



Población y Salud en Mesoamérica

ISSN: 1659-0201

revista.ccp@ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Rodríguez Fernández, Adriana

Prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia: perspectivas
de profesionales en servicios de apoyo del área metropolitana de Costa Rica

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 21, núm. 1, 2023, Julio-Diciembre, pp. 188-211

Universidad de Costa Rica

San José, Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.54125>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44675503015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

CCP

Centro Centroamericano
de Población

Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.54125>

Volumen 21, número 1, Art. Cient. julio-diciembre 2023



Población y Salud en Mesoamérica

Prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia: perspectivas de profesionales en servicios de apoyo del área metropolitana de Costa Rica

Adriana Rodríguez Fernández

Cómo citar este artículo:

Rodríguez Fernández, A. (2023). Prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia: perspectivas de profesionales en servicios de apoyo del área metropolitana de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 21(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.54125>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral

Centro Centroamericano de Población

Universidad de Costa Rica

Prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia: perspectivas de profesionales en servicios de apoyo del área metropolitana de Costa Rica

Prescription of psychotropic drugs to women in situations of violence: perspectives of professionals in support services in the Metropolitan Area of Costa Rica

Adriana Rodríguez Fernández¹ 

Resumen

Introducción: Diversas fuentes confirman la sobrerrepresentación de las mujeres en el consumo de psicofármacos, así como diferencias particulares en los patrones de prescripción a mujeres que experimentan violencia. Se trata de un asunto de salud pública que amerita un análisis interdisciplinario junto con un enfoque de género. **Objetivo:** Explorar la perspectiva de funcionarias institucionales en torno a la prescripción de psicofármacos a mujeres atendidas por situaciones de violencia. **Metodología:** El estudio es de tipo exploratorio-descriptivo basado en métodos cualitativos de investigación, se integraron fuentes documentales y se consultó a personas expertas mediante la técnica de entrevista semiestructurada. **Resultados:** El tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos es frecuente en mujeres, cuyas principales vías de abastecimiento son la orden médica en el primer nivel de atención en salud y la automedicación. Dicho consumo se relaciona con las consecuencias de la violencia, y las mujeres desconocen la información sobre el uso adecuado de los psicofármacos. Existen diversos matices sobre el rol de los psicofármacos en la ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia, pero existe consenso en que debería ser sólo una de las intervenciones posibles en salud. **Conclusiones:** Los hallazgos sugieren que en el abordaje del impacto de la violencia contra las mujeres prevalece un paradigma tradicional por parte del sector, pues su principal respuesta es la intervención farmacológica. La violencia por razones de género debe contemplarse dentro de los determinantes sociales de la salud mental y se deben reconocer los riesgos vinculados a su medicalización.

Palabras clave: psicofármacos, violencia contra las mujeres, salud mental, salud pública

Abstract

Introduction: several sources confirm the overrepresentation of women in the consumption of psychotropic drugs, as well as specific differences in the patterns of prescription to women who experience violence. This is a public health issue that deserves an interdisciplinary analysis that integrates the gender approach. **Objective:** to explore the perspective of institutional officials regarding the prescription of psychotropic drugs to women treated for situations of violence. **Methodology:** an exploratory-descriptive study was developed based on qualitative research methods that integrated documentary sources and consultation with experts through the semi-structured interview technique. **Results:** the use of antidepressants and anxiolytics is frequent in this population, whose main routes of access are prescription at the first level of health care and self-medication. There are various nuances about the role of psychotropic drugs in the critical path of women affected by violence, but there is a consensus that this should be only one of the possible health interventions. **Conclusions:** the findings suggest that in addressing the impact of violence against women by the sector, a traditional paradigm prevails, whose main response is pharmacological intervention. Gender-based violence must be considered within the social determinants of mental health, recognizing the risks posed by its medicalization.

Keywords: psychotropic drugs, violence against women, mental health, public health

Recibido: 10 feb, 2023 | Corregido: 17 may, 2023 | Aceptado: 20 may, 2023

¹ Universidad de Costa Rica, San José, COSTA RICA. adriana.rodriguezfernandez@ucr.ac.cr

1. Introducción

En el año 2016, el Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2016) emite la Resolución 32/18 relativa a salud mental y derechos humanos, entre sus preocupaciones expresó la medicalización excesiva dentro de la práctica médica, por cuanto puede causar daños o violaciones a los derechos humanos. Desde hace ya varias décadas la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001) ha advertido sobre el aumento exponencial del consumo de psicofármacos a nivel global y señaló una tendencia de mayor prescripción a las mujeres. Diversos estudios confirmaron que las mujeres tienen más probabilidad que los varones de recibir ese tipo de tratamiento, incluso ante la presencia de una sintomatología similar (Bacigalupe et al., 2020; Márquez et al., 2004; Molina y Cantos, 2018; Romo et al., 2003).

En Costa Rica, el Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA] (2018) evidenció un aumento sistemático en el uso de medicamentos tranquilizantes sin prescripción médica, históricamente superior en mujeres. De acuerdo con Bejarano et al. (2014) este equivale al único caso de toma de sustancias donde la prevalencia femenina ha sido mayor. Tal sobrerrepresentación y sus efectos iatrogénicos constituyen un asunto de salud pública que amerita un análisis integral, interdisciplinario y con enfoque de género; pero a nivel nacional no se ha investigado detenidamente la prescripción diferencial de psicofármacos, como tampoco su posible nexo con la violencia basada en género.

Frente a lo anterior, se planteó un estudio² con el propósito general de analizar la relación entre la violencia contra las mujeres y el consumo de psicofármacos, a través de un abordaje metodológico cualitativo que incluyó distintas unidades de análisis. En este artículo se presentarán los resultados de uno de los objetivos del estudio, dirigido a explorar la perspectiva de funcionarias de servicios de apoyo a mujeres con respecto a la prescripción de psicofármacos a quienes experimentan condiciones de violencia. La información fue recolectada durante el período 2020-2021.

2. Marco referencial

2.1. La violencia contra las mujeres como problema de salud pública

Considerando su magnitud e impacto, en el año 1996 la Asamblea Mundial de la Salud declaró la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública. Una de cada tres mujeres en el mundo estará expuesta a la violencia por la pareja o violencia sexual (OMS, 2013). En Costa Rica, según datos del Poder Judicial, en los años 2020-2021 hubo más de 40 000 denuncias en el marco

² El proyecto de investigación denominado «Aproximaciones críticas a la medicalización de la violencia contra las mujeres: experiencias de mujeres en servicios de salud del área metropolitana» fue desarrollado desde el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer e inscrito en la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica durante el período 2020-2022.

de la Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres. Durante el período 2010-2021 se reportaron al Ministerio de Salud un total de 124 752 eventos de violencia intrafamiliar, en el 75 % de los casos, las víctimas fueron mujeres entre 0 y 75 años o más.

Ante a esta problemática, Bott et al. (2010) argumentaron que el personal de salud está en una posición única para identificar a mujeres en riesgo por violencia y atender las repercusiones en la salud física y mental, cuestión ignorada frecuentemente. De acuerdo con la OMS (2022), esta atención debe garantizar el derecho a obtener el nivel más alto posible de salud, el derecho a un trato digno, el derecho a recibir servicios sin sufrir discriminación y el derecho a la información.

Con respecto al impacto de la violencia en la salud mental, se estima que las mujeres tienen casi el doble de probabilidad de padecer depresión y, ante la violencia sexual, 2.6 veces más probabilidad de manifestar una sintomatología depresiva o ansiosa (OMS, 2013, p. 2). Un informe sobre la salud mental en Costa Rica señaló las diferencias de género en el diagnóstico de la depresión y los trastornos de tipo afectivo en los servicios de consulta externa de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), los cuales fueron consistentemente mayores en mujeres que en hombres (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004). Datos más recientes revelaron que de 24 343 casos de depresión diagnosticada reportados al Ministerio de Salud de 2018 a 2021, el 74 % correspondió a mujeres. Según Pereira (2018), estas no sólo tienden más al diagnóstico de depresión, sino que en su tratamiento subyacen prejuicios de género y con ellos aumenta la posibilidad de administrar psicotrópicos.

2.2. La relación entre violencia contra las mujeres y psicofármacos

El consumo excesivo de psicofármacos es parte de un fenómeno más amplio que, de acuerdo con Romo y Meneses (2014), se relaciona con el desarrollo de la industria farmacéutica en la década de los años cincuenta. Según plantea Whitaker (2011), a partir de esta revolución psicofarmacológica, y desde la aparición de Prozac y otros fármacos de segunda generación, se ha disparado el número de personas diagnosticadas con enfermedades mentales alrededor del mundo.

En este contexto, surge la preocupación por el uso y la prescripción diferencial en hombres y mujeres, problema abordado en investigaciones previas que apuntaron la influencia del género en la relación médico-paciente, la interpretación de las condiciones de salud mental, el tipo de diagnóstico médico y la recurrente medicación con antidepresivos y ansiolíticos a mujeres; médicos de atención primaria fueron los principales prescriptores (Márquez et al., 2004; Molina y Cantos, 2018; Romo et al., 2003).

Un balance de los antecedentes sobre la relación entre violencia contra las mujeres y psicofármacos sugiere que, además de las diferencias de género en el consumo, la prescripción a mujeres quienes experimentan violencia adquiere dinámicas particulares en el contexto de la atención en salud. Estudios demostraron que la violencia sexual y la violencia por parte de la pareja constituyen

marcadores para el consumo de antidepresivos y ansiolíticos principalmente (Paige, 2015; Romans et al., 2008; Salas y Lozano, 2011; Stein y Kennedy, 2001; Stene et al., 2010; Wuest et al., 2007).

Grillo (2003) se refiere a la única investigación nacional relacionada, la cual constató que en una muestra de 115 mujeres atendidas por violencia en un servicio de apoyo estatal, un 45.2 % consumía antidepresivos; un 67.5 %, pastillas para dormir; y un 63.1 %, benzodiazepinas; porcentajes más elevados con respecto al alcohol (21 %) y el tabaco (17.5 %). Alrededor de un 40 % de las mujeres indicaron que los medicamentos fueron prescritos por un médico y más del 75 % asoció su consumo con la violencia doméstica (Grillo, 2003, p. 39).

2.3. El abordaje de la salud mental en la atención primaria

A nivel global, los servicios de atención primaria enfrentan importantes brechas para el abordaje integral de la salud mental de la población, y ese contexto es en donde se sitúan algunas de las interrogantes investigativas sobre la respuesta a las condiciones de salud mental de las mujeres en situaciones de violencia que acuden al primer nivel de salud.

La inclusión del tema de salud mental en el primer nivel de salud tiene como antecedente la Declaración de Astaná (2018), en el marco de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, en la cual se destacó como prioridad la inversión para el fortalecimiento de una atención primaria que incluya la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud mental. Con este horizonte, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 enfatiza una progresiva descentralización desde los hospitales psiquiátricos de larga estancia hacia el primer nivel de atención en salud (OMS, 2020).

De acuerdo con la OMS (2021, p. 70), integrar la salud mental en la atención primaria es funcional según el cumplimiento de cinco criterios: 1) La disponibilidad y adopción de directrices para la integración de la salud mental en la atención primaria; 2) La disponibilidad de intervenciones farmacológicas; 3) La disponibilidad de intervenciones psicosociales; 4) La capacitación de personal de salud sobre el manejo de condiciones de salud mental; 5) La participación de los especialistas de salud mental en la formación y supervisión de los profesionales de atención primaria.

En relación con lo anterior, el Atlas de Salud Mental 2020 reveló que del total de 160 países, un 74 % adoptó directrices para contemplar la salud mental en la atención primaria, pero sólo el 15 % cumplía con los cinco criterios mencionados. Las intervenciones farmacológicas estuvieron más ampliamente disponibles que las psicosociales, y el criterio cumplido con menor frecuencia fue la provisión de intervenciones psicosociales en al menos el 75 % de los centros de atención primaria (OMS, 2021).

3. Metodología

3.1. Enfoque

Se desarrolló un estudio cualitativo de alcance exploratorio-descriptivo, dirigido a explorar las perspectivas de funcionarias de servicios de apoyo sobre el uso y la prescripción de psicofármacos en mujeres en situaciones de violencia, con base en sus conocimientos previos, la casuística atendida y sus valoraciones técnico-profesionales. Desde este enfoque de investigación no se pretende la generalización de resultados, sino captar una comprensión del fenómeno de estudio desde la experiencia de especialistas.

3.2. Población de estudio

Se realizó un mapeo de servicios de apoyo especializados en violencia contra las mujeres dentro del área metropolitana a partir de la revisión de los sitios web del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud y las Oficinas Municipales de la Mujer en nueve cantones. De un total de trece instancias contactadas, diez accedieron a participar del estudio y fueron entrevistadas once funcionarias.

La selección de participantes se basó en la muestra de expertos que, tal como indicaron Hernández et al. (2010), se utiliza en estudios cualitativo-exploratorios con el fin de obtener hipótesis más precisas acerca de un tema desde la opinión de personas expertas. Al efecto, se estableció una serie de criterios de inclusión: a) profesionales en psicología; b) tres años o más de laborar en un servicio de apoyo en violencia contra las mujeres; c) experiencia en atención directa a mujeres víctimas de violencia; d) participación voluntaria.

Se aplicó un consentimiento informado aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, entre sus consideraciones se estableció la confidencialidad de las participantes y la protección de su identidad. Por tal razón, la referencia a las entrevistas se hará mediante el uso de un código numérico.

3.3. Técnicas de recolección

La información fue recolectada a través de una entrevista semiestructurada dirigida a funcionarias institucionales. Para tal fin, se diseñó una guía basada en los ejes temáticos: a) Uso de psicofármacos en las mujeres atendidas; b) Prescripción de psicofármacos a las mujeres atendidas por parte de servicios de salud pública; c) Consecuencias del consumo de psicofármacos en las mujeres atendidas; d) Valoración sobre el abordaje de la violencia en servicios de salud pública. Además, se empleó la

técnica de revisión documental enfocada en dos tipos de fuentes: a) literatura científica nacional e internacional sobre la relación entre consumo de psicofármacos y violencia contra las mujeres; y b) datos estadísticos sobre prescripción y uso de psicofármacos en Costa Rica. Finalmente, se completó una revisión narrativa del material bibliográfico seleccionado.

3.4. Procedimiento de análisis

Primero, cada entrevista se transcribió literalmente; segundo, se cumplió con una serie de pasos generales para la información sistematizada: 1) inmersión inicial en los datos recolectados; 2) inmersión profunda en los datos; y 3) análisis detallado de los datos. Para un análisis cualitativo, desde la técnica de análisis de contenido, se efectuaron tres procesos: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. Las categorías de análisis elaboradas se detallan en la Tabla 1. Por último, se aplicó la técnica de triangulación de datos para contrastar los resultados obtenidos a través de las entrevistas a expertas y las fuentes documentales.

Tabla 1
Categorías de análisis

Categoría:	1. Características del uso de psicofármacos en mujeres atendidas por situaciones de violencia.
Subcategorías:	1.1 Frecuencia en los casos atendidos en servicio de apoyo.
	1.2 Tipos de psicofármacos reportados por las mujeres atendidas.
	1.3 Obtención de los psicofármacos.
	1.4 Motivos asociados al uso en las mujeres atendidas.
Categoría:	2. Dinámicas en la prescripción de psicofármacos a mujeres atendidas
Subcategorías:	2.1 Lugar de prescripción.
	2.2 Presencia de diagnóstico clínico.
	2.3 Exploración de la relación sintomatología expresada y situación de violencia.
	2.4 Información sobre el motivo de prescripción.
	2.5 Información sobre precauciones de uso y efectos secundarios.
	2.6 Seguimiento médico en los casos atendidos.
Categoría:	3. Relación entre el consumo de psicofármacos y la violencia contra las mujeres
Subcategorías:	3.1 Rol del psicofármaco en la ruta crítica de las mujeres atendidas.
	3.2 Consecuencias o efectos secundarios en las mujeres atendidas.
	3.3 Pertinencia de la prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia.

Fuente: elaboración propia

4. Resultados

4.1. Características del uso de psicofármacos en mujeres atendidas por situaciones de violencia

Basado en la experiencia de las psicólogas entrevistadas, es común que las mujeres atendidas en los distintos servicios de apoyo reporten el consumo de algún tipo de psicofármaco, ya sea en el presente o en otro momento de su vida. Aunque no podría afirmarse que sea una condición generalizada y su frecuencia varía de un servicio a otro, la tendencia observada es que «la mayoría de las mujeres referidas por centros de salud vienen con consumo de psicofármacos» (E5, 11 de diciembre de 2020). Si bien, todas las entrevistadas atendieron alguna vez a mujeres en esta condición, ninguno de los servicios de apoyo cuenta con un registro estadístico del uso de psicofármacos en la población atendida, tampoco parece estar claro si ese hecho es siempre explorado como parte de la entrevista inicial a las usuarias.

Tal como señalaron Wuest et al. (2007), es poca la información con respecto al uso de medicamentos en mujeres afectadas por la violencia. Su estudio con una muestra de 309 mujeres canadienses con historia de violencia por la pareja identificó que el 49.8 % tuvo receta de algún medicamento para el sistema nervioso y el 43.6 % consumía algún medicamento psicotrópico. Según concluyeron, estas mujeres son más propensas a tomar antidepresivos y ansiolíticos con respecto a mujeres de edades similares. Otro estudio desarrollado por Salas y Lozano (2011) confirmó esta alta incidencia mediante un análisis retrospectivo de partes médicos de un centro de salud en Montevideo, donde el 52,7 % de las mujeres afectadas por la violencia tomaba algún tipo de psicofármaco.

Pese a que las especialistas reconocieron la dificultad para arrojar números exactos, a partir de lo observado en la casuística, coincidieron en que los tipos de psicofármacos mayormente reportados son los antidepresivos y los ansiolíticos, entre ellos, la Fluoxetina y el Clonazepam son los más frecuentes. En menor medida, se mencionan la Venlafaxina, Imipramina, Diazepam, Lorazepam, Tafil e Hidroxizina. Lo planteado se asimila a los hallazgos de otras investigaciones, como la de Stene et al. (2010), cuyo estudio cuantitativo de corte transversal con 6471 mujeres demostró una relación significativa de la violencia física y/o sexual por parte de la pareja con el uso de hipnóticos, ansiolíticos y antidepresivos, y de la violencia psicológica con el uso de ansiolíticos y antidepresivos. Llama la atención la referencia de las funcionarias a un alto consumo de hipnóticos de fácil acceso y otros medicamentos como antihistamínicos y antialérgicos que inducen al sueño. Algunas describieron como usual que las mujeres no consignen el nombre de los medicamentos, sea porque no lo recuerden, por desconocimiento o por otras razones, como el bajo nivel educativo y la desinformación producto de una obtención irregular de dichos fármacos.

De acuerdo con los resultados de las entrevistas, se identificaron tres principales formas para adquirir estos medicamentos. En la mayoría de los casos, es por medio de una prescripción médica expedida en centros de salud pública: «cuando una mujer recibe violencia y va a consulta externa comienza a recibir medicamentos» (E6, 10 de marzo de 2021).

Una segunda vía es la automedicación, sobre todo, con antidepresivos que no requieren receta u otros productos de libre venta en farmacias o comercios. Al respecto, el estudio de Molina y Cantos (2018) sobre las diferencias de género en el consumo de hipnosedantes en España señaló el problema del autodiagnóstico y la automedicación en la población de mujeres, las cuales consumen el doble de ansiolíticos y el triple de antidepresivos en comparación con los varones. Así lo afirmaron las entrevistadas: «Existen mujeres que suelen repartirse medicamentos entre ellas, les llaman calmantes» (E9, 6 de diciembre de 2020). La participante E8 añadió que

en este grupo están las mujeres que se automedican con tranquilizantes, que reportan tomar porque les permite dormir. Hay un consumo importante de otras «medicinas de pulpería», les digo yo, como la Zopiclona o la Nervessa, algo común, sobre todo, en estratos más bajos. (24 de febrero de 2021)

Esta última respuesta introduce la tercera manera, referente al suministro por parte de una persona no médica; por lo general, se trata de figuras femeninas en el contexto de relaciones de ayuda: «por otra mujer, amiga o vecina, ante una crisis emocional terminan accediendo a psicofármacos prescritos a otra, al no estar aseguradas recurren a personas que no son médicos» (E9, 6 de diciembre de 2020).

La falta de seguro social es uno de los factores que, según las entrevistadas, impulsa el abastecimiento irregular de psicofármacos, esto representa un riesgo para la salud. Es común que los problemas económicos, el desempleo, los trabajos informales y las separaciones por motivo de violencia doméstica incidan en la imposibilidad de contar con la seguridad social o en un aseguramiento intermitente. En este escenario, se ve restringido el seguimiento médico y, por consiguiente, un manejo adecuado de los medicamentos: «muchas veces lo compran en las farmacias, cuando se han quedado sin seguro social» (E2, 16 de octubre de 2020).

En general, los hallazgos sobre la medicación con psicofármacos en las mujeres atendidas por violencia concuerdan con las características del abuso de psicofármacos en mujeres observadas en el trabajo pionero de Burín (1999): uso prolongado, automedicación o autoadministración con alteración de dosis, uso de fármacos prescritos con otro propósito al indicado, uso combinado de medicamentos, donación de medicamentos a terceras personas.

En cuanto a los motivos del consumo de psicofármacos en estas mujeres, las psicólogas entrevistadas informaron que principalmente se asocian a situaciones críticas en la vida: en primer

lugar, la violencia; en segundo lugar, la pobreza; en tercer lugar, la intersección de ambas condiciones. Esto se vincula a lo encontrado por Bacigalupe et al. (2022) en un estudio similar, el cual concluyó que la subordinación material y simbólica de las mujeres es uno de los factores explicativos de las diferencias en la prescripción de psicofármacos. Por su parte, Molina y Cantos (2018) también reconocieron que entre estas causales prevalece la necesidad de las mujeres de sobrellevar problemas cotidianos o eventos vitales estresantes, por ello, «tanto los mandatos, como los roles y los estereotipos conjugados con el androcentrismo en la ciencia y la medicina, provoca que las mujeres tengan más consumo de hipnosedantes» (p.63).

Todas las expertas apuntaron a los efectos de las distintas formas de violencia en la salud de las mujeres atendidas: ansiedad, tristeza, estrés, miedo, desesperanza, alteraciones en el pensamiento y estado de ánimo, insomnio, ideación suicida, dolencias físicas, cefaleas, malestares digestivos, pérdida de apetito, entre otros. Describieron que gran parte de quienes acuden a centros de salud manifiestan en primera instancia síntomas somáticos, por ejemplo, «muchas van a consulta por dolores en el pecho, en la atención médica les dicen que es un ataque de pánico o una crisis de ansiedad, entonces, las sedan, las estabilizan y regresan a casa» (E6, 10 de marzo de 2021). Otro motivo de consulta habitual son los problemas asociados al estado anímico, tal como se aprecia en el siguiente relato:

Es frecuente que por síntomas somáticos comienzan con la medicación, la mayoría va con un cuerpo que habla de toda la historia de violencia. Las que consultan por miedo son las que tienen situaciones más complejas, por incidentes de violencia sexual, agresión física grave o amenazas, pero la mayoría por tristeza o estrés, que es lo que la sociedad les permite hablar. (E6, 10 de marzo de 2021)

Dicha sintomatología es esperable frente a dinámicas de maltrato físico, emocional, sexual y/o patrimonial, pero en la realidad de muchas mujeres, su afrontamiento se complejiza al unirse condiciones materiales derivadas del empobrecimiento y la exclusión social, así como explica una entrevistada: «hay largos procesos depresivos, no habría que llamarlos así porque es patologizar características coyunturales, situaciones de pobreza y violencia continuas, estresores estructurales que no se resuelven» (E8, 24 de febrero de 2021). Todas las especialistas identificaron una relación entre el consumo de psicofármacos y la violencia en los casos atendidos, algunas advirtieron del riesgo de patologizar las respuestas de las mujeres, es decir, de interpretar consecuencias normales y esperables de la violencia como enfermedades o trastornos.

4.2. Dinámica en la prescripción de psicofármacos a mujeres atendidas

Como se subrayó en el apartado anterior, los antidepresivos y los ansiolíticos son los fármacos más frecuentemente consumidos por las mujeres atendidas en los servicios de apoyo. Al respecto, Wuest et al. (2007) sostuvieron que los patrones de medicación en mujeres afectadas por la violencia de pareja son particulares y pueden reflejar el impacto negativo de la violencia en su salud. Plantearon,

además, que otros estudios relacionados sugieren preocupaciones alrededor de los patrones de prescripción de medicamentos a mujeres con indicadores de abuso.

En este apartado se pretenderá responder, desde la experiencia de las entrevistadas, a las siguientes preguntas: ¿Dónde reciben las mujeres la prescripción de psicofármacos?, ¿quién prescribe?, ¿se explora la relación entre la sintomatología expresada y la situación de violencia?, ¿reciben las mujeres información sobre el motivo de prescripción y el uso adecuado de estos medicamentos?, ¿se brinda un seguimiento al tratamiento médico prescrito?

Los resultados permiten dilucidar una tendencia general: la prescripción de psicofármacos a estas mujeres se realiza principalmente en el primer nivel de atención del sistema de salud pública y por parte de médicos generales. Precisamente este hallazgo coincide con investigaciones como las de Márquez et al. (2003) y Molina y Cantos (2018), quienes mencionaron que este tipo de prescripción es más común por parte de médicos generales que por parte de médicos especialistas. Romo et al. (2004) destacaron esta misma tendencia: «cuando nos acercamos al primer escalón de la atención sanitaria, la atención primaria, observamos que los principales sujetos de prescripción de psicofármacos en este nivel son las mujeres» (p. 374).

Conforme a las entrevistas, de forma recurrente las mujeres con prescripciones las reportan como indicadas en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) de la CCSS y parece existir, además, una correspondencia con los medicamentos más recetados a la población atendida: «En el primer nivel de atención el fármaco por excelencia que están prescribiendo es Fluoxetina, también mencionan Clonazepam» (E2, 16 de octubre de 2020).

En años anteriores, algunas especialistas observaron una «prescripción masiva» de Clonazepam a la población atendida, quienes con frecuencia lo portaban en goteros. En esa línea, la investigación de Cubero et al. (2018) constató que en el país las prescripciones de este fármaco aumentaron en casi un 400 % durante el quinquenio 2011-2015; un 33.90 % fueron dirigidas a hombres y un 66.10 %, a mujeres. Como se aprecia en la Tabla 2, estadísticas de la CCSS confirman que la Fluoxetina y la Clonazepam son los psicofármacos más dispensados en el sistema de salud del país, para ambos ha habido una tendencia al aumento en los últimos años.

Tabla 2

Cantidad promedio de pacientes en tratamiento por día según Dosis Diaria Definida entre 2017 y 2021. CCSS, Costa Rica.

Medicamento	2017	2018	2019	2020	2021
Fluoxetina	118 445	127 860	137 660	148 721	158 596
Amitriptilina	13 662	14 966	15 305	16 883	18 590
Imipramina	8019	7996	7873	7811	7724
Venlafaxina	12 257	15 542	19 864	25 262	28 143
Clonazepam	23 270	24 865	26 124	28 181	29 774
Diazepam	4430	4651	4358	4227	4081

Fuente: Sistema Informático de Gestión de Suministros (SIGES) y cubo de consumo del Sistema Informático (SICS).

En un estudio más reciente, Hidalgo y Rodríguez (2022) describieron que, en Costa Rica, durante el período 2018-2021, el 62.5 % de las recetas médicas de psicotrópicos para uso terapéutico fueron indicadas a mujeres y, a su vez, conformaron el 59.9 % del total de gramos consumidos. Según sus resultados, el Clonazepam fue el psicotrópico más prescrito.

Otro de los factores posiblemente vinculados al gran volumen de prescripciones desde la atención primaria es la falta de oportunidades para las mujeres de acceder a servicios especializados, así como la alta demanda en la consulta médica. Con relación al tema, Romo et al. (2004) afirmaron que la hiperfrecuentación de las mujeres en las consultas de atención primaria incide en una mayor recomendación de psicofármacos, principalmente dirigidos al tratamiento de síntomas de insomnio, ansiedad y depresión.

Según las entrevistadas, las mujeres recurren al EBAIS de su área porque es el servicio más disponible y «como no hay una exploración más profunda, no se les refiere a otros niveles, a un segundo o tercer nivel de atención» (E4, 4 de noviembre de 2020). En las siguientes líneas se amplía al respecto:

El acceso a un servicio médico especializado en psiquiatría no es tan fácil para las mujeres que recurren al sistema de salud pública, sino que lleva un filtro en el EBAIS. En una situación de mayor gravedad o que la persona atentó contra su vida, tiene una atención médica de urgencia con seguimiento en psiquiatría. Entonces, los niveles de tristeza manifestados por las personas en la consulta generalmente son abordados en el primer nivel de atención y con este tipo de medicación por parte del médico general. (E2, 16 de octubre de 2020)

De igual manera, las profesionales han detectado que las mujeres con riesgo de autoeliminación usualmente son las referidas y atendidas en servicios especializados: «cuando vienen con medicación más compleja es porque fueron a atención en emergencias o en Hospital Nacional Psiquiátrico, por

una crisis más fuerte» (E6, 10 de marzo de 2021). Esto abre cuestionamientos referentes a la valoración psiquiátrica para quienes así lo requieren, según se narra a continuación:

Siempre me ha parecido preocupante que son medicamentos que receta medicina general para cuadros ansiosos o depresivos que son lo mayormente reportado. Hay otras mujeres con cuadros más crónicos, con trayectorias más largas, que realmente no son tratadas por psiquiatría, que no pasan de un primer nivel, ¿por qué?, porque son muchas, y la violencia y la pobreza son los principales motivos de consulta. (E8, 24 de febrero de 2021)

La ausencia de una valoración especializada fue evidenciada también en el estudio de Romo et al. (2003): «en numerosas ocasiones las mujeres no han llegado a un tratamiento especializado, siendo 'diagnosticadas' y prescritas con algún tipo de psicofármaco directamente desde la Atención Primaria utilizando el prescriptor o prescriptora sus propios criterios diagnósticos o tomando decisiones en base a su experiencia clínica» (p. 374).

Basándose en la casuística, las profesionales visualizaron una dificultad para asegurar que las mujeres atendidas hayan contado con un diagnóstico clínico de su condición de salud mental, previo a la intervención farmacológica. Consideraron que en buena parte de los casos no hubo tal diagnóstico, ya sea porque no se especifica o porque la información es difusa o parcial: «podría ser más bien una primera impresión para un médico general y eso lo convierte en la referencia, pero realmente no hay un estudio clínico del caso» (E5, 11 de diciembre de 2020).

Otra de las entrevistadas explicó: «Ellas dicen que presentan problemas para dormir, que lloran fácilmente, que se sienten muy cansadas o tienen mucha ansiedad, y ellos medican, pero pocas veces indagan las situaciones que han llevado a esa sintomatología» (E7, 4 de diciembre de 2020). Precisamente, Wuest et al. (2007) confirmaron que estos diagnósticos tienden a ser imprecisos y pueden ocultar desigualdades sociales, como la violencia y la pobreza, acarreando consecuencias negativas para las mujeres.

A la luz de los resultados obtenidos, se identificaron tres situaciones principales: a) no hay referencia a un diagnóstico clínico; b) el diagnóstico es impreciso; y c) el diagnóstico se remite a cuadros de depresión o ansiedad no necesariamente ligados a la situación de violencia; cuestiones observadas también en otros estudios (Márquez et al. 2003; Romo et al., 2004; Salas y Lozano, 2011; West et al., 2007). Algunas entrevistadas subrayaron que en este tipo de prácticas médicas no hay una escucha a las mujeres ni una adecuada valoración del riesgo enlazado a la violencia: «No suele hacerse una valoración de la intensidad de la violencia, incluso hemos tenido mujeres que llevamos a revalorar y en psiquiatría se les baja la dosis, porque en esa primera evaluación de medicina general no hay una profundización del evento» (E5, 11 de diciembre de 2020). «Muy pocas veces se les pregunta si están viviendo o han vivido una situación de violencia, se quedan con lo que la persona refiere sin indagar más sobre lo que la ha llevado a ese estado» (E7, 4 de diciembre de 2020).

En efecto, con base en los relatos anteriores, la exploración de la sintomatología expresada por las mujeres y su nexos con la violencia no es un aspecto claramente abordado en la valoración inicial en centros de salud. De hecho, Romo et al. (2003) aludieron a la influencia del género en la relación médico-paciente, donde los médicos tienden a minimizar los malestares comunicados por las mujeres. Para algunas de las entrevistadas esto se relaciona con falta de interés o poca sensibilidad por parte del personal médico: «Es muy al azar del médico o la médica que las atiende, de qué tanta sensibilidad tiene para explorar, para dejar otra cita, o que hile un poco más fino en lo que está sucediendo» (E6, 10 de marzo de 2021). Asimismo, la participante E5 reafirmó lo dicho:

Creo que diagnostican con lo que consideran de primera mano, o sea, hay una señora que lloró toda la consulta, entonces consideró que está deprimida, le mandó cuatro fluoxetinas al día más el Clonazepam y la refieren, pero en el proceso nos damos cuenta de que la señora había sido violada. Si la persona que atiende no está sensibilizada, con más razón le mandan medicación para que no llore tanto. (11 de diciembre de 2020)

Entonces, conviene preguntarse si la ausencia de un adecuado abordaje de la violencia y los riesgos concomitantes constituye un factor para la prescripción de psicofármacos a estas usuarias. Lo que sí resulta evidente para algunas especialistas es la tendencia a diagnosticar depresión en estas mujeres y, por ende, a recetar medicamentos estabilizadores del ánimo: «En las que vienen de EBAIS con prescripción, lo que se identifica es tristeza profunda, no necesariamente un cuadro clínico depresivo» (E1, 20 de octubre de 2020); «hay un manejo inadecuado en la atención médica, todo es depresión y fluoxetina» (E4, 4 de noviembre de 2020); y

hemos tenido casos donde se diagnostica depresión y en el proceso se determina que realmente era por causa del evento de violencia. En muchos casos la medicación es como si fuera una depresión endógena, como si fuera un caso clínico que requiere un medicamento de por vida. (E5, 11 de diciembre de 2020)

Márquez et al. (2003), Romo et al. (2004) y Salas y Lozano (2011) plantearon la ausencia de una exploración clínica adecuada y la predominancia de un tratamiento sintomático como aspectos relacionados con una mayor prescripción de psicofármacos a mujeres. Desde otras fuentes se ha reconocido esa misma tendencia, como Wuest et al. (2007), quienes confirmaron que el 31.1 % de las mujeres de su estudio contaba con un diagnóstico de depresión crónica o aguda.

Sobre las dinámicas de prescripción, las expertas puntualizaron otras preocupaciones relacionadas con el tiempo de uso de los psicofármacos, las dosificaciones -que suelen ser mayores o menores con respecto a la regulación vigente- y el poco o nulo seguimiento médico. Uno de los elementos de principal consenso refiere a la falta de información proporcionada sobre el motivo de prescripción, «la mayoría consume sin saber cuál es la razón porque se les prescribe» (E5, 11 de diciembre de 2020).

Tal desinformación parece darse desde el reconocimiento inicial del estado de salud mental de las usuarias, pues no suelen conocer de forma precisa el diagnóstico médico, incluso ante emergencias psiquiátricas. Por ejemplo, una entrevistada relató un caso atendido: «me refiere que ha tenido varios internamientos y yo le pregunto '¿Qué le diagnosticaron?', y ella me dice 'no sé'. Ellas ni siquiera tienen acceso a información de su propio padecimiento» (E9, 6 de diciembre de 2020).

También, hubo otros relatos en torno a la intervención farmacológica: «Muchas veces simplemente lo toman con poco conocimiento, sólo saben que es para dormir o estar tranquilas» (E6, 10 de marzo de 2021). «¿Se les informa a las mujeres? Eso no ocurre, o si lo hacen, lo hacen de una manera no mediada. La mayoría no sabe por qué lo toma, no sabe cómo se toma, ni cuánto tiempo se toma» (E8, 24 de febrero de 2021). «No se saben los nombres, menos saben para qué son, cómo funcionan a nivel del cerebro, ni cuáles pueden ser los efectos» (E9, 6 de diciembre de 2020).

Además, las mujeres no reciben información sobre el funcionamiento de los psicofármacos, el uso adecuado, los efectos secundarios o las indicaciones para su suspensión: «captamos que no comprenden la lógica de la medicación, porque muchas nos dicen: 'Ah no, pero yo ya me siento mejor, a veces me las tomo, sólo cuando las ocupo'» (E2, 16 de octubre de 2020).

Entre los posibles motivos relacionados a esta falta de información, por un lado, el personal médico no suele considerar la relevancia de brindarla; por otro lado, las mujeres no suelen preguntar, dados el respeto o la confianza hacia el criterio médico: «hay un respeto a la figura de poder que representa para ellas la medicina, entonces no preguntan» (E5, 11 de diciembre de 2020). Otras no lo hacen por temor o vergüenza, «sobre todo las mujeres de estratos más sencillos y en violencia, que están con dificultades para poder tomar la palabra, porque precisamente vienen de una historia de victimización» (E8, 24 de febrero de 2021). La alta demanda de atención, la escasez de personal y la brevedad de la consulta se suman a estos motivos.

Para las expertas, la información al paciente es un derecho y puede tener implicaciones no sólo en su adherencia al tratamiento, sino en su salud; no garantizarla aumenta el riesgo de prácticas inadecuadas como el abuso de psicofármacos, la automedicación, la donación de medicamentos a terceras personas, la alteración de dosis o la suspensión sin supervisión médica. Al respecto, se ilustra: «una Imipramina no les va a empezar a hacer efecto desde el primer día y, como no pasa nada, o las dejan de tomar o incluso aumentan las dosis» (E4, 4 de noviembre de 2020).

Resulta importante prestar especial atención a la relación entre la desinformación y la donación de los psicofármacos a otras personas: «He tenido en mi oficina mujeres que dicen que una amiga les regala la pastilla, que a la mamá le sirve para dormir, que le robó a la abuelita unas pastillas; entonces, todavía mucho menos información tienen» (E8, 24 de febrero de 2021). «Hay mujeres que son muy resistentes a tomarse el medicamento, y esas son las que se lo regalan a la amiga o vecina» (E9, 6 de diciembre de 2020).

Según se estima, dichas prácticas serían evitables al brindar la debida información a las mujeres. Como otro aspecto relevante, se halló que la falta de información puede afectar negativamente la autopercepción de las mujeres, en el sentido de una mayor vulnerabilidad para asumir estigmas o etiquetas relacionados con su condición mental y emocional:

En el médico hay una figura de omnipotencia, su discurso no se cuestiona. Si un médico le dice que tiene una depresión sin explicarle el origen, sin aclarar si es endógena o exógena, o sin hacer un diagnóstico diferencial, hace que ellas se encasillen como «personas depresivas.» (E4, 4 de noviembre de 2020)

Muchas son etiquetadas, les dicen «usted es una persona depresiva y por eso le voy a mandar esto», entonces ellas dicen «es que yo soy una mujer depresiva, entonces tengo que tomar eso toda la vida», o «dice el doctor que como soy ansiosa me tome esto, porque sólo así me voy a calmar.» (E5, 11 de diciembre de 2020)

Hay médicos que ni vuelven a ver a la persona, le dan la medicación, ella sale sintiéndose mal y ahora sintiendo que definitivamente tiene «algo», porque una figura de autoridad desde la medicina le dijo que tenía un trastorno, entonces sale revictimizada y aún más desinformada. (E6, 10 de marzo de 2021)

Una de las debilidades identificadas en los casos atendidos por las funcionarias tiene que ver con el seguimiento al tratamiento médico: «cuando atienden psiquiatras sí les dan un seguimiento con los medicamentos, pero cuando es un médico general que les receta Fluoxetina no hay un seguimiento adecuado» (E1, 20 de octubre de 2020). Las diferencias percibidas en la atención del personal médico general y el personal médico especialista fueron también mencionadas por Márquez et al. (2004) y Romo et al. (2003).

Los servicios de psiquiatría son proclives al seguimiento, contrario al primer nivel de atención, donde se observa menor frecuencia y continuidad: «no hay una cita de control, entonces si se quedan sin medicamentos tienen que ver cómo sacar la cita, o no están dispuestas o ya no sienten la necesidad de tomarlo» (E4, 4 de noviembre de 2020). Igualmente, estas deficiencias inciden en respuestas problemáticas, como el incumplimiento de la dosis diaria recomendada, la suspensión o la prolongación del uso sin control médico. Una psicóloga mencionó:

Puede pasar que la medicación se sostiene de manera lineal, como si los sistemas del cuerpo no cambiaran, como si las cogniciones siguieran siendo las mismas; otras veces les dan un combo fuerte de medicamentos, pero sin una revisión periódica de las dosis. A usuarias que han tenido la misma medicación por dos o tres años una les pregunta, «P:

¿Quién te está dando eso? U: Ah, no, ya con la receta en el EBAIS me las dan. P: Y ¿cuándo tienes la cita en psiquiatría? U: Quedaron de llamarme.» (E6, 10 de marzo de 2021)

4.3. Relación entre el consumo de psicofármacos y la violencia contra las mujeres

Romans et al. (2008) propusieron como hipótesis que la violencia contra las mujeres es un factor explicativo-predictivo del aumento en el uso de psicotrópicos en la población femenina. Los resultados de la consulta a expertas verificaron esa relación y en este último apartado se abordarán tres ejes desde su perspectiva: a) el rol del psicofármaco en la ruta crítica de las mujeres en situación de violencia atendidas en los servicios de apoyo; b) las consecuencias del uso de psicofármacos en dichas mujeres; y c) la pertinencia de la prescripción de psicofármacos en estos casos.

De acuerdo con la casuística, desde edades tempranas las mujeres han estado expuestas a la violencia continua, «vivencias de abusos sexuales en la infancia, historia de violencia por parte de la pareja, sin tener un abordaje terapéutico o redes de apoyo» (E2, 16 de octubre de 2020). Frente a ello, tal como afirma Teodori (2015), el sector salud representa un recurso en la ruta crítica de estas mujeres, es para muchas la primera instancia de auxilio: «la violencia las ubica en una posición de vulnerabilidad, en un momento de desesperación deciden acudir a las áreas de salud y manifiestan sus síntomas, pero no hay una exploración» (E4, 4 de noviembre de 2020).

Aquí se constata que la intervención farmacológica sería la principal respuesta brindada: «No creo que en los espacios de salud donde se medican lo vinculen a la intensidad de la violencia, sino más bien a la intensidad de los síntomas» (E5, 11 de diciembre de 2020). Otra entrevistada agregó:

Medicar es una respuesta que da el sistema de salud ante la desesperanza, porque las mujeres acuden al EBAIS diciendo: «es que no tengo qué comer», «mi esposo me pega», «no puedo dormir», entonces el médico tiene que hacer algo, y la repuesta es «tómese esto» (E9, 6 de diciembre de 2020).

Se reconoce que muchas de estas mujeres acceden a la medicación para lidiar con su malestar emocional, esta les representa un alivio inmediato y temporal, pero no les garantiza ruta hacia una vida libre de violencia: «Desgraciadamente ellas con mucha facilidad reciben medicación, pero no reciben apoyo, no son referidas a un servicio de psicología para un acompañamiento desde su área de salud» (E3, 21 de octubre de 2020). «Es muy probable que las voces de las mujeres sigan siendo calladas por los psicofármacos, que las tengamos dormidas en sus dolores, pero las estemos dejando sin defensas» (E10, 19 de octubre de 2020).

Al respecto, para Salas y Lozano (2011), el tratamiento sintomático que reciben estas mujeres sostiene el problema de fondo, vulnera sus derechos al continuar expuestas a la violencia y genera un efecto iatrogénico:

Lo más probable en este caso será que la dolencia emocional no mejore y se mantenga la revictimización de la mujer por parte de su pareja. En ocasiones esto derivará en acciones desesperadas por parte de la mujer como son los intentos de autoeliminación. (p. 6)

Con relación al rol del psicofármaco, interesó conocer si en opinión de las especialistas constituye un recurso facilitador u obstaculizador en la ruta crítica de las mujeres atendidas, algunas de las respuestas más representativas fueron las siguientes: «En algunos casos funciona o facilita y en otros se convierte en algo que dificulta a la persona ver su propia capacidad» (E2, 16 de octubre de 2020). «Que consuman medicamentos no significa que tengan mayor disposición a la toma de decisiones o elaborar proyectos de vida» (E4, 4 de noviembre de 2020). Además,

si la esencia de la medicación, que es acompañar su proceso durante un tiempo específico para que pueda hacer alianza con terapia, con otras ayudas institucionales o con la movilización de recursos comunitarios o familiares, no se está dando, no se está logrando su objetivo. (E6, 10 de marzo de 2021)

Sin embargo, la medicación fue un recurso facilitador cuando se acompañó de un abordaje interdisciplinario y apoyo emocional. Sin estas condiciones, pudo implicar un riesgo de adormecer la sintomatología e impedir desarrollar estrategias de afrontamiento: «creen que sin la pastilla no van a poder dormir, sin las gotitas de Clonazepam no lo van a lograr» (E2, 16 de octubre de 2020). Markéz et al. (2004) hablaron de este «efecto mágico o amuleto» que produce el fármaco, el cual inhibe la puesta en marcha de mecanismos vitales para la resolución de problemas.

La automedicación, el uso inadecuado y la ausencia de un control periódico de la dosificación son elementos que también pueden obstaculizar el proceso de las mujeres. Para las expertas, el apoyo psicológico representa una oportunidad para guiarlas hacia mejores prácticas: «empiezan a ser más conscientes de qué es lo que están tomando, qué está pasando con ellas, con mayor empoderamiento se atreven a volver a consulta y hacer preguntas» (E4, 4 de noviembre de 2020).

Las consecuencias derivadas del uso de psicofármacos se relacionan necesariamente con su rol como facilitador u obstaculizador en la ruta crítica. En ese sentido, se alude a aspectos tanto positivos como negativos que dependerán de particularidades como la historia y características de la usuaria, el tipo de fármaco, la dosis suministrada, el tiempo de uso y el seguimiento médico. Las consecuencias negativas se ubicaron en dos categorías principales, la primera, referida a los efectos directos de los psicofármacos reportados por las usuarias, entre los que destacan la somnolencia y la dificultad de concentración. Algunas describieron que suelen afectar su participación y expresión en las sesiones terapéuticas, e incluso han observado que se duermen durante los grupos de apoyo, «llegan aturcidas, no se sienten en la misma capacidad, más lentas, con sueño, con poca concentración y no se encuentran al 100 %» (E5, 11 de diciembre de 2020).

La segunda categoría atañe a efectos indirectos que, más allá de respuestas fisiológicas, obedecen a la relación psicológica establecida con el fármaco y al impacto generado en su entorno familiar, tal cual se describe en las sucesivas respuestas: «El principal efecto es la dependencia que muchas veces les genera, dejan de confiar en sí mismas y depositan ese manejo en el fármaco» (E2, 16 de octubre de 2020). «Hay una prescripción impresionante de medicamentos para dormir que tienen sus consecuencias en la posibilidad de alerta de las mujeres, de reacción, de defensa en situaciones de violencia que las pone alto riesgo» (E10, 19 de octubre de 2020). De igual modo,

muchas tienen temor de que sepan que consultan por razones emocionales, de tomar el medicamento cuando necesitan trabajar, o sus agresores utilizan la información para continuar la violencia: «que son locas», «que nadie les va a creer», «que no son confiables», «que van a perder a sus hijos.» (E6, 10 de marzo de 2021)

El abuso de sustancias, la dependencia psicológica, el estigma tras la medicación, el temor a no alcanzar el rendimiento esperado en la vida familiar y/o laboral, la amenaza de no ser confiables para el cuidado de sus hijos e hijas y una mayor vulnerabilidad a la violencia son los principales efectos negativos indirectos presentes en la casuística atendida por las entrevistadas. Sobre cómo las reacciones provocadas por el fármaco pueden afectar la capacidad de respuesta ante la violencia, una entrevistada ejemplificó: «se dan casos donde eran abusadas por sus parejas y han aprovechado que en un estado tan fuerte de dosificación no podían responder, su cuerpo no respondía. Otras donde el agresor les esconde los medicamentos» (E6, 10 de marzo de 2021). Resulta importante agregar que la poca adherencia de las mujeres a este tipo de tratamiento también puede verse atravesada por factores de género, resistencia que «está vinculada a su rol de ser las que todo lo pueden, las que cuidan a los demás, las que están para los demás, más no para sí mismas y eso para ellas es un sinónimo de debilidad» (E4, 4 de noviembre de 2020).

Con todo, se resaltaron consecuencias positivas cuando se consume de forma adecuada, entre ellas, la disminución de cierta sintomatología como ansiedad e insomnio. Algunas entrevistadas reconocieron que la regulación de esos síntomas puede favorecer una mayor apertura al proceso terapéutico y un avance en la recuperación quienes ya no se encuentran expuestas al maltrato. Si bien, ciertas funcionarias resaltan las potencialidades de los psicofármacos más que otras, todas concuerdan en la necesidad de acompañar la medicación con otras alternativas para el fortalecimiento emocional de las mujeres: «lo que tratamos es que desarrollen otras estrategias que les permitan enfrentar las situaciones» (E7, 4 de diciembre de 2020).

Entonces, ¿es pertinente el uso de psicofármacos en las mujeres atendidas por causas de violencia? Como se plantea en otros estudios, bajo la perspectiva de las mismas especialistas, existen diversos matices en cuanto a si la medicación es un recurso útil y necesario en estos casos. Las principales valoraciones giran en torno a que: a) la medicación es necesaria sólo en algunos casos; b) la medicación es útil sólo si va acompañada de otros recursos de apoyo; c) la medicación no es

necesaria por períodos prolongados. Una minoría considera que la prescripción de psicofármacos fue siempre necesaria en las usuarias atendidas y debe recetarse; pero para la mayoría, la medicación debe ser un último recurso, antes bien, deben valorarse las particularidades de cada caso e impulsar otras estrategias de apoyo.

A continuación, algunas de las valoraciones más representativas: «Por sí solo el fármaco no resuelve las necesidades de la persona en violencia, lo creo necesario en algunos casos, un cuadro depresivo mayor o intentos de autoeliminación, pero en la casuística cotidiana diría que no» (E3, 21 de octubre de 2020). «Algunas tienen más habilidades, entonces el medicamento no es tan necesario, pero otras tienen un deterioro mayor donde es necesario el apoyo del medicamento para enfrentar la situación dentro de la ruta crítica» (E7, 4 de diciembre de 2020). «Podría justificar que era lo necesario por las situaciones que experimentaban las mujeres en ese momento, necesitaban esa contención» (E11, 15 de octubre de 2020). Y

hay pocos momentos en los que la medicación es requerida de urgencia, una violación, un asalto sexual, tentativas de femicidio, sobre todo en las primeras tres semanas para regular el sistema nervioso central y apaciguar ese primer tramo, fuera de ahí, realmente creo que la medicación no aporta. (E8, 24 de febrero de 2021).

En este punto, se consultó a las especialistas si desde su experiencia podría considerarse la prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia como una práctica oportuna o excesiva. Exceptuando a dos de las entrevistadas, una mayoría argumentó que es una práctica excesiva: «Se vuelve excesiva porque de previo no se agotan otras vías» (E2, 16 de octubre de 2020). «Creo que es excesiva y podría disminuir si existiera un poco más de espacio y escucha para explorar el origen de la sintomatología» (E4, 4 de noviembre de 2020). «Excesiva no sólo en la violencia hacia las mujeres, también en la pobreza, la exclusión y otras problemáticas donde las mujeres están sobrerrepresentadas. Ante una demanda humana, no necesariamente sanitaria, el sistema recurre a la farmacología para dar una respuesta» (E8, comunicación personal, 24 de febrero de 2021).

Según estas funcionarias, existen una serie de factores que influyen en una dinámica de sobreprescripción de psicofármacos a mujeres en los servicios de salud pública: a) la alta demanda de atención; b) la ausencia de un enfoque de salud integral; c) la escasez de personal especialista en salud mental; d) la poca sensibilización del personal de salud; e) la falta de capacitación en materia de violencia. Se recalcó, además, la inexistencia de escucha y empatía en la respuesta institucional: «No hay una cultura de acompañar a una persona que está doliente, ni las herramientas para poder hacerlo efectivamente» (E6, 10 de marzo de 2021). «Uno de los factores es la falta de herramientas para acompañar los procesos, es más fácil recurrir a un químico para tranquilizar que escuchar» (E7, 4 de diciembre de 2020). En adición,

ha sido como una forma de paliar la falta de escucha, son personas con mucha necesidad de ser escuchadas, la situación de violencia las ha aislado, van quedándose orilladas a

recurrir a la atención médica y les prescriben un tipo de medicamento como una vía. (E2, 16 de octubre de 2020)

A lo largo de este apartado se ha mostrado que no hay una postura única ni homogénea con respecto a la prescripción de psicofármacos a mujeres en condiciones de violencia; pero, tal como revela la revisión documental, debería ser sólo una de las intervenciones posibles en salud y no la única. Para las expertas, una medicación masiva podría suscitar un mayor deterioro de la salud de las mujeres, por lo que la prescripción de psicofármacos «no puede ser una decisión aleatoria o rápida, por el impacto que puede tener en condiciones de vulnerabilidad» (E10, 19 de octubre de 2020).

Se rescatan algunas de las recomendaciones externadas por las especialistas, las cuales comprendieron dos niveles fundamentales: el político-institucional y la atención médico-paciente. En el primer ámbito se planteó como prioritario fortalecer la respuesta del primer nivel de atención en salud, al dotar de más profesionales especialistas en salud mental y capacitar al personal médico en la atención integral de la violencia contra las mujeres. Se sugirió una revisión de los protocolos vigentes para la prescripción de psicofármacos en los servicios de medicina general y, a su vez, encaminar estrategias regionales y locales orientadas a la salud de las mujeres en las comunidades para la detección temprana de la violencia.

En el plano de la atención médico-paciente, se sugirió una mayor apertura a la escucha y la valoración de las necesidades de previo a la medicación; brindar la debida información para el uso de psicofármacos; garantizar el seguimiento al tratamiento prescrito y conformar equipos interdisciplinarios con trabajo social, psicología y psiquiatría. Como eje transversal, se remarcó la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la comprensión y el abordaje de la salud mental de las mujeres, con lo cual, se reconozca la influencia de factores estructurales en el malestar psicológico, tal como indicó una entrevistada: «si nosotros no entendemos que la pobreza, la desigualdad o la violencia es lo que tiene enfermas a las mujeres, no le vamos a dar prioritariamente esa atención» (E8, 24 de febrero de 2021).

5. Conclusiones

Los resultados permitieron una aproximación a diversas perspectivas sobre la relación entre consumo de psicofármacos y violencia contra las mujeres. No obstante, entre las principales limitaciones del estudio se reconocen la dificultad para acceder a datos estadísticos nacionales sobre la prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia, la ausencia de un registro estadístico en los servicios de apoyo y la restricción geográfica al área metropolitana, lo cual impidió determinar la incidencia del fenómeno en el país.

Con base en la experiencia de las funcionarias entrevistadas, se lograron identificar los siguientes puntos: a) es común el uso de psicofármacos en la población atendida; b) la mayoría de usuarias

referidas por centros de salud reportan prescripción de psicofármacos; c) los antidepresivos y ansiolíticos son los mayormente reportados; d) estos se obtienen mediante la prescripción médica, la automedicación y el suministro por parte de otras mujeres; e) entre los principales motivos de uso están la violencia, la pobreza y la intersección de ambas condiciones; f) la prescripción a cargo de médicos generales del primer nivel de atención en salud es la principal tendencia observada; g) las mujeres no suelen tener información sobre los motivos de prescripción o el uso adecuado de los psicofármacos; tampoco se les da un seguimiento médico oportuno, lo que podría incidir en prácticas de riesgo para su salud; h) existen distintos puntos de vista acerca del rol del psicofármaco en la ruta crítica de mujeres afectadas por la violencia, pero hay consenso en cuanto a que no debe ser la única intervención posible en salud; i) para algunas especialistas el uso de psicofármacos puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres frente al riesgo de violencia; j) la mayoría de especialistas opina que la prescripción de psicofármacos a mujeres en los servicios de salud tiende a ser excesiva.

Los hallazgos permiten argumentar que la violencia por razones de género debe contemplarse dentro de los determinantes sociales de la salud mental. En ese sentido, con base en la experiencia de las especialistas se dimensiona no sólo su impacto en la salud de las mujeres atendidas, sino también su relación con la prescripción y el uso de psicofármacos. Lo encontrado conduce a pensar que la atención de la salud de las mujeres afectadas por la violencia se ve aún atravesada por un paradigma tradicional de salud-enfermedad, manifestado en el tratamiento sintomático y la intervención farmacológica como principal respuesta. Un abordaje biomédico que, de acuerdo con lo expuesto en este trabajo, implicaría el riesgo de convertir el problema social de la violencia en un cuadro patológico a través de la medicina (Orueta et al., 2011).

Finalmente, el análisis de resultados sugiere dos hipótesis principales: 1) La violencia contra las mujeres puede ser un factor explicativo de los diferenciales de género en el uso de psicofármacos; 2) La ausencia de una valoración del riesgo de violencia contra las mujeres puede ser un factor impulsor para una mayor prescripción de psicofármacos a mujeres en centros de salud. Sin duda, ambas hipótesis ameritarán estudios cuantitativos y mixtos. Como principal desafío, resulta esencial la inclusión del enfoque de género para comprender la salud mental de las mujeres, así como para revisar las políticas institucionales con que se aborda en el primer nivel del sistema de salud pública.

6. Agradecimientos

Se reconoce el valioso apoyo del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer para el desarrollo de este trabajo y la colaboración de las asistentes de investigación Paola Alfaro, Ashley Ramírez y Karla Guizar. Se agradece especialmente a las funcionarias que accedieron a participar de este estudio.

Referencias

- Bacigalupe, A., González, Y. y Jiménez, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 7(54), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M. y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 1(34), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bejarano, J., Fonseca, S. y Ortega, M. (2014). Género, consumo de drogas y otros problemas contemporáneos en Costa Rica. *Revista Humanitas*, 11(11), 13-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865878>
- Bott, S., Guedes, A., Claramunt, C. y Guezmes, A. (2010). *Fortaleciendo la respuesta del sector salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo*. International Planned Parenthood Federation. https://oig.cepal.org/sites/default/files/health_sector_response_gender_violence_sp.pdf
- Burín, M., Mocarz, E. y Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós.
- Cubero, C., Rojas, L., Campos, M. y Hernández, L. (2018). Prescripción de Clonazepam en Costa Rica. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(3), 39-55. <https://www.aesed.com/upload/files/v43n3-ccubero.pdf>
- Grillo, R. (2003). Mujer y consumo de psicofármacos: una consecuencia más de la violencia doméstica. *Revista de ciencia y tecnología Crisol*, (10), 39-40. https://odi.ucr.ac.cr/medios/documentos/crisol/revista_crisol_10.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGrawHill Interamericana Editores.
- Hidalgo, M. y Rodríguez, A. (2022). *Perfil de consumo de psicotrópicos de uso médico en Costa Rica durante el período 2018-2021*. Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas Instituto Costarricense sobre Drogas. <https://www.ucr.ac.cr/multimedios/documentos/perfil-de-consumo-de-psicotropicos-de-uso-medico-en-costa-rica-durante-el-periodo-2018-2021.html>

- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018). *VI Encuesta Nacional 2015: Consumo de drogas en Costa Rica*. <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/05/Encuesta-Nacional-de-Drogas-2015.pdf>
- Márquez, I., Póo M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E. y Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37-61. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004
- Molina, C. y Cantos, R. (2018). *Drogas y Género. Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género*. Fundación Atenea. <https://fundacionatenea.org/OLD/wp-content/uploads/2019/07/Informe-PNsD-2018.-Consumo-de-hipnosedantes.-Analisis-historico-desde-la-PG-2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos en la salud de la violencia infligida por la pareja íntima y la violencia fuera de la pareja*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental Health Atlas 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Asamblea General. Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 1 de julio de 2016: 32/18 Salud Mental y Derechos Humanos*. Autor
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/10%20Salud%20mental.pdf>
- Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E., Lázaro, G., Carmona, J., Rodríguez, J., del Campo, J., Díez, M., Vallés, N. y Butrón, T. (2011). Medicalización de la vida. *Revista Clínica Médica Familiar*, 4(2), 150-161. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n2/especial6.pdf>

- Pereira, S. (2018). Salud, mujeres y violencia doméstica. *Revista Judicial, Poder Judicial de Costa Rica*, (123), 25-39. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r38554.pdf>
- Romans, S., Cohen, M., Forte, T., Du Mont, J. y Hyman I. (2008). Gender and psychotropic medication use: the role of intimate partner violence. *Preventive Medicine*, 46(6), 615-21. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.019>
- Romo, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Márquez, I. y Póo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos en las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4), 372-379. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4_5.pdf
- Romo, N. y Meneses, C. (2014). Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo. En I. Márquez (Ed.), *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, (pp. 113-126). Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13924/Adicciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salas, F. y Lozano, F. (2011). *Prevalencia de la medicalización de la violencia doméstica y sus efectos iatropatogénicos en un servicio de atención primaria de Montevideo*. <https://docplayer.es/14592827-Prevalencia-de-la-medicalizacion-de-la-violencia-domestica-y-sus-efectos-iatropatogenicos-en-un-servicio-de-atencion-primaria-de-montevideo-1.html>
- Stene, L., Dyb, G., Jacobsen, G. y Schei, B. (2010). Psychotropic Drug Use among Women Exposed to Intimate Partner Violence: A Population-based Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 88-95. <https://doi.org/10.1177/1403494810382815>
- Stein, M. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post- traumatic stress disorders comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, 133-138. <https://www-sciencedirectcom.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S0165032700003013>
- Teodori, C. (2015) Rutas críticas de mujeres en situación de violencia familiar. Estudio de casos en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 11, 179-194. <http://dx.doi.org/10.18004/riics.2015.diciembre.179-194>
- Whitaker, R. (2011). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombro de las enfermedades mentales*. Capitán Swing Libros.
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Lent, B., Varcoe, C., Connors, A. y Ford-Gilboe, M. (2007). Patterns of medication use among women survivors of intimate partners violence. *Canadian Journal of Public Health*, 98, 460-464. <https://doi.org/10.1007/bf03405439>

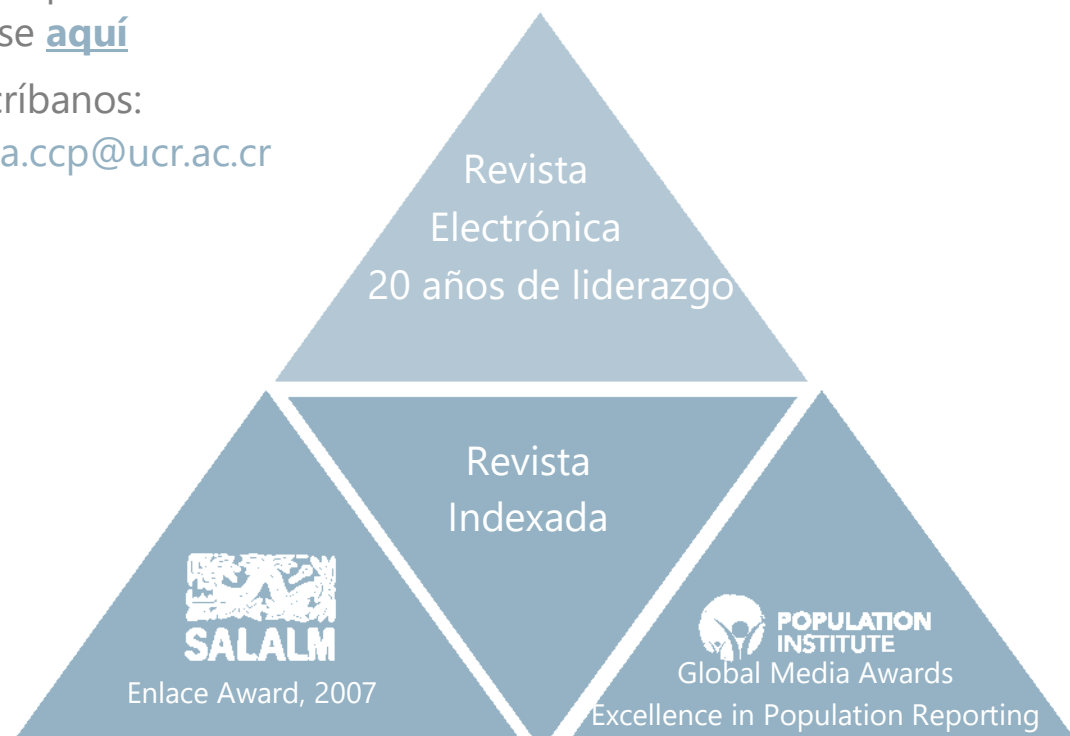
Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingresa [aquí](#)

O escribanos:

revista.ccp@ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



Scopus®



DOAJ

latindex



Dialnet



Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

