

HEGEMONÍA PATOLÓGICA. MEDICALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS SOCIALES

Alberto Bastida Escribano*

RESUMEN

Este artículo reflexiona sobre el perfil socioeconómico de las personas que han iniciado tratamientos relacionados con la salud mental después de la pandemia del covid-19, centrándose en el caso de las Islas Canarias. A través de una revisión bibliográfica y un análisis estadístico, se cuestiona la medicalización de los problemas sociales. Además, se presenta un modelo que agrupa una serie de factores sociales asociados al desarrollo o diagnóstico de enfermedades mentales. Este enfoque busca ir más allá de la mera prescripción de medicamentos, explorando las conexiones entre los contextos sociales y la salud mental; reivindicando el papel que debe jugar la sociología en el estudio de estas realidades.

PALABRAS CLAVE: medicalización, salud mental, Canarias, factores sociales, hegemonía.

PATHOLOGICAL HEGEMONY. MEDICALIZATION OF SOCIAL ISSUES

ABSTRACT

This study reflects on the socioeconomic profile of individuals who have initiated treatments related to mental health after the covid-19 pandemic, focusing on the case of the Canary Islands. Through a literature review and case analysis, the medicalization of social problems is questioned. Additionally, a model is presented that groups a series of social factors associated with the development or diagnosis of mental illnesses. This approach aims to go beyond mere medication prescription, exploring the connections between social contexts and mental health, advocating for the role that Sociology should play in the study of these realities.

KEYWORDS: Medicalization, Mental health, Canary Islands, Social factors, Hegemony.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un tema muy controvertido y ha sido objeto de estudio específico de las ciencias médicas desde hace mucho tiempo. De la misma forma, en el transcurso de la historia no solo ha cambiado la forma de tratarse, sino también el estatus social que las personas señaladas recibían por parte de las instituciones.

Este artículo tiene como objetivo resaltar la importancia que deben tener las ciencias sociales en investigaciones relacionadas con la salud mental. Se examina el término medicalización y se exploran las posibles consecuencias que podría tener tanto para la sociedad como para la práctica médica.

A través de una crítica a los manuales que recogen las diferentes tipologías de enfermedades mentales, así como las prácticas patologizantes llevadas a cabo en estos, se propone una reivindicación del papel de la sociología para trabajar conjuntamente con la medicina. No como un simple acto de colaboración, sino como un trabajo conjunto donde ambas perspectivas y reflexiones sean puestas en común, para una mayor objetivación del campo de estudio que representa la salud mental.

Bajo este artículo, y analizando concretamente el caso de las Islas Canarias, se pretenden articular una serie de preguntas tales como ¿cuál es el perfil socioeconómico de las personas que han comenzado a tomar medicamentos para la salud mental en Canarias después de la pandemia de covid? ¿Existen diferencias estadísticamente significativas, entre aquellas que buscan tratamiento para la salud mental y las que no lo hacen tras la pandemia en Canarias?, o, por el contrario, ¿son las condiciones genéticas las únicas que determinan el padecimiento de una enfermedad mental?

Estas son algunas de las preguntas que pretenden ser respondidas, o al menos contextualizadas, de una manera transversal sin despreciar los avances que las ciencias médicas han aportado al bienestar de la población, pero poniendo el punto de atención en aquellas carencias que desde la sociología deben ser objeto de atención, estudio y reivindicación.

El siguiente artículo se organiza de la siguiente forma: comenzaremos contextualizando la situación en España, tanto en el plano laboral-económico como en lo referido al aumento en la toma de medicamentos asociados a la salud mental. Posteriormente, a través del marco teórico nos adentraremos en el concepto de *hegemonía patológica* que se pretende presentar en este estudio, para después plantear una serie de variables que recogerán las características socioeconómicas de las personas que están haciendo un mayor uso de estos medicamentos. Finalmente, se presenta un modelo de análisis multivariado que mostrará las principales categorías asociadas a este grupo poblacional, terminando con la exposición de las conclusiones y la discusión.

* Universidad de La Laguna. alberto.wadasound@gmail.com.

CONTEXTUALIZACIÓN

La pandemia que afectó al mundo a lo largo del año 2020, y el posterior confinamiento decretado por las autoridades, ha puesto de relieve algunas de las realidades que ya se venían observando, entre ellas la cuestión de la salud mental. No solo la imposibilidad de salir de las casas o las diferentes condiciones materiales de las personas en sus hogares han podido ser perjudiciales para la salud, sino que en el plano económico-laboral las perspectivas no han sido mucho mejores. Las dificultades para adaptar el actual modelo económico-social globalizado a esa nueva situación, junto con la posibilidad de que pudiera repetirse una crisis económica como la de 2008, han podido ser dos grandes problemáticas que sobrevolaron en la mente de todas las personas que vivimos esas circunstancias. Este no es un caso diferente para España, y mucho menos para Canarias, ya que las islas dependen en gran medida del turismo, y una situación pandémica no es la más idónea para planificar unas vacaciones.

A pesar de todas las controversias y dificultades que han surgido durante los periodos de crisis financiera en 2008, la pandemia en 2020 y la crisis de inflación provocada por la actual guerra en Ucrania, existen ciertas tendencias que nos ayudan a comprender mejor la situación en España, y más concretamente en Canarias.

Desde una perspectiva farmacológica, el uso de medicamentos para el tratamiento de enfermedades mentales ha ido en aumento desde finales de los años 80 del siglo pasado.

La tendencia creciente del consumo de ansiolíticos e hipnóticos ya venía siendo observada en estudios similares realizados en los periodos 1987-1995 y 1995-2002, y entre otros factores puede deberse al posible incremento en la prevalencia de trastornos neuróticos, los relacionados con el estrés y el insomnio, la «medicalización» tanto del sufrimiento humano como de los problemas sociales, la capacidad de producir dependencia de las benzodiacepinas, que hace que pueda prolongarse el consumo incluso durante décadas, o la promoción comercial por parte de la industria farmacéutica (Nicieza-García *et al.*, 2016, p. 466).

Como se puede leer en la referencia anteriormente citada, las razones del aumento en el uso de medicamentos para tratar enfermedades mentales pueden ser muy variadas, pero para el propósito de este artículo se refiere resulta conveniente centrarse en la medicalización. Existen otros aspectos que podrían ser de interés, como la industria farmacéutica. Algunos autores nos advierten sobre ciertos datos al respecto, desde «no debe olvidarse la posibilidad de una promoción comercial excesivamente “agresiva” por parte de la industria farmacéutica» (García Del Pozo *et al.*, 2004, p. 386), o «el 100% de los “expertos” del panel de trastornos de la personalidad del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* tenían vínculos económicos-financieros con la industria farmacéutica». (Cerecedo Perez, *et al.*, 2013, p. 538).

En este momento es fundamental, por tanto, definir qué es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Este es el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y su historia e implantación está llena



de luces y sombras. En un principio, sus dos primeras ediciones publicadas, 1952 y 1968, tan solo recogían una serie de tipologías acerca de los posibles síntomas asociados, funcionando a modo de un nomenclador multiteórico, donde desde una perspectiva freudiana los factores psicológicos, sociales y biológicos era su principal fundamento. El problema surgió por la dificultad que conllevaba llegar a acuerdos acerca de las características y sintomatologías asociadas a dichas enfermedades por la gran variedad de teorías y perspectivas que se recogían. Para intentar resolver estos problemas, a partir de su tercera edición en 1980 se optó por una pretendida, y muy difícil de realizar, perspectiva *ateórica*, donde lo fundamental eran las herramientas metodológicas utilizadas para su detección, enfoque centrado en métodos cuantitativos y estadísticos, convirtiendo a este en una «guía de tratamiento»:

El problema consiste en confundir las explicaciones neurobiológicas con la realidad misma, pues la realidad es abordada desde perspectivas que no la agotan. Al ignorarse los límites de la perspectiva en cuestión y los alcances de su discurso, se pierden las dimensiones del problema tratado (Barreira Alsina, 2015, p. 127).

Junto a esta crítica subyace la idea del DSM como manual universalizado, que impregna todos los ámbitos relacionados con la disciplina médica, desde foros de debate o grupos de investigación hasta empresas aseguradoras, llegando a ser denominada como la «biblia de la psiquiatría», añadiendo en cada una de sus revisiones nuevas categorías, hasta tal punto que suscita la propia crítica desde dentro de la misma disciplina médica (Cerecedo *et al.*, 2013, p. 538).

Tampoco cabe olvidar la crítica a la patologización de las orientaciones sexuales y/o las identidades de género no normativas expuesta por los colectivos LGTBI y prescrita en el DSM (Grau, 2017). Otras perspectivas nos hablan de la «colonial psychiatry», es decir, cómo esta surge en los EE.UU. y es exportada al resto de países del globo; siguiendo el enfoque del pensamiento científico norteamericano como hegemónico y de referencia en la escena clínica. Para este caso concreto el estudio se centra en la patologización del TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) o ADHD por sus siglas en inglés (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) (Mayes, 2019).

Tras abordar la crítica al DSM y el incremento en el uso de medicamentos relacionados con enfermedades mentales, es esencial resaltar algunas dinámicas socioeconómicas en la sociedad española, entre las cuales sobresalen el mantenimiento del desempleo y el aumento de la precariedad laboral.

La centralidad del trabajo ha jugado un papel fundamental en la construcción de nuestra identidad y en la representación estructural de nuestra vida privada y pública, además de aportar el capital económico necesario para la subsistencia y reproducción. Esta perspectiva cambió desde los años 70 del siglo pasado, desechando la idea del pleno empleo como justicia social redistributiva (Lopez Calle, 2019). Esto influyó en las necesidades del capital para seguir manteniendo sus beneficios dando lugar a la globalización financiera, deslocalización de la producción y relocalización de la misma en regiones donde pudieran mantenerse las tasas de beneficio. Una de las razones la podemos asociar a la pérdida de ventajas relativas de los países desa-



rollados con respecto a los menos desarrollados, que comenzaban a buscar su lugar en el plano económico internacional aumentando la competencia con el desarrollo de sus industrias (Fröbel *et al.*, 1978).

Esta cuestión dio lugar a una nueva relación capital-trabajo impidiendo el desarrollo por parte de las personas trabajadoras de una vida plena y en buenas condiciones. Esto se produce debido a un déficit de empleo generalizado y la pérdida de derechos laborales de las personas que mantienen su empleo o adquieren un nuevo. Esta lógica de la competencia global también afecta a las empresas de servicios, las cuales serán el nuevo motor de los estados occidentales y que se caracterizan por su escasa remuneración y pobres derechos laborales (Sassen, 2010). Aun así, cabe destacar cómo este desempleo y situación de precariedad se distribuye de manera heterogénea en la población en función del género, edad y condición social. Estas situaciones pueden generar los primeros problemas de salud mental asociados, principalmente a las dificultades de asumir las obligaciones económicas del hogar tales como la subsistencia:

Las distintas situaciones de nuestra vida laboral afectan a nuestro mundo emocional e influyen sobre nuestra salud (mental); no es lo mismo disponer de un trabajo fijo que eventual, bien o mal remunerado, con o sin derechos laborales, adecuado a nuestras competencias profesionales o no (Espino, 2014, p. 387).

Para el caso que nos ocupa, nos centraremos en la toma de medicamentos que más han aumentado en los últimos años y los cuales se relacionan con la salud mental, los ansiolíticos (N05B). «N» hace referencia al sistema nervioso (Nervous System en inglés) y «05B» alude concretamente a los ansiolíticos (WHO, 2023). Este código proviene del *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*, sistema de clasificación internacional para medicamentos desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.

Los valores son tomados a partir de la bibliografía de referencia, donde de manera homóloga «los datos se expresaron en Dosis Diarias Definidas (DDD) por 1.000 habitantes-día y se utilizaron los valores de las DDD propuestos por la OMS» (García Del Pozo *et al.*, 2004, p. 380). Se observa un aumento en su uso desde la década de los 90, el cual está asociado a un mayor número de personas diagnosticadas con una enfermedad mental; de manera paralela, notamos que la precariedad laboral y el desempleo se han convertido en enfermedades sociales crónicas en nuestro entorno. Por lo tanto, el presente estudio pretende establecer una relación entre un incremento en la toma N05B y una precarización laboral progresiva.

Lo que podemos examinar en la figura 1 es, por una parte, la incorporación de las mujeres mayores de 25 años en el mercado laboral, tal y como se observa en su tendencia creciente a una mayor tasa de actividad (30% hasta 70%), por otro lado, las tasas de actividad para hombres de la misma edad se mantienen constante (70%). Un dato a resaltar es la tasa de actividad para personas menores de 25 años, donde podemos evaluar que es de carácter decreciente en cuanto a su actividad en el mundo laboral (en torno al 45% hasta un 35%), con una clara desventaja para el caso de las mujeres. Paralelamente y referenciado en un eje secundario, podemos



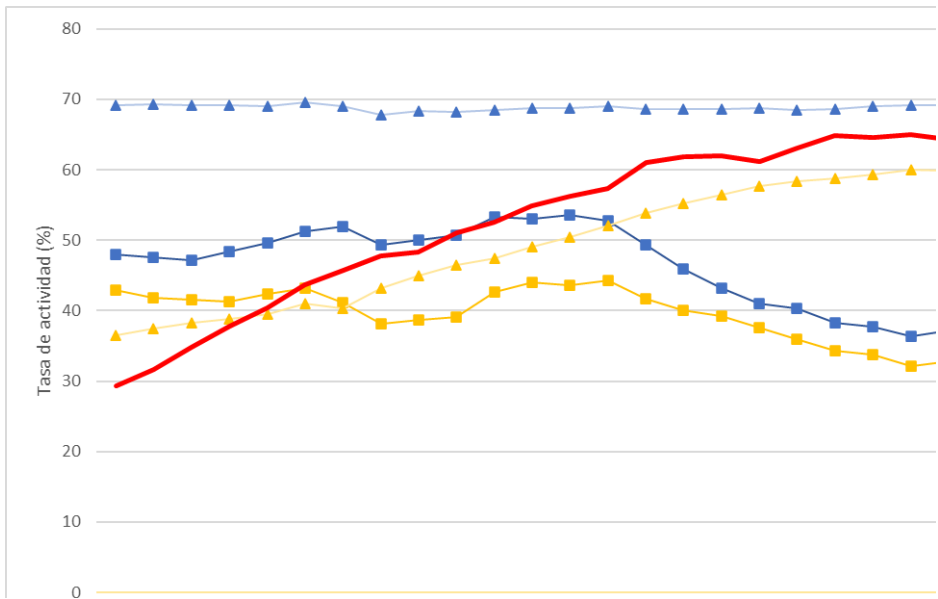


Figura 1. Tasa de actividad en España, por sexo y grupos de edad; y DDD/1000/día (1995-2021). Fuente: INE, 2022; Vicente Sánchez *et al.*, 2013; AMPS, 2022. Elaboración propia.

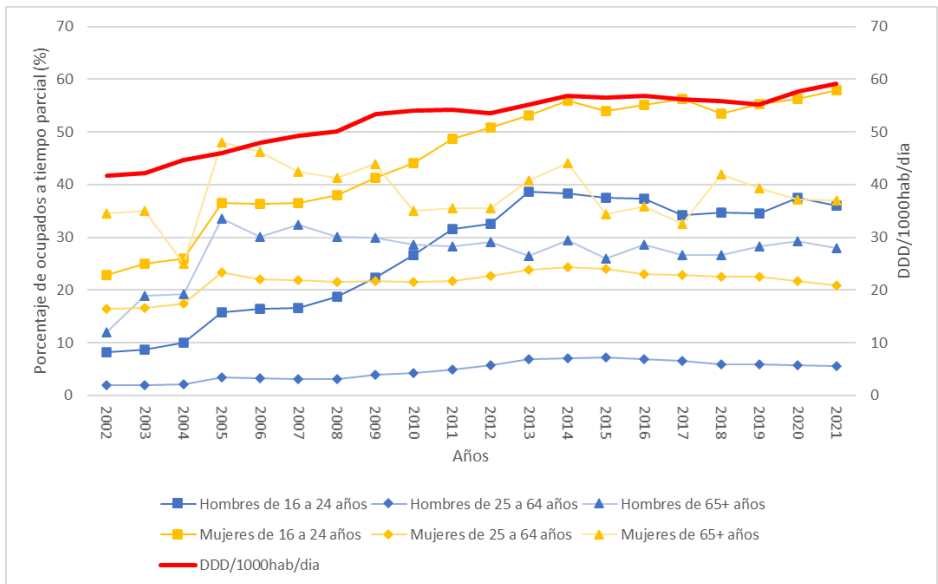


Figura 2. Ocupados a tiempo parcial en España, por sexo y grupos de edad y DDD/1000/día (2002-2021). Fuente: INE, 2022; Vicente Sánchez *et al.*, 2013; AMPS, 2022. Elaboración propia.

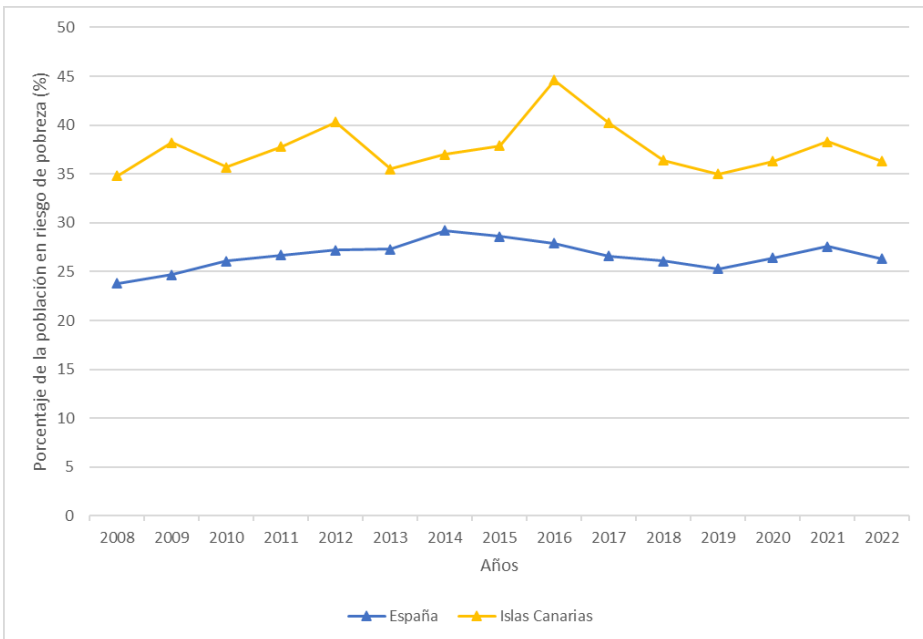


Figura 3. Evolución del índice AROPE para la población canaria y nacional (2008-2022).
Fuente: INE, 2023. Elaboración propia.

decir que la DDD de N05B ha ido aumentando de manera constante desde los primeros años de los cuales se tienen datos (25 DDD hasta 60 DDD).

Por otro lado, tenemos la ocupación según contrato laboral a tiempo parcial (Figura 2). Como podemos observar, desde 2002 existe un aumento de este tipo de contrato de manera generalizada para todos los grupos, si bien es cierto que existen diferencias entre sexos y grupos de edad. La diferencia entre sexos se establece en cada uno de los grupos de edad, siendo mayor porcentaje en el caso de las mujeres. Ahora bien, si nos disponemos a comparar por grupos de edad vemos diferencias entre estos, siendo la población menor de 25 años el grupo más representativo para este tipo de contratos. Cabe destacar que si bien los datos difieren ligeramente en cuanto a las DDD en los estudios donde los años se solapan, la condición creciente se refleja en todos ellos.

Centrándose este estudio en el caso de Canarias y no existiendo datos acerca de la evolución en el tiempo de las DDD para N05B, se podría realizar una aproximación. En el año 2002 la toma de ansiolíticos para la población canaria era de 47,91 DDD (García Del Pozo *et al.*, 2004), frente a 41,75 DDD de media para el territorio nacional (Vicente Sánchez *et al.*, 2013). Estos datos, junto con un análisis de los niveles de pobreza canaria frente a la nacional, pueden aportar más información para contextualizar la situación de la población de Canarias en cuanto a las condiciones socioeconómicas, siendo estas peores. En la figura 3 se muestra la

evolución de la población en riesgo de pobreza a través del índice AROPE para la media nacional y la media en Canarias durante el período 2008-2022. El índice AROPE pretende «establecer los distintos grupos de población afectados por uno o varios de los problemas a los que hace referencia: pobreza, privación material severa y baja intensidad de trabajo del hogar» (Lafuente *et al.*, 2018, p. 82), y como se puede observar es superior en todos los años analizados, indicando una mayor cantidad de personas en riesgo de pobreza.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Con el concepto de hegemonía patológica se pretende visibilizar una tendencia que lleva siendo observada desde la comunidad científica desde la década de los años 80 del siglo pasado:

En la década de los años 80 empieza a ser aceptado, por los medios de comunicación, por la población y por los profesionales de la medicina, el cambio de paradigma de la enfermedad mental hacia un modelo bioquímico, lo que coincide en el tiempo con el lanzamiento de los nuevos psicofármacos al mercado (expansión de los antidepresivos) (Cerecedo *et al.*, 2013, p. 538).

Es decir, los diagnósticos asociados a enfermedades mentales empiezan a referenciarse desde una perspectiva muy concreta de la ciencia médica, la biomedicina. Ésta se entiende actualmente como la concepción médica dominante, dejando a un lado el paradigma anterior que, «reflejaba la visión freudiana de la enfermedad» (Cerecedo *et al.*, 2013, p. 538). Parafraseando a Filc (2004,) se considera que la enfermedad y la dolencia se encuentran en el individuo y se entiende el tratamiento como predominantemente quirúrgico o farmacológico. Este paradigma explica la enfermedad principalmente mediante una causalidad mecánica y con referencia a modelos explicativos lo más cercanos posible al nivel molecular.

Supone que la enfermedad se define básicamente por los criterios objetivos de la ciencia biomédica y asume que esta última es, efectivamente, la perspectiva más autorizada para delimitar las fronteras entre lo normal y lo patológico (Castro, 2016, p. 74).

Ahora bien, lo que se pretende sugerir aquí es cómo el paradigma médico de la biomedicina, basado en la individualización de los problemas mentales, es decir, fundamentalmente en la localización de sus causas en el plano cerebral, es la corriente médica *hegemónica*. ¿A qué denominamos hegemonía?

La hegemonía es un término introducido por Gramsci para hablar concretamente de la hegemonía cultural que ostentan las élites en el poder. Intentado resolver el problema conceptual de la separación propuesta por Marx entre superestructura e infraestructura, Gramsci genera un marco conceptual donde ambas estructuras, no solo se encuentran relacionadas, sino que mantienen cierta independencia, contradi-



ciendo a Marx en cuanto a la caída de la superestructura generada por el cambio de modelo productivo. Para el caso que nos ocupa, consideramos la hegemonía como:

Un elemento teórico que serviría para dar cuenta del efectivo calado del ideario neoliberal y de la relativa conformidad social con su puesta en práctica gracias a todo un conjunto de dispositivos políticos, ideológicos, económicos y culturales que inducirían a su aceptación (Martínez, 2020, p. 14).

Junto a las críticas aportadas previamente acerca del DSM, se propone la puesta en marcha del manual como «el desarrollo de un medio práctico de gobierno y de dominio» (Gramsci, 1986, como se citó en Martínez, 2020, p. 16), enmarcado esta definición como la «guía de tratamientos» que se expuso con anterioridad.

Así, este paradigma puede sesgar los diagnósticos o minusvalorar otras posibles causas que pueden derivarse en las diferentes y gran cantidad de tipologías de enfermedades mentales.

El problema de prescribir tratamiento antidepresivo a personas que no lo necesitan va más allá de producir una iatrogenia medicamentosa. Una intervención de estas características fomenta una actitud pasiva ante la propia vida y contribuye a la cristalización del papel del enfermo que tendrá que consultar y tomar antidepresivos siempre que se encuentre triste (Cerecedo *et al.*, 2013, p. 539).

Pero deberíamos preguntarnos ¿qué nos hace creer que esta forma de ver la salud mental por parte de los/as profesionales de la medicina sea la mayoritaria, sea la hegemónica? El concepto de hegemonía, desarrollado por Antonio Gramsci, puede definirse tanto como el proceso mediante el cual, como el estado en el cual, un modo de vida y formas de pensar y entender se vuelven dominantes en una formación social. Un proyecto se vuelve hegemónico cuando su visión de la realidad impregna todos los diferentes estratos de una sociedad dada, es decir, sus instituciones, su vida privada, su moralidad, sus costumbres, su religión y los distintos aspectos de su cultura (Filc, 2004).

Lo que se pretende es visibilizar que la corriente biomédica se construye como si de una voluntad colectiva se tratara, no solo por parte del personal médico, debido a la ingente cantidad de publicaciones que se encuentran al respecto de la enfermedad mental, donde en su mayoría solo se recogen aspectos fisiológicos de las personas pacientes, y una minoría que presta atención a los contextos sociales-políticos de estas. Pero también, por parte de las personas que acuden a la consulta en busca de soluciones «mágicas» que resuelvan sus problemas de manera individualizada (De Las Cuevas *et al.*, 1999; Filc, 2004; Cerecedo *et al.*, 2013; Nicieza-García *et al.*, 2016; Mayes, 2019; Crespo-Suárez, 2021).

Algunos autores nos hablan de la tendencia creciente a individualizar la enfermedad mental en los últimos 25 años (Vicente Sánchez, *et al.* 2013, p. 253), o como el propio Flic (2004) denomina a la desocialización de la enfermedad. Esta última afirmación nos sirve para entroncar con la siguiente cuestión acerca del proceso de expansión de la biomedicina como campo, espacio y estrategia hegemónica de enfrentamiento a los problemas.



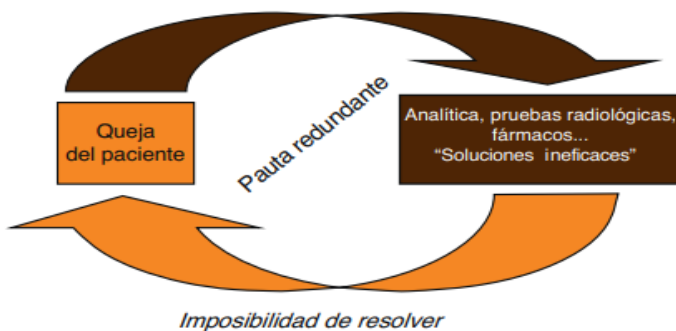


Figura 4. «Círculo vicioso que perpetúa la medicalización de un problema». Fuente: Cerecedo Pérez et al, 2013.

En la escala de valores, ocupa el primer lugar la familia, pareja e hijos; y a continuación trabajo, amigos y ocio. Es decir, se siguen valorando, más allá del consumo, los aspectos relacionales de la vida. Lo que ha cambiado es la concepción de lo colectivo; hoy pocos son los que defienden visiones colectivas de los problemas humanos. Somos más exigentes, más reflexivos, más «yo», pero también más intolerantes a la frustración y al desencanto. Cada vez hay más gente que vive sola, y las citas por Internet y los chats son más utilizados. Los antiguos referentes no nos sostienen, y temas como el paro, la inmigración o la desigualdad entre géneros se convierten en problemas de índole individual en lugar de tener un abordaje colectivo (Cerecedo *et al.*, 2013, p. 538).

Esta afirmación nos debe hacer reflexionar acerca de la gran cantidad de factores que pueden afectar en cuanto al desarrollo o no de una enfermedad mental. A raíz de esta perspectiva de la individualización de los problemas sociales se produce la medicalización de los mismos. Esto quiere decir que, sin menospreciar los avances realizados por las ciencias médicas acerca de las posibles causas, la corriente de pensamiento individualizadora, sumada al afán cuantitativista de las ciencias en general, y para este caso de las médicas, hace sobrevalorar los estudios centrados en los procesos cerebrales, haciendo de la medicina una corriente más «objetiva», estableciendo relaciones causa-efecto, sin tener en cuenta las posibles relaciones espurias que puedan darse. O, dicho de otra forma, los indicadores dispuestos por la psiquiatría se toman como parte de ese «mito», se legitima y reproduce como *la forma de analizar las causas*. Diversos autores han analizado esta cuestión, desde Mayes (2019) y su definición de los trastornos mentales como problemas fundamentalmente sociales, que son medicalizados y luego tratados con medicamentos que abordan los síntomas de estos problemas, o Filc (2004), que nos dice cómo la medicina basada en evidencias biomédicas, es el intento de desarrollar técnicas estadísticas de aná-

lisis con el fin de determinar formas universales «científicamente fundamentadas» de tratar condiciones o enfermedades específicas.

Otro de los problemas asociados a esta perspectiva es la descrita como la «paradoja de la salud» (Cerecedo Pérez *et al.*, 2013, p. 537). En ella se pretende explicar cómo existe una relación entre la mejora generalizada del nivel de salud de la población y el aumento de los/as enfermos/as; y cómo esta misma cantidad de personas enfermas aumenta al emplear mayores recursos para los sistemas sanitarios. Según el autor, esto se debe a una mala diagnosis en cuanto a las causas que derivan en una enfermedad mental, la cual se ilustra en la figura 4.

Esto conlleva una ineficacia de los sistemas de salud debido a la no identificación transversal que los problemas mentales suponen y que en el presente texto se pretenden visibilizar.

Teniendo en cuenta que los principales factores de riesgo para los trastornos del estado de ánimo se relacionan con aspectos socioeconómicos y laborales [...] El elevado consumo en términos absolutos de alprazolam y lorazepam podría indicar una utilización cada vez mayor de estos medicamentos en trastornos del estado de ánimo (Vicente Sánchez *et al.*, 2013, p. 252).

Una vez introducidas todas las posibles contradicciones que podamos encontrar a la hora del diagnóstico de estas enfermedades, procede una aproximación a los aspectos considerados por este artículo que debieran ser tenidos en cuenta a la hora de articular un diagnóstico «más completo» de las posibles causas que derivan en el desarrollo de este tipo de enfermedades. Para ello, apuntamos una serie de dimensiones sociales para considerarlas, no como causantes directas, sino como dimensiones potenciales que nos pueden acercar a una mayor comprensión del problema a analizar, como base explicativa se toman en cuenta las desigualdades sociales que podemos encontrar en la estructura social, a saber: sociodemográficas (género y edad), educacionales y económicas.

Según diversos autores, el género se entrelaza con otras dimensiones, generando desigualdades en distintos ámbitos de lo social. Una de las características que deben ser señaladas es la doble carga laboral que sufren las mujeres. La sociedad patriarcal en la cual está inserta la sociedad española prescribe posiciones sociales diferenciadas entre hombres y mujeres, relegando a estas últimas a los trabajos de reproducción, asociados al trabajo del hogar y cuidados; y al hombre a la escena productiva, situada en el espacio público y el trabajo remunerado. Si bien es cierto que estas condiciones han cambiado mucho desde los últimos años, las encuestas nos siguen mostrando una mayor responsabilidad para con las tareas del hogar por parte de las mujeres que de los hombres, ya sea a nivel insular como el estudio de caso en La Gomera (Gutiérrez, 2013), o en el plano nacional (Page, 1996; De la Fuente, 2007). Esta doble carga laboral, la doméstica unida a la inclusión de las mujeres en el mercado de trabajo, deviene en una mayor presión que recae sobre las mujeres, pudiendo reproducirse en una mayor tendencia a la hora del uso de medicamentos que se asocian a enfermedades mentales. De igual forma, Filc (2004) hace una crítica a los estudios que no indagan en si la fatiga crónica en mujeres de treinta años



se debe a la división de género en nuestra sociedad, así como la posición subordinada que ocupan con respecto a los hombres en el ámbito de la reproducción.

En cuanto a la edad, podemos encontrar diferentes artículos que nos muestran la importancia de la edad como variable explicativa a la hora de tomar medicamentos ansiolíticos asociados con la salud mental. Encontramos textos que nos hablan de una mayor tendencia al consumo de estos por personas de mayor edad y jubiladas, exponiendo sus posibles causas. Así, los pacientes de edad avanzada son los usuarios más frecuentes de N05B. Este patrón puede explicarse por la mayor prevalencia de insomnio, trastornos de ansiedad y condiciones orgánicas que presentan, junto con una demanda más frecuente de atención médica (De las Cuevas, 1999).

Sin embargo, otros estudios nos hablan de cómo la salud mental incide en mayor medida en las personas jóvenes, siendo la precariedad y el desempleo, una de sus características más notorias en cuanto a la dimensión económica que estas personas representan. O, por el contrario, que su menor responsabilidad con respecto a las obligaciones económicas del hogar hace de estas personas menos vulnerables en cuanto a los aspectos económicos (Gallardo, 2008).

Desde la perspectiva del nivel educativo, diversos artículos nos hablan de la probable importancia del nivel educativo como escudo frente a la posibilidad de presentar algún tipo de enfermedad mental (Villa *et al.*, 2003), o la importancia de este como posible variable explicativa de las desigualdades sociales en salud.

La importancia del nivel educativo como indicador de desigualdades sociales en salud, en ocasiones, ha sido subestimado o ni siquiera considerado en muchos trabajos, siendo a nuestro modo de ver un factor que condiciona y justifica, en gran medida, la existencia de estas desigualdades (De la Cruz-Sánchez, 2013, p. 32).

El nivel educativo puede relacionarse con las posibilidades de un mejor empleo, es decir, el nivel educativo determina, en gran medida, las posibilidades de optar a un trabajo en mejores condiciones laborales, tanto en estabilidad como en remuneración.

En cuanto a la dimensión económica, existen numerosos artículos que nos hablan de la importancia de esta dimensión a la hora de explicar si una persona es más propensa a sufrir este tipo de enfermedades, o dicho de otra manera, a ser enmarcada bajo este diagnóstico clínico. Existen perspectivas que se enfocan no tanto en el desempleo como tal, sino en la posibilidad de pérdida del mismo, la incertidumbre (Gili *et al.*, 2013). Otros estudios hablan de un mayor riesgo frente a este tipo de enfermedades por parte de las personas en exclusión social. Villegas (2021), nos explica cómo las admisiones psiquiátricas y los problemas de salud física están significativamente y de manera inversa asociados con la autonomía funcional (discapacidad), la situación estructural-económica (ingreso) y la situación sociocultural (adaptación social).

Resumiendo lo expuesto anteriormente, y una vez visualizadas las problemáticas asociadas a la salud mental por parte de la bibliografía referenciada, se plantea que las dimensiones a tratar (sociodemográfica, educacional y económica) condicionan en gran medida el estado de salud mental de las personas, sin menospreciar



claro está, los determinantes biológicos que puedan desencadenar en el padecimiento de una enfermedad mental. El hecho de presentar estas variables como potencialmente explicativa, se enmarca dentro de la necesidad de las ciencias sociales para reivindicar su papel fundamental en la búsqueda de medidas preventivas a la hora de medicalizar ciertos problemas que puedan devenir de la estructura sociopolítica y económica.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El presente estudio plantea unos objetivos de acuerdo con las posibilidades que el marco teórico nos permite analizar. Se establece, por tanto, un objetivo general, el cual se subdividió en objetivos específicos, junto con sus hipótesis correspondientes.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la distribución del aumento del consumo de ansiolíticos (N05B) después de la pandemia del covid-19 en la población de Canarias de 18 años y más, hasta junio de 2022.

Objetivos específicos:

Analizar y comparar las diferencias estadísticamente significativas entre las personas que consumen N05B después de la pandemia y aquellas que no, según el género de las personas encuestadas (Ob.1).

Analizar y comparar, en función de la edad de las personas encuestadas (divididas en grupos de «18-29», «30-44», «45-64» y «65 y más años»), si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que consumen N05B después de la pandemia y aquellas que no (Ob.2).

Analizar y comparar las diferencias estadísticamente significativas entre las personas encuestadas que consumen N05B después de la pandemia y aquellas que no, en función del nivel educativo diferenciando tres niveles: «Primarios o menos», «Secundarios» y «Superiores» (Ob.3).

Analizar los perfiles económicos de las personas encuestadas y determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las que consumen N05B después de la pandemia y las que no. Esta medición se llevará a cabo mediante tres variables: «Situación laboral», «Evolución del poder adquisitivo» y «Clase social subjetiva» (Ob.4).



TABLA I. DIMENSIONES, SUBDIMENSIONES Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CATEGORÍAS

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	DISTRIBUCIÓN (%)
Sociodemográfica	Sexo	Hombres (48,8%) Mujeres (51,2%)
	Grupo de edad	18-29 (10%) 30-44 (30,3%) 45-64 (33,2%) 65 y más (26,5%)
	Nivel de estudios	Primarios o menos (17,2%) Secundarios (60,1%) Superiores (22,7%)
	Situación laboral	Trabaja (41,8%) En paro-ERTE (15,6%) Jubilado-pensionista (24,3%) Estudiantes y trabajo doméstico no remunerado (12,3%)
Percepción situacional	Evolución del poder adquisitivo	Ha aumentado (11,7%) Sigue igual (35,3%) Ha disminuido un poco (35%) Ha disminuido mucho (18%)
	Clase social subjetiva	Alta y media alta (3,8%) Media (50,6%) Media-baja (35,1%) Baja (10,5%)
	Estado de ánimo	Bueno (56,6%) Regular (35,5%) Malo (7,9%)

Fuente: elaboración propia.

HIPÓTESIS GENERAL

La hipótesis general plantea que existirán diferencias estadísticamente significativas entre distintos grupos poblacionales de 18 años y más en Canarias, es decir, habrá un aumento diferenciado en la toma de ansiolíticos (N05B) en la población después de la pandemia hasta junio de 2022.

Hipótesis específicas:

Las mujeres constituyen el colectivo que más consume N05B tras la pandemia, debido a la brecha de género que relega a las mujeres a la doble jornada, en el hogar y en el empleo, y las dificultades que esto supone (Hi.1).

Existirán diferencias entre los distintos grupos de edad que se pretenden analizar, siendo el grupo de jóvenes de entre 18 y 29 años el que más consume N05B



tras la pandemia. Esto se debe a la mayor precariedad laboral que experimenta este grupo, junto con todos los problemas asociados que esto supone (Hi.2).

Los diferentes niveles de estudios están asociados al consumo o no de N05B tras la pandemia, siendo las personas con estudios «Primarios o menos» las que más consumen tras la pandemia (Hi.3).

Las condiciones materiales/económicas de las personas serán determinantes para establecer qué personas consumen más N05B tras la pandemia, siendo las personas desempleadas y/o con peor nivel económico las más propensas (Hi.4).

METODOLOGÍA

Para la realización del siguiente trabajo, se planteó el análisis de una encuesta realizada por la UNED acerca de la salud mental en Canarias a propósito de la pandemia global declarada por la OMS, el covid. El estudio tiene como ámbito la comunidad autónoma de Canarias, para la población de 18 años y más de ambos sexos. Se realizaron un total de 3185 entrevistas a través de un muestreo polietápico con una muestra no proporcional entre las diferentes islas en primera instancia, y un muestreo estratificado proporcional por municipios en una instancia final. Al no representar una característica estadísticamente significativa la diferencia entre islas, el análisis será para el total de la población canaria con un error del $\pm 1,77\%$. Las posibles diferencias entre islas quedan a disposición de futuros estudios que pretendan profundizar en la cuestión. Las entrevistas fueron realizadas de manera telefónica asistida por ordenador (CATI). El trabajo de campo fue realizado entre el 10 y el 30 de junio de 2022.

Para el análisis de la encuesta, se plantean una serie de variables independientes (VI) que pretenden representar las dimensiones recogidas anteriormente como posibles variables explicativas.

Como representa la tabla I, se recodifican las variables *Nivel de estudios*, *Situación laboral*, *Evolución del poder adquisitivo*, *Clase social subjetiva* y *Estado de ánimo*, reunificando algunas categorías en pos de una distribución de casos de manera más homogénea entre éstas.

Como variable dependiente (VD) se creó una que recogiera los casos de las personas que no tomaban medicamentos antes de la pandemia y que después de esta empezaron a hacer uso de los medicamentos analizados en cuestión (N05B). La creación de esta se justifica por el objeto de estudio del presente artículo, bajo la intención de generar un perfil socioeconómico de las personas que hacen uso de estos medicamentos como de los que no (tabla II).

Además, hay que aclarar que las personas que hacen uso de ansiolíticos también son tratados con otro tipo de fármacos, es decir, la respuesta planteada en el cuestionario (UNED, 2022) fue abierta, las personas nombran qué tipo de medicamentos están utilizando. Como se refleja en la siguiente tabla (tabla III), estas personas, además de tomar ansiolíticos también hacen uso de otro tipo de medicamentos.

La tabla III muestra que del total de personas que toman ansiolíticos después de la pandemia, un 70,5% también toman reguladores del sueño seguido de un



TABLA II. DISTRIBUCIÓN DE LA VD CON RESPECTO AL TOTAL DE CASOS ANALIZADOS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No seleccionados	2658	89
Seleccionados (no tomaban medicamentos N05B antes de pandemia y después de ella sí)	329	11
Total	2987	100
N/A	198	

Fuente: elaboración propia.

TABLA III. DISTRIBUCIÓN DE LA TOMA DE ANSIOLÍTICOS JUNTO CON OTROS MEDICAMENTOS

	CALMANTES / ANTIPSICÓTICOS (%)	REGULADORES DEL SUEÑO (%)	ANALGÉSICOS / ANTI-INFLAMATORIOS (%)	OTRO TIPO (%)	ANTIDEPRESIVOS (%)	SOLO ANSIOLÍTICOS (%)
329 (100%)	46 (14%)	232 (70,5%)	15 (4,6%)	0 (0%)	27 (8,2%)	9 (2,7%)

Fuente: elaboración propia.

TABLA IV. CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DESPUÉS DE LA PANDEMIA SEGÚN SEXO

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
No	89,8% (1308)	88,2% (1350)	89% (2658)
Sí	10,2% (149)	11,8% (180)	11% (329)
TOTAL	100% (1457)	100% (1530)	100% (2987)

Fuente: elaboración propia.

TABLA V. CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DESPUÉS DE LA PANDEMIA SEGÚN GRUPOS DE EDAD

	18-29	30-44	65 Y MÁS	TOTAL
No	88% (263)	89,7% (813)	88,6% (878)	89% (2658)
Sí	12% (36)	10,3% (93)	11,4% (113)	11% (329)
TOTAL	100% (299)	100% (906)	100% (991)	100% (2987)

Fuente: elaboración propia.

TABLA VI. CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DESPUÉS DE LA PANDEMIA SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS

	PRIMARIOS O MENOS	ESTUDIOS SECUNDARIOS	ESTUDIOS SUPERIORES	TOTAL
No	90,6% (465)	86,9% (1558)	93,4% (632)	89% (2655)
Si	9,4% (48)	13,1% (235)	6,6% (45)	11% (328)
TOTAL	100% (513)	100% (1793)	100% (677)	100% (2983)

Fuente: elaboración propia.

14% que toman calmantes. Otro dato importante a destacar es que el 2,7% declara que solo toma ansiolíticos.

Para la dimensión económica, se tienen en cuenta, como hemos apuntado, las variables *Situación laboral*, *Evolución del poder adquisitivo* y la *Clase social subjetiva*. Al no disponer de datos directos sobre las rentas de las personas entrevistadas, se proponen esta serie de variables que pueden acercarnos a conocer, a través de sus percepciones, cuál es su nivel económico, o al menos cómo percibe su poder adquisitivo con respecto a su entorno. El resto de dimensiones responden de manera directa a los objetivos planteados a través de sus variables, ya sea *Sexo*, *Edad*, o *Nivel de estudios*.

Por último, se plantea la variable *Estado de ánimo*, intentando buscar una relación entre el estado de ánimo de la persona y la posibilidad de tomar medicamentos, retomando la noción expuesta por en el marco teórico de que «los principales factores de riesgo para los trastornos del estado de ánimo se relacionan con aspectos socioeconómicos y laborales» (Vicente Sánchez *et al.*, 2013, p. 252).

Así mismo, se utilizará el *software* estadístico SPSS versión 21, junto con un análisis de relación entre variables a través de tablas de contingencia y pruebas de Chi Cuadrado. Además, se plantea un análisis de correspondencias múltiples con el fin de visibilizar de la mejor manera posible el comportamiento de las diferentes categorías para el modelo de variables planteado.

ANÁLISIS Y PROPUESTA DE RESULTADOS

Para la propuesta de análisis y resultados, se exponen las variables exploradas a modo de advertir si existe relación entre las variables dispuestas como independientes (VI): *Sexo*, *Edad*, *Nivel de estudios*, *Situación laboral*, *Evolución del poder adquisitivo*, *Clase social subjetiva* y *Estado de ánimo*; y la variable propuesta como dependiente (VD). Se realiza un análisis bivariado y se complementa con un análisis de correspondencia múltiple.

Para el caso de la variable *Sexo* (tabla IV), se puede afirmar que a pesar de la bibliografía citada y la hipótesis planteada (Hi.1), no existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado=1,802; p-valor=0,180) entre estos grupos



TABLA VII. CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DESPUÉS DE LA PANDEMIA SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

	TRABAJA	EN PARO-ERTE	JUBILADO-PEN- SIONISTA	ESTUDIANTE Y TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO	TOTAL
No	90,2% (1288)	85,6% (398)	89,7% (650)	87,3% (322)	89% (2658)
Sí	9,8% (140)	14,4% (67)	10,3% (75)	12,7% (47)	11% (329)
TOTAL	100% (1428)	100% (465)	100% (725)	100% (369)	100% (2987)

Fuente: elaboración propia.

TABLA VIII. CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DESPUÉS DE LA PANDEMIA SEGÚN EVOLUCIÓN DEL PODER ADQUISITIVO

	HA AUMENTADO	SIGUE IGUAL	HA DISMINUIDO UN POCO	HA DISMINUIDO MUCHO	TOTAL
No	90,5% (313)	85,6% (896)	92,1% (956)	88,2% (473)	89,9% (2638)
Sí	9,5% (33)	14,4% (151)	7,9% (82)	11,8% (63)	11,1% (329)
TOTAL	100% (346)	100% (1047)	100% (1038)	100% (536)	100% (2967)

Fuente: elaboración propia.

TABLA IX. CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DESPUÉS DE LA PANDEMIA SEGÚN CLASE SOCIAL SUBJETIVA

	ALTA Y MEDIA ALTA	MEDIA	MEDIA-BAJA	BAJA	TOTAL
No	85,3% (87)	92,6% (1268)	87,2% (829)	76,5% (218)	88,7% (2402)
Sí	14,7% (15)	7,4% (102)	12,8% (122)	23,5% (67)	11,3% (306)
TOTAL	100% (102)	100% (1370)	100% (951)	100% (285)	100% (2708)

Fuente: elaboración propia.

TABLA X. CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DESPUÉS DE LA PANDEMIA SEGÚN ESTADO DE ÁNIMO

	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
No	92,4% (1664)	72,1% (815)	70,2% (177)	83,4% (2656)
Sí	7,6% (137)	27,9% (315)	29,8% (75)	16,6% (527)
TOTAL	100% (1801)	100% (1130)	100% (252)	100% (3183)

Fuente: elaboración propia.

a la hora de tomar o no medicamentos, por lo que debemos rechazar la hipótesis, no existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la ingesta de este tipo de fármacos.

Para el caso de la variable *Grupos de edad* (tabla v), al igual que en el caso anterior, su valor de significación sigue estando por encima de nuestro valor de confianza del 95%, por lo que debemos plantear que no existen diferencias entre grupos estadísticamente significativas (Chi Cuadrado=0,993; p-valor=0,803), por lo que debemos rechazar, de nuevo, nuestra hipótesis planteada (Hi.2).

En cuanto al *Nivel de estudios* (tabla vi) sí que encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes niveles de educación obtenidos por las personas encuestadas, con un valor de confianza superior al 99,9% (Chi Cuadrado=24,657; p-valor=0,000; V de Cramer=0,091), siendo las personas con estudios secundarios las que más declaran que toman medicamentos, seguida de las personas con estudios primarios. Si bien es cierto que nuestra hipótesis sugiere que las personas con menos estudios deberían ser propensas en mayor medida a ser asociadas a este tipo de diagnósticos, sí que vemos una clara diferencia entre los que tienen estudios superiores con respecto al resto. Por lo tanto, no podemos aceptar la hipótesis planteada, «las personas con estudios «Primarios o menos» [son] las que más consumen tras la pandemia» (Hi.3).

Para el caso de la *Situación laboral* (tabla vii), también podemos observar diferencias estadísticamente significativas entre las categorías analizadas (Chi Cuadrado=9,631; p-valor=0,047; V de Cramer=0,057). Lo que se observa es que la de personas «En paro-ERTE», representan el grupo con mayor proporción en cuanto a la toma de medicamentos seguido de «Estudiante y trabajo doméstico no remunerado», y como el grupo de personas que se declaran trabajando es el que menos consumo hace de estos fármacos, por lo que la aproximación a nuestra hipótesis acerca del poder adquisitivo tiene un carácter relevante.

Ahora bien, si se analiza la *Evolución del poder adquisitivo* (tabla viii), se observa cómo existe una relación entre las variables (Chi Cuadrado=23,592; Sign=0,000; V de Cramer=0,089). Lo que se puede ver es como la categoría de «Sigue igual» es la que mayor porcentaje representa a la hora de la toma de medicamentos, seguida de «Ha disminuido mucho».

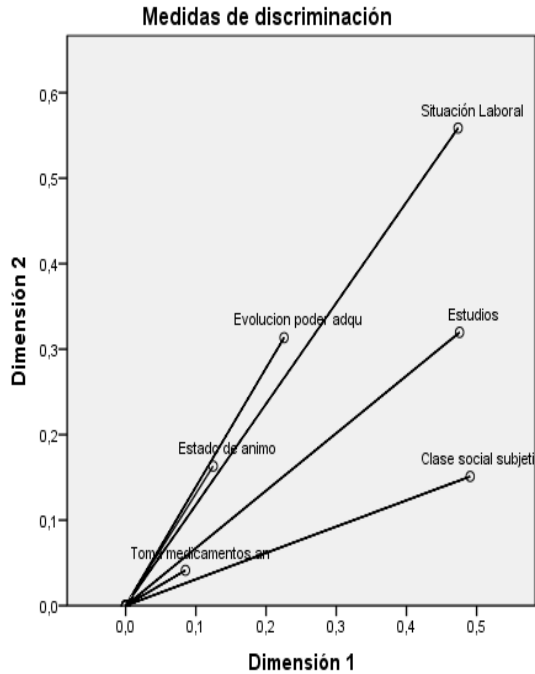
La *Clase social subjetiva*, entendida esta como la percepción individual de la posición que alguien ocupa en la jerarquía social (tabla ix), también establece una relación con la VD (Chi Cuadrado=66,091; p-valor=0,000; V de Cramer=0,156), mostrando diferencias estadísticamente significativas entre sus diferentes categorías. Se puede observar como la categoría que más proporción recoge es «Baja», con un 23,5%, seguida de las personas que se denominan como clase «Alta y media alta» (14,7%), esto último puede deberse a su baja representación con respecto al resto de categorías.

En cuanto al *Estado de ánimo*, se puede hacer un análisis similar al anterior, tiene un valor de significación dentro de nuestro intervalo de confianza (Chi Cuadrado=241,025; p-valor=0,000; V de Cramer= 0,275), y se observa que la categoría «Bueno» es la que menos casos recoge, siendo «Malo» la más representativa con respecto a los casos totales que recoge esta variable, seguida de «Regular».



TABLA XI. RELACIÓN ENTRE VARIABLES		
VARIABLES	P-VALOR	V DE CRAMER
VD*ESTADO DE ÁNIMO	0,000	0,275
VD*CLASE SOCIAL SUBJETIVA	0,000	0,156
VD*NIVEL DE ESTUDIOS	0,000	0,091
VD*EVOLUCIÓN DEL PODER ADQUISITIVO	0,000	0,089
VD*SITUACIÓN LABORAL	0,047	0,057

Fuente: elaboración propia.



Normalización principal por variable.

FIGURA 5. ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA MÚLTIPLE CON VD

Fuente: elaboración propia.

En la tabla XI se realiza un resumen donde se puede observar el valor del p-valor de las diferentes relaciones entre variables analizadas en caso de haber existido diferencias estadísticamente significativa; además, podemos observar cuáles tienen mayor poder de asociación a través del estadístico «V de Cramer». Estas variables las hemos incluido en el análisis multivariado.

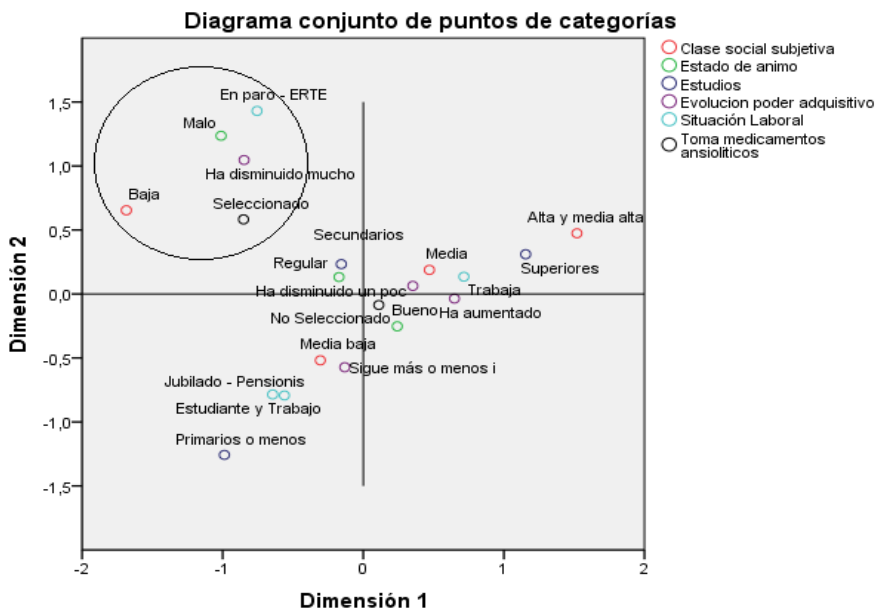


FIGURA 6. MEDIDAS DE DISCRIMINACIÓN
Fuente: elaboración propia

La figura 5 nos muestra la relación «espacial» en dos dimensiones entre las variables planteadas, y la figura 6, la fuerza de asociación entre las diferentes categorías, donde la dimensión 1 es la que más poder explicativo recoge. El nivel de estudios, la clase social subjetiva y la situación laboral son las variables que más discriminan en el modelo. La bondad de ajuste es adecuada, con una inercia total de 0,570.

Observamos cómo, si bien los casos seleccionados quizás no muestran demasiada relación, sí que lo hacen con los no seleccionados, es decir, con la gente que no utiliza este tipo de tratamiento. Vemos cómo alrededor de esta categoría encontramos otras como clase «Media» y «Media baja»; «Estudios secundarios»; «Trabaja»; y una evolución del poder adquisitivo positiva, «Ha aumentado» y «Sigue más o menos igual», aunque también aparece cercana «Ha disminuido un poco». De igual manera podemos observar cómo las categorías más alejadas son clase «Baja»; estudios «Primarios o menos»; «Ha disminuido mucho» el poder adquisitivo; y situación laboral «En paro-ERTE».

Para el caso de los «Seleccionados», vemos cómo alrededor de esta categoría se sitúan otras como «Malo», de la variable «Estado de ánimo», y cómo las categorías «Baja» para la clase social subjetiva, «Ha disminuido mucho» para la evolución del poder adquisitivo y «En paro-ERTE» como situación laboral se sitúan más cerca. Su lejanía con respecto al eje central no solo nos aporta la información de relación

entre variables, sino además la fuerza de asociación entre estas, siendo mayor cuanto más alejado de la intersección de ejes se encuentren.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Retomando las hipótesis y el marco teórico de referencias podemos plantear ciertas conclusiones que están sujetas a debate.

Para la primera hipótesis se planteó «las mujeres constituyen el colectivo que más consumen N05B tras la pandemia», la cual no ha sido aceptada, a pesar de los aportes en el marco teórico, que nos hablan de una clara diferenciación en cuanto a la incidencia en el consumo de N05B entre hombres y mujeres (Filc, 2004). Aunque deberíamos reflexionar, una vez revisada la bibliografía y conociendo la estructura social patriarcal en la cual estamos insertos, el posible sesgo por deseabilidad social en la encuesta, aunque debemos aclarar que, al ser un tema de gran controversia como lo es la salud mental, este sesgo lo podríamos encontrar a lo largo de todos los resultados obtenidos, pues es una deseabilidad social generalizada. A nadie le gusta reconocer su estatus de enfermo, por lo que podríamos aventurarnos a que los datos de la encuesta no representan la realidad en su totalidad, pero en el peor de los sentidos. Para este tipo de objetivo en concreto, sería recomendable usar otro tipo de técnicas para ahondar más profundamente en las posibles problemáticas asociada al sexo de las personas, derivadas de la estructura de poder patriarcal.

La segunda hipótesis enuncia que «el grupo de jóvenes de entre 18 y 29 años [es] el que más consume N05B tras la pandemia», un supuesto que no hemos podido aceptar. El resultado concuerda con los diferentes resultados arrojados por otros estudios ya citados, desde un uso más frecuente de N05B por personas de mayor y jubilada (De las Cuevas, 1999, p. 214), o por otra parte «las investigaciones en las que se analizan los efectos psicosociales del desempleo en los jóvenes prevalece el estudio del impacto del desempleo en la salud mental de éstos» (Gallardo, 2008, p. 2020); por lo que aun no pudiendo aceptarla, no podemos asegurar que no existan diferencias a la hora de la toma de medicamentos en Canarias en función de la edad. Habrá que esperar si en los futuros estudios que pudieran realizarse acerca de esta problemática, arrojan más luz sobre la cuestión.

La tercera hipótesis expone que «las personas con estudios «Primarios o menos» [son] las que más consumen tras la pandemia». Para el caso concreto de este estudio, no aceptamos la hipótesis, a pesar de que como hemos podido comprobar, las personas con estudios «Superiores» son las que menos han aumentado su consumo de N05B tras la pandemia. Como podemos observar en su valor de significación, existe una asociación entre la variable estudios y la VD; además, como observamos en el análisis de correspondencia múltiple (gráfico 2), las categorías «Medio» y «Superior» se mantienen positivas para la dimensión 1, frente a «Primaria o menos», que se sitúa en una posición negativa en el eje, al igual que los casos de aquellas personas que no tomaban N05B antes de la pandemia y si lo hacen después, categorizados como «Seleccionados». La distribución espacial para los casos que se sitúan cerca de las personas que no tomaban N05B antes de la pandemia y tampoco lo hacen des-

pués, categorizados como «No seleccionados», se encuentran muy cerca del eje, lo que nos muestra que su fuerza de asociación es débil. Esto puede estar relacionado con la muestra, un 60.1% de las personas declaran tener estudios secundarios, por lo que la distribución en las demás categorías es muy inferior. Aun así, podemos decir que para nuestro estudio la relación es significativa, pero de baja intensidad. Estas conclusiones concuerdan con los resultados planteados en los estudios de referencia. «La importancia del nivel educativo como indicador de desigualdades sociales en salud [...] a nuestro modo de ver [es] un factor que condiciona y justifica, en gran medida, la existencia de estas desigualdades» (De la Cruz-Sánchez, 2013, p. 32).

La cuarta hipótesis nos dice que «las condiciones materiales/económicas de las personas serán determinantes a la hora de la toma de este tipo de medicación, siendo las personas desempleadas y/o con peor nivel económico las más propensas». En este caso aceptamos la hipótesis, ya que todas las VI que hemos asociado a esta dimensión muestran una asociación significativa dentro de nuestro nivel de confianza (95%), aunque se deben aclarar ciertos matices. Si observamos el análisis de correspondencia múltiple (figura 5), para la VI *Situación laboral*, vemos cómo la categoría «Trabaja» es la que más cerca se sitúa de los casos de aquellas personas que no tomaban N05B antes de la pandemia y tampoco lo hacen después, indicando una mayor asociación entre las personas que trabajan y que no toman ansiolíticos. Por otro lado, las demás categorías se encuentran en una posición negativa con respecto a la dimensión 1, al igual que los casos de aquellas personas que no tomaban N05B antes de la pandemia y sí lo hacen después, aunque su distancia es muy grande para poder establecer una asociación fuerte. Estos resultados se posicionan en la misma línea que los artículos referenciados como Villegas (2021), cuando nos habla de que las admisiones psiquiátricas y los problemas de salud física están significativamente y de manera inversa asociados con la autonomía funcional (discapacidad), la situación estructural-económica (ingreso) y la situación sociocultural (adaptación social).

Para concluir y resumir, las personas que no tomaban N05B antes de la pandemia y sí lo hacen después tienen el siguiente perfil: se encuentran en situación laboral de «En paro-ERTE», con un estado de ánimo «Malo», una evolución de su poder adquisitivo «Ha disminuido mucho»; y una clase social subjetiva «Baja». Si bien es cierto que las categorías se encuentran relativamente dispersas, la muestra recogida es muy inferior que para las personas que no tomaban N05B antes de la pandemia y tampoco lo toman después, pudiendo dar cuenta de esta dispersión, pero su lejanía del centro de coordenadas nos habla de la fuerza relacional entre estas.

Se deben aclarar las limitaciones del presente estudio, ya que parte de la aproximación al contexto específico canario en base a datos nacionales, y toma como objeto de estudio la población canaria. Se recomendaría una investigación más profunda y de mayor alcance para poder aclarar cuestiones que han quedado pendientes, así como establecer relaciones de mayor intensidad.

Una vez realizada la recapitulación de las conclusiones, podemos aportar algunas recomendaciones. En un estudio realizado en la Universidad de Oviedo, se presenta una iniciativa ofertada a los estudiantes de grado de medicina, la asignatura *Farmacología Social* en calidad de optativa. Esta se organiza «en torno a 14 temas que resumen las distintas interacciones en farmacología social, factores que



condicionan el uso de los medicamentos, algunas de sus consecuencias individuales y colectivas, así como la irrupción de movimientos sociales en torno a los medicamentos» (González-Rodríguez *et al.*, 2019, p. 355). En él concluyen que el estudiantado adquirió conocimientos acerca de la sobre medicalización y los posibles factores sociales condicionantes. Quizás bajo esta perspectiva sea más fácil para el personal médico solucionar el problema citado con anterioridad del «círculo vicioso que perpetúa la medicalización de un problema» (Cerecedo Pérez *et al.*, 2013, p. 537). La idea central de una asignatura optativa, y no un curso extracurricular, es de suma importancia, pues no hay que menospreciar la dura carga lectiva del estudiantado en la disciplina médica, así como la precariedad en las consultas médicas y el reducido tiempo por paciente.

Por otro lado, podríamos hablar de la importancia de que la sociología y la medicina trabajen juntas, es decir, ampliar el campo de trabajo sociológico al campo médico de manera generalizada, y no solo para casos puntuales, como denotan trabajos como los de Castro (2016), acerca de la «sociología de la Salud Colectiva». En él, acusando el mismo pretexto que el presente artículo acerca de la medicalización, nos habla de la «expansión del horizonte médico: cada vez son más las conductas, los signos y los síntomas que la medicina reclama como objetos de su competencia» (Castro, 2016, p. 75). En este estudio, el autor nos habla del carácter subordinado de las ciencias sociales para con las ciencias biomédicas, y como solo es aceptada por el «establishment médico» cuando es meramente descriptivo, reproduciendo las relaciones de poder entre estas disciplinas, «contribuyen a perpetuar una visión convencional de los problemas de salud y de la naturaleza y de las potencialidades (debidamente domesticadas) de las ciencias sociales» (Castro, 2016, p. 76). Lo que se pretende introducir aquí es la importancia de lo que se denomina como «Salud colectiva», es decir, el reconocimiento por parte de la biomedicina de las posibilidades de acercarse al campo de estudio de una manera más transversal, a través de diferentes perspectivas, construyendo un marco teórico y conceptual acerca de esta cuestión.

Avanzar hacia una sociología de la salud colectiva que incluya un análisis de las condiciones de posibilidad de transformación de los principales objetos en disputa: por ejemplo, el productivismo académico, el desinterés activo del *establishment* por el estudio de lo social en sus vertientes más críticas (y el fomento de unas ciencias sociales sin mayor capacidad de cuestionamiento), o la limitada incidencia en políticas públicas, entre otros. La objetivación de estos aspectos, a su vez, nos adentrará en terrenos incómodos pero cuya exploración es imprescindible (Castro, 2016, p. 80).



REFERENCIAS

- AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS). (2022). *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España*. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
- BARREIRA ALSINA, I. (2015). El DSM, del nomenclador a la guía de tratamiento: Un comentario crítico a la nosografía americana. *Revista Psicogente*, 18(33), 117-128.
- CASTRO, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: Apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 12(1), 71-83
- CERECEDO PÉREZ, M., TOVAR BOBO, M., y ROZADILLA ARIAS, A. (2013). Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Atención Primaria*, 45(10), 536-540.
- CRESPO-SUÁREZ, J. (2021). Reduccionismo biomédico y patologización en la atención de salud mental ¿Estamos sobremedicalizando en la atención primaria? *Revista Chilena De Salud Pública*, 25(1), 113-124.
- D. FILC (2004). The medical text. between biomedicine and hegemony. *Social Science and Medicine*, 59, 1275-1285.
- DE LA FUENTE SÁNCHEZ, M. (2007). *Usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes*. Madrid, Instituto de La Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- DE LA CRUZ-SÁNCHEZ, E., FEU, S., y VIZUETE-CARRIZOSA, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40.
- DE LAS CUEVAS, C., SANZ, E., DE LA FUENTE, J., CABRERA, C., y MATEOS, A. (1999). Prescribed daily doses and 'risk factors' associated with the use of benzodiazepines in primary care. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 8(3), 207-216.
- ESPINO GRANADO, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404.
- FRÖBEL, F., HEINRICHS, J., & KREYE, O. (1978). La nueva división internacional del trabajo. Sus orígenes, sus manifestaciones, sus consecuencias. *Comercio Exterior*, 28(7), 831-836.
- GALLARDO GÓNOGORA, J. (2008). Efectos psicosociales del desempleo en jóvenes. *Juventud, trabajo, desempleo e identidad: Un enfoque psicosocial*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- GARCÍA DEL POZO, J., DE ABAJO IGLESIAS, F., CARVAJAL GARCÍA-PANDO, A., MONTERO COROMINAS, D., MADURGA SANZ, M., y GARCÍA DEL POZO, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Revista Española De Salud Pública*, 78(3), 379-387.
- GRAMSCI, A. (1986). *Cuadernos de la cárcel* (V. Gerratana, Ed.). México: Era.
- GRAU, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional De sociología*, 75(2), 59-E059.
- GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ, S., CANTABRANA, B., MENÉNDEZ, L., y HIDALGO, A. (2021). Aspectos sociales del medicamento en el grado en Medicina de la Universidad de Oviedo. *Educación Médica*, 22, 352-357.
- GUTIÉRREZ BARROSO, J. (2013). Usos del tiempo de mujeres y hombres en La Gomera: Un estudio de caso. *Barataria (Ollas Del Rey)*, (16), 63-82.



- INE (2022). *Encuesta de Población Activa 1995-2021*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2023). *Encuesta de Condiciones de Vida 2008-2022*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- LA FUENTE Lechuga, M., FAURA MARTÍNEZ, U., y GARCÍA LUQUE, O. (2018). Análisis de las subpoblaciones Arope en la Unión Europea en tiempos de crisis. *Rect@. Revista Electrónica De Comunicaciones Y Trabajos de ASEPUMA*, 19, 81-94.
- LÓPEZ CALLE, P. (2019). Subjetividad precaria como recurso productivo. Crisis, trabajo e identidad en las periferias metropolitanas desindustrializadas. *RES. Revista Española De sociología*, (2), 347-364.
- MARTÍNEZ MATÍAS, P. (2020). Gramsci a la luz de Marx: Sobre ideología y hegemonía. *Foro Interno: Anuario De Teoría Política*, 20, 13-26.
- MAYES, R. (2019). ADHD, or the Medicalization of Social Problems. *American Journal of Public Health*, 109(9), 1154-1155.
- NICIEZA-GARCÍA, M., ALONSO-LORENZO, J., SUÁREZ-GIL, P., y RILLA-VILLAR, N. (2016). Efecto de la crisis económica sobre el consumo de psicofármacos en Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 464-467.
- PAGE, M. (1996). Diferencias, en el uso del tiempo, entre varones y mujeres y otros grupos sociales. *Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, 1(74), 291-326.
- SASSEN, S. (2010). A Savage Sorting of Winners and Losers: Contemporary Versions of Primitive Accumulation. *Globalizations*, 7(1-2), 23-50.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED). (2022). *Sociobarómetro de Canarias, estudio SbC-3, bloque monográfico: Salud mental y consumo de medicamentos*. Recuperado de: <https://www.unedgrancanaria.es/sociobarometro/>
- VICENTE SÁNCHEZ, M., MACÍAS SAINT-GERONS, D., FUENTE HONRUBIA, C., GONZÁLEZ BERMEJO, D., MONTERO COROMINAS, D., y CATALÁ-LÓPEZ, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española De Salud Pública*, 87(3), 247-255.
- VILLA, R., ELÍAS RODRÍGUEZ GARCÍA, BARBERO, J., FERNÁNDEZ HERMIDA, J., GUILLERMO VALLEJO SECO, y JIMÉNEZ GARCÍA, J. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a atención primaria en el principado de Asturias (España) *Psicothema*, 15(4), 650.
- VILLEGAS, C., IBABE, I., y ARNOSO, A. (2021). People at risk of social exclusion: Mental health, structural-economic factors and sociocultural factors. *International Journal of Social Psychology*, 36(1), 122-148.
- WHO COLLABORATING CENTRE FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY. (23 de enero de 2023). *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index including Defined Daily Doses (DDD) for plain substances*. WHO CCDSM. https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

