



Santiago Navarro Denis

Psicología clínica y benzodiacepinas: un controvertido encuentro

Santiago Navarro Denis

PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y BENZODIACEPINAS:
UN CONTROVERTIDO ENCUENTRO

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la csic, integrada por Luis Bértola, Magdalena Coll, Mónica Lladó, Alejandra López Gómez, Vania Markarián, Aníbal Parodi y Sergio Martínez ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2019.

Imagen de tapa

Detalle de obra sin título de Tola Invernizzi, 1976,
propiedad de Gonzalo Percovich

© Santiago Navarro Denis, 2019

© Universidad de la República, 2021

Ediciones Universitarias,

Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (ucur)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)

Montevideo, CP 11200, Uruguay

Tels.: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906

Telefax: (+598) 2409 7720

Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>

<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/>

ISBN: 978-9974-0-1828-0

e-ISBN: 978-9974-0-1829-7

Contenido

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Rodrigo Arim</i>	5
ENTRE LEYENDAS NEGRAS Y DORADAS: NUEVAS VOCES PARA UN VIEJO DEBATE, <i>Andrea Bielli</i>	7
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1. CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
Y DISCUSIÓN SOBRE EL MÉTODO.....	19
Estudios farmacéuticos	19
Estudios de medicalización y pharmaceuticalización.....	21
Psicología como profesión, jurisdicciones y tecnologías.....	23
La clínica psicológica, un campo plural.....	25
Por qué las benzodiacepinas.....	28
Decisiones metodológicas y sus limitaciones	29
CAPÍTULO 2. BENZODIACEPINAS: ESA CONTROVERTIDA MAGIA.....	
Surgimiento y controversias	33
Estado actual de la controversia.....	35
Posiciones de la psicología ante las benzodiacepinas.....	39
CAPÍTULO 3. LA ANSIEDAD EN EL MAPA DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	
Ansiedad, entre tradiciones y traducciones. La expansiva lengua DSM.....	47
Entre ansiedad y angustia, ¿qué relación/es?.....	52
La ansiedad normal, patológica o patologizada.....	57
El sueño pharmaceuticalizado: el papel de la psicología	64
CAPÍTULO 4. BENZODIACEPINAS EN LA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	
Psicoterapia y/o benzodiacepinas: conjunciones y sus obstáculos	71
El médico prescriptor en la clínica psicológica	77
Las benzodiacepinas: ¿dentro o fuera de la jurisdicción de la psicología? Lo que se dice, o no, en el consultorio.....	82
¿Abuso o autonomía? Roles asignados y asumidos en la llamada adherencia al tratamiento farmacológico.....	88
Un psicofármaco pegadizo. Discontinuación de benzodiacepinas en la clínica psicológica	98

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES: ASUNTOS DE FRONTERAS.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
ANEXO.....	119

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

Vivimos en una sociedad atravesada por tensiones y conflictos, en un mundo que se encuentra en constante cambio. Pronunciadas desigualdades ponen en duda la noción de progreso, mientras la riqueza se concentra cada vez más en menos manos y la catástrofe climática se desenvuelve cada día frente a nuestros ojos. Pero también nuevas generaciones cuestionan las formas instituidas, se abren nuevos campos de conocimiento y la ciencia y la cultura se enfrentan a sus propios dilemas.

La pluralidad de abordajes, visiones y respuestas constituye una virtud para potenciar la creación y uso socialmente valioso del conocimiento. Es por ello que hace más de una década surge la colección Biblioteca Plural.

Año tras año investigadores e investigadoras de nuestra casa de estudios trabajan en cada área de conocimiento. Para hacerlo utilizan su creatividad, disciplina y capacidad de innovación, algunos de los elementos sustantivos para las transformaciones más profundas. La difusión de los resultados de esas actividades es también parte del mandato de una institución como la nuestra: democratizar el conocimiento.

Las universidades públicas latinoamericanas tenemos una gran responsabilidad en este sentido, en tanto de nuestras instituciones emana la mayor parte del conocimiento que se produce en la región. El caso de la Universidad de la República es emblemático: aquí se genera el ochenta por ciento de la producción nacional de conocimiento científico. Esta tarea, realizada con un profundo compromiso con la sociedad de la que se es parte, es uno de los valores fundamentales de la universidad latinoamericana.

Esta colección busca condensar el trabajo riguroso de nuestros investigadores e investigadoras. Un trabajo sostenido por el esfuerzo continuo de la sociedad uruguaya, enmarcado en las funciones que ella encarga a la Universidad de la República a través de su Ley Orgánica.

De eso se trata Biblioteca Plural: investigación de calidad, generada en la universidad pública, encomendada por la ciudadanía y puesta a su disposición.

Rodrigo Arim

Rector de la Universidad de la República

Entre leyendas negras y doradas: nuevas voces para un viejo debate

En algún momento de nuestras vidas muchos de nosotros nos hemos encontrado o nos encontraremos con las benzodiacepinas. Ya sea porque las hemos consumido o las consumiremos, ya sea porque nuestros amigos cercanos y familiares las han consumido o las consumirán, o porque las hemos escuchado o las escucharemos nombradas en alguna canción, las benzodiacepinas constituyen hoy un *partenaire* que siempre concurre a la cita. Prontas a acompañarnos en cualquier ocasión, aparecen especialmente cuando el sueño se nos escapa, cuando asoma el pánico escénico, cuando la rigidez muscular petrifica alguna parte de nuestro cuerpo, cuando la tensión sanguínea se dispara o cuando decimos de nosotros mismos que estamos o somos nerviosos. El saber médico las convoca argumentando su utilidad clínica como fármacos con claros efectos hipnóticos, sedantes, miorrelajantes y anticonvulsivantes, mientras que los pacientes que las han probado dan testimonio de los beneficios positivos de estos efectos sobre su vida cotidiana al recuperar la calma o alcanzar un sueño placentero. Las narrativas de unos y de otros sostienen una *leyenda dorada* de las benzodiacepinas que explica la popularidad de estos medicamentos entre médicos y pacientes, popularidad que se traduce en su omnipresencia en los servicios de salud y en los botiquines domésticos. Encontrar estas versiones heroicas no resulta nada difícil. Basta tan solo con revisar las publicaciones de los últimos meses de alguna de las revistas internacionales más prestigiosas de psiquiatría y nos toparemos con testimonios como los del doctor Rosenbaum, un prestigioso médico de la Harvard Medical School, quien no duda en confesar que varios de los momentos más gratificantes de su carrera estaban asociados a las benzodiacepinas, para luego proseguir rememorando cómo una paciente agorafóbica, luego de recibir alprazolam, le había comentado que había logrado caminar sobre el césped por primera vez luego de muchos años.¹

Pero toda *leyenda dorada* se confronta inexorablemente a una *leyenda negra*. La leyenda negra de las benzodiacepinas pone énfasis en las consecuencias oscuras que la utilización prolongada de estos fármacos acarrea sobre la vida de las personas, como, por ejemplo, problemas de concentración y memoria, dificultades en la coordinación motora, pero sobre todo dependencia fisiológica del fármaco y su consiguiente síndrome de abstinencia. También en esta leyenda las narrativas de médicos y pacientes proporcionan los hilos con los que se teje el relato infausto de la adicción a las benzodiacepinas.

1 J. F. Rosenbaum (2020), «Benzodiazepines: A perspective», en *American Journal of Psychiatry*, vol. 177, n.º 6, p. 488. Disponible en: <<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20040376>>.

No son pocos los testimonios sobre las dificultades que los consumidores de benzodiazepinas experimentan al querer abandonar estos medicamentos y las descripciones de los síndromes de discontinuación suelen no escatimar en las dosis de dolor y sufrimiento. En el ya clásico *Manual Ashton*, que orienta a consumidores en la retirada de benzodiazepinas, relatos de primera mano de sujetos que detienen el consumo prolongado de benzodiazepinas enumeran ruidos que sacuden todo el cuerpo, temblores permanentes que los llevan al límite de lo soportable, fatiga profunda sin un posible descanso.² En un tenor similar, una mujer de mediana edad, entrevistada por nuestro equipo de investigación, calificaba esta experiencia como «lo peor que me pasó en mi vida», y agregaba: «es como que no tenés sosiego, no tenés forma de sentarte, no tenés forma de estar, no podés hablar, no te podés dormir, lo único que te bancás es estar fumando constantemente y tomando agua».³

Ahora bien, si toda leyenda, negra o dorada, supone una magnificación de los hechos narrados, podríamos suponer que el relato de la ciencia sobre las benzodiazepinas, con su narración atemperada de los hechos científicos, podría poner punto definitivo a la circulación de leyendas y ofrecer una valoración ponderada de la utilidad clínica de estos medicamentos. Sin embargo, no es esto lo que ha sucedido.

La literatura científica de los últimos cincuenta años sobre las benzodiazepinas es vasta y viene aportando datos que respaldan, según quién los lea, tanto la leyenda áurea como la leyenda prieta. Las posiciones encontradas entre médicos, académicos y reguladores sanitarios se intensifican cíclicamente y cada cierto tiempo las benzodiazepinas vuelven a ser objeto de halagos y críticas.

Por ejemplo, uno de los editoriales publicados por el *Journal of Clinical Psychopharmacology* en el año 2015, titulado «Not Again: Benzodiazepines Once More Under Attack»,⁴ transmite en la contundencia de su título la recurrente polémica, así como el hartazgo de quienes se ven impelidos una vez más a tener que salir a defenderlas públicamente. El editorial es un ejercicio defensivo magistral que, al tiempo que reconoce los datos que indican una asociación entre las benzodiazepinas y el desarrollo de dependencia y la aparición de síndrome de discontinuación, los relativiza como leves y breves, ubica

2 H. Ashton (2002), *Benzodiazepines: How They Work and How to Withdraw (Also Known as the Ashton Manual)*. Disponible en: <<http://www.benzo.org.uk/>>.

3 Entrevista realizada en el mes de octubre de 2015 en el marco del proyecto de investigación y desarrollo «Consumo de medicamentos benzodiazepínicos en adultos: significaciones y experiencias de uso», financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (cscic), Universidad de la República.

4 No otra vez: las benzodiazepinas otra vez bajo ataque. C. Salzman y R. I. Shader (2015), «Not Again: Benzodiazepines Once More Under Attack», en *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 35, n.º 5, pp. 493-495. Disponible en: <<https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000383>>.

la adicción a las benzodiacepinas principalmente en aquellos sujetos que ya contaban con un historial de adicción a las drogas y al alcohol y presenta el uso inadecuado de las benzodiacepinas como un problema menor comparado con la gran dimensión del uso médico adecuado de estos medicamentos. La defensa se sostiene también reconociendo los efectos indeseados en el uso prolongado de las benzodiacepinas en adultos mayores, pero minimizando su gravedad y señalando las limitaciones de los estudios que respaldan dichos hallazgos. Pero más allá de la defensa, lo que este editorial denota es que las benzodiacepinas se revelan como un objeto técnico controversial, es decir, un objeto sobre el que la ciencia presenta argumentos opuestos y contradictorios, un objeto cuyas contradicciones dividen y enfrentan colectivos de académicos y profesionales.

Lo cierto es que, sobre las benzodiacepinas, no son solo los colectivos de científicos y de expertos quienes se han manifestado. La controversia en torno a estos medicamentos, quizás de un modo comparable a algunos otros pocos, ha llegado al ámbito público de manera irreversible. También de forma periódica, los medios de prensa de distintos países, incluido el nuestro, retoman los debates sobre la utilidad clínica de las benzodiacepinas. Asimismo, en algunos países los colectivos de usuarios de benzodiacepinas se han vuelto locutores importantes en esta polémica, llevándola incluso al terreno político y judicial. En suma, son muchos los que tienen mucho para decir sobre las benzodiacepinas.

Es posible que el lector se acerque al presente libro buscando algunas de estas voces. Sin embargo, las voces que encontrará en este volumen son voces que, aunque parezca improbable, resultan novedades en este campo controversial entrado en años. Novelas porque hasta el momento son escasísimas, por no decir nulas, las investigaciones que recogen las opiniones de los psicólogos clínicos sobre las benzodiacepinas, y novelas porque son contadas las ocasiones en las que los psicólogos clínicos han salido a la palestra para intervenir en esta controversia.

Más allá de ciertos tópicos recurrentes en los que la psicología clínica, y especialmente la psicología clínica cognitiva, suele tener intervención, como la asistencia a los procesos de discontinuación de benzodiacepinas o los estudios sobre la combinación de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos para la ansiedad y las crisis de pánico, los aportes específicos de los psicólogos clínicos al debate son limitados. Podría pensarse que este relativo silencio responde a que las benzodiacepinas en particular, y los psicofármacos en general, no se encuentran dentro del conjunto de herramientas propias de los psicólogos clínicos. Sin embargo, esto no ha impedido que los psicólogos clínicos se hayan pronunciado en medios académicos y no académicos con relativa frecuencia sobre otros psicofármacos. El metilfenidato es, sin lugar a dudas, el psicofármaco que más los ha convocado.

¿Cómo es posible entonces que los psicólogos clínicos se hayan mantenido relativamente al margen del debate de las benzodiacepinas? Este libro sitúa posibles respuestas a esta pregunta a partir de lo que cerca de una veintena de psicólogos clínicos de nuestro país, insertos en los servicios de salud del Estado, manifestaron sobre la relación entre práctica clínica, ansiedad y benzodiacepinas. Invitándolos a conversar sobre su práctica, la investigación que sustenta los hallazgos que encontrarán en el presente libro posee la particularidad de describir las relaciones entre el campo psicológico, el campo psiquiátrico y el campo psicofarmacológico en nuestro medio, al tiempo que lleva al límite la propia noción de la existencia de campos técnicos estancos. Si las benzodiacepinas pueden ser un objeto técnico rápidamente asociado a la jurisdicción médica, en uno de los pasajes más jocosos de este libro, en el que uno de los psicólogos entrevistados cuenta que al inicio de su carrera profesional un médico prestigioso le advierte que un buen psicólogo es aquel que actúa como garante de que la ingesta del psicofármaco tiene lugar, queda clara la forma en que psicofármacos, psicología y medicina se encuentran irremediablemente en continuidad. Y, de forma manifiesta o no, el cruce de los psicólogos clínicos con estos medicamentos se superpone, retoma y lleva un paso más allá el debate en torno a las benzodiacepinas.

Así, el título del libro no exagera cuando caracteriza este cruce como controvertido, pues el lugar que los psicólogos clínicos le otorgan a las benzodiacepinas en la práctica clínica resulta un lugar problemático a múltiples niveles. En primer término, porque también para los psicólogos clínicos las valoraciones positivas y negativas de las benzodiacepinas jalonan las actitudes que despliegan frente a ellas en el ámbito clínico, introduciendo una dicotomía posiblemente privativa de la práctica clínica psicológica, al menos de nuestro país, que divide a los psicólogos entre aquellos que ubican las benzodiacepinas por fuera de su campo de acción y por lo tanto se declaran sin opinión y sin derecho a intervenir legítimamente sobre el uso que sus pacientes hacen de estos medicamentos, y aquellos que, conscientes de la ambigüedad que las rodea, hablan con sus pacientes sobre ellas y con sus colegas médicos, y llegan en algunos casos a sugerir ajustes de dosis a unos y a otros. En segundo término, porque si bien las benzodiacepinas no constituyen el eje central de la clínica psicológica, su presencia en la clínica, junto con la presencia de otros psicofármacos, la altera, aun cuando los psicólogos queramos desentendernos de ellas. El «drama de la complementariedad», como denomina el autor a los intentos de justificar la combinación de los tratamientos psicofarmacológicos y psicológicos, ilustra una de las principales tensiones que se instala de lleno en el desarrollo de la práctica clínica. Como se muestra en varios tramos de este libro, llegado cierto punto, a pesar de las ventajas de la combinación de tratamientos pregonadas por los partidarios de la complementariedad, el tratamiento farmacológico puede constituirse en un obstáculo para el tratamiento psicoterapéutico. En otras

palabras, para el trabajo que se supone el psicólogo clínico mayoritariamente pretende saber hacer.

Pero además de estas cuestiones, el lugar de las benzodiacepinas en la práctica clínica psicológica resulta problemático porque reconocer el debate que las rodea e intentar intervenir en él activamente obliga a visibilizar y poner en cuestión las prácticas que los psicológicos clínicos desarrollamos de forma naturalizada.

Este es, a mi entender, uno de los principales aportes de esta obra y es en torno a este punto que el autor despliega sus mejores cualidades como investigador. Conozco a Santiago Navarro desde que era estudiante de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. He tenido el gusto, además, de poder acompañarlo como tutora en su tránsito por la Maestría en Psicología Clínica, del cual es fruto la tesis que ha dado lugar al presente libro. Tengo también la fortuna de contar hasta el día de hoy con sus aportes como integrante del grupo de investigación Saberes Psicológicos y Tecnociencia Farmacológica, que coordino. En todos estos años, lo he visto llevar adelante los distintos trabajos de indagación científica en los que se ha involucrado con entusiasmo, rigurosidad y agudeza. Es con ese mismo entusiasmo, rigurosidad y agudeza que en este libro Santiago Navarro interpela sistemáticamente los lugares comunes de nuestra disciplina, conmueve los cimientos sobre los que se sostienen nuestros pretendidos saberes y nos empuja a una reflexión necesariamente ética sobre la práctica clínica psicológica en tiempos de farmacéuticalización de la vida cotidiana.

Recomiendo este libro, por tanto, a todos aquellos que aún se sorprenden ante el papel protagónico que los psicofármacos han tomado en nuestras vidas, pero también a todos aquellos que encuentran en este protagonismo una oportunidad excepcional para imaginar nuevas formas de hacer con el sufrimiento humano. Espero que la lectura de esta obra impulse a propios y a ajenos a acercarse críticamente a la clínica contemporánea y sus *impasses*.

Andrea Bielli

Instituto de Psicología Clínica
Facultad de Psicología, Universidad de la República
Montevideo, febrero de 2021

Introducción¹

Entre los millones de objetos que circulan en las sociedades contemporáneas, hay unos que, desde que fueron inventados en la segunda mitad del siglo xx, han circulado con particular intensidad. Estos objetos que prometen acabar con nuestros más complejos males, bien pueden ser calificados de *tecnológicos*, aunque carecen de cables y de microchips, y tienen efectos en nuestras formas más singulares de estar en el mundo. Tecnologías que han llegado para ofrecernos —tan luego— la escurridiza felicidad o peligrosas drogas que nos vuelven dependientes. Aquí están, entre nosotros, dentro de nosotros, los psicofármacos.

Aunque las raíces de la psicofarmacología podrían ubicarse en diferentes momentos históricos, esos objetos que hoy conocemos como psicofármacos tienen un pasado más bien breve y un comienzo bien fechado. En diciembre de 1950, los químicos de la empresa farmacéutica francesa Rhône-Poulenc sintetizaron la clorpromazina, hoy conocida como el primer psicofármaco moderno (López-Muñoz *et al.*, 2005). La clorpromazina se instaló rápidamente en la clínica psiquiátrica durante los años cincuenta y los laboratorios, emprendiendo lo que más tarde los historiadores llamarían «revolución farmacológica» (Shorter, 1997), se lanzaron a la búsqueda de nuevos psicofármacos, ávidos de obtener ganancias en ese mercado naciente y prometedor.

Los psicofármacos se incorporaron rápidamente a la cultura occidental, y llegaron a convertirse en la herramienta central en la práctica de los médicos en el tratamiento de diferentes dolencias mentales. Uno tras otro fueron sumándose a la lista de los psicofármacos disponibles para su uso clínico, y año tras año fue creciendo la población que los consumía. Los psicofármacos se metieron en nuestras vidas, generalmente con los nombres de sus sucesivas clasificaciones. Expresivos términos que daban cuenta de sus efectos (ata-ráxicos, psicomiméticos, psicolépticos, psicoanalépticos, psicodislépticos, timolépticos y hasta oneirogénicos) dieron paso a otros nombres más pronunciados (estimulantes, alucinógenos, tranquilizantes mayores y menores) y más adelante a otros en referencia directa a la enfermedad que pretendían curar (antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, reguladores del humor) (Shepherd y Marshall, 1972; Moncrieff, 2008).²

1 La investigación que da origen al presente libro recibió fondos de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación por el Programa de Posgrados Nacionales (código pos_NAC_2015_I_109874). También fue posible gracias a las becas de movilidad de posgrado de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado y del Programa Erasmus Mundus, Proyecto Fellow Mundus (Comisión Europea).

2 Para una historia de las clasificaciones de los psicofármacos, ver Shepherd y Marshall (1972). Otras clasificaciones han sido propuestas en las últimas décadas,

Pero esta es una investigación que se ubica en el campo de la psicología clínica: ¿por qué tanta pastilla? De hecho, desde que comenzamos a investigar estos asuntos con el grupo de la Facultad de Psicología al que pertenezco, se nos ha hecho una pregunta insistentemente, unas veces solapada y otras formulada en todos sus términos: ¿qué tienen que ver los psicólogos con los psicofármacos? Esta pregunta, enunciada a modo de cuestionamiento, ha ido tomando otros tonos a lo largo de la investigación.

Si bien los psicólogos en Uruguay no estamos habilitados para prescribir psicofármacos,³ estamos inmersos en la cultura y —seamos o no consumidores— nos topamos con ellos en diferentes espacios. Hablamos sobre ellos en los pasillos de nuestros trabajos, con nuestros colegas, con nuestros compañeros, en publicaciones académicas e incluso en medios de comunicación masiva. ¿Qué tenemos que *ver* los psicólogos con los psicofármacos?

De nuestros pacientes escuchamos sus relatos, sus experiencias de consumo y también sus encuentros con los médicos prescriptores a los que muchas veces llegaron antes de llegar a nuestros consultorios. Escuchamos las opiniones de los pacientes sobre la medicación. Nos cuentan cómo llegaron a tomarlas. A veces, nos dicen por qué las siguen tomando o por qué no pueden dejar de tomarlas. Eventualmente, hay psicólogos que recomiendan a sus pacientes, en determinadas situaciones, que consulten con un psiquiatra, suponiendo con diferentes grados de seguridad que volverá recetado. La introducción de los psicofármacos ha tenido efectos en nuestros saberes y en nuestras prácticas (Bielli, 2012).

Trabajemos donde trabajemos, sean cuales sean nuestras referencias teóricas, éticas y políticas, *vemos* los psicofármacos. ¿Qué tenemos que ver con lo que vemos, con lo que escuchamos? ¿Qué hacemos con eso que escuchamos? ¿Cómo lo leemos? ¿Cómo los incorporamos, o no, a nuestro trabajo? ¿Cómo nos posicionamos ante los psicofármacos en la clínica y fuera de ella?

Estas fueron las preguntas que me impulsaron a indagar estos temas, que fueron cambiando en las sucesivas presentaciones de la investigación a cada beca de posgrado, cada comité y cada autoridad institucional. Y aunque no fueron las preguntas que quedaron finalmente plasmadas en el proyecto de investigación, la investigación no es sin esas preguntas iniciales.

Los psicofármacos pueden ser investigados desde muy diversas disciplinas, desde diferentes metodologías e incluso desde diferentes posicionamientos. Puede pensarse primero en las investigaciones que se realizan desde la química, la bioquímica, la medicina y la psiquiatría. Estas ciencias han

fundamentalmente intentando tener en cuenta los descubrimientos de las neurociencias; sin embargo, no han logrado implementarse mucho más allá del reducido campo de la investigación farmacológica y han tenido enormes dificultades para ser incorporadas por los pacientes, e incluso por los clínicos (Sathyanarayana Rao y Andrade, 2016).

- 3 Veremos que en otros países los psicólogos han reclamado para sí esa potestad, lográndolo en algunos, como Estados Unidos (Muse y Moore, 2012).

sido las encargadas del descubrimiento de la actividad bioquímica de los psicofármacos, de su diseño, del estudio de sus características estructurales, de su funcionamiento dentro del cuerpo animal y humano, de sus efectos. Han sido las encargadas de establecer los usos de los psicofármacos en los tratamientos médicos de las llamadas enfermedades o trastornos mentales. Han sido también las protagonistas clasificando de diferentes modos estas sustancias y produciendo un saber químico, biológico y médico sobre ellas. Estos son los estudios que, en general, le ha interesado financiar a las empresas farmacéuticas.

No es en este campo de problemas en el que se enmarca esta investigación. Es decir, no se trata de conocer mejor las benzodiazepinas, de resaltar sus efectos terapéuticos ni sus consecuencias nocivas. Tampoco se trata de proponer cuál debería ser el modo correcto de utilizarlas, en qué situaciones, ni de abogar por la construcción de un protocolo de cómo deberían o no participar los psicólogos de esos tratamientos. No debería esperarse de este libro una técnica, una guía de uso, una lista de recomendaciones ni un manual para juzgar las conductas de los profesionales y los usuarios.

Me topé con las preguntas que me impulsaron a embarcarme en esta investigación participando del grupo de investigación Clínica, Saberes Psicológicos y Tecnociencia Psicofarmacológica de la Facultad de Psicología, coordinado por la doctora Andrea Bielli. En el marco de este grupo, se realizó desde 2012 a 2014 un proyecto de investigación y desarrollo en el que se intentó conocer el estado de la controversia sobre las benzodiazepinas en Uruguay.⁴ Realizamos entrevistas y grupos de discusión con médicos generales, psiquiatras, médicos de familia en Montevideo y también algunos psicólogos, todos de los servicios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).⁵ Queríamos conocer cuáles eran los usos, valoraciones y actitudes ante las benzodiazepinas de estas profesiones, y decidimos hacer la investigación con profesionales de los servicios de salud y, específicamente, en ASSE, ya que psicólogos, psiquiatras, médicos de familia y médicos generales suelen estar en permanente contacto.

Por los objetivos que teníamos en aquella investigación y por la amplitud de las profesiones que incluimos, la posición de los psicólogos y el lugar que le daban a las benzodiazepinas en su práctica clínica, quedó como un asunto a seguir siendo investigado. Nos interesó estudiar el caso de las benzodiazepinas por diversos motivos. Por un lado, son psicofármacos que se encuentran

4 El proyecto llevó por título «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud» y contó con el financiamiento de Proyectos de Investigación y Desarrollo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic, Udelar).

5 La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el principal prestador estatal de salud, atiende aproximadamente al 30% de la población en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud Pública, 2018).

muy popularizados. Asimismo, aunque en Uruguay no existen datos sistemáticos a nivel nacional sobre el consumo de psicofármacos, las investigaciones con mayor alcance que se han realizado en estos últimos años dan cuenta de un consumo alto y llegan a calificarlo como un problema de salud pública (Speranza *et al.*, 2015). Se trata de psicofármacos que están presentes en la clínica psicológica y, a diferencia de otros, como el metilfenidato, casi no existen investigaciones desde la psicología nacional que hayan puesto en el foco a las benzodiacepinas. Uno de los aspectos que ha sido señalado como problemático en la bibliografía nacional (Danza, Cristiani y Tamosiunas, 2009) e internacional (Lembke, Papac y Humphreys, 2018) es la naturalización del consumo de benzodiacepinas y la necesidad de investigaciones que apunten a su desnaturalización.

Este libro pretende mostrar algunos de los aspectos de la mirada y las prácticas de los psicólogos sobre las benzodiacepinas, buscando problematizar algunas de nuestras certezas, de nuestras decisiones. Al igual que en la investigación que habíamos realizado anteriormente,⁶ se explora esa mirada estudiando la situación especial de los psicólogos que trabajan en ASSE.⁷

¿Qué tenemos que ver, entonces, los psicólogos con las benzodiacepinas? Explorando las aguas fronterizas de los psicofármacos y la clínica psicológica —o psicoanalítica—, esta investigación ha sido también un modo de intentar navegar esos bordes desde un sesgo que me permitiera decir algo que no estuviese ya dicho o que, al menos, no fuese pura repetición de un saber ya sabido. Ha sido una búsqueda de construir un modo de interrogar el tema, de preguntar de tal modo que me permitiera embarcarme en algo del orden de lo enigmático.

Dado que las benzodiacepinas son utilizadas para el tratamiento de diferentes afecciones del campo de la ansiedad, se impuso la interrogante sobre los modos en los que los psicólogos entrelazan en su clínica las benzodiacepinas y las diferentes concepciones de la ansiedad. De hecho, aunque las benzodiacepinas son utilizadas en otra cantidad de situaciones, como en la sedación para las intervenciones quirúrgicas o para la prevención de las convulsiones, es el campo de la ansiedad en el que esta investigación se enfocó, en el entendido de que es un campo de problemas que atañe más a la tarea de los psicólogos.

Es así que llegué a plantearme el objetivo general de esta investigación: explorar el lugar otorgado por los psicólogos de salud pública a las benzodiacepinas en los tratamientos del campo de la ansiedad. Los objetivos específicos fueron los que siguen:

6 A. BIELLI, «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud, proyecto de investigación y desarrollo, Comisión Sectorial de Investigación Científica» (CSCIC, Udelar). Inédito.

7 Se justifica esta decisión en el capítulo siguiente.

- a. Describir las concepciones de la ansiedad que manejan los psicólogos clínicos.
- b. Describir las relaciones que establecen los psicólogos entre el tratamiento psicofarmacológico y el psicoterapéutico de la ansiedad.
- c. Indagar los significados atribuidos y actitudes de psicólogos ante la prescripción de benzodiacepinas que hacen las diferentes profesiones médicas.
- d. Indagar los significados atribuidos y actitudes de psicólogos ante el uso de las benzodiacepinas que hacen los usuarios.
- e. Explorar las experiencias de los psicólogos clínicos con los usuarios crónicos o dependientes de benzodiacepinas.

Para mostrar cómo he llegado a ellos y por qué me parece relevante abordarlos, dedico el primer capítulo a una triple tarea. Por un lado, a hacer un recorrido de algunos de los trabajos que han sido referentes para esta investigación, ya sea por el tema al que están abocados o por la forma en la que lo encararon. Pueden encontrarse también algunas definiciones que he decidido incluir para explicitar el uso que hago de algunos términos y para ubicar ciertas referencias teóricas que son relevantes en el campo en el que se plantea la investigación. Luego de justificar la elección de enfocarnos en el caso de las benzodiacepinas y el campo de los tratamientos de la ansiedad, el primer capítulo cierra planteando algunas decisiones metodológicas. Se justifica allí la decisión de realizar una investigación de corte cualitativo, se explicitan las razones que llevaron a elegir la entrevista en profundidad como herramienta de recolección de datos, los criterios de inclusión de los sujetos de la investigación, que fueron psicólogos clínicos que trabajaban en ASSE, y las características del análisis de contenido temático realizado.

El segundo capítulo comienza con una breve historia de las benzodiacepinas y del surgimiento de las controversias en torno a ellas, y da cuenta de la situación actual de su uso en Uruguay y el mundo. Los psicofármacos clasificados bajo el nombre de benzodiacepinas tal vez sean el ejemplo paradigmático de la expansión de los psicofármacos a diferentes ámbitos de la vida. Diazepam, alprazolam, clonazepam, flunitrazepam son fármacos que están presentes en espacios tan diversos como los manicomios, las policlínicas, en todo botiquín familiar que se precie de tal, en las carteras y billeteras, y hasta en el abanico de ofertas de los vendedores de drogas ilegales. Introducidas al mercado en los años sesenta, llegaron a un vasto sector de la sociedad y se convirtieron, hasta el día de hoy, en un objeto presente de la cotidianidad de millones de personas. Las benzodiacepinas llegan a todos los rincones del país y también, con nuestros pacientes, a nuestros consultorios psicológicos y ante ellas tomamos diferentes posiciones.

El segundo capítulo finaliza mapeando las posiciones de la psicología ante los psicofármacos y las benzodiacepinas en particular e incorpora lo que surge del trabajo de campo y de la bibliografía psicológica. Respondiendo

algunas de las preguntas específicas de la investigación, se exploran en este capítulo los significados, valoraciones y actitudes de los psicólogos clínicos de salud pública ante las benzodiazepinas.

La contracara de la amplia gama de situaciones en que son usadas las benzodiazepinas es la amplitud de los fenómenos que son agrupados bajo el término ansiedad, que varían según la cultura y la época que decidamos estudiar. Siendo así, el tercer capítulo intentará desentrañar las concepciones de la ansiedad que emergen de las entrevistas, sus relaciones con la angustia y los límites entre la que sería una ansiedad normal y una patológica. Mostraremos que conviven diferentes concepciones de ansiedad en la psicología nacional contemporánea y que estas se entrelazan de diferentes modos con los lugares que le otorgamos a las benzodiazepinas en la práctica clínica. Cerraremos el capítulo dedicando un apartado al insomnio y a la participación de los psicólogos en su medicalización, asunto que surgió como un hallazgo inesperado en la investigación.

El cuarto capítulo está dedicado a rastrear los modos en que se trazan, desde la psicología, las fronteras y los puentes entre la clínica psicológica y las benzodiazepinas, los intentos de conjunción y sus obstáculos. En el trazado de estos puentes cobran particular relevancia las figuras de los médicos prescriptores que aparecen en las entrevistas, por lo que les dedicaremos un apartado. Otro aspecto clave al que dedicaremos una sección del capítulo es lo que les llega a los psicólogos sobre las benzodiazepinas a través de los relatos de sus pacientes y cómo los profesionales leen estos relatos. Mostraremos también cómo algunos psicólogos participan en lo que desde la medicina se nombra como adherencia al tratamiento farmacológico. Finaliza el capítulo mostrando la participación de los psicólogos en la discontinuación de las benzodiazepinas.

En el recorrido pude ver cómo al investigar qué lugar ocupan las benzodiazepinas en el tratamiento de la ansiedad, según los psicólogos, estuve indagando al mismo tiempo qué lugares ocupan *los psicólogos* en los tratamientos de la ansiedad, tratamientos en los que las benzodiazepinas y la psiquiatría son actores principales. Esos lugares que ocupan los psicólogos dan cuenta de diferentes modos de posicionarse ante las fronteras disciplinares, asunto sobre el que giran las conclusiones de la investigación.

Construcción del problema de investigación y discusión sobre el método

Estudios farmacéuticos

Acompañando la expansión del uso de los psicofármacos en las sociedades, ha crecido también el interés por conocer otros aspectos de los psicofármacos, por dar cuenta de otros de sus efectos que no pueden ser investigados a través de los métodos de las ciencias llamadas básicas ni por la medicina. Antropólogos, sociólogos, historiadores, filósofos y también médicos y químicos convertidos en historiadores, periodistas y consumidores de psicofármacos han investigado los procesos históricos que dieron lugar a su creación y expansión, las estrategias de los laboratorios para instalarlos exitosamente en el mercado, los modos en que ha cambiado la práctica médica desde su llegada a la clínica, los vericuetos por los que los psicofármacos circulan en la vida cotidiana de todos nosotros.

Por qué y para qué los usamos, qué pensamos de ellos. Cómo se han imbricado en nuestros modos de vivir y de imaginar la vida. En este sentido, han surgido algunos relatos heroicos que dan cuenta del avance de la humanidad al descubrir estos nuevos productos tecnológicos, del progreso del conocimiento y sus aplicaciones técnicas. Relatos esperanzadores que prometen futuros hallazgos psicofarmacológicos, nuevos usos o el perfeccionamiento de los fármacos ya descubiertos (ver Kramer, 1993 y 2016). Otros relatos ubican a los psicofármacos como tecnologías peligrosas, dañinas, un engaño de las empresas farmacéuticas y los médicos que, en su afán de prestigio y lucro, habrían logrado instalar estas sustancias que poco tienen para ofrecerle a la sociedad más que adicción y destrucción (ver Angell, 2004).

Como se verá, las producciones sobre los psicofármacos desde el campo de la psicología —salvo valiosas excepciones— parecen encontrarse en ese callejón sin salida desde hace décadas, insistiendo con afirmaciones que ya no necesitan de ninguna investigación empírica que explore la situación actual, sirviendo fundamentalmente a fortalecer posiciones —entusiastas, críticas o demonizadas— que fueron tomadas apenas surgieron los psicofármacos.⁸

8 Las posiciones de la psicología sobre los psicofármacos se rastrean en la sección «Posiciones de la psicología ante las benzodiacepinas» del capítulo 2.

En la búsqueda de configurar el problema de investigación desde una perspectiva que no se limite a repetir lo que ya está instituido en los saberes psicológicos, he buscado en otras aguas las herramientas teóricas y metodológicas. Esas aguas han sido fundamentalmente las de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, especialmente aquellos que se han dado en llamar estudios farmacéuticos (Sismondo y Greene, 2015; Bielli, 2016). Estos estudios se han dedicado a investigar el lugar que ocupan los psicofármacos en las sociedades contemporáneas, entendiendo que no puede esperarse de las ciencias biológicas y médicas la cabal comprensión de los psicofármacos. Es necesario desarrollar estudios desde las disciplinas humanas y sociales para iluminar otros aspectos que se muestran tan relevantes como los bioquímicos.

Decir que esta investigación se ubica dentro del campo de los estudios farmacéuticos tal vez no sea decir demasiado, ya que es enorme la variedad de lo que podría englobarse bajo ese rótulo. Se trata de un campo de confluencia de disciplinas colindantes, pero diversas, como la filosofía de la ciencia, la historia de la ciencia, la epistemología histórica, la antropología, la sociología de la salud y tantas otras. Tal vez sea más preciso decir que, en la búsqueda de estudiar desde un sesgo novedoso las relaciones entre los saberes psicológicos, la clínica psicológica y los psicofármacos, los trabajos que podríamos ubicar dentro de los estudios farmacéuticos han funcionado como referencia.

Diazepam, alprazolam, clonazepam no son solo psicofármacos, sino también significantes que forman parte de nuestras vidas contemporáneas y, por tanto, también de la clínica psicológica. Esta investigación toma de la antropología y la sociología de la ciencia el interés por conocer cómo los diferentes actores interpretan una tecnología, qué efectos tiene sobre sus saberes, sobre sus prácticas. Tecnologías que no vienen solas, ya que están entrelazadas con ciertos saberes disciplinares —en este caso, mayormente provenientes de las neurociencias y de la psiquiatría—, pero también con valores y saberes no necesariamente disciplinares que circulan en la sociedad. En esta investigación hemos querido ofrecer elementos para comprender cómo ciertos actores sociales, los profesionales de la psicología clínica, incorporan estas tecnologías a sus prácticas, a qué saberes recurren para comprenderlos, qué argumentos esgrimen para tomar decisiones clínicas.

Como hemos dicho, el interés de esta investigación no es meramente técnico. El foco no está puesto allí, aunque tal vez no sería imposible sacar conclusiones en ese registro. En efecto, si bien no son los psicólogos los expertos científicos y técnicos sobre el objeto benzodiacepinas, como han sostenido los estudios de ciencia, tecnología y sociedad, la experticia no es únicamente científica. El estudio de otros saberes, prácticas y valoraciones es tan relevante como el saber científico para comprender las tecnologías (Sismondo, 2009). En esta investigación se trata de comprender algunos aspectos poco explorados de cómo efectivamente se están articulando en la

sociedad uruguaya contemporánea saberes y dispositivos *psi* diversos: la psicología clínica, los psicofármacos, la psiquiatría.

Estudios de medicalización y farmacéuticalización

Si se realiza una búsqueda de investigaciones sobre psicofármacos desde un enfoque social, puede notarse que el enfoque más extendido son los estudios del llamado proceso de medicalización. Este concepto ha tenido un enorme impacto en las ciencias sociales, al punto de haber sido calificado como un «cliché del análisis social» (Rose, 2007). Somos una sociedad medicalizada, la infancia está medicalizada, todos estamos medicalizados, suele decirse. Al menos en el Río de la Plata, su uso se ha instalado en el lenguaje cotidiano, por lo que su significado es un tanto difuso.

Rafaela Zorzanelli, Francisco Ortega y Benilton Bezerra (2014) muestran cómo diferentes investigaciones socioculturales durante el siglo xx han recurrido al término *medicalización* para dar cuenta de fenómenos diversos, o poniendo el foco en diversos aspectos de la expansión de la medicina en lo social. Los autores, luego de encontrar diferentes usos del término en la obra de Michel Foucault, Thomas Szasz, Ivan Illich, Peter Conrad y otros, afirman que son cuatro los sentidos en que es utilizado: *a*) como prácticas masivas de intervención sobre el espacio público; *b*) como la transformación de comportamientos transgresivos o desviados en trastornos médicos; *c*) como control social e imperialismo médico; *d*) como proceso irregular del que participan también agentes externos a la profesión médica (Zorzanelli, Ortega y Bezerra, 2014, p. 1865).

Recomiendan, además, especificar cuál es el sentido en que se usa la palabra medicalización en el contexto de cada investigación. En el camino de esclarecer, entonces, el uso que se le da en esta investigación, podemos comenzar recurriendo a una definición.

Peter Conrad ha propuesto restringir el uso de la palabra medicalización para dar cuenta de un proceso social que implica la transformación de determinadas afecciones en problemas médicos, que pasan a ser entendidos en términos de enfermedad o trastorno, convirtiéndose así en posibles blancos de intervenciones médicas (Conrad, 2005).

Lo que nos interesa de esta definición es que la medicalización es entendida como un proceso de patologización de la vida, lo que en el campo de la salud mental puede entenderse como un proceso de psicopatologización. Ese proceso, es necesario entenderlo, no es necesariamente negativo. Asimismo, es un proceso que puede darse en ambas direcciones, medicalizando algunos aspectos de la vida y desmedicalizando otros, como ha sucedido, por ejemplo, en el caso de la homosexualidad (Conrad, 2005).

Recurrir a Peter Conrad y realizar esta última aclaración vale como una cierta toma de distancia de aquellos autores que ven en la medicalización de la salud mental un proceso necesariamente apocalíptico. Para estos autores, la medicalización implicaría una transformación necesariamente engañosa de experiencias que serían normales en problemas médicos, para incrementar el poder de la medicina y, a través de ella, del Estado sobre la autonomía de los individuos (Illich, 1982). Esta es la posición que, desde la antipsiquiatría, ha sostenido, por ejemplo, el influyente Thomas Szasz al afirmar que en el terreno de la psiquiatría no estamos frente a enfermedades *reales*, sino que se hace un uso *metafórico* de la palabra *enfermedad* (Szasz, 2007). Los psiquiatras que prescriben psicofármacos aparecen, desde esta posición, necesariamente como déspotas y tiranos (Szasz, 2007, p. 168).⁹

Las investigaciones de Peter Conrad tienen la ventaja de descentrar el lugar que históricamente se le ha dado a los médicos en los estudios de los procesos de medicalización. Al no asumir la pasividad del resto de los actores y teniendo en cuenta su participación activa, puede observarse cómo algunos de estos otros actores —como las empresas farmacéuticas y los pacientes— cumplen a veces roles tanto o más relevantes que el de los médicos. Según Conrad, el peso de estos otros actores ha ido creciendo en las últimas décadas, ya que no limitan su accionar a producir los fármacos, sino que tienen un enorme impacto en la formación de los médicos y en el saber que circula sobre los psicofármacos en las sociedades, por lo que sería cada vez más necesario tenerlos en cuenta al producir investigaciones (Conrad, 2005).

Es para dar cuenta de estos cambios que, desde el campo de los estudios farmacéuticos, se ha propuesto el concepto de *farmaceuticalización*. Se toma aquí la definición de farmaceuticalización de John Abraham, entendida como el proceso por el cual determinadas afecciones¹⁰ sociales, comportamentales o corporales son tratadas o consideradas como necesarias de ser tratadas con medicamentos (*medical drugs*) por médicos o pacientes (Abraham, 2010).

Pensar estos conceptos en términos de procesos sociales tiene la ventaja de permitir explorarlos en distintos actores que juegan algún papel en ellos, pudiendo así indagar el lugar y la perspectiva de los psicólogos clínicos, que es lo que nos interesa aquí.

9 Es interesante notar que en las obras clásicas de Szasz, si bien tratan sobre el asunto de la medicalización, este término no ocupa un lugar relevante como concepto. Recurre al concepto de medicalización ya entrado el siglo XXI para debatir con historiadores, sociólogos y psiquiatras que utilizaban el término medicalización para dar cuenta de la expansión de la medicina sin poner el énfasis, como él, en la ilegitimidad del poder ejercido por los médicos sobre los individuos (ver Szasz, 2001 y 2007).

10 *Conditions*, en el original en inglés.

Psicología como profesión, jurisdicciones y tecnologías

Otros procesos que interesan a esta investigación son los llamados procesos de profesionalización de la psicología y la psicologización de las sociedades. Los estudios de profesionalización se han dedicado a estudiar cómo distintas tareas han sido históricamente asignadas a un grupo social determinado que se especializa en esa área e interviene con su experticia en ese campo de problemas. Estos estudios suelen entender la distribución de tareas en una sociedad entre las diferentes profesiones como un *contrato* histórico y social (Collier, 2012).

Desde este enfoque podríamos pensar que la sociedad sostiene un contrato en el cual la medicina, la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología, cada una por su lado, han producido y desarrollado determinados saberes y determinadas técnicas y que, habiendo obtenido la validación de la sociedad, se le ha asignado a cada una determinados problemas en los que deberían, a su modo, intervenir. No parece ser tan simple. De hecho, más que la profesionalización de la psicología, nos interesan aquí algunas críticas que se han hecho a este enfoque.

El sociólogo Andrew Abbott (1988) ha notado que los estudios de profesionalización han pretendido relatar la historia de cada profesión por separado; relatos que —según el autor— suelen tener el tono heroico de las historias del progreso de la ciencia. Al centrarse en la historia de cada una de las profesiones, dice Abbott, subvaloran el rol de los conflictos que se dan entre las diferentes disciplinas al entenderlos como patológicos o anormales, conflictos que no se dan únicamente en el plano del saber científico. Para Abbott el conflicto interprofesional es parte del profesionalismo, por lo que propone estudiar no la historia de las profesiones, sino lo que él llama el sistema de las profesiones, en el que juega un rol clave la historia de las jurisdicciones. Es esta historia de las jurisdicciones lo que interesa aquí.

Para Abbott una jurisdicción está determinada por la definición de un conjunto de problemas o tareas en el que una profesión interviene, intentando a su vez justificar racionalmente sus intervenciones y reclamando para sí diferentes grados de exclusividad, en general, buscando interponer normativas y leyes que obstaculicen la entrada de otras profesiones en la jurisdicción. Ejemplos de éxito en la conquista de jurisdicciones pueden ser el de los abogados en la jurisdicción de ciertas tareas en los procesos judiciales o el de los cirujanos para realizar ciertas operaciones.¹¹ Las jurisdicciones surgen, pasan de manos de unas profesiones a otras, se modifican por el cambio interno de

11 Esta metáfora que toma el término territorial y legal de las *jurisdicciones* para comprender los conflictos entre las profesiones no deja de tener sus efectos, como se ve, ya que rápidamente empezamos a pensar en términos de conquista, defensa del territorio, autoridades, potestades y estrategias. En este trabajo se recurrirá permanentemente a metáforas espaciales y territoriales, en el entendido de que esta metáfora logra visibilizar

estas profesiones, pero también por los cambios estructurales de la sociedad, por el surgimiento de nuevos conocimientos, nuevas tecnologías que trastocan el reparto de tareas de un momento y lugar determinados.

No interesaría tanto Abbott si no se hubiese dedicado justamente a rastrear el surgimiento de una curiosa jurisdicción: la de los problemas personales (Abbott, 1988). Abbott rastrea cómo, en el siglo XIX, los neurólogos, a través de la expansión del llamado síndrome de nerviosismo general, fueron la primera profesión en intervenir con terapias específicas en ciertos problemas de la vida de las personas, problemas que antes ocupaban un lugar lateral en la tarea del clero (Abbott, 1988). Desde entonces, médicos, alienistas, psiquiatras, trabajadores sociales, psicoanalistas, psicoterapeutas y psicólogos se han dedicado a producir ciertas técnicas y abstracciones¹² mediante las cuales reclamaron para sí la exclusividad para intervenir en ciertas zonas de esta nueva jurisdicción. Entre los hechos que han modificado el reparto de tareas entre estas profesiones, e incluso han llevado a la desaparición de algunas de ellas, hay uno que nos interesa particularmente: la introducción de nuevas tecnologías. En nuestro caso, los psicofármacos.

En efecto, en Uruguay, los psicofármacos llegaron en un momento histórico en que la psicología y el psicoanálisis eran profesiones en pleno proceso de institucionalización (Bielli, 2012) y tuvieron efectos en el establecimiento de las jurisdicciones que encontramos más o menos estabilizadas hoy en día en el campo de problemas de la salud mental. Es con los límites de esas jurisdicciones con los que esta investigación se ha topado cuando se nos preguntaba: ¿qué hacen los psicólogos *metiéndose* con los psicofármacos?¹³

En esta investigación veremos que no únicamente el psicólogo investigador se mete con los psicofármacos. Aunque la jurisdicción de la salud mental aparentemente estaría estabilizada, veremos cómo las tareas que asumen los psicólogos clínicos en relación con las benzodiacepinas y los tratamientos de la ansiedad son dinámicas, y que existen tensas diferencias entre lo que algunos psicólogos deciden hacer y lo que otros prefieren dejar para otros profesionales.

Esta investigación tiene cierto aire de familia con el enfoque del sociólogo inglés Nikolas Rose. Al igual que la relación con la obra de Abbott, el acercamiento de esta investigación a las obras de Rose ha sido producto de

algunos aspectos de las relaciones conflictivas entre los diferentes saberes y prácticas que suelen quedar ocultos bajo el mandato contemporáneo de la interdisciplinariedad.

12 Para Abbott (1988) no son tanto las técnicas las que le permiten a una profesión dominar una jurisdicción o una porción de una jurisdicción, sino las abstracciones que es capaz de producir, mediante las cuales se justifica a sí misma ante la sociedad.

13 Es curioso notar que ha sido justamente una psicóloga quien ha realizado el único estudio histórico que ha visibilizado algunos de los efectos de la introducción de los psicofármacos en las prácticas y los saberes psi en Uruguay, investigando la introducción de los antidepresivos (Bielli, 2012).

lo que surgió del trabajo de campo y del tipo de resultados a los que se fue llegando. Rose, tomando como base los estudios de Michel Foucault sobre la gubernamentalidad, ha realizado una genealogía de los regímenes del *self*, centrándose fundamentalmente en la situación de Estados Unidos y Europa (Rose, 1998). Rose rastrea cómo la psicología ha sido un campo fundamental en la construcción de lo que entendemos actualmente por un ser humano, y no únicamente gracias a sus saberes abstractos, sino fundamentalmente por poner a disposición y practicar ciertas tecnologías psi que han sido claves en la construcción de un *self* autónomo, individual, libre, responsable.

Lo que interesa aquí es, justamente, la noción de tecnología humana que plantea Rose, ya que foucaultianamente la entiende como un ensamblaje de conocimientos, instrumentos, personas, sistemas de comprensión, edificios y espacios estructurados práctica y racionalmente por un objetivo más o menos consciente (Rose, 1998, p. 26).¹⁴

Este libro resuena con estas búsquedas, ya que el camino recorrido nos fue acercando a las preocupaciones e intereses de Rose. Es decir, a tener una mirada más amplia de los ensamblajes que se dan en la práctica de los psicólogos clínicos, entre los psicofármacos, los saberes que provienen de la medicina, los que provienen de la psicología y del psicoanálisis, con el establecimiento de autoridades y experticias en el campo de la salud mental y los juegos de poder. Y a observar también qué racionalidades son las que guían estos ensamblajes.¹⁵

Coincide esta investigación, además, con la postura de Rose al no sostener una visión negativa de la tecnologización de la sociedad, sino tratar de observar los efectos que la introducción de algunas tecnologías han tenido en los modos de lidiar con nosotros mismos.

La clínica psicológica, un campo plural

Hemos hablado hasta aquí de psicólogos, de psicología, pero es bien sabido que la psicología no puede ser unificada más que produciendo cierta homogeneización artificial, ya que conviven bajo ese paraguas prácticas muy diversas. Aquí hemos buscado desde un principio no homogeneizar posiciones que son, a veces, antagónicas. En la búsqueda de alojar la diversidad de corrientes psi que pueden encontrarse entre quienes trabajan como psicólogos en los

14 La dimensión de la tecnología es una de las que Rose analiza en su investigación sobre los regímenes del *self*, junto con los modos en que surgen y se construyen los problemas, las autoridades de esos campos de problemas, sus estrategias, sus fines (Rose, 1998).

15 Si bien me interesé en la obra de Nikolas Rose antes de comenzar esta investigación, no ha tenido en el diseño de la investigación ni en la escritura un lugar central. Sin embargo, seguramente quien se tome el trabajo podría encontrar en ella ciertas resonancias de mis lecturas de Rose, no siempre explicitadas.

servicios de salud pública de Uruguay, recurrimos a una concepción amplia de los saberes psicológicos y de la clínica psicológica.

Siguiendo al antropólogo brasileño Luiz Fernando Dias Duarte (1997), podemos agrupar las diferentes corrientes de la psicología bajo el concepto de «saberes psicológicos» e investigarlos en su conjunto, ya que en todos ellos

pode-se discernir um horizonte de representações, de concepções culturais comuns a que não se pode chamar senão de ‘psicológicas’, na medida em que se voltam para a determinação dos modos de existência, de funcionamento e de perturbação da *psyche* humana, dessa ‘alma’, ‘espírito’, *mind*, *Geist* —enfim— desse ‘outro lado’ da corporalidade estrita partícipe da *res extensa*, produzida na cultura ocidental com tão particular nitidez desde meados do século xvii (Duarte, 1997, p.1).¹⁶

Sin embargo, no son únicamente los *saberes* psicológicos los que nos interesan, sino también las prácticas. Podríamos recurrir entonces a Rose, que unifica para sus análisis —sin desconocer su disparidad, a veces radical— las diferentes corrientes de la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría, recordando de ellas únicamente el prefijo psi. *Ciencias psi* (o *disciplinas psi*) es el término que él utiliza para hablar de las prácticas y saberes que han construido nuevas formas de pensarse a sí mismo (Rose, 1998 y 1999).

En esta investigación se ha querido explorar los modos en que se dan los encuentros entre las prácticas y saberes psi y los psicofármacos, rastreando el caso específico de las benzodiazepinas y su presencia en la clínica ejercida por psicólogos en los servicios de salud pública. Necesitaríamos, entonces, una definición más precisa de psicología *clínica*.

Llegado el punto de especificar a qué nos referimos con psicología clínica, nos encontramos ante un atolladero con el que no es fácil lidiar. La diversidad de prácticas desarrolladas por los psicólogos que bien podrían ser nombradas como clínicas es tal, que cada paso que demos para definirla podrá ser un paso en falso.

Podríamos recurrir, por ejemplo, a la definición del Colegio de Psicólogos de España:

La psicología clínica es un campo de especialización de la psicología que aplica los conocimientos y técnicas de esta al estudio del comportamiento anómalo, aquel que supone algún trastorno para la propia persona o para

16 Se puede discernir un horizonte de representaciones, de concepciones culturales comunes a las que no se puede llamar de otro modo que *psicológicas*, en la medida en que se dedican a la determinación de los modos de existencia, de funcionamiento y perturbación de la *psyche* humana, del *alma*, *espírito*, *mind*, *Geist* —en fin— ese otro lado de la corporalidad estricta partícipe de la *res extensa*, producida en la cultura occidental con tan particular nitidez desde mediados del siglo xvii.

otros. El estudio del comportamiento por parte de la psicología clínica se interesa principalmente en establecer un psicodiagnóstico, cara a identificar el trastorno, en analizar la condición psicopatológica, cara a una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, cara a remediar el problema y, en su caso, prevenirlo (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

Lo anómalo, lo patológico, se encuentra claramente enfatizado en esta definición. La psicología clínica se enfocaría en el tratamiento de lo que difiere de lo normal. Se introducen así todas las dificultades de establecer una frontera entre lo normal de lo patológico que durante el siglo xx se han subrayado. Podríamos recurrir también a la definición más amplia de Jerome H. Resnick:

El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes (en Trull y Phares, 2003, p. 4).

Términos como cliente, desadaptación, aflicción intelectual o biológica parecen ser términos muy ajenos a otras tradiciones presentes en la psicología clínica de Uruguay, como el psicoanálisis; tradiciones que tenderían a ser excluidas si nos contentáramos con esta definición. Para acercarnos a estas tierras, podríamos ver también la definición planteada en el documento fundacional del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, donde se la presenta como un campo que

se ocupa de la investigación, comprensión e intervención de las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas en los distintos y variados contextos en los puedan tener lugar, y en las dimensiones individual, grupal, familiar, institucional y comunitaria (Instituto de Psicología Clínica, 2010, s. p.).

Esta definición es el producto de las negociaciones entre diferentes psicologías clínicas y allí mismo podría encontrar su valor. Sin embargo, esta solución de compromiso resulta insuficiente por ser excesivamente amplia para la especificidad de esta investigación.

Si nos limitamos a una comparación entre las diferentes definiciones de psicología clínica, llegaríamos a un atolladero ya que los términos elegidos dan siempre cuenta de la afiliación o toma de distancia de ciertas tradiciones. Podría verse, por ejemplo, cómo en la definición del Instituto de Psicología Clínica (2010) se excluye la mención a lo psicopatológico, y así podríamos

continuar. Sin embargo, aquí no buscamos abogar por una cierta definición o concepción de la psicología clínica.

Más que afiliarnos a una definición, lo relevante aquí es observar que, tomemos la definición que tomemos, la psicología clínica emerge siempre como un campo de saberes y un campo de prácticas. Tanto en el plano de los saberes como en el de las prácticas, en todas las definiciones se hace referencia a algo del orden del padecimiento, del sufrimiento, del malestar, del *pathos*, y también de las intervenciones para su resolución. Es este el nivel en el que trabajamos: el nivel de los saberes y de las prácticas de la psicología clínica. Especialmente, en los modos en que se entienden y se intentan resolver los malestares ligados al campo de la ansiedad, y cómo estos saberes y prácticas se articulan con las benzodiacepinas y los saberes y las prácticas de otras profesiones, especialmente la de los médicos y psiquiatras.

Así, logramos mantener una mirada suficientemente amplia como para poder acercarnos a las diferentes prácticas y saberes psicológicos sin el sesgo de una teoría psicológica que nos guíe. A la vez, la mirada es suficientemente acotada como para lograr realizar una investigación empírica enfocada en los aspectos específicos de la psicología clínica que nos interesan.

Por qué las benzodiacepinas

Hemos visto qué es lo que nos interesa de la relación entre psicología clínica y psicofármacos. Veamos ahora por qué elegimos las benzodiacepinas. En principio, partimos del supuesto de que no todos los psicofármacos ocupan el mismo lugar en la cultura y, por tanto, tampoco en la clínica psicológica. Al comenzar la investigación, al menos, cabía la posibilidad de que las benzodiacepinas ocuparan un lugar muy diferente del de otros psicofármacos como el metilfenidato o los antidepresivos. Por esto nos hemos propuesto como uno de los objetivos específicos describir los significados atribuidos y las actitudes de psicólogos clínicos de los servicios de salud ante las benzodiacepinas, específicamente.

Asimismo, las benzodiacepinas son unos de los psicofármacos más consumidos en Uruguay, por lo que desde el diseño de la investigación podíamos suponer que los psicólogos se encontraban con las benzodiacepinas en sus consultorios, lo que no sucede con todos los psicofármacos.¹⁷ Son a su vez, como veremos, psicofármacos sobre los que se ha establecido una controversia científica casi desde su surgimiento; una controversia que aún no está cerrada, por lo que no es un fármaco sobre el que esté todo dicho y es particularmente interesante indagar cuál es la posición de los psicólogos ante estas controversias.

¹⁷ La situación de las benzodiacepinas en Uruguay se describe en el capítulo 3.

Por otro lado, a diferencia del metilfenidato, sobre el que la psicología se ha interesado particularmente, no es tan voluminosa la bibliografía psicológica dedicada a las benzodiazepinas, lo que lo hace un caso interesante para explorar cómo se las arreglan los psicólogos en sus consultorios ante las benzodiazepinas.

Finalmente, las benzodiazepinas son utilizadas para tratar una gama muy amplia de padecimientos, entre los cuales se encuentran los llamados ataques de pánico, las fobias, la ansiedad en general; padecimientos por los cuales las personas recurren también a la psicoterapia, lo que instala una tensión muy interesante de indagar desde el punto de vista de los psicólogos y que no ha sido explorada hasta ahora en Uruguay.

Decisiones metodológicas y sus limitaciones

Para la realización de esta investigación se ha elegido una metodología cualitativa, ya que creemos que es la más adecuada para indagar la perspectiva de los psicólogos clínicos en torno al lugar de las benzodiazepinas en los tratamientos de ansiedad. Dado que es una investigación exploratoria que intenta avanzar sobre temas aún no suficientemente investigados, una metodología cualitativa nos permitió describir los modos en los que los psicólogos articulan sus concepciones de la ansiedad, sus saberes, valoraciones y actitudes ante las benzodiazepinas, su experiencia clínica con usuarios consumidores de estos medicamentos, y sus valoraciones y actitudes ante las prescripciones de benzodiazepinas realizadas por los médicos.

Se eligió la técnica de entrevistas en profundidad, ya que nos permite indagar concepciones, significados y actitudes sobre el tema específico de la presente investigación, interactuar directamente con los participantes para la más rica producción de los datos que se buscaban y profundizar en aspectos que surgieran en cada entrevista y que no estuviesen previstos en la pauta. Las entrevistas en profundidad, además, permitieron que los entrevistados pudieran narrar experiencias y anécdotas muy valiosas para la investigación.

Se decidió entrevistar a psicólogos y psicólogas de ASSE por varios motivos. Interesaba conocer la particularidad de estos psicólogos que están inmersos en las instituciones de salud, donde las benzodiazepinas no llegan a oído de los psicólogos únicamente por los relatos de los pacientes. En estos espacios, los psicólogos tienen —o pueden tener— un trato cotidiano con los prescriptores de los psicofármacos y también con otros trabajadores de la salud que rodean a los psicofármacos, desde las personas que trabajan en las farmacias despachando los comprimidos, hasta quienes los administran en enfermería. Esto nos permitió indagar toda una serie de experiencias y valoraciones que no hubiese estado presente si nos hubiésemos limitado a los que hacen exclusivamente un ejercicio liberal de la profesión en sus consultorios.

No menos importante es el hecho de que ASSE se ha mostrado como una institución abierta a la investigación de la Universidad de la República. Puede encontrarse una buena disposición tanto de sus autoridades como de los trabajadores en general, que prestan parte de su tiempo para participar de investigaciones académicas.

Ciertamente, cualquier decisión que tomáramos respecto a qué psicólogos entrevistar tendría efectos en los resultados de la investigación. Lo importante aquí es explicitar algunos de los sesgos que puede inducir esta elección. En efecto, pueden observarse en las entrevistas ciertas marcas institucionales dadas por el trabajo en ASSE y sus modos de organización, que se hacen especialmente visibles cuando los psicólogos que trabajan también en el mutualismo realizan comparaciones. Otro aspecto que no deberíamos perder de vista es que los psicólogos de ASSE trabajan mayormente con personas que se encuentran en una situación socioeconómica definida fundamentalmente por la pobreza, lo que no deja de emerger en las entrevistas.

El hecho de que casi la totalidad de los entrevistados, además, ejercieran la profesión de forma independiente nos permitió vislumbrar algunas diferencias de las prácticas de los psicólogos en ambos espacios y del lugar otorgado a las benzodiacepinas.

Se realizaron 17 entrevistas en profundidad a psicólogos que resuelven consultas psicológicas en los tres niveles de atención en Montevideo y el área metropolitana,¹⁸ con diferentes años de trabajo en ASSE. Seis de las entrevistas habían sido realizadas por el equipo a cargo de la doctora Andrea Bielli en el proyecto de investigación y desarrollo «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud» (2012, inédito).

En las entrevistas se exploraron los siguientes tópicos: concepciones de la ansiedad, experiencia clínica con consumidores de benzodiacepinas, percepción de las benzodiacepinas, relación entre psicoterapia y benzodiacepinas, y relación con otros profesionales. La convocatoria de entrevistados se realizó a partir del contacto con las autoridades de ASSE, quienes pusieron a disposición los datos de contacto de las autoridades de los centros de salud y hospitales. Fueron estas autoridades quienes enviaron los datos de contacto de los psicólogos que trabajaban en ese centro o en policlínicas asociadas. Luego se contactó al azar a algunos de ellos y se realizó la entrevista a quienes voluntariamente decidieron participar.

A pesar de los esfuerzos por lograr entrevistar psicólogos y psicólogas de los tres niveles de atención y con diferentes años de trabajo en ASSE, se logró entrevistar a 5 varones y 12 mujeres; 9 trabajan en ASSE desde hace más de

18 Si bien en un principio se planificó realizar entrevistas en el interior de Uruguay, que seguramente hubiesen ofrecido elementos muy valiosos, finalmente se tuvo que restringir la convocatoria a psicólogos que trabajan en Montevideo, por motivos únicamente presupuestales que impidieron viajes al interior.

quince años, 7 tienen entre seis y quince años de trabajo en la institución, y solo uno trabaja desde hace menos de cinco años.

Para la referenciación de las entrevistas en el texto se utilizó la siguiente nomenclatura. Un nombre ficticio, seguido de un guion (-), seguido de una letra que indica los años de trabajo en ASSE (A, B o C), y luego un número (1, 2 o 3) que indica el nivel de atención en el que trabaja. La letra A indica que trabaja en ASSE desde hace cinco años o menos; la letra B, más de cinco y hasta quince años; la letra C indica que el entrevistado hace más de 15 años que trabaja en la institución.

En cuanto a los niveles de atención, el primer nivel de atención (1) corresponde al trabajo en policlínicas insertas en los barrios. Quienes se desempeñan en este primer nivel suelen trabajar en equipo con médicos generales y médicos de familia, más que con psiquiatras. Algunos de ellos son nombrados por la institución como *psicólogos de área*, ya que se les asigna un área territorial. Se trata de una función muy ligada a las redes comunitarias, y trabajan en espacios de atención no especializados en salud mental en los que resuelven consultas clínicas.

En el segundo nivel de atención (2) ubicamos a aquellos que trabajan en los equipos de salud mental de los centros de salud. Si bien ASSE los define como parte del primer nivel de atención, los integrantes de los equipos de salud mental suelen decir que trabajan en un nivel intermedio entre el 1 y el 2. A los efectos de esta investigación interesó nombrarlos como segundo nivel para poder diferenciarlos del primero, ya que su trabajo difiere sustancialmente.¹⁹ Los equipos de salud mental son espacios especializados que reciben derivaciones específicas en ese campo. Están integrados por psiquiatras (de adultos e infantiles), licenciados en trabajo social, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería y licenciados en psicología, además del rol de coordinador que alguno de ellos asume. En el tercer nivel de atención (3) incluimos a quienes trabajan en espacios de rehabilitación, fundamentalmente de internación psiquiátrica y por uso de sustancias psicoactivas. Se logró realizar cuatro entrevistas en el nivel 1, nueve entrevistas en el nivel 2 y cuatro entrevistas en el nivel 3.²⁰

Se realizó un análisis de contenido temático que, gracias a su flexibilidad, nos permitió incorporar al análisis diferentes aspectos de las entrevistas realizadas, como significados, explicaciones, relatos de experiencias, opiniones y

19 Es decir que los niveles 1, 2 y 3 de esta investigación no se corresponden uno a uno con los tres niveles de atención en salud, sino que, tomando a estos como referencia, se construye un modo de clasificación *ad hoc* de las entrevistas, en el entendido de que las características del trabajo de los psicólogos en cada uno de esos espacios difiere sustancialmente e importa tenerlo en cuenta al momento de realizar el análisis.

20 Ejemplo de nomenclatura: Claudia-C2 es una mujer que trabaja desde hace más de quince años en ASSE, fundamentalmente en un equipo de salud mental. Para más información sobre las entrevistas, ver la tabla de entrevistas y nomenclatura en el anexo.

actitudes (Braun y Clarke, 2006). El análisis estuvo apoyado en el *software* de análisis cualitativo Atlas.ti 6.0, mediante el cual se realizó la codificación de las entrevistas desgrabadas. Dado que existen tantas variedades de análisis de contenido temático se hace necesario explicitar, como recomiendan Braun y Clarke (2006), cómo fue realizado el análisis en este caso.

Luego de la codificación, que se realizó a partir de categorías previas y de las que surgieron de las entrevistas, se identificaron temas comunes entre los entrevistados, lo que permitió avalar los códigos ya obtenidos y generar nuevos códigos resultantes de la comparación. Este paso hizo posible la identificación de diferentes posiciones que sostienen los psicólogos en los distintos tópicos indagados. Finalmente, se establecieron relaciones entre las diferentes categorías elaboradas.

Para la escritura preferí no trasladar el análisis de contenido tal cual lo escribí en primera instancia. Llegado un punto de la escritura del análisis temático, estructuré lo escrito en los tres tópicos que funcionan de eje de cada uno de los tres capítulos siguientes: las benzodiacepinas, la ansiedad y la presencia de las benzodiacepinas en la clínica psicológica. Esta decisión parte del convencimiento de que el nivel de especificidad de la investigación es tal, que difícilmente a un lector le resulte soportable recorrer el análisis de contenido temático si este no tiene un fuerte trabajo de reelaboración y reescritura.

Benzodiacepinas: esa controvertida magia

Surgimiento y controversias

Las benzodiacepinas no están con nosotros desde siempre. Fueron una creación del químico austríaco Leo Henryk Sternbach, quien, contratado por el laboratorio Hoffmann-La Roche, se había embarcado en los años cincuenta en la búsqueda de un tranquilizante que superara las propiedades de los barbitúricos, que junto con el meprobamato (Miltown y Equanil) dominaban la farmacoterapia de la ansiedad a mediados del siglo xx. El relato heroico del descubrimiento coloca a Sternbach en 1955 volviendo a hacer una limpieza general al laboratorio ya abandonado después de innumerables pruebas fallidas y discutiendo con sus colegas si habría que realizar las pruebas al compuesto Ro 5-0690 que había quedado olvidado, y sin testear su actividad, o habría que descartarlo y dar por finalizada la investigación (Tone, 2009).

A este compuesto rezagado se le daría más tarde el nombre científico de clordiacepóxido y sería comercializado, a partir de 1960, con el nombre de Librium por el laboratorio Hoffmann-La Roche, haciendo referencia al equilibrio del sistema límbico que produciría. El Librium fue la primera benzodiacepina y, en pocos años, junto con el diazepam —comercializado con el nombre de Valium— lograrían suplantarlo al meprobamato en el tratamiento de la ansiedad y llegar a ser un fenómeno cultural conocido como *valiumanía*, que rebasó los límites del consultorio médico (Pieters y Snelders, 2007).

El Valium, creado también por Sternbach, fue aprobado en 1963 por la Food and Drug Administration de Estados Unidos (FDA) y se convertiría en poco tiempo en el fármaco más prescrito en el mundo occidental; en el año 1978 se produjo una cantidad suficiente para medicar a la mitad de la población mundial. Andrea Tone ha afirmado que el éxito que tuvo este fármaco no se puede entender únicamente como un éxito técnico y terapéutico, sino también comercial y cultural (2009).

En efecto, los ansiolíticos —especialmente el Valium— aparecen en innumerables películas, en novelas y hasta tienen el honor de haber recibido el homenaje de The Rolling Stones, que en 1966 lanzaron su canción *Mother's Little Helper*. Esta canción da cuenta de la presencia cultural de los tranquilizantes y también de las críticas que tempranamente recibían:

«Kids are different today», I hear every mother say / Mother needs something today to calm her down / And though she's not really ill, there's

a little yellow pill / She goes running for the shelter of a mother's little helper / And it helps her on her way, gets her through her busy day [...] Men just aren't the same today, I hear every mother say / They just don't appreciate that you get tired / They're so hard to satisfy, you can tranquilize your mind [...] Life's just much too hard today, I hear every mother say / The pursuit of happiness just seems a bore / And if you take more of those, you will get an overdose / No more running for the shelter of a mother's little helper / They just helped you on your way through your busy dying day (Jagger y Richards, 1966).²¹

En la década de 1980, cuando ya llevaban veinte años plenamente incorporadas en la clínica médica, surgiría una controversia científico-técnica en torno al uso clínico de las benzodiacepinas que puso en primer plano la dependencia que generaban y los efectos secundarios como el deterioro cognitivo y las caídas, cuando eran utilizadas por largos períodos de tiempo (Donoghue y Lader, 2010). Fue solo después de esta controversia, que se dio con particular fuerza en los países anglosajones, que las guías clínicas establecieron que deberían usarse por períodos cortos (semanas), pasando a ser los antidepresivos ISRS los de primera línea en el tratamiento de la ansiedad (Benzodiazepine Committee, 2002). Sin embargo, en diferentes países se observa que el uso por largos períodos de tiempo (años) sigue siendo extendido (Donoghue y Lader, 2010; Stahl, 2002; Lader, 2014).

Las benzodiacepinas se instalaron como ansiolíticos, pero también como hipnóticos, relajantes musculares, anticonvulsivos y sedantes. Desde las dosis mínimas utilizadas como paliativos para el síndrome de intestino irritable, mezcladas con alcohol para utilizarse como droga recreativa, hasta el *cocktail* masivo de la sedación terminal de los agonizantes: las benzodiacepinas son hoy utilizadas en un amplio abanico de situaciones.

Aunque la bibliografía en general afirma que las benzodiacepinas continúan siendo un problema de salud pública (Lader, 2011), convive en el ámbito profesional y académico otra posición que afirma que ya son un asunto resuelto (Tyrer, 2012; Salzman y Shader, 2015).

La controversia de los años ochenta no se dio únicamente en el ámbito científico. También participaron de ella los medios masivos de comunicación, especialmente en los países anglosajones, por los cuales se denunciaba que

21 «Hoy los niños son distintos», escucho decir a todas las madres / Hoy una madre necesita algo que la tranquilice / Y aunque realmente no esté enferma, hay una pastillita amarilla / Ella corre al refugio de la pequeña ayudante para madres / Y la ayuda en su camino a pasar su ocupado día [...] Los hombres ya no son lo mismo, escucho decir a todas las madres / No ven que tú te cansas / Son tan difíciles de satisfacer. Tú puedes tranquilizar tu mente [...] La vida actual es demasiado difícil, escucho decir a todas las madres / la búsqueda de la felicidad parece un fastidio / y si tomas más de esas, vas a tener una sobredosis / No más corridas al refugio de la pequeña ayudante para madres / Solo te han ayudado en tu camino al atareado día de tu muerte.

las personas se habían vuelto adictas a las benzodiazepinas en contra de su voluntad. Las noticias que generaron más revuelo fueron las que pusieron de relieve que la adicción había sido inducida por los profesionales médicos, ya que las personas no habían sido informadas de ese efecto no deseado, y llegó en muchos casos a judicializarse (Tone, 2009).

En el Reino Unido la controversia llegó incluso a niveles gubernamentales. La preocupación llevó a que el Comité de Seguridad de Medicamentos emitiera una alerta con recomendaciones de uso (Committee on Safety of Medicines, 1988), lo que puede entenderse como una respuesta gubernamental a las preocupaciones que la población general tenía sobre las benzodiazepinas (Mehdi, 2012). Para comprender la trayectoria que han tenido en la cultura, puede observarse la aparición de las benzodiazepinas en los medios de comunicación. Bien recibidas y publicitadas con entusiasmo en un comienzo (Tone, 2009), actualmente suelen aparecer, mayormente, alertas sobre los riesgos de su uso (ver, por ejemplo, Sánchez-Mellado, 2015 y Winkle's, 2016).

No es poco común que aparezcan artículos en los periódicos con una noticia que genere cierto escándalo, como cuando se anunció que el 3 % de la población española era adicta a las benzodiazepinas, entre ellos, 700 000 mujeres (Business Wire, 2011). Desde hace un tiempo, también pueden encontrarse en Uruguay artículos periodísticos en los que se resalta el alto consumo de benzodiazepinas en el país, así como la advertencia de su potencial adictivo (Pereira, 2011). También se ha afirmado que el riesgo de las benzodiazepinas es comparable al de las drogas ilegales, ya que ambas tienen daños colaterales y pueden ser mortales en ciertas circunstancias, pero, a diferencia de las ilegales, son utilizadas por un porcentaje mucho mayor de la sociedad y sus riesgos están invisibilizados (Canal 10, 2016).

La controversia, entonces, aunque ya ha pasado su época de gran exposición pública, permanece en la actualidad. Veamos de qué modos.

Estado actual de la controversia

Hoy, pasados los primeros años de discusión, en principio parece que se hubiese llegado a cierto consenso: las guías clínicas establecen que el consumo por dos o tres semanas es suficiente para comenzar a observar síndromes de abstinencia cuando se intenta discontinuar o bajar la dosis; se acuerda, además, que las benzodiazepinas de vida media corta e intermedia tendrían mayor riesgo de generar adicción y que su discontinuación es más difícil que la de las benzodiazepinas de vida media larga; también, que el uso a largo plazo provoca no solo dependencia, sino también tolerancia, lo que implica que cada vez son necesarias mayores dosis para lograr el efecto buscado. Estos consensos se pueden encontrar tanto a nivel internacional (Benzodiazepine

Committee, 2002) como nacional (Domínguez *et al.*, 2016; Departamento de Farmacología y Terapéuticas *et al.*, 2016).

Asimismo, a partir de los sucesivos ensayos clínicos aleatorizados, otros efectos adversos se fueron atribuyendo a las benzodiazepinas. Pérdida de memoria reciente, somnolencia durante el día, así como aumento de caídas y quebraduras de cadera en adultos mayores y accidentes de tránsito por conducir bajo los efectos de las benzodiazepinas —lo que parece ser dosis-dependiente, es decir, que, aunque debido a la tolerancia cada vez se necesitan mayores dosis para lograr el mismo efecto positivo, el efecto adverso sería cada vez más riesgoso y dañino a mayores dosis (Breggin, 1998; Lader y Morton, 1991; Lader, 2011; Uzun *et al.*, 2010)—.

A esto se ha agregado, en los últimos años, el aumento del riesgo a desarrollar demencia (Gallacher *et al.*, 2011; Billioti de Gage *et al.*, 2012; Billioti de Gage *et al.*, 2014), el aumento de la mortalidad (Kripke, Langer y Kline, 2012; Weich *et al.*, 2014) e incluso muy recientemente se ha advertido sobre el aumento de suicidios e intentos de suicidio por el uso y discontinuación de benzodiazepinas, lo que ha generado controversia (Dodds, 2017; Donovan *et al.*, 2018). Una vez aparecidas las publicaciones que sugieren nuevos efectos adversos, como el riesgo de demencia o el aumento de intentos de suicidio por el uso de benzodiazepinas, la polémica vuelve a emerger dentro de ámbitos académicos —aunque más no sea puntualmente— y lleva a publicaciones de resultados que muestran que no existen tales riesgos (Gray *et al.*, 2016; Patorno *et al.*, 2017).

La controversia científico-tecnológica no ha implicado únicamente a académicos. Las empresas farmacéuticas no se han mantenido neutrales ya que desde un comienzo han publicitado las benzodiazepinas como fármacos efectivos y seguros, y sostuvieron una posición «negacionista» (Medawar y Hardon, 2004) en las discusiones que se dieron en los años setenta y ochenta, cuando se empezó acumular evidencia sobre los efectos no deseados (Tone, 2009). Esta política negacionista de los laboratorios, especialmente de Roche, puede verse también en Uruguay en la traducción, publicación y distribución de manuales de psicofarmacología en los que los efectos adversos de las benzodiazepinas aparecen minimizados (Pöldinger, 1975).²²

Asimismo, en algunos países los consumidores son también actores importantes en el caso de las benzodiazepinas. Han llegado a formar asociaciones y páginas web que funcionan a la vez como espacios de ayuda mutua y como espacios políticos que se organizan al modo de los movimientos sociales y que buscan la visibilización pública del daño que generan estos fármacos y reclaman por sus derechos como usuarios de los servicios de salud. Tal vez los dos espacios web más masivos sean: el sitio benzo.org.uk (s. f.)

22 Un ejemplar de este manual fue donado en diciembre de 1981 —es decir, en plena controversia a nivel internacional— por el laboratorio Roche a la biblioteca de la Escuela Universitaria de Psicología (hoy Facultad de Psicología de la Universidad de la República).

y BenzoBuddies (s. f.) —que cuenta actualmente con más de 55 000 usuarios—, ambos del Reino Unido. Suelen denunciar lo que ellos consideran malas prácticas de algunos profesionales y también a las compañías farmacéuticas por hacer prevalecer el principio de mayor lucro económico por sobre la salud de las personas.

Algunas asociaciones de usuarios de los servicios de la salud mental han producido un voluminoso y variado material que puede encontrarse fácilmente en la web. Algunas de ellas son: la asociación de usuarios de los servicios de salud mental Mad In America, en Estados Unidos, que ha insistido largamente con el daño que causan las benzodiacepinas (Hickey, 2014); en el ámbito europeo, se encuentran el Council for Information on Tranquillisers, Antidepressants and Painkillers (CITAP, s. f.) y el Bristol & District Tranquilliser Project (2017), organizados por usuarios con el objetivo de brindar ayuda a personas que han sido llevadas a la adicción involuntariamente a partir de la prescripción de un profesional; asimismo, en Japón existe un colectivo con las mismas características denominado Benzo Case Japan (s. f.). El estudio del rol de los grupos de usuarios de salud en torno a las políticas de fármacos es clave para comprender la situación de los psicofármacos en algunos países (Jones, 2008).

En Uruguay no existen grupos de usuarios que estén centrados en la problemática de las benzodiacepinas y tampoco existen grupos organizados de consumidores de psicofármacos. Sí se encuentran diferentes colectivos sociales que luchan por los derechos humanos en el campo de la salud mental; estos colectivos no incluyen en sus plataformas un discurso específico sobre las benzodiacepinas, pero expresan su preocupación y denuncian la situación del uso de los psicofármacos en el país. Las críticas se realizan, generalmente, bajo el significante *sobremedicación* o *uso abusivo de psicofármacos* (Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, 2017; De Alencar Pinto, 2018).

Una situación similar puede encontrarse en el campo de las investigaciones nacionales desde las ciencias humanas y sociales que, con excepciones, suelen no enfocarse en ningún psicofármaco, sino que los analizan en su conjunto. Y si lo hacen, se suelen enfocar en el metilfenidato. Así, por ejemplo, la tesis doctoral de María Noel Míguez, *La sujeción de los cuerpos dóciles: medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya* (2012), sostiene fundamentalmente que el uso de psicofármacos en niños estaría en función de la patologización y normalización de los niños. La misma preocupación y denuncia puede leerse en los diferentes artículos de un libro coordinado por la misma autora (Míguez, 2015). Las benzodiacepinas casi no juegan ningún rol en estas publicaciones.

Curiosamente, a diferencia de lo que podemos ver en otros países en los que las críticas al uso de las benzodiacepinas proviene de fuera de la medicina, en Uruguay es justamente en la medicina donde podemos encontrar artículos que adviertan sobre alto o mal uso de las benzodiacepinas por parte

de médicos y usuarios (Mato *et al.*, 2012; Danza, Cristiani y Tamosiunas, 2009). Si quisiéramos conocer la situación del uso de benzodicepinas en Uruguay en términos estadísticos, de hecho, deberíamos recurrir en buena medida a las investigaciones producidas por los médicos, ya que no existen en el país políticas estatales de transparencia sobre datos de ventas, prescripción y consumo de psicofármacos.

En los años noventa puede encontrarse el primer antecedente de un estudio de prevalencia del consumo de tranquilizantes, gracias a los esfuerzos de Pedro Bustelo, que da cuenta de que su consumo en Uruguay era elevado, las prescripciones eran realizadas mayormente por médicos generales y se concentraban en Montevideo y en mujeres de mediana edad (Bustelo, 1994).

Más recientemente, disponemos de datos indirectos como, por ejemplo, de los publicados por la Junta Internacional de Control de Narcóticos, donde se muestra que Uruguay se encuentra, proporcionalmente a su población, entre los países con mayor importación de benzodicepinas y, en general, con una tendencia al aumento entre los años 2014 y 2016 (International Narcotics Control Board, 2018). Sin embargo, hay que tener cierta cautela al interpretar estos datos, ya que parten de las declaraciones de importación realizadas por los gobiernos nacionales, y no sabemos cuántas de esas toneladas de benzodicepinas importadas por Uruguay van a parar efectivamente a organismos humanos.

Otros datos producidos desde el Estado uruguayo son los de las encuestas realizadas por la Junta Nacional de Drogas, allí se incluyen algunos ítems sobre psicofármacos. En estos estudios puede verse que no ha disminuido el consumo de benzodicepinas en los últimos años (Junta Nacional de Drogas, 1995, 2000, 2003, 2012). En la última de las encuestas se afirma que los tranquilizantes benzodicepínicos son la sustancia psicoactiva más consumida, después del tabaco y el alcohol (Junta Nacional de Drogas, 2016).²³

Desde los estudios producidos por la medicina, en los últimos años, un estudio poblacional ha afirmado que el consumo de benzodicepinas en Uruguay es alto y llega a conformar un problema de salud pública (Speranza *et al.*, 2015). Aclaremos que no es la medicina en general la que enuncia esto. Tales afirmaciones provienen de estudios realizados por investigadores pertenecientes o relacionados con el Departamento de Farmacología y Terapéuticas de la Facultad de Medicina, es decir, de una medicina ligada a la academia.

Y aunque ciertamente en las publicaciones médicas nacionales podemos decir que prevalece una posición crítica respecto a la situación del uso de las benzodicepinas, no se trata de una posición homogénea dentro del campo de la medicina. De hecho, si bien es difícil encontrar una declaración pública que sostenga que las benzodicepinas no son un asunto problemático

23 Sin embargo, habría que tener ciertas precauciones con esta aseveración ya que la encuesta lo que indaga es si alguna vez se ha consumido esa sustancia, por lo que la afirmación parece un tanto apresurada.

en Uruguay, investigaciones recientes han mostrado que a la interna de la medicina nacional siguen habiendo quienes, lejos de los espacios académicos, sostienen que las benzodicepinas son un problema del pasado, un problema resuelto, demodé (Bielli *et al.*, 2017).

En efecto, en esa misma investigación pudimos observar, a partir de un análisis de la bibliografía médica, psiquiátrica y psicológica nacional, que las benzodicepinas fueron recibidas con entusiasmo en Uruguay desde los años sesenta a los años ochenta, y pasaron a ser una tecnología controvertida en los años noventa. Es recién entrado el siglo XXI cuando parece estabilizarse una posición cautelosa de la medicina académica en torno a las benzodicepinas, y se realizan ciertos esfuerzos para que sean utilizadas según las recomendaciones internacionales.²⁴

Asimismo, en las entrevistas a médicos generales, médicos de familia, psiquiatras y psicólogos, se identificaron cuatro usos generales de las benzodicepinas:

a) un uso asociado al control de cierta sintomatología que produce distorsiones de la vida diaria (insomnio, ansiedad, entre otros); *b)* un uso destinado a controlar situaciones disruptivas (descompensaciones agudas); *c)* un uso que pretende acercarse a los consensos internacionales sobre la prescripción de benzodicepinas (de forma transitoria y con dosis flexibles), pero que en diversas situaciones es modificado (presión de los pacientes para obtener la repetición de los medicamentos, pacientes que vienen con indicaciones de otros médicos realizadas hace largo tiempo y que no han sido revisadas, entre otras); *d)* un uso que pretende responder o se justifica en situaciones sociales críticas.²⁵

Estos usos también surgieron en las entrevistas de la presente investigación y podremos ir viendo las diferentes posiciones y valoraciones que los psicólogos sostienen frente a estos usos.

Posiciones de la psicología ante las benzodicepinas

No es fácil rastrear qué es lo que se ha dicho desde la psicología sobre las benzodicepinas. Lo primero que puede notarse, y esto puede considerarse un hallazgo de esta investigación que retomaremos más adelante, es que —al menos en Uruguay— no existe un discurso psicológico específico sobre las benzodicepinas. En efecto, tanto desde la psicología como desde el

24 A. BIELLI (2015), informe final del proyecto «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud». Inédito.

25 *Ibidem*.

psicoanálisis, los textos que son referentes en su decir sobre la psicofarmacología lo hacen de un modo general, formulando preguntas y afirmaciones sobre los psicofármacos, las *pastillas*. Pareciera ser que, a diferencia de otros psicofármacos como el metilfenidato, las benzodiacepinas no tienen identidad propia en los discursos de la psicología.

Así, por ejemplo, en el tan citado libro de la psicoanalista e historiadora del psicoanálisis Elisabeth Roudinesco *¿Por qué el psicoanálisis?* (2000), se afirma que «la psicofarmacología se ha convertido hoy, a su pesar, en el estandarte de un tipo de imperialismo» (p. 23) por ofrecer soluciones farmacológicas homogéneas y universales a diferentes problemáticas, algunas de ellas sociales. El grado de inespecificidad de las afirmaciones de Roudinesco es tal que, para ejemplificar sus afirmaciones sobre una cierta «ideología medicamentosa» (p. 23), recurre también a otros medicamentos no psicofarmacológicos como el Viagra. Su tesis fundamental es que los fármacos son una cura meramente sintomática, una cura ofrecida como respuesta de la medicina a la demanda de los ciudadanos contemporáneos que no querrían saber nada sobre las causas de su malestar como otrora, una respuesta a los pacientes que «reclaman [...] que sus síntomas psíquicos tengan una causalidad orgánica» (Roudinesco, 2000, p. 26) y «prefieren entregarse voluntariamente a sustancias químicas antes que hablar de sus sufrimientos íntimos» (pp. 27-28).

Podemos decir —de modo un tanto atrevido— que esta posición forma parte ya del sentido común del psicoanálisis, forma parte de lo que Vladimir Nabokov llamaba la «biblioteca circulante de verdades públicas» ([1980] 1987, p. 24). Es lo que el psicoanálisis parece tener para decir —al menos por ahora— sobre los psicofármacos.²⁶

Otro libro igual de influyente, especialmente en la psicología rioplatense, es *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*, del psicoanalista y psiquiatra Emiliano Galende (2008). Por una vía diferente a la de Roudinesco, presenta también los psicofármacos como una solución superficial, una supresión de los síntomas que no deja lugar a la producción singular de sentido, un bien de consumo que tiende a reducir al sujeto a un objeto biológicamente determinado (Galende, 2008). Su discurso es tan crítico y lúcido como generalista: nuevamente, no encontramos un discurso específico sobre los ansiolíticos.

Las excepciones a este modo general de hablar de los psicofármacos son más bien limitadas, y podemos ubicarlas dentro de tres líneas. En una de ellas estarían los textos que proponen relaciones de complementariedad entre los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos de la

26 Este argumento puede encontrarse en la bibliografía psicoanalítica, unas veces expresado en lenguaje freudiano, otras en lenguaje kleiniano y otras, en lenguaje lacaniano. Es en buena medida debido a la repetición que encontré de este argumento en la bibliografía psicoanalítica que decidí abstenerme de recurrir al psicoanálisis, campo desde el que me ubico como clínico y como docente, para diagramar esta investigación.

ansiedad. Trabajaremos estos textos más adelante, ya que más que producir afirmaciones sobre las benzodiazepinas, se dedican a proponer ciertos modos de enlazar farmacoterapia y psicoterapia, ya sea desde el psicoanálisis (Moizeszowicz, 2000) o desde la psicología cognitiva (Riba y Balon, 1999; Stahl y Moore, 2013).

Otros textos producidos desde la psicología son textos con un tono más bien pedagógico, que podríamos rotular con el título *psicofarmacología para psicólogos*. Estos textos también suelen tener una visión positiva sobre los psicofármacos e incluso sobre la incorporación de la psicofarmacología como una herramienta de los psicoterapeutas. Algunos libros relevantes en esta línea son utilizados en Estados Unidos como bibliografía para el Psychopharmacology Examination for Psychologists, que habilita a los psicólogos que lo deseen a prescribir psicofármacos (Muse y Moore, 2012).

En una tercera línea podríamos ubicar los muy pocos textos que, siendo críticos sobre los psicofármacos, sostienen un discurso específico sobre las benzodiazepinas. Tal vez el que ha tenido mayor circulación en el Río de la Plata sea *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada* de la psicóloga Mabel Burin, en colaboración con Susana Velázquez y Esther Moncarz (1991). Las autoras, posicionadas desde un enfoque de género, mantienen un discurso extremadamente crítico sobre los psicofármacos describiendo y denunciando la medicalización de las mujeres. Dentro de este contexto, dedican un apartado a tratar específicamente la cuestión de las benzodiazepinas y los riesgos que estas implicarían para las mujeres que las consuman (p. 151). Al igual que los textos de Galende y Roudinesco, se trata de un libro escrito con objetivos fuertemente políticos, pero a diferencia de los anteriores recurrir a ejemplos concretos sobre cada psicofármaco explicando la situación de su uso, sus características, sus riesgos y las consecuencias para la vida de las mujeres. Se advierte a las mujeres de los cuidados que deben tener con las benzodiazepinas (y con sus prescriptores) para no volverse dependientes de estos fármacos, que estarían cumpliendo el papel de ocultar la desigualdad social de género al intentar paliar algunas de sus consecuencias a nivel individual (Burin, Moncarz y Velázquez, 1991).

En Uruguay, tal vez los únicos textos específicos que se han publicado sobre las benzodiazepinas desde el campo de la psicología sean los escritos por el grupo de docentes de Facultad de Psicología (Bielli *et al.*, 2015 y 2017); estos trabajos forman parte de la línea en la que se ubica la presente investigación y son su principal antecedente.

Si nos adentramos en lo que emerge de las entrevistas realizadas en el presente trabajo, se encuentran diferentes posiciones sobre las benzodiazepinas. Por un lado, y esto ya lo habíamos encontrado en investigaciones anteriores con otros profesionales de la salud (Bielli *et al.*, 2015), las benzodiazepinas aparecen como una tecnología omnipresente en la clínica psicológica. Son varios los entrevistados que relatan, en diferentes niveles de atención, que la

mayor parte de los pacientes que atienden consumen benzodiacepinas. Una entrevistada que trabaja desde hace décadas en una unidad de salud mental dice que, en los más de treinta años que lleva de trabajo, ha visto pasar modas de diferentes benzodiacepinas, pero que han estado siempre presentes: casi todos los pacientes que atiende, tanto en el ámbito público como privado, consumen benzodiacepinas, el modo en que comienza su respuesta condensa su posición:

NATALIA-C3:²⁷ ¡Ah! La experiencia es buena, la experiencia es buena que yo tengo con, con los pacientes. En realidad, casi todos los pacientes que veo creo que toman benzodiacepinas, que creo que eso es lo que no es bueno.

Otro entrevistado (Raúl-C2) afirmó que, en más de quince años de trabajo en una unidad de salud mental, ha visto solo cinco pacientes que no consumían benzodiacepinas. En efecto, estos psicofármacos aparecen como una tecnología problemática para la mirada de los psicólogos debido a su omnipresencia. Esa vivencia de la omnipresencia de las benzodiacepinas es a veces testimoniada en expresivas metáforas:

E.: ¿Qué nos podrías decir y qué me podrías decir sobre las benzodiacepinas en general?

CLAUDIA-C2: Ya te digo, las conozco, porque estoy rodeada, además, entrás acá y hay olor a pastillas.

Junto con su omnipresencia, el otro aspecto problemático que aparece vinculado a las benzodiacepinas es su potencialidad de generar dependencia. Coincidiendo con las controversias científicas que se han dado en torno a estos fármacos, el énfasis está puesto allí: las benzodiacepinas pueden ser adictivas. Los entrevistados hacen referencia a esto, fundamentalmente, al matizar una valoración positiva de las benzodiacepinas.

E.: Así, ampliamente, ¿vos qué pensás de las benzodiacepinas?

Rocío-B1: ... después de todo lo que hablamos. Son un recurso, están a disposición. A veces creo que lo que falta es un poco, dentro del sistema de salud, creo que lo que nos falta es hacer más conciencia de los efectos. De los efectos, de las cuestiones de la

27 La nomenclatura utilizada para las entrevistas es la siguiente: un nombre ficticio y, luego del guion, una letra que indica los años de trabajo en ASSE y un número que indica el nivel de atención en el que trabaja. Para más detalles sobre la nomenclatura, ver la tabla de entrevistas y nomenclatura en el anexo.

dependencia, de, de esto de la cronificación de la toma, conocer un poco más de las consecuencias.

En esta entrevista en particular, es interesante ver cómo las investigaciones que hemos desarrollado en ASSE con el equipo coordinado por Andrea Bielli aparecen como una de las causas de que las benzodiacepinas sean valoradas como un recurso problemático:

Rocío-B1: Lo que sí, de pronto, este es un tema que está como, o sea, que los técnicos sí se lo cuest*, se habla, ¿no?

E.: Me interesa saber qué se habla.

Rocío-B1: Quizás tiene que ver con que nuestro medio es bastante acotado, nuestro medio profesional, bastante acotado, y bueno, desde que, no sé si todas las investigaciones que se vienen haciendo en los últimos años, en todas está vinculada Andrea Bielli, pero en algunas, sí. Hemos estado en contacto también con Marcela Jubín,²⁸ que es otra colega que también ha estado en esto, o ella nos ha pedido que hagamos una pesquisa de usuarios y usuarias [consumidores de benzodiacepinas]..., o sea, hemos estado desde hace muchos años, o si no a otra le ha tocado participar de un grupo de discusión, o sea, entonces el tema queda como puesto ahí, ¿no? Y nosotras hemos tenido instancias así de intercambio profesional y eso, donde estos temas han aparecido, ¿no? Y ahí es como que siempre se han puesto sobre la mesa los riesgos que conlleva cuando se inicia a una persona, un usuario, una usuaria, se le empieza a dar benzodiacepinas, sobre todo para lo que tiene que ver [con] lograr sacársela, ¿no?

La frase que aparece con variaciones podría ser formulada así: las benzodiacepinas son buenas, útiles, necesarias a veces, pero hay que tener cuidado ya que pueden generar adicción. Este aspecto negativo de las benzodiacepinas llega a ser nombrado como lo único que debe tener en cuenta el psicólogo sobre las benzodiacepinas:

CLAUDIA-C2: Y la benzodiacepina me importa un carajo, ¿me entendés? [...] la mayoría de los pacientes que yo veo están medicados, pero, no sé qué tengo que ver yo con la benzodiacepina, más que tener en cuenta la adicción que crea en algunos pacientes, nada más.

²⁸ Marcela Jubín, licenciada en Psicología y profesional en ASSE, fue parte del grupo de investigación coordinado por Andrea Bielli, su rol estuvo centrado en facilitar el acceso a los servicios de salud para la realización del trabajo de campo de una de las investigaciones anteriores.

El nivel de condensación de este fragmento es tal, que merece un análisis detallado. «La benzodiacepina me importa un carajo», da cuenta de la actitud de esta profesional ante las benzodiacepinas. Enunciada aquí con claridad —y vehemencia—, esta posición de los psicólogos ante las benzodiacepinas es casi unánime en las entrevistas realizadas: las benzodiacepinas no pertenecen al campo disciplinar del psicólogo. Si utilizáramos una metáfora espacial, diríamos que están en la periferia de su clínica.

Si recurrimos a los términos de Abbott (1988), podemos decir que las benzodiacepinas se encuentran, para estos entrevistados, totalmente por fuera de la jurisdicción de la psicología y, por tanto, todas las decisiones e incluso opiniones en torno a ellas quedan en manos de otros especialistas:

JAIME-C2: Si yo pedí una interconsulta con el psiquiatra y el psiquiatra le manda chorizo al pan o le manda... yo no estudié psiquiatría, yo no puedo cuestionar al psiquiatra.

No se puede cuestionar al psiquiatra ya que implicaría una invasión de jurisdicción, sería dar un paso en territorio ajeno. Es importante notar que este modo tajante de dividir las jurisdicciones no va de suyo. De hecho, como hemos mencionado, en otros países los psicólogos han realizado enormes esfuerzos para lograr ser habilitados a participar de esa jurisdicción prescribiendo psicofármacos (Muse y Moore, 2012). Esa división de las jurisdicciones que encontramos en algunas entrevistas lleva a que la mirada de los psicólogos se aparte de las benzodiacepinas:

ALICIA-B2: En general, este... yo no, no, no presto mucha atención a qué tipo de medicación, este... este... eh, consumen los pacientes.

Sin embargo, la mayoría de los pacientes que atienden los psicólogos en salud pública parecen estar medicados con benzodiacepinas, y los psicólogos saben que pueden generar adicción, algo que la entrevistada Claudia-C2 «tiene en cuenta». Periféricas, entonces, pero omnipresentes y, eventualmente, problemáticas. Como veremos más adelante, es justamente en su vertiente de drogas adictivas, es decir, como una tecnología problemática, que pueden ingresar a la jurisdicción del psicólogo.

Los otros efectos adversos que se advierten en las publicaciones, y hasta en los prospectos de estos fármacos, aparecen más bien puntualmente en las entrevistas y siempre son enunciados por psicólogos que trabajan en unidades especializadas de salud mental desde hace varias décadas o por quienes tienen especializaciones en el campo de las neurociencias. Así, por ejemplo, una entrevistada dice:

NATALIA-C3: He visto pacientes que han generado una fuerte adicción y las consecuencias de un consumo a largo plazo y en altas dosis de las benzodiacepinas. Por ejemplo, los trastornos de memoria son clarísimos. Son tan claros que el paciente deja de tomar y recupera memoria.

Estos efectos adversos son nombrados, como hemos dicho, muy excepcionalmente. Otros entrevistados sostienen cierta posición crítica sobre los psicofármacos en general, poniendo de relieve algunos de sus aspectos problemáticos, pero no se realizan afirmaciones específicas sobre las benzodiacepinas.

Si repasamos los significados que encontramos en el análisis de las entrevistas, podemos pensar que las benzodiacepinas no parecen tener, para algunos psicólogos, una identidad distinguida de otros psicofármacos. Si bien no se las desconoce, se tiene un cierto saber referencial sobre ellas, de sus usos más habituales e incluso de algunos de sus efectos secundarios más conocidos —de hecho, en las entrevistas encontramos un conocimiento que rara vez aparece en la bibliografía psicológica—; al momento de producir aseveraciones u opiniones sobre ellas, sobre su utilidad o no en la clínica, sobre sus bondades o peligros, muchas veces lo que encontramos son afirmaciones sobre la situación de los psicofármacos en general, que aparecen nominados con el significante *medicación* o *medicación psiquiátrica*.

En este sentido, se encuentran afirmaciones generales sobre los psicofármacos: «este es un país donde toda la gente se sobremedica» (Nora-C1) o «porque, a veces, esto que yo te decía, bueno, se repite, se repite y, bueno, y el paciente, a veces, prefiere dormir, sedarse, que encarar, este... la vida» (Graciela-C2).²⁹

Otra posición encontrada coloca las benzodiacepinas en un lugar en el que pueden ser problemáticas o no, dependiendo del uso que se haga de ellas. Esta operación de desplazamiento de la valoración desde la tecnología a sus usos ya la hemos descrito en investigaciones anteriores (Bielli *et al.*, 2015): la valoración de las benzodiacepinas aparece desplazada hacia los usos que psiquiatras, médicos y consumidores hacen de ellas. En los capítulos siguientes mostraremos cómo los psicólogos valoran estos usos.

29 Es necesario hacer notar que este modo general de hablar sobre los psicofármacos ha tenido efectos en la escritura de este libro, ya que no pocas veces los entrevistados comienzan a responder las preguntas hablando de las benzodiacepinas y, en algún momento, ya no se sabe si están hablando de las benzodiacepinas o de los psicofármacos en general. Aunque en las entrevistas muchas veces intenté repreguntar para aclarar este aspecto, la confusión parece ser estructural en el discurso psicológico actual y, como tal, insiste. Dado que muchas veces es imposible discriminar si se está hablando de las benzodiacepinas o de los psicofármacos en general, he optado por incorporar en la escritura —a veces— esa confusión, dando cuenta así de lo que encontré en el trabajo de campo, absteniéndome de diferenciar lo que en la textualidad de las entrevistas es indiferenciado.

Podemos ver, entonces, que las benzodiacepinas son colocadas por los psicólogos por fuera del campo de su especificidad, de su intervención. Así, los psicólogos logran mantener cierta distancia ante los problemas y controversias que rodean a las benzodiacepinas. Incluso sostienen esa distancia al enunciar sus críticas, ya que lo hacen de un modo general, ubicándose ellos mismos por fuera del problema. Al otorgarle un lugar periférico a las benzodiacepinas en su práctica clínica, se logra también dejar esos problemas en manos de otros: de los psiquiatras, de los médicos, de los pacientes.

Sin embargo, ante determinadas circunstancias, las benzodiacepinas ingresan al campo de intervención del psicólogo. Cuando alguien toma la medicación de un modo diferente al que se le indicó, cuando la utiliza con otros fines, cuando la abandona sin indicación médica o cuando enuncia que quiere dejar de tomarlas, los psicólogos se ven movidos a intervenir —aunque cautelosamente— de otro modo. Desarrollaremos esto en el capítulo 4.

La ansiedad en el mapa de la clínica psicológica

Ansiedad, entre tradiciones y traducciones.

La expansiva lengua dsm

Desde la Organización Mundial de la Salud se ha sostenido que los trastornos de ansiedad son, entre los llamados trastornos mentales, los de mayor prevalencia en el mundo (Kessler *et al.*, 2009). En una muy reciente publicación del proyecto Our World in Data de la Universidad de Oxford, se vuelve a asegurar lo mismo, desagregando además el dato por países. En Uruguay, estiman que el 17,96% de la población tendría algún trastorno mental y el 6,43% tendría algún trastorno de ansiedad, y llegan a la cifra de 9,07% en el caso de las mujeres uruguayas (Ritchie y Roser, 2018). Pero debemos decir rápidamente que, como se ha observado, los investigadores solemos buscar cifras que otorguen relevancia a nuestro propio trabajo (Horwitz y Wakefield, 2012).

Podríamos recurrir, incluso, a algunos fragmentos de las entrevistas, como el siguiente, que da cuenta del lugar que ocupa la ansiedad en la clínica psicológica:

RAÚL-C2: Y la ansiedad es, es un síntoma que se... que lo que tiene es que se da en distintas patologías, ¿no? Lo ves en psicóticos, en neuróticos, en trastornos de la personalidad. Digo... es algo que... como la depresión ¿no? Más que la depresión. Me parece que la ansiedad es... debe ser uno de los síntomas más frecuentes que veo acá.

También en la clínica médica y psiquiátrica habíamos encontrado, en una investigación anterior, que la ansiedad aparecía en el relato de los profesionales de manera omnipresente en la consulta. De un modo u otro, en diferentes niveles, todas las personas que consultan tendrían ansiedad.³⁰

¿Pero qué ansiedad es esta que aparece tan frecuentemente en los consultorios? Podríamos empezar diciendo que las conceptualizaciones de la ansiedad varían según culturas, lenguas y momentos históricos, lo que nos permitirá complejizar el dato que ofrecen respetadas instituciones como la Universidad de Oxford y la Organización Mundial de la Salud.

30 A. BIELLI (2015), informe final del proyecto «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud». Inédito.

Tanto si realizamos un análisis diacrónico como sincrónico, encontramos diferentes conceptualizaciones, clasificaciones, explicaciones etiológicas y tratamientos de la ansiedad. En la tradición angloparlante de la psiquiatría, *anxiety* es el término omnipresente, mientras que en la tradición alemana el término utilizado es *Angst*. En el ámbito médico y psi de las lenguas romances permanece la diferenciación entre dos términos que provienen del latín *anxiētas* y *angŭstia*. *Anxiété* y *angoisse* en francés, *ansiedad* y *angustia* en español, son dos términos utilizados en la bibliografía psiquiátrica, psicológica y psicoanalítica, y su diferencia es zanjada en cada caso de un modo singular (Crocq, 2015).

Dado que esta es una investigación desarrollada en Uruguay y en lengua española, más que traducir los términos o intentar unificarlos eligiendo uno de ellos, importa no ignorar que tanto *angustia* como *ansiedad* son significantes utilizados tanto dentro del ámbito psi como en el campo de la medicina y la sociedad en general. Mantener la diferenciación de los términos nos permitirá abordar, más adelante, cómo los psicólogos entrevistados enlazan y diferencian estos dos términos actualmente en Uruguay.³¹ A los efectos de esta investigación, interesa trazar un panorama de las conceptualizaciones que circulan hoy en Uruguay, ya que son las que están socialmente disponibles para ser incorporadas por los psicólogos uruguayos.

Si seguimos la historización realizada por el psiquiatra e historiador de la psiquiatría Germán Berrios, podemos ver los cambios que ha sufrido la ansiedad. Hasta mediados del siglo XIX, parece haber imperado en las sociedades occidentales la idea de que la ansiedad era una experiencia humana normal y que podía llegar a ser, en todo caso, síntoma o causa de otras enfermedades mentales o físicas. Luego, esta idea comenzó a fundirse con la que establecía que la ansiedad era una enfermedad en sí misma y no ya el síntoma o causa de otros cuadros, sin perder la característica de ser, a veces, un estado normal del ser humano (Berrios, 2008).

Asimismo, Berrios (2008) nota cómo, más recientemente, algunos cuadros clínicos dentro del campo de la ansiedad han llegado a consolidarse como una enfermedad en sí misma, como la llamada crisis de ansiedad o ataque de pánico. Es decir que la ansiedad bien puede ser, actualmente, una experiencia normal, causa o síntoma de otras enfermedades, o una enfermedad en sí misma.

Una de las conceptualizaciones más influyentes en la que puede verse este solapamiento de lenguas y concepciones proviene de los ineludibles manuales diagnósticos confeccionados por la American Psychiatric Association (APA), conocidos bajo la sigla DSM.³² Publicados en inglés desde mediados de

31 Veremos esto en la sección «Entre ansiedad y angustia, ¿qué relación/es?» del presente capítulo.

32 *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*.

siglo xx, es *anxiety* el término utilizado en las sucesivas versiones de estos manuales, y *ansiedad* en las versiones en castellano.

En las primeras dos ediciones, el manual estuvo enraizado en las concepciones psicoanalíticas, y dio un paso decisivo en 1980 con la publicación del DSM III. En la búsqueda de la estandarización de los diagnósticos en el campo de la psiquiatría, la American Psychiatric Association se embarcó en una revolución de la clasificación de las enfermedades mentales, pretendiendo prescindir toda teoría causal y basando el manual en la identificación y el agrupamiento de signos y síntomas (Mayes y Horwitz, 2005).

Es bien conocido el funcionamiento del DSM: para que una persona reciba un determinado diagnóstico, debe presentar un cierto número de signos y síntomas, durante determinado tiempo y bajo ciertas condiciones. De un modo similar funciona la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), actualmente en su versión número 10 (World Health Organization, 2016), que es el manual que se utiliza en los servicios de salud pública de Uruguay, donde se realizó la presente investigación. En el CIE, los trastornos de ansiedad están divididos entre las fobias y los otros trastornos de ansiedad, dentro de los que se incluyen diagnósticos tan habituales como el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada.

Tanto en el DSM IV-TR como en el CIE-10 existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, sin dejar de ser, en algunos cuadros, un posible síntoma. Así, aparecen dentro de los llamados trastornos de ansiedad los cuadros vinculados a las fobias, pero también al estrés. Figura también el trastorno obsesivo-compulsivo y el ataque de pánico, en cuya entrada en la versión en español se agrega entre paréntesis «(crisis de angustia)» (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), única referencia a la angustia en el manual.³³

Asimismo, la ansiedad aparece en el DSM IV-TR como un síntoma, por ejemplo, en los trastornos por abstinencia de alcohol y nicotina, pero también en el trastorno por abstinencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Paradójicamente, figura también el «trastorno de ansiedad inducido por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos» (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

El DSM ha sido muy controversial, justamente, por pretender ser objetivo, estandarizado y ateorico. Sin embargo, es innegable que la American Psychiatric Association se constituyó con el DSM como la autoridad, a la

33 En el capítulo 7 del DSM IV-TR se incluyen los siguientes trastornos de ansiedad: crisis de angustia (*panic attack*), agorafobia, F41.0 trastorno de angustia sin agorafobia (300.01), F40.01 trastorno de angustia con agorafobia (300.21), F40.00 agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22), F40.2 fobia específica (300.29), F40.1 fobia social (300.23), F42.8 trastorno obsesivo-compulsivo (300.3), F43.1 trastorno por estrés post-traumático (309.81), F43.0 trastorno por estrés agudo (308.3), F41.1 trastorno de ansiedad generalizada (300.02), F64.4 trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.84), F1x.8 trastorno de ansiedad inducido por sustancias, F41.9 trastorno de ansiedad no especificado (300.00) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

interna de la cual se negocia y se construye lo que llamaremos *lengua DSM*. Médicos, psiquiatras, psicólogos y cualquier profesional que pretenda intervenir en el campo de la salud mental debe aprender a hablarla. Esperanto de la salud mental, la hablan las instituciones del Estado, las instituciones de salud, los investigadores, las farmacéuticas y los ciudadanos de a pie.

Si pusiéramos en un mapa las diferentes concepciones de ansiedad que circulan entre los psicólogos de salud pública, podríamos ubicar en el centro la categoría *trastorno de ansiedad*, signifiante central de la lengua DSM. Aunque cada psicólogo muestra su posición respecto a la validez de esta categoría, es utilizada de los modos más diversos. Su presencia da cuenta de la expansión de la lengua DSM en el ámbito psi.

Por un lado, puede encontrarse una posición general en contra del uso de los diagnósticos del DSM. Así, podemos encontrar entrevistados que, despreciativamente, se refieren a las categorías del manual como «el codiguito» (Claudia-C2). Hay quienes, obligados por la institución, cumplen con el requisito de determinar un diagnóstico en el sistema CIE, pero lo hacen livianamente, sin darle importancia. Es más bien un trámite burocrático y no un acto clínico.

ROSARIO-C3: A ver, este..., al trabajar en una policlínica de salud mental, viene todo muy variado, ¿ta? Entonces, en realidad, este... me parece que es como muy difícil, o sea, no trabajo con DSM IV y CIE-10 [...] tengo que, obligatoriamente, puntuar por CIE-10, no por DSM IV. Pero, en realidad, todos son, la mayoría son F41, es el trastorno de ansiedad. Punto. O F32, depresión, nada más. O sea, no... eh... yo huyo mucho de las clasificaciones, no me gustan. Entonces, lo que tengo que poner lo, lo, lo reduzco a lo mínimo, o sea: F41, ansiedad. Punto. No... como que no estoy muy pendiente de *a ver qué dice el manual*. No. Bueno, es una forma de trabajo.

Otro entrevistado, luego de apagado el grabador, me dijo:

CARLOS-B1: Ah, me olvidé de decirte esto, vos fijate si lo usás o no. En las fichas que tenemos que llenar cuando vienen por primera vez, hay una parte en la que hay que poner motivo de consulta y yo, para zafar, pongo siempre *angustia*. Cada tanto, por las dudas, cambio un poco y pongo *duelo*, o algo así..., es parte de esa cintura que hay que tener.

Como ha afirmado el historiador de la medicina Charles Rosenberg, el diagnóstico es, cada vez más, una pieza clave del mundo administrativo de la medicina y se constituye en un ritual de encuentro entre el profesional y el paciente que articula la experiencia singular y única del encuentro clínico

con un saber general, produciendo datos que son acumulables (2002). Es este procedimiento el que permite la construcción de los estudios epidemiológicos con que comenzamos este capítulo, que supone la existencia de enfermedades estandarizadas —trastornos mentales, en este caso—, lo que ha sido insistentemente cuestionado en el campo de la psiquiatría debido a la inexistencia de marcadores biológicos claros y de un verdadero curso de la enfermedad, como puede identificarse en otras ramas de la medicina.

Pero, como ha mostrado Rosenberg, el sistema diagnóstico del DSM es un ejemplo paradigmático de que no es el convencimiento de los profesionales e investigadores en la rigurosidad y validez científica de las categorías utilizadas lo que sostiene el uso de los sistemas diagnósticos. Más bien es sostenido por la capacidad gerencial que se puede desplegar debido a la existencia de un lenguaje diagnóstico acordado por los diferentes actores, al que pueden acudir para justificar sus decisiones clínicas y participar de un modo funcional en la máquina del sistema de salud (Rosenberg, 2002).

En efecto, la lengua DSM funciona como ordenadora de la experiencia:

E.: ¿Tú encontrás relación entre la ansiedad en estas situaciones que ves y lo que puede ser los cuadros diagnósticos referidos a los manuales diagnósticos?, ¿hay como cierta concordancia?, ¿te basás en eso o no te basás?

JAIME-C2: No, yo me baso en la clínica [risas]. Los manuales son, para nosotros, para organizarnos y ordenarnos. Pero yo, al menos en los años que llevo acá, jamás le pregunté a un paciente si está tres meses, cuatro días y dos horas, este... Digo, yo tal vez —pero eso es un tema personal de cada uno— mantengo la postura de que nuestra especialidad es fundamentalmente clínica [...], en realidad, en cuanto al diagnóstico, nosotros diagnosticamos más que nada para llenar una estadística que nos piden.

Las categorías diagnósticas son, según Rosenberg, una interfaz mediadora entre las diferentes partes del sistema, y podemos ver aquí cómo los psicólogos lidian con los requerimientos de otros actores del sistema de salud.

Es curioso notar que no aparecen en ningún momento en las entrevistas los criterios diagnósticos y agrupamientos de síntomas de los manuales psiquiátricos. Ningún entrevistado, al preguntarle sobre las categorías con las que piensa la ansiedad, recurrió directamente al DSM enunciando los síntomas y signos que establece el manual. De todas formas, el uso de las categorías no es sin cierta huella del estudio, a veces lejano en el tiempo, del DSM: «ya no sé qué digo yo y qué decían los manuales, y qué aprendí» (Rocío-B1).

Una de las huellas del DSM parece ser el término *trastorno*, que, como veremos, aparece trazando un límite entre la ansiedad que sería normal y la que

sería patológica y, por tanto, una clave para tomar decisiones en la clínica. Los diagnósticos permiten construir protocolos de actuación, rutas de derivación, caminos que llevan, a veces, hacia las benzodiacepinas. Retomaremos esto en la sección «La ansiedad normal, patológica o patologizada» del presente capítulo.

Entre ansiedad y angustia, ¿qué relación/es?

En Uruguay circulan también conceptualizaciones de la ansiedad provenientes del psicoanálisis, tradición de gran peso en la cultura psi uruguaya. En esta investigación hemos podido ver cómo los psicólogos articulan la lengua DSM con las conceptualizaciones psicoanalíticas. Veremos cómo el DSM no parece haber logrado reducir, al menos en estas tierras, la confusión de lenguas del campo de la ansiedad: babelización inversa, se utilizan las mismas palabras *ansiedad*, *angustia*, *trastorno* para hablar de asuntos divergentes.³⁴

Como hemos dicho, Sigmund Freud utilizaba el término *Angst*, que ha sido traducido en español por *angustia*, en francés por *angoisse* y en inglés por *anxiety*. Esto introduce, ciertamente, algunos equívocos,³⁵ ya que la bibliografía psicoanalítica inglesa —de gran influencia en el Río de la Plata— utiliza el término *anxiety*, que fue muchas veces traducido como *ansiedad*. Así sucedió, por ejemplo, con las traducciones de los trabajos de Melanie Klein.

La teorización freudiana sobre la angustia³⁶ suele dividirse en tres etapas (Green, 1975). Si bien esta presentación es un tanto esquemática, es suficiente para los objetivos de esta investigación. En la primera etapa, Freud comprendió la angustia como la consecuencia de la acumulación de tensión sexual física que no lograba ser liberada mediante otra vía que la de la angustia (Freud, [1895] 1986). Suele afirmarse que esta es una teoría puramente biológica, prepsicoanalítica. La segunda teoría de la angustia fue producida por Freud en torno a la primera década del siglo xx, ya en pleno desarrollo

34 Esta confusión de lenguas pone en verdaderos aprietos a los estudios de prevalencia en el campo de la salud mental, ya que bien podrían estar midiendo la prevalencia del diagnóstico, más que la presencia de un trastorno o enfermedad mental.

35 La no utilización del término *anguish* (ni *angst*, también existente en inglés) en el ámbito psi estadounidense dista de ser accidental y limitada a la traducción de Freud. Un ejemplo curioso es el seminario de Jacques Lacan de los años 1962-1963, titulado *L'Angoisse* —término menos equívoco para su traducción que el *Angst* freudiano—, que ha sido publicado en inglés con el título *The Anxiety* (Lacan, 2014). La influencia en el uso de los términos se da también del inglés al francés. Podemos ver que en la versión francesa del CIE-10 de 2008 se prefirió el término *anxiété* por sobre *angoisse*, aunque en un rincón permanecían aún los diagnósticos «Hystérie d'angoisse» y «Angoisse de séparation de l'enfance» (World Health Organization, 2008).

36 En favor de la fluidez de la lectura utilizaremos el término *angustia*, aunque no debería olvidarse que en Freud el término utilizado es *Angst*.

teórico del psicoanálisis. Contando con el concepto de represión dirá que la libido, desprendida de su representación psíquica, podría ser liberada como angustia (Freud, [1909] 1986). La tercera teoría, desarrollada en el contexto de su segunda formulación del aparato psíquico en el texto «Inhibición, síntoma y angustia» (Freud, [1926] 1986) puede leerse casi una inversión de la segunda teoría. La angustia es aquí una señal para el yo, que desencadenará luego la represión de determinado contenido psíquico. Freud mantiene, además, otro modo de presentación de la angustia, la angustia automática, que sería un desencadenamiento desbordante de angustia que no puede ser elaborada por el aparato psíquico.

En cuanto a las traducciones de la obra de Melanie Klein, la traducción de *Angst* por *anxiety* en sus propios textos y luego de *anxiety* por *ansiedad* en los textos en español, parecen haber generado cierto solapamiento entre las teorías de Klein y Freud en la psicología uruguaya. Así, las ansiedades paranoide y depresiva diferenciadas por Klein en sus dos clásicas e influyentes posiciones esquizoparanoide y depresiva pueden convivir con las teorías freudianas de la angustia. Valga esto como una advertencia de que no se trata de dos términos que provendrían uno de la tradición médica (DSM) y otro del psicoanálisis. Las tradiciones y las traducciones muestran un mapeo menos claro, de límites más borrosos, por lo que fue interesante, justamente, buscar en las entrevistas los modos en que los psicólogos relacionan ansiedad y la angustia.

En el siguiente pasaje podemos ver a una psicóloga diferenciar angustia y ansiedad realizando un ejercicio de asociación. Ejercicio aparentemente inédito, realizado allí frente a quien la entrevista y le propone navegar en esas aguas. En efecto, frecuentemente, los entrevistados relacionan ansiedad y angustia sin recurrir explícitamente a autores ni tradiciones específicas. Sin embargo, tanto la ansiedad como la angustia y los modos de relacionarlas parecen tener cierta consistencia.

La angustia aparece en las entrevistas fuertemente ligada al padecimiento, al dolor, al sufrimiento singular y, por tanto, perteneciente propiamente a la jurisdicción de la psicología.

CLAUDIA-C2: cuando me pongo a pensar en angustia y ansiedad [...] la angustia me hace pensar mucho más en el sufrimiento, en el dolor, en que hay un dolor; la ansiedad, capaz que no tanto.

E.: La ansiedad, ¿en qué te hace pensar?

CLAUDIA-C2: La ansiedad, en esa cosa más de, de que: ¡pal, se, se movió la estantería, ¿no? Entonces, las defensas entraron a moverse [...] el *statu quo* se sacudió y, entonces, empieza a moverse la ansiedad; la angustia me hace pensar mucho más en el cómo, cómo, cómo lo recibo y cómo vivo lo, lo mío propio, ¿no?, en una cosa más como

desde el sufrimiento, más desde el dolor, más de... de eso que ta, que lo... no sé... que lo tocás de otra manera, ¿no?

La ansiedad aparece insistentemente ligada a la sintomatología, a lo visible: «la ansiedad es lo que uno ve» (Jaime-C2), «la ansiedad a veces se genera, no sé, en los cuadros depresivos, pero siempre hay otra cosa atrás» (Sara-C1). Si la angustia pertenece a la jurisdicción de la psicología, la ansiedad parece más bien estar del lado de la medicina, de la psiquiatría: «una cosa es la angustia y la otra la ansiedad, y la ansiedad necesita medicación, ¿no?» (Jaime-C2).

La ansiedad es lo que pueden tratar las benzodiacepinas:

SARA-C1: Yo no me focalizo en la ansiedad únicamente, lo que pasa [...] No me derivan solo porque está ansioso. Capaz que por ahí hay y el psiquiatra lo resuelve con la medicación, y no llega a psicología.

La angustia y la ansiedad se enlazan, así, bajo un principio que rara vez es enunciado directamente, pero que puede encontrarse como supuesto en una buena parte de los entrevistados: detrás o debajo de la ansiedad está la angustia. Esa comprensión topográfica establece cuál es el trabajo del psicólogo y cuál el de la farmacoterapia.

Estos significados de la angustia parecen provenir de lo que se entiende en psicoanálisis, desde Freud, por angustia, especialmente en su conceptualización como angustia señal, en que la angustia está ligada a un contenido reprimido y sería deseable que en el recorrido de un tratamiento psicológico se tome contacto con ello. «Ojalá pudieras llegar a la angustia, porque sería una manera como de... de hacer un trayecto, como de poder, bueno, entender esa gran ansiedad» (Graciela-C2). El psicólogo se dedicaría a encontrar las causas y, por tanto, a trabajar con la angustia, mientras que las benzodiacepinas, los ansiolíticos, operarían a nivel de la ansiedad, es decir, de las consecuencias, de los efectos, de la superficie.

Es interesante notar que más allá de la metáfora de la profundidad y la superficie, de lo oculto y lo visible, no queda claro cuál sería el modo en que se vincularía la ansiedad y la angustia. Lo que parece suceder es que los psicólogos utilizan conceptos que vienen de diferentes tradiciones, y no hay un discurso disponible que articule claramente la ansiedad y la angustia. Esto puede observarse en algunos pasajes de las entrevistas en los que la angustia, la ansiedad e incluso la depresión aparecen ligadas, al punto de confundirse:

PEDRO-B3: ... en los trastornos ansiedad vos ves que hay un trastorno de ansiedad, pero hay una conflictiva alrededor que puede detonar en otras cosas porque el trastorno de ansiedad, la depresión son primos hermanos, la angustia, está todo lo mismo ahí, andan circulando.

Sin embargo, lo que parece prevalecer es la división entre ansiedad y angustia, como un modo de separar las jurisdicciones de médicos y psicólogos. Esto puede verse en algunos pasajes con particular claridad.

JUAN-A3: Lo que pasa [es] que el... el fenómeno de la ansiedad se lo puede ubicar como un fenómeno o como un hecho teórico, ¿sí? Y yo me siento más por lo segundo. De que en realidad no hay lugar para los fenómenos en la clínica. Siempre está cortado de alguna forma, este, de antes. Entonces, en realidad, mi gran operador, el más hermanado con la ansiedad es la angustia, y es el que tengo mejor afinado, porque además Lacan lo llevó al extremo, y es un, un afecto que me permite ordenar muchísimas cuestiones de mi trabajo. La ansiedad como tal, sinceramente, no está en mi mapa. No, no lo tengo, eh... pero porque puedo, quizás ahí leer angustia y no ansiedad. Y no diría: «es un cuadro ansioso».

Recurriendo a los planteos de Rosenberg (2002), podemos ver aquí cómo las categorías funcionan como ordenadores de la experiencia. Tomando la metáfora geográfica del mapa planteada por el entrevistado, podemos ver que ansiedad, angustia, depresión, ataques de pánico, ansiedad psicótica y neurótica establecen un mapa, delimitan un campo. Este mapa es diagramado por cada profesional de un modo singular, recurriendo a los discursos disponibles. Insistentemente y de diferentes modos, en ese mapa la ansiedad vuelve a aparecer por fuera de la jurisdicción del psicólogo:

CARLOS-B1: Es eso, creo que quizás te diría que no hago tratamiento de la ansiedad.

E.: Ahí va, interesante eso, a ver.

CARLOS-B1: No sé, eso. Un tratamiento quizás es algo que está más pautado, se sabe a dónde va, no sé, hay un síntoma, se prescribe algo, se espera que eso se cure, este... Y para mí es un elemento más de algo, eh... donde bueno, si eso toca algo de la angustia me parece que hay toda una posición subjetiva que se puede mover, no sé, que alguien que está viviendo eso empieza a replantearse cosas de su vida, o que llegue a decir «pa, creo que no puedo seguir así, hay algo que tengo que cambiar porque...» [...] y entonces empieza a cambiar y se producen movimientos, y a mí, es por ese lado que yo puedo acompañar ese movimiento, ese cambio de posición.

Esta forma de dividir las aguas entre la cura sintomática de la que se encargaría la psiquiatría mediante el uso de tratamientos biológicos y la

cura causal de la que se encargarían las psicoterapias es de larga data. Bielli (2012) ha mostrado cómo esta posición —sostenida en el psicoanálisis ya por Sigmund Freud ([1916] 1986)— puede encontrarse en publicaciones del campo del psicoanálisis en Uruguay en la segunda mitad del siglo xx, como las de José Luis Brum (1985) y Enrique Probst (1991).

Podemos remarcar aquí cómo, a diferencia de la discusión que se dio en torno a la etiología y los tratamientos de la depresión (Bielli, 2012), en el campo de la clínica de la ansiedad aparece este otro término, *angustia*, en el que los psicólogos se colocan como una autoridad, como expertos. Así, los psicólogos pueden cuestionar el uso que hacen los médicos del término *angustia*:

JAIME-C2: ... «la paciente está angustiada», dicen ellos [los médicos] [risas]. Y bueno, trabajamos en eso, y cómo ellos [los médicos]... también una de las cosas que se ha aprendido y que hemos intentado trabajar acá es el no puedo, donde el médico te dice: «esta paciente está angustiada, no puedo». [...] ¿No podés?, entonces vamos a ver si nosotros [los psicólogos] podemos.

Por esta vía establecen, al mismo tiempo, un límite al tratamiento farmacológico. La angustia sería irreductible mediante benzodicepinas. Esa división, entonces, no es sin las benzodicepinas, que se presentan justamente como ansiolíticos, es decir, como un producto tecnológico capaz de disolver (lisis) la ansiedad. Aparentemente, no existen los *angustiólíticos*.

Retomando y sintetizando este enredado vaivén, podemos ver que ansiedad y angustia son dos conceptos que circulan en la psicología uruguaya. A veces radicalmente diferenciados, otras confundidos, aparecen siempre en cierto modo relacionados. Las diferentes tradiciones presentes en Uruguay son utilizadas por los psicólogos de tal modo que ansiedad y angustia se entrelazan definiendo un campo, trazando un mapa en el que la ansiedad queda colocada en el borde o fuera de la jurisdicción del psicólogo.

Esta división de jurisdicciones es clave para comprender algunos aspectos de las prácticas de derivación de los psicólogos. Dejando la ansiedad por fuera de su jurisdicción,³⁷ los psicólogos logran desentenderse de cierto tipo de problemas que aquejan a las personas, dejándolos en manos de la medicina, de las benzodicepinas.

37 Es necesario aclarar que es posible que en este punto exista cierto sesgo en las entrevistas, ya que es sabido que desde otras corrientes psicológicas como la cognitivo-conductual sí se realizan tratamientos de ansiedad. Y aunque pudimos entrevistar a dos psicólogos que se ubican desde esta corriente, los tratamientos de la ansiedad a los que recurren provienen de terapias llamadas alternativas, como ejercicios de respiración y meditación. Aparentemente alternativas, entonces, a las benzodicepinas, ya que el objetivo directo es tranquilizar al paciente ansioso. Volveremos sobre esto en el capítulo 4.

La ansiedad normal, patológica o patologizada

Síntoma, enfermedad y experiencia normal, la ansiedad es un término al que recurrimos para dar cuenta de algunos de los malestares de la vida contemporánea. Vivimos en tiempos ansiosos, escuchamos cotidianamente. Parece que la ansiedad fuese una de las patologías de la época, lo que parece ser corroborado por los estudios epidemiológicos de prevalencia de los llamados trastornos mentales. Lo curioso es que no parece ser algo exclusivo de nuestro tiempo. Andrea Tone (2009) rastrea cómo, en diferentes épocas y culturas, se ha afirmado que se está en el momento histórico con mayores niveles ansiedad.

En Uruguay, en 1950, el doctor Elio García Austt escribía que la ansiedad era el signo de la época (García Austt, 1950). El encargado de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, influido por la perspectiva psicoanalítica, afirmaba que los altos niveles de ansiedad y angustia de sus contemporáneos eran un resultado de los conflictos a los que se veían enfrentados en aquella convulsionada época de posguerra.

Cada época no solamente conceptualiza la ansiedad de un modo diferente, sino que traza los límites entre la que sería normal y la que sería patológica, y ofrece a sus contemporáneos diferentes tratamientos para la ansiedad que caiga por fuera del círculo de lo considerado saludable.

Los diferentes modos de conceptualizar la ansiedad y de trazar los límites entre lo normal y lo patológico no tienen efectos únicamente en un nivel teórico o académico. Allan. V. Horwitz (2010) ha analizado cómo estos cambios en las conceptualizaciones de los llamados trastornos mentales, particularmente los cambios que se dieron entre el DSM III y el DSM IV en las categorías de ansiedad y depresión, han tenido consecuencias en el ejercicio de los profesionales de la salud y, por tanto, también en la sociedad en general. Horwitz muestra, por ejemplo, cómo estos cambios en las conceptualizaciones han sido parte de la construcción de las llamadas epidemias o eras de la ansiedad y la depresión, han favorecido o desfavorecido la expansión de determinados diagnósticos —y, por tanto, del uso de determinados psicofármacos— en detrimento de otros, excluyendo cada vez más los tratamientos no farmacológicos (2010).

Los estudios sobre medicalización vienen advirtiendo desde hace ya varias décadas que es delgada, si no inexistente, la línea entre lo normal y lo patológico en el campo de lo mental y lo comportamental. Incluso desde la psiquiatría, Allen Frances (quien fue presidente del Grupo de Trabajo del DSM IV en los años noventa) se ha sumado a la lista de autores que advierten que, gracias a la falta de marcadores biológicos, los manuales han podido introducir modificaciones en las definiciones de los trastornos de ansiedad. Esto ha permitido desplazar la línea divisoria hacia lo patológico, incluyendo a millones de personas que antes no hubiesen sido diagnosticadas ni tratadas con psicofármacos (Frances, 2014).

Lo interesante no es corroborar el proceso de medicalización por el que ha transitado y transita la sociedad uruguaya. Acordamos con Rose (2007) en que la observación de procesos de medicalización no debería ser la conclusión de una investigación, sino más bien su puntapié inicial. Aquí nos propusimos algo más acotado, y tal vez menos obvio. Se trata de hacer visibles, apenas, algunas aristas de la participación de los psicólogos en estos procesos sociales.

Retomando lo trabajado en la sección anterior, podemos ver que otros aspectos ligados a la ansiedad muestran que se trata de un campo que se encuentra en los bordes de la jurisdicción de la psicología. Los bordes de la jurisdicción de la psicología y la psiquiatría vuelven a verse cuando los entrevistados intentan delimitar la que sería una ansiedad normal de aquella que daría cuenta de la presencia de un trastorno mental. La borrosa línea es colocada insistentemente bajo una figura: cuando esa ansiedad le estaría impidiendo desempeñarse en la vida cotidiana, se trataría de un trastorno de ansiedad.

ROSARIO-C3: Bueno, lo que pasa que en la clínica hay, en cuanto a la ansiedad, hay una ansiedad que todos sabemos que es, es una ansiedad dentro de los límites de lo que uno puede llamar lo, lo... lo... no sé si decir lo normal... o, bueno, todos tenemos cierto monto de ansiedad, ¿no? Frente a situaciones... pero, bueno, este... en la clínica y con los pacientes, este... no sé, yo veo desde, desde crisis de ansiedad fuertes, este ¿no? Que, que muchas veces este... imposibilitan o, o bloquean al paciente, ¿no? O lo paralizan en una cantidad de cosas de su vida cotidiana y hasta, bueno, manifestaciones de ansiedad más... digamos más leves, por decirlo de alguna manera. ¿Ta? Pero hay manifestaciones de ansiedad en los pacientes que realmente son como... ¡muy difíciles! [...] Entonces, bueno... eh... cuando... sobre todo la ansiedad, ¿no?, esta más, la ansiedad más generalizada que, que provoca que, bueno, que el paciente empiece como a, a sentir que las cuestiones de su vida cotidiana, este, ¿no?, se están como, como, como complicando, ¿no? Porque si... si tiene que salir para ir a trabajar y, y no puede, y entonces le vienen, le vienen las taquicardias y le viene esto y le viene el miedo, entonces, imposibilita.

Es decir que la ansiedad es considerada normal siempre y cuando le permita a la persona desempeñarse suficientemente en la vida, lo que suele ser resumido en mantener la capacidad de dormir y trabajar. Lo que no está dicho es por qué sería patológico no poder trabajar o, en todo caso, si no poder trabajar sería patológico.

Allan V. Horwitz y Jerome C. Wakefield realizaron un gran trabajo de recopilación y de análisis de los procesos de medicalización de la ansiedad, recurriendo a un enorme corpus bibliográfico. Los autores concluyen que incluso los manuales diagnósticos basados en criterios sintomatológicos mantienen la

ambigüedad al trazar las diferencias entre ansiedades normales y patológicas ya que ambos tipos de malestares comparten los mismos síntomas. Los autores afirman que, ante la inexistencia de criterios claros, los técnicos de la salud suelen trazar la diferenciación entre lo normal y lo patológico basándose en valores sociales (Horwitz y Wakefield, 2012, pp. 222-223).

E.: ¿Alguna vez vos derivaste a psiquiatra o a médico por cuestiones de ansiedad?

Rocío-B1: Sí, muchos. Sí, ahí es de ida y vuelta.

E.: Ahí qué cosas vos ves que te hace pensar, bueno, a este tengo que derivarlo.

Rocío-B1: Y eso que te decía. Las limitación en la vida. Personas que esos estados le producen una alteración vital que les impide desarrollar el desempeño de su vida como venía siendo. Este, yo qué sé, no sé. Cualquier cosa, trabajar, tomarse un ómnibus, llevar a sus hijos e irlos a buscar a la escuela. Este, tener un, un... no sé. Cualquier cuestión de la vida que se vea, este, interpelada, interceptada por estos cuadros así. Ese es el corte digamos. El malestar, lo egodistónico y sintónico, ¿no?, eso.

El planteamiento de la continuidad y, a la vez, la diferenciación entre la ansiedad normal y la patológica parece ser constitutiva de los saberes psi sobre la ansiedad. Podemos verla tanto en las teorías freudianas como en los criterios del DSM. Esta continuidad entre la ansiedad normal y la patológica es trazada insistentemente por los entrevistados, pero eventualmente trazan una línea divisoria a partir de la cual la medicación —o al menos la derivación a psiquiatría— sería necesaria.

Los valores sociales del desempeño y el trabajo aparecen allí trazando ese borde, y es esto lo que es criticado desde los estudios de medicalización. Hay que decir que esto no es exclusivo de los psicólogos, ya que también en la investigación anterior esto fue encontrado, incluso con mayor claridad, en las entrevistas a médicos generales, médicos de familia y psiquiatras.³⁸ Las críticas a estos procesos aparecen también en las entrevistas, pero focalizadas mayormente en la figura del médico o de los pacientes:

Rocío-B1: Yo creo que son como esos nombres que se le dan a las cosas. Más que a las cosas... a los sentimientos, a los afectos, ¿no?

38 A. BIELLI (2015), informe final del proyecto «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud». Inédito.

Que terminan construyendo un cuadro donde quizá no necesariamente lo haya, ¿no? Y que las cuestiones de la vivencia, de cuánto se puede tolerar lo, lo, este, lo incómodo, lo doloroso, lo embromado, lo crítico, ¿no? Este... cuánto se puede bancar. Este, en poblaciones, claro, el sesgo que yo tengo es de población con altos niveles de vulnerabilidad social. Este... entonces, me parece que estamos, es como una ruta relativamente fácil, poner un montón de situaciones que tienen que ver con el sufrimiento y con el malestar, y colocarlas como en esto de la ansiedad, que es como darle un nombre a estos sentimientos displacenteros, porque, en realidad, yo qué sé, ¿no? Bueno, pero... Y al mismo tiempo son poblaciones que tienen, están habituadas a estar expuestas a niveles altísimos de sufrimiento. Altísimos. Mucha muerte. Mucha muerte violenta, mucho duelo, mucha este... figuras que aparecen y desaparecen en la vida. Pérdidas: de trabajo, de vivienda, de, de, de, de que se queme la casa y pierdan todo. Y no tengan, pero ni recuerdos ni..., viste, cosas... Entonces, gente muy expuesta a situaciones de sufrimiento terrible y, al mismo tiempo, en cosas más como de lo cotidiano, con dificultades para bancar... para bancar. Este... Y bueno, y, y rápidamente esta cosa de la medicalización de la, de los fenómenos vitales, ¿no? O sea, esta cosa de la accesibilidad que yo te decía a la consulta tiene como esta contracara también.

Si en el fragmento de Rocío-B1, recién citado, no queda claro si son los pacientes los que no toleran el sufrimiento o son los profesionales los que no pueden alojar el sufrimiento en las consultas,³⁹ en otros fragmentos el foco queda desplazado sobre la población:

NORA-C1: Eh... para mí, este es un país donde toda la gente se sobremedica. O sea, tenés un nivel de ansiedad un poquito más alto, cuatro o cinco días no dormís, tengo que tomar algo. A ver, ta, cinco, ocho días durmiendo poco, porque tenés un problema, ya se te va a pasar y después que pase, vas a volver a dormir bien. O sea, y eso me parece que no es lo que el común de la población piensa. Piensa: ¡ay, qué horrible, tengo que tomar algo! ¿Ta? Entonces, me parece que no pasa por la institución, me parece que pasa porque estamos acostumbrados a pensar de que cualquier cosa que suba un poquito de lo que nos está pasando tiene que ser medicado. Me parece que eso pasa por cada uno de nosotros, no solo por el médico; o sea, me parece que todo el país es así. Eso es lo que me parece a mí, que hay,

39 Es decir: ¿quiénes son los que recorren la «ruta relativamente fácil [de] poner un montón de situaciones que tienen que ver con el sufrimiento y con el malestar, y colocarlas como en esto de la ansiedad»? El fragmento es ambiguo en ese punto.

como yo te decía, a ver, hay un duelo, hace cinco días que se murió, está llorando, bueno, va a llorar; ¿qué hacías antes, le dabas algo de tomar?; no, el tipo lloraba y la mujer lloraba y estaba tres meses llorando, porque se sentía mal, ¿qué estaba?, en duelo, bueno.

Esta baja tolerancia al sufrimiento es denunciada en varias entrevistas y coincide con el argumento central de Roudinesco (2000): las personas no están dispuestas a soportar el sufrimiento y buscan soluciones farmacológicas para sus malestares. Hay quienes han visibilizado los supuestos de este argumento calificándolo de calvinismo farmacológico; en efecto, el argumento se sostiene en un enaltecimiento del sacrificio, del esfuerzo y del trabajo, y un desmerecimiento de los fármacos por tratarse de soluciones rápidas, atajos (Klerman, 1972; Conrad, 2007; Williams *et al.*, 2008).

Así como unas veces se critica la medicalización de la ansiedad a partir de la demanda de los pacientes por una curación rápida, otras veces se denuncian los modos en que los médicos participan de estos procesos:

NORA-CI: Me parece que actualmente a todo le ponen trastorno de pánico y, entonces, ahí mezclan gente [...] O sea, en realidad, me parece que la dificultad, a veces, es en el médico que hace el pase y que a todo lo rotula igual o... Nos está pasando con un médico, que ya dijimos que vamos a hablar con él porque apenas el paciente se pone a llorar y hace «¡oh!», pase a psiquiatra y psicólogo. Y de repente lo que tenía era perfectamente atendible y continentable en una consulta de medicina general y no necesitaba. Entonces, por ejemplo, consulta de primera vez, nos ha pasado que volvemos mucha gente a medicina general, sin darle medicación y sin entender que se necesita psicólogo, por ejemplo, también en los duelos. O sea, se murió alguien hace una semana y como viene y llora, lo mandan. A ver, qué suerte que llora, ¿no? O sea, se le murió un familiar hace una semana. Entonces, este, en general, eh... nosotros hemos hablado mucho de trabajar —que estamos viendo la forma, instrumentándola— trabajar con los médicos, porque me parece que los médicos, enseguida que un paciente da un síntoma, que podría ser de la más mínima ansiedad, ya se asustan y ya lo derivan.

Al parecer esa derivación —siempre según la percepción de los psicólogos— ya va acompañada de la prescripción de benzodiacepinas, lo que es ubicado como la causa de la omnipresencia de las benzodiacepinas en la clínica psicológica:

Rocío-B1: El uso que se le da a las benzodiacepinas en el contexto en el que yo trabajo tiene más que ver con las situaciones vitales y emocionales concretas de los sujetos en su vida.

E.: ¿Y cuáles serían?

Rocío-B1: Esas situaciones de crisis familiar, o las personas yo qué sé, personas que están, están deprimidas o este, o yo qué sé, otro tipo de trastornos un poco más, este, ataques de pánico, esos cuadros que son más complejos. Pero en general cuando en una consulta médica se toma registro de algo de lo emocional, pero que no es un quiebre con la realidad o alguien que hizo un intento, medio que la respuesta va, va por ahí. Cuando llegan, un poco mi sensación, a partir de, de mi clínica, es que cuando llega a una consulta conmigo ya tiene en su, este, en su receta, en su crónico ya tiene metido todo esto.

Retomando entonces lo trabajado en la sección anterior, podemos ver que la ansiedad es vista como un síntoma que puede medicarse, y el problema no es únicamente que no se resuelvan las causas, sino que estas pueden quedar ocultas por medicar sus efectos, por ocultar sus consecuencias. Ese síntoma de la ansiedad ciertamente engaña, ya que es *la máscara* de otras problemáticas. En efecto, María-C2 critica que se medique a mujeres ansiosas sin indagar la causa. Sus palabras son muy claras:

MARÍA-C2: ... una de las máscaras de la ansiedad tiene que ver con estas situaciones [de violencia doméstica], que no se indagan. Entonces, como la mujer estaba ansiosa... pum, Salud Mental, flecha, siga derecho... Pero no le preguntaron nunca qué le pasaba en la casa a esa señora. Y le enchufan benzodiacepinas cuando en realidad no la puedes, no la puedes dopar... No se puede dopar a nadie, está claro [risas], pero menos a una mujer que está en una situación de extremo riesgo con una pareja extremadamente violenta.

E.: Mm, mm, sí.

MARÍA-C2: Yo entiendo que tiene que estar tranquila, que tiene que estar bien para poder pensar las mejores estrategias para salir, pero no la podemos tampoco, viste, dejar...

Este argumento entra en contacto con lo que desde las perspectivas feministas se ha planteado en torno a la medicalización de las mujeres (Burin, Moncarz y Velázquez, 1991), pero también con lo que han planteado los estudios de medicalización en general, que ponen el foco en la invisibilización

de las injusticias o desigualdades sociales a partir del corrimiento en la definición de los problemas hacia un lenguaje médico, justificando así las intervenciones médicas (Conrad, 2005).

Por fuera de este problema de la ansiedad normal, patológica o patologizada, se encuentra otro tipo de ansiedad ante el que no parece haber grandes discusiones sobre su medicalización. Si la ansiedad normal y la patológica aparecen como un continuo ante el que los psicólogos tienen que trazar un límite para tomar decisiones clínicas, por una vía paralela parece correr esta otra ansiedad: la ansiedad psicótica.

E.: ¿En qué situaciones este, le, le derivás pacientes [al psiquiatra], en estructuras específicas o...?

GRACIELA-C2: Y sí, yo creo que sí. ¿Tà? Te viene una ansiedad psicótica y... te viene un, un trastorno de personalidad gravísimo, este... descompensado [emite un sonido] y, además, tenemos como un sistema que digo acá, «por favor, ¿me lo podés ver mañana o pasado?» [ríe].

Esta es presentada directamente como una ansiedad patológica, desbordante, y no parecen necesitarse más argumentos para fundamentar la necesidad de su medicación. Tal es el grado de medicalización en el que se encuentra la locura.

Aunque en la bibliografía de la psicología se suele colocar en el centro del proceso de medicalización a los médicos y a las siempre sospechosas empresas farmacéuticas, los psicólogos no estamos por fuera de ese proceso. Estas discusiones pueden encontrarse, al menos de un modo incipiente, en algunos entrevistados:

CARLOS-B1: Me parece que hubo un tiempo de la psicología acá que se dedicó a criticar, de la psicología social sobre todo, el modelo médico hegemónico, ¿no? Y... hoy en día, eso me parece que es insuficiente. Porque es como que los médicos están... los psicólogos estaban más de la vanguardia y los médicos eran los atrasados que..., ¿no?, medicaban y que medicalizaban, y toda esa historia, ¿no? Y no se interrogaban sobre qué lugar estaban ocupando ellos [los psicólogos] en eso.

En tal grado se espera que participe la psicología, que no derivar esas situaciones ligadas a la locura puede generarle problemas en su lugares de trabajo:

CARLOS-B1: [Los médicos generales y de familia] valoran [la psicoterapia] para estos casos [de ansiedad], porque el corte de los que están delirando y los psicóticos y no-sé-qué, esos van para los

psiquiatras, y estos [los ansiosos] van para el psicólogo, que van a hablar. Eso es una cosa del sentido común que lo tienen... de sentido común, metido así, arraigado. Si alguien tiene como idea medias locas, que vaya al psiquiatra o que vaya a salud mental, este... eso me he encontrado, ¿no?, como que ese corte, esa repartición, este..., bueno, o... Y pasa eso, cuando alguien de repente que a veces genera ciertos problemas en la policlínica, y vos no lo derivás..., o sea, «¿qué hacés que no lo derivas al psiquiatra?, ¿qué pasa?»..., «se va a dañar, o va a dañar a otros», o sea, es como una negligencia que vos no estás haciendo nada [...] «¿Y vos, qué estás haciendo?», ¿no? Y es difícil eso, sostener eso, y bueno... este... eh, ta. Por eso digo, hay una cosa muy del sentido, yo le diría del sentido común, del cliché, ¿no? Que se reparte, digamos, este campo [de la ansiedad] dentro de todo, sería bastante del psicólogo. [...] En la lógica médica me parece que lo que es psicosis es más grave y va para el psiquiatra o el equipo de salud mental, y... este... una cosa así. Como, se lo ve más grave. Más grave no... Creo que no, lo que dice Foucault, es el individuo peligroso. Si genera peligro, ¿no?, va para el psiquiatra. Está bastante como esa función social del psiquiatra, ¿no? El tema es el peligro.

Desde Foucault en adelante, mucho se ha escrito sobre la medicalización de las conductas desviadas, de lo disruptivo, lo desbordante. Lo que podemos atisbar aquí es la participación que tenemos como psicólogos en estos procesos, asunto que parece haber quedado de lado en la crítica de los procesos de medicalización ante la figura central de la medicina.

El sueño farmaceuticalizado: el papel de la psicología

Desde el proyecto de investigación esperaba centrarme en la ansiedad por su importancia en el campo de la psicología y por ser el blanco más habitual de las benzodiacepinas. Otros malestares para los que también se utilizan habitualmente, como las contracturas musculares y las convulsiones, que se encuentran *a priori* más decididamente en el terreno de la medicina y la psiquiatría —si no de la neurología— fueron dejados de lado. De hecho, estos otros usos aparecen en las entrevistas, pero no son de ningún modo relacionados con las prácticas psicológicas. Sin embargo, uno de estos malestares insistió con tal fuerza en las entrevistas que amerita trabajarlo.

Se trata de los llamados trastornos del sueño. En efecto, al preguntar sobre la ansiedad y la presencia de las benzodiacepinas en la clínica psicológica, los malestares ligados al dormir mal, dormir poco o no dormir, aparecieron insistentemente en las entrevistas. Al no tratarse del centro de la presente investigación y no encontrarse entre los objetivos trazados desde un principio,

no fue propuesto en la pauta de la entrevista y el tema se abordó únicamente cuando apareció del lado de los entrevistados. Por lo tanto, se corre el riesgo de apresurarse en la interpretación de lo que apareció inesperadamente en las entrevistas. Tratando de ser precavidos, podríamos decir que la problemática del insomnio emerge como un posible blanco de medicalización y farmacéuticalización, procesos en los que la psicología parece tener un papel activo. Veamos cómo.

En el manual de la Organización Mundial de la Salud CIE-10, los trastornos del sueño son divididos según sus causas: por un lado, encontramos los trastornos orgánicos del sueño y, por otro, los no orgánicos. En el contexto de esta investigación nos interesa acercarnos a los que no tienen una base orgánica conocida, es decir, aquellos que se encuentran más cercanos al trabajo de la psicología clínica. Agrupados en el capítulo F del CIE-10, es decir, el capítulo de los llamados trastornos mentales y de conducta, les corresponde el código F51 y están subdivididos en diferentes subtipos de trastornos del sueño, dependiendo de su caracterización: hipersomnia, pesadillas, sonambulismo, terrores nocturnos, etcétera (WHO, 2016).

Más que la clasificación, nos interesa el párrafo descriptivo de los trastornos no orgánicos del sueño de la versión en inglés de 2016:

En muchos casos, la alteración de sueño es uno de los síntomas de otro trastorno, ya sea mental o físico. Cuando un trastorno del sueño en un paciente dado es una condición independiente o simplemente una de las características de otro trastorno clasificado en otro lugar, ya sea en este capítulo u otros, debe ser determinado sobre la base de su presentación clínica y evolución así como en las consideraciones terapéuticas y las prioridades en el momento de la consulta. Generalmente, si el trastorno del sueño es una de las quejas principales y es percibido como un problema [*condition*] en sí mismo, el presente código debe ser usado en conjunto con otros diagnósticos pertinentes que describan la psicopatología y patofisiología involucradas en caso dado. Esta categoría incluye solo aquellos trastornos del sueño en los cuales las causas emocionales son consideradas un factor principal y que no se deben a un trastorno físico identificable ya clasificado.⁴⁰

40 «In many cases, a disturbance of sleep is one of the symptoms of another disorder, either mental or physical. Whether a sleep disorder in a given patient is an independent condition or simply one of the features of another disorder classified elsewhere, either in this chapter or in others, should be determined on the basis of its clinical presentation and course as well as on the therapeutic considerations and priorities at the time of the consultation. Generally, if the sleep disorder is one of the major complaints and is perceived as a condition in itself, the present code should be used along with other pertinent diagnoses describing the psychopathology and pathophysiology involved in a given case. This category includes only those sleep disorders in which emotional causes are considered to be a primary factor, and which are not due to identifiable physical disorders classified elsewhere.» (WHO, 2016)

Al igual que la ansiedad, entonces, los problemas del sueño pueden bien ser un síntoma que acompañe otros diagnósticos o pueden constituirse como trastorno en sí mismo, y existe ya desde el manual cierta ambigüedad que permite una gran flexibilidad interpretativa.

Esta posibilidad de relacionar los malestares del sueño con otros trastornos aparece con más especificaciones en el DSM IV-TR, en el que bajo el código 307.42 se puede diagnosticar «Insomnio relacionado con... [otro trastorno]» (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) ya sea mental o no.⁴¹ Interesa aquí resaltar algunos aspectos de este diagnóstico. Primero, la posibilidad de que el insomnio provoque «deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo». Segundo, que, al ejemplificar los otros trastornos con los que puede relacionarse el insomnio, en el manual se incluyan trastornos de ansiedad. Tercero, que se deba utilizar este diagnóstico si «reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente»⁴² (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Estos son los tres aspectos que aparecen relacionados con el insomnio en las entrevistas. Es visto por los psicólogos como un síntoma de gravedad que entrama un peligro para las personas:

ALEJANDRA-B3: Si la ansiedad le quita el sueño... primero hay que dormir. Cuando los pacientes no pueden dormir yo los mando al psiquiatra... Primero tenés que dormir, ¡después hablamos! ¡Primero tenés que comer! Si no podés comer... ¿Y si se le da por atentar contra sí mismo porque está muy ansioso? No... yo creo que sí, que tenemos que trabajar en conjunto.

Dormir es tan necesario como alimentarse, pero el alimento aquí serían las benzodiacepinas. Los psicólogos pueden tomar —y toman— decisiones para que el paciente pueda satisfacer esa necesidad básica. En efecto, el insomnio parece ser una de las causas por las que algunos psicólogos no

41 «Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio relacionado con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.42)

A. El principal motivo de consulta es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse, durante al menos 1 mes, asociadas a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias.

B. Las alteraciones del sueño (o sus secuelas diurnas) provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. El insomnio se considera relacionado con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad), pero reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.» (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)

42 Así, se abre la puerta a cierta circularidad: la necesidad de intervenir farmacológicamente (hay que atender al eufemismo «atención clínica independiente») lleva al diagnóstico y el diagnóstico lleva al fármaco.

parecen dudar de la derivación a psiquiatría, participando así activamente del proceso de farmacéuticalización del insomnio.

«Primero tenés que dormir, después hablamos» (Alejandra-B3) implica un cierto movimiento de retirada de la psicología en el campo del insomnio. Es decir, un movimiento que deja los problemas del sueño en el campo de las llamadas conductas basales, es decir, en la jurisdicción de la medicina. Ese movimiento, otras veces, parece demorarse un poco más, intentando antes otros tratamientos en el consultorio psicológico. Sin embargo, también estas estrategias, aunque realizadas desde la psicología, son *cosas de médico*.

E.: ¿Qué te llevaría a consultar con un psiquiatra con respecto a los cuadros de ansiedad? Por ejemplo, hacer una...

MARÍA-C2: Cuando, cuando vienen solo [a psicología], cuando vienen a consultar por primera vez con psicología y después de un tiempo de atención empiezan a plantearnos, ya te digo... creo que lo que genera más ansiedad a ellos es el trastorno del sueño persistente. Y ves que eso, como que eso no cede, y no cede, y la persona te lo trae como una preocupación, entonces yo le digo «¿no estaría bueno, de pronto, ver con un psiquiatra a ver qué podemos hacer con esto?». Cuando de pronto ya ha trabajado de pronto las estrategias, para ver si puede conciliar el sueño, bueno, ponele, cosa que es de médico, no tome mate, no consuma café, no consuma cafeína ni teína ni nada de eso o trate de, bueno, no tener actividades que lo dejen como muy... ¿no?, o si va, si está discutiendo mucho, bueno, veamos ver de no discutir de esta manera, de busc* como generar como un ambiente más calmo. O no que... si ve que usted no se puede dormir no se quede en la cama dando vueltas, levántese, a ver, ¿qué es lo que a usted generalmente lo calma?, ¿no?, pa, leo, pero qué tipo de lectura, leo un libro de suspenso, no, vamos a cambiar, no, no. Esas cositas que pueden ser muy tontas, pero que a veces son..., pero sí, si esto se ha hecho, de alguna forma el paciente lo ha intentado y el trastorno del sueño persiste y persiste, y es una preocupación permanente... entonces ahí sí, bueno, me parece que es hora de ver qué pasa. Vamos a probar, de pronto no es necesario, de pronto sí, eso no lo puedo evaluar yo. Entonces ahí sí, le derivo a algunos de los psiquiatras.

Investigaciones recientes han mostrado algunas aristas de los procesos de medicalización y farmacéuticalización del dormir, y del rol que juegan los psicofármacos en estos procesos (Gabe, Coveney y Williams, 2016). No únicamente en torno a la problemática del insomnio, sino también en torno a la hipersomnia y la modificación de las relaciones sueño-vigilia por medios psicofarmacológicos para optimizar la productividad individual (Williams *et al.*, 2008).

Se ha propuesto que los técnicos de la salud mental deberían considerar las variaciones del dormir como parte de la vida cotidiana, para así intentar frenar el proceso de psicopatologización del dormir (Wolf-Meyer, 2012). Otra propuesta sería, además, pensar qué tenemos los psicólogos para decir sobre el insomnio. Si se trata de un síntoma o de una inhibición que se podría trabajar a la manera del psicoanálisis, o si se trata de una conducta nociva a ser modificada al modo de las terapias cognitivo-conductuales. Si nos enteramos de los problemas de insomnio de nuestros pacientes, será en buena medida porque de algún modo nos los están presentando en nuestros consultorios. Podríamos pensar qué caminos alternativos al que culmina en las benzodiacepinas podríamos ofrecer desde la psicología. Este sería un insumo que podrían agradecer los psicólogos clínicos, que reciben con cierto malestar las prácticas de consumo de benzodiacepinas de los pacientes:

CARLA-B2: Creo que a esta altura, por ejemplo, el diazepam, muchas veces [es] como... la pastillita, casi como el Mejoral en su época: «Me tomo un clonazepam»; «¡Ay, me tomé un diazepam porque estaba horrible! Estaba... no estaba durmiendo, y me quería dormir, ta».

En efecto, los usos autónomos de las benzodiacepinas por parte de los consumidores son mayormente valorados de un modo negativo por los psicólogos. Estos usos en los que las personas parecen regular su sueño con las benzodiacepinas de un modo autónomo, es decir, sin indicación médica o utilizándolas de un modo diferente al que les fue indicado, aparece como algo preocupante:

NATALIA-C3: Esa cuestión de que «quiero dormir, porque me siento mal», y que uno ve más en los trastornos de personalidad graves, «y yo quiero dormir, y entonces yo quiero salir de mi ambiente» y le empiezan a dar, y entonces se toman... lo de la noche y empiezan a agregar —porque no les viene el sueño— y en eso meten, quetiapi- nas y meten ansiolíticos, benzodiacepinas.

Asimismo, el insomnio es relacionado con la dificultad de las personas para abandonar las benzodiacepinas.

MARÍA-C2 Yo creo que el tema del trastorno del sueño es una de las cosas que más angustia a las personas. Yo creo que a todos, ¿no? Este... cuando no estamos pudiendo dormir estamos de más mal humor, genera más, más dificultades en los vínculos inmediatos, y bueno, entonces a veces es como inadmisible dejar el tratamiento farmacológico.⁴³

43 Estas dos situaciones que preocupan a los psicólogos, el consumo crónico de benzodiacepinas y el uso de la medicación de un modo diferente al indicado, son trabajadas en profundidad en los dos últimos apartados del capítulo 4.

Sería interesante preguntarnos si los psicólogos tenemos otras respuestas para estos malestares que no sea la valoración negativa de las conductas del paciente al modo del calvinismo farmacológico⁴⁴ (Klerman, 1972), ya que dejan igual de solo al paciente con su insomnio y su diazepam.

Si bien, insistimos, se necesitaría realizar una investigación específica para conocer cuál es el lugar del insomnio en los saberes psicológicos de Uruguay y su relación con la práctica actual de los psicólogos clínicos, a partir de lo que surge de las entrevistas podemos atisbar que la participación de los psicólogos en este proceso es diferente al caso de la ansiedad. Si en el caso de la ansiedad, como hemos visto, los psicólogos suelen recurrir a valores sociales para delimitar la ansiedad que sería normal de la que necesitaría medicación, en el caso del insomnio y los malestares del sueño se recurre a saberes que provienen de la medicina: las personas, por su salud, tienen que dormir.

Esto bien puede ser visto como una obviedad. Sin embargo, lo que no va de suyo es la participación de los psicólogos en los caminos que llevan a que una persona que tiene determinados problemas relacionados con el dormir, y los plantea en el consultorio psicológico, termine encontrando la solución en las benzodiacepinas.

Decir más que esto sería apresurado, pero podemos ver la riqueza de dedicarnos a rastrear las relaciones entre saberes psicológicos, terapéuticos y tecnologías psicofarmacológicas específicas. Nos permiten trazar estos lazos en cada caso, y así podemos observar las diferencias que quedan ocultas en los discursos generalistas sobre los psicofármacos y el rol de otros actores que suelen quedar invisibilizados.

44 El argumento del calvinismo farmacológico se ha trabajado en la sección anterior.

Benzodiacepinas en la clínica psicológica

Psicoterapia y/o benzodiacepinas: conjunciones y sus obstáculos

Preguntar a los psicólogos sobre el lugar que otorgan a las benzodiacepinas en la clínica psicológica implicó invitarlos a trazar relaciones entre la farmacoterapia y la psicoterapia. Trazar, decimos, y no relatar, ya que no todos los entrevistados parecían tener previamente una posición tomada respecto a cómo enlazar psicofármacos y psicoterapia; más bien, varios parecían estar reflexionando sobre sus propias prácticas y produciendo allí mismo estas relaciones.⁴⁵ Relaciones que, partiendo de las entrevistas y la bibliografía revisada, pueden caracterizarse como relaciones de conjunción y disyunción.

La apuesta a la conjunción de los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos se sostiene desde muy diversos campos. Es en Europa y en Estados Unidos donde podemos encontrar un enorme volumen de bibliografía sobre los modos de complementar tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. Fundamentalmente, pueden encontrarse tentativas de complementariedad desde la psicología cognitivo-comportamental y desde la medicina basada en la evidencia, que postulan tratamientos protocolizados y pretendidamente estandarizados para diferentes trastornos mentales (Riba y Balon, 1999). Sin embargo, esta corriente no parece tener gran impacto en Uruguay. De la revisión de la bibliografía nacional y de las entrevistas surge que los protocolos no parecen haber llegado (aún) a la clínica psicológica, al menos en el campo de la ansiedad.

Desde la psiquiatría psicodinámica, que sí ha tenido gran influencia en Uruguay, podemos encontrar otras propuestas de conjunción. Así, por ejemplo, en un artículo de Glen Gabbard publicado por la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, podemos encontrar una preocupación por encontrar modos de trabajo en conjunto entre psiquiatras y psicoanalistas (Gabbard, 2010).

45 Este aspecto fue una nota distintiva de gran parte de las entrevistas, lo que podía verse en las respuestas a las invitaciones a participar de la investigación. Regularmente, junto con la más que cordial aceptación para participar, comentaban que creían que no iban a tener mucho para aportar sobre las benzodiacepinas ya que no era su especialidad. Sin embargo, luego de finalizadas las entrevistas, algunos entrevistados agradecieron la posibilidad de repensar sus prácticas, y varios se vieron sorprendidos de sus propias respuestas: «Me gustó muchísimo la entrevista, este... Pensé que iba a tener respuestas tremendamente limitadas, que no iba a aportar nada» (Juan-A3).

El mismo autor ha propuesto ciertos modos de complementariedad bajo el nombre de «terapias combinadas» (Gabbard, 2002).

Más cerca de nuestras tierras, el argentino Julio Moizeszowicz, en el primer prólogo a su libro escrito en 1982, *Psicofarmacología psicodinámica*, alertaba de los peligros de que los psicoterapeutas se mantuvieran indiferentes ante los psicofármacos:

En un proceso psicoterapéutico se indica una medicación psicofarmacológica como último recurso. El psicoterapeuta *se desentiende* del azar y avatar de quien la administra y de quien la recibe, y trata de no involucrarse y conservar una falsa asepsia psicoterapéutica. De la misma manera que la medicina *se desentendió* de la psiquiatría y de la psicología durante siglos, hoy se corre el peligro inverso: que ambas disciplinas hagan caso omiso de conceptos médicos de investigación y tratamiento, y recurran de forma unilateral a la curación por la palabra, sin evaluar que muchas veces con ella no basta (2000, p. 1).

Si bien el libro anuncia ya desde el título la conjunción entre la terapia psicofarmacología y la terapia psicodinámica, el psicoanálisis está más bien ausente y prevalece su perfil de manual de psicofarmacología. De todas formas, no deja de ser una muestra de los intentos de acercar estos dos campos, ya que busca lograr cierto posicionamiento profesional de trabajo en conjunto. Si los psicólogos, como vimos en el capítulo anterior, afirman que el tratamiento con benzodicepinas es insuficiente, encontramos aquí el argumento opuesto: hay situaciones en las que la palabra no basta, y allí donde no llega la palabra, llegan los psicofármacos.

Así, en cuanto a los fármacos sobre los que hablamos en esta investigación, Moizeszowicz afirma que «médicos y pacientes tienden a utilizar las benzodicepinas como sustitutos cuando “no es posible” realizar un tratamiento psicoterapéutico, en situaciones vitales o estresantes que producen ansiedad o ante la incapacidad para adecuarse a circunstancias que hasta ese momento aparecían como normales o *sanas* y que ahora se consideran anormales o *enfermas*» (2000, p. 375).

En Uruguay han sido fundamentalmente los psicoanalistas con formación médica quienes han explorado y propuesto posibles relaciones de complementariedad entre la farmacoterapia y la psicoterapia. Podríamos mencionar a los ya citados Probst (1991) y Brum (1985). Este último publicó un caso clínico en el que se menciona la necesidad de desarrollar modos de trabajo en conjunto entre psiquiatras y psicoterapeutas en algunos casos específicos de psicosis (Brum, 1985).

Más cercano a nuestros días se encuentra el reconocido psiquiatra uruguayo Humberto Casarotti, que sostiene cierto tipo de complementariedad entre la psicoterapia psicoanalítica y la tarea del psiquiatra, aunque manteniendo una

clara asimetría. Para Casarotti, debe respetarse una «prioridad teórica y práctica de la psiquiatría respecto al psicoanálisis», lo que implica que el psicoterapeuta «necesariamente debe integrar su trabajo en la responsabilidad del psiquiatra tratante» (2010, p. 113). El psiquiatra sería el responsable del tratamiento, bajo cuya égida debería colocarse el trabajo del psicoterapeuta.

El drama de la complementariedad es en buena medida, nuevamente, el asunto de la autoridad, de las fronteras disciplinares y los bordes de las jurisdicciones de cada profesión. En los modos de imaginar la complementariedad de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos subyacen posicionamientos sobre la autonomía de las diferentes disciplinas y los límites del territorio en el que pueden intervenir. Esta discusión atraviesa la institucionalización del psicoanálisis en Uruguay, como ha mostrado Bielli (2012), quien ha afirmado que los psicofármacos han funcionado como un elemento que ha provocado discusiones que han llevado a cierta división de los territorios en los que las diferentes disciplinas psi ejercen su autoridad. Como puede leerse en el tono polemista del artículo de Casarotti, y como veremos en este capítulo, esta discusión está lejos de estar cerrada.

En las entrevistas se puede ver cómo al trazar relaciones de conjunción entre la psicoterapia y las benzodiacepinas, los psicólogos recurren a algunos significantes como *complementariedad* (Juan-A3, Pedro-B3, Rocío-B1, Natalia-C3, Sara-C1), *integralidad* (Pedro-B3, Sara-C1) o *biopsicosocial* (Jaime-C2):

PEDRO-B3: Pero creo que [las benzodiacepinas] son un tra*, un elemento que, bien tratado, que, bien, este, medicado y con un proceso complementario e integral, este, tiene que funcionar. Esa es mi opinión.

SARA-C1: Si tiene una ansiedad que amerita la medicación y el paciente mejora con eso, por lo general, el paciente no se queja del tratamiento farmacológico. Digo, y funcionan bien con los dos. Digo, para el paciente, por ejemplo, ¿no? Cuando se da por crisis de ansiedad y de pánico o toda la sintomatología fóbica, en la que a veces también se ampara, como está sufriendo tanto si no lo llevas con fármacos, digo, [con] el tratamiento psicológico podemos estar años para que se modifique, y es necesario el complemento de los dos. Eso no quiere decir que vaya a ser un paciente de por vida farmacológico ni que... a veces es un tiempo y después mejoran las crisis de pánico y el paciente sigue bárbaro y, este, y lo acompaña con la consulta psicológica. No quiere [decir] que vaya a morirse con fármacos. Pero sí que lo ayuda. Me parece que son tratamientos complementarios y necesarios los dos, y que uno no excluye al otro.

En estos fragmentos vemos cómo al postularse una relación de complementariedad entre el tratamiento farmacológico y el psicoterapéutico, los entrevistados marcan cierta limitación de las benzodiacepinas. En efecto, se afirma que para que el tratamiento sea adecuado debe ser complementado por el proceso psicoterapéutico: la pastilla sola no solucionaría el problema. Esto podríamos relacionarlo con los argumentos que expusimos en el capítulo 3. Las benzodiacepinas se encargarían de calmar la ansiedad, es decir, *el efecto*, mientras tanto la psicoterapia, a su debido tiempo, se encargaría de abordar *las causas* de la ansiedad.

Si nos atenemos a leer algunos documentos institucionales relevantes que van desde la clásica definición de salud de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006), pasando por la nueva ley uruguaya de salud mental (ley 19529) (ROU, 2017) hasta gran parte de la bibliografía de la psicología de la salud contemporánea, es la lógica de la conjunción la que prevalece, al menos en los discursos orales y escritos.

SARA-C1: Hace años que trabajamos muy interdisciplinariamente, digo, no hay esa división, «ay bueno, o si va al psiquiatra o va al psicólogo», digo, no, digo, me parece que es como consultar con el endocrinólogo o... el diabetólogo o, no sé, el médico general, digo, no hay que tener tanto prejuicio.

Sin embargo, estos intentos de conjunción no son sin tensiones. La integralidad entre los tratamientos debe permanecer dentro de ciertos umbrales y para ello debe ser controlada, equilibrada:

PEDRO-B3: Yo no soy antimedicación, yo creo que hay un equilibrio, hay que pensar en cuestiones integrales.

Esta integralidad, entonces, se puede ver obstaculizada. Uno de los modos en que puede ser obstaculizada es por la interferencia del médico psiquiatra, sus derivaciones y sus prescripciones.

RAÚL-C2: Y acá hay psiquiatras que valoran mucho el trabajo nuestro, y hay otros psiquiatras que me parece que no. Que no le dan valor. Que les parece que la psicoterapia es algo prescindible.

E.: ¿Y escuchás argumentos, en un sentido o en otro, vos?

RAÚL-C2: No, argumentos no. No. Pero uno ve de repente que los pacientes que derivan son pacientes que... que no es que necesiten psicoterapia o se beneficien de psicoterapia, sino que los mandan porque son pacientes que son... muchas veces trastornos... que son

pacientes difíciles, complicados... Que rompen los huevos, entonces, bueno... «andá y hablá con el psicólogo, y despachá por ahí». Y el fin de la derivación es que le rompa las pelotas menos a ellos. Hay algunos que son así.

Otro obstáculo a la integralidad es justamente la oposición de los psicólogos a que, en aras de la integralidad, el psiquiatra aparezca como la figura rectora de los tratamientos, bajo cuya ala debería colocarse el psicólogo. Estas discusiones entre psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas, que se arrastran desde mitad del siglo xx en Uruguay (Bielli, 2012), hemos visto que se han mantenido en el siglo xxi (Casarotti, 2010). También las encontramos en las entrevistas:

ALEJANDRA-B3: [En ASSE] es relativamente fácil acceder a las polí-clínicas, al psiquiatra tratante... No tenés problema con eso.

E.: Claro. Y en mutualista eso...

ALEJANDRA-B3: Es más difícil.

E.: ¿Qué es lo difícil, el contacto?

ALEJANDRA-B3: El contacto y que te den pelota. O sea, el psiquiatra manda en el tratamiento.

E.: Mirá, mirá, ¿te ha pasado algo de eso?

ALEJANDRA-B3: Sí, me ha pasado. Que el psiquiatra... como que es el que dirige el tratamiento. Pero ahora, de hacer tratamiento de: «capaz que una terapia psicoanalítica, capaz que no le sirve, vaya a... no sé —ahora viste que hay un montón de psico neuro no sé qué cuánto— cognitivo-comportamental le va a ir mejor», yo qué sé. Yo, a pesar de eso, creo que, bueno, tenemos que trabajar en conjunto y seguir apostando al trabajo en conjunto [...] [Los médicos] son muy jefes. Son... es una profesión muy prestigiada, ¿no? Este, sí. Están con esa impronta de ser héroes.

Es que, como ha planteado Bielli (2012), la visión biopsicosocial, integradora de la psicoterapia y la farmacoterapia, ha surgido fundamentalmente como un acuerdo entre las diferentes disciplinas, un acuerdo que traza las divisiones entre los campos disciplinares de la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría. Pero como remarca la autora en sus conclusiones, no se trata de un acuerdo cerrado. Potencialmente, puede reabrirse la discusión ante diferentes situaciones que ponen en cuestión los bordes, las experticias y las autoridades.

Podemos ver cómo los psicofármacos pueden poner en tensión este acuerdo biopsicosocial, ya que si bien se pretende ofrecer a los usuarios de los servicios de salud una atención integral, lo *bio* bien puede instalarse como un obstáculo para lo *psico* y lo *social*. Esto puede verse en varias entrevistas. Lo hemos visto ya en el capítulo 2, en un pasaje en el que María-C2 denuncia cómo el tratamiento farmacológico de la ansiedad con benzodiazepinas ocultaría una situación de violencia que puede estar viviendo una mujer y, por tanto, estaría impidiendo tratar las causas, que no serían biológicas.

Los psicólogos muestran sus estrategias para que los tratamientos psicofarmacológicos no se constituyan en obstáculo para la psicoterapia:

JUAN-A3: Bueno, yo intento rodearme con buenos profesionales e intento que los pacientes que en mi consulta particular, que están medicados, estén medicados con psiquiatras de mi confianza, y eso es muy importante porque también hay que distinguir en el campo de la psiquiatría profesionales y profesionales. Yo conozco y mucho, entonces conozco nombres y nombres. Y sé distinguir cuál es pastillero y cuál no, cuál es micrero⁴⁶ y cuál no. Cuál va a apuntar a una objetualización del paciente y cuál va a permitir abrir otras vías. Y eso es importante, que uno al tiempo se vaya haciendo como un *staff* de profesionales, y asegurarse de que el paciente que esté medicado, esté bien medicado.

Claro que estas estrategias, desplegadas en el campo de la consulta privada, se ven muy limitadas en las instituciones de salud, donde las reglas de derivación están más bien pautadas. En los servicios de salud pública, las estrategias desplegadas por los psicólogos son otras. Así como hemos visto que algunos psicólogos apuestan al trabajo en equipo, también hay otros que optan por un trabajo más solitario, independiente, y esgrimen argumentos de por qué sostienen esa posición:

CARLOS-B1: Yo trabajo bastante, digamos, en la parte más clínica, de forma —¿cómo, cómo decirlo?— no tanto en equipo [enfatisa con las manos con un gesto de compresión]. Quizás en los equipos de salud mental eso se juega de otra manera. Por lo menos en las policlínicas, los contactos con los médicos son más bien «te derivé este que le pasa esto y esto». O a veces una consulta, así. Pero no es lo más común. [...] Con respecto a la medicación, no solemos hablar tampoco. Este... sí, te diría que eso, no es que haya una consulta, o de un lado o del otro, qué me parece a mí o qué le parezca a la

46 *Micrero* refiere a un psiquiatra proclive a utilizar la terapia electroconvulsiva, también conocida como micronarcosis o *electroshock*.

médica con respecto a la medicación. Pero eso entiendo que puede ser muy variable según cómo trabaje cada uno. Y según cómo... o sea, yo trabajo de esa manera, pero, si hubiera un médico que de repente estuviera más en una sintonía conmigo, si tuviéramos cierta sintonía, de pensar las cosas, pensar este tipo de cosas, no sé, este... [Los médicos] no tienen idea de psicoanálisis, no tienen idea. De hecho, tienen una vaga idea a veces o rechazo a eso, en general, ¿no? Después, no, con respecto a la persona o a mi persona, no sé qué. Pero no entienden nada, no saben nada.

Vemos, entonces, que el lugar que tienen o podrían tener las benzodiazepinas en la clínica psicológica está mediado por esta figura que no ha dejado de aparecer desde el comienzo: el médico prescriptor. Veamos, entonces, otros modos en los que aparece en las entrevistas esta figura.

El médico prescriptor en la clínica psicológica

Hemos visto en el capítulo 2 cómo en la bibliografía publicada en el campo de la psicología existen diferentes posiciones en relación con los psicofármacos, que van desde una alta estima y valoración de su uso hasta las más fervientes críticas. Podemos observar que si bien la alta estima suele estar colocada sobre los psicofármacos, como un recurso útil y necesario que vino a mejorar la vida de las personas, las críticas suelen desbordar el objeto psicofármaco apuntando más bien a los actores que giran alrededor de ellas.

Médicos, psiquiatras, empresas farmacéuticas y consumidores son los blancos habituales a los que se dirigen los críticos de los psicofármacos. Este desplazamiento de la valoración lo hemos observado en una investigación reciente, en la que hemos visto cómo el fármaco es valorado neutralmente, llevando a una moralización de las conductas de quienes los usan, es decir, de médicos prescriptores o de pacientes consumidores (Bielli *et al.*, 2017).

En el caso de la presente investigación, pueden encontrarse en las entrevistas diferentes valoraciones de los psicólogos sobre la prescripción de benzodiazepinas que realizan los médicos. Estas valoraciones podemos dividir las, a grandes rasgos, en positivas y negativas. Veámoslo en detalle.

Las valoraciones positivas de la prescripción giran en torno a la prescripción de benzodiazepinas como un acto meditado por parte del psiquiatra, un acto prudente que atiende a los riesgos del uso de las benzodiazepinas; prescripción que no se instala de una vez y para siempre, sino que se evalúa bajar las dosis o discontinuarlas en el corto plazo, que evalúa y recurre a otros tratamientos no farmacológicos antes de prescribir una benzodiazepina. Asimismo, se valora positivamente que los psiquiatras den a los pacientes

información sobre los psicofármacos, especialmente sobre los efectos secundarios y sus riesgos.

Se trata de una valoración positiva que coincide punto por punto con lo que establecen las guías de uso de benzodiacepinas, escritas desde el enfoque que la medicina nombra como *uso racional de medicamentos* (Departamento de Farmacología y Terapéuticas *et al.*, 2016). El buen prescriptor es el prescriptor racional, y la racionalidad es la de los protocolos, de las guías de uso.

ALEJANDRA-B3: Si hay un uso racional... digo, donde, este... se respetan las indicaciones del psiquiatra, no hay un exceso por parte del psiquiatra... a veces podría darse, no sé, he sentido comentarios. No tuve esa experiencia.

Todos estos modos de calificar positivamente el acto de prescripción médica suelen establecerse mediante una contraposición con lo que es calificado como una mala prescripción, un mal uso médico de las benzodiacepinas.

E.: ¿Y vos encontrás diferencias, digamos, en el modo de uso, dependiendo de psiquiatras específicos?

NATALIA-C3: ¡Ah, sí! Ah, bueno, este, a mí me parece que, que se ajusta al dicho, cada maestro con su librito. ¡Ah, sí! Y hay psiquiatras que siguen indicando altas dosis de benzodiacepinas... hay psiquiatras que son muy responsables en eso, hay psiquiatras que explican la medicación para qué es [...] Pero estrictamente las benzodiacepinas, sobre todo en los médicos jóvenes, hay esa preocupación, o ese tiempo de tomarse de explicar por qué, de explicar por qué no aumentar, sí, y está bueno, está buenísimo.

E.: Y también hay de los otros, decís vos.

NATALIA-C3: Y también hay de los otros que asocian, te ponen clonazepam con alprazolam y, y que les meten y los dejan años con la misma cantidad, sin revisar por qué, por qué está con eso, si se puede bajar o no se puede bajar, es decir, yo creo que eso tiene que ver con la práctica individual de cada médico, que es un ser humano, ¿no? Y ahí está difícil.

Una buena prescripción es entonces una prescripción *preocupada*. Preocupada por los efectos adversos, por la posibilidad de generar dependencia en los pacientes, por prescribir de tal modo que no se instale un consumo que se extienda por décadas.

En cuanto a las valoraciones negativas, un elemento casi constante en todas las argumentaciones es la precaución que tienen los entrevistados antes de enunciar críticas a los médicos, especialmente cuando se trata de psiquiatras. Podemos pensar que, a diferencia de la bibliografía psicológica en que se enuncian críticas generales sobre médicos y psiquiatras con los que no se tiene un contacto directo, en las entrevistas los psicólogos no están hablando de la medicina y la psiquiatría como instituciones, sino de médicos y psiquiatras concretos con los que trabajan cotidianamente. Compañeros y compañeras de trabajo, de equipo, con quienes ciertamente se producen tensiones. Las benzodiacepinas, como tecnología que habita en las fronteras de las disciplinas, ponen en tensión los saberes, las prácticas, los valores de los profesionales.

Dentro de las valoraciones negativas del acto de prescripción de benzodiacepinas, algunas refieren al hábito de los psiquiatras de repetir medicación como un acto médico automático, irreflexivo.

RAÚL-C2: Los pacientes, cuando me llegan a mí, ya están en tratamiento psiquiátrico. Sí, porque los, los deriva el psiquiatra. [...] Bueno, hay algunos pacientes que no los median. Que los derivan a psicólogo y no los median. Son excepciones.

E.: ¿Te ha pasado?

RAÚL-C2: Sí.

E.: ¿Cuántas veces te ha pasado?

RAÚL-C2: Eh... cinco veces, y hace quince años que estoy acá.

E.: Claro, ¿y vos qué pensás de eso?

RAÚL-C2: [Suspira.] Y bueno, los psiquiatras, en general, suelen, este... o sobremedicar o... o medicar muchas veces a pacientes que quizá no era imprescindible, se podía intentar antes un abordaje psicoterapéutico y ver si se podía evitar la medicación, pero... en general, los psiquiatras median de entrada, es lo que suele pasar. Entonces, la norma, los pacientes están medicados. Cuando llegan a la consulta psicológica ya están medicados.

E.: Mirá, mirá.

RAÚL-C2: Sí.

E.: ¿Y las benzo aparecen ahí seguido o...?

RAÚL-C2: Y sí, sí, sí, sí. La benzodiacepina debe ser la que más se usa. Y los antidepresivos. Sí, sí. La gran mayoría, te diré.

Algunos entrevistados que llevan varias décadas de trabajo en ASSE afirman que la situación de la prescripción de las benzodiacepinas ha cambiado con el tiempo: «pasamos por una época de abuso, de sobremedicación en ansiolíticos a ahora, por suerte y gracias a Dios, hace varios años en donde hay una marcha atrás» (Natalia-C3). Sin embargo, esa marcha atrás no es lo que predomina en la percepción de los entrevistados. De hecho, en general, se habla del problema de las benzodiacepinas como un problema del presente. Un problema que estaría dado por las racionalidades en juego.

E.: Y otra pregunta te hago. Y cuando llegan a vos, o los pacientes que estás viendo o los que has visto. ¿Por cuánto tiempo han consumido benzodiacepinas? ¿Vos sabés eso? ¿Hablan de eso?

Rocío-B1: No. Sabés que no, no lo sé. Solo tengo la impresión de que en algún momento, este, crítico, se les recetó y quedó. En el amplísimo sentido de lo cronificado. Que habla tanto del papel en el que figuran sus medicamentos como en la conducta de la persona, ¿no? Este... y lo discrecional de... lo discrecional, a ver, la gente tiene derecho de consumir lo que quiera. Pero, ta, ese uso de una racionalidad propia de, de la medicación.

Además de la racionalidad de las guías, de la medicina basada en la evidencia, entonces, habría otra racionalidad propia de la medicación, caracterizada por el consumo crónico, cuyo origen situado en un espacio casi mítico ha sido olvidado, de lo naturalizado hasta tal punto que ya no se habla de ello.⁴⁷

Otro aspecto que se valora negativamente es que los médicos prescriptores no informen a los pacientes sobre las benzodiacepinas en el momento de la prescripción. Esto está en relación, nuevamente, con el acto de prescripción como un acto irracional, automático, que no tiene en cuenta al paciente:

Rocío-B1: Toda generalización es injusta, porque estoy también yo hablando desde lo que imagino que pasa en un consultorio médico, donde yo no estoy. Pero son los residuos, de lo que veo de lo que acontece, en el consultorio conmigo. Que el usuario, la usuaria,

47 En el apartado siguiente veremos otras formas de explicar que los pacientes no hablen de las benzodiacepinas en el consultorio psicológico. Veremos también qué dicen cuando sí hablan de ellas y cómo es leído por los psicólogos.

en general, no tiene mucho protagonismo en las consultas. Que se es más como objeto de consulta. Y en esto, quizás, en la escucha profesional de estos dolores, de esto que tiene que ver más con el sufrimiento emocional, este, hay como una línea directa, ¿no?, a las benzodiacepinas, porque es la respuesta que están en mejores condiciones de dar o que se pueden asegurar que pueden dar, porque una consulta conmigo puede llegar o no llegar, puedo hacer yo una valoración y que no ingrese, yo qué sé. [...] Yo me pregunto, cómo se le explica a una persona que, bueno, esta medicación es para cuando te sentís de determinada manera, y se establece un acuerdo, un contrato de en qué condiciones, cómo, cuándo, quién, ¿no? [...] siempre me queda esa duda de cómo se trabaja, cómo se conversa, cómo se acuerda, la cuestión de la toma de las pastillas, por ejemplo, de las benzodiacepinas.

Y aunque, efectivamente, toda generalización es injusta, los psicólogos que conocen otras tradiciones de psiquiatrías críticas, como la antipsiquiatría, afirman que hoy la psiquiatría en Uruguay es predominantemente biológica y conservadora:

CARLOS-BI: La psiquiatría acá... no tiene, no tiene prurito de medicar. Es muy clásica en ese aspecto. No sé si muy clásica. Muy conservadora, diciendo así, ¿no? Hablábamos con alguien, con un psicólogo, y hablábamos de eso el otro día, ¿no? De que no hay como alguien dentro de la psiquiatría que plantee una cosa distinta acá en Uruguay. Como que... alguien de referencia, ¿no? No sé. [...] Es decir, no hay, no hay. Más bien es una psiquiatría donde el peso es biologicista, este... bueno, no hay una línea que vaya por otro lado. Entonces, con relación a los medicamentos me parece que eso marca una forma de trabajo.

Esto tiene ciertas cercanías con lo planteado por Casarotti (2010), de formación eminentemente psicodinámica, que afirma que la psiquiatría contemporánea es eminentemente biológica, y alerta sobre los riesgos de este movimiento dentro de la psiquiatría. Esto podría dar pie, a quien desee seguir esta huella, a una investigación que dé cuenta de cuáles son las tradiciones imperantes en la psiquiatría en el Uruguay de hoy, que desde sus orígenes supo ser marcadamente ecléctica (Casarotti, 2007).

Las benzodiacepinas: ¿dentro o fuera de la jurisdicción de la psicología? Lo que se dice, o no, en el consultorio

Hemos visto cómo las benzodiacepinas son, de cierto modo, una tecnología omnipresente en la clínica de los psicólogos que trabajan en salud pública. La mayoría de los pacientes con los que trabajan, dicen los entrevistados, toman benzodiacepinas. Sin embargo, eso no implica que necesariamente se hable de ellas en el consultorio psicológico. Algunos entrevistados dan cuenta de la posibilidad de que las benzodiacepinas se mantengan en el campo de lo no hablado con el psicólogo si no se indaga específicamente:

Rocío-B1: ... en la mayoría de los casos, si de alguna manera no surgía la necesidad de que yo se lo preguntara o en un relato de una escena equis aparece, la gente no lo dice [que toma benzodiacepinas].

E.: Ah, mirá.

Rocío-B1: Yo no recuerdo que alguien espontáneamente, preguntado sobre qué toma, lo traiga, ¿no? Es como que está un poco, por mi experiencia, naturalizado como uno más de los medicamentos que me toca que me den. Y salvo que lo pregunte expresamente, la gente no lo trae. Y ahí, no sé, capaz que hay varias hipótesis, pero, a mí me parece que, por un lado, hay algo como de la naturalización del consumo de estas sustancias, ¿no?, de esta medicación. Como que entra dentro de un vademécum relativamente básico de medicación que se le otorga a las personas.

Nuevamente, las benzodiacepinas aparecen como aquello cotidiano, naturalizado, banalizado, sobre lo que no sería necesario hablar. Claramente, en este fragmento se muestra la preocupación de esta entrevistada por esa naturalización. Ese no hablar sobre las benzodiacepinas es leído también desde otro lugar, relacionándolo con el propio posicionamiento de quien escucha:

E.: ¿Qué te dicen a vos los pacientes sobre las benzodiacepinas?

JUAN-A3: Eh... Dicen poco.

E.: A ver...

JUAN-A3: Seguramente porque, este... tampoco está en la —yo creo que tiene mucho que ver con eso también, ¿no?— no está en la

constelación de mi pregunta, o de mi, de mi asunto, ¿no? Y seguramente si yo desde la primera entrevista mostrase mi apetito por la cuestión de los fármacos, «y qué te dio el médico», «y qué estás tomando», y anoto... «vamos a irlo viendo, cualquier cosa yo hablo con el médico», y lo llamo. ¿No? Eso daría, me parece, pie: «Ah... el tipo está interesado en esta cuestión, con lo cual no se va a interesar en otras, y se interesó en esto que...» [risas]. Pero como en realidad yo, yo intento, eh, no, no hacer una práctica del desconocimiento de eso, porque es un medicamento que puede ser muy mal usado y puede ser jodido, pero no, no lo ubico como el principio de la transferencia, ¿no? Es una cuestión como accesoria. Ya tiene su médico para eso, ¿no? «Y qué te parece, no pude dormir, ¿me sacaré una pastillita?», «Mirá, hablalo con tu médico», es decir, no, no, trato de no intervenir, ¿no? Al menos que vea que hay una situación gravísima y quizás sea necesario y que yo mismo le diga, «Ya, a emergencia», o... ¿no? «Ya mismo, esperá que voy a llamar al médico.» Que eso no lo he hecho en mi vida. Pero, pero quizás haya que hacerlo, no, no hay que restringir, me parece, no hay que cerrar. Tiene que estar la posibilidad, pero que no se vuelva un protocolo médico, ¿no? Ese es el tema. Que no se vuelva un protocolo de funcionamiento, ¿no?

Para Juan-A3, entonces, la forma en que ingresen las benzodiacepinas en la clínica psicológica implicaría un riesgo de correrse, en ese movimiento, hacia una posición médica, abandonando una escucha propiamente psicológica —psicoanalítica en el caso de este entrevistado—. Podría observarse cierta tensión entre dos aspectos de este fragmento. Por un lado, se trata de no hacer una práctica del desconocimiento de los problemas que puede acarrear el consumo de benzodiacepinas y, por otro, se le dice a la persona que eso debe hablarlo con su médico. Podría pensarse que, si mostrar interés por los psicofármacos podría generar que otros aspectos que serían propiamente del campo del psicólogo queden ocultos o no hablados, no mostrar interés podría dejar en el terreno de lo no hablado los aspectos subjetivos del consumo de psicofármacos.

Otros entrevistados afirman que los pacientes hablan en la consulta psicológica sobre las benzodiacepinas.

E.: ¿Y qué dicen los pacientes sobre las benzodiacepinas? ¿Hablan?

NATALIA-C3: Hablan de las benzodiacepinas. Este, esto se ha hecho popular. De que generan adicción, es lo que más traen. Los trastornos de memoria, aún hoy hay pacientes que ya lo empezaron a manejar, porque por suerte la psiquiatría cambió en eso, por eso te decía, pero sí lo que traen muchísimos pacientes, es «No, yo no voy

a tomar porque me voy a hacer adicto». Y eso también es algo, es un mito. No cualquier persona es adicta. Hay muchísimos pacientes que toman durante muchísimos años y cuando se la bajan y se lo sacan no genera una adicción. Sí tienen tendencia a ser adictivos cuando uno los toma. Pero yo creo que la adicción es otro componente de cada persona.

El conocimiento que despliegan los pacientes en torno a las benzodicepinas es, en general, calificado por los psicólogos como un conocimiento no experto. Podemos ver cómo Natalia-C3, al calificar el conocimiento de los pacientes como un mito, es decir, como algo falso, lo contrapone a un conocimiento que apunta a consolidar a la psicología como un saber experto en la materia. Si la adicción es un componente de cada persona, se coloca en las características singulares del paciente la causa de la adicción, es decir, se individualiza el problema, operación clave para la psicologización de un problema (Rose, 1998). Sin embargo, aunque se psicologice la adicción, a diferencia de lo que sucede con el caso de las drogas ilegales, no parece darse el paso de ofrecer tratamientos psicológicos para las personas adictas a las benzodicepinas.⁴⁸

También el no saber sobre las benzodicepinas se atribuye, algunas veces, a ciertas características de las personas con las que se trabaja, especialmente en espacios de internación psiquiátrica:

PEDRO-B3: De la medicación... eh... ellos lo que te dicen... digo, trabajamos con población vulnerable. Y a veces te dicen, la pastilla rosada, la azul, la verde... No hay...

E.: Ahí va... ¿Y no se sabe muy bien de qué está hablando, habla de diferentes pastillas?

PEDRO-B3: No, no, no te hablan de diferentes pastillas, este... o a veces alguno te puede decir, que tiene un poco más de historia psiquiátrica, digamos, y que tiene un nivel intelectual un poco más alto, y que tiene la posibilidad de... de saber un poco más de su enfermedad, de repente, te dice, sí, eh... viene y te dicen, y lo enviás al psiquiatra, ¿no? Este, la quetiapina me hace tal cosa, y te lo dicen por el nombre.

E.: Ahí va.

48 Veremos en detalle este punto en el último apartado del presente capítulo.

PEDRO-B3: En niveles más vulnerables a veces no te dicen. La pastilla en la mañana me hace mal, o la pastilla de la tarde. Y en realidad... no, no tiene un conocimiento de... en general, no tienen un conocimiento.

A partir de este fragmento, podemos ver que el ingreso de las benzodiazepinas (o de los psicofármacos en general) a la jurisdicción de la psicología puede verse obstaculizado cuando el paciente no habla de ellos en una lengua médica, es decir, desde un lugar inexperto. Aunque el paciente le hable al psicólogo de las benzodiazepinas y de su relación con ellas, al hacerlo con las palabras de su lengua cotidiana, su decir es descalificado desde cierto ordenamiento y jerarquización de la experticia. Parece haber ciertas dificultades para escuchar lo que tienen para decir sobre los psicofármacos, lo que no parece impedir que las personas sigan diciendo, a veces: la pastilla de la mañana me hace mal.

Rocío-B1 afirma, sin embargo, que sus pacientes jamás le han planteado un problema respecto a las benzodiazepinas:

E.: Eh, ¿alguna vez te plantearon alguna disconformidad con las benzodiazepinas?

Rocío-B1: No.

E.: ¿Y alguien te ha dicho que quiere dejar, algo de eso?

Rocío-B1: No. Nunca escuché, nunca escuché, nunca escuché eso.

Vemos, entonces, cómo por diferentes vías las benzodiazepinas se pueden mantener por fuera del campo de intervención de la psicología. Esto parece depender tanto del posicionamiento del psicólogo como del lugar que quienes consumen benzodiazepinas le dan a la psicología. Dado que en esta investigación hemos entrevistado a psicólogos, podremos ver más en detalle otros posicionamientos clínicos que abren caminos para que las benzodiazepinas ingresen al campo de la psicología.

Los pacientes «a nosotros nos dicen cosas que a los psiquiatras no» (Natalia-C3), dice una entrevistada, dando cuenta de cierto nivel de confianza o cercanía que se lograría con el psicólogo, que no se lograría con el médico prescriptor. La contracara de esto podría ser formulada así: los psicólogos les damos información sobre los psicofármacos a los pacientes, cuando los psiquiatras no. Es desde allí que algunos intervienen brindando información sobre las benzodiazepinas a los pacientes, actividad que algunos nombran como psicoeducación.

Los psicólogos recurren a esta actividad psicoeducativa en diferentes situaciones. Por ejemplo, cuando advierten ciertos usos de las benzodicepinas que se apartarían de la prescripción médica o de las guías de uso internacionales.

NATALIA-C3: Si bien la psiquiatría ha empezado a trabajar en ese aspecto [de los efectos secundarios de las benzodicepinas] y ahora, por ejemplo, por suerte, y yo me alegro tanto cuando los pacientes me cuentan «mire, el doctor me bajó a un comprimido y me dijo que yo puedo aumentar, pero no mucho más», ¡ah, me parece muy importante! Y cuando de repente en la consulta yo tengo pacientes. Veo, acá en el ASSE o en mi consultorio, yo trabajo con pacientes graves afuera en mi consultorio [...] La consulta mía externa, te diría, un sesenta por ciento o más, son pacientes en tratamiento, este, psiquiátrico, o sea, con psicofármacos, entonces las benzodicepinas es difícil que no estén. Es difícil. Pero bueno, si yo veo pacientes con altas dosis, empiezo a trabajar con ellos la reducción.

E.: ¿Y cómo la trabajás?

NATALIA-C3: Planteándole estas cosas. Siempre diciéndole que lo consulte con el médico. Que lo hablen, y si no lo habla con el médico, que puede no hacerlo, a mí me parece que es mi obligación profesional, este, hacer psicoeducación, y plantearle que el consumo en altas dosis y después de muchos años y pasando los cuarenta años tiene repercusiones en ellos. Y que lo sepan. Y que es una decisión de ellos el plantearlo al médico, el insistir, porque yo creo que el tratamiento farmacológico es algo consensuado. A mí me parece que el paciente tiene que poder hablar, saber lo que toma, para qué es y qué consecuencias adversas tiene. Y el psiquiatra tiene la obligación, como nosotros tenemos otras, de explicarle y escucharlo, y de consensuar el tratamiento. Tratamiento no consensuado no funciona. A no ser un, por ejemplo, en un psicótico que no tiene conciencia de enfermedad, entonces ahí no podés consensuar nada. Tenés que medicar al paciente como sea. En la leche, en la comida, el familiar tiene que darse maña. En la jeringa, en donde sea. Pero pacientes que sí, que tienen posibilidades de tener conciencia de enfermedad, a mí me parece que el tratamiento se tiene que consensuar. Yo siempre le digo a los pacientes: «Ustedes díganle», porque yo tengo, a veces te pasa en la consulta que te dicen «ah, me indicó tal cosa y no lo voy a tomar», entonces yo le digo «no. No puede no tomar. Tiene que ir y decirle al psiquiatra «mire, yo esto no estoy de acuerdo en tomarlo. Y ahí, ver qué le dice el psiquiatra». Entonces, con las benzodicepinas yo lo que hago generalmente es eso. Este, si

veo pacientes que toman tres comprimidos al día, que se ha llegado a indicar, o varios asociados, yo lo que hago es eso: lo psicoeduro al respecto de los efectos adversos.

En este fragmento podemos ver cómo las fronteras disciplinares son puestas en cuestión. En efecto, las guías de uso de las benzodiacepinas recomiendan utilizarlas a dosis bajas, por cortos períodos de tiempo y no se recomienda asociar diferentes benzodiacepinas (por ejemplo, alprazolam y clonazepam o diazepam y lorazepam) (Departamento de Farmacología y Terapéuticas *et al.*, 2016; Benzodiazepine Committee, 2002). Estas guías están dirigidas a médicos y psiquiatras, es decir, a prescriptores de benzodiacepinas. Sin embargo, los psicólogos que trabajan hace varias décadas en los servicios de salud están familiarizados con estas recomendaciones y, por tanto, parecen ser proclives a identificar este tipo de situaciones.

Esto produce, nuevamente, cierta tensión entre las disciplinas y pone en cuestión las fronteras entre profesiones. Esta tensión parece ser resuelta de diferentes modos. Puede colocarse como un problema ajeno ante el que no se debe intervenir, un problema del paciente o del médico prescriptor. También, a pesar de ser considerado como un problema de un campo disciplinar ajeno, puede llevar a intervenir de diferentes modos. Los psicólogos entienden que intervenir en el campo de las benzodiacepinas implica caminar por cierta cornisa:

MARÍA-C2: Claro, a veces ha pasado que hay pacientes que me plantean de pronto un, un síntoma que nunca tuvieron en su vida, entonces, me he tomado el atrevimiento, sí, lo digo, lo reconozco, no sé si es un atrevimiento, pero yo —es mi, es mi perfil— agarro el *Farmanuario* y me fijo, le digo, mire «sabe una cosa, puede ser producto de la medicación. De todas maneras, más allá de que acá lo diga, su próxima consulta con su médico plantéesele». Siempre, en el lugar que corresponde, en el lugar que corresponde. No me... o sea, a veces cuando me lo traen con mucha preocupación y es algo que no, y que de pronto, viste, que hay cosas que ya sabés.

E.: Sí.

MARÍA-C2: El alprazolam en, en, por tiempo prolongado produce trastornos de la memoria, por ejemplo. Ta, porque ya lo he escuchado, pero hay otras que realmente, yo no soy médico, no las sé, entonces el paciente te las trae como algo muy preocupante y nunca tuve, porque la verdad, yo qué sé, empieza a tener cefaleas... «¿Qué es que está tomando?, a ver, espere un poquito», no lo tengo de pronto conmigo, bueno, lo voy a buscar allá a la administración, lo traigo y busco, ¿no?, he aprendido a buscar.

E.: Ahí está.

MARÍA-C2: Entonces, porque a veces no, no es cosa y me quedo pensando en el paciente y lo busco por, por un tema mío, de información para mí. Entonces, digo «sabe que puede ser», puede ser, porque a veces el libro dice una cosa y después resulta ser otra, pero igual la próxima consulta, plantéesele a su médico. Eso es lo, lo, siempre que se remita porque en realidad yo no, hay cosas que yo no las puedo dar, por más que la sepa me parece que no es mi tarea. Yo siempre soy de la idea que el paciente se tiene que ir a veces con respuestas que, bueno, por eso me tomo el atrevimiento de agarrar el *Farmanuario*, no es mi tarea, pero bueno, me parece que no lo puedo largar de la consulta con esa, con esa cosa de que, que tengo y no sé qué es, no sé por qué la tengo.

Intentar incidir en que el paciente le haga comentarios sobre los fármacos al médico prescriptor parece ser un modo que encuentran los psicólogos de intervenir en lo que consideran un problema, lidiando con las fronteras entre las jurisdicciones. El riesgo parece ser transgredir los límites.

En los apartados siguientes, antes de pasar a las conclusiones, veremos dos situaciones particularmente problemáticas. Situaciones que tensan a tal punto a los psicólogos, que llevan a pasar la frontera e intervenir —más o menos cautelosamente— de otros modos en el campo de las benzodiazepinas.

¿Abuso o autonomía? Roles asignados y asumidos en la llamada adherencia al tratamiento farmacológico

Los psicólogos despliegan una serie de relatos en los que los pacientes aparecen como malos usuarios de las benzodiazepinas. Uno de los relatos que aparece insistentemente y que también fue encontrado en investigaciones anteriores (Bielli *et al.*, 2015) es el que afirma que los usuarios realizan intercambios de benzodiazepinas con personas cercanas.

CARLA-B2: «Ay, mi abuela, mi vecina me dio el diazepam para que me tranquilizara...» Pero no necesariamente en casos de pacientes que tienen una medicación indicada, ¿me explico? El uso del diazepam como el caramelo, ¿no? O como el Mejoral o como el Perifar.⁴⁹

49 Mejoral (paracetamol) y Perifar (ibuprofeno) son nombres comerciales de dos analgésicos de venta libre, el primero particularmente popular en la segunda mitad del siglo xx y el segundo actualmente.

ROCÍO-B1: ... a veces relatan situaciones en las que le ofrecieron esa respuesta [benzodicepinas], digamos, a otras personas en una situación de crisis o en una situación de angustia. «Le di media pastillita, le dije, ponete», ¿no? [hace el gesto de ponerse una pastilla debajo de la lengua], una media pastillita debajo de la lengua, ¿no? «Y tranquilízate un poco porque», ¿no? Esa cosa de recetar tranquilidad y de recetar calma, ¿no? Esto que está tan extendido, que vos decís, pero bueno, un poco de malestar, un poco de bronca, un poco de... para romper ciertas cuestiones, pero no. Más bien que es como recetar tranquilidad.

Aunque algunas benzodicepinas pueden comprarse legalmente en farmacias sin necesidad de receta médica, en las entrevistas son la abuela, la vecina (siempre mujeres) y la feria las que aparecen como las principales proveedoras de benzodicepinas por fuera de la relación médico-paciente:

ALICIA-B2: Pero, sí, lo que te dicen... el tema de «lo compré en la feria»... Y «si no me lo dan me lo compro en la feria». Es... no sé la feria de dónde lo sacan, pero eso es pan de todos los días. Eso sí. Eso no se ha podido... Quizás, me pongo a pensar ahora, que lo escuchás menos que antes, pero se escucha, sí. O «se lo pido a la vecina», o «me tomo el de mi abuela». Este... eso sí.

Es interesante notar que estos relatos provienen fundamentalmente de psicólogos y psicólogas que trabajan en policlínicas o centros de salud de ASSE, y no de quienes trabajan en los espacios de internación o rehabilitación.

Otras prácticas de los pacientes valoradas negativamente son las que suelen ser nombradas como un mal uso de benzodicepinas. Estas son expresadas por profesionales de todos los niveles de atención. En sus argumentaciones, un término aparece insistentemente: abuso.

NATALIA-C3: [He visto pacientes] que no hay forma de sacarle [las benzodicepinas]. Porque han llegado a tomar dosis altas, cuatro y cinco, porque también ellos abusan de las benzodicepinas.

E.: ¿Cómo es ese abuso?

NATALIA-C3: Abuso es empezar a tomar por [cuenta de] ellos. Yo acá he visto mucho eso. Este... que empiezan y empiezan a aumentar [...] Este, entonces, bueno, yo creo que uno tiene que poder trabajar esas cosas.

ALEJANDRA-B3: Yo qué sé, hacen unas mezclas... En general son personas que tienen consumos muy graves y que, bueno, consumen mucho a veces mezclado con alcohol, como te dicen, para bajar que... consumieron mucho de cocaína o de derivados de la cocaína, entonces, después.

E.: Ahí va. ¿Y vos qué pensás de eso, de esa forma de usarlas para bajar, decís vos?

ALEJANDRA-B3: Ah no, eso es un abuso. Es un consumo. Eso puede generar una dependencia a la larga, ¿no? Sí, sí, sí. Están en riesgo.

La delimitación entre el uso y el abuso está más que clara: se trata de utilizarlas en dosis más altas o frecuentes que las indicadas por el médico prescriptor. Así como hemos visto que algunos psicólogos valoran negativamente la práctica de prescripción de benzodiacepinas calificándola como abusiva, excedida, automática, también valoran negativamente el uso de benzodiacepinas que realiza la población en general. Así, la causa de la omnipresencia de las benzodiacepinas no está puesta únicamente del lado de los médicos:

NATALIA-C3: ... cuando abusan [de las benzodiacepinas], yo generalmente lo pongo en la historia y lo subrayo: abuso de benzodiacepinas. Y si el médico está en ese momento, el psiquiatra, [le digo]: «Mirá que está pasando esto y esto». Porque a veces, lo que pasa, los discursos son distintos, de acuerdo con quién habla el paciente, y acá a nosotros nos dicen cosas que a los psiquiatras no. Entonces, si hay un abuso de benzo, o de lo que sea, yo enseguida lo registro en la historia, lo subrayo, y si puedo agarrar al médico ahí, voy y le digo «mirá que pasa esto, esto y esto» ¿No? Porque hay una cierta gravedad en esto. Y hay la posibilidad de que el paciente, en cualquier momento, así como abusa de esto, agregue, o tenga un problema serio de salud. Con las benzodiacepinas no tanto, dormirá, ¿no? Pero, pero bueno. Me parece que la obligación nuestra es, si nos enteramos, eso de alertar al otro profesional —sobre todo al psiquiatra que es el que medica— de estas cosas.

Aquí podemos empezar a ver cómo los psicólogos abandonan, a veces, esa posición clínica de indiferencia y pasividad respecto a las benzodiacepinas. Ante determinadas situaciones, aunque los psicofármacos en principio no estarían dentro de la jurisdicción de la psicología, la mirada del psicólogo apunta hacia ellos.

E.: ¿Qué pensás de las críticas que se le hacen al uso de este, de esta medicación?

GRACIELA-C2: Y bueno, lo que pasa que parece que, es como todo, cuando abusás, está mal, ¿ta?, y, y eso es también una educación que hay que hacerle al paciente, bueno, esta medicación, tú no podés abusar, tú tenés que tomar la dosis que corresponde.

E.: Encontrás que se pasan de la dosis...

GRACIELA-C2: Y, a veces, sí.

E.: Si están muy locos.

GRACIELA-C2: Claro, sí, me meto un alprazolam, un Rivotril, yo qué sé, no sé. Bueno, entonces, ahí también trabajás, bueno, ¿y por qué necesitaste tomar más, qué te estaba pasando, no habrá una manera de poder abordar esa dificultad...? Ese es el trabajo nuestro. Es así.

«Ese es el trabajo nuestro», dice Graciela-C2; «uno tiene que poder bajar esas cosas», dice Natalia-C3. Ese trabajo parece estar, por momentos, en el borde entre apuntar a subjetivar la relación del paciente con el psicofármaco y realizar un control de la medicación. Es decir, no siempre queda claro si la palabra trabajo se refiere a apuntar a un trabajo subjetivo de quien consume el psicofármaco o a un trabajo del psicólogo de estar atento a las conductas de consumo de los pacientes.

Otras veces, claramente, se hace propia la tarea de controlar que el paciente ingiera las benzodiacepinas del modo en que fue indicado por el médico.

ALEJANDRA-B3: ... dentro de mi trabajo, eh, trato que no hayan transgresiones, ¿no?

E.: A ver, ¿cómo es eso?

ALEJANDRA-B3: Que no hayan transgresiones al tratamiento del psiquiatra. Y si no, me valgo de algún familiar, si empiezan a haber transgresiones, bueno, incluyo a un familiar. Yo soy psicodramatista, psicodrama psicoanalítico, ¿no? Es la línea que tengo, entonces... Aparte me formé en familia, lo vincular, entonces, bueno, a veces incluyo... este... personas, digo, del entorno, que elija el usuario, cuando, si hay una transgresión al tratamiento. Me ha pasado, sí.

E.: ¿Te animás a contarme cómo es eso de la transgresión al tratamiento?

ALEJANDRA-B3: Bueno, yo qué sé. Que hacen un mal uso. No toman la medicación o suspenden la medicación por la [propia] cuenta o, si se toman, no sé, empezaron a tomar más porque estaban más, estaban ansiosos, entonces empezaron a automedicarse...

En la investigación anterior nos habían relatado también un intento de lidiar institucionalmente con estos usos autónomos de los pacientes:

... en el equipo de salud mental, te cuento que hay un programa que es el plan semanal, porque hay pacientes que vimos que si se les daba la medicación para todo el mes, la vendían, se la tomaban toda, hacían cualquier cosa. Entonces, se les da por semana y, en algunos casos, se les ha dado por día, que fueran todos los días y de que la tragaran delante de la enfermera.

Es interesante notar que en la función de los psicólogos, para poder lograr la tarea de controlar el uso de las benzodiacepinas, no basta una posición pasiva.

NORA-C1: El tema es que, además, por ejemplo, cerca de la policlínica hay dos ferias en las cuales la gente las compra por cincuenta pesos. Entonces, mucha gente que se le da la medicación acotada a lo que debería tomar, después compra en la farmacia cinco cajas más y toman como quieren, entonces, a veces, es como muy difícil controlar eso, porque no hay forma. [...] Entonces, ¿cómo hacés con eso? Entonces, vos le das acotadamente, porque eso podría servir, puntualmente, para tal cosa y después, están tomando el triple. Y, generalmente, al psiquiatra no se lo dicen y, a veces, como yo soy una hinchita, a veces, me lo dicen a mí. Y, a veces, uno, en el discurso, se da cuenta que están haciendo otra cosa de la que estaban diciendo y los agarramos ahí, pero después van igual y toman lo que quieren.

Se establece así un cuadrilátero entre las cuatro figuras: el psiquiatra, el psicólogo, el paciente y las benzodiacepinas en el que de diversos modos los profesionales intentan modelar el uso que hace el paciente de las benzodiacepinas. En estos fragmentos que hemos visto aquí, podemos ver al psiquiatra y al psicólogo trabajando en conjunto por una misma tarea: lograr que el paciente consuma el fármaco del modo indicado por el médico y que lo haga únicamente con un fin terapéutico. En efecto, es la llamada adherencia al tratamiento la que sostiene los argumentos para controlar la medicación.

NORA-C1: Y bueno, hay cuadros que han sido bastante graves, muchas pacientes que no pueden salir de la casa por lo que se llama trastorno de pánico, este... y cuadros que han demorado muchísimo

en poder revertir. Pero la mayoría de los casos de adultos, en mujeres adultas, este, han tenido episodios de no salir a la calle. [...] vienen acompañadas. Vienen acompañadas, entonces, el primer logro es que puedan venir solas, con la pastilla en la cartera. O sea, a ver, yo hago mucho hincapié en la parte de... de adhesión a la medicación, trabajo quince minutos más o menos con eso, hasta... porque para mí es como un buen acompañante, este... que puedan salir a la calle con la pastilla en la cartera o en el bolsillo. Y que eso sea su objeto acompañante.

La adherencia al tratamiento es definida por la Organización Mundial de la Salud como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario» (traducción tomada de Dilla *et al.*, 2009).⁵⁰

El trabajo del psicólogo en pos de la adherencia al tratamiento también es invocado cuando los pacientes se niegan a tomar psicofármacos.

NATALIA-C3: Cuando veo pacientes, por ejemplo, el otro día estaba trabajando con una paciente que tiene dificultades importantísimas para dormir, tiene un trastorno de ansiedad, y no hay forma. ¡Y una resistencia a tomar medicación! Entonces, este, estamos con eso de: «cuarto, dale cuarto, probá con cuarto, no te asustes, no va a pasar nada. Te va a bajar la ansiedad y vas a poder dormir». Porque uno de los trastornos que tiene es de sueño. Se despierta... Entonces: «Probá con cuarta». Yo soy hinchada de la medicación en la medida en que sé que la medicación, sé que puede causar al paciente mejor calidad de vida. Y si está alterado el sueño, bueno, «vamos a intentar, cuarto». Incluso, yo le digo: «Está ranurado en cuatro. Usted, tú cortás el cuarto, pero si querés cortar más del cuarto, y probar con una miga, probá y empezá por ahí».

La necesidad de la intervención desde la psicología para lograr la adherencia al tratamiento psicofarmacológico puede encontrarse en la bibliografía médica. Así, el psiquiatra Glen Gabbard afirma que «algunos pacientes suelen resistirse a tomar medicación, porque creen que esta los estigmatiza como enfermos mentales, por lo cual se precisa la intervención psicoterapéutica para ayudarlos a entender y eliminar sus reservas acerca de la farmacoterapia» (Gabbard, 2002, p. 259).

En consonancia con lo relatado por Natalia-C3, es interesante notar que en este pasaje de Gabbard la psicoterapia aparece como un modo de intentar

50 En el texto original en inglés: «the extent to which a person's behaviour –taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider» (WHO, 2003, p. 3).

convencer a la persona de la necesidad de que tome los psicofármacos que le fueron indicados. Se trata de cierto modo de trabajo en conjunto entre psicólogos y médicos prescriptores, en el que se le asigna un rol claro a la psicología clínica: eliminar las reservas del paciente sobre los psicofármacos.

Puede observarse cierta tensión entre la adherencia al tratamiento como el grado en que el paciente realiza en la práctica lo que habría sido un acuerdo entre médico prescriptor y paciente, y la adherencia al tratamiento como el grado de cumplimiento de la indicación médica. Esta tensión está ya en el origen de la noción de adherencia al tratamiento, ya que esta proviene de una reconsideración del término *cumplimiento del tratamiento*, que mostraba claramente la asimetría en juego: el médico indicaba y el paciente cumplía o no con lo indicado (Dilla *et al.*, 2009). El cambio terminológico parece insuficiente, ya que no parece lograr reducir una asimetría entre médico y paciente que insiste en el discurso de los profesionales.

De hecho, para algunos psicólogos el cumplimiento del tratamiento farmacológico es una condición indispensable para aceptar trabajar con determinados pacientes:

GRACIELA-C2: Si yo recibo pacientes que están medicados, ojo, para mí poder trabajar, por ejemplo, que adhieran al tratamiento psiquiátrico es muy importante.

E.: Claro.

GRACIELA-C2: En los pacientes graves.

E.: Hum.

GRACIELA-C2: ¿Ta?

E.: Sí, sí, es un apoyo fundamental.

GRACIELA-C2: Eh... Yo, digo, si es un paciente bien grave y no tiene tratamiento psiquiátrico, no puedo trabajar, y bueno, entonces no, no trabajamos. Así, en eso, soy, este... porque no.

E.: Sí, sí, no, no tenés que cargar con... situaciones difíciles.

Entonces, retomando, podemos ver que cuando los pacientes toman una dosis más elevada que la indicada por el prescriptor, cuando toman menos o las abandonan sin el aval médico, cuando las adquieren por fuera de la relación médico-paciente, algunos psicólogos consideran que es momento de intervenir de un modo activo. Así, las benzodiacepinas ingresan al campo de la

psicología como un problema ante el que se puede —y se tiene— que actuar. Algunas veces intervienen directamente con el paciente, otras, advirtiéndolo al psiquiatra o incluyendo a algún familiar que sirva como garante de la ingesta del psicofármaco.

Esta posición, que encontramos en las entrevistas, está lejos de ser universal en la psicología uruguaya. Por un lado, no se encuentra bibliografía nacional de la psicología que establezca estas pautas o recomendaciones de intervención. Más bien parece tratarse de ciertas prácticas establecidas por otras vías que no son las de la formación profesional ni académica. Llegar a conocer de dónde provienen estas prácticas de los psicólogos requeriría una investigación en sí misma, pero algunas pistas tenemos.

Por ejemplo, podemos ver que quienes relataron este tipo de prácticas de control del uso de la medicación son personas que trabajan hace más de quince años en servicios de salud, por lo que podríamos pensar que está relacionado con ciertos roles asignados a la psicología en estos espacios. Otros entrevistados se desmarcan de estas prácticas, y es a través de ese movimiento de distanciamiento que podemos ver algo de los roles asignados a los psicólogos en los servicios de salud:

JUAN-A3: Hay un médico muy famoso, un veterano —que yo respeto, es un tipo que sabe mucho—, que él cuando hace muchísimos años empecé en práctica clínica, me dijo: «Mirá pibe, vos para ser buen psicólogo tenés que estar al tanto si los pacientes toman la medicación y asegurarte que la toman. Si la toman, vas a ser un gran psicólogo» [risas].

E.: Ah, mira ¿qué lugar, no?

JUAN-A3: Estuvo buenísima la definición [risas]. Bueno, a partir de ahí me quedó claro lo que era ser un mal psicólogo [risas], y decidí ser un mal psicólogo [risas]. No... él lo dijo con cierta ironía, pero, pero por la vía del chiste siempre se dicen las, las cosas más verdaderas [risas].

Este psicólogo muestra cómo fue necesario un movimiento de su parte para no posicionarse desde ese rol asignado por la institución, por los otros profesionales, de controlar la medicación. Ese movimiento no es algo del pasado, de una anécdota olvidada, sino algo que se narra en presente:

JUAN-A3: Hay como una, una demanda semioculta de que, de que el psicólogo cual enfermero pueda también ocuparse de, de atender y vigilar al... Claro, lo que pasa que acá hay como muchos ojos puestos en la cuestión de asegurarse las ingestas [de psicofármacos], eh... [...]

Pero lo cierto es que, es como una de las, de las misiones que podría tener un, una de las tantas funciones [que podría] articular un psicólogo en la clínica semanal —que es lo que, de lo que no goza generalmente la psiquiatría en el mutualismo—, salvo que sea un psiquiatra más particular, una asistencia más particular, eh... una de las, eh... de los roles asignados, dichos o no, eh... y que sobrevuela es ese. [...] Porque estando tan sumergido en una atmósfera de fármacos uno puede, y esto es lo que muchas veces yo verifiqué en muchísimos colegas, eh, pasar rápidamente a ser un médico más. Eh... más papista que el papa, como dice [risas], como dice la expresión.

Si los psicólogos que controlan el consumo de psicofármacos recurren a argumentos ligados a la medicina, Juan-A3 justifica la suya desde cierta concepción de la relación del paciente con el psicofármaco, o del modo en que los psicofármacos participan de la vida de quienes lo consumen. Una concepción en la que no parece tener tanto lugar el médico prescriptor ni el conocimiento médico sobre los psicofármacos. Como vemos, esto no quita que las benzodiacepinas estén allí como parte del panorama en la clínica, pero ingresan de otro modo:

JUAN-A3: En el ejercicio privado cuando, cuando hay alguien que, por ejemplo, está medicado por la vía del mutualismo y ve al psiquiatra capaz que una vez cada cinco meses y luego renueva la medicación en actos más bien administrativos, y... y uno puede quizás tener la, la precaución, atender a que una persona pueda estar o sobredosada, haciendo un uso tóxico del fármaco y estar sobredosada, como entrar en una relación más de tipo, eh, hedonista con la sustancia, y entonces ahí será una, un elemento a atender en la medida que el hablante quiera atender a eso. Porque si el hablante se quiere empastillar y es su viaje [risas], yo no tengo nada para hacer con eso, no me ocupo de controlar.

Estos pasajes nos muestran, entonces, otro posicionamiento de los psicólogos respecto a la farmacoterapia, que otorga un lugar bien distinto a las benzodiacepinas y lleva a comprender las prácticas de los pacientes desde otro lugar. «Después van y toman lo que quieren» (Nora-C1), parecen admitir varios entrevistados. Sin embargo, lo que puede ser entendido por algunos como una falla en la adherencia al tratamiento, es entendido por otros como un acto ligado a la autonomía de la persona: «La gente tiene derecho de consumir lo que quiera» decía, al pasar, Rocío-B1.

Un entrevistado se explica más en el asunto, y vale la pena citarlo en extenso, ya que incluye también las tensiones con otros modos de posicionarse como psicólogos ante los psicofármacos:

CARLOS-BI: Yo creo que hay un ejercicio de la libertad ahí de los usuarios, que por más que el médico les diga una cosa, ellos van probando, así como hay quienes lo toman para buscar otros efectos, digamos, la llamada automedicación. O bueno, este, no, sería distinto. Aunque los hay quienes no recurren al médico para medicarse, ¿no? Y los hay quienes no buscan los fines que el médico buscaría mediante ese producto, ¿no? Son distintos. [...] yo qué sé, por... es lo que me llega por un lado básicamente me llegan por los usuarios, quizá no es algo que haya hablado tanto con los médicos, pero, de, de que... se recetan: «Lo va a tener que tomar este medicamento, este, por tanto tiempo», y bueno. El otro ve si lo interrumpe o no, si le hace caso o no, este... creo que hasta a veces se les miente diciéndoles que sí, pero no. Sí, en eso también me parece que hay... algo hay de la prescripción médica que no, no termina de ligar y que el otro tiene la libertad de decir sí o no. Lo que pasa que claro, los médicos por lo general eso lo leen en términos de adhesión al tratamiento. Y eso es un cliché, digamos, que bueno, es como: todo lo que no entra dentro de lo que ordena el médico no es adhesión al tratamiento, y queda como una forma de autoboicotarse, bueno, toda esa lectura, ¿no? A mí me parece que bueno, eso es un tema que, que, que hay que abrir la discusión y no solo pensarlo como una resistencia, digamos, de parte del paciente, sino bueno, también está la libertad en juego del otro, y que va probando, que es su cuerpo, que es su vida, y no, no está del todo, este... sometido, ¿no? Sujeta a lo que dice el médico y el psicólogo o el equipo de salud mental, porque no es una cuestión del médico, específicamente. Es una cuestión del equipo de salud, en general, o el equipo de salud mental. Este... y ahí están involucrados los psicólogos también, porque, bueno, hay distintas posturas también de los psicólogos [...] me parece que el peligro de estos medicamentos, o la discusión, no es si se usan o no, o si sirven o no, o si son buenos o no, sino si se usan para controlar o se usan para otras cosas. Y cómo están jugados los psicólogos ahí en esa función de control que tienen los ansiolíticos o los tranquilizantes, es algo a interrogarse, porque están como los médicos, no solo los médicos, ¿no?

De algún modo esta investigación ha seguido esa pregunta de cómo estamos jugados los psicólogos en estas prácticas. En efecto, si la psicología en el Río de la Plata ha recurrido a Foucault para denunciar el control ejercido por la medicina sobre la sociedad, también se puede recurrir a Foucault para pensar los modos en los que participa la psicología en el gobierno de las sociedades. Es justamente lo que ha hecho Nikolas Rose (1998) en sus estudios sobre las disciplinas psi, releando lo que Foucault nombraba como prácticas de gobierno de sí. También en Uruguay recientemente se han

mostrado algunos aspectos del lugar de la psicología en estos procesos estudiando su participación en diferentes niveles de las políticas públicas (Chávez y Piquinela, 2017).

Como nos invitan Jorge Chávez y Pablo Piquinela (2017), se trata de «reconocer qué redes ayudamos a sostener, qué intereses traducimos en nuestras prácticas» (p. 98). Como veremos en las conclusiones, esta investigación aporta en esa línea. Pero antes, detengámonos en otra situación en la que los psicólogos se ven interpelados a intervenir en el campo de las benzodiacepinas.

Un psicofármaco pegadizo. Discontinuación de benzodiacepinas en la clínica psicológica

La necesidad de intervenir desde la psicología en el campo de las benzodiacepinas se ve acentuada en una situación singularmente compleja. Como hemos visto en el capítulo 2, en las entrevistas puede verse que el efecto adverso más conocido de las benzodiacepinas y que más preocupa a psicólogos y psicólogas es la dependencia que generan. Esta preocupación no es específica de los psicólogos: puede encontrarse en sectores más vastos de la sociedad. Hemos visto cómo la dependencia es el efecto adverso que aparece con mayor énfasis en las publicaciones uruguayas, tanto en el ámbito académico como en los medios de comunicación masiva.

Esta preocupación instala en los psicólogos cierta mirada atenta a la cronificación de su uso. Algunas veces, esto lleva a que intervengan del mismo modo que ya hemos descrito: intentando incidir en que el paciente considere que es un problema y que sea él quien se lo plantee al médico prescriptor:

MARÍA-C2: También está todo esto de, de, de la dependencia de la medicación, hay pacientes que son años que están con... y [baja la voz]⁵¹ bueno, no sé. Y no le, no le podés hacer entender que, bueno, vamos a probar dejar, no, hay algunos que no se lo imagi* no se imaginan su vida sin eso.

E.: Pero ¿te pasado en la práctica clínica de, de intentar... este?

MARÍA-C2: Sí... o de pronto, decir —porque por momentos están un poquito mejor— «¿qué tal si le comenta a su médico?, vamos a probar», «no, no, no, porque yo sé que si esto no lo tomo...», por ejemplo, el trastorno del sueño, ¿no?, «no voy a dormir, y no voy a

51 La entrevista fue realizada en su lugar de trabajo.

dormir». Y bueno, ta, cuando empiezan así, ta, uno trata de mostrarles que puede, bueno, que podemos probar con otras cosas, y ta.

Algunas veces se instala entre el psiquiatra y el psicólogo un acuerdo en el que ambos apuntan para al mismo objetivo de discontinuar el uso de benzodicepinas. Así lo plantea la psicóloga Estela-B3, que muestra a la vez cómo se enfoca en la discontinuación de las benzodicepinas y cómo trabaja en equipo con la psiquiatra con este objetivo:

ESTELA-B3: Yo siempre apunto a que la persona, ta, pueda prescindir de la medicación, ¿no? Y bueno, este... nada, eso.

E.: Ahí va, pero en el trabajo mismo ¿se habla de eso?

ESTELA-B3: Sí, sí... sí, ta. Siempre estoy tratando de que lo dejen.

E.: Me interesa ver cómo tratás de que lo dejen. Me interesa preguntarte eso.

ESTELA-B3: Y bueno, ta, planteando metas, ponele, digo bueno, ta. Este... Fortaleciendo a la persona que se anime, que... da mucho temor, digo, después de... porque hay que pensar, ta, se llega a eso habiendo pasado mal, entonces, así sea con adormecimiento, pero bueno, sí, la gente se aferra a eso.

E.: ¿Y qué te dicen ellos cuando vos planteas esto de estas metas?... ¿Las personas qué te dicen? Podés contar algún caso, o en general, como quieras.

ESTELA-B3: Este... bueno, digo, en algunos casos se... ta, se logra progresar, digo, ta, y lo dejan, o toman menos, yo qué sé. Sí, lo más fácil es disminuir la dosis, ¿no? Según el tiempo, digo. Pero ta, en otros casos es como una cuestión, un apoyo estratégico, trabajamos coordinando con la psiquiatra y ya se plantea así de entrada, ¿no? Y ta, de repente dura unos meses y no se sigue, ¿no? Es el ideal, pero bueno.

De hecho, en el caso de este equipo de trabajo, parece ser la psiquiatra la que va a la vanguardia de la discontinuación de las benzodicepinas:

ESTELA-B3: Mirá, en algún caso en particular, este... que es al revés te diría. La psiquiatra está empecinada en, en que deje de tomar un paciente en particular, ¿no? Porque toma un cuarto de flunitrazepam, que es una dosis que no existe, ¿no? Entonces ella le insiste que

la deje, porque ta, la dependencia no... este... digo, ta, es psíquica, ¿no? Pero bueno, por otro lado, está bárbaro, ha mejorado un montón, y si precisa eso, ta, yo qué sé, o sea, yo ahí como, no coincido. Digo, dejalo tranquilo, además, que es su opción porque trabajado está recontra trabajado. Este... alcoholista, digo, hace años que no consume, pero sí, claro, a ver, que conserve ese grado de dependencia es lo de menos. Pero, un cuarto, o sea. Ta, y con eso duerme y si no digo, ta, yo qué sé, viste [risas].

E.: Cómo pensás eso de la dependencia psicológica que mencionaste al pasar.

ESTELA-B3: Y bueno, no, por la dosis, digo, un cuarto no le genera otro tipo de dependencia. No, no le hace efecto, digo, bueno, ta... [risas], tengo entendido, este...

En investigaciones anteriores hemos visto cómo entre los profesionales circula esta afirmación de que las benzodiazepinas a dosis bajas no producirían dependencia.⁵² Desde hace ya varias décadas esto es puesto en cuestión en la bibliografía médica (Landry *et al.*, 1992; Ashton, 2005). Pero más allá de analizar la causalidad de la dependencia a las benzodiazepinas, asunto que desborda los objetivos de esta investigación, interesa ver cómo los psicólogos participan de los procesos de discontinuación.

Algunos entrevistados afirman que trabajan la dependencia a las benzodiazepinas como una adicción a cualquier sustancia:

RAÚL-C2: Sí... yo tengo una paciente, por ejemplo, que es adicta a la cocaína, que empezó a consumir benzodiazepinas y dejó la cocaína y ahora es abusa*, se volvió adicta a las benzodiazepinas... y bueno, es un tema para ella porque quiere también dejarlas cuando pueda. Entonces, bueno, aparece ese tema con frecuencia.

E.: ¿Y cómo es para ella ese proceso?, ¿cómo lo vivís vos en la clínica?, ¿se trabaja eso?

RAÚL-C2: Sí, se trabaja como una adicción, como una adicción a cualquier otra sustancia.

E.: Ahí va. ¿Y ella está en tratamiento psiquiátrico también?

52 A. BIELLI (2015), informe final del proyecto «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud». Inédito.

RAÚL-C2: También.

E.: ¿Y vos hablás con el psiquiatra sobre el asunto de las benzodiacepinas?

RAÚL-C2: No, en general, no.

Dado que el que indica el uso de benzodiacepinas es el psiquiatra u otro médico prescriptor, y en este caso es incluso parte del equipo de trabajo del psicólogo, entiendo que la situación tiene sus diferencias con el tratamiento de la adicción a otras sustancias.

Las particularidades de esta situación abren la posibilidad de que se establezca una tensión singular ya que es posible que, aunque la persona quiera dejar de consumir benzodiacepinas, aunque el psicólogo o psicóloga intente construirlo como un problema en la clínica, el médico puede seguir prescribiendo e incluso negarse a bajar la dosis. En algunas entrevistas puede verse con particular nitidez la emergencia de este dilema ético y profesional, dilema que lleva a algunos a intervenir cautelosamente en el campo de las benzodiacepinas:

GRACIELA-C2: ... a mí me ha pasado, ¿ta?, que digo... que el psiquiatra no ha querido bajarle la medicación cuando el paciente está mucho mejor y... y bueno, la empezamos a bajar [ríe] y le va bien. Capaz que es, es horrible lo que te estoy diciendo [ríe].

E.: No, ta, pero también es del cuidado que...

GRACIELA-C2: Lo hago con aquellos pacientes que sé que...

E.: Que puede ser una iatrogenia.

GRACIELA-C2: Claro, lo hago con aquellos pacientes, digo, quizás con los más sanos.

E.: Claro, los que pueden.

GRACIELA-C2: Obvio, los más sanos, ¿ta?, cuando estoy trabajando con un psiquiatra que es de medicar, porque el paciente mismo me dice: yo quiero dejar la medicación, porque yo me siento..., no es que yo se lo proponga, yo no propongo, yo escucho, y bueno, dice: «Pero el psiquiatra no me quiere bajar», es como eso de algo eterno.

E.: Hum.

GRACIELA-C2: ¿Ta? Este... y... Y entonces, con las benzodiacepinas: y bueno, andá bajando de a poquito, a ver cómo te vas sintiendo, ¿ta? Con los pacientes graves no me meto.

Este modo de intervenir desde la psicología en la deshabitación al uso de benzodiacepinas lo habíamos encontrado ya en la investigación que realizamos con el equipo de la Facultad de Psicología.⁵³ En esa investigación pudimos observar que no se trata de un caso excepcional y, por tanto, no deberíamos conformarnos con explicar esta intervención a partir de las preferencias y preocupaciones personales de Graciela-C2.

No solo volvió a aparecer esta práctica de algunos psicólogos. También insiste el límite de estas prácticas en el campo de la psicosis, terreno definitivamente médico:

PEDRO-B3: Entonces, lo que he visto, y con esta paciente, te lo digo a propósito, porque ella estaba tomando, este, le dieron benzodiacepinas. Lo que yo le dije, bueno, obviamente ella va a la mutualista cada mes y medio, dos meses, la psiquiatra le dijo que fuera cada tres o cuatro. No la psiquiatra, digo, viste, las horas, digo, que le dan cada tres meses la... Entonces, en realidad, lo que yo acordé, un poco con la experiencia de ver acá lo que, algunas cosas que se ven, y siempre, a ver, lo digo yo, pero siempre consultando al psiquiatra. «Vamos a ir bajando a ver cómo vos te vas sintiendo, porque vos te estás sintiendo bien», «Me estoy sintiendo bien, puedo hacer las cosas», entonces, uno va evaluando. [...] hay un gran porcentaje que siempre quiere dejar. Los casos que yo he visto, como... «quiero dejar esta porquería». De esta manera, viste: «La quiero dejar». Este... «¿Voy a seguir tomando esto toda la vida?». Viste, esa pregunta, como... y «hasta cuándo voy a estar con esto». Y ahí hay que coordinar con el psiquiatra. Y uno ve, a veces, yo muchas veces, si bien uno, desde el punto de vista, no estamos formados para... [se detiene].

E.: Pero contame, me interesa.

PEDRO-B3: A veces, el paciente no quiere ir al psiquiatra y vos tenés que resolver. En general, de lo que uno ve, que van dejando de a poco, y digo «andá probando». Y en realidad lo que muchas veces trabajo es que el tipo vaya escuchando un poco lo que siente. En ese sentido, si vos ves que... Por ejemplo, una paciente ahora que yo tengo, este, le vienen ataques de pánico, y ahora hace como seis meses

53 A. BIELLI (2015), informe final del proyecto «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud». Inédito.

que no le vienen... Y el otro día, ta, hay como un problema familiar muy grave que, viste, bueno, que indudablemente le enseñaba un aprendizaje de que determinara realmente el síntoma, de lo que es la problemática contextual. Yo le decía «bueno, vos fijate que tenés este familiar enfermo, mal, bueno, cualquier persona se descompensa. Te tenés que empezar a fijar si es por algo contextual o por algo propio». Entonces, digo, como el poder escuchar esas cosas. Y... y en ese sentido, el poder también escuchar tu cuerpo te permite también saber, bueno, tengo la pastillita, bueno, bajo un poco, con los ejercicios... un equilibrio ahí. [Hago esto] con pacientes que son muy responsables, que son muy responsables y, de repente, que escuchan y quieren estar mejor... porque no todo el mundo. Hay algunos que yo no les digo nada. Porque no, capaz que van y le dicen [al médico] «el psicólogo me dijo que». Hay un tema ético ahí que es delicado, viste. Por eso te digo, en situaciones del paciente que son muy, muy comprometidos con ellos, con su cuerpo, con su salud mental, que es mucho más fácil.

Situación delicada, entonces, de la que dan cuenta las entrevistas realizadas, problemática de la que parece tan difícil poder hablar públicamente ya que, justamente, pone en entredicho las jurisdicciones establecidas entre la psicología, la medicina y la psiquiatría. Situaciones de las que es difícil hablar y sobre las que se establece una especie de silencio. Joke Haafkens, estudiando las prácticas de consumo crónico de benzodiazepinas en mujeres holandesas, las ha nombrado como rituales de silencio: no hay espacios para que las personas puedan desplegar sus problemas con las benzodiazepinas (1997). Silencio que colabora con la cronificación de su uso, tramando una red que apunta más a la cronificación de su uso que a su discontinuación.

En una entrevista podemos ver cómo es un saber que circula que las mujeres mayores son las consumidoras crónicas de benzodiazepinas y podemos notar, también, cómo se lo explica recurriendo a las características de la persona o a sus conductas individuales:

ALEJANDRA-B3: Yo sé que hay una franja etaria, de señoras, que no es lo que yo atiendo, de señoras mayores que empiezan por depresiones o por lo que sea, y son por lo general mujeres —esto yo lo estudié en mi formación, pero no me tocó atender esta franja etaria— que sí, digo, empiezan con la medicación, con el psiquiatra, después se automedican y después sí quedan dependientes, le toma el gusto. Digo, «me siento bien con esta pastillita» y después, bueno. Digo, hay todo un espectro. No es la población que yo atiendo, entonces, no te puedo hablar.

Haafkens (1997) ha mostrado que las mujeres holandesas que han logrado abandonarlas lo han hecho a partir de hablar de las benzodiazepinas con personas que no forman parte de esta red de silencio. Más que en el sistema de salud, que solían no escuchar los pedidos de ayuda para dejar de tomar benzodiazepinas, las mujeres entrevistadas por Haafkens encontraron apoyo en vecinos, grupos de mujeres, amistades, personas que fueron adictas a las benzodiazepinas. Cuando excepcionalmente fue un profesional el que participó de la discontinuación, fue siempre un médico o psicólogo que recién conocía y nunca el médico prescriptor.

También el psicólogo y psicoanalista argentino Martín Smud ha puntualizado que desde los profesionales de la salud hay, en general, una preocupación «por allanar la relación de una persona con la droga, pero no se preocupan tanto en armar la escena de la despedida» (2013, p. 58). Este silencio, esta trama de entrada accesible y de salida obstaculizada, ha llevado a algunos médicos, eminentemente a Heather Ashton (2002), a escribir guías dirigidas a los consumidores de benzodiazepinas que quieren dejar la medicación. Es decir, una guía no apuntada ya a los prescriptores, sino a los consumidores. Es interesante que estas guías recomiendan encontrar grupos de pares que puedan apoyar la decisión e intenten ayudar a las personas a encontrar a un médico que sí pueda acompañar su proceso de discontinuación, lo que no parece tarea fácil (Ashton, 2002).

Desde la psicología se puede ser parte de esos rituales de silencio. En este apartado hemos podido ver cómo, aun sin poder hablarse de ello fuera del consultorio, casi en secreto, hay psicólogos que permiten la ruptura de ese silencio acompañando de diferentes modos la deshabitación. Ojalá este libro pueda colaborar a que se pueda conversar públicamente de estas prácticas.

Conclusiones: asuntos de fronteras

A partir de la lectura de la bibliografía de la psicología nacional, puede pensarse que, a diferencia del metilfenidato, psicofármaco sobre el que la psicología ha producido un gran volumen de publicaciones, las benzodiacepinas no parecen estar en el foco de la psicología clínica.

Para la psicología clínica nacional, si nos basamos únicamente en la bibliografía, las benzodiacepinas forman parte de ese conjunto de productos tecnológicos que se suelen agrupar bajo los significantes *medicamentos, pastillas, psicofármacos*. Esto da cuenta también de una división disciplinar en la que los psicólogos no se ven como los expertos, como la autoridad competente en el campo de los psicofármacos, tomando tal distancia de ellos que en general no aparecen distinguidos unos de otros en las publicaciones de la psicología y el psicoanálisis.

Sin embargo, a partir del análisis de las entrevistas, además de un modo generalista de hablar de los psicofármacos, puede verse cierta emergencia de las benzodiacepinas como una tecnología singular para los psicólogos clínicos, ya que se le atribuyen algunas características (adictivas, problemáticas) que las diferencian de los otros psicofármacos e incluso se toman decisiones clínicas basadas en estas características singulares, que no se toman en el caso de otros psicofármacos. En efecto, así como hemos mostrado cómo algunos psicólogos se desentienden de la presencia de las benzodiacepinas en la clínica psicológica a partir de una disyunción disciplinar más o menos tajante con la medicina, otros las incluyen en el horizonte de su mirada y de sus intervenciones en determinadas situaciones.

Los psicólogos intervenimos de diferentes modos ante la presencia de las benzodiacepinas en nuestros consultorios, y esto no parece depender tanto de la corriente a la que nos adscribimos, sino más bien del rol que le atribuimos a otros profesionales, los modos de *performar* los límites entre las jurisdicciones, la visión que tenemos de qué es una vida y cómo imaginamos y participamos, desde nuestra profesión, en la vida de aquellos que vienen a hablarnos.

Hemos visto cómo las categorías con las que pensamos la ansiedad se entrelazan con las benzodiacepinas de un modo tal que traducen estos valores y concepciones en las prácticas, *performando* los límites entre lo normal y lo patológico, entre lo que amerita o no intervención de la medicina, entre lo que preocupa y lo que no.

La farmacoterapia y la psicoterapia pertenecen a campos disciplinares diversos, lo que implica que —aunque ambas compartan espacios en el campo

de la salud mental— las explicaciones de sus efectos, las justificaciones de su aplicación e incluso los lazos que se trazan con otros campos disciplinares son expresados en lenguas diferentes. La lengua neurobiológica y psiquiátrica de la psicofarmacoterapia y la lenguas psicológicas conviven en los centros de salud. No existe un consenso sobre cómo se articulan estas lenguas y los hablantes, los profesionales de la salud mental, con más o menos experticia y autoridad, suelen hablar ambas.

Así, puede verse que los manuales diagnósticos y las categorías de ansiedad y angustia que provienen de las teorías psicológicas ingresan en la clínica y son utilizados con ciertos fines. Algunas veces, esos fines son los de la gestión de los servicios de salud, otras, son un modo de lidiar de los psicólogos con esos procedimientos de gestión y otras veces sirven para establecer ciertas relaciones de causalidad que delimitan los campos de intervención de la psicología, el psicoanálisis, la medicina y la psiquiatría, y justifican, por esa vía, las rutas de derivación de las personas, las competencias y las responsabilidades de cada profesión.

Los psicólogos clínicos entrevistados intervienen algunas veces dando información sobre las benzodiacepinas a los pacientes, sugiriendo que hablen con su psiquiatra sobre ellas o, directamente, sugiriendo que bajen la dosis que están tomando. Esto último se da siempre en situaciones muy específicas, como cuando los pacientes quieren dejar de consumir benzodiacepinas y se encuentran ante la negativa permanente del médico prescriptor. En las entrevistas pudimos ver que los psicólogos se cuidan mucho al hablar de ello, ya que saben que están navegando en aguas fronterizas. Podemos ver aquí la riqueza de estudiar estos temas a partir de cierta materialidad empírica, en este caso, recurriendo a entrevistas en profundidad, ya que en la bibliografía publicada jamás encontraríamos relatos de este tipo de prácticas.

Tal vez sea importante notar que no es la valoración (positiva o negativa) de la transgresión de los límites disciplinares lo que nos interesa aquí. Más bien, se trata de observar justamente cómo estos límites se construyen y se desbordan en las prácticas. Límites que seguramente sean trazados de modos particulares por los psicólogos de salud pública que entrevistamos, y no puede asegurarse que no existan otras maneras de trazarlos.

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, podemos ver cómo las benzodiacepinas se constituyen en la clínica psicológica como lo que podríamos llamar tecnología de frontera, de frontera disciplinar. En un campo de fronteras difusas como el de la salud mental (Abbott, 1988), las benzodiacepinas establecen con su presencia la frontera entre la clínica psicológica y la medicina. Esta frontera puede ser actualizada cada vez que son nombradas por los pacientes, cada vez que aparecen en la clínica psicológica.

Para los psicólogos, hablar sobre ellas no es una tarea gratuita, ya que al hacerlo están dando un paso en un terreno en el que no son la autoridad disciplinar, por lo que habitualmente encontramos ciertas precauciones

antes de enunciar sus críticas. Los psicofármacos aparecen allí dividiendo las disciplinas, elemento sobre el que está vedado realizar afirmaciones desde la psicología. En este mismo movimiento, los psicólogos pueden colocarse a sí mismos por fuera de los aspectos problemáticos de los psicofármacos: los pacientes adictos a las benzodiacepinas, los que repiten su indicación cada tres meses en una consulta de diez minutos durante treinta años son problemas que los psicólogos ven, pero ante los cuales quedan eximidos de intervenir al dividir tajantemente las aguas disciplinares. Los psicofármacos son una presencia ajena en la clínica psicológica y, por tanto, también son ajenos sus dramas.

Pero si se trata de una tecnología de frontera debemos decir que son una frontera porosa, ya que además de fármacos son *psicofármacos*, y pueden constituirse en una vía privilegiada para el intercambio y discusión entre las disciplinas. De hecho, son a veces un puente mediante el cual los psicólogos juzgan a médicos y psiquiatras, lo que vemos claramente en las críticas que enuncian los psicólogos en las entrevistas a los modos en que estos utilizan las benzodiacepinas.

Por otro lado, son también una vía por la cual médicos y psicólogos trabajan en conjunto, especialmente en cuanto al control de las prácticas de consumo de los pacientes. Esto genera alianzas que le asignan un rol a la psicología, otorgándole a su vez un papel a jugar en los servicios de salud. En su calidad de puentes, pueden ser también una vía por la que un médico prescriptor incida en la clínica psicológica, apareciendo unas veces como obstaculizador (sobremedicación que impide la palabra) y otras como posibilitador de la tarea del psicólogo (tranquilizante que permite hablar).

Parece ser que la comprensión que realizan los psicólogos clínicos de las benzodiacepinas se encuentra mediada, interferida por la figura de este tercero. En efecto, con la excepción de aquellos entrevistados que se han especializado en el consumo de sustancias psicoactivas, no encontramos en las entrevistas un saber psicológico sobre la adicción a las benzodiacepinas. Las experiencias clínicas de su tratamiento son extremadamente excepcionales.

Pareciera que no hubiese lugar en el saber psicológico para acoger la ambivalencia del *pharmakon* —venenoso medicamento— en el caso de las benzodiacepinas, que quedan fijadas en el polo del medicamento. Dependencia, adicción, trastornos de memoria quedan así ubicados en el reducido campo de los efectos no deseados de un medicamento. Sus aspectos venenosos parecen invisibilizarse por la presencia de la figura del médico prescriptor, quedando así medicalizado el problema. Si las benzodiacepinas son únicamente una tecnología médica, la pregunta por las causas y las consecuencias psíquicas del consumo de benzodiacepinas es informable y, por tanto, un asunto ajeno a la tarea de la psicología clínica.

Incluso algunos de los psicólogos que intervienen dando información sobre las benzodiacepinas a los usuarios o trabajando la disminución de las

dosis parecen hacerlo desde una posición más bien médica, supliendo la tarea que el médico prescriptor no realiza.

Ya el argentino Moizeszowicz (2000) estaba preocupado por el desinterés de los psicoterapeutas por la psicofarmacología; pero su preocupación se debía a que este desinterés llevaría, para él, a una subderivación y una consecuente subprescripción de psicofármacos. De una observación similar puede derivar, para el caso de las benzodiacepinas, otra conclusión. En efecto, al colocarse por fuera del problema de las benzodiacepinas, los psicólogos contribuyen a su consolidación ya que, en este caso, una dimensión clave del problema es que las intervenciones profesionales suelen ir en favor de su uso y continuación, y no es tarea fácil para aquellos que desean abandonarlas encontrar a alguien que los acompañe en este difícil recorrido (Haafkens, 1997).

En términos de Abbott (1988), podríamos pensar que, a diferencia de lo que sucede con las drogas ilegales, no existe en Uruguay ninguna profesión que reclame para su jurisdicción la tarea de la discontinuación de benzodiacepinas. Nos podríamos preguntar por qué.

En este marco, deberíamos revalorizar trabajos como el de Mabel Burin que, ante la falta de información de las mujeres sobre lo que consumían, a pesar de ser psicóloga, traspasó las fronteras disciplinares. Sin limitarse a una crítica ideológica y psicologizante que demonizara las benzodiacepinas y a los psiquiatras, se sirvió de los desarrollos de los estudios de medicalización y del enfoque de género para ofrecer a las mujeres elementos para emanciparse de algunas injusticias de las prácticas sanitarias (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

En nuestro recorrido hemos visto cómo los psicólogos podemos, algunas veces, de forma puntual y hasta camuflada, acompañar esos empujes de las personas a abandonar las benzodiacepinas. El anonimato de los entrevistados nos permite corrernos de la moralización de las conductas y pensar estas prácticas desde otras coordenadas menos individualizantes. Como han afirmado los ya citados Chávez y Piquinela, se trata de observar de qué redes formamos parte y «con quiénes compartimos la construcción de nuevos mundos» (2017, p. 98).

Ante la exigencia que los sistemas de salud le imponen a los médicos prescriptores de reducir sus consultas a diez o quince minutos, ante la hegemonía de una psiquiatría biológica que se adapta bien a estos tiempos al no colocar en la palabra el centro de su práctica, ante los siempre escasos recursos para desarrollar investigaciones que puedan dar cuenta de la relación de las personas con los psicofármacos, los psicólogos clínicos estamos en una posición privilegiada para enunciar lo que escuchamos. Aunque los psicofármacos no sean el centro de nuestra práctica. Aunque no intentemos suplir el trabajo de la medicina.

Este libro, ya lo hemos dicho, no apunta a tratar de generar protocolos para que los psicólogos, ante determinadas circunstancias, tengan que intervenir o informar al psiquiatra. No se trata de encontrar respuestas generales

para situaciones estandarizadas. Entiendo que este libro puede aportar a escuchar aquello que despliegan las personas en la clínica psicológica, a poder abrir un espacio de escucha y poder recibir y trabajar lo que las personas tienen para decir sobre las benzodiazepinas. También allí donde la figura del psiquiatra puede aparecer como un estorbo, una figura que puede operar en el escuchante como una interferencia.

Entiendo que los psicólogos, históricamente, hemos centrado nuestra crítica en la medicalización de los niños; no debe ser casual que se trate de una población particularmente psicologizada. Es decir, hemos centrado nuestra intervención en lo público en aquel lugar en el que el contrato biopsicosocial (tomando el término de Bielli, 2012) parece indicar que tendríamos mayor autoridad.

Entiendo que podríamos dar un paso y realizar una lectura crítica del proceso de medicalización a la vez que el de psicologización de las sociedades sin limitarnos a la niñez. Esto implicaría cuestionar prácticas tan instaladas y aparentemente autoevidentes como la medicación crónica de las personas que reciben un diagnóstico de psicosis, en las que la medicalización es tal que los efectos secundarios quedan en el olvido. (¿Acaso el consumo crónico de benzodiazepinas en las personas que recibieron un diagnóstico de psicosis no genera deterioro cognitivo, caídas, accidentes de tránsito?) Prácticas invisibilizadas en las que los psicólogos juegan un papel a veces clave, haciendo suya la tarea de convencer a las personas de que no dejen de tomar sus medicamentos, haciendo también suyo el argumento médico de poner en la balanza riesgos y beneficios. Es decir, haciendo propia la racionalidad de la medicina.

Esta investigación, indagando el lugar que ocupan las benzodiazepinas en la clínica psicológica, ha mostrado algunos aspectos de la red de tensiones en la que se desarrolla la psicología clínica actual. Los procesos de farmacéuticalización parecen ser cada vez más ineludibles, y los psicólogos no estamos por fuera de ellos. Hemos podido observar las particularidades de la participación de la psicología en estos procesos en los servicios de salud.

Si bien en esta investigación no se estudia el acontecer diacrónico que caracteriza la medicalización, psicologización y farmacéuticalización, sí se han podido observar algunas de sus dinámicas. En estas dinámicas se advierte cierto proceso que podríamos llamar de medicalización, no ya de la sociedad en general, sino de la psicología clínica. Un proceso por el cual la psicología parece importar de la medicina las definiciones de los problemas (trastornos mentales, adherencia al tratamiento farmacológico), su enfoque epistemológico (positivista, biologicista) pero también sus métodos de producción y validación del conocimiento (medicina basada en la evidencia) y sus valores sociales (ideales de salud). Esto no implica que estos procesos sean homogéneos, sin tensiones, resistencias y oposiciones, como hemos visto. Estos aspectos de la medicalización de la psicología merecerían ser estudiados específicamente.

Esta investigación da cuenta de que estas discusiones se encuentran ya, al menos potencialmente, entre los psicólogos. Las diferentes posiciones que encontramos son un posible caldo de cultivo de mejores discusiones éticas, políticas, académicas y hasta técnicas. Algunas de estas discusiones (como la referida al lugar que debe ocupar o no el psicólogo en relación con la psicoeducación y a la adherencia al tratamiento farmacológico) lo único que parecen necesitar es el establecimiento de un lugar público donde se puedan poner en juego. Esta investigación apunta hacia allí.

Recientemente, un psiquiatra canadiense Ross J. Baldessarini (2014), en este aspecto muy cercano a la postura de Casarotti (2010), ha afirmado que uno de los efectos más siniestros de la introducción de los psicofármacos en la psiquiatría ha sido la pérdida de la curiosidad, que lleva a los psiquiatras a abrazarse a las simplificadas teorías bioquímicas y hace de los psicofármacos la única herramienta clínica utilizable. Desechando dos siglos de intensas investigaciones, hay preguntas que ya no son realizables, en un ambiente que privilegia la racionalidad en el gasto, la protocolización de los tratamientos, la velocidad de la atención, del uno más uno sobre el uno a uno, que pase el que sigue.

Los psicólogos, los psicoanalistas, nos incorporamos cada vez más a los centros de salud, a las políticas sociales, lugares donde estamos en permanente contacto con personas que toman psicofármacos, con médicos y psiquiatras que los prescriben, con pacientes que hablan de ellos. Prácticas psicofarmacológicas de las que formamos parte, como testigos unas veces, y como participantes activos otras; prácticas de las que no solemos hablar públicamente. Tal vez sea la curiosidad la que pueda empujarnos a reflexionar colectivamente sobre nuestras prácticas en relación con los psicofármacos y a romper —para utilizar el término de Haafkens (1997)— el manto de silencio que las cubre.

Referencias bibliográficas

- ABBOTT, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- ABRAHAM, J. (2010). «Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions», en *Sociology*, vol. 44, n.º 4, pp. 603-622. doi:10.1177/0038038510369368
- ANGELL, M. (2004). *The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. Nueva York: Random House.
- Asamblea Instituyente Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2017). «Comunicado a la opinión pública», 6 de octubre de 2017. Recuperado de: <<http://asambleainstituyente.blogspot.com/>>.
- ASHTON, H. (2002). *Benzodiazepines: How They Work and How to Withdrawn (Also Known as the Ashton Manual)*. Recuperado de: <<http://www.benzo.org.uk/>>
- (2005). «The diagnosis and management of benzodiazepine dependence», en *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, n.º 3, pp. 249-255.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (texto revisado). Barcelona: Masson.
- BALDESSARINI, R. (2014). «The impact of psychopharmacology on contemporary psychiatry», en *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n.º 8, pp. 401-405.
- BELL, S. E. y A. E. FIGERT (2012). «Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward», en *Social Science & Medicine*, vol. 75, n.º 5, pp. 775-783. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.002
- BENZO.ORG.UK (s. f.). *Benzo.org.uk*. Recuperado de: <<https://www.benzo.org.uk/>>.
- BenzoBuddies (s. f.). BenzoBuddies Community Forum, en *BenzoBuddies*. Recuperado de: <<http://www.benzobuddies.org/forum/>>.
- Benzo Case Japan (s. f.). *Raising Awareness about Benzodiazepine Drugs (Widely Prescribed for Anxiety, Stress, Sleep), and Litigation*. Recuperado de: <<http://www.benzo-case-japan.com/index-english.php>>.
- Benzodiazepine Committee (2002). *Report of the Benzodiazepine Committee, August 2002*. Dublín: Department of Health and Children.
- BERRIOS, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BIELLI, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000): transformaciones de los saberes psicológicos*. Montevideo: Universidad de la República (Biblioteca Plural).
- (2016). «Los estudios farmacéuticos: alcances y limitaciones de un campo de indagación emergente», en *Trilogía, Ciencia, Tecnología, Sociedad*, vol. 8, n.º 14, pp. 27-42. doi:10.22430/21457778.414
- (2015). «Estereotipia social en los profesionales de la salud pública de Uruguay acerca del uso de benzodiazepinas», en *Psicología em Pesquisa*, vol. 9, n.º 2, pp. 159-169. doi:10.5327/Z1982-124720150002000
- (2017). «La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay», en *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 27, n.º 4, pp. 933-958. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400005>>.

- BILLIOTI DE GAGE, S.; B. BÉGAUD, F. BAZIN, H. VERDOUX, J. DARTIGUES, K. PÉRÈS *et al.* (2012). «Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study», en *BMJ* (Clinical research ed.), 349, g5205. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1136/bmj.g5205>>.
- BILLIOTI DE GAGE, S.; Y. MORIDE, T. DUCRUET, T. KURTH, H. VERDOUX, M. TOURNIER, A. PARIENTE y B. BÉGAUD (2014). «Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study», en *BMJ* (Clinical research ed.), 349, g5205. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1136/bmj.g5205>>.
- BRAUN, V y V. CLARKE (2006). «Using thematic analysis in psychology», en *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, n.º 2, pp. 77-101.
- BREGGIN, P. (1998). «Analysis of adverse behavioral effects of benzodiazepines with a discussion on drawing scientific conclusions from the FDA's Spontaneous Reporting System», en *Journal of Mind and Behavior*, vol. 19, n.º 1, pp. 21-50.
- Bristol & District Tranquilliser Project (2017). *Addiction to tranquillisers, sleeping pills and antidepressants*. Recuperado de: <<http://www.btpinfo.org.uk>>.
- BRUM, J. (1985). «Replanteo de la relación entre el psiquiatra y el psicoanalista», en *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, vol. 1, n.º 4, pp. 75-79.
- BURIN, M.; E. MONCARZ y S. VELÁZQUEZ (1991). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Business Wire (2011). «TAVAD: más de 700000 mujeres en espalda son adictas a las benzodiazepinas», en *Business Wire*, 16 de diciembre de 2011. Recuperado de: <<https://www.businesswire.com/>>.
- BUSTELO, P. (1994). *Estudio de la prevalencia del consumo de tranquilizantes menores en la ciudad de Montevideo*. San Pablo: Organización Panamericana de la Salud.
- Canal 10 (2016). «Sobre el abuso de fármacos y sedantes», en Canal 10, 21 de abril de 2016. Recuperado de: <<https://www.canal10.com.uy/sobre-el-abuso-farmacos-y-sedantes-n245380>>.
- CASAROTTI, H. (2007). «Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 71, n.º 2, pp. 153-163.
- (2010). «Relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis (desde finales del siglo XIX hasta el momento actual)», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 74, n.º 2, pp. 103-115.
- CHÁVEZ, J. y P. PIQUINELA (2017). «Expertos en ciencia, legos en política: ¿qué psicólogos para las políticas públicas?», en *Psicoperspectivas*, vol. 16, n.º 3, pp. 88-99.
- CITAP (s. f.). *Helping people affected by involuntary prescription medication addiction*. Recuperado de: <<http://www.citap.org.uk>>.
- COLLIER, R. (2012). «Professionalism: the historical contract», en *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, vol. 184, n.º 11, pp. 1233-1234.
- Committee On Safety Of Medicines (1988). «Benzodiazepines, dependence and withdrawal symptoms», en *UK Government Bulletin to Prescribing Doctors*, n.º 21, pp. 1-2.
- CONRAD, P. (2005). «The Shifting Engines of Medicalization», en *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, n.º 1, pp. 3-14. doi:10.1177/002214650504600102
- (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- CROCQ, M. (2015). «A history of anxiety: from Hippocrates to DSM», en *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 17, n.º 3, pp. 319-325.
- DANZA, A.; F. CRISTIANI y G. TAMOSIUNAS (2009). Riesgos asociados al uso de benzodiazepinas, en *Archivos de Medicina Interna*, 21, pp. 103-107.

- DE ALENCAR PINTO, G. (2018). «La magia de la locura», en *La Diaria*, 19 de abril de 2018. Recuperado de: <<https://ladiaria.com.uy/>>.
- Departamento de Farmacología y Terapéuticas, Clínica Psiquiátrica y Departamento de Toxicología y Clínica Médica A (Facultad de Medicina, Udelar), Hospital Vilardebó y Programa de Salud Mental de ASSE. (2016). *Recomendaciones para el uso de benzodiazepinas en Uruguay*. Recuperado de: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/Recomendaciones_uso_benzodiazepinas.pdf>.
- DILLA, T.; A. VALLADARES, L. LIZÁN y J. SACRISTÁN (2009). «Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora», en *Atención Primaria*, vol. 41, n.º 6, pp. 342-348.
- DODDS, T. (2017). «Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk», en *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, vol. 19, n.º 2. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.4088/pcc.16ro2037>>.
- DOMÍNGUEZ, V.; M. COLLARES, G. ORMAECHEA y G. TAMOSIUNAS (2016). «Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción», en *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1(3), pp. 14-24.
- DONOGHUE, J. y M. LADER (2010). «Usage of benzodiazepines: A review», en *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, vol. 14, n.º 2, pp. 78-87. doi:10.3109/13651500903447810
- DONOVAN, L. M.; C. A. MALTE, L. J. SPECE, M. F. GRIFFITH, L. C. FEEMSTER, R. A. ENGELBERG y E. J. HAWKINS (2018). «Risks of Benzodiazepines in Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Comorbid Posttraumatic Stress Disorder», en *Annals of the American Thoracic Society*, vol. 16, n.º 1, pp. 89-90. doi:10.1513/annalsats.201802-1450c
- DUARTE, L. (1997). «Introdução: a análise da Pessoa moderna pela história e etnografia dos saberes psicológicos», en *Cadernos IPUB*, n.º 8, pp. 1-10.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003). «Psicología clínica y psiquiatría», en *Papeles del Psicólogo*, vol. 24, n.º 85.
- FRANCES, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?: manifiesto contra los abusos en la psiquiatría*. Buenos Aires: Ariel.
- FREUD, S. (1986). «Análisis de la fobia de un niño de cinco años» (1909), en S. FREUD, *Obras completas: Sigmund Freud*, vol. 10, pp. 1-113 (trad. J. L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu.
- (1986). «16.^a conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría» (1916), en S. FREUD, *Obras completas: Sigmund Freud*, vol. 16, pp. 223-234 (trad. J. L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu.
- (1986). «Inhibición, síntoma y angustia» (1926), en S. FREUD, *Obras completas: Sigmund Freud*, vol. 20, pp. 71-163 (trad. J. L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu.
- (1986). «Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”» (1895), en S. FREUD, *Obras completas: Sigmund Freud*, vol. 3, pp. 85-116 (trad. J. L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu.
- GABBARD, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3.^a ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- (2010). «La relación entre la psiquiatría académica y el psicoanálisis está puesta en peligro», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 74, n.º 2, pp. 133-138.

- GABE, J.; C. COVENEY y S. WILLIAMS (2016). «Prescriptions and proscriptions: moralising sleep medicines», en *Sociology of Health and Illness*, vol. 38, n.º 4, pp. 627-44. doi: 10.1111/1467-9566.12383
- GALENDE, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- GALLACHER, J.; P. ELWOOD, J. PICKERING, A. BAYER, M. FISH y Y. BEN-SHLOMO (2012). «Benzodiazepine use and risk of dementia: evidence from the Caerphilly Prospective Study (CAPS)», en *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 66, n.º 10, pp. 869-873. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1136/jech-2011-200314>>.
- GARCÍA AUSTT, E. (1950). «Lección inaugural del curso de Clínica Psiquiátrica», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 15, n.º 88, pp. 3-18.
- GRAY, S.; S. DUBLIN, O. YU, R. WALKER, M. ANDERSON, R. HUBBARD *et al.* (2016). «Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study», en *British Medical Journal*, 352(190). Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i90>>.
- GREEN, A. (1975). *La concepción psicoanalítica del afecto*. México: Siglo XXI.
- HAAFKENS, J. (1997). *Rituals of silence: Long-term tranquilizer use by women in the Netherlands: a social case study*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- HICKEY, P. (2014). «Benzodiazepines: Dangerous Drugs», en *Mad In America*. Recuperado de: <<https://www.madinamerica.com/2014/03/benzodiazepines-dangerous-drugs/>>.
- HORWITZ, A. V. (2010). «How an age of anxiety became an age of depression», en *Milbank Quarterly*, vol. 88, n.º 1, pp. 112-138.
- y J. C. WAKEFIELD (2012). *All We Have To Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- ILLICH, I. (1982). *Medical nemesis: The expropriation of health*. Nueva York: Pantheon Books.
- Instituto de Psicología Clínica (2010). *Creación del Instituto de Psicología Clínica*. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Recuperado de: <<https://psico2.psicoo.edu.uy/clinica/institucional/documentos>>.
- International Narcotics Control Board (2018). *Psychotropic substances, 2017*. Nueva York: United Nations.
- JAGGER, M. y K. RICHARDS (1966). «Mother's Little Helper», en *Aftermath* [cd]. Hollywood: RCA Records.
- JONES, K. (2008). «In whose interest? Relationships between health consumer groups and the pharmaceutical industry in the UK», en *Sociology of Health and Illness*, vol. 30, n.º 6, pp. 929-943. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01109.x
- Junta Nacional de Drogas (1995). *Primera encuesta nacional de prevalencia de sustancias psicoactivas*. Montevideo: Mimeo.
- (2000). *Segunda encuesta nacional de prevalencia de consumo de drogas, 1998-1999*. Montevideo: Mimeo.
- (2003). 3.ª *Encuesta nacional de prevalencia de consumo de drogas: informe de investigación*. Recuperado de: <<http://www.infodrogas.gub.uy/>>.
- (2006). *Cuarta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas*. Recuperado de: <<http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/>>.
- (2012). 5.ª *Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas: informe de investigación*. Recuperado de: <<http://www.infodrogas.gub.uy/>>.

- Junta Nacional de Drogas (2016) 6. ^a *Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas*. Recuperado de: <<http://www.infodrogas.gub.uy/>>.
- KESSLER, R.; S. AGUILAR-GAXIOLA, J. ALONSO, S. CHATTERJI, S. LEE, J. ORMEL *et al.* (2009). «The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys», en *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 18, n.º 1, pp. 23-33. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1017/S1121189X0001421>>.
- KLERMAN, G. L. (1972). «Psychotropic Hedonism vs. Pharmacological Calvinism», en *The Hastings Center Report*, vol. 2, n.º 4, 1-3. doi:10.2307/3561398
- KRAMER, P. (1993). *Listening to Prozac: The Landmark Book About Antidepressants and the Remaking of the Self*. Nueva York: Viking.
- (2016). *Ordinarily Well: The Case for Antidepressants*. Nueva York: Farrar, Straus and Giroux.
- KRIPKE, D. F.; R. D. LANGER y L. E. KLINE (2012). «Hypnotics' association with mortality or cancer: A matched cohort study», en *BMJ Open*, vol. 2, n.º 1. doi:10.1136/bmjopen-2012-000850
- LACAN, J. (2014). *Anxiety: The seminar of Jacques Lacan* (J. A. Miller, ed.). Oxford: Polity Press.
- LADER, M. (2011). «Benzodiazepines revisited—will we ever learn?», en *Addiction*, vol. 106, n.º 12, pp. 2086-2109. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x
- (2014). «Benzodiazepine harm: How can it be reduced?», en *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 77, n.º 2, pp. 295-301. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x
- y S. MORTON (1991). «Benzodiazepine problems», en *Addiction*, vol. 86, n.º 7, pp. 823-828. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01831.x
- LANDRY, M.; D. SMITH, D. McDUFF y O. BAUGHMAN (1992). «Benzodiazepine dependence and withdrawal: Identification and medical management», en *Journal of the American Board of Family Practitioners*, vol. 5, n.º 2, pp. 167-175.
- LEMBKE, A.; J. PAPAC y K. HUMPHREYS (2018). «Our Other Prescription Drug Problem», en *New England Journal of Medicine*, vol. 378, n.º 8, pp. 693-695. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1056/NEJMP1715050>>.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; C. ALAMO, E. CUENCA, W. SHEN, P. CLERVOY y G. RUBIO (2005). «History of the Discovery and Clinical Introduction of Chlorpromazine», en *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 17, n.º 3, pp. 113-135. doi:10.1080/10401230591002002
- MATO, M.; M. TOLEDO, I. OLMOS, I. FRONTINI, M. NAN, F. PARPAL y L. MONTERO (2012). «Estudio de consumo de benzodicepinas en la Policlínica Psiquiátrica del hospital Vilardebó», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 76, n.º 1, pp. 25-34.
- MAYES, R. y A. V. HORWITZ (2005). «DSM-III and the revolution in the classification of mental illness», en *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol. 41, n.º 3, pp. 249-267. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>>.
- MEDAWAR, C. y A. HARDON (2004). *Medicines out of control? antidepressants and the conspiracy of goodwill*. Amsterdam: Aksant Academic Publishers.
- MEHDI, T. (2012). «Benzodiazepines revisited», en *British Journal of Medical Practitioners*, vol. 5, n.º 1, pp. 31-38.
- MÍGUEZ, M. N. (2012). *La sujeción de los cuerpos dóciles: medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos.

- MÍGUEZ, M. N. (coord.) (2015). *Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinaria*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2018). «Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación a marzo de 2018». Recuperado de: <<http://www.msp.gub.uy>>.
- MOIZESZOWICZ, J. (2000). *Psicofarmacología psicodinámica IV: estrategias terapéuticas y psico-neurobiológicas*. Buenos Aires: Paidós.
- MONCRIEFF, J. (2008). *The myth of the chemical cure*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- MUSE, M. y B. A. MOORE (eds.) (2012). *Handbook of Clinical Psychopharmacology for Psychologists*. Hoboken: Wiley.
- NABOKOV, V. (1987). *Curso de literatura europea* (1980). Barcelona: Ediciones B.
- PATORNO, E.; R. GLYNN, R. LEVIN, M. LEE y K. HUYBRECHTS (2017). «Benzodiazepines and risk of all cause mortality in adults: cohort study», en *BMJ*, 358, j2941. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j2941>>.
- PEREIRA, L. (2011). «Consumo de ansiolíticos hace sonar la alarma», en *El Observador*, 11 de abril de 2011. Recuperado de: <<https://www.elobservador.com.uy/>>.
- PIETERS, T. y S. SNELDERS (2007). «From King Kong Pills to Mother's Little Helpers—Career Cycles of Two Families of Psychotropic Drugs: The Barbiturates and Benzodiazepines», en *Canadian Bulletin Of Medical History*, vol. 24, n.º 1, pp. 93-112. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.3138/cbmh.24.1.93>>.
- PÖLDINGER, W. (1975). *Compendio de psicofarmacoterapia*. Basilea: Roche.
- PROBST, E. (1991). *Entre la reminiscencia y el miedo*. Montevideo: Roca Viva.
- República Oriental Del Uruguay (ROU) (2017). Ley 19529 del 19 de setiembre, Ley de Salud Mental. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.
- RIBA, B. y R. BALON (1999). *Psychopharmacology and Psychotherapy: A collaborative approach*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- RITCHIE, H. y M. ROSER (2018). «Mental Health», en *Our World In Data*. Recuperado de: <<https://ourworldindata.org/mental-health>>.
- ROSE, N. (1998). *Inventing our selves*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (1999). *Governing the soul* (2.ª ed.). Londres: Free Association Books.
- (2007). «Beyond medicalisation», en *Lancet*, vol. 369, n.º 9562, pp. 700-702.
- ROSENBERG, C. (2002). «The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience», en *Milbank Quarterly*, vol. 80, n.º 2, pp. 237-260.
- ROUDINESCO, É. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?*. Buenos Aires: Paidós.
- SALZMAN, C. y R. I. SHADER (2015). «Not Again. Benzodiazepines once more under attack», en *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 35, n.º 5, pp. 493-495. doi:10.1097/jcp.0000000000000383
- SÁNCHEZ-MELLADO, L. (2015). «Pastilleras anónimas», en *El País*, 14 de noviembre de 2015. Recuperado de: <<https://elpais.com/>>.
- SATHYANARAYANA RAO, T. S. y C. ANDRADE (2016). «Classification of psychotropic drugs: Problems, solutions, and more problems», en *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 58, n.º 2, pp. 111-123.
- SHEPHERD, M. y H. MARSHALL (1972). «The classification of psychotropic drugs», en *Psychological Medicine*, vol. 2, n.º 2, pp. 96-110.
- SHORTER, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. Nueva York: John Wiley & Sons.

- SISMONDO, S. (2009). *An introduction to science and technology studies* (2.^a ed.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- SISMONDO, S. y J. A. GREENE (2015). «Introduction», en S. SISMONDO y J. A. GREENE (eds.), *The Pharmaceutical Studies Reader*, pp. 1-16. Chichester: Wiley-Blackwell.
- SPERANZA, N.; V. DOMÍNGUEZ, E. PAGANO, P. ARTAGAVEYTIA, I. OLMOS, M. TOLEDO y G. TAMOSIUNAS (2015). «Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. 31, n.º 2, pp. 111-118.
- STAHL, S. (2002). «Don't Ask, Don't Tell, but Benzodiazepines are Still the Leading Treatments for Anxiety Disorders», en *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63, pp. 756-757.
- y B. MOORE (2013). *Anxiety disorders: A guide for integrating psychopharmacology and psychotherapy*. Nueva York: Routledge.
- SZASZ, T. (2001). *Pharmacracy: Medicine and politics in America*. Westport: Praeger Publishers.
- (2007). *The medicalization of everyday life*. Syracuse: Syracuse University Press.
- TONE, A. (2009). *The Age of Anxiety: A History of America's Turbulent Affair with Tranquilizers*. Nueva York: Basic Books.
- TRULL, T. y J. PHARES (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6.^a ed.). México D. F.: Thomson.
- TYRER, P. (2012). «Why benzodiazepines are not going away: Commentary on... Benzodiazepines for Anxiety Disorders», en *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 18, n.º 4, pp. 259-262. doi: 10.1192/apt.bp.111.009209
- UZUN, S.; O. KOZUMPLIK, M. JAKOVljević y B. SEDIĆ (2010). «Side effects of treatment with benzodiazepines», en *Psychiatria Danubina*, vol. 22, n.º 1, pp. 90-93.
- WEICH, S., H. L. PEARCE, P. CROFT, S. SINGH, I. CROME, J. BASHFORD y M. FRISHER (2014). «Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study», en *BMJ* (Clinical research ed.), 348, g1996. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1136/bmj.g1996>>.
- WILLIAMS, S.; C. SEALE, S. BODEN, P. LOWE y D. LYNN (2008). «Waking up to sleepiness: Modafinil, the media and the pharmaceuticalisation of everyday/night life», en S. WILLIAMS, J. GABE y P. DAVIS (eds.), *Pharmaceuticals and Society: Critical discourses and debates*, pp. 25-40. Malden: Wiley-Blackwell.
- WINKLE'S, V. (2016). «Is it bedtime for benzos?», en *Huffingtonpost*. Recuperado de: <<https://www.huffingtonpost.com/>>.
- WOLF-MEYER, M. J. (2012). *The Slumbering Masses: Sleep, Medicine, and Modern American Life*. Mineápolis: University of Minnesota Press.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Recuperado de: <<http://www.who.int>>.
- (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Recuperado de: <<http://www.who.int>>.
- (2008). *Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes*. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#>.
- (2016). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Recuperado de: <<https://icd.who.int/browse10/2016/en>>.
- ZORZANELLI, R.; F. ORTEGA y B. BEZERRA (2014). «Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010», en *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 19, n.º 6, pp. 1859-1868.

Anexo

Tabla de entrevistas y nomenclatura

Nombre	Años en ASSE	Nivel de atención	Corriente	Año de realización
Carlos	B: 6 a 15	1	Psicoanálisis	2017-2018
Pedro	B: 6 a 15	3	Cognitivo-conductual	2017-2018
Juan	A: 0 a 4	3	Psicoanálisis	2017-2018
Raúl	C: Más de 15	2	Psicoanálisis	2017-2018
Jaime	C: Más de 15	2	Sin datos	2013-2014
Rocío	B: 6 a 15	1	Psicoanálisis	2017-2018
Natalia	C: Más de 15	2	Psicoanálisis	2017-2018
Estela	B: 6 a 15	3	Psicoanálisis	2017-2018
Rosario	C: Más de 15	2	Psicoanálisis	2017-2018
Alejandra	B: 6 a 15	3	Psicoanálisis	2017-2018
Carla	B: 6 a 15	2	Psicoanálisis	2017-2018
Alicia	B: 6 a 15	2	Psicoanálisis - Sistémica	2017-2018
Graciela	C: Más de 15	2	Sin datos	2013-2014
María	C: Más de 15	2	Sin datos	2013-2014
Sara	C: Más de 15	1	Sin datos	2013-2014
Nora	C: Más de 15	1	Sin datos	2013-2014
Claudia	C: Más de 15	2	Sin datos	2013-2014

La corriente psicológica a la que se adscriben se decidió no incluirla en la nomenclatura por dos motivos. Por un lado, porque no se indagó en las entrevistas realizadas anteriormente por el grupo de investigación.⁵⁴ Por otro lado, como se menciona en las conclusiones, aun contando con estos datos en las nuevas entrevistas, no se encontró una incidencia de este factor en los aspectos indagados en la investigación.

54 A. BIELLI (2012), «Clínica de la ansiedad: el uso de benzodiazepinas en las prácticas médica, psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud», proyecto de investigación y desarrollo, Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic, Udelar). Inédito.

¿Pero qué tienen que ver los psicólogos con los psicofármacos? Este libro busca respuestas a esta pregunta que fue lanzada contra el autor cuando comenzó a indagar el lugar que ocupan los ansiolíticos en la clínica psicológica.

Psicofármacos y psicología: dos de los recursos a los que recurrimos para lidiar con los malestares de la vida. Encontramos habitualmente críticas y elogios sobre las benzodiacepinas, sobre el uso que hacen de ellos pacientes y médicos, pero: ¿qué hacen los psicólogos cuando se hacen presentes en su consulta? El autor navega en aguas fronterizas y controversiales, intentando construir una mirada que esquite las trampas de un campo minado de lugares comunes.

«Recomiendo este libro a todos aquellos que aún se sorprenden ante el papel protagónico que los psicofármacos han tomado en nuestras vidas, pero también a todos aquellos que encuentran en este protagonismo una oportunidad excepcional para imaginar nuevas formas de hacer con el sufrimiento humano» (Bielli, 2021).

ISBN: 978-9974-0-1828-0

