

Estereotipia social en los profesionales de la salud pública de Uruguay acerca del uso de benzodiazepinas

Social stereotyping in public health professionals of Uruguay on benzodiazepine use

Andrea Bielli¹
Pilar Bacci¹
Gabriela Bruno¹
Nancy Calisto¹
Santiago Navarro¹

Resumen

Se presentan los resultados de una investigación cualitativa que tuvo como objetivo analizar el papel de la controversia sobre la utilidad clínica de las benzodiazepinas en las prácticas de la Medicina General, la Psiquiatría y la Psicología en los servicios de salud pública del Uruguay. La metodología empleada combinó la realización de entrevistas en profundidad y los grupos de discusión y una revisión documental. Se observa un desplazamiento de la valoración (positiva o negativa) de la sustancia, a la valoración de su utilización por parte de los médicos y los usuarios, moralizando sus conductas. Se identificaron en los profesionales distintos procesos de estereotipación y moralización de las conductas de los pacientes, que complejizan la práctica clínica y el acto de prescripción, obstaculizando la posibilidad de visualizar alternativas al uso de las benzodiazepinas.

Palabras clave: benzodiazepinas; profesionales de la salud; estereotipos.

Abstract

This article presents the results of a qualitative study that aimed at analyzing the role of controversy on the clinical utility of benzodiazepines in clinical practices of General Medicine, Psychiatry and Psychology of public health services in Uruguay. The methodology associated the conduction of in depth interviews with discussion groups and a documental review. It is seen a shift from the substance assessment (positive or negative) to the assessment of the benzodiazepine use by physicians and users, thus moralizing their behavior. Stereotyping and moralizing processes of the patients' behavior were identified among different health professionals, which make the clinical practice and the act of prescribing more complex, hindering the chance of visualizing alternatives to the use of benzodiazepines.

Keywords: benzodiazepines; health professionals; stereotypes.

¹Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (Montevideo), Uruguay.

Las benzodiazepinas (BDZ) constituyen uno de los grupos medicamentosos más utilizados a nivel mundial. Se indican, principalmente, en el tratamiento de la ansiedad y del insomnio, pero también son ampliamente utilizadas en una variedad de blancos terapéuticos que incluyen desde la tensión muscular, la hipertensión, las afecciones cardíacas, hasta una buena parte de las dolencias mentales. Su éxito en el campo de las prescripciones se inició poco después de su entrada en los mercados farmacéuticos, a principios de los años 1960, y se sustentó sobre todo en las ventajas relativas que ofrecían frente a los barbitúricos y el meprobamato. En comparación con estos, las BDZ resultaban ser drogas mucho más seguras y eficaces, con una acción terapéutica más rápida y efectos secundarios más leves, que evitaban sobre todo la tendencia a la dependencia y los riesgos asociados a las sobredosis que presentaban los medicamentos anteriores.

Sobre estas bases, ya para mediados de los años 1970, las BDZ se convirtieron en el grupo de medi-

camentos más prescripto a nivel internacional, y en la misma medida en que su popularidad se incrementó, se diversificaron los usos terapéuticos que el cuerpo médico y la industria farmacéutica les tenían destinados (Pieters & Snelders, 2009).

En efecto, durante los años 1960 y 1970, las BDZ conocieron una época de oro, en la que su venta y consumo crecieron de forma sostenida y su presencia se afianzó no solo en el cuerpo médico, sino también en el cuerpo social en general (Lader, 1996), logrando un éxito no sólo técnico y terapéutico, sino además un éxito cultural (Tone, 2009).

No hizo falta mucho tiempo para que sus tendencias de uso y consumo se transformaran en preocupaciones para el cuerpo médico y los sistemas regulatorios en salud. De hecho, hacia finales de los años 1970 y principios de los años 1980, el suceso inicial de las BDZ se vio empañado por el surgimiento de evidencia científica acerca de los peligros que su uso podría acarrear. Varias investigaciones comenza-

ron a proporcionar datos sobre los síntomas de abstinencia que se producían cuando los tratamientos prolongados con BDZ intentaban ser abandonados. Incluso, algunos de estos síntomas llegaban a mantenerse hasta por un año entero (Bury, 1996). Los efectos secundarios leves que, en primera instancia se suponía que producían las BDZ, cobraron una dimensión aciaga en la que las palabras adicción y dependencia se alzaron como peligro inminente en el uso de estos medicamentos. Los tratamientos con BDZ implicaban el riesgo de generar farmacodependencia sin que los consumidores estuvieran al tanto de ello (Solal, 1994). A esto se sumaban, además, algunos otros efectos no deseados (como la pérdida de memoria reciente, la descoordinación motora y la persistencia de somnolencia durante la vigilia, entre otros) que ponían en tela de juicio el balance positivo entre riesgos y beneficios del uso de las BDZ, al aumentar, por ejemplo, los riesgos de caídas en adultos mayores o las accidentes de tránsito por manejar bajo los efectos de estas sustancias (Breggin, 1998; Lader & Morton, 1991; Lader, 2011).

De esta forma, en el correr de su medio siglo de existencia, las BDZ pasaron de ser medicamentos valorados “positivamente” a medicamentos puestos en cuestión. En torno a ellos se desarrolló una controversia técnica, científica y profesional, además de una moral, política y legal que ha tensionado hasta el día de hoy la utilidad clínica de las BDZ (Bury, 1996; Lader, 1996; Donoghue & Lader, 2010). Los principales tópicos de la misma giraron en torno a la tensión entre la dependencia generada por los medicamentos y el posible abuso que podían estar realizando médicos y pacientes, así como la banalización de su uso y los intereses en juego de la industria farmacéutica y de los gobiernos (Bury, 1996; Lader, 1996; Schönberg, 1997).

El problema de la dependencia o adicción involuntaria ha sido uno de los tópicos más polémicos de la controversia, pues no sólo ha implicado el cotejo de informaciones científicas contradictorias, sino también el establecimiento de actitudes claramente opuestas entre médicos y usuarios hacia las BDZ. Entre los primeros es posible encontrar profesionales que tienden a evitar su uso y otros que continúan utilizándolas y enfatizando sus atributos positivos. Por otro lado, entre los usuarios se encuentran aquellos que hacen un uso prolongado de las mismas sin preocuparse por los riesgos que esto implica y los que son francamente reticentes a su uso. El potencial adictivo de las BDZ ha llevado no sólo al establecimiento de actitudes po-

sitivas y negativas, sino a la movilización de grupos de usuarios, y la judicialización del debate, con la generación de demandas legales a los laboratorios farmacéuticos, las autoridades sanitarias y los propios médicos, en la búsqueda de responsabilidades.

Los primeros litigios aparecieron fundamentalmente en Gran Bretaña hacia 1992 (King, 1992) y continuaron a lo largo de las décadas siguientes. En los últimos tiempos, el problema de la adicción involuntaria ameritó la atención de la Comisión Parlamentaria de Igualdad y Derechos Humanos (Behan & Dobbin, 2009), en el entendido de que la escasa percepción del problema por parte de los profesionales y servicios de salud, vulnera los derechos humanos de estos usuarios. En la medida en que no se reconoce la existencia de esta problemática, los usuarios no estarían eligiendo libre e informadamente al ser inducidos por sus propios médicos al consumo de BDZ y, a su vez, serían víctimas de discriminación sistemática dado que los servicios de salud no implementan pautas ni regulaciones claras sobre la prescripción, así como tampoco programas para el tratamiento específicos de estas adicciones.

Lo cierto es que la percepción y la evaluación moral que realizan los profesionales sobre los problemas de salud suelen tener consecuencias sobre los tratamientos y cuidados que reciben los usuarios (Ronzi & Furtado, 2010), especialmente aquellos que presentan problemas relacionados al consumo de drogas, los cuales tienden a ser objeto de una evaluación moral de sus comportamientos y de los procesos de formación de estereotipos a través de los cuales los profesionales les atribuyen características negativas, lo que repercute en la calidad de las prestaciones de salud.

En este artículo se presenta una parte de los resultados de una investigación cualitativa que tuvo como objetivo analizar el papel de la controversia sobre la utilidad clínica de las BDZ en el uso que se hace de ellas en las prácticas de la Medicina General, la Psiquiatría y la Psicología en los servicios de salud pública del Uruguay. Se identifican las actitudes, las valoraciones y los significados asociados al uso y a la prescripción de las BDZ que los profesionales de salud pública de Uruguay detentan.

Métodos

Se trató de un estudio exploratorio que utilizó una metodología cualitativa por entenderla la más adecuada para identificar y comprender las prácticas

emergentes sobre la clínica de la ansiedad, las perspectivas de los profesionales implicados en ellas y sus visiones y valoraciones sobre las BDZ.

Participantes

Participaron en esta investigación profesionales de Medicina Familiar, Medicina General, Psiquiatría y Psicología del sector público de salud que realizan tareas en el primer y segundo nivel de atención, y que abordan el tratamiento de los casos de ansiedad. Se incluyeron estas tres especialidades debido a que, por un lado, se ha observado que son los médicos generales y luego los psiquiatras quienes prescriben en mayor proporción este tipo de medicamentos. Por otro lado, incluimos a los profesionales de la Psicología, que, aunque es una disciplina que no tiene en sus funciones la prescripción de medicamentos, constituyen el principal grupo profesional situado en la zona de contacto e intercambio con médicos y psiquiatras en el tratamiento de la ansiedad.

Además, se incluyeron informantes calificados, en su mayoría médicos, que fueron contactados debido a los aportes que podían realizar por su conocimiento del sistema de salud pública en temas de salud mental y por sus trabajos académicos en materia de prescripción y consumo de las BDZ.

La estrategia metodológica combinó técnicas de entrevista en profundidad y grupos de discusión, lo que posibilitó identificar prácticas, opiniones y percepciones de los participantes sobre el uso de BDZ en relación a su práctica profesional y los puntos de tensión, discrepancia o consenso sobre el tema de esta investigación.

Se realizaron 8 entrevistas en profundidad a médicos generales, 10 a médicos de familia, 11 a psiquiatras y 6 a psicólogos. Las entrevistas fueron desarrolladas en su totalidad en los lugares de trabajo de los entrevistados, tuvieron una duración de 30 minutos a una hora, fueron grabadas (en 33 casos) y/o registradas de forma escrita a pedido de los entrevistados (dos casos). Por otro lado, fueron diez los informantes calificados entrevistados que aportaron elementos sustanciales sobre el estado de la controversia acerca del uso clínico de las BDZ en Uruguay, y se realizaron dos grupos de discusión (uno con seis médicos generales y de familia y otro con cuatro psicólogas). Un tercer grupo de discusión con psiquiatras no alcanzó el número mínimo de participantes (concurrieron dos doctoras), por lo que la información relevada en dicha instancia se consideró junto a

las entrevistas. El número de entrevistas se justificó en el criterio de saturación teórica.

Asimismo, se realizó una revisión de la literatura nacional sobre ansiedad y BDZ en las principales revistas científicas del medio desde los años 1960 al 2012, para determinarse el estado del debate sobre estos medicamentos en el país.

La mayoría de los entrevistados fue mujeres entre 40 y 49 años de edad (Figura 1). Cabe aclarar que el plantel de médicos de familia y psicólogos de salud pública se encuentra feminizado y que las profesionales mujeres estuvieron más dispuestas a participar en la investigación (Figura 2).

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos tuvo lugar a través de entrevistas en profundidad y grupos de discusión. La pauta de entrevista se elaboró a partir de una revisión extensa de la literatura existente sobre la controversia de las BDZ, la realización de entrevistas pilotos y la revisión sistemática de artículos académicos sobre ansiedad y BDZ, publicados en revistas científicas del Uruguay. La pauta para la coordinación de los grupos de discusión se basó en el mismo procedimiento.

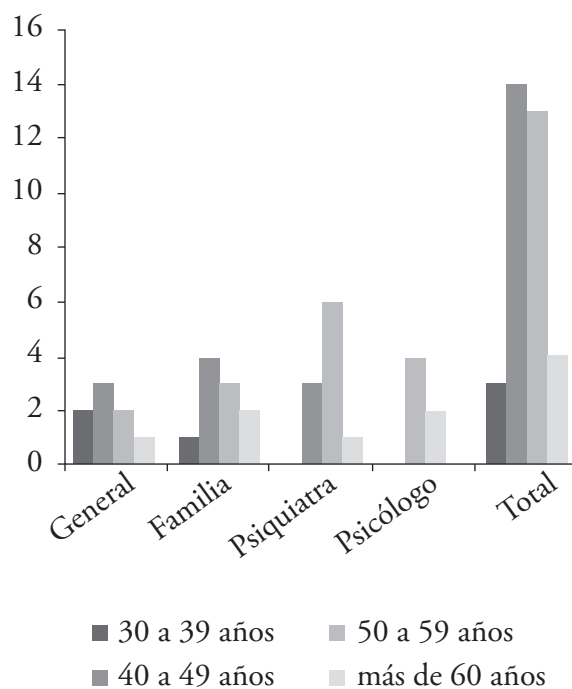


Figura 1
Distribución por edad de los profesionales entrevistados.

Se elaboraron dos pautas de entrevista, una para médicos generales, médicos de familia y psiquiatras y otra para psicólogos. La pauta incluía, en el caso de médicos y psiquiatras, cuatro bloques: ansiedad en la clínica, prescripción de BDZ, relación con otros tratamientos y percepción sobre las BDZ. En el caso de psicólogos, se eliminó el tópico de relación con otros tratamientos por estar esto vinculado a la práctica médica más que psicológica.

La pauta de entrevista para informantes calificados constaba de tres bloques. Los dos primeros — “Debate sobre las BDZ en Uruguay” y “Prescripción de BDZ en Uruguay” — fueron comunes a todos los entrevistados y el último variaba de acuerdo al perfil del informante calificado.

Se elaboraron dos pautas para los grupos de discusión, una para médicos generales, médicos de familia y psiquiatras; y otra para psicólogos. El disparador para la discusión fue artículos de prensa nacionales recientes (dos del año 2013 y uno del 2007).

Para la revisión documental se utilizó una ficha de relevamiento que identificaba el tipo de artículo (monográfico o ensayo clínico), el tema principal del artículo y sus principales consideraciones sobre las BDZ y/o la ansiedad.

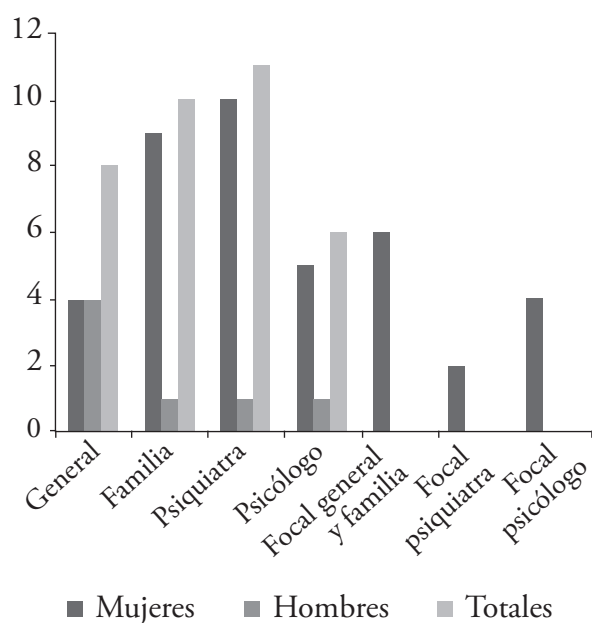


Figura 2
Distribución por género de los profesionales entrevistados y grupos de discusión.

Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas de este estudio fueron expuestas ante el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, quien otorgó el aval para su prosecución. Se tomaron recaudos de confidencialidad, anonimato, consentimiento informado, valoración de riesgos y beneficios, así como de protección de datos, tal como lo indica la Ley 18331 (Uruguay, 2008). En cumplimiento de la misma, se solicitó a todos los sujetos de la investigación, previamente a la aplicación de la técnica, el consentimiento libre e informado explicitando los objetivos y las características del estudio, la modalidad de resguardo de información, así como los temas a tratar en la entrevista y/o en los grupos de discusión, mediante un formulario específico diseñado para la indagación.

Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido en torno a cuatro ejes principales: ansiedad en la práctica clínica, acto de prescripción, relación de tratamientos farmacológicos con tratamientos no farmacológicos y valoración de los ansiolíticos benzodiazepínicos.

Para ello se elaboraron 13 familias de códigos (cada una incluía al menos tres subcategorías): caracterización de la consulta; noción de ansiedad; caracterización de los pacientes; descripción de las estrategias de pacientes para conseguir las BDZ; tipos de usos de la BDZ en la práctica clínica; significados asociados a las BDZ; actitudes hacia la repetición del medicamento; atributos otorgados a las BDZ; actitudes hacia la discontinuación del medicamento; relación de las BDZ con otros tratamientos; relación médico-pacientes; incidencia del servicio de salud y significados asociados al rol de los laboratorios. También se procedió a la realización de un mapeo de las oposiciones emergentes en las entrevistas y sus argumentos de base, a la identificación de las metáforas utilizadas por profesionales en sus narrativas, y se elaboró un cuadro de síntesis de las respuestas dadas por cada participante a las preguntas de investigación. Para el análisis se utilizó el programa Atlas.ti 6.1 (Scientific Software Development GmbH, Berlín).

Resultados

La investigación permitió establecer un cuadro descriptivo actual de las valoraciones, argumentacio-

nes y actitudes ante las BDZ de los profesionales de salud pública, así como uno descriptivo actual de los problemas emergentes en la clínica a partir del uso de estos medicamentos. Ambos cuadros retoman argumentos y valoraciones que remiten a la controversia científico-técnica internacional sobre las BDZ, además de ser posible identificar en ellos procesos discursivos de formación de estereotipos y moralización de comportamientos en torno a los usuarios de dichos medicamentos, que complejizan la práctica clínica y el acto de prescripción.

Presentaremos aquí las cuatro dimensiones principales identificadas en dichos procesos de formación de estereotipos y moralización.

Formación de estereotipos en torno a los pacientes

La valoración general de médicos generales y de familia, psiquiatras y psicólogos sobre las BDZ supone una valoración condicional que implica, por un lado, el reconocimiento de los atributos positivos y negativos de las BDZ (por ejemplo: rápidamente efectivas, no riesgo de suicidios, buenos efectos ansiolíticos, riesgo de intoxicación, problemas de memoria, caídas y potencial adictivo), y, por otro lado, una serie de medidas de control que deben ser aseguradas para que el uso medicamento provea buenos resultados. Estas medidas de control implican un uso mesurado de las mismas (por períodos acotados, dosis flexibles, con plan de retiro) y, por consiguiente, actores — médicos y pacientes — que deben vigilar sus propios comportamientos.

Tengo el cuidado siempre de controlar, ¿viste?, presión y esas cosas que en los adultos mayores puede pasarle, digo, o le explico al familiar que cuando le dé que tenga cuidado con las caídas, que lo observe por lo menos las primeras veces. (MF-g2).

Este imperativo de vigilancia comportamental deriva en la aparición de tensiones en la relación médico-paciente que los profesionales expresan a través de tipificación o construcción de estereotipos en torno a los pacientes que reciben en consulta. De este modo, emergen varias figuras que generalizan comportamientos y permiten clasificar a los pacientes en prototipos, a partir de ciertas atribuciones moralizantes de sus comportamientos. Estas atribuciones

poseen, fundamentalmente, una valoración negativa de las acciones de los pacientes y abarcan diferentes planos que van desde la resistencia de los pacientes a las sugerencias del profesional, quienes actúan con independencia o incluso se equivocan al seguir las indicaciones de los médicos, pasando por la utilización de fuentes no expertas para la obtención de información y conocimiento sobre el medicamento, hasta las estrategias de acceso al medicamento por fuera del sistema de salud que estos despliegan.

[...] yo lo he confesado, a veces, a mí me enoja, este, me enoja, bueno, me enoja y me doy cuenta: bueno, esto, tengo que pararlo de alguna manera, es como que empieza con uno, después toma dos, después toma tres, y cuando viene, dice: no, porque yo le voy a decir que me tomé cuatro Bromazepam. Bueno. Entonces, a mí esas cosas me enojan, me enojan, porque bueno, no es la prescripción médica. (PSIQ-p2).

No es la sustancia, es el paciente: la neutralidad del fármaco y las causas de adicción

Asociados a estos estereotipos se identifican situaciones-problema para la práctica clínica en torno al retiro de la medicación en pacientes mayores, a las dificultades en el manejo de repetición de la medicación y a las dificultades para la derivación a especialistas, que se articulan con el reconocimiento por parte de los profesionales de la dependencia como uno de los problemas más importantes del uso de las BDZ. Mientras que en la literatura internacional ésta se atribuye a la base química del fenómeno propio de las características de la sustancia, en los relatos de los profesionales, la dependencia aparece fundamentalmente caracterizada como un problema de adicción centrado en la conducta del paciente. De una manera generalizada, se tipifica a los pacientes con consumo prolongado de BDZ como adictos que desarrollan comportamientos reprobables, de igual modo que quienes hacen un uso problemático de sustancias como el alcohol y otras drogas. La causa de la adicción está puesta, por un lado, en las características de la personalidad del paciente (no en el medicamento) y, por el otro, en el desconocimiento de los pacientes de su propia adicción, quienes

además no serían capaces de apreciar el riesgo que el consumo de BDZ comporta.

Uno también tiene que evaluar la personalidad del paciente porque hay pacientes que tienen personalidad adictiva y, en esos pacientes, uno tiene que tener más cuidado de lo que les manda, porque igual, este, de repente se vuelven adictos al Ibuprofeno y te toman cinco o seis por día. O sea, uno tiene que pensar qué le va a mandar, porque hay pacientes que les gusta tomar medicación. (MF-g4).

Les tengo miedo [a las BDZ] porque, de la gente que, la adicción que tienen, que si no le vas a recetar eso es como que se le termina el mundo, parece que se les va, realmente es así y que, y que no tienen conciencia de que, de que es una droga, que, que son adictos a ella. En realidad, me da, me, me da, este, les, les tengo miedo. (MF-al2).

Los pacientes mayores constituyen el caso típico en torno al cual se aglutinan las tensiones de la relación médico-paciente en el uso de las BDZ. Representan por sí mismos un problema específico en la práctica clínica, pues son los pacientes mayores de edad los principales consumidores de BDZ por largo tiempo y, a su vez, los pacientes que más las demandan y con los que es más difícil poder trabajar para abandonar las BDZ. La presentación que se hace de esta situación es ambigua, algunos constatan que todos los pacientes mayores están medicados con BDZ como parte de la polifarmacia, dando a entender quizás que es una práctica habitual del cuerpo médico medicar con estos psicofármacos a las pacientes mayores, mientras que otros presentan esta situación como consecuencia de los hábitos de estos sujetos. En especial, esta situación se ejemplifica a través de la referencia a pacientes mujeres añosas que presentan dificultades en el uso de las BDZ, como errores al seguir las indicaciones médicas o dificultades para discontinuar el medicamento, para ajustarse a las recomendaciones más recientes sobre el uso, son también ejemplificados a través de los casos de mujeres. Estas son descritas como torpes en el manejo de la medicación, pero a la vez hábiles para manipular al médico y al sistema de salud para conseguir los

medicamentos a los cuales se han hecho adictas. El siguiente fragmento lo ejemplifica:

[...] tenía un trastorno como de deterioro cognitivo importante, como que no sabía ni donde estaba, si más que vértigo se daba contra las paredes cuando caminaba, una paciente que la conocíamos hace como 20 años, acá está pasando algo, que estaba cansada. Terminó, consultó porque se sentía horrible, era una intoxicación por BDZ, porque se armaba lío y con esto de que se compran y son como cinco, seis viejas que se compran unas señoras en el barrio que son muy amigas no sé cuántas BDZ se enchufaba. (Grupo MF y MG).

Los pacientes añosos suelen ser asociados a la figura de un paciente adicto con uso crónico de las BDZ que se prolonga durante décadas y que posee un origen casi mítico en algún momento inicial en el que algún médico le prescribió el medicamento por razones técnicamente válidas, pero ya no vigentes en el consumo que realiza el paciente en la actualidad.

Acá son pacientes que hace 30 años que están tomando, y le vas a sacar los dos o 3 Diazepam o Lorazepam por día, no, ¿para qué?, les va a quedar un malambo que no vale la pena. (PSIQ-an2).

La asimilación de los pacientes con el consumo prolongado de BDZ a adictos y la asociación de esta problemática a pacientes añosos configuran la base para una argumentación en la que la situación del consumo crónico se vuelve una situación inmodificable. La vejez se asocia a los comportamientos transgresores y a una cierta noción de que no vale la pena el esfuerzo del médico por cambiar sus actitudes o incluso para retirar las BDZ.

Enjuiciamiento moral de las estrategias de consecución de medicamentos

La asimilación de los pacientes a adictos comporta un enjuiciamiento moral de sus comportamientos, especialmente aquellos que dan cuenta de estrategias del acceso a las BDZ que el paciente es capaz de desarrollar. Según los profesionales los pa-

cientes, muchas veces logran conseguir las BDZ por su propia cuenta, sin tener que depender de la receta o de la opinión médica. Se describe al paciente como el principal responsable de los “usos indebidos” de la medicación, ya sea porque se automedica o porque sigue los consejos de sus allegados legos. Los procedimientos para obtener medicamentos se expresan con términos como “autoprescripción” (MF-n1), “tratamiento por cuenta propia” (MG-g1) o “sin indicación médica” (MF-g3). Se señalan allegados como madre, cuñada, vecino, compañeros de trabajo o farmacéuticos como proveedores del fármaco. Es decir, personas cercanas y legas que brindan las BDZ o invitan a consumirlas o las cuales se les pueden robar la sustancia.

Por otro lado, se hace referencia a la existencia de un circuito comercial ilegal de medicamentos, que se convierte en una forma de acceso rápido a las BDZ por fuera del servicio médico asistencial. Esta situación es otra forma de prescindir del médico por parte del paciente que recae nuevamente en la autoprescripción o en el uso inapropiado de medicamentos.

El tema es que, además, por ejemplo, cerca de la policlínica, hay dos ferias en las cuales la gente las compra por 50 pesos. Entonces, mucha gente que se le da la medicación acotada a lo que debería tomar, después compra en la farmacia cinco cajas más y toman como quieren, entonces, a veces, es como muy difícil controlar eso, porque no hay forma. (PSIC-p2).

Se subraya aquí la existencia de una suerte de “leyenda urbana” que da razones para el uso expandido de las BDZ, con ribetes de “ilegalidad”, que quita responsabilidad al cuerpo médico. Por extensión, esta “ilegalidad” y “criminalidad” se asocian a otras prácticas indebidas como el uso recreacional de las BDZ, el robo o los propios vecinos que se venden medicación entre ellos.

[...] se ve de todo, por desde que ves BDZ en la feria, los gurises la mezclan con alcohol, eh... he visto las mezclas más extrañas, en una caja de vino... un jugo Tang y dos blíster de Diazepam y eso es lo que pasan en la ronda. (MG-n2).

Se describe una práctica social instituida por fuera del servicio de salud, que es juzgada y valorada

de forma negativa. Esta, por fuera de la injerencia del profesional, hace que éste se declare sin posibilidades de intervenir en ella. Aunque, se señala que algunos miembros del cuerpo médico estarían implicados en esta circulación irregular de medicamentos, son los pacientes a los que se describe como siendo activos en el acto de buscar una receta médica injustificada o conseguir el propio medicamento.

El acceso y el consumo del fármaco por fuera de la participación técnica se explican a través de tesis que podríamos llamar “sociológicas”: la noción de la existencia de una “cultura” que se transmite de generación en generación, especialmente por línea femenina, de abuelas, madres a hijas y que da una profundidad temporal al fenómeno desde las primeras BDZ exitosas, como el Valium, hasta las más utilizadas actualmente.

Sí, y uno ve cuando, por ejemplo, se investigan los antecedentes personales psiquiátricos y los familiares, que es muy difícil no encontrar una abuela que no ha tomado una BDZ, el Lexotán famoso. El Valium famoso. O sea, que esto se remonta a años, años de años. Y, tal vez, es eso lo más difícil de destrabar. (PSIQ-a11).

La cultura de manejo libre del fármaco podría facilitar el acceso al mismo y también su “mal uso”. Todo esto sucede en un contexto socio-económico que los técnicos describen como desfavorable.

Otra estrategia para conseguir el medicamento, percibida sobre todo por los médicos de familia y generales, es recurrir a médicos que otorgan la receta sin recaudos. Esto mostraría que existen pautas de prescripción diferentes entre los profesionales y que algunos de ellos medicarían más fácilmente que otros. Estas diferencias son utilizadas por el paciente para conseguir su objetivo, de acuerdo a una práctica de visitar diferentes médicos hasta dar con quien recete lo que el paciente quiere. Habría aquí una cierta traición en el cuerpo médico, pues no todos se niegan a acceder a las demandas del paciente, y el éste deja de ir al médico que no receta fácilmente y concurre a otro que sí lo haga, lo que denominan “reconsulta”.

Interviene aquí para dar solución al problema la gestión institucional administrativa que regula la prescripción y dispensación de medicamentos por cada paciente.

El malestar de la receta: argumentos para el no abandono de la prescripción de benzodiazepinas

El establecimiento de estereotipos y la evaluación moral de los modos en que los pacientes consiguen las BDZ manipulando el sistema de salud o por fuera de éste, mantienen una relación de contigüidad con una serie de argumentos que explica la persistencia de las prescripciones de BDZ realizadas por los médicos aún a su pesar. Como vimos, la condición de adictos y de pacientes añosos se torna un argumento para ello, pero emerge además otro tipo de argumento cuando los profesionales reflexionan sobre la relación con sus pacientes. Todo un conjunto de relatos de situaciones de consulta hace referencia a una suerte de inversión en la relación médico-paciente, en la que son estos últimos quienes “deciden” la prescripción a través de una demanda activa de medicamentos específicos que son fuentes de conflicto entre técnicos y pacientes.

Encontramos en la literatura nacional menciones a las demandas de los pacientes como explicación de las prescripciones realizadas por los médicos desde al menos la década del 1970 (Herrera, 1978); volviendo a encontrarla en luego en los años 1990, en estudios realizados en la órbita de los servicios de salud pública (García, Vignolo, Contera & Murillo, 1998) y el hospital universitario (Riva, Serventi, Luquetti, Vicente & Bernardi, 2000). Este argumento reaparece en los discursos de los profesionales, quienes para describir la demanda del paciente utilizan verbos en el imperativo “deme esto y repítame aquello” (MF-n1) o términos como “pedir” (MF- n2), “reclamar” (MF-a1) o frases que denotan una razón instrumentalista como “vienen para que se las recetes”, “vienen para que les repitas” (MG-n1). El encuentro con el médico no es el fin de la consulta, sino un medio para acceder al medicamento. El monopolio de la prescripción que el médico detenta es enfrentado por los pacientes de distintas maneras y en torno a la receta médica se despliega una tensión que se describe como violenta y disruptiva. Se producen “escándalos en la sala de espera” (Grupo PSIC). Los pacientes “gritan”, “patalean” (MG-n2), se “enojan” (MF-g2) para lograr llevarse un objeto del médico: “la pastillita” (MF-a1).

Una variante de estas formas de presión para la obtención del medicamento es la intervención y/o la mediación de terceros (cercanos al paciente) en la de-

manda del fármaco. Esta situación remite a la pérdida de autoridad del médico, el cual una vez más es quien debe obedecer las órdenes de quienes consultan, y ahora de terceros cercanos al paciente.

A mí me pasa en el consultorio que de repente viene la hija dice deme algo para que mamá duerma porque se levanta en la mitad de la noche entonces prende la televisión y entonces viste cosas así. Viene la hija a pedir que le des la pastillita a la madre porque no los deja dormir en toda la noche y tienen que estar cuidando de que no se caiga. (Grupo MF).

Las presiones de los pacientes a los médicos, junto con su negativa a aceptar otro tipo de tratamiento, se vuelven argumentos potentes a la hora de realizar excepciones al uso puntual de las BDZ. El siguiente fragmento es ilustrativo al respecto:

En los libros está usarla [las BDZ] lo menos posible pero la realidad práctica es que el paciente no quiere, no acepta terapias alternativas. Las conductas son difíciles de cambiar, no vas a hacer un psicoanálisis por un trastorno de ansiedad. No acepta nada, entonces hay que continuar el tratamiento. ‘Usted deme la pastilla que con esto trabajo’. (PSIQ-n2).

La resistencia a otros tipos de tratamientos también es señalada por las psicólogas, quienes argumentan que el paciente prefiere concurrir al psiquiatra porque este le proporciona el fármaco. Se establece así la idea de que el paciente prefiere la pastilla al psicólogo y que la propia intervención medicamentosa hace más difícil que el paciente acepte causas psíquicas de su malestar.

Entonces, es como la pastillita mágica, que muchas veces lo que yo digo a veces, cuando digo ‘fa, che, no, pa, faltaron pilas de pacientes. Y lógico’, digo yo en broma, mis compañeras se ríen, ‘yo no hago la recetita’. (PSIC-a1).

La razón de continuidad de la prescripción se ubica en las actitudes de los pacientes, ya sea porque

presionan a los profesionales, ya sea porque resisten a otras alternativas terapéuticas.

La Tabla 1 presenta un esquema de las cuatro dimensiones de los procesos de formación de los estereotipos desarrollados.

Discusión

El presente estudio sobre las perspectivas de los profesionales de la salud pública en relación a la controversia científico-técnica de las BDZ, identificó la presencia de estereotipos asociados a los pacientes que complejizan la práctica clínica y el acto de prescripción. Esta formación de estereotipos y su consiguiente evaluación moral del comportamiento de los usuarios de BDZ suponen 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 de los comportamientos de los individuos implicados. Quienes por consiguiente se encuentran en una situación de fracaso moral son aquellos sujetos que no son capaces de utilizar de manera controlada, y por lo tanto,

adecuada, las BDZ. De este modo, el núcleo mismo de la controversia científico-técnica sobre la utilidad clínica de las BDZ, a saber, la tensión entre dependencia-adicción, queda reducido a un problema individual, pues la responsabilidad de un buen o mal uso recae sobre los sujetos, y son ellos los que deben orientar moralmente sus comportamientos.

Esta responsabilidad se traslada fundamentalmente a los pacientes, en base a la tipificación crítica de los mismos (adictos, poseen conocimientos equivocados sobre los medicamentos, no obedecen las indicaciones de los profesionales, entre otras). Encontramos aquí, entonces, procesos de crítica moral y generalización de comportamientos tildados de indeseables, a través de estereotipos similares a los que han sido observados por otros estudios en el campo de la salud en torno al consumo de alcohol y otras drogas ilegales (Ronzani & Furtado, 2010). Posiblemente, la propia condena implícita de las BDZ que se desprende de la controversia científico-técnica desarrollada en torno a las mismas es la que hace posible establecer una cierta continuidad entre las valoraciones realiza-

Tabla 1

Principales resultados.

Procesos discursivos de formación de estereotipos y moralización de comportamientos en torno a los usuarios de BDZ que complejizan la práctica clínica y el acto de prescripción.				
1	Valoración negativa de las acciones de los pacientes respecto al consumo de BDZ.	→ Medidas de control que deben ser aseguradas para que el uso de BDZ dé buenos resultados.	→ Vigilancia de los comportamientos de médicos y pacientes en relación al uso de BDZ.	→ Situaciones declaradas como inmanejables por los profesionales de la salud
2	Pacientes percibidos como incapaces de apreciar el riesgo del consumo de BDZ.	→ Características de la personalidad de los pacientes que los hacen propensos a desarrollar adicción.	→ Pacientes con consumo prolongado de BDZ tipificados como adictos.	
3	Estrategias de pacientes para obtener BDZ fuera del sistema de salud o recurrir a médicos que otorgan la receta médica sin recaudos.	→ Pacientes se auto medican y siguen consejos de allegados legos, respondiendo a veces a una cultura transmitida por línea generacional femenina.	→ Pacientes responsables de sus usos indebidos de las BDZ.	
4	Demanda activa de BDZ por parte de los pacientes o de terceros cercanos a ellos, no aceptando otro tratamiento.	→ Pacientes para quienes el encuentro con el médico no es un fin sino un medio para acceder al medicamento.	→ Médicos que aún a su pesar persisten en la prescripción de BDZ.	

Usuarios de BDZ presentados como sujetos con una falla intrínseca que, en rigor, podrían haber desarrollado una adicción a estos medicamentos o a cualquier otra sustancia.

BDZ: benzodiazepinas.

das por los profesionales de la salud sobre el uso que los pacientes hacen de las BDZ y el uso problemático de sustancias ilegales.

Los estereotipos implican creencias acerca de características, atributos y comportamiento de un grupo en particular, así como las teorías de cómo y por qué ciertos atributos están relacionados (Hilton & Hippel, 1996) y la atribución de las causas al comportamiento observado (Michener, Delamater & Myers, 2005). La formulación de estas causas supone asimismo la atribución de una dimensión moral en la que la responsabilidad del acto recae sobre ciertas características del individuo. Así, los usuarios de BDZ en última instancia son presentados como con una falla intrínseca que, en rigor, podrían haber desarrollado una adicción a estos medicamentos o a cualquier tipo de sustancia. Aquí también el proceso de atribución moral de responsabilidades comparte algunas de las características que se han encontrado en las valoraciones de los profesionales de la salud sobre el alcoholismo y el uso problemático de las drogas (Palm, 2006).

La contrapartida moral de estos estereotipos de los pacientes, en los profesionales, en torno a los cuales no se constató la presencia de procesos de estereotipación, toma la forma de un dilema moral, pues estos deben decidir a “conciencia” cada prescripción. Otros estudios que han indagado la percepción de los médicos generales sobre la prescripción de BDZ han señalado algunas de las dimensiones implicadas a la decisión del médico de indicar estos medicamentos. Algunas investigaciones sobre el uso crónico han mostrado que la demanda del paciente se percibe como un factor que influye fuertemente sobre dicha prescripción (Bjorner & Laerum, 2003; Bradley, 1992). Los actos y las estrategias de los pacientes para conseguir las BDZ, descritos por los profesionales uruguayos, coinciden con dichas investigaciones en señalar este fenómeno como uno de los principales problemas del uso de BDZ en la práctica clínica. El dilema moral de la decisión de la prescripción se da en un contexto de caída del influjo médico, claramente visto a través de las estrategias que los pacientes despliegan para contrarrestar dicha autoridad y conseguir lo que necesitan del facultativo. Los profesionales, por consiguiente, aparecen como intermediarios entre los pacientes y el medicamento.

Anthierens, Habraken, Petrovic y Christiaen (2007), en su estudio sobre la opinión de los médicos

sobre la prescripción de BDZ por primera vez, dan cuenta del modo en que la prescripción de BDZ se convierte para los médicos en un medio de mostrar empatía hacia los pacientes y en una forma de aliviar o minimizar sus sufrimientos, así como de actuar ante la falta de alternativas en el equipo de salud. También para los profesionales de la salud uruguayos, la falta de alternativas claras a las BDZ se convierte en un elemento relevante en el acto de la prescripción junto a la atribución de responsabilidades a los usuarios.

La falta de alternativas que los profesionales de salud sustentan, tanto en el rechazo de los pacientes a los tratamientos no farmacológicos como en la valoración de que los hábitos crónicos son poco modificables, redundará además en el no establecimiento de procedimientos claros ni para la prevención de un uso problemático de BDZ ni para la discontinuación de su prolongado. En un país como el Uruguay, que presenta niveles elevados del consumo de BDZ, una importante tendencia al mantenimiento de su prescripción por períodos prolongados y altas tasas de intoxicación con estos medicamentos (Speranza et al., 2015), el juicio moral de los comportamientos de los pacientes y su responsabilización por el uso desmesurado de las BDZ, parecen obstaculizar una discusión profunda y un tratamiento colectivo de un fenómeno de por sí altamente complejo.

Referencias

- Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M. & Christiaen, C. (2007). The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GPs' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 214-219.
- Behan, M. & Dobbin, J. (20 de julio de 2009). *All-party parliamentary group on involuntary tranquilliser addiction*. Submission to equalities and human rights commission. Recuperado de: <http://www.addictiontoday.org/files/appg-ita-submission-to-ehrc.pdf>
- Bjorner, T. & Lærum, E. (2003). Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. A survey among general practitioners in Norway. In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, 115-120.
- Bradley, C. P. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice*, 42(364), 454-458.

- Breggin, P. (1998). Analysis of adverse behavioral effects of benzodiazepines with a discussion on drawing scientific conclusions from the FDA's spontaneous reporting system. *The Journal of Mind and Behavior*, 19(1), 21-50.
- Bury, M. (1996). Caveat venditor: social dimensions of a medical controversy. En: D. Healy & D. P. Doogan (Ed.), *Psychotropic Drug Development* (pp. 41-57). Londres: Chapman & Hall.
- Donoghue, J. & Lader, M. (2010). Usage of benzodiazepines: A review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14, 78-87.
- García, G., Vignolo, J., Contera, M. & Murillo, N. (2002). Consumo de psicofármacos en el Centro de Salud Sayago. Montevideo, 1998. *Revista Médica del Uruguay*, 18, 154-160.
- Herrera, J. (1978). Psicofarmacología de los estados de ansiedad. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 43(258), 215-232.
- Hilton, J.L. & von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237-271.
- King, M. B. (1992). Is there still a role for benzodiazepines in general practice? *British Journal of General Practice*, 42(358), 202-205.
- Lader, M. (1996). The rise and fall of the benzodiazepines. En: D. Healy & D. P. Doogan (Ed.), *Psychotropic Drug Development* (pp. 58-68). Londres: Chapman & Hall.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited: will we ever learn? *Addiction*, 106(12), 2086-109.
- Lader, M. & Morton, S. (1991). Benzodiazepine problems. *British Journal of Addiction*, 86, 823-828.
- Michener, H. A., DeLamater, J. D., Myers, D. J. (2005). *Psicología Social*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Palm, J. (2006). *Moral concerns – treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems*. Dissertation from Stockholm University: Kriminologiska institutionen, Faculty of Social Sciences, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD).
- Pieters, T. & Snelders, S. (2009). Psychotropic drug use: between healing and enhancing the mind. *Neuroethics*, 2, 63-73.
- Riva, F., Servente, J., Luquetti, L., Vicente, H. F. de & Bernardi, R. (2000). Uso de psicofármacos en población internada en un hospital universitario de adultos. *Revista Médica del Uruguay*, 16, 201-211.
- Ronzani, T. & Furtado, E. (2010). Estigma social sobre o uso de alcohol. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332.
- Schönberg, A. (1997). Tranquillizers and hypnotic-sedatives as a social problem in Finland and Sweden. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift*, 14, 17-31.
- Solal, J. (1994). Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable. En: A. Ehrenberg (Ed.), *Individuos bajo influencia*. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos (pp. 191-202). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Speranza, N., Dominguez, V., Pagano, E., Artagaveytia, P., Olmos, I., Toledo, M. & Tamosiunas, G. (2015). Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. *Revista Médica Uruguaya*, 31(2), 111-118.
- Tone, A. (2005). Listening to the past: history, psychiatry, and anxiety. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 373-380.
- Uruguay. (2008). Poder Legislativo Uruguay. *Ley 18331 – 11/08/2008*. Poder Ejecutivo Uruguay, Decreto de reglamentación de Ley 18331, CM/524/08 – 31/08/2008.

Dirección para correspondencia:

Andrea Bielli
 Tristán Narvaja, 1674
 CP: 11200
 Montevideo, Uruguay
 E-mail: abielli@psico.edu.uy

Recibido el 31/07/2015
 Revisado el 07/10/2015
 Aceptado el 18/11/2015