostiene espacios de socialización por fuera del hogar y del trabajo y no recibirían cuestionamientos en relación al mantenimiento de dichos espacios. Se encontrarían más habilitados y a permanecer en la esfera de lo privado. La mujer concurre a espacios públicos para la socialización de sus situaciones familiares y personales.

PSQ2M “quizás también influye y que no nos damos cuenta que tal vez hay más mujeres que son amas de casa con tiempo y el hombre que trabaja desde las 8 de la mañana hasta las 17 de la tarde no deja de ir a trabajar por ir al médico. Incluso hasta te manda a la mujer a que le levante la pastilla y esto es una diferencia que todavía se mantiene... la mujer está más acostumbrada al auto cuidado si tiene que ir al ginecólogo falta ¿viste?, y el hombre todavía existe esa negligencia, no está tan informado yo que sé sobre los tratamientos sobre prevención sobre hablar de la salud hay mucho cultural ahí yo creo que hay mucho cultural”

En esta cita aparece “la virtud” de la mujer en relación al cuidado de su cuerpo y su salud invisibilizando la estructura del sistema de salud que obedece a la costumbre (cultural-social) del control sobre el cuerpo de la mujer y perpetúa el régimen de cuidado hacia sí misma y hacia el resto de la familia.

#### ***Distribución de los roles de cuidado.***

Se reiteran los vínculos familiares de cuidado como factores influyentes en la sintomatología en el malestar de la mujer. Aparece la palabra “sobrecarga” en relación al sistema de cuidados del hogar, del núcleo familiar y de la familia de origen.

Al consultar por los motivos en que se cree que le prescriben mayormente psicofármacos a las mujeres este médico de familia comienza hablando de aquellos factores que enferman, situaciones críticas de violencia y finaliza mencionando aspectos del desarrollo de la vida cotidiana.

MFyC5M: “Situaciones de violencia doméstica que por frecuencia es mucho se da mucho más mayor en las mujeres, la dependencia económica, el tema de la sobrecarga... ves ahí veo una diferencia bastante clara y grande, la sobrecarga del cuidador sin duda que lo vemos más en mujeres que en hombres (...) Por ejemplo la clásica el papá o la mamá con enfermedad de Alzheimer que son dependientes que necesitan cuidados, a veces ves 4 hermanos 3 varones y 1 mujer y la que anda en la vuelta es la mujer eso si me animo a afirmarlo que es la mujer si la que tiene sobrecarga del cuidador sin duda”.

La cita anterior se presenta de una forma curiosa ya que en la misma se establecen dos situaciones diferentes que recaen a la mujer: la violencia y la de su rol como cuidadora. No obstante el médico parece reflexionar sobre la diferencia “clara y grande” en el rol de cuidado y no desarrolla las consecuencias de los vínculos de violencia en los cuales hay una diferencia bastante clara y grande en la prevalencia de esas situaciones en la mujer en relación al hombre y quizás esto obedezca a la naturalización de que la mujer concurre a espacios especializados para la atención de esa situación.

MG1F:” Pienso que también la mujer que socialmente cumple varios roles ¿no? es la que trabaja, la que además atiende su casa, atiende a sus hijos y, el hombre como que está más automatizado en su trabajo, trae el dinero y a no ser que le pase algo puntual. Muchas veces el hombre es como que resuelve los duelos diferentes. La muerte de un familiar, de un padre, una madre, le cuesta muchísimo más que una mujer, como que la mujer es más luchadora, aunque pasa por ese duelo”.

La sobrecarga aparece romantizada como fortaleza. Y las diferencias entre sexos marcando la forma de enfrentar las situaciones de la vida cotidiana. Aparecen la sobrecarga asociada al ámbito laboral y el desarrollo de lo vincular en los espacios.

MG2F: "...las cuestiones de género con las que luchamos e intentamos derrocar, creo que si no se siente valoradas que les gustaría o recae muchas actividades sobre la mujer y no tanto sobre el varón y en el ámbito laboral muchas reciben malos tratos, o comentarios fuera de lugar o cuestiones de estrés ambiental por parte del empleador."

MG1F: "Se sienten como desbordadas. Y es ahí que uno empieza a indagar un poquito más qué es lo que está pasando en su vida familiar. Y es ahí que se encuentran esas trabas, que cuando se las haces ver ahí como que se desactiva y muestran su tristeza, su depresión, su ansiedad, que a veces no es una depresión depresión, sino es un desborde por su situación. Por tanta carga y por la carga social, muchas veces la carga social es mucho más que la carga real. Porque el hacerse cargo, el no poder derivar a sus mayores a algún lugar o por no dejar, porque socialmente son miradas que como no cuidan a sus padres, cómo no cuidan y eso los desborda..... Ese casi siempre el discurso y el que no son acompañados por su pareja o por los padres o por hermanos, casi siempre hay otras situación cuando son hermanos varones. Y ponele dos o tres hermanos varones y una hermana mujer. Y cae la responsabilidad sobre la hermana mujer, porque socialmente está bien visto que la mujer sea la que se hace cargo. Los varones ayudaran económicamente y eso desborda, desborda mucho y les produce ansiedad."

Aparece la carga social de cuidado asociada simbólicamente al deber de la mujer, a lo que socialmente se espera de ella y las dificultades en su salud para hacerse cargo de ese mandato. La consulta médica es valorada como ayuda para controlar ese desborde ansioso y por ello la mayor adherencia al tratamiento.

MFyC1M: "La mujer está al cuidado "de", de los hijos del esposo, del hogar y muchas hacen ese trabajo más el doméstico [...] La mujer es como que es ese recurso que está ahí y me hago de él para salir adelante en el varón es diferente, es traído y lo toman un ratito y ya está... la mujer como que se cronifica más por eso entonces me parece [...] La mayoría de las mujeres van más convencidas de su problema y lo quieren solucionar y entonces adhieren a tratamiento.

MFyC3F: "La mujer siempre consulta más recurre más al servicio de salud porque es más de pedir ayuda, de comunicarse incluso ahora porcentualmente en una sala de espera vas a ver siempre más pacientes femeninos ¿no? Ya sea porque llevan a sus hijos o porque van por ellas mismas o por el esposo o por el hijo o los padres entonces siempre porcentualmente es mayor, entre comillas es la mujer la cuidadora"

### ***Influencia de los cambios culturales.***

En la siguiente cita de la entrevista aparece el concepto "medicalizada". Término que aparece como consecuencia de la conceptualización de la mujer como cuidadora.

Contrariamente a otras entrevistas acá aparece que la conducta de la mujer en relación a su cuidado no sería la apropiada por no tener el tiempo necesario para ello.

MFyC4F: “Lo que pasa es que siempre es que el rol de la mujer es el rol de cuidadora ¿no? O sea, ahora, llamativamente he encontrado hombres que llevan a sus niños al control o acompañan al adolescente y esto es ahora hace unos años atrás no era lo más habitual que el hombre se encargara de las consulta, no era lo más común ahora llamativamente uno encuentra que esto se está viendo de otra manera en donde el hombre lleva pero en general ese rol lo ocupa la mujer [...]Yo creo que la mujer está mucho más medicalizada en todos los aspectos pero también puede ser por este rol que tiene poco tiempo o se le enseña poco al autocuidado, esta como con mucha información o sea de todo lo el autocuidado pero como está al cuidado de todos los integrantes de una familia no tiene tiempo para cuidarse, no es que no lo sepa no cuenta con el tiempo para cuidarse o con el tiempo o con la importancia del autocuidado y bueno la sobrecarga física y psíquica de madre, trabajadora como cuidadora de su propio o sea es muy común ver a mujeres de una etapa adulta que están a cargo de sus padres de sus hijos, del esposo de la pareja entonces o sea ahí es como que hay una sobrecarga, es real, hay una sobrecarga física y psíquica pero no creo que sea porque la mujer tenga una mayor problemática psicoemocional pienso que hay varias variables que el hombre accede menos al sistema de salud es uno por lo menos yo lo veo que hago un pantallazo así más general y tengo más mujeres que varones ya te digo el hombre no se manifiesta en general tenés que llegar muy profundo... el hombre va más por lo puntual tengo esto tengo aquello pero en general no cuenta mucho si tiene problemas, la mujer se exploya más o pide ayuda porque necesita quizás más apoyo”

La medicalización aparece como consecuencia de la accesibilidad que tiene la mujer al servicio de salud y al control asiduo en el sistema sanitario. La sobrecarga de cuidados y la asignación de roles sociales-culturales a merced de ello como factores de riesgo a la medicalización y utilización de psicofármacos. Aparece como solución (para estabilizar un malestar) pero a su vez también como problema o cómplice del sistema patriarcal que perpetúa el rol esperado.

Santiago Navarro (2019, p. 21) en el desarrollo de su investigación menciona los aportes de Rafaela Zorzanelli, Francisco Ortega y Benilton Bezerra en relación a la conceptualización respecto al término de medicalización aludiendo a cuatro posibles sentidos de su uso: prácticas que intervienen sobre el espacio público, transformación de comportamientos transgresivos en trastornos médicos, prácticas de control social-imperialismo médico y como proceso irregular del que participan también agentes externos a la profesión médica.

En los discursos médicos se puede identificar (y de hecho es nombrada) una afección claramente social que se transforma en un problema médico, de salud y de esta forma pasan a ser entendido en términos de síntomas físicos, en blancos para la

intervención del sistema. También se identifican otros elementos partícipes de esta ecuación: pacientes e industria farmacéutica y el aumento del protagonismo de ellos en la actualidad con el impacto en el accionar médico y el saber que circula en la sociedad sobre los psicofármacos (campañas, medios de comunicación). Todos agentes intervinientes en la accesibilidad de la atención.

### *La expresión del malestar.*

En relación a la visualización de las diferencias entre hombres y mujeres al momento de la escucha del malestar aparecen diferencias en la expresión del mismo que parecerían determinar la indicación terapéutica. Se observan nominaciones como “facilidad” “expresar sentimientos” “afectos” que corresponderían al sexo femenino.

PSQ3M: “yo diría que hay diferencias ... ahora, no las entiendo como diferencias constitucionales, si más bien como diferencias en relación a lo que es el estilo de vida o la visión cultural predominante en el sentido de que la mujer tiene como más facilidad para consultar o para expresar tanto aquello que tiene que ver con sus afectos, sus sentimientos y quizás de ahí surge algunas de las cuestiones que estén incidiendo en esta diferencia [...] eso no podría decirte... quizás podría pensarse que las consultas son más frecuente en la edad media de la vida ...y de los 60 en adelante quizás se pueda equiparar la diferencia entre sexos... claro pero esto es muy subjetivo y no podría afirmarlo ni se dé un trabajo que se haya en hecho en nuestro medio en ese sentido”

Los mandatos correspondientes a una masculinidad hegemónica generan obstáculos en la accesibilidad de la consulta médica.

MFyC4F: “como que la mujer transmite más que no son enfermedades psiquiátricas que son alteraciones de las conductas basales o por ejemplo en las enfermedades metabólicas que está el aumento de peso o la diabetes que vos ves de base que está un trastorno de ansiedad o que hay una depresión el hombre como que para llegar al trastorno de ansiedad o depresión es como que está más enmascarado o sea no es tan accesiblemente llegar a la, o puntualmente te consulta cuando tienen una consulta vital, una pérdida de un hijo de su pareja, de su trabajo una pérdida de o su autoestima o rol del padre de familia o del encargado del hogar es como que ahí se deja ver más su interior pero no es tan fácil, si lo indagas lo encontrarás pero está más tapada... los trastornos el hombre lo tapa más con algún consumo.... Justamente ¿no? Como la educación del patriarcado en donde el hombre es más hombre si no manifiesta sus sentimientos, sus emociones, sus debilidades”

Las condiciones socioeconómicas y la posición laboral determinarían también el acceso al servicio. Se configura un mismo perfil socioeconómico para mujeres que acceden al servicio del sector público. Parecería que en el sector privado no sería tan así.

MFyC6F: “Será también en mujeres lo veo mucho en mujeres que son amas de casa porque en realidad la medicación que yo te estoy hablando la policlínicas, de ASSE, no hago en la policlínica de la parte privada entonces la mayoría son amas de casa, desempleadas, entonces como que en el hombre claro las benzodiazepinas dan sueño al otro día también entonces como que como trabajan lo tratan de evitar me parece que también podría deberse un poco a eso yo en personas, lo he visto más en personas que son amas de casa”

Esto se puede observar en los estudios del Observatorio Uruguayo de Drogas menciona que en la última muestra realizada (2018) en donde se destaca el consumo mayormente de los hombres en intensidad y patrones para todos los consumos indebidos exceptos los psicofármacos (con y sin receta médica) en donde la mujer obtiene 36,5 puntos porcentuales por sobre el hombre con 19,6 en relación a la prevalencia de vida.

Evidentemente se observa un malestar, que la mujer consulta más, y consulta más por su situación física y no por problemas que tienen que ver con la salud mental.

La consulta de la mujer estaría más “predeterminada” a ser más expresiva, manifestando las alteraciones emocionales. Parecería justificar la sobre-indicación. Quizás esto configure un sesgo de género bastante interesante ya que el hombre tendría otros mecanismos para la canalización de sus emociones u otras manifestaciones de sus alteraciones emocionales no tan “pacíficas o adecuadas” pero las cuales no son abordadas o interrogadas.

MFyC5M “y sí.. hablando mujer y hombre, puede ser sí que a la mujer se le indique más, quizás sea también por el tipo de consulta a veces, la mujer es como más predeterminada más a manifestar a veces sus sentimientos ¿no? que capaz con los hombres sobre todo con cierta edad es más difícil(...) quizás la mujer, accedió, no es por justificar las indicaciones yo estoy de acuerdo, después no sé si quieres hablar sobre el exceso que se da en exceso sobre todo las benzodiazepinas pero me suena que quizás se deba más a eso a que manifiestan quizás más las alteraciones emocionales en las consultas o por el contexto de la consulta que quizás la mujer manifiesta más que el hombre o que se le indiquen más a las mujeres”

La expresión del malestar estaría habilitada desde una valoración cultural y en ese sentido aparentaría ser un factor protector en la medida que permite la intervención sanitaria oportuna para determinadas patologías. No obstante otro análisis podría corresponder al sometimiento que presenta la mujer en relación al control de su vida cotidiana y de su cuerpo mostrando cierta “obediencia” al sistema sanitario. El vínculo estrecho con el sistema sanitario parece habilitar-validar la búsqueda y la escucha de la demanda de la mujer. También permite observar la invisibilización respecto a las

diferentes manifestaciones de las alteraciones emocionales que tienen los hombres y pareciera que no requieren abordaje o pesquisa. Si bien en algunos contextos aparecen conceptos como patriarcado, sociedad machista, violencia de género, no parecieran poder penetrar las prácticas y más bien ofician como pautas de entendimiento hacia el sometimiento y el malestar de la mujer quedando en la órbita del pensamiento sin lograr permear el quehacer médico.

MFyC4F: “Creo que la mujer tiene una apertura mayor a la comunicación del problema en general.... Me parece que la población, no he mirado estadísticas pero creo que la consulta de la mujer es mayor a la consulta del hombre, históricamente consulta más. O consulta por sus hijos, o consulta por sus vínculos, por sus padres, por su pareja es como que está más conectada al sistema de salud, siempre busca más ayuda en el sistema de salud.. no preparé nada ni vi nada pero nosotros tenemos gráficas respecto a edades y a sexo y estoy segura que la proporción de la consulta es mayor en la mujer”

Aquí aparece oportuno señalar cómo es elaborada la mirada clínica profesional, algunas pautadas por la propia observación y la necesidad de la búsqueda de insumos o datos al respecto. Si bien en varias entrevistas se logra observar la percepción de visualizar una necesidad de contar con datos para la formación y la prescripción pareciera que la práctica está mucho más atravesada por lo ya aprendido y lo que viene “funcionando” de forma automática y naturalizada. De todas formas en la anterior cita se observa como dentro del sistema de registro de la salud se encuentran herramientas para la visualización de determinada información clave para el análisis de las consultas.

Esta médica durante la entrevista realiza una asociación interesante que luego corrobora con las gráficas que ofrece el sistema de registro de las consultas en el sector público. Destaca la prevalencia en la consulta de las mujeres y el motivo en relación al dolor crónico y el abuso sexual en la infancia e historias de violencia. Aquí aparece también la indicación de la analgesia para el dolor crónico y no tan solo la prescripción de psicofármacos.

MG2F: “...creo que puede deberse a que los hombres tratan o no están tan atentos como las mujeres a lo que les pasan, consulta más tarde, tratan de solaparlos de otra forma. Son de consultar más las mujeres que los hombres.[...] Es, sobre todo por el abordaje es mucho más difícil abordar este tema en el hombre muchos no llegan o no creen o no aceptan lo que les está pasando en cambio la mujer ya viene con un proceso hecho de lo que le pasa y te lo plantea y además en el varón le cuesta más aceptar que está triste o angustiado, la expresión del sentimiento es mucho más frecuente en la mujer, eso sí me ha pasado, las mujeres cuando vienen con una situación así presentan un llanto espontáneo y enseguida te dicen lo que les sucede, el hombre no, concurre y te dice que no sabe lo que le pasa o capaz que te dice que no está pudiendo dormir, te plantean distintas situaciones...”

## *Violencia Doméstica y suicidio.*

Los servicios especializados de violencia de género y generaciones continúan siendo nominados como servicios de violencia doméstica reduciendo la intervención a lo doméstico del vínculo de pareja o ex pareja en el ámbito del hogar y teniendo como eje de la intervención a la sintomatología física (angustia, dolor, ansiedad, insomnio) como solución a un problema de raíz social. Vuelve a aparecer el cuestionamiento en relación a la poca indagación en las consultas de los hombres y también el abordaje simplista físico en el caso del síntoma de la mujer. Aparece la nominación a la “raíz” de las causas de los malestares a la que no se llega por falta de tiempo. De esta forma la praxis se encuentra atravesada por una capacidad crítica en relación a su lugar en el propio sistema y las lógicas de medicalización que se perpetúan en esa dialéctica.

MFyC5M: “Si, yo como estoy también en el tema de la violencia doméstica quizás porque se indague un poco más en las mujeres (...) yo creo que la base de todo está en indagar un poco más porque a veces nosotros los médicos nos quedamos con el síntoma me siento nerviosa estoy angustiada y no puedo dormir y no vamos a la raíz, no se va a la raíz por qué estás nervioso? ¿Por qué estás angustiado? ¿Por qué no podés dormir? Entonces quizás a veces más por comodidad tomate esto o aquello que vas a estar más tranquila que vas a dormir y como que no se indaga cómo se debería indagar”

Datos epidemiológicos (estudios) al respecto señalan que los intentos de autoeliminación son mayoritariamente en mujeres y, como medio utilizado predominante, es la ingesta de medicación. Pareciera que, en el caso de las mujeres, se tiene en las manos ese elemento en donde el malestar psíquico está por sobre otra mirada.

Por otro lado el suicidio consumado es más frecuente en hombres tomando medios mayoritariamente como el ahorcamiento, asfixias en 70% y arma de fuego. Los niveles nacionales se han equiparado a los registrados durante la crisis del 2002 en donde también se observa como determinante el constructo social de la femineidad y la masculinidad que afectó al hombre en relación al rol social-económico y productivo del hogar.

MG1F: No mostrar su fragilidad. Ellos. Aunque hoy socialmente tenemos una gran apertura y las cosas han cambiado. Hay algo que es real socialmente y esto va a demorar muchísimo en cambiar socialmente. El hombre tiene que ser fuerte, tiene que ser duro, tiene que ser estar ahí. No se le permite y si se lo ve flaquear, los mismos amigos, los mismos familiares, todo. ¿No?, ¿no? tenés que ser fuerte, tenés que salir adelante y a veces no pueden y muchas veces yo creo, no sé, creo que eso es una teoría mía que llegan

más al suicidio. Llegan a matarse más por esa imposibilidad de que lo entiendan lo que está sufriendo y que y que es válido lo que le está pasando, que no es porque tenga porque sea menos hombre.

#### **iv. Alianza terapéutica: el sexo del prescriptor/a y la aceptación de la consulta.**

La alianza terapéutica refiere a la construcción de un tipo de vínculo entre profesional-paciente para el planteo de un tratamiento o seguimiento a realizar. Implica generar una relación de confianza hacia el/la técnica entendiendo que ese otro/a, desde un lugar del saber- conocimiento embestido por el sistema de salud, recomienda lo mejor para la salud y la mejora y se confía que así será. De esta forma, en el/la profesional se genera cierta “seguridad” de que se continuará con el tratamiento y las indicaciones realizadas.

A este vínculo se suma como variable “la demanda” del usuario para el uso de determinada medicación o el alivio de la sintomatología a la brevedad. En la siguiente cita se observa la controversia en el vínculo y el intercambio con el paciente donde se negocia (desde una lógica de mercado, de oferta) el tratamiento a seguir o indicar y la aceptación del mismo:

PSQ2M “Influye si claro porque por ejemplo los fármacos de primera línea para la ansiedad son los antidepresivos pero los ISRS tardan 20 -40 días entonces vos cuando conoces una persona decirle: mire téngame fe tómelos todos los días que en junio usted se va a sentir mejor entonces (se ríe) te quedan mirando entonces lo que haces usas una benzodiazepina que son los fármacos más rápido que son la persona ya se siente mejor y la idea es que dentro de 40 días entrar a sacarlas y dejar los antidepresivos que no generan tolerancia ni adicción como las benzodiazepinas y mucho más efectivo que las benzodiazepinas porque no da esa sedación propia de la benzodiazepinas pero bueno ta es como yo te digo es muy difícil que en la vida moderna la gente maneje esos tiempos”

Aparece la percepción de creencia desde la óptica del/la paciente que por una cuestión de “Fe” al sistema médico se dará la resolución de los problemas. Posteriormente a ese pacto de confianza en la indicación terminarán confluyendo tiempos psíquicos individuales, tiempos exteriores respecto a una modernidad acelerada, el mandato hacia la figura del médico y los tiempos en la atención en el sistema de salud.

MG2M: “vos tenés que resolverle el problema, cuesta decirle que no... si no le das algo y se va con las manos vacías y medio que se siente que no le solucionaste nada y que hace en los 3 meses que demora la espera para la consulta con psiquiatra, te sentís obligarlo a darle”

Aquí el profesional tampoco logra poder separarse de lo esperado desde su figura, desde el valor simbólico del poder médico hegemónico para la resolución de la consulta.

MFyC5M “eso pasa y es un problema y es difícil manejarlo para mí porque por ejemplo llega una paciente que vos nunca la viste ¿no? O la clásica vengo a repetir medicación – que va a repetir?- bueno tomo 3 diazepam por día y dos clonazepam y una quetiapina y vos mirás y hace 15 años que viene tomando eso pero como hago para sacarle los diazepam me mata la mujer, la mujer o el varón o lo que sea (...) Pero es difícil pero la mayoría de la veces no ganamos lo que apostamos. Y también lo que pasa es que este doctor no me dio el diazepam me voy a este otro que me lo da se anota con otro que se lo da y ta”

En estas últimas citas de entrevistas vemos como el profesional logra reflexionar sobre el proceso de la indicación y la respuesta a la demanda del/la usuario/a. Cuando refiere a “no ganamos lo que apostamos” parece tomar conciencia de la no pertinencia de aquella indicación que desde un inicio se plantea desde una demanda sin fundamento clínico, y que solo obedece a no “perder” al paciente, entendiendo que esto último obedece a una lógica simbólica del ser médico de solucionarle o salvar al/la paciente.

MG1F: “Ese es el otro problema que tenemos los médicos generales, que no quiere el paciente, no quiere ir al psiquiatra. Entonces va tomando lo que encuentra o lo que el vecino le da, o el familiar ¿no? Y después vienen a la repetición y muchas veces uno para no perder el paciente le hace la repetición y hasta que lo convence de que vaya a un psiquiatra y que empiece un tratamiento. Pero no es fácil. No es fácil”

Aparecen conceptos o adjetivaciones implícitas en las entrevistas respecto a la alianza establecida para lograr el cumplimiento del tratamiento indicado: obligar, convencer, tener fe, “hágame caso”.

Por otro lado el sexo del técnico o técnica parece oficial como barrera o límite en el vínculo paciente-profesional sobre todo en relación a la masculinidad del paciente. También aparece la aceptación del diagnóstico dependiendo de la nominación “ansiedad o angustia” desde el sexo masculino. Las consultas parecen en este caso ser de forma breve y puntual. Una médica menciona respecto a su sexo como determinante o variable en la consulta:

MG2F “... en montón de situaciones, cuando aparece un tema de tener que examinar genitales te dicen los hombres - yo quería para un médico hombre pero no había entonces vine con usted- y le cuento y ahí cuando le planteo bueno me gustaría revisarte si estás de acuerdo y te dicen no, preferiría que no, es como más reservada la distancia por yo ser mujer. El paciente varón pone más ese límite en relación al género... y aceptan mucho más de repente mucho más la ansiedad y no tanto la angustia. Pero sí. Son los

menos frecuentes o siempre han sido situaciones vitales estresante vinculados al trabajo o situaciones familiares pero muy puntuales pero no va más allá de eso el abordaje que podes hacer, por lo general más relacionado a la ansiedad que a la angustia”

En la misma línea un médico también considera que su sexo ha sido una variable a considerar en las características de la indagatoria en las consultas:

MFyC5M “(...)en cuanto a indagar, quizás al principio en mis inicios digamos pero después como que uno se va largando como que si me costó indagar más en los varones, pero a la larga uno va superando ciertos pudores y va preguntando más, en las mujeres siempre lo indago el tema de la violencia por un tema de frecuencia porque es más frecuente hacia las mujeres, entonces como que es de rutina indagar en las mujeres, después si la consulta de un hombre es por algo emocional por supuesto que indagamos todo lo que pueda ser generador(...)Lo pregunto si, por ejemplo un paciente varón que concurre por un estado de angustia y depresión por supuesto que le pregunto todo como va su familia, soy médico de familia entonces el famioliograma y las relaciones siempre está. La indagamos quizás por el posgrado”.

Por otro lado, la respuesta parece inminente a la demanda que se manifiesta siempre como urgente. También aparece el abordaje de la sintomatología evitando un mayor deterioro dada las características del sistema de atención (demoras, falta de profesionales). Los “pudores” de la masculinidad parecen referir a ciertos sesgos de género que funcionarían de barrera y no permitirían una adecuada indagatoria o el abordaje pertinente al usuario varón. Y por otro lado permite pensar la apropiación del cuerpo de la mujer por el sistema sanitario en dónde no existiría ese “pudor” para la intervención. De esta forma la mujer queda expropiada de su cuerpo y de su salud.

MFyC3F: “Hoy por hoy lo que es acá en x (localidad del departamento) tenemos una demora en promedio de varios meses con reumatólogo en lo que respecta a la fibromialgia y un mes para lo que representa la consulta de poquitos minutos con psiquiatra y consulta de más de dos o tres meses de espera para un tratamiento psicológico entonces que vas hacer entonces espere... yo soy de la convicción de cuando más demoro en resolver al paciente el paciente me va agregando más deterioro, se me va complicando más con otras cosas que va generando”.

De esta forma la demora del tratamiento (por falta de hora en especialidades), la obediencia a la demanda del usuario/a y la barreras en relación a la accesibilidad desde una perspectiva de género parecen aumentar no solo el deterioro de una problemática sino también la perpetuación de una práctica de la repetición de medicación sin juicio clínico que se reconoce muchas veces como la no adecuada, y por ello iatrogénica.

MFyC6F: “(...) yo he visto más cuando vienen a repetir nomás porque trato más bien de no darlo pero si cuando vienen a repetir y también las personas lo tomas por los siglos de los siglos, como que no se prescriben por un tiempo como que lo empezaron a tomar y hace 10 años que están tomando la misma

medicación si bien sabemos cómo profesionales que eso es más un efecto placebo que un efecto farmacológico con tantos años.. y es un poco culpa nuestra porque se repite pero no se trabaja justamente en eso en tratar de sacarlo”

En la mayoría de las entrevistas se visualiza el descenso del uso de psicofármacos como emergente o tratamiento a indicar, no obstante las variables influyentes en las prácticas médicas parecen reproducir el ciclo de la repetición perdiendo el control de dicha prescripción.

Referente a la iniciativa de consultar así como el cumplimiento del tratamiento el sexo del usuario/a es percibido conformando un papel en la aceptación de la indicación:

MFyC4F: “Yo creo que justamente puede ser esto de que la mujer está conectada mucho antes al sistema de salud o porque es llevada por sus padres, por su madre es porque tiene mayor cercanía o también mayor confianza y respaldo en el sistema de salud, el hombre no sé si por un tema cultural o que de falta de hábito o que también se descuida la salud del hombre por el hombre mismo, la mujer por ejemplo de alguna manera todas las campañas publicitarias le acercan o que tiene que hacerse el PAP o que los métodos anticoncepcionales o de la mamografía o si está embarazada a los controles es como que está más cercana al sistema de salud y que acepta además no? porque esto que me estás preguntando con respecto a los psicofármacos la mujer puede como expresar más la emoción, las diferentes emociones o trastornos alteraciones por ejemplo de dice tengo un trastorno del sueño tengo un trastorno de ansiedad que me como todo o tengo.. por ejemplo si tenés un hombre con un trastorno de ansiedad es muy difícil que te vaya a consultar, capaz que tiene una problemática de consumo de o cigarrillos, de alcohol”

La estructura y dinámica del sistema de salud responde a una organización para el control del cuerpo y de la reproducción de la mujer. Los controles sanitarios asociados a la mujer se presentan como determinantes en el ingreso precoz al sistema de salud: control de la niña, control adolescente, prevención del embarazo adolescente, indicaciones de anticonceptivos, cuidado del embarazo, PAP, mamografía. La mirada clínica sesgada hacia la mujer, incluso en la actividad publicitaria de prevención en salud. Desde un rol de cuidado también se encuentran asociados a la mujer los controles médicos pediátricos.

La anticoncepción también aparece como un hito en el acceso de la mujer a determinado control de su esfera sexual y reproductiva de su cuerpo pero también quedando sujeta al sistema médico e invisibilizando la corresponsabilidad en la natalidad por parte de los hombres. Aquí una cita de médica psiquiatra que relaciona la aparición de los mismos como el desencadenante de un nuevo rol dentro de la esfera social:

PSQ1F. “hay un antes y un después en la aparición de los anticonceptivos y que eso le dio la posibilidad de tener un rol distinto dentro de la sociedad, dentro del matrimonio, de la pareja”

Ligado a ello aparece cierta “normalización” o habituación de la ingesta de medicación (transmitida intergeneracionalmente) debido a la práctica de la utilización de anticonceptivos orales en la mujer y la resistencia o la desconfianza de la ingesta por parte de un hombre:

PSQ2M ”Y quizás influya también que muchas chicas que empiezan a tomar anticonceptivos muy jóvenes ya han normalizado el tomar una medicación y un hombre de 30 y pico de edad que comenzó con un trastorno depresivo empezar a tomar algo para él es el primer contacto con la decrepitud física, con la enfermedad, y la mujer creo que la pastilla pueda tener que ver porque una pastilla puede ser vitamina puede ser algo preventivo no necesariamente lo asocias con la enfermedad de repente eso también tiene que ver”

MFyC4F: “el hombre cuando va a la consulta es porque está muy mal en general o sea son pocos los hombres que van como más por controles si se ve más en la gente joven que está interesada en hacerse chequeos y eso pero en realidad el hombre pasa ahora se ve por ejemplo en niños y adolescentes con esto del acercamiento del carné del control adolescente y después gente joven que le preocupa mucho su salud y que ahí entra toda la parte que es de alimentación de actividad física o sea ya perfiles que ya vienen con un encare de cuidarse pero en general el hombre adulto que como que no tuvo esa oportunidad del autocuidado digamos es como generalmente cuando va o solo o llevado siempre está en peores condiciones de salud, es como la idea, o sea la mujer tiene múltiples patologías o no pero es como que va asiduamente a la consulta por diferentes temas, el hombre es como te dicen el hombre consulta poco o no toma medicación, no concurre pero cuando va pero de hecho las estadísticas te dicen que el hombre tiene menos comorbilidades se enferman menos pero mueren más tempranamente que la mujer o sea que ahí hay un bache que el hombre se pierde o por ejemplo si vos le haces algún estudio de factores de riesgo de diabetes de hipertensión de problemas de colesterol es como que ...quizás a la mujer le cueste cumplir todo lo que sea el tema de los cumplimientos del ejercicio, de la rutina del ejercicio pero el hombre directamente es mucho más difícil todavía que esté vinculado al sistema de salud propiamente dicho”

También aparece la transmisión entre mujeres de la práctica de cuidado anticonceptivo, son llevadas por madres u otras mujeres.

MFyC3M: “ingresa antes la mujer, es traída por otra para el inicio de anticonceptivos por el control ginecológico”

MG2M: “la mujer concurre tempranamente al sistema de salud, como que quizás ya se acostumbra a tomar algo, por el inicio de los anticonceptivos ya se le indica la pastilla”

En la misma línea pero manifestando una actualización diferente la siguiente cita, de una médica de familia, menciona modificaciones en las prestaciones de salud o en las líneas de abordaje ministerial en donde el control adolescente cambia el enfoque

y permite que adolescentes hombres ingresen al sistema de salud tempranamente. No obstante persisten barreras de género no logrando el abordaje integral adecuado.

MFyC4F: “Con el abordaje actual el control adolescente creo que es parejo eso me parece que es lo bueno del abordaje integral que son tanto como mujeres y varones sino como que el sistema está muy dirigido, que tiene que ser así, al cuidado de la mujer sino la mujer, la mujer cuida y pocas veces se puede cuidar pero por lo menos está conectada al sistema, el hombre está como más alejado. Hay una cosa que yo siempre lo hago medio como a propósito en los controles que es por ejemplo a la niña vos le hablas de la ecografía ginecológica de los métodos anticonceptivos se les habla a los dos a niños y a niñas pero por ejemplo siempre se insiste mucho en el PAP y en la mamografía en la mujer y sin embargo no he visto a nivel publicitario, a nivel de campañas de salud que se insista en que los niños y los adolescentes tengan el autoexamen de bolsa escrotal o de testículo de palpación de testículos pero yo lo incluyo y les digo porque si bien no es tan frecuente existe el cáncer de testículo y sin embargo es como que no existe esa imagen, no existe una campaña publicitaria para que el hombre tenga su autocuidado.”

#### **v. Consumos asociados: Percepción del riesgo en la mujer y la racionalidad en el uso de psicofármacos.**

En el análisis de las entrevistas aparecen asociados al cuidado del cuerpo y de la salud mujer la figura de otras sustancias de consumo y perfiles específicos en relación a la categoría sexo-género. La preocupación radica en visualizar algunos aspectos en relación al papel de los consumos de psicofármacos en la mujer. Hay un consumo oculto en relación al alcohol en las mujeres el cual continúa fuertemente estigmatizado.

PSQ1F “Se decía que los hombres y consumían alcohol y las mujeres consumían benzodiazepinas, esto digo por el año 2000, por ahí ¿no? se decía eso. Me acuerdo que Pedro Bustelo saliendo a la televisión diciendo estas cosas. Ahora no hay mucha diferencia. Creo que de alguna forma el consumo abusivo de benzodiazepinas es una adicción como cualquier otra como el alcohol como el juego, como de marihuana, es una forma de evadir lo que me está pasando, no pensarme, no, no, no, no escucharme y evadirme”

Jiménez, M y Ordaz, R (2012, pp.83) tomando los aportes de Romo y Gil (2006) afirman que los usos de drogas se encuentran condicionados por los modelos de género, de femeneidad y masculinidad. Éstos definen la aceptación social y aquellos comportamientos que son adecuados o aceptados y cuales no para cada sexo. Actúan como barrera y molde en la adopción de determinados usos de drogas en donde algunos se perciben entre las mujeres como “propios de hombres” (por ejemplo en relación al consumo del alcohol y el tabaco y sobre todo de las sustancias ilegales). Estos estereotipos en relación al sexo, que se encuentran ligados a los roles tradicionalmente femeninos, facilitan en el caso de las mujeres otro uso de drogas, como el uso de

psicofármacos, los que se presentan más compatibles con las necesidades y problemáticas femeninas.

PSQ1F “muchas veces los el problema es el no cumplimiento de los tratamientos con psicofármacos ¿no? o no tomarlas. La gente se automedica, se automedica no solo porque tome de más, sino porque no toma lo que tiene que tomar.”

Aparece de todas formas la falta del “control” médico (en relación a la vigilancia) una vez que se realiza la receta y proyección de la responsabilidad de la indicación a la población usuaria.

MFyC1M: “recuerdo que el MSP lanzó una encuesta de violencia en el 2011 una hoja violeta que todavía está en las historias y te daba las preguntas para que marcaras si si o si no a mujeres mayores de 15 y yo me sorprendí[...]y claro me sorprendí porque uno no pregunta habitualmente, está pasando por una situación difícil que no está bien... por los antecedentes[...] en su niñez o que estaban pasando por eso y no te lo dicen y ahí como que enganchas claro está angustiada y está nerviosa y entonces claro ahí están tomando los psicofármacos, tiene sentido y te dicen las cosas no están bien yo necesito salir adelante y necesito dormir [...] uso de psicofármacos asociado a estos motivos.

Esta médica refiere a la hoja de utilización como indagatoria de situaciones de violencia en mujeres, herramienta que arrojaba datos en relación a situaciones de estrés postraumático vividas actualmente o en el pasado. Para algunos técnicos constituía una buena herramienta indagatoria para pensar la estrategia clínica y farmacológica, logrando integrarla a la consulta.

En relación a esto último hay lineamientos a nivel de política pública que responde a estos controles y seguimientos. Luján Giudici subdirectora de salud del MSP del Programa de Violencia de Género y Generaciones señala aspectos de la política pública en relación al derecho a las mujeres a una vida digna la cual abarca la decisión sobre su cuerpo y su salud. En dicho programa se enfatiza en el desarrollo del autocuidado y derecho de las mujeres pero no se escapa a la concepción del ser mujer desde un rol reproductivo y sancionando los consumos o patologías que interfieren con dicho mandato: salud del niño y la niña (valoración de vulnerabilidades), madres menores de 17 años, madres con uso problemático de sustancias (en adelante UPS), madre con patología psiquiátricas.

El MSP (2020)<sup>6</sup>, en sus programas de salud, ha hecho énfasis en la mujer embarazada y puérpera como política pública indagando la depresión posparto dado que 1 de cada 6 mujeres sufre de depresión posparto.

Parecería que a nivel de política pública la salud mental y física de las mujeres tiene su foco en la prevención de los riesgos y en el mantenimiento de su rol reproductivo. A propósito de ello Jiménez, M. Ordaz, R. (2012, pp. 82) analizan que la construcción de la categoría “mujer adicta” se ha sustentado en imágenes estereotípicas socialmente aceptables, y la tradicional reducción de la salud de las mujeres a la salud reproductiva que marcan la investigación sobre los usos de drogas hipervisibilizando los consumos de sustancias durante el embarazo y resaltando el rol materno de las mujeres que usan drogas. De esta forma se contribuye a una legitimación de la medicalización, criminalización y culpabilización de los usos femeninos de drogas, separando y no cuestionando los consumos irregulares de las drogas legitimadas por el sistema de salud: los psicofármacos

PSQ2M “En Uruguay es una epidemia que tenés todos los médicos utilizan benzodiazepinas y por periodos largos lo que está contraindicado, el uso de benzodiazepinas es por períodos breves ¿no?...los psiquiatras no tanto porque tendemos a usar antidepresivos para trastornos de ansiedad y otros medicamentos pero no tanto las benzodiazepinas o si las usamos son por periodos muy breves generalmente antes del que el antidepresivo empiece a actuar pero los fármacos de primera línea son los IRSS los antidepresivos para dormir lo mismo la higiene del sueño es lo más importante pero el uruguayo es así pasa todo el día tomando mate y la cafeína entonces de noche no puede dormir pero decirle a la gente porque le va a quitar el sueño y te dice no no prefiero tomar mate y de noche tomar la pastilla y la demanda de la benzodiazepina es impresionante”

En las entrevistas a psiquiatría coinciden con la especificidad en el tratamiento y en la indicación. Determinan una diferencia en los psicofármacos indicados y la importancia de esta variable en un uso e indicación responsable. A diferencia de las otras especialidades en donde se observa un modo más generalista al hablar de psicofármacos pero resaltando la emergencia en el cuidado al hablar de BZD .

#### ***La racionalidad en el uso de psicofármacos.***

¿Qué implica un uso racional de psicofármacos? A continuación se determinan aquellos aspectos que se señalan como protectores para un adecuado uso. Se establece la

---

<sup>6</sup> INMUJERES-MIDES (2022) Conversatorio de la Salud Mental de las Mujeres y Uso de Psicofármacos (2022). [https://www.youtube.com/watch?v=Aaql5Ocu\\_1g](https://www.youtube.com/watch?v=Aaql5Ocu_1g)

experticia e idoneidad en el tema por parte del/la prescriptor/a, la importancia de un diagnóstico dinámico y actualizado, el tiempo y dosis de uso, el seguimiento y el alta.

PSQ1F “Primero que lo maneje el que sabe lo que está manejando. Yo siempre he tratado de lo que se llama la formación de los médicos generales, porque yo creo que los médicos generales deben de poder hacerlo, pero deben poder hacerlo bien (...) dosis adecuada por tiempo adecuado (...) creo que es muy importante la formación de los médicos en un uso racional adecuado de los psicofármacos por el bien de los pacientes, no solo por la cuestión de la adicción, sino por poder darle una alta. Son pacientes pacientes que tomo diazepam toda la vida, ¿no? Y ¿qué tiene ese paciente? ¿de que lo estamos tratando? No tiene un diagnóstico preciso para tratar a alguien, tiene que tener un diagnóstico, si no otra cosa sintomática. Incluso es negativo, porque muchas veces los ansiolíticos dejan como tapadas las depresiones. No, la gente se va adormeciendo de una forma, adormeciendo síntomas, pero nunca sale de eso.”

En la siguiente cita aparece la hipótesis en relación a la regulación desde una lógica de mercado, presentando la oferta y sosteniendo la demanda.

PSQ2M “Otro factor es que si, que contribuye mucho, es que salud pública que es el principal operador sanitario y los psicofármacos son gratis, en otros países tiene un costo entonces eso hace que la accesibilidad sea demasiado porque ni siquiera tiene un ticket regulador como la mutualista. Yo conozco gente de Estados Unidos que cuando viene a Uruguay se llevan benzodiazepinas porque allá son caros, la consulta médica te cobra 100 dólares la consulta después vas a la farmacia... acá en Uruguay al ser gratis es un poco disparatado”

Por otro lado, el recorrido hacia una buena práctica prescriptora finaliza con determinar la dosis justa de la sustancia.

MG2F: “Para mi implicaría varios puntos desde la prescripción que hace el médico al uso final que hace el paciente, en mi caso trato de aplicar la dosis menor efectiva, si veo que con medio comprimido estoy bien no tengo porqué tomar más medicación que esa ya cuando el médico da un camión de medicación el paciente lo recibe como caramelo. Siempre trato de explicar las dosis máximas o el objetivo del tratamiento. La mínima dosis efectiva de todo”

El uso racional pensado como un proceso de atención y no como resultado de la atención. Un proceso que implica desde la formación e idoneidad del/la profesional lo que contribuye a una adecuada prescripción, continuando con una buena alianza terapéutica junto a una educación de la salud hasta el control que haga la población usuaria a la salida del consultorio (quedando fuera del control la finalización de los tratamientos y el cóctel peligroso con el uso de otras sustancias).

PSQ2M: “Primero que si la persona viene con un trastorno de ansiedad ver cómo se originó ver la causa y tener un plan y no esto de le duele la cabeza le doy una aspirina no puede dormir y le doy otra cosa para dormir la cuestión es encontrar las causas y tener un plan como entrar y como salir del tratamiento... a modo de ejemplo como te puse del mate que están todo el mate todo el día y después te

pide algo para dormir... o el usuario de cocaína viste que anda con trastorno de ansiedad y dos por tres tengo pánico y yo te receto clonazepam pero si vas a un grupo de adicciones sino no, porque incluso hasta iatrogénico es yo te receto clonapine y a vos la cocaína te da ansiedad paranoica y consumís más... eso faltaría lo que te digo de lo integral del tratamiento que el médico tome la medicación como parte de un plan de entrada y de salida con una meta determinada y eso falta, falta en toda la medicina creo”.

PSQ3M: “A esta altura de la historia y de la evolución de la ciencia dudar de la eficacia de los fármacos es más o menos ser como los antivacunas, es una posición troglodita los fármacos han ido mejorando a pasos agigantados , en relación a la variedad, especificidad sobre su acción al conocimientos sobre de sus efectos incluso hasta los mecanismos de acción incluso hace años se hablaba de psicofármacos que actuaban sobre estructuras... hoy se habla ya de receptores..”

Se descarta la posibilidad de la sustancia como problemática o iatrogénica para la salud por lo que el foco queda puesto en el vínculo que se establece con la utilización de los psicofármacos y la indicación médica como predictor de la eficacia y éxito del tratamiento pero no como responsable de su diagnóstico, indicación y control. La vigilancia queda a cargo del usuario/a.

MFyC4F: “podes tener a una mujer que esté bajo la situación de un sistema de violencia físico y psíquico que de repente te lleva mucho tiempo llegar al diagnóstico pero vas como notando la evidencia de que algo está pasando pero tenés la oportunidad de verlo entonces podés catalogar ... Y si, la mujer está muy medicalizada pero yo he tenido a personas que hoy en día tienen 40, 50 años que cuentan no sé un abuso que tuvieron en la infancia, claro y en general a los hombres esas cosas no les pasan entonces no tienen como esa cosa que vos te encontrar 30 años más tarde que dijeron que fueron abusados pero por decirte no? Cosas que vos decís ¡pa! acá pasa algo porque es como que no la podés sacar entonces claro terminan más medicalizadas porque también vienen con esa cosa de muchos años que no lo pudieron verbalizar que hablaron con sus padres y no les creyeron y entonces es como que la mujer pide ayuda o es como que la mujer referencia el problema, los problemas pero me parece que no es un abordaje desde el profesional hacia la mujer.. me parece que la diferencia no es desde el profesional como que el objetivo es medicalizar mas a la mujer ¿no? porque son muchas condiciones que hacen que la mujer esté más cerca del sistema que cuente más su problemática o que pide ayuda porque de hecho capaz que pide eso... también se ven hombres que están con medicación como que siempre en general como que cuando el hombre consulta o tiene la indicación de un psicofármaco o está como más dirigido o quizás siempre ha sido visto como por un psiquiatra capaz que como que la mujer siempre tiene como que ese contacto y bueno uno le da un ansiolítico y el otro le da un hipnótico y el otro le da otra cosa...”

Aparece la percepción de que las mujeres tendrían mayor prevalencia de tener una sobreprescripción ya que fueron o son más vulnerables a situaciones de violencia. Se desconocen las situaciones de abuso hacia niños hombres las cuales son invisibilizadas por los estereotipos de género imperantes. Por otro lado se determina bajo esta percepción la evidencia de los trastornos post traumáticos encontrados en las mujeres a lo largo de su trayectoria de vida en relación a los vínculos de violencia.

La acción con el ambiente social (abuso sexual en la infancia, violencia interpersonal en núcleos familiares, inequidades en relación a género en la estructura de la sociedad y la exposición a elementos de estrés) se presenta como determinante en la expresión o no de determinada sintomatología.

**vi. Sistema de Salud: Paradigmas en la atención de salud. Población objetivo: acceso-accesibilidad. Estereotipos de género en la clínica.**

*Paradigmas en la atención de salud.*

La formación en género de profesionales de salud y sus efectos en la dialéctica académica-campo social generan cambios curriculares en articulación con la experiencia clínica.

PSQ1F “Aquel que fue esa cosa que es el todo o nada o fue, se enamoró y a los tres días estaban viviendo juntos ¿no? Y se terminó y es el enemigo más grande que tengo. Y entonces como no sé, las mujeres a veces denuncian abusivamente a los hombres, ¿no ? en estas cosas que se sienten tan inseguras, tan mal, ustedes se manejan. Me parece a mí que no tendría que cambiar las cosas que tiene que ver con la educación, con la cultura que también ayudaría ¿no? más de. Bueno, y capaz que estoy un poco grande por eso pienso así.”

Se visualiza cierta reflexión en cuanto a la desactualización en cuanto a la formación clínica que ya no parece poder explicar o entender el hecho social. Aquí se puede observar la convivencia de varios paradigmas que se presentan en la práctica y por ello se convierte en conflicto al establecer un criterio menos imparcial al momento de la resolución clínica.

La entrevistada se separa de formar parte de la categoría de “mujeres” lo que deja entrever que “hay tipos de mujeres” que hacen determinadas cosas por lo que se genera dos lados (correspondientes a cada sexo) de un existir en dónde no se comparte otra experiencia subjetiva más allá de la hegemónica.

Persiste la asociación de la utilización de psicofármacos en las mujeres en relación a los vínculos de pareja y la violencia existente en ellos.

La experiencia clínica, la formación continua y los cambios culturales parecen reducir o explicar ciertos sesgos en la argumentación del personal médico.

PSQ1F “Por ejemplo, cuando yo estudiaba por los años 80, las consultas en las emergencias lo pienso, por ejemplo, en urgencias del Hospital de Clínicas. Las consultas eran las que llamábamos, le llamaban

las Pitiaticas<sup>7</sup>. Eran las crisis convulsivas, ¿no? que hasta las novelas, los teleteatro se nutrían por aquellas mujeres que les venía la amnesia y se olvidaban de todo, que se quedaban paralítica, que se quedaban sin voz, no que les daban aquella crisis, que iban a un velorio y terminaban todas desmayadas. ¿No?, eso ¿no? era este todo lo que tenía que ver con lo que Freud de alguna forma describía, ¿no? con todo lo que tenía que ver con con la histeria, con la neurosis, con la neurosis que hoy no existen, no está. No hay neurosis porque no hay, no hay represión, está todo permitido, ¿no? (...) yo pienso que tiene que ver con la educación, lo cultural. No creo que es sea cosa, porque no creo que tenga que ver con factores ni biológicos ni del medio ambiente en ese sentido. Después, por ejemplo, por allá por los años 90, yo te puedo decir cuando yo estudié psiquiatría no vi una anorexia, no vi un trastorno de alimentación, se estudiaban, era lo teórico, era un libro entre los años 90 y 2000. Allí fue el boom de los trastornos de alimentación, ¿no? Entonces abrieron clínicas especializadas en trastornos de alimentación, ¿no?. Ahora los hay, pero mucho menos, mucho menos. Ahora estamos en el momento de los trastornos de ansiedad.

Se determinan diferencias asociadas a construcciones sociales-culturales. La asignación y explicación a cuadros redundantes en determinadas épocas asociadas a cambios sociales en relación a la imagen y estereotipos de la mujer así como también a “lo permitido” o “censurado” desde cada rol.

MFyC1M: “(...) El tema de la imagen corporal más en la mujer, en el varón no tanto, en el varón es más lo relacional, más en lo vínculos, sentirse parte, conseguir una pareja”

Se observa un ordenamiento social definiendo funciones y roles en relación a lo estable y funcional en la sociedad no visualizando la restricción de libertades en la toma de decisiones y control de la vida personal que padecían las mujeres.

En varias entrevistas, a nivel discursivo aparece la referencia al concepto género pero en relación a algo puntual a intervenir de forma específica y no como categoría de análisis transversal a las prácticas sanitarias. Se reduce a la situación de violencia en el ámbito del hogar, de la pareja o de interrupción de embarazo manteniendo como eje de intervención el trabajo con la mujer. Se visualiza cierto compromiso de autoridades ministeriales pero con un leve peso y poca exigencia a la concurrencia de las capacitaciones y actualizaciones.

MFyC1M: “no recuerdo... género lo empecé a manejar en la residencia... estamos hablando de los años 90 , de género poca cosa... en el posgrado ya algo de por si se da entonces ahí si entras...en mi residencia la tenés incluida pero en otras creo que no[...] después tenés capacitaciones del ministerio que creo que se trató algo sobre género , se habló algo...en pandemia se cortaron las capacitaciones, el cambio de gobierno y la pandemia, antes mes por medio se iban a capacitaciones.... Antes eran de violencia doméstica y ahora más en tema de género y generaciones[...] por la violencia (...) uno como que se

<sup>7</sup> Pitiatismo refiere al método de supresión de los síntomas histéricos por sugestión. Más tarde el término pitiático se hizo sinónimo al de histérico.

acerca más al tema más sobre ese lugar, sobre un episodio de violencia doméstica bueno como que uno se arrima al tema más desde ese lugar, pero el manejo desde el equipo de salud es difícil hacerlo.... Se hace difícil, siempre se hacen capacitaciones a todos los prestadores se les invita a que hagan capacitaciones y así y todo vos ves como cuesta incorporar la temática al manejo clínico o de la sala o de los pacientes en ese tema. Primero que hay que hacerlo interdisciplinariamente, como encararlo se hace difícil”

También se reitera “lo generacional” del o la prescriptora como disculpa para la falta de entendimiento de determinada práctica o la integración de las variables sociales y de género en la asistencia.

PSQ2M “Capacitación no. En el hospital hay un grupo tenemos comité recepción de violencia y otro IVE y yo interactúo ahí con todas esas chicas y ahí por osmosis algo me ha llegado y después en el juzgado también por ser psiquiatra forense la parte de violencia doméstica y ahí tengo a la psicóloga, son tres asistentes sociales y una psicóloga donde en la violencia doméstica pero lo vemos desde ese punto de vista (en relación a violencia de género), no como el género por ejemplo esto que me traes vos [...] obviamente en el pregrado uno lo ve como las diferencias biológicas pero género no [...] Yo ya estoy de vuelta ( en relación a su edad y etapa profesional) entonces yo no sé la mentalidad de la gente joven que se está formando ahora yo no sé si la está recibiendo o si tiene los preconceptos nuestros, la cultura nuestra, la cultura machista ¿no? No sé qué tan necesario es porque el veterano es como un árbol torcido se crió de determinada manera y tiene que adaptarse a los nuevos tiempos pero la gente joven no sé, supongo que si no te voy a decir que no que no es necesario pero no encuentro mucha vuelta al tema”

La apertura a diferentes temáticas correspondería a un deseo individual de recibir información que enriquezca sus prácticas y no a un requisito ético para continuar en el ejercicio de la profesión.

PSQ3M: “Las investigaciones académicas en relación al tema en relación a la utilización de medicación me merece mucho respeto ahora cuando esto se eleva a las autoridades el tema es que no quede en un saludo a la bandera es decir que las autoridades tengan un respeto mínimo por esto que escucha y pongan en marcha mecanismos efectivos que creo que no son mecanismos de control sino que son mecanismos efectivos con la finalidad de mejorar las condiciones asistenciales y acá también podemos pensar es lo que tiene que ver con la instancias formativas porque si en todos los prestadores sean públicos o privados se fomentara por ejemplo la realización de ateneos periódicos instancias periódicos instancias de intercambios con otros y de instancias académicas de conocimientos de estas investigaciones que se han hecho seguramente las cosas tenderían como a mejorar ahora mientras no se haya acompañando la normativa o la exhortación a determinadas conductas y en los hechos no se fomente la misma conducta es inútil [...]lo de los recursos psicoterapéuticos.. a ver, en la formación el psiquiatra el entrenamiento del recurso psicoterapéutico forma parte de la formación y en la formación del médico general no, entonces esto queda librado a la capacidad de empatizar, de escuchar y en las condiciones en las que se tenga las consultas, no es lo mismo disponer de 10 minutos para la consulta o del médico o del especialista o disponer de 20 o 30 y no es lo mismo vivir en una localidad donde más o menos se conoce una gran parte de los habitantes, sus entornos familiares y las condicionantes que en una ciudad más grande dónde ya estas cosas se pierden de vista”.

La idoneidad en la escucha pertinente a las situaciones clínicas asociadas a la formación y a los factores asistenciales así como el control adecuado de la funcionalidad de los diferentes servicios apuntaría a una mejora en la indicación clínica. Las condiciones asistenciales se transforman en condicionantes de la indicación hacia la mujer y las características de la indicación respondiendo a variables asistenciales y de estructura del sistema de salud. Las condiciones asistenciales responden a un sistema caduco, que no responde de forma adecuada y que perpetúa las lógicas tradicionales de desigualdad.

MFyC5M: “Formación por parte de instituciones: hemos tenidos por parte del equipo de violencia , ahora no se están haciendo, en la pandemia tampoco y ahora no se están haciendo pero antes cada dos meses concurríamos los equipos de todos lados a trabajar en las actualizaciones y participábamos en las actualizaciones y armado de los protocolos de violencia “

MFyC6F: “Yo estudié en Cuba en realidad y lo que si noté y cuando llegué a Uruguay la cantidad, es más me llamó la atención la cantidad de psicofármacos que toma el uruguayo en general más la mujeres en otros países no, por lo menos en Cuba no lo toman, tienen la posibilidad de tomarlo pero es mínimo acá en Uruguay es como de uso habitual los psicofármacos, sobre prescriptos me parece a mí”

La sobreprescripción como respuesta inmediata y a la demanda asistencial lo que genera un doble problema: de indicación y de seguimiento y el abordaje adecuado o no frente a un diagnóstico de características sociales.

Algunas interpretaciones de la dinámica social correspondiente al análisis de la consulta y la posterior prescripción por parte de los/las entrevistadas no cuentan con base científica ni de estadísticas respondiendo únicamente a la propia percepción o historia individual.

Se recogen evidencias sobre la caracterización de las entrevistas en donde algunas se encuentran sesgadas socialmente, ciegas a la categoría género, y otras responden a la historia individual del/la prescriptor/a.

En este juego de interpretaciones del personal médico es difícil identificar una postura que refiera a la importancia de lo singular de cada persona, lo específico de su historia de vida, la interseccionalidad, las condiciones de los roles de género. La generalización parece operar como solución para el diagnóstico, como respaldo y fundamento de la prescripción, lo que acaba siendo permeado en gran medida por la constatación de aquellas primeras impresiones en función de lo ya diagnosticado a lo largo del tiempo. Capacitaciones y actualizaciones que no permean la subjetividad del

personal médico y por ende se vuelve insuficientes e inoperantes. También el no saber cómo incorporarlas aparece como problema, falta de espacios de coordinación y adecuación de las prácticas sin sesgos de género a las condiciones asistenciales.

En esta categoría se logra visualizar tres factores de riesgos que confluyen en la dinámica de la consulta clínica. Por un lado, la percepción de que la raíz del problema es de índole social-familiar. Por otro, la percepción que se encuentra sesgada por la subjetividad del/la médico/a prescriptor/a la cual pivotea entre las actualizaciones y referencias actuales y, por último, un sistema asistencial que reproduce lógicas patriarcales. De esta forma queda inmóvil o tiende a reproducir espacios de desigualdad que afectan a un determinado sector de la población usuaria de los servicios de salud.

***Población Objetivo: acceso y accesibilidad de los servicios de salud.***

PSQ1F: “el plan de salud mental tiene como para la prestación de psicoterapia, sobre todo cuando el mutualista tiene una población objetivo que los menores de 24, los trabajadores de la salud, los trabajadores docentes, las personas que realizan intentos de autoeliminación y las adicciones, ¿no? el resto, o sea los mayores de 24 no contamos”

MFyC3M: “en X (sistema público) se tiene una teoría y es que el hombre no consulta porque el diseño de atención, los horarios y los servicios se ajustan a la vida del médico, nos gusta atender en la mañana temprano y hasta media tarde (...) y el hombre que sale del trabajo no llega a consultar... la mujer es diferente, ingresa antes al sistema por los controles de salud, los ginecológicos o está en su casa cuidando o desempleada entonces trae los gurises al pediatra”

Los estereotipos de género marcan el acceso y la accesibilidad a los servicios de salud. Aparecería la reflexión que este último médico hace referencia a que sería desde la institución “en x (sistema público) se tiene una teoría”, marcando cierta toma de conciencia respecto a la dificultad para acceder a los hombres al servicio y marcando la desigualdad social que le permite a la mujer concurrir.

Desde un análisis estructural el género refiere a la forma de organización social y a la división del trabajo entre los sexos y a las posiciones sociales que se derivan condicionando el acceso a los recursos entendiendo no sólo en cuanto a lo económico sino también al tiempo, la información, el uso de los espacios, el capital social o el poder. Esta distribución de las posiciones sociales y recursos determina su relación (oportunidades de acceso y uso). Los diferentes usos de drogas se encuentran ubicados en coordenadas espaciales, temporales y sociales las cuales determinan las

oportunidades de alcance. El género actúa como delimitador de los espacios, tiempos y recursos entre los sexos lo cual condiciona facilita u obstaculiza el acceso de las mujeres a determinados usos de drogas. (Jiménez, M. Ordaz, R. 2012, pp.84)

PSQ1F. “las mujeres son quienes más consultan y por las propias características del hombre muchas veces no llega a la consulta en eso de que solo tiene que poder (...) Yo creo que la mujer consulta más, ya ¿no?, y es lo que dispone”

Muchas de las personas entrevistadas coinciden en que es la frecuencia en el acceso al sistema de consulta lo que determina que las mujeres terminen con mayor consumo de psicofármacos.

PSQ2M. “en la mujer joven puede haber un predominio más de ansiedad y luego más hacia la depresión... yo no llevo una estadística como para afirmarlo [...] generalmente la mujer es mucho más accesible a la parte de psicoterapia a contarte lo que le sucede, el hombre es más una consulta médica va más a lo sintomático... se repite en la consulta lo que ves en la sociedad la mujer es mucho más comunicativa, puede descargar sus emociones a través de la palabra es mucho más receptiva en el hombre la capacidad para verbalizar sus conflictos es mucho más limitada [...] Hay una base común que son los mismos cuadros pero en el hombre busca más una excusa de repente un síntoma determinado por ejemplo no puedo dormir quiero dejar de fumar va más a lo concreto es más difícil que un hombre venga con un problema e n la mujer es diferentes tiene una sensibilidad distinta para todo lo que es la familia los vínculos entonces eso es más para conversarlo en terapia, que las preocupaciones del hombre no tengo trabajo no tengo plata mi novia me dejó, generalmente lo que son los afectos no son tan importantes como en el caso de la mujer”

Los sesgos de género no permiten un buen abordaje en las consultas de los hombres ya que no se indaga más dado que hay características propias del hombre y propias de la mujer. La posibilidad es para determinada población. Hay opciones para el hombre pero no para las mujeres, una sola forma de ser mujer y una sola forma de ser hombre. Se establece un juego en donde se tiene claro a quién se favorece pero a nivel institucional no se logran desarmar las lógicas que intenta visualizar.

PSQ3M“Solicita más, lo solicita más a menudo.... Lo que impide que concurra el hombre son los factores externos al sistema de salud, los culturales, los laborales... quizás alguna facilidad mayor que puedan tener los varones en cuanto a la socialización que pueda implicar secundariamente una facilidad para hablar de sus cosas para compartir con pares sus dificultades y vivencias cotidianas sus posibles motivos de angustia...en las mujeres se podrían pensar más escasos por situaciones de violencia doméstica, dificultad para salir a la calle pienso yo”

En este apartado aparecería una contradicción con otras apreciaciones en relación a la posibilidad de expresar el malestar. No obstante parece responder el acceso que tiene el hombre y la mujer a diferentes espacios de socialización y la visión

tradicional de que el hombre se encuentra con otros y tiene la posibilidad de “hablar de sus temas” y la mujer queda sujeta a lo doméstico, crianza y cuidado frente a pares y hablaría de “sus cosas” dentro de la reserva de las cuatro paredes del consultorio médico.

PSQ3M “la única diferencia que podría pensarse es en la capacidad de objetivar desencadenante en el entorno es decir, creo que diciéndolo muy burdamente si tenemos una población de 100 varones y de 100 mujeres posiblemente la mayoría de los varones que consulten pudiendo decir lo que les está pasando y relacionándolo con alguna situación vivida que en el caso de las mujeres pero acá volvemos a lo primero que tiene que ver con la tendencia o la facilidad o mejor disposición para contar son las mujeres...[...] La diferencia en la atención la daría por cuadro clínico y no por sexo”.

Lo “unisex” de la consulta médica que elimina las diferencias sociales y culturales que conforman al cuadro clínico.

MFyC6F: “Cada paciente hay que tomarlo individualmente, la indicación de psicofármacos no es como indicar un Perifar, vos tenés que ver si es una persona que trabaja si maneja maquinaria, una madre con hijos que lo lleva a la escuela vos no podes indicarle un psicofármaco y justo sale y lleva los gurises a la escuela, o sea son muchas cosas que yo tomo en cuenta antes de indicar y le digo al paciente, yo soy muy de explicar por ejemplo de día no tomar psicofármacos por todos los efectos adversos que puede provocar porque si tiene un accidente tomando psicofármacos es peor el remedio que la enfermedad.. Darle más té de tilo, abandonar todo las bebidas como te decía , el mate, el café todas esas cosas antes de indicarlo. Cada caso me parece que es individual siendo hombre o mujer, yo no discrimino en realidad por el sexo es por como es el contexto de cada uno porque también hay padres que son padres solteros que llevan los hijos a la escuela ¿no? Entonces como que en cada caso individualizarlo y siempre tratar llevar el uso a mínima dosis efectiva y mínimo tiempo. Yo no indico tomar todos los días. Empezá con la mínima dosis y tomarlo solo si no podes dormir y cuando necesitan psicofármacos que toman mucho durante el día y la noche hacerle el pase a psiquiatra. Porque de repente no es un psicofármaco que precisa, es un antidepresivo.

En cuanto al tratamiento hay falta de diferenciación entre el tratamiento a determinados diagnósticos y la sintomatología reactiva a una situación determinada.

PSQ3M “yo creo que no es tanto una frecuencia en cuanto al diagnóstico sino más bien a una sintomatología por lo que hablábamos hoy de la facilidad o la tendencia o la cultura que lleva a la mujer a contar. Los cuadros con sintomatología depresiva leve o trastornos de ansiedad con sintomatología leve... coinciden con la mayor demanda que también coincide con la cantidad de psicofármacos que recetan los no especialistas, aquellos fármacos que se indican en cuadros sin complicaciones como por ejemplo sin elementos fóbicos o sin elementos que generen riesgos de desestructuración.”

***Estereotipos de género en la clínica.***

Se naturaliza la aceptación de la indicación por parte de la mujer y no se cuestiona esta gran disponibilidad como una herencia generacional y cultural en relación al control del cuerpo en la mujer lo que genera la fácil aceptación del control médico.

MFyC6F: “Además más allá del tema laboral la mujer es como más fácil que tome medicación el hombre es como más reacio a tomar una medicación crónica y la mujer es como más responsable de su salud”

MG1F: “los hombres no entran por el problema cotidiano, por el cuidado, por preocuparse. Sólo digo situaciones muy puntuales. Te diría incluso yo tuve situaciones de padres que quedaban solos con cuatro o cinco hijos y sin embargo lo menos que te pedían era un psicofármacos, lo que querían era salir adelante, era salir como pudieran. Digo, tuvimos varios casos de eso. Uno de los casos, incluso uno de los niños era tenía parálisis cerebral. Queda con treinta y pocos años, con cinco hijos y uno con parálisis cerebral y en lo único que pedía estaba extrañaba mucho su compañera, extrañaba todo. Pero no me den nada porque yo no me puedo dormir, yo tengo que salir adelante, tengo que trabajar, tengo que cuidar, digo. Es como distinto a al discurso de la mujer.”

El estereotipo del hombre fuerte, sobrecargado y el peso del cuidado de la crianza entendiendo que el cuidado es inherente a la condición de ser mujer y solo por omisión de ésta correspondería una responsabilidad del hombre.

MG1F: “ los hombres demoran más porque socialmente no está bien, no está bien visto. Digo, hoy en día las personas más jóvenes ya se dan cuenta y es distinto, pero la gran mayoría de 40 para arriba no, no, socialmente tiene que aguantar porque son hombres. El hombre no llora. Y se aguantan y no lloran y. Y bueno, muchas veces se refugian también en el alcohol, en el cigarro y otras veces en las drogas directamente ¿no? Esa es su válvula de escape.”

Aparece nuevamente la posibilidad de cambio nombrando nuevas generaciones con cambios desde una óptica beneficiosa para el cuidado de la salud del hombre. El acceso al campo laboral se vuelve determinante en relación a la accesibilidad de los cuidados de salud.

MFyC6F: “Lo he visto más en mujeres (trastornos de pánicos) que en hombres, las mujeres es más la ansiedad en mujeres que en hombres por lo menos es lo que yo veo en la policlínica, la mujer también es la que consulta más por todo el hombre es como que más se deja estar y consulta por último (...)El hombre muchos hombres no consulta por un tema laboral no le coincide la consulta con los horarios laborales la mujer como que están más acostumbrada a ir al médico por el tema de los hijos porque llevas a tu hijo al pediatra, tenés que llevarlo, entonces van a consultar más, se habitúan a la consulta”

MFyC1M: “yo veo más mujeres, pero el hombre a veces no consulta, se la banca de otra forma, muchas veces viene acompañado por su esposa, por su compañera y te dice yo vengo porque él no va a decir

nada... a veces habla más la mujer o los padres... se la bancan como que no consultas y llega un momento que va alguien y los acompañan y expresan ahí lo que les pasa[...] el varón lo ves y lo controlás hasta la adolescencia por el carné del niño y del adolescente y después es como que se pierde... hay como una ventana de varios años y vuelve porque o empieza a trabajar y necesita el carné de salud para trabajar... el que trabaja formal... o después consulta por una patología física, pero por lo general consulta poco es más bien traído por la mujer, cuando es más chico por la mamá porque lo ve mal, porque es retraído o no se integra.. o en lo adulto porque hay algo a nivel familiar, de la dinámica que se altera y entonces lo trae la esposa y dice lo traigo porque él no va hablar... está muy irritable, no descansa bien, no es el mismo de antes, está decaído [...]Es algo cultural el varón se la banca, la patología de salud mental es como mal vista,, yo no estoy loco, y se le explica que puede ser que estés triste y angustiado y que no estés loco, la mujer se expresa más, consulta más.”

El rol del cuidado parece tener una sola lógica de repetición intergeneracional que atraviesa las diferentes etapas evolutivas: La madre ingresa a la hija al sistema sanitario por los cuidados pediátricos a la niña que en la adolescencia vuelve a ser sujeta por el control de la anticoncepción, posteriormente se vuelve esposa y se encargará del cuidado de su marido e hijos.

El género se construye, a través de la interacción social, mediante las conductas comunicacionales. La información con la que contamos sobre la forma de comportarnos y manifestarnos proceden de señales y signos (verbales y comportamentales) en la comunicación. Gran parte de este comportamiento se filtra a través del género (y la concepción propia de género) que genera la toma de decisiones sobre qué decir o cómo interpretar lo escuchado (teniendo experiencias comunes que llegan a los mismos significados asociados a los mensajes). De esta forma el género es un factor en la generación de una historia compartida y por ello influye en el proceso de comunicación. (Matud Aznar et al. pp. 117. 2002). Esto permitiría pensar en otra investigación en dónde se puedan establecer las racionalidades y sentidos prácticos que mujeres y hombres atribuyen a los usos de psicofármacos y el significado que le otorgan a esas experiencias.

MFyC1M: “Uno de las puertas de entrada para el género al sistema es a partir de la violencia y cuesta mucho trabajar con la visión de género [...] por la capacitación muchos van obligados, porque se exige o no te gusta y no te sentís cómodo... a veces creo que moviliza cosas adentro de uno que uno dice yo no puedo trabajar de eso, si te puedo solucionar si por un traumatismo en la pierna te enyeso no sé pero escuchar esto no se déjame que pregunto [...]

El abordaje de situaciones de violencia desde un eje médico biologicista luce reduccionista. Si bien cuenta con herramientas debido a la formación de posgrado persiste cierto límite epistemológico en la comprensión de las problemáticas asociadas a

la categoría “género” o sensaciones de “malestar o incomodidad”, al poner sobre cuestionamiento el lugar de los hombres en la sociedad que coincide con el sexo del médico.

MFyC3F: “las mujeres son más sensibles (ríe) y no sé, es raro yo personalmente hice el posgrado de gastro y estadísticamente el síndrome de trastorno irritable se ve mucho más en mujeres. [...] ¿Hay una correspondencia biológica? No sé, tendría que buscar un estudio científico, si es genético si es hormonal porque por ejemplo los empujes del síndrome del colon irritable acontecen en la edad fértil de la mujer más frecuentes en la presentación de la posmenopausia... posiblemente si haya un vínculo hormonal”.

De todas formas persiste una mirada hacia el sistema reproductivo femenino como causante del malestar emocional y a la sensibilidad asociada a la mujer. El malestar emocional de la mujer ¿es de interés sanitario?

**vii. Alternativas para una solución al problema. Abordaje integral para un uso racional. La interconsulta. Enfoque interdisciplinar.**

Al finalizar las entrevistas se promueve una reflexión en torno a las posibles soluciones respecto a la sobre indicación. La interdisciplina y la comunicación entre el resto del equipo de salud se evidencia como necesaria para una resolución pertinente, no obstante las reglas del sistema de salud no permitiría o no contempla que el encuentro sea necesario. Por un lado aparece la posibilidad de crear diferentes dispositivos alternativos y la existencia de un sistema regulador y de alerta y no de control para pensar las prácticas y las derivaciones adecuadas. La ausencia de un sistema regulatorio se presenta como predictor de un desenlace hacia la sobre indicación del que parece que el/la profesional no tiene control. Se llega a la consulta especializada con psiquiatra con un tratamiento por lo que se evalúa en exceso e inadecuado y por otro lado aparece otro diagnóstico que se sumaría a la problemática, la posible adicción:

PSQ2M “No, incluso una lucha diaria que tenemos en la consulta. La benzodiacepinas tienen lo que se llama tolerancia, el cuerpo se estimula en su metabolismo digamos y cada vez se metaboliza más rápido y entonces cada vez necesitas una dosis mayor para que haga su efecto, entonces en la consulta de psiquiatría vos ves que cada vez más toman diazepam, clonazepam, toma somit toma tizafen y todas actúan en el mismo receptor gaba pero la gente no se da cuenta que es una escalada que está haciendo sumarle que tomar lorazepam, tizafen, pregabalina y eso es como tomar 5 diazepam juntos quedando fuera del rango terapéutico seguís con el tema de la tolerancia y después cuando querés bajar cuesta mucho porque las benzodiacepinas genera mucha adicción”

MG1M: “El acceso al especialista... la no automedicación... actualmente no hay un control de lo que damos, un organismo regulador... no sé si sería un medio para penalizar pero si para alertar sobre el aumento en la indicación”.

La formación de médicos y médicas generales por la Sociedad de Psiquiatría es una posible solución por parte de un psiquiatra. Refiere que adoctrinar en relación a la prescripción de psicofármacos a otras especialidades ayudaría a un control más adecuado. Esto también implicaría la interconsulta entre medicina general y psiquiatría la cual parece que no es tan óptima y frecuente como deseada.

MG1F: “Es difícil, es difícil porque en realidad como que no hay una puesta en común entre todos. Entonces lo que yo no prescribo lo prescribe el médico que viene en la tarde o lo prescribe el de la mañana(...) Y entonces creo que es de educación. La herramienta es educación, pero es educación hacia afuera y hacia adentro. Porque si los médicos seguimos por comodidad de esta forma”

El diseño de protocolos de actuación los cuales ya se encuentran disponibles pero no se realiza una sistematización adecuada del seguimiento de las y los pacientes. La salud como derecho universal que se encuentra mermado por las características del sistema de salud y la falta de conexión entre los niveles del mismo.

MFyC2M: “el diseño de protocolos en el uso de la medicación sería adecuado, que indique el uso, el tiempo (...)”

MG2F: “... muchos problemas que vemos del día a día parten del primer nivel de atención quizás si hay mayor disponibilidad sobre todo en X (sistema de salud público) que la gente tiene más demoras si se refuerza el primer nivel de atención se puede atajar de forma más temprana y se pueden abordar de una mejor manera y no se hace tan difícil de abarcar [...] y mucho mejor y más disponibilidad de médicos y de horas para todo el mundo pero se hace lo que se puede por supuesto. Que la gente no tendría que esperar tanto para resolver un problema de salud, que el acceso de la salud tiene que ser algo al alcance de la mano”.

MFyC3F:” Que tengamos un equipo multidisciplinario de trabajo con psiquiatra, psicólogo y reumatólogo, eventualmente terapias de grupo de apoyo, nosotros solos e individualmente en unos minutos de consulta no podemos tratar de darle otro tipo de herramientas para enfrentar las situaciones de miedo, dolor y angustia a las cuales se enfrenta... por ahí pasaría el trabajo en equipo para mi es la base de un buen éxito terapéutico.

### ***Abordaje integral para un uso racional.***

MFyC4F: “¿Uso racional? Evaluar la indicación precisa en el momento oportuno con una evaluación adecuada y un seguimiento adecuado intentando esto que yo te decía que la persona sea responsable de su autocuidado no administrar la medicación por administrarla tener en cuenta la capacidad desde el usuario y del profesional de decir bueno esta medicación te puede beneficiar en el momento oportuno este.... De

una manera responsable con un seguimiento con el especialista de forma responsable sería bárbaro esto del acompañamiento psicoterapéutico que si bien no es lo farmacológico también es lo que si la persona tiene que tomar toda la vida una medicación eso no se discute pero con el acompañamiento adecuado, el seguimiento y la evaluación porque viste que las personas algunos están con psicofármacos y están toda la vida y nunca se evalúa si sirve si no sirve que cambios o sea como que toda la medicación en realidad tiene que tener un uso responsable, una indicación precisa y oportuna y una evaluación permanente”

Las soluciones estructurales sociales se presentan como inminentes para el abordaje de los problemas sociales, marcarían un hallazgo hacia una intervención más pertinente del malestar modificando la dinámica familiar y social de las mujeres.

MFyC5M: “Me parece que hay muchas situaciones cuadros de ansiedad o trastornos adaptativos que sin dudas que con otras medidas no medicamentosas digamos andaríamos bien de bien, casos sobre la sobrecarga del cuidador, cuando le haces ver a la persona que está con eso que puede delegar tareas o casos de que van bien y le haces ver y que puede tener tiempo para ella y no estar arriba de su abuela ves que mejora francamente y sin dudas disminuye el uso de psicofármacos”

Maria Pilar Morcillo Sanchez (Secretaria Técnica de Drogodependencias de Extremadura de España)<sup>8</sup> en relación al control en la indicación de psicofármacos señala la importancia en el trabajo de la salud emocional de las mujeres sobre el “*malestar del género*” que desembocaban en el consumo de psicofármacos o en otro tipo de consumos. Se presenta como un riesgo o una práctica iatrogénica que malestar social se interprete como indicador para iniciar un tratamiento o para diagnosticar un trastorno mental el cual aparentemente se soluciona con un abordaje médico y farmacológico. Se pregunta ¿Por qué a un hombre cuando concurre con un dolor en el pecho se le realiza un electrocardiograma y cuando va una mujer se le indica un ansiolítico? Aquí se visualiza como los estereotipos de género influyen en la mirada clínica arrojando datos epidemiológicos en cuanto en España la tasa de mortalidad por infarto de miocardio es el doble en mujeres y sufren más del doble de problemas de salud mental.

Esa invisibilidad a la que se refiere Morcillo obedecería a una lógica de miradas diferentes para el hombre y la mujer. En donde las políticas de salud hacia la mujer apuntan a su corporeidad y su rol reproductivo o la expresión del malestar aspectos derivados de los estereotipos de género. Describe al fenómeno como el de “la mujer dormida: una respuesta médica a un problema social” enfatizando que la salud mental de las mujeres y la feminización del consumo de psicofármacos no es solo una cuestión

---

<sup>8</sup> Conversatorio Salud Mental de las mujeres y Uso de psicofármacos. Junio 2022.  
[https://www.youtube.com/watch?v=AaqL5Ocu\\_1g](https://www.youtube.com/watch?v=AaqL5Ocu_1g)

sanitaria, también es una cuestión social que trasciende cuestiones económicas y que requiere convertirse en una cuestión política. Apunta a entender y analizar el consumo de medicamentos asociados al género, con diseño de alternativas de intervención social a la medicalización de los malestares sociales de las mujeres.

MFyC2M: “tenés el mismo tiempo para atender a un hombre o a una mujer y la mujer es más directa, no le cuesta expresar que está triste ¿entendes? Y ahí ya indicás(...) el hombre te viene con un dolor en el cuerpo, de cabeza o de panza y si no estás apurado y tenés tiempo indagas y ahí puede que llegues a la indicación pero de lo contrario se va con un analgésico... también si es mujer es más fácil preguntarle, al varón espero que me diga, o en el servicio especializado ya vienen con el síntoma visible digamos (refiriendo al servicio de violencia de género)”

### ***La interconsulta.***

La brecha en el acceso a la salud entre el interior y la capital del país también genera una variable más a un análisis interseccional para el abordaje adecuado de la salud de las mujeres. Un consultorio que funciona como dispositivo de encierro tanto para las usuarias como para el personal médico. La soledad en el diagnóstico y en el tratamiento:

PSQ2M: “Hay poca interacción y más en pueblos chicos capaz que en ciudades grandes más en las emergencias medio que te encontrás y lo consultas pero después en el consultorio estás dentro de 4 paredes que encierran al paciente pero te encierran a vos también. Incluso entre psiquiatra y psicólogo hay una gran pared que nos separa viste muy difícil interactuar hay poco psicólogo que me llama y me dice mira este paciente y yo tampoco lo hago (ríe)[...] Entiendo que el sistema te lleva a eso pero tampoco nos tomamos el tiempo de mandar un whatsapp, no tenemos el hábito. En otros países con clínicas más grandes hay un jefe de clínica están todo más jerarquizado se atiende más en equipo en Uruguay es muy individual tú médico mi paciente y es bidireccional entre médico y paciente no entra nadie más”

Se visualizan barreras, paredes que descuidan a los usuarios y usuarias. Paciente y médico/a quedan en solitario para la resolución de las consultas.

MFyC5M “Acá en el medio que yo me manejo si porque yo agarro mi teléfono y lo llamé al geriatra, al psiquiatra y bueno le comento que tengo un paciente de tal lado que así y asá. Pero si en vez de llamar o justo coincide si hago policlínica en el hospital y el psiquiatra está en el consultorio de al lado. Si yo lo haría desde el consultorio con el papelito de la derivación o el pasecito en el papel o la computadora la interconsulta dura meses. Acá en X (menciona localidad del departamento) que nos conocemos todos lo hablamos directamente pero en otros medios seguramente es mucho más difícil (...) Sobre todo en el ámbito público está bastante complicado pase a psiquiatra en lista de espera puede pasar 6 meses igual”

La derivación oportuna o el diálogo entre las disciplinas quedan en una suerte de camaradería que se genere entre compañeros y compañeras de trabajo y no en protocolos de atención adecuados.

MFyC3F: “Se da poco porque no tenemos disponibilidad de repente cuando tenemos un paciente más complejo que necesitamos una ayuda y ahí llamamos al compañero de trabajo pero no porque no es posible que yo le diga fulanito vaya y anótese que la semana que viene va a tener 45 minutos con el psicólogo y así sucesivamente todas las semanas hasta que usted salga adelante y tiempo para conversar al paciente y su situación familiar discutida con todos los especialistas involucrados en el tratamientos”

MFyC5M: “Por ejemplo en el ámbito privado lo ve un comité de salud mental y ahí lo ve la psiquiatra y le indica otra cosa tal vez pero en casos más como dijimos en una persona ansiosa que está con benzodiazepinas hace años la mayoría de las veces está con eso nada mas. Esta mal indicado, falta prescripción, falta hablar más con los colegas ya te digo muchas veces por el apuro por el poco tiempo que tenemos en cada consulta se termina en eso tomate esto y anda a dormir y vuelva al tiempo y que pase el que sigue”

La construcción de dispositivos de escucha y no de tratamientos farmacológicos aparece como alternativa eficiente. El actual detrimento de las prestaciones de salud mental socava el acceso a tratamientos terapéuticos alternativos o complementarios. También han mermado aquellas actualizaciones (que formaban parte de las metas prestacionales en salud) que implementaba el MSP para adecuar la atención en salud mental de acuerdo a protocolos y guías adecuadas para una atención en salud integral. Estos espacios, valorados por muchos técnicos y técnicas permiten la actualización, la formación y el intercambio del colectivo en pos de acuerdo de mejora no solo de la asistencia sino también de las condiciones y características de la actividad laboral:

PSQ3M: “En relación incluso a las prestaciones la primer fue el El niño y el lactante Y creo que la segunda y la tercera fue la de violencia coincidió además con una sucesión de un equipo dentro del ministerio que tenían como una fuerza enorme y una capacidad convocatoria importante creo que se daba porque había una política de Estado de atrás y se generó una continuidad en el trabajo que yo creo que durante los, mientras estuvo vigente hasta el año 2019 fue generando un cambio cultural en las instituciones porque fue la primera vez que una meta prestacional por lo menos de las que conocí, implicaba el trabajo en equipo y además implicaba una distribución de responsabilidades que abarcaba fundamentalmente al primer nivel de asistencia pero que para eso se apuntalaba por decirlo de alguna manera en especialistas pero no se pensó en conformar un grupo de personas que asistiera a situaciones de violencias sino que se pensó en conformar un grupo de personas que capacitara a los trabajadores a como para poder intervenir desde su lugar en situaciones de violencia, cada uno de su lugar, con sus herramientas y en caso necesario recurrir a este grupo de expertos, me suena horrible decirlo así, a este grupo de personas que venían trabajando intensamente en el tema”

### *Enfoque interdisciplinar.*

En relación a la indicación de psicofármacos aparece la interdisciplina como el enfoque necesario y esperado (con listas de espera largas o falta de comunicación entre disciplinas). Parecería que se presenta como la solución a una respuesta que actualmente parece ser casi puramente biologicista dependiendo de la especialidad del/la profesional tratante. La interdisciplina podría llegar a rescatar la construcción social del proceso de salud-enfermedad y obteniendo un respuesta más holística a un problema más complejo.

MG2F: “trato de abordarlo de la mejor manera. Probar con algún fármaco que sea efectivo y los controles evolutivos... porque me ha pasado que cuando le nombras de expandir a un comité de recepción de salud mental y la gente se niega, te dicen lo mío no es para tanto... A mí me gustaría que la mayoría de los casos lo pudiéramos trabajar de forma conjunta y después abrir el abanico y que entren los diferentes actores. También es una cuestión de afinidad que al no tener tanta variedad de profesionales o especialidades en el interior hay un rechazo a nivel personal porque conocen al médico o son vecinos... los más exitosos son los abordajes en conjunto”

En el ámbito de la medicina familiar aparecen algunos abordajes pero con la espera de que la consulta con la disciplina pertinente, psiquiatría, se concrete.

MFyC6F “Yo trato de indicarlo para el insomnio las benzodiazepinas no ya para un tratamiento largo, insomnio y siempre tratando como te decía de abordar las otras, el uso de estimulando, dormir siesta, hacer una buena higiene del sueño y como último recurso si usar el tratamiento farmacológico (...)La indicación, para mí más que nada es en el insomnio y también lo que he visto por ejemplo los trastornos de pánico los he visto más en mujeres que en hombres que esa es una de las indicaciones, también he visto en la policlínica trastornos de pánico mal diagnosticados, por medicina general y no por psiquiatra como debería ser. También es un tema de la falta de accesibilidad a la psiquiatría entonces capaz que también están mal empleados porque claro piden turno hoy para psiquiatra y van a ir dentro de 3 o 4 meses”

Es interesante observar como la mayoría de los tratamientos son iniciados en las denominadas policlínicas de primer nivel de atención, con las figuras de medicina general o con medicina familiar y comunitaria. No obstante en el desarrollo de las entrevistas siempre aparece esa espera a que se gestione y concrete la consulta con la disciplina que se entiende como la pertinente (psiquiatría) para controlar si la prescripción es la adecuada o no. Tratamientos indicados con claras dificultades de seguimiento y control, dudas en los diagnósticos, barreras de acceso y accesibilidad a los servicios especializados, poco diálogo entre especialidades y sesgos en la indagatoria forman parte de la resolución de las consultas. El interior del país contaría

con menores recursos y posibilidades determinando una atención en salud de menor calidad.

En algunas entrevistas aparece con frecuencia el señalamiento de que la indicación de psicofármacos también responde a la falta de dispositivos de atención alternativos a la medicalización. Se presentan sesgos (determinados por los estereotipos de género imperantes) que obstaculizan la atención y la accesibilidad a la consulta y hacen pensar en el diseño de espacios de atención configurados en respuesta a los estereotipos de género.

MFyC6F: “Yo pienso que también que las mujeres somos mucho más abiertas y precisamos más la terapia por ejemplo con psicólogo no hay accesibilidad acá. Yo sé por ejemplo en el ámbito privado es el psiquiatra el que da la indicación para psicólogo entonces se te va a 7 o 8 meses para que tenga. Y las mujeres me parece que lo que precisamos más a veces es la terapia con psicólogo el hombre de por sí es como más cerrado para ir tanto a un psiquiatra como para un psicólogo la mujer es como que precisa muchas veces es eso la terapia psicológica antes que un psicofármaco que como no la tiene se va al psicofármaco. Pero no se me ocurre (...) Porque el hombre es más cerrado... no sé, habrá que estudiarlo pero tal vez por lo que uno ve en la policlínica las personas que van porque van a pedir ayuda el varón va menos, consulta mucho en emergencia por un tema laboral, porque un trabajo de 8 a 16 se te acabó la hora de policlínica entonces capaz que por eso también”.

La mujer queda nuevamente en el lugar de la inestable emocionalmente y por eso necesitaría concurrir a atender su salud mental. La falta de control de impulsos, falta de tolerancia a la frustración y situaciones de violencia entre pares parece naturalizada en el caso de los hombres no logrando el acceso adecuado al sistema ni a los tratamientos.

En relación a ello en su estudio Navarro (2021, pp. 103-104) menciona que el consumo de psicofármacos responde a un velo de silencio respecto a su cronificación y menciona antecedentes como la investigación de Joke Haafkens (1997) en la cual visualiza que en las prácticas de consumo crónico de BZD en mujeres holandesas se identifican rituales de silencio a la ausencia de espacios para que las personas puedan desplegar sus problemas con la indicación farmacológica. Este silencio cronifica el uso y trama una red que perpetúa dicho proceso más que iniciar la discontinuación del tratamiento.

## CONCLUSIONES

La presente investigación contiene en su elaboración el objetivo de constituirse como herramienta para enriquecer la conceptualización y nutrir el contexto del abordaje de la problemática de la indicación y consumo de psicofármacos diferencial de mujeres y hombres.

Se enfatiza en comprender, desde una perspectiva de género, el fenómeno de la prescripción diferencial como un concepto dinámico en dónde confluyen diferentes variables: estructura del sistema de atención en la salud, personal médico, industria farmacéutica, usuarios/as del sistema de salud, factores que en su interacción determinan aspectos disímiles de la salud de la población, el acceso y la accesibilidad al sistema sanitario. El género, como categoría de análisis, permite comprender los procesos en los cuales el género como proceso social no se tiene en cuenta, debido a los estereotipos de géneros imperantes, presentes en la mirada clínica como un determinante más en la sobre prescripción y la falta de toma de conciencia de la huella que tienen a la hora de la indicación hacia hombres y mujeres.

Desde los antecedentes hallados para la presente investigación se observó un registro de otras investigaciones a nivel nacional e internacional que han señalado la problemática del aumento del consumo de psicofármacos, entre ellos la BZD, enfatizando las consecuencias físicas de una indicación clínica dudosa y escaso seguimiento.

La investigación bregó por un estudio desde una perspectiva de género la cual se presentó como imprescindible para aportar nuevas líneas en lo que tiene que ver en el diseño y la puesta en marcha de políticas públicas en la salud. El análisis de los discursos médicos (como agentes y elementos básicos del sistema de salud) permitió visualizar aristas no tan conscientes que determinan el acceso o no a tratamiento y servicios.

Las características de esta investigación apuntan a resignificar, mediante sus hallazgos, algunas prácticas posibilitando integrar las conceptualizaciones integradas a los escenarios de la salud de las mujeres y de los hombres.

De los discursos analizados, podemos observar que predomina un sistema de salud que se visualiza una estructura que no incorpora la perspectiva de género que se hace necesaria en una realidad en donde coexisten diferentes paradigmas en la atención, con emergencia de nuevas formas de consultas que se presentan como oportunidad para el cambio. Se visualiza una estructura (agentes de salud, servicios y sistema de creencias y percepciones) que perpetúa un sistema patriarcal afectando significativamente a determinada población por exceso de intervención (sobre medicación hacia las mujeres) o por omisión (dificultades en la accesibilidad de los hombres a la consulta). El personal médico parece convivir con este conflicto y se devela consciente de la dificultad en el abordaje de una realidad que observan como en evolución y cambiante, pero interviniendo desde un sistema que mantiene una lógica patriarcal.

En el abordaje de la salud mental se observa una carencia de una clínica que incluya la perspectiva de género, si bien a nivel discursivo teórico se observan determinados avances, el diseño de la intervención continúa desde una lógica biomédica. Se destacan como principales obstáculos el diseño de un modelo y sistema de atención que aún mantienen el foco en la mujer, más específicamente en su cuerpo, su etapas vitales y su área reproductiva. No dejando espacios o habilitaciones (a nivel discursivo, propagandístico entre otros) para la emergencia de nuevas masculinidades, de las que aparecen tímidamente en las consultas médicas pero que aún no terminan configurando un perfil determinado y por ello invisibilizado. No es así en el caso de las mujeres, donde es claro que se presenta de una forma uniforme: mujeres entre 30 y 60 años, con roles de cuidadoras hacia la familia y el trabajo en permanente tensión que determinan como sintomatología prevalente de consulta médica la ansiedad y la depresión. Se considera a la población destinataria como homogénea desestimando de esta forma los componentes de la predisposición de las mujeres a la sobre indicación y al consumo inadecuado de BZD. Esto se ve justificado por la impronta de que son las mujeres quienes acceden más al servicio de salud, no focalizando en los aspectos sociales y culturales que determina que ello sea de esa forma. En algunos discursos se encuentran afirmaciones respecto a las características de un sistema que recibe solo a mujeres, y la conducta de la exploración de presencia precoz del cuerpo de la mujer que perpetúa de generación en generación (por inicio del control anticonceptivo,

patologización de las fases vitales de la mujer o del hombre) que se encuentre sujeta al sistema sanitario.

La lógica del sistema de cuidados hacia familiares parece visualizarse en la cadena de pasaje de mujer a mujer, visualizando la sobrecarga y la presión de los mandatos patriarcales por el sostenimiento de roles estereotipados. Si bien aparecen “nuevos roles”, la calidad de los mismos o la superposición de otros explicarían el malestar emocional. La afectación en la salud del hombre se encuentra signada por los estereotipos (imagen de ser fuerte, de no solicitar ayuda, no dejar explorar su cuerpo) y roles de género (proveedor económico del hogar) que no lo habilitan a la consulta oportuna ni a la expresión de su malestar. La expresión de género se presenta como un factor determinante que sesga la mirada clínica hacia determinada intervención.

Conceptualizar e introducir la perspectiva de género en la clínica médica habilita la comprensión de las relaciones específicas que hombres y mujeres establecen con el consumo de psicofármacos y permite reflexionar sobre aquellos sesgos de género presentes en la salud.

La sobre indicación aparece obedeciendo a múltiples factores. El efecto de la medicalización de la vida cotidiana se visualiza en la clínica médica, aparece la presión del/la usuario/a, la celeridad de los procesos modernos y lo breve de la consulta (o las esperas largas a especialistas) como determinantes en la perpetuación de una lógica de consumo de psicofármacos para sostener y sobrevivir a los avatares de la vida social. La ecuación resulta siendo multifactorial, desde la opinión de médicos y médicas, conteniendo un mayor peso la estructura del sistema de salud (falta de tiempo, escasas coordinaciones e intercambio, ausencia de capacitaciones, centralización de recursos y servicios, etc.) y la percepción de que la accesibilidad a la consulta se encuentra coartada por el sistema patriarcal. El foco del sistema de salud se encuentra en el cuerpo de la mujer y en el cuidado o custodia de su rol reproductivo. De esta forma las líneas de intervención afectan por exceso a quienes utilizan mayoritariamente los servicios sanitarios: las mujeres. Pero por otro lado los hombres quedan expulsados de un sistema que no los habilita ni invita a nuevas expresiones en su malestar y con ello a la mejora de su salud.

La prescripción excesiva (que termina determinando un consumo inadecuado) parece responder de forma dinámica y armónica a un síntoma emergente de la población

para el mantenimiento de determinada configuración social, familiar e individual. Sosteniendo mandatos ligados a estereotipos de género que las sujetan en roles de cuidados que enferman.

En los casos estudiados se conceptualiza a el/la usuario/a de salud como unidad biopsicosocial, pero recurrentemente se terminan planteando soluciones en donde la mirada biologicista prima en la intervención, a veces de forma casi exclusiva. Se pretende resolver un problema de pertinencia social olvidando lo multidimensional de la afectación. Se evidencia la existencia de tratamientos generalizados que responden más a síntomas que a la configuración dinámica de la persona. A nivel discursivo también se observan ciertos análisis que parecen responder a un modelo de salud diferente, integrando aspectos sociales y vinculares en la intervención.

El análisis de los resultados obtenidos a partir de esta investigación revela un contexto marcado por algunas diferencias entre las especialidades y algunas características particulares en las intervenciones. La especialidad de medicina familiar y comunitaria tiende a ampliar la unidad de análisis un poco más allá de la individualidad, pensando el impacto de los vínculos y la calidad de éstos como determinantes de determinados malestares. La indagatoria médica parece ser un poco más profunda. No obstante se observa que tanto el sexo del/la usuario/a como del/la profesional determinan el acceso o la habilitación a una escucha de mayor pertinencia.

En algunas de las entrevistas frente a la pregunta inicial se evidenció la sorpresa de constatar y confirmar que la indicación es mayoritariamente hacia las mujeres, por lo que la visualización de este hecho permitiría officiar como emergente y/o disparador para un ejercicio teórico y técnico al momento del diagnóstico y tratamiento.

La competencia médica-técnica en cuanto a la adaptabilidad requerida del análisis social se presenta indispensable para el buen desempeño de las intervenciones en la salud. A nivel discursivo parece coincidir que el camino correcto es guiado por una adecuada aproximación diagnóstica, tomando las características de cada persona en relación a su contexto social en pro de las mejores propuestas terapéuticas de acuerdo a la singularidad que identifica a cada persona, con el objetivo siempre de encontrar las mejores estrategias para el desarrollo de opciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y usuarias del sistema de salud.

La premisa de que los hombres no concurren al cuidado de salud se muestra naturalizada eliminando el carácter del necesario abordaje de por qué no concurren y con ello promover el acceso al sistema sanitario de forma oportuna. Aparece decretado. Esta naturalización no ha permitido diseñar propuestas o dispositivos en donde se logre abordar por ejemplo el conocimiento y el cuidado del propio cuerpo, el pasaje de la niñez a la adultez y la construcción de modelos identificatorios, la deconstrucción del ser “macho” y la relación de este “deber ser” con el riesgo hacia la salud permitiendo la visualización de otros modelos emergentes de masculinidad. De lo contrario el sistema de salud con su estructura naturalizada oficia como ámbito simbólico del desarrollo y perpetuación de determinada masculinidad limitando su acceso y por ende manteniendo sujetadas a las mujeres en un sistema de cuidado cíclico intergeneracionalmente (mujeres que llevan a otras mujeres, mujeres que llevan a sus esposos para el cuidado de su salud) desde el punto de vista de la subjetividad social de lo femenino.

En el caso de las mujeres, desde una perspectiva de la historia personal y familiar se la moldea como objeto de cuidado y con un rol de cuidadora para con otros/as.

Esto muestra cómo las mujeres viven una experiencia diferente en relación al varón en los procesos de salud y enfermedad configurando un determinado horizonte de posibilidades (culturales, sociales, económicos y políticos) y factores de riesgo para ambos sexos. Esta estructura desigual en la atención determina la salud de las personas, afectando a una parte de la población.

Los procesos de socialización son atravesados por las líneas sanitarias, los servicios de salud, como por ejemplo la exhortación al control del cuerpo y con énfasis en el carácter reproductivo y el peso de la responsabilidad en la mujer.

Un enfoque integral desde una perspectiva de género necesariamente deberá dar respuesta a todos los componentes que hacen al fenómeno, tratándose de forma conjunta, entendiendo que tiene raíces en los factores sociales, económicos, políticos y culturales, aspectos que deben ser considerados para cualquier intervención. Los/las entrevistados/as coinciden en que las tasas de problemas en la salud mental no difieren tanto en función del sexo aunque si la frecuencia con que son hallados en la clínica.

Teniendo teorías, en relación a los estereotipos de masculinidad, respecto al no acercamiento de los hombres al sistema de salud. Utilizan menos los servicios asistenciales tanto para la búsqueda de tratamientos cuando se encuentran enfermos como para la prevención.

De todas forma aparece algo prometedor para la salud, la emergencia de nuevas masculinidades que invita al personal médico a animarse-reconstruirse discursivamente para poder recibir a los hombres en la consulta y alojar el padecimiento de forma precoz y no tardíamente como se encuentra actualmente. La percepción de que la mirada clínica en solitario se vuelve ineficiente e insuficiente para el abordaje de las problemáticas sociales y la falta de recursos estructurales en el sistema de salud que le permita al personal médico un mejor desempeño. La toma de conciencia de los daños en la salud de la violencia (abuso sexual, violencia doméstica) que tiene sus diferentes somatizaciones (fibromialgia, dolor crónico, problemas gastrointestinales, suicidio entre otros) permiten visualizar un horizonte prometedor para el abordaje integral de los padecimientos mentales y la conclusión de que la indicación del psicofármaco por sí solo no soluciona el problema, por el contrario determina otros riesgos sociales que bajo un velo de invisibilidad quedan resueltos en una consulta de contenido biomédico (bajo la lente de las diferencias genéticas, hormonales, anatómica y fisiológicas).

La presente investigación apuntó a la necesidad de no minimizar las diferencias en la atención de la salud que existen entre hombres y mujeres, buscando, con los presentes hallazgos, a contribuir a la explicación de la sobre representación de las mujeres en el sistema de salud, y de esta forma, conocer los factores de riesgo en las condiciones socioeconómicas y los sesgos en los diagnósticos y tratamientos.

## **Anexos**

### **a. Pauta de entrevista.**

Para el diseño de las entrevistas se tomaron insumos pertenecientes a la investigación internacional “Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa” de Gil García et al. (2005) ya que es una investigación internacional que trabajó al respecto de la temática del presente proyecto.

#### **i. Consentimiento y contrato de trabajo**

Se está realizando una investigación respecto al uso e indicación de psicofármacos. Se intenta comprender el uso de los psicofármacos en las mujeres. Para ello en esta etapa se establece la realización de entrevista a médicos y médicas prescriptores de psicofármacos seleccionados según perfiles diseñados: psiquiatría, medicina general y medicina familiar y comunitaria.

Se toma la definición de psicofármacos de la OMS (sustancias psicoactivas, alteradoras del sistema nervioso central que son habitualmente prescritas con fines terapéuticos: neurolépticos, antidepresivos, hipnóticos/sedantes y ansiolíticos).

Para comenzar, se agradece su participación.

Posible guión de preguntas

Ahora conversaremos sobre su experiencia en la consulta en las policlínicas de atención

¿A quién se le prescribe más frecuentemente este grupo de fármacos? ¿Hay un perfil de usuario/a?

¿En qué diagnósticos o enfermedades es más frecuente su uso? ¿Es más común en hombres o en mujeres? ¿A qué cree que se debe la diferencia?

¿Cuáles son los síntomas más característicos que se trata de abordar con los psicofármacos?

¿Cree que las mujeres y los hombres los requieren por diferentes motivos?

¿Podría citar los “factores de riesgo” que llevan a una mayor prescripción y/o consumo en mujeres? ¿Y en los hombres?

En cuanto al tratamiento:

¿Qué éxito tiene?

¿Se asocia la prescripción de psicofármacos a otro tipo de terapia? ¿Por qué cree que esto ocurre?

Finalizando:

¿Qué propuesta tendría usted para mejorar el éxito en los tratamientos en los que se prescriben psicofármacos?

¿Ha recibido durante su formación alguna capacitación referente a género? ¿Recibió recientemente alguna formación al respecto por parte de la institución en dónde trabaja?

¿Cree importante incorporar este tipo de formación?

¿Desea ampliar algo más?

Muchas gracias por su colaboración

**ii. Puntualizaciones respecto a la diferenciación de los perfiles.**

Pautas de entrevista-observación para psiquiatría

Al momento de la prescripción de psicofármacos ¿operan factores externos al juicio clínico? Por ejemplo el stock del fármaco en farmacias, preferencia por laboratorios.

¿Cuáles serían los indicadores de mejora que se identifican?

¿Qué implica un uso racional de psicofármacos?

Pauta entrevista- observación para medicina general

¿qué elementos visualiza como determinantes en la indicación o repetición de los fármacos?

¿Requiere interconsulta para prescripción? ¿Qué beneficios se encontraría en la interconsulta? ¿Qué implica un uso racional de psicofármacos?

Pauta de entrevista-observación para medicina familiar y comunitaria

¿Se establecen otras estrategias locales alternativas o complementarias a la indicación de psicofármacos? Si lo hay, ¿en qué consiste el seguimiento? ¿Cuáles serían los indicadores de mejora? (¿se establecen en relación a la sintomatología o a los cambios en el ambiente de la paciente?)

¿Qué implica un uso racional de psicofármacos?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aránzazu Fernández, María (2018). Video conferencia en relación a su investigación “Incorporación de la Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas en España: avances y limitaciones”. Plataforma virtual FLACSO 2018.
- Artagaveytia, Pía; Goyret, Alejandro; Tamosiunas, Gustavo. (2018) Desafío terapéutico: desprescripción de benzodiazepinas. *Boletín Farmacológico*. Volumen 9, N°1. Departamento de Farmacología y Terapéutica – Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.
- Barcos Pina, Indira, Álvarez Sintés, Roberto y Hernández Cabrera, Griselda (2020) Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. *Revista Cubana de Salud Pública*. v. 45, n. 4, e1506. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127.
- Barrán, J. Pedro (2012). *La medicina del Novecientos: Poder y Saber*. Montevideo. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2012000300006#1](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2012000300006#1)
- Benia, Wilson; Reyes, Inés (2008). Atención médica. Niveles de Atención. *Temas de Salud Pública. Tomo 1*. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Oficina del Libro Fefmur.
- Bielli, Andrea (2012) *Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud*. CSIC, UdelaR.
- Bielli, Andrea; Bacci, Pilar; Bruno, Gabriela; Calisto, Nancy; Navarro, Santiago. (2017). La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 27(4), 933–958. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400005>
- Burín, Mabel (1990) Mujeres y psicofármacos. La búsqueda de nuevos caminos. Cap. 9. En “*El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*”. Paidós, Buenos Aires
- Bustelo, María; Lombardo, Emanuela. (2013). Los ‘marcos interpretativos’ de las políticas de igualdad en Europa: conciliación, violencia y desigualdad de género en la política. *Revista Española De Ciencia Política*, (14), 117–140. Recuperado a partir de <https://recyt.fecyt.es/index.php/recp/article/view/37423>

- Castro, Mauricio; Barboza, Leandro; Wood, Irene; Galarraga, Florencia; Speranza, Noelia. (2021) La FDA exige un Recuadro de advertencia actualizado para mejorar el uso seguro de los medicamentos de la clase de las benzodiazepinas. *Unidad de Farmacovigilancia. Departamento de Farmacología y Terapéutica*. Prof. Dr. Gustavo Tamosiunas. Universidad de la República.
- Canul Sanchez, Silvia María (2022) “*La construcción de la masculinidad y su relación con el consumo de sustancias Psicoactivas. Diseño para un programa de intervención*”. Tesis de maestría Disponible en <https://cdigital.uv.mx/handle/1944/52806>
- Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelio; Stolkiner, Alicia (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 14, 201-209.
- Danza, Alvaro; Cristiani, Federico; Tamosiunas, Gustavo. (2009). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. *Archivos de Medicina interna* 2009; XXXI;4:103-107 103. Prensa Médica Latinoamericana. 2009 ISSN 0250-3816 – Uruguay.
- De la Fuente, Ramón. (1959) Relación médico-paciente. Cap. VII. En: *Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica*. México.
- Díaz Berenguer, Álvaro. (2012). La Medicina del Novecientos: Poder y Saber. *Archivos de Medicina Interna*, 34(3), 95-101. Recuperado en 31 de julio de 2024, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2012000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2012000300006&lng=es&tlng=es).
- Domínguez, Viviana, Collares, Martín, Ormaechea, Gabriela, & Tamosiunas, Gustavo. (2016). Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1(3), 14-24. Recuperado en 31 de julio de 2024, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-67972016000300002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972016000300002&lng=es&tlng=es).
- Fernández, Silvana (2001) Mujeres y uso de drogas. Sin publicar. Disponible en plataforma formativa en el marco del Diploma Superior en Género y Políticas Públicas de Igualdad. FLACSO Uruguay. 2018
- Figuroa Perea, Juan Guillermo. (2015) El ser hombre desde el cuidado de sí. Algunas reflexiones. Disponible en [http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef7\\_8.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef7_8.pdf)

- FLACSO (2022). Código de Ética de la Investigación. Disponible en <https://flacso.org/en/sistema#normativa>
- Gallo, Alejandra. (2020). *La agenda de cuidados en la negociación colectiva del sector privado. Análisis y evolución desde el enfoque de género*. Maestría en Género y Políticas de Igualdad. FLACSO URUGUAY.
- Gil García, E; Romo Avilés, N; Poo Ruizc, C; Meneses Falcónd, M; Markez, I; Alonsoc; Vega Fuented (2005) Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. pp.402-407. *Revista Atención Primaria*. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-genero-psicofarmacos-opinion-los-prescriptores-traves-una-13074791>
- González, Franco; Barbero, Marcia; Barrero, Gabriel; Coord. Batthiany, Karina. (2018). La profesión Médica en Uruguay. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en el Uruguay. *Colegio Médico del Uruguay*. Disponible en <https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/06/Libro-perfil-profesional.pdf>
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.) México D.F.: McGraw-Hill.
- INMUJERES-MIDES (2022) Conversatorio de Salud Mental de las Mujeres y Uso de Psicofármacos (2022). [https://www.youtube.com/watch?v=AaqL5Ocu\\_1g](https://www.youtube.com/watch?v=AaqL5Ocu_1g)
- Jiménez Rodrigo, María Luisa, Guzmán Ordaz, Raquel. (2011). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio-Legal Series*, 2(6), 77–96. Retrieved from <https://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/137>
- Lapetina, Agustín; Fernandez, Silvana.(2008) “Investigación, promoción de salud y políticas de drogas” En: *Contacto. Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios*. Programa Alter-Acciones. El Abrojo. Frontera Editorial
- Laplacette, Graciela; Vignau, Liliana. (2008) “La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental” En: *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Cannellotto, Adrián; Luchtenberg, Erwin (coord). Disponible en:

- [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad\\_2008.\\_medicalizacion\\_y\\_sociedad\\_lecturas\\_criticas\\_sobre\\_un\\_fenomeno\\_en\\_expansion.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf)
- Markez, Iñaki; Póo, Mónica; Romo, Nuria; Meneses, Carmen; Gil, Eugenia; Vega, Amando (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37-61. Recuperado en 01 de agosto de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004&lng=es&tlng=es).
- Matud Aznar, María Pilar; Rodríguez Wanguermert; Carmen; Marrero Quevedo, Rosario; Carballeira Abella, Mónica. (2002). *Psicología del género: Implicaciones en la vida cotidiana*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Mendoza, Coralia; León, Carlos Alberto; Troya, Alejandro (2020) “Consumo de psicofármacos: una problemática de salud actual. *Medicentro*. Electrónica vol.24 no.4 Santa Clara oct.-dic. 2020 Epub 01-Oct-2020. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000400826](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000400826) Revista Científica Villa Clara. Cuba. (pp 828-829)
- Ministerio de Salud Pública (2021). Datos básicos sobre especialidades médicas: insumos para la estimación de brechas. *División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud*. Junta Nacional de Salud. Septiembre 2021.
- Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (2017). Ministerio de Salud Pública. Disponible en:  
[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=475-osn-librillo-objetivos-nacionales&category\\_slug=publications&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=475-osn-librillo-objetivos-nacionales&category_slug=publications&Itemid=307)
- Natella, Graciela (2008) La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Cannellotto, A; Luchtenberg, E (coord). Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad\\_2008.\\_medicalizacion\\_y\\_sociedad\\_lecturas\\_criticas\\_sobre\\_un\\_fenomeno\\_en\\_expansion.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf)
- Navarro Denis, Santiago (2021) “*Psicología clínica y benzodicepinas: un controvertido encuentro*”. Bibliotecaplural. CSIC.UdelaR.
- Núñez Zina, Cecilia (2016) “El consumo de psicofármacos en mujeres en el Uruguay: hacia una transversalización de género en los planes y programas de salud

mental y uso de drogas” En: *Aportes a las políticas públicas desde la perspectiva de género 10 años de FLACSO Uruguay*. Darré, S. (comp.) pp 83-112.

Observatorio Territorio Uruguay. Disponible en <https://otu.opp.gub.uy/>

Observatorio Uruguayo de Drogas (2019) *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas – Informe de Investigación*, Montevideo. Disponible en [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII\\_ENCUESTA\\_NACIONAL\\_DROGAS\\_poblacion\\_GENERAL\\_2019.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_poblacion_GENERAL_2019.pdf)

Olivera, Gabriela (2012) “Una mirada sobre los consumos de drogas desde la perspectiva de Género” En: *Desvelando velos... sobre Género y Drogas. Aspectos Teórico-Metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género*. Junta Nacional de Drogas. Montevideo. pp 24-37

Otzen, Tamara; Manterola, Carlos. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Pérez Hernández Bárbaro G (2002) “Reacciones adversas a los medicamentos y adicción a otras sustancias”. En: Morón Rodríguez FG, Levy Rodríguez M. *Farmacología General*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp.129-130.

Pérez Leiros, Claudia (2005) “Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)”, en *Revista Química Viva*, Buenos Aires, núm. 2, año 4, septiembre de 2005, pp. 46-47.

Perus, Françoise (1984) “Cultura, ideología, formaciones ideológicas y prácticas discursivas” *Discurso*, año 2, n° 5, septiembre-diciembre 1984, pp. 29-39. *Colegio de Ciencias y Humanidades, Unidad Académica de los Ciclos Profesional y de Posgrado*, UNAM.

Plá, Alicia; García, Aniuska; González, Humberto; Ferrari, Camila; Olmedo, Melania; Rodríguez, Gimena; Castellano, Lucía; Demassi, Paula; Furtado, Faustina; Couture, Eugenia. (2017) *Consumo de Benzodiazepinas y otros psicofármacos en territorio nacional. Periodo: Enero 2014 – Junio 2016*. Ministerio de Salud Pública. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/>

publica/files/documentos/publicaciones/Consumo%20de%20Benzodiazepinas%20y%20otros%20sicosof%C3%A1rmacos%20en%20territorio%20nacional%C2%A02017.pdf

Recomendaciones prácticas para la prescripción de benzodiazepinas (2016) Documento de consenso del Departamento de Farmacología y Terapéutica, Clínica Psiquiátrica, Departamento de Toxicología y Clínica Médica A de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Hospital Vilardebó y Programa de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Romo Avilés, Nuria; Gil García, Eugenia.(2006) Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. Dpto de Antropología Social. Universidad de Granada. *Instituto de Estudios de la Mujer*. Departamento de Antropología y Trabajo Social. Granada. España. Área de educación, prevención y servicios asistenciales. Universidad de Jaén. Seminario Mujer Ciencia y Sociedad. Departamento de Ciencias de la Salud. Jaén. España. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-genero-uso-drogas-de-ilegalidad-13095894>

Rodríguez Zoya, Paula; (2010) *La medicalización como estrategia biopolítica*. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/ZOYLMC>

Ruiz Cantero, María Teresa (2009) *Sesgos de Género en la atención sanitaria*. Nueva Salud pública 4. Universidad de Alicante. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud.

Saforcada, Enrique. (1999) *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención en salud*. Buenos Aires: Paidós.

Salguero Velázquez, Alejandra; Córdoba Basulto, Diana; y Sapién López, Salvador (2018) *Masculinidad y paternidad: los riesgos en la salud a partir de los aprendizajes de género*. Disponible en <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2546>

Sautu, Ruth; Boniolo, Paula; Dalle, Pablo; Elbert, Rodolfo. (2005) *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Disponible en [https://eva.fic.udelar.edu.uy/pluginfile.php/29590/mod\\_resource/content/1/Manual-de-Metodologia-R-Sautu.pdf](https://eva.fic.udelar.edu.uy/pluginfile.php/29590/mod_resource/content/1/Manual-de-Metodologia-R-Sautu.pdf)

- Speranza, Noelia; Domínguez, Viviana; Pagano, Emiliano; Artagaveytia, Pía; Olmos, Ismael; Toledo, Mauricio; Tamosiunas, Gustavo (2015). Consumo de benzodicepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. *Revista Médica Uruguaya*. pp112-119
- Stake, Robert E. (1999) *Investigación con estudios de casos*. Segunda edición. Ediciones Morata, S.L. Madrid.
- Van Dijk, Teun A. (1999) *El análisis crítico del discurso*. Anthropos. Barcelona, 186. pp. 23-36.
- Vega, Armando; Romo, Nuria; Markez, Iñaki; Poo, Mónica; Meneses, Carmen; Gil, Eugenia; (2004) *Mujeres y psicofármacos: las voces y los ecos*. Disponible en: <https://www.liberaddictus.org/internacional/893-mujeres-y-psicofarmacos--las-vozes-y-los-ecos.html>
- Web: Organización Mundial de la Salud y Uso Racional del Medicamento: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1417:2009-uso-racional-medicamentos-otras-tecnologias-salud&Itemid=1180&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1417:2009-uso-racional-medicamentos-otras-tecnologias-salud&Itemid=1180&lang=es)