

LOS PSICOTRÓPICOS, LA PASIVIDAD Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA*

Dra. BETSY ETTORE

(Traducción: Profesora ROSA DEL OLMO)

1. LAS MUJERES, LA SALUD PÚBLICA Y EL DETERIORO ECONÓMICO

El "Estado Benefactor" ha traído a la Gran Bretaña la revalorización del bienestar humano y de los valores sociales aparentemente más humanos que los de los años anteriores de la economía del *laissez-faire*. Esto se ha reflejado en el crecimiento de la responsabilidad estatal por la salud, la educación y la seguridad social. Para finales de la década de los setentas estos servicios sociales cubrían la mitad de todo el presupuesto estatal¹.

Desde 1948 el Estado ha financiado un sistema organizado de asistencia médica, el *Servicio Nacional de Salud* (NHS) basado en la idea de que la inversión directa en el cuidado de la salud destaca la "prosperidad nacional", o, más específicamente, "la salud pública". Con el desarrollo del Servicio Nacional de Salud se ha establecido "el bienestar como un derecho social". La unión entre el bienestar social y la salud pública cobijados por el NHS tiene una importante consecuencia: el derecho de cada individuo a su propio bienestar se considera administrado y resguardado por el Estado.

Durante los últimos 30 años la posición de las mujeres como beneficiarias del cuidado de la salud se ha visto afectado por varios cambios sociales. En primer lugar, ha habido un considerable aumento del número de mujeres casadas que ingresan en la fuerza de trabajo. En 1951, una de cada cinco mujeres casadas tenía trabajo; en 1976 era una de cada dos. En 1981, dos de cada tres mujeres empleadas eran casadas². En segundo lugar, las definiciones sociales de las mujeres han cambiado, y hoy es más aceptable socialmente definir a las mujeres como trabajadoras y madres. Se han sugerido³, sin embargo, mientras que las definicio-

* Este ensayo forma parte del libro de ANTHONY HENMAN, ROGER LEWIS y otros, intitulado *Big Deal: The politics of the illicit drugs business*. London, Pluto Press, 1985.

¹ IAN GOUGH, *The Political Economy of the Welfare State*, London, Macmillan, 1979.

² A. OAKLEY, *Subject Women*, London, Fontana, 1981.

³ LESLEY DOYAL, with IMOGEN PENNELL, *The Political Economy of Health*, London, Pluto Press, 1979.

nes de la feminidad se han "liberalizado", ha habido poco cambio en el criterio de la sociedad sobre la identidad de la mujer como esencialmente doméstica y subordinada, criterio tradicionalmente sostenido en la sociedad y actualmente desafiado por las mujeres investigadoras⁴. En tercer lugar en años recientes el desempleo de las mujeres ha aumentado tres veces más que el de los hombres⁵.

En la actual recesión económica, estos tres cambios han colocado a las mujeres en una posición económica vulnerable y en peligro de volverse deprimidas, de ser consumidoras del bienestar o involucrarse en el mundo de las drogas. La investigación ha demostrado que los síntomas médico-siquiátricos en las mujeres están relacionados con el aislamiento en la tensión del hogar producido por la pobreza y la falta de trabajo, así como por sucesos cotidianos tensos⁶. Es más, las mujeres tienen una mayor incidencia en la depresión que los hombres, estando su depresión más arraigada en rabia no expresada relacionada con sus funciones sociales subalternas.

En una sociedad supuestamente basada en el bienestar individual, se censura el surgimiento de la depresión, la tensión mental, la ansiedad o cualquier otro síntoma. No obstante, la posición de la mujer y la naturaleza del rol femenino tal como está construido conduce a la enfermedad mental. Las mujeres son las principales consumidoras del cuidado de la salud dentro del Servicio Británico Nacional de Salud. Es más, las mujeres tienen una y media veces más probabilidades de ingresar en un hospital siquiátrico en algún momento de sus vidas que los hombres⁷. En efecto, las mujeres son catalogadas más frecuentemente que los hombres como "deprimidas", "siconeuróticas", "sicóticas" o "afectadas por algún trastorno no especificado⁸.

Como grupo selecto de consumidoras de la beneficencia, las mujeres son más vulnerables que los hombres a los cambios en los servicios sociales. El Estado Benefactor en parte gira en torno a lograr que las no trabajadoras como las esposas desempleadas participen en la economía consumiendo los servicios del Estado. Este tipo de participación se considera como una alternativa al retraining, una opción que OFFE considera que implica la dependencia de "subculturas, drogas o comunas"⁹.

⁴ NANCY CHODOROW, *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*, Berkeley, University of California Press, 1978.

⁵ I. BRUEGEL, "Women as a Reserve Army of Labour: a Note on Recent British Experience", en E. WHITELEGG et al. (eds.), *The Changing Experience of Women*, London, Open University Press, 1982.

⁶ G. W. BROWN and T. HARRIS, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London, Tavistock, 1978.

⁷ G. B. HILL, "The Expectations of Being Admitted to a Mental Hospital in DHSS Psychiatric Hospitals in England and Wales", in *Patient Statistics from the Mental Health Enquiry, 1970*, London, HMSO, 1972.

⁸ S. LIPSHITZ, "Women and Psychiatry", in J. CHETWYND and O. HARTNET (eds.), *The Sex Role System*, London, Routledge and Kegan Paul, 1978, págs. 93-108.

⁹ C. OFFE, "Advanced Capitalism and the Welfare State", *Politics and Society*, 2, 1972, págs. 479-489.

La prescripción de drogas sicotrópicas dentro del Servicio Nacional de Salud, y con el apoyo de la industria farmacéutica, puede ser una manera mediante la cual el Estado les permite a las mujeres ejercer la opción del retraimiento exhibiendo aun el control sobre esta opción particular (dependencia de drogas). Por otra parte, la autoprescripción de sicotrópicos, ya sean obtenidos lícita (es decir, alcohol o prescripciones del NHS) o ilícitamente (es decir, barbitúricos, opiáceos, etc., del "mercado negro"), puede significar para algunas mujeres el rechazo a ser manipuladas por el Estado en su elección del "retraimiento". Así el uso de drogas implique la adquisición y consumo de una mercancía ilegal y/o legal, se ha sugerido que el consumo internacional de drogas ha alcanzado el nivel más alto de todos los tiempos¹⁰. Es más, en los Estados Unidos el mercado ilegal de drogas se ha ampliado en años recientes para incluir drogas como el Diazepam (Valium, Librium, etc.), que anteriormente solo podrían ser adquiridas por prescripción médica. En este aspecto, es importante destacar que las benzodiazepinas no están incluidas en ninguna convención internacional sobre prohibición.

2. CONSUELO EN LA BOTELLA: SALUD PÚBLICA VS. GANANCIA ESTATAL

Examinemos brevemente la estructura del mercado del alcohol: sus efectos en las mujeres, quienes como grupo han aumentado el consumo de alcohol en relación con los hombres¹¹ y la ganancia económica que el Estado recibe del consumo de alcohol.

En la Gran Bretaña, los consumidores gastan aproximadamente entre 7 y medio y 8 mil millones de libras anuales en alcohol. Esto representa el 8% del gasto total del consumidor. El Estado recibe aproximadamente 2.500 millones de libras al año por impuestos al alcohol¹². Hay un mercado global de alcohol de 70 mil millones de dólares, dominado por 27 principales corporaciones multinacionales, cada una de las cuales tiene ventas por encima de un mil millones de dólares por año, con subsidiarias en ocho de las principales naciones industrializadas¹³. En la Gran Bretaña se encuentran nueve de estas 27 corporaciones.

Durante la recesión económica de fines de los setentas, estas multinacionales británicas fueron obligadas a expandir y crear nuevos mercados locales y foráneos. Se buscaron mercados en el Tercer Mundo, mientras que localmente el crecimiento del mercado se generó por medio del desarrollo de las ventas de alcohol en múltiples cadenas de tiendas como Marks & Spencer, Sainsburys, Tesco, Safeways, o la Inter-

¹⁰ T. MALYON, "The Production and Consumption of Illegal Drugs", in *Behind the News*, 1984, págs. 131-137.

¹¹ S. SHAW, "The Causes of Increasing Drinkings Problems amongst Women in Camberwell", in COUNCIL ON ALCOHOLISM, *Women and Alcohol*, London, Tavistock, 1980.

¹² K. BRUNN (ed.), *Alcohol Control Policies in the United Kingdom*, Stockholm, Sociologiska Institutet, 1982.

¹³ J. CAVANAGH and F. CLAIRMONTE, *Alcoholic Beverages, Dimensions of Corporate Power*, Geneva, World Health Organization, 1983.

national Stores, subsidiaria de la British American Tobacco. El alcohol se ofreció al por menor a precios inferiores, y para 1977 aproximadamente la mitad de los supermercados británicos tenían licencias para vender alcohol¹⁴. Una de las principales consecuencias de esto ha sido que las mujeres son elegidas cada vez más como consumidoras por los productores y minoristas.

Descontando lo que el Estado denomina las "pérdidas del alcohol" (cuyos estimativos oscilan entre 400 y 650 millones de libras esterlinas), obtiene una ganancia de por lo menos 1800 millones de libras anuales de los impuestos del alcohol. Oficialmente el tratamiento de los alcohólicos le cuesta al Servicio Nacional de Salud 8 millones de libras por año¹⁵.

Aunque las ganancias del Estado por consumo de alcohol son prioritarias a la salud pública, cualquier persona que tenga problemas individuales relacionados con el consumo de alcohol es etiquetada como "abusadora". Las mujeres han perdido, no solo por ser el principal blanco de las estrategias del mercado del alcohol, sino también por tener menos probabilidad que los hombres de recibir tratamiento si abusan de la bebida¹⁶.

3. LAS MUJERES COMO CONSUMIDORAS DE LA ASISTENCIA A LA SALUD: UNA INVERSIÓN EN LA PASIVIDAD

En términos económicos, una de las contribuciones más significativas del capital privado al Servicio Nacional de Salud ha sido a través de la industria farmacéutica. Esta es fundamentalmente multinacional, con un pequeño número de firmas como Hoffman La Roche dominando el mercado mundial. En este contexto, la salud pública puede tener más que ver con una industria farmacéutica "sana" que lo considerado anteriormente.

Como la información producida cada año por la *Prescription Pricing Authority* (PPA) sobre cuáles drogas son prescritas por el NHS (en términos de marcas, cantidades y precios) se mantiene secreta por el DHSS, es difícil establecer la relación exacta entre el NHS y la industria farmacéutica. Sabemos sin embargo que en 1949 y en 1983 todas las prescripciones del NHS alcanzaron a 225.1 millones y 386.3 millones respectivamente, y que el número de prescripciones aumentó proporcionalmente en esos 35 años¹⁷. También sabemos que en 1977 la cuenta por medicamen-

¹⁴ S. OTTO, "Women, Alcohol and Social Control", in B. HUNTER and G. WILLIAMS (eds.), *Controlling Women: the Normal and the Deviant*, London, Croom Helm, 1981, págs. 154-167.

¹⁵ A. MAYNARD and R. McDONNELL, "The Cost of Alcohol Misuse", in *British Journal of Addiction* (forthcoming).

¹⁶ J. WHITE, *Women and Alcohol*, unpublished paper presented at two-day conference, Left Alive, in London 2,3,4 November 1984.

¹⁷ OHE, *Office of Health Economics Compendium of Health Statistics*, 5th Edition, London, OHE, 1984.

tos del NHS llegó a 596 millones de libras¹⁸; en 1981 a 1.067.6 millones y en 1982 a 1.233.2 millones¹⁹.

En 1984 los sicotrópicos representaron el 15% de todas las prescripciones elaboradas por los médicos²⁰, y el 17% de todas las prescripciones del NHS. El Instituto para el Estudio de la Dependencia de Drogas (ISDD) ha recogido información sobre una variedad de encuestas locales y nacionales sobre drogas sicotrópicas. Una encuesta de 1971 sobre el consumo de tranquilizantes/sedantes demostró que el 14% de la población adulta había consumido esas drogas y que dos veces más eran mujeres que hombres, lo cual significa que una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres habían consumido esas drogas durante ese año²¹.

Otro estudio en 1977 dio por resultado que el 12% de la población adulta de Inglaterra y Gales había tomado una droga sicotrópica prescrita en los quince días anteriores al estudio, y que al 7% se le había prescrito esa droga hacía más de un año²². MIND²³ señala que miles de personas han estado consumiendo estas drogas hasta por 15 años y que el 1.5% de la población de la población adulta las ha consumido por más de un año. El cuadro nacional del consumo de drogas sicotrópicas es particularmente deprimente respecto de las mujeres. En él se ve cómo el consumo de sicotrópicos por parte de las mujeres, que es de dos veces mayor que el de los hombres. El punto máximo se encuentra entre mujeres mayores, de clase media, y frecuentemente es a largo plazo.

Entre 1965-70 hubo un aumento del 19% en prescripciones de drogas sicotrópicas²⁴ y entre 1961 y 1971 fue del 48%. LADER²⁵ también destacó el índice mayor de consumo entre mujeres tanto en lo nacional como en lo internacional.

En los años 60s, los médicos prescribieron anfetaminas como antidepresores diurnos, y barbitúricos como sedantes nocturnos. Algunas de estas drogas adquirieron popularidad en el mercado ilícito de las drogas; a comienzos de los 70s las políticas formuladas estaban dirigidas contra los "abusadores" que obtenían las drogas en el mercado negro²⁶.

¹⁸ *Lancet*, vol. 12, 1978, pág. 946.

¹⁹ R. LACBY, "Prescriptions-What Price Official Secrecy?", in *Open Mind*, núm. 9, 1984, pág. 13.

²⁰ A. CLARE, "Psychotropic Drug Use in General Practice", in G. TOGNONI, C. BELLANTUONO and M. LADER (eds.), *Epidemiological Impact of Psychotropic Drugs*, Amsterdam, Elsevier/North Holland Biomedical Press, 1981, págs. 189-201.

²¹ ISDD, *Prevalence of Psychotropic Drug Taking Amongst Women in the UK*, London, ISDD, 1980.

²² ISDD, *Surveys and Statistics on Drug Taking in Britain*, London, ISDD, 1984.

²³ MIND, National Association for Mental Health, "What the Patient Ought to Know But Is Not Told: the True Price of Tranquillity", Press release, London, Mind, National Association Mental Health, 1 february 1984.

²⁴ P. PARISH, "The Prescribing of Psychotropic Drugs in General Practice", in *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, Supplement núm. 4, 1971, 21, 92.

²⁵ M. LADER, "Benzodiazepines-the Opium of the Masses?", in *Neuroscience*, vol. 3, 1978, págs. 159-165.

²⁶ A. JAMIESON, A. GLANZ and S. MACGREGOR, *Dealing with Drug Misuse: Crisis Intervention in the City*, London, Tavistock, 1984.

Los propios médicos instauraron en 1975 la Campaña sobre el Uso y Restricción de Barbitúricos (CURB) para ayudar a reducir la prescripción de barbitúricos. Mientras que en los años 70s los adictos a barbitúricos no podían obtener tranquilizantes para sustituir su hábito a las drogas, las amas de casa en los años 80s podían conseguir fácilmente tranquilizantes para sustituir el suyo.

Entre 1970 y 1975 el número de prescripciones de barbitúricos y estimulantes disminuyó, mientras que el de tranquilizantes y antidepresores aumentó²⁷. WILLIAMS señala que las estadísticas sobre prescripción de sicotrópicos no incluyen las drogas prescritas a pacientes externos e internos, por lo cual deben interpretarse con cautela. Es más, las benzodiazepinas pueden prescribirse como tranquilizantes, hipnóticos o anticonvulsivos, y estas prescripciones pueden incluirse en diferentes encabezamientos de grupos de drogas.

No obstante, los cambios en la práctica de la prescripción pueden sugerir que los médicos formulan cada vez más drogas clasificadas como antidepresores y tranquilizantes para la sedación nocturna. Los tranquilizantes menores, como las benzodiazepinas, fueron comercializados con propiedades tanto de tranquilizantes diurnos, como de sedantes nocturnos. Se creía que las benzodiazepinas eran más eficaces y seguras que los barbitúricos para elevar la ansiedad y la tensión al ocuparse de "la extensión de la ansiedad clínica en la sociedad"²⁸.

Sin embargo, las benzodiazepinas, al igual que los barbitúricos, han sido relacionadas con la dependencia física y psicológica²⁹, y el Comité de Revisión de Medicinas informó en 1980³⁰ lo siguiente: "la falta de evidencia firme sobre la eficacia que pudiera apoyar el consumo a largo plazo de las benzodiazepinas en el insomnio y la ansiedad". Recientemente se planteaba que el problema de la dependencia de tranquilizantes es particularmente pertinente a las mujeres, pues consumen estas drogas y enfrentan problemas de dependencia dos veces más que los hombres³¹.

Con casi 40 millones de prescripciones de benzodiazepina a un costo de 30 millones de libras al Servicio Nacional de Salud (NHS) y dado el costo "invisible" para las vidas de miles de mujeres consumidoras, el consumo de benzodiazepinas debe considerarse como un asunto social digno de prestarle la atención crítica que merece. El asunto tiene que ver con una creciente inversión por parte del NHS en la imagen de la mujer como "consumidora pasiva". También tiene que ver con las agresivas estrategias de mercado de la industria farmacéutica que, al igual que la industria del alcohol, tienen como blanco a las mujeres. Para las mujeres el resultado es la perpetuación de su pasividad y domesticidad.

²⁷ P. WILLIAMS, "Recent Trends in the Prescribing of Psychotropic Drugs", in *Health Trends*, 12, 1980, págs. 6-7.

²⁸ OHE, "Medicines and the Quality of Life", in *OHE Briefing*, núm. 19, 1982.

²⁹ M. LADER, "Dependence on Benzodiazepines", in *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 4, 1983, págs. 121-127.

³⁰ COMMITTEE ON THE REVIEW OF MEDICINE, "Systematic Review of the Benzodiazepines", in *British Medical Journal*, 29 March, 1980, págs. 910-912.

³¹ M. LADER, "Introduction", in C. HADDON, *Women and Tranquillizers*, London, Sheldon Press, 1984.

RELEASE, una organización nacional preocupada por el problema de los tranquilizantes y la forma como se relacionan con las mujeres, estima que el dinero invertido por la industria farmacéutica en la publicidad y la promoción representa el doble de lo gastado en investigación y desarrollo³². Es más, hay un representante de compañías de drogas por cada ocho médicos internistas en la Gran Bretaña. MELVILLE³³ informó que de 115 anuncios de drogas para tranquilizantes en el *British Medical Journal*, 91 se referían directamente a mujeres pacientes. El mensaje de la mayoría de los anuncios de drogas sicotrópicas dirigido a las mujeres se basa en que las tensiones cotidianas son un problema médico. La intervención se orienta hacia el individuo que está bajo tensión y no hacia una sociedad que necesita cambio³⁴. Las mujeres se han convertido en un mercado principal para los sicotrópicos; durante los períodos de depresión económica, la sociedad necesita mantener su creciente número de no-trabajadoras (mujeres) en sus funciones tradicionales de amas de casa, madres, cuidadoras y alimentadoras.

El consumo de drogas sicotrópicas por las mujeres puede verse, al igual que la "depresión"³⁵, como un "escape" de la naturaleza opresiva del papel doméstico ubicado dentro de una esfera social útil. En posiciones estructuralmente sin carácter de esposa-esposo o de paciente-médico³⁶, las mujeres están entrenadas para ganar cualquier comodidad, alegría o placer que puedan. El suministro de sicotrópicos es permitido por el Estado, promovido por la industria farmacéutica y demandado por la paciente, quien pregunta: "¿Doctor, me podría dar algo para sentirme mejor, menos angustiada y menos deprimida?". En realidad, la pregunta oculta es: "¿Doctor, puede ayudarme a sentirme menos inferior socialmente?" frecuentemente la respuesta a ambas preguntas es una píldora.

La relación entre las mujeres y la profesión médica puede verse históricamente como una relación de control social³⁷. La consecuencia de este desarrollo es que las mujeres sean más dependientes que los hombres de la institución de la medicina, y la relación entre una mujer que consume tranquilizantes y su médico puede revelar un proceso de colusión. Dentro de este proceso, a una mujer le puede ser negado —y ella también lo puede negar— un papel activo en mantener su suministro de drogas. Por otra parte, el consumo a largo plazo puede ser consistente con la propia expectativa social de la mujer de "seguir las órdenes médicas". Con la actual tendencia a restringir el suministro de parte del Estado, una campaña de los medios, bien

³² RELEASE, *Trouble with Tranquillizers*, London, Release, 1982.

³³ JOY MELVILLE, *The Tranquillizer Trap*, London, Fontana, 1984.

³⁴ G. V. STIMSON, "The Message of Psychotropic Drug Ads", in *Journal of Communication*, 25, 3, 1975, págs. 153-160.

³⁵ K. NAIRNE and G. SMITH, *Dealing with Depression*, London, The Women's Press, 1984.

³⁶ M. BARRET and H. ROBERTS, "Doctors and their Patients: The Social Control of Women in General Practice", in C. SMART and B. SMART (eds.), *Women, Sexuality and Social Control*, London, Routledge & Kegan Paul, 1978.

³⁷ B. EHRENREICH and D. ENGLISH, *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*, London, Compendium, 1974.

simbolizada por el libro y la reciente película *I'm dancing as fast as I can*, induce a la culpa y a la vergüenza en las mujeres consumidoras de drogas. La respuesta de la industria farmacéutica ha sido la de promover productos socialmente más aceptables, como las vitaminas, que tienen una aceptación mayor de consumo.

4. LA JERARQUÍA DE LAS DEPENDENCIAS: DESEOS PROHIBIDOS Y TABÚ SOCIAL

Cuando los problemas de las mujeres relativos al consumo de drogas sale del dominio privado, los expertos de la sociedad frecuentemente fracasan en la búsqueda de las razones por las cuales ellas consumen drogas de manera diferente de los hombres. El consumo de drogas por parte de las mujeres puede verse más como un problema social que el consumo por parte de los hombres, porque implica la "desestabilidad" de la familia. No hay ambientes públicos, contextos o mecanismos por medio de los cuales las mujeres puedan enfrentar sus experiencias en términos de las elecciones que pueden hacer o los beneficios que reciben del consumo de drogas. Subyacente en la invisibilidad de su consumo, se encuentra el tipo de consumo de drogas voluntario, activo y creativo que HARPWOOD describe e ilustra tan bien³⁸.

Como blanco de la codicia de la industria de las drogas y de la ignorancia de la profesión médica, las mujeres han surgido en su actitud tradicional: consumidoras pasivas. A no ser que las mujeres tomen cabal conocimiento de su necesidad de placer, y quizá por su necesidad de mayor placer con o sin drogas, se perpetuará su condición de consumidoras pasivas. La consideración de nociones como "volverse una consumidora activa" o "asumir el autocontrol del consumo de drogas" puede ser un comienzo adecuado si las mujeres consumidoras desear desafiar su actual situación.

Dentro de la sociedad, el consumo de drogas lícitas como ilícitas implica una jerarquía socialmente construida, que abarca desde "las drogas buenas" en la cima de la jerarquía, hasta "las drogas malas" en el fondo. En la jerarquía de las adicciones los tranquilizantes se consideran "buenos" y socialmente necesarios para mantener la felicidad doméstica o la estabilidad de la familia. Es interesante notar que no ha habido investigación sobre tranquilizantes que enfatice el punto de vista del consumidor. Esta falta puede existir porque las mujeres aparecen como "consumidoras primarias". La prescripción de la sociedad según la cual las mujeres deben ser dependientes, eclipsa cualquier experiencia que ellas tengan, ya sea individualmente o en grupo, como seres independientes³⁹.

³⁸ D. HARPWOOD, *Tea and Tranquillizers*, London, Virago Press, 1982.

³⁹ LYN PERRY, autor de *Women and Drug Use: an Unfeminine Dependency* (London, ISDD, 1979), suministró valioso asesoramiento y apoyo en la elaboración de este trabajo.