

MUJER, A-DICCIÓN Y TRANQUILIZAN- TES *A cien años del origen del Psicoanálisis*

Misael Bonilla Ramírez
Emilia Ma. Durán Ortiz

RESUMEN

Este artículo es un cuestionamiento en torno al tratamiento con Benzodiazepinas que da el modelo médico ante el padecer difuso de las mujeres que consultan. Se realiza una lectura alternativa desde un Otro Saber -El Psicoanálisis- que se ocupa de lo que la ciencia aísla la subjetividad, planteando la importancia de la palabra como expresión de esa subjetividad. Al síntoma como formación sustitutiva ante la a-dicción de estas mujeres y la doble adicción que implica silenciar por medio del medicamento a ese cuerpo cuando su palabra ha sido callada.

LA SITUACIÓN HOY

El consumo de drogas en Costa Rica es causa de preocupación por parte de las autoridades respectivas y en general de la sociedad costarricense. Los resultados de la última encuesta nacional de 1995, sobre el Consumo de Drogas en Costa Rica¹, muestran un aumento

SUMMARY

This article is a questionnaire about the treatment with Benzodiazepins that the medical model has established to face the diffuse sufferings of women who consult physicians. An alternative reading is made from another point of view -The Psychoanalysis- which takes care for what the science ignores, subjectivity, by expounding the importance of the word as expression of that subjectivity.

The symptom as substitutive formation facing the addiction of these women and the double addition which implies to silence that body by means of medicaments, when her word has been silenced.

en la prevalencia de consumo de vida de sustancias tales como crack, cocaína, tabaco y medicamentos psicotrópicos.

¹ Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Consumo de Drogas en Costa Rica 1995*. San José, C.R.: Departamento de Investigación. 1996.

Las acciones enmarcadas dentro de las políticas de prevención y control de drogas se centran en el consumo de las denominadas drogas ilícitas y de las lícitas como el tabaco y el alcohol. Sin embargo, parece que dentro de estos esfuerzos institucionales, no se contempla el abuso que representa el consumo de tranquilizantes (benzodiazepinas: diazapán, lorazepam principalmente).

Al respecto la citada encuesta muestra que cerca de 30 000 costarricenses son consumidores recientes de esos psicotrópicos y que el 77,8% son mujeres.

Por su parte el Ministerio de Salud en el informe sobre la Calidad en la Prescripción de Benzodiazepinas² consigna que los diagnósticos para la prescripción del medicamento son Ansiedad en el 8,8%, *Neurosis* 2,0%, *Desconocido* el 54,74%; es decir se prescriben con base en diagnósticos bastante difusos o indefinidos.

También la

"Encuesta Nacional de Causas de Consulta Médica a los Servicios Médicos de la C.C.S.S. (Caja Costarricense del Seguro Social, 1991) revela, para 1987, que de un total de 1 916 016 consultas a especialistas, la causa corresponde a trastorno neurótico en un 4%, la cual se ubica en el segundo lugar de importancia entre un total de 98 diferentes motivos de consulta.

Dentro del área de la salud, es el problema psicológico más frecuente. Esto nos da a entender que la consulta por trastornos neuróticos es importante y cotidiana en los hospitales y centros de salud de nuestro país, consulta en la cual suele ser prescrito alguno de los benzodiazepínicos señalados en los casos de ansiedad, insomnio, depresión u otros síndromes"³.

Además se menciona la preocupación surgida en los últimos años, por el uso de las dosis terapéuticas de estos medicamentos en la población mundial adulta, el cual se da por meses e incluso años, aún cuando se ha demostrado que estos medicamentos son eficaces sólo por unas cuantas semanas (Kalina, 1987)⁴.

También el Dr. Sandí⁵ plantea el potencial de los tranquilizantes para generar dependencia física y psicológica. Se considera que en dosis mayores de 20 mgr. y por períodos mayores de seis semanas el riesgo de desarrollar dependencia es considerablemente mayor.

Asimismo plantea que es probable que del 15 al 45% de los consumidores presenten el síndrome de abstinencia al disminuir o suspender el consumo de benzodiazepinas.

Específicamente en Costa Rica se reportan casos de consumo por períodos de hasta 25 años y que cuando no es posible obtener la receta médica el paciente recurre a la automedicación⁶.

Es importante destacar que en las investigaciones revisadas, el abuso en el consumo de benzodiazepinas se explica en términos de la relación médico-paciente. En ésta, el paciente deposita en el médico la posibilidad de solución de su dolencia, ya que socialmente a éste se le supone un saber sobre la "cura" de este tipo de problemas. Por lo tanto sus recomendaciones de tratamiento, enmarcado dentro de la farmacología, no son consideradas como "dañinas" o "riesgosas" por su paciente.

El médico, por su parte, formado dentro de estos modelos sociales, se ve en el imperativo de responder desde ese lugar asignado, además de que

"el volumen de pacientes que atienden por día no les permite utilizar otras alternativas terapéuticas, pues el paciente demanda que su ansiedad desaparezca y las posibilidades de atención psicoterapéutica

2 Ministerio de Salud. *Calidad en la prescripción y utilización de benzodiazepinas*. San José, C.R.: Departamento de Publicaciones del Ministerio. 1992-1993.

3 Rivera, Sandra. "Prescripción de benzodiazepinas y farmacodependencia". (Tesis de Licenciatura en Psicología, Fac. de Ciencias Sociales: Universidad de Costa Rica, 1993), p. 57.

4 *Ibidem*, p. 39.

5 Sandí, Luis. *Benzodiazepinas: Indicaciones Clínicas y Dependencia*. San José, C.R. IAFA, Unidad de Publicaciones. 1994.

6 Rivera, Sandra. *op. cit.*

especializada son limitadas. En información suministrada por médicos (Alfaro, 1991) de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, se refiere que en todos los casos de atención a pacientes el médico siempre prescribe⁷.

La panorámica expuesta nos pone frente a lo que parece ser "un círculo vicioso" en el cual tratando de dar cuenta de cierto tipo dolencias cuyo diagnóstico es incierto, se recurre al tranquilizante, pero éstos no "curan" lo que se pretende, sino más bien perpetúan la situación, pues las dolencias se mantienen y más bien se recurre a dosis mayores del medicamento o mayores períodos de consumo con lo cual se agrega la posibilidad de desarrollar dependencia.

Lo cierto es que desde la perspectiva con la que hasta hoy se ha abordado este tipo de dolencias difusas, presentadas principalmente por mujeres, no se ha logrado ninguna salida sino que el círculo se consolida, encontrándonos siempre con la misma situación, a la cual entonces se intenta "tranquilizar".

Es necesario entonces, buscar la forma de romper con la compulsión a la repetición que se muestra en la forma de abordar el problema de la mujer, la a-dicción (imposibilidad de expresar mediante la palabra plena, la verdad subjetiva) y los tranquilizantes.

El presente artículo pretende "huequear" este círculo, recurriendo al Psicoanálisis como lugar de un otro saber al saber médico, y que desde hace cien años abrió un espacio para escuchar—desde otro lugar— las dolencias corporales de muchas mujeres que, al igual que hoy, no tenían su etiología en sustratos biológicos aunque sí se presentaban perturbaciones fisiológicas.

EN LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS. CIENTOS AÑOS ATRÁS

Al hacer una retrospectiva histórica sobre los orígenes del Psicoanálisis, se encuentra que éste surge, precisamente, como un intento de explicar el enigma que a través de los siglos significaron ciertas patologías que

presentaban algunas mujeres. Enigma inexplicable debido a que a pesar de que sí se evidenciaban alteraciones fisiológicas del sistema nervioso, no se encontraban alteraciones orgánicas perceptibles.

Dichos cuadros clínicos eran considerados en épocas medievales como manifestaciones demoníacas o posesiones de espíritus malignos, propios de personas que practicaban la magia y la brujería, por lo cual eran fuertemente castigadas con el destierro o en la mayoría de los casos eran condenadas a morir en la hoguera.

Con el avance en la medicina, ya en siglos recientes (XIX), los métodos para enfrentar estas patologías se alejan de los misticismos sobrenaturalistas, se recomiendan baños, reposo, más como métodos paliativos que curativos, pues como se mencionara, se desconocía la génesis de estos trastornos.

Es Charcot, quien a finales del siglo pasado se interesa por estudiar a profundidad estos fenómenos, que se definen como histéricos o enfermedad del aparato genésico femenino, vinculando así estos cuadros clínicos con la sexualidad femenina.

Sigmund Freud que para esa época era discípulo de Charcot, se ve influenciado por las ideas de su maestro y se interesa por encontrar el origen y los mecanismos que subyacen a estas dolencias que tanto sufrimiento ocasionaban a las mujeres.

Ante la ausencia de explicaciones y la contrariedad científica por no poder precisar el origen del "gran mal" en un sustrato orgánico, Freud se interesa por el método hipnótico utilizado por Charcot, con el cual al poner en trance a las mujeres se les ordenaba la cancelación de los síntomas histéricos, fueran estos contracturas, parestias, afasias, etc.

El tratamiento, si bien resultaba ser exitoso, topaba con la dificultad de que en poco tiempo re-surgían los síntomas, además de que muchas de estas mujeres no eran susceptibles al tratamiento hipnótico.

En su afán de búsqueda de respuestas y explicaciones, Freud pasa del método hipnótico a interesarse por el método catártico de su amigo y colega Breuer.

La utilización de este método en su experiencia clínica y la "escucha de esas mujeres insatisfechas—las histéricas— que hicieron de

⁷ *Ibidem* p. 56.

los males del siglo sus propios síntomas"⁸, le permite darse cuenta de la relación entre los síntomas histéricos y de representaciones desalojadas de la conciencia –fueron reprimidas–

"... sostuvo la tesis que la histeria, las parálisis y las anestias de parte o todo el cuerpo se deslindan de lo puramente biológico y que guardan una correspondencia con las representaciones anatómicas comunes que los seres humanos tienen de éstas"⁹, [lo cual intenta enmarcar desde los referentes teóricos de su formación médica (física, química, anatomía)].

Finalmente, es a partir de su encuentro con Ana O. que Freud en 1893, en sus Estudios Preliminares¹⁰ plantea tres enunciados inéditos, que tal parece la medicina actual aún se resiste a aceptar:

1. La relación entre síntomas histéricos y representaciones reprimidas

"... que en la histeria están presentes grupos de representaciones ... excluidas del comercio asociativo con los restantes grupos pero asociables entre sí... una conciencia segunda..."

Según eso, un síntoma histérico permanente corresponde a una penetración de este estado segundo en la inervación corporal gobernada de ordinario en la conciencia normal¹¹.

2. La ineficacia de los narcóticos en el tratamiento de los síntomas histéricos

"... un sistema nervioso histérico exterioriza, como regla, gran resistencia a todo influjo químico por medicación interna, y reacciona de manera directamente anómala frente a narcóticos ..." ¹²

"... Sobre todo se debe desaconsejar en este caso cualquier medicación interna, y poner en guardia frente al uso de narcóticos. Recetar narcóticos en una histeria aguda no es más que un grave error médico..." ¹³

3. La importancia de la palabra como articulador entre la representación reprimida y el afecto correspondiente

"... Pero ya he descrito cuan completa era la liberación de su psique después que, sobrecogida de angustia y horror, había reproducido y declarado todas esas imágenes horribísimas..." ¹⁴

"... Así se removieron por vía de relato (Wegerzählen) las pesadillas por contractura y anestias, las diversas perturbaciones de la visión y la audición, neuralgias, temblores, etc., y por último también las perturbaciones del lenguaje." ¹⁵

Estas formulaciones freudianas ponen en evidencia la a-dicción de estas mujeres, es decir la exclusión del campo del lenguaje de sus representaciones y su correspondiente expresión mediante un lenguaje enigmático (síntomas histéricos).

Estos nuevos descubrimientos de Freud con respecto a la etiología de las neurosis histérica, sin querer lo llevarán a emprender

8 Barrantes, Ginette. "El joven Freud". Material de apoyo, curso de Teorías y Sistemas de Psicología. San Pedro de Montes de Oca. C.R. Universidad de Costa Rica. 1990.

9 *Ibidem* p. 9.

10 Freud, Sigmund. "Mecanismos Psíquicos de Fenómenos Histéricos, Comunicación Preliminar". En: *Obras Completas*, tomo II. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu 1976.

11 *Ibidem* p. 41.

12 Freud, Sigmund. "Hysterie". En *Obras Completas*, tomo II. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu. 1976. pp. 53.

13 *Ibidem* p. 61.

14 Freud, Sigmund. *op. cit* p. 55.

15 *Ibidem* p. 59.

un viaje sin retorno que lo alejará cada vez más de las explicaciones biológicas en las cuales quería enmarcar sus descubrimientos¹⁶.

La evidencia tan contundente encontrada en su clínica y el grave error médico de su amigo W. Fliss, que casi le cuesta la vida a Emma Von N. por la infección que sufrió a raíz de las gasas dejadas en la operación de su nariz para eliminar los problemas de masturbación que ella presentaba, —situación de la que Freud da cuenta en “El sueño de la inyección de Irma”— lo lleva a preguntarse de que lado está la verdad; sí del lado de los planteamientos que pretendían explicar la histeria desde una visión biologicista o del lado de un Otro saber que incluye la subjetividad¹⁷.

A partir de hacer esta diferencia, Freud abre la posibilidad de encontrar los mecanismos que subyacen a los síntomas histéricos que, como lenguaje enigmático denuncia la condición de a-dicción en que se encuentran las mujeres. Queda mostrado de esta manera, que el saber médico no es todo, es un saber en falta, a pesar de proponerse como un todo saber.

Lacan y la función de la palabra

Retomando el descubrimiento freudiano sobre la “*talking cure*” ó “*cura de conversación*”, —tal como lo bautizó Ana O.—, Jacques Lacan plantea que el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Este axioma marca el rescate del fundamento de la palabra, palabra que será constituyente del sujeto en tanto discurso del Otro, pues “entraña la implicación del sujeto en el campo del lenguaje”¹⁸. Es decir que su estructuración como sujeto se da a partir de un orden simbólico que le preexiste, lo que conlleva a la convocatoria de un Otro (del lenguaje) como oyente que reconoce y posibilita la articulación de la palabra que enuncia una verdad subjetiva de quien habla.

Este Otro (A), permite el devenir del sujeto, en tanto se reconozca en falta, es decir como no completo, no poseedor de toda la verdad, como deseante (A), permitiendo la entrada del Nombre del Padre. Sólo así, el sujeto queda inserto en el orden Simbólico y de esta forma “saberse, vivirse y experimentarse”¹⁹ en las coordenadas de las generaciones y de la diferencia sexual.

En el caso particular de las mujeres, lo que no cesa de no inscribirse en lo Simbólico, por la imposibilidad de articular mediante la palabra las representaciones reprimidas, busca formas alternas de expresión, siendo el cuerpo al lugar al que se acude ... “ese capítulo de mi historia que está marcado por un blanco u ocupado por una mentira: es el capítulo censurado”. Pero la verdad ... está escrita en otra parte:

- En los monumentos: alude así Lacan al cuerpo como lugar de escritura del síntoma histérico que “está estructurado como un lenguaje y se descifra como una inscripción”²⁰.

“El síntoma es el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto. Símbolo escrito sobre la arena de la carne y sobre el velo de Maya... Pero es una palabra con pleno derecho, porque incluye el discurso del otro en el secreto de su cifra”²¹.

Es un cuerpo, un cuerpo que habla en un lenguaje a descifrar, en tanto que la representación es reprimida y el afecto se inerva a un órgano configurándose el síntoma, que como tal es sobre lo que una mujer interroga al médico, siendo portadora de algo que le sucede, y que está más allá de su cuerpo.

16 Echeverría, Priscilla. “En los Orígenes del Psicoanálisis, El sueño de la Inyección de Irma, O... El deseo del Analista”. *Reflexiones*. No. 34. Costa Rica.

17 *Ibidem*.

18 Rabinovich, Diana. *Sexualidad y Significante*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Manantial, 1986. p. 10.

19 Seminario. Relación de Objeto. (San Pedro, C.R.: Grupo de Estudio del Psicoanálisis. Msc. Priscilla Echeverría) 1996.

20 Rabinovich, Diana. *Op.cit.* pp. 21.

21 Lacan, Jacques. “Función y campo de la palabra y el lenguaje en Psicoanálisis”. (Informe del Congreso de Roma, celebrado en el Instituto de Psicología de la Universidad de Roma, el 26 y 27 de Setiembre) 1953. p. 77.

MUJER, A-DICCIÓN Y TRANQUILIZAN-
TES
Ó ¿FALTA DE ESCUCHA?

Según la información, de las diferentes investigaciones anteriormente señaladas, respecto al consumo de tranquilizantes (benzodiazepinas), por parte de la población mayoritariamente femenina, se evidencia, de acuerdo a nuestro criterio, la ineficacia de estos tratamientos, que derivan en el consumo prolongado y excesivo de esos medicamentos, debido a la lectura únicamente biológica de las dolencias que son ex-puestas en la consulta.

"... Yo les decía: yo tengo muchas ganas de llorar, yo me siento mal, yo siento angustia, yo me desespero, yo me siento muy ansiosa, y el doctor: tómese estas pastillas y vea a ver cómo le hacen..." (Karla, 25 años de ser usuaria de benzodiazepinas)²².

"... siento que necesito el medicamento para vivir, el miedo es cómo voy a reaccionar sin él..." [Marta, 16 años de consumir benzodiazepinas]²³.

A partir de los planteamientos de Sigmund Freud y Jacques Lacan, esta situación evidencia la imposibilidad por parte de estas mujeres, de articular su verdad subjetiva en la palabra, pues éstas no son escuchadas (a-dicción), por el modelo médico.

Es entonces, por medio del síntoma que el cuerpo de una mujer, toma la palabra que con "pleno derecho" y aunque en otro lenguaje, tampoco es reconocida como portadora de

una verdad que intenta inscribirse en ese orden. De esta manera no se le da un lugar a la verdad que se expresa de esta nueva forma, sino que se recurre a la verdad que se supone posee el médico, y desde allí se contesta desconociendo ese discurso, imposibilitando la emergencia de la palabra. En su lugar la lectura que se realiza es la del síntoma como manifestación biológica, recurriendo entonces a los medicamentos para tranquilizar ese cuerpo.

De esta forma lo único que se hace es

"reforzar el pacto del silencio, sobre el cual se asienta el síntoma como situación de goce, en cuanto imposibilidad de articular la palabra dirigida al Otro"²⁴.

De acuerdo a esto la medicina actual no hace otra cosa más que generar una *doble a-dicción*, al imposibilitar por una parte el despliegue de la palabra o verdad subjetiva, que subyace en el discurso de las mujeres y por otro, acallar el síntoma –tranquilizar el cuerpo–, situación que deriva en la necesidad de medicarlas permanentemente, porque es una verdad que no cesa de no inscribirse.

Es necesario romper este pacto de silencio o de lo contrario preguntarnos:

¿Por qué nuestra complicidad en mantener y repetir este pacto instaurado desde hace más de un siglo?

A partir de la imposibilidad que significa para el saber médico asumirse como no poseedor de la verdad absoluta *¿Qué sentido se le dará a la información presentada?*

Finalmente, *¿Se le reconocerá la palabra a las mujeres?*

22 Rivera, Sandra. *Op. Cit.* p. 134.

23 *Ibidem*, p. 137.

24 Seminario, *op. cit.*

Misael Bonilla R.
Coronado. 25 Sur
Pulperia La Vencedora
San José, Costa Rica

Emilia Durán O.
Apdo. 1059-2150
San José, Costa Rica