

**El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en
la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre
representaciones sociales y patrones de uso.**

Informe final

Febrero 2007

Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR.

Coordinador: Lic. Diego Alvarez.

Responsable de Investigación: María Cecilia Arizaga.

Asistente de investigación: Guillermo Quiña.

Colaboraron:

María Rosana Pistani.

Violeta Ruíz.

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción.	4
1. Justificación y presentación del problema. <i>El consumo de psicotrópicos en la Argentina. Destinatarios y beneficiarios. Objetivos generales y específicos.</i>	4
2. Marco conceptual. <i>Historia. El concepto de psicotrópico y su clasificación.</i>	11
3. Antecedentes	15
4. Perspectiva teórico – metodológica y diseño metodológico. <i>Definición conceptual metodológica de “Uso indebido” para la segmentación de la muestra. Técnicas seleccionadas y diseño de instrumentos. Criterios para la segmentación de la muestra y la conformación de los grupos focales. Selección de los puntos muestrales. Modo de reclutamiento de los participantes de grupos focales. El análisis de los datos. Organización del informe.</i>	23
Capítulo II. La medicalización del confort en la subjetividad contemporánea.	33
1. Contextualización del problema. <i>Depresión y ansiedad: el individuo vulnerable de la sociedad de la performance.</i>	33
2. La construcción social del concepto de “consumo indebido”	38
3. La perspectiva médica. Sujeto y sistema impacientes, el “círculo perfecto”	41
Capítulo III. Las representaciones sociales del consumo de psicotrópicos. El sujeto insuficiente y las pastillas para el estilo de vida.	58
1. Acerca de las representaciones sociales	58
2. Cómo circulan las representaciones de psicotrópicos: la promesa de calidad de vida en la publicidad de psicotrópicos	60
3. Iniciativa y rendimiento. El <i>sujeto competente</i> : la medicalización del <i>superhéroe</i>	67
4. Supervivencia: la <i>pastilla para mantenerse a flote</i>	81
5. La dependencia afectiva: “ <i>Estar bien yo para que los míos estén bien</i> ”	89
Capítulo IV. Patrones de consumo y tolerancia social.	112
1. El autodidacta	114
2. El farmacéutico “amigo”	121
3. La recomendación lega	123
4. El botiquín familiar.	124
5. La pastilla a escondidas.	127
6. Pertenencia social y trayectorias de autorregulación en relación con el médico y el sistema de salud. Delegación, don y personalización de la prestación.	131
Capítulo V. Conclusiones.	142
1. Tolerancia social y modelos de referencia cultural.	142
2. Tipología por género y ciclos de vida.	144
3. Aspectos a considerar.	152
4. Recomendaciones.	158
Bibliografía	162
Anexos	

1. Instrumentos	I
2. Procesamiento	XXXV
3. Tipología de publicidades	XXXIX

Capítulo I. INTRODUCCION

1. Justificación y planteo del problema.

A partir de la Segunda Posguerra, los medicamentos psicotrópicos han sufrido grandes transformaciones en cuanto a sus modos de uso y fines terapéuticos que han impactado no sólo en el mundo de la medicina psiquiátrica sino en la sociedad en general. El consumo de estas moléculas evidencia significativas variaciones en paralelo con la evolución de los espacios de producción de estos medicamentos.

Desde la esfera de la producción, la evolución de la farmacología constituye un proceso en constante superación desde la aparición de las benzodiazepinas en la década del sesenta hasta llegar a las nuevas drogas surgidas de la ingeniería molecular en los años noventa. En lo que se refiere al consumo, su uso extensivo - es decir, no restringido a sujetos diagnosticados con una patología mental- se ha venido incrementando progresivamente a lo largo de este período, poniendo en discusión concepciones acerca de la salud y la enfermedad, sobre la condición del sujeto contemporáneo y el tratamiento de los síntomas más amenazantes para el logro de una *performance* social adecuada.

Como plantea Ehrenberg, el ingreso de los medicamentos psicotrópicos en el espacio de la epidemiología de las drogas pone en escena una “toxicomanía a los medicamentos” (Ehrenberg, 2004:19), que lejos de caracterizarse por la desocialización y la decadencia, tal como está instalado en el imaginario de la droga, se define por la búsqueda de efectos positivos en la socialización y la *performance*. En el marco de una sociedad en pleno proceso de pérdida del peso de las instituciones colectivas que regulaban la vida social, es el individuo el que “se hace cargo” del malestar social, llevando al plano personal, individual, las consecuencias de las crisis originadas en el plano de lo social y ejerciendo sobre el individuo nuevas demandas de autocontrol e iniciativa individual, en virtud de lo cual el psicotrópico se integra como herramienta en esa búsqueda de control de sí mismo, en pos de una vida más socializada.

La literatura sobre el tema coincide en que el conjunto de normas sociales que crecientemente sobreexponen al individuo en el contexto de la autorregulación frente al debilitamiento de los marcos institucionales que tradicionalmente administraban el riesgo social, empujan al sujeto a acentuar los controles sobre sí mismo a fin de ser competente en términos profesionales, sociales y afectivos. Este clima existencial signado por el proceso de debilitamiento de los marcos de regulación tradicionales como el trabajo asalariado, la familia y los vínculos extendidos, coloca al sujeto en situaciones de inhibición, vulnerabilidad, excitación, depresión y ansiedad que tienden a ser resueltas químicamente a través de productos tranquilizantes y estimulantes, lo cual resulta en una batería de medicamentos que cumple la función de luchar contra los síntomas más invalidantes en la sociedad actual y a ser una herramienta efectiva para una demanda subjetiva de autocontrol que se ejerce sobre el individuo.

Esto supone una oferta cada vez más diversificada de sustancias reguladoras del estilo de vida (las llamadas *Lifestyle Medicines*¹) que desde un menú de opciones prometen una actitud más proactiva o serena según la demanda. En términos de Solal (2004), se trata de productos ansiolíticos sedativos y productos con virtudes estimulantes y proactivas que conforman dos polos en los cuales se juega la “prescripción del confort”, proporcionando la adaptación y la integración social. En este marco, tal como lo explica Solal, la farmacodependencia mediante una automedicación más o menos controlada, se vuelve el común denominador del uso de los psicotrópicos.

Teniendo en cuenta las discusiones que se están planteando en distintos campos que abarcan la psiquiatría y la medicina en general, el psicoanálisis y demás psicoterapias y la sociología, se advierte que el uso de estos medicamentos con un fin no mediado por la idea de curación sino por conceptos asociados a bienestar personal y *performance* social lleva a problematizar la cuestión desde la perspectiva de una progresiva banalización del consumo. Cuando hablamos de consumo indebido y de banalización, lo hacemos desde la

¹ El concepto de *Lifestyle Medicines* alude al nuevo rol que los fármacos cumplen en relación con los estilos de vida, de notoria difusión en los últimos años. Véase el apartado “Antecedentes” del presente capítulo.

conformación de un espacio de prácticas y representaciones que expresan el pasaje de un tipo de consumo fundamentado en conceptos ligados a la idea de curación y enfermedad hacia un tipo de consumo compensatorio de insuficiencias personales a fin de volver la vida cotidiana más confortable.

El estudio indaga en qué marco tiene lugar el proceso de banalización del consumo de medicamentos psicotrópicos, lo cual requiere comprender las cuestiones microsociales específicas de los grupos implicados en su articulación con el contexto macrosocial que promueve la cuestión. Desde un abordaje sociocultural, nos preguntamos por los planos sociales, económicos y culturales que subyacen a la problemática y el modo en que repercuten en los diferentes espacios de la vida cotidiana de los individuos (plano subjetivo-psicológico y plano social o de la sociabilidad: laboral, familiar, afectivo).

Como se detallará en los resultados, el criterio de definición de “lo indebido” en el consumo de psicotrópicos plantea en sí toda una problemática que ha debido trabajarse en el transcurso de la investigación. Por las características propias del problema en cuestión, a poco de comenzar nos vimos en la necesidad de reinterpretar el concepto de consumo indebido ya que abarca toda una serie de instancias que en muchos casos comprometen la prescripción médica de diferentes modos. ¿Hay un consenso acerca de lo indebido en el consumo y prescripción de psicotrópicos? ¿Se identifica un proceso de banalización por parte de los distintos actores en juego? Para comprender los alcances y modos que toma el fenómeno tuvimos en cuenta a los distintos actores, instituciones y variadas instancias que intervienen en el proceso: a los sujetos consumidores en primer plano pero también a los médicos y la industria farmacéutica como informantes clave y a los medios de comunicación, a fin de recabar los discursos que se producen y difunden, ya sea en canales específicos para los profesionales como las revistas científicas, *papers* y presentaciones a congresos, así como comunicaciones de divulgación y de consumo masivo.

Al interrogarnos sobre las modalidades de banalización, resultó central en la investigación profundizar el análisis en las representaciones sociales,

imaginarios y lugares comunes que sustentan el consumo indebido de psicotrópicos. Así, el estudio propone explorar desde una metodología cualitativa las motivaciones y prácticas relacionadas con el consumo indebido de psicotrópicos en la población adulta desde el enfoque propio de la sociología de la comprensión de las acciones y del saber de la vida cotidiana. Desde allí y en diálogo con estudios precedentes, nos preguntamos si el crecimiento del uso de psicotrópicos resulta un fenómeno paradigmático para comprender la transición de la idea de curación hacia la de “calidad de vida” al actuar como una respuesta química a los desafíos que se plantean para la subjetividad en la sociedad actual y cuáles son los alcances del fenómeno en cuanto a representaciones y prácticas. Para indagar en las motivaciones que llevan a una quimicalización de la vida, será necesario ubicarse en la problemática de la sensibilidad contemporánea y en la construcción de un “estilo de vida” articulado con representaciones e imaginarios sociales asociados a la idea de “calidad de vida” y *performances* en un marco social crecientemente incierto y demandante.

- El consumo de psicotrópicos en la Argentina:

En la Argentina, los psicofármacos representan el 8,8% de las cantidades de dosis de medicamentos vendidos en el país, según muestran los datos del estudio llevado a cabo por la SEDRONAR durante el trienio 2000-2002². Este estudio trienal tuvo como fuente los datos de las principales distribuidoras del país y su objetivo fue reconocer la magnitud de la comercialización de los psicotrópicos e identificar los comportamientos de la demanda en relación con los cambios de la oferta. Los datos cuantitativos revelaron que al interior del segmento de los psicofármacos se muestra una preponderancia del uso de los tranquilizantes. Por otra parte se puede constatar que si bien en el período estudiado hubo una disminución en la demanda de medicamentos en general (23,3%), en el caso de los psicofármacos la baja fue menor (16,17%). Desde el lado de la oferta, en el cual se sitúa el estudio, los datos ofrecen ciertas características referidas a la

² Nos referimos al Estudio Preliminar sobre el Consumo de Psicofármacos a nivel Nacional durante el trienio 2000-2002.

fortaleza del consumo de psicotrópicos, como la débil reacción frente a variaciones de precios –lo cual supone que ante un incremento de precios la demanda de psicofármacos se modifica en menor medida que otros medicamentos- y el mayor consumo *per cápita* en la Región Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires).

Según datos del INDEC, cuando se toman en consideración los datos de la Industria Farmacéutica se puede observar una tendencia de crecimiento de facturación de los medicamentos destinados al SNC (Sistema Nervioso Central) desde el año 2002, sin distinguir entre consumo prescripto o no. Ello resulta significativo puesto que confirma que en los trimestres inmediatamente posteriores a la crisis de 2001, el grupo de medicamentos destinados al SNC resultó ser el que mayor crecimiento de facturación evidenció, entre los de más alta facturación en el mismo período.³

Por otro lado y a los fines de construir un perfil de la población afectada, el Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en población de 12 a 65 años SEDRONAR-INDEC (2004) arrojó resultados significativos en torno al uso indebido de psicotrópicos: en primer lugar, la población femenina muestra mayores índices de consumo que la masculina en todos los segmentos etarios, siendo particularmente el grupo comprendido entre los 35 a 65 años el que evidencia mayor consumo. Al distinguir entre estimulantes y tranquilizantes se puede observar que si bien los primeros afectan de modo similar a ambos sexos en el total de la población, es evidente su mayor consumo femenino a partir de los 50 años. En segundo lugar, el corte analítico por nivel de instrucción del estudio hace patente el aumento del consumo de psicofármacos en la población más instruida, tal lo evidencian los niveles de consumo del sector con nivel educativo terciario y universitario completos. Asimismo, en tanto en ambos sexos el consumo es mayor a medida que aumenta el nivel de instrucción, es en los hombres en quienes se hace más significativa la correlación. Por otra parte, el consumo de psicofármacos (tanto de tranquilizantes como estimulantes) muestra

³ Fuente: INDEC, Información de Prensa “La industria farmacéutica en la Argentina”, primer trimestre 2006.

mayores índices al ascender en el estrato de ingresos, siendo la población con ingresos mayores a \$1500 mensuales la que ostenta mayores índices de consumo. A la vez, este estrato de ingresos es el que muestra menores diferencias de consumo de tranquilizantes entre hombres y mujeres. Por último, tanto los conglomerados de 500 mil a 1 millón y medio de habitantes, como los de más de 1 millón y medio muestran mayores niveles de consumo que los menos poblados.

En síntesis, lo anterior permite identificar a la población más afectada por el consumo de psicotrópicos en grupos de edad mayores a 35 años, en mujeres, en sectores de medianos o altos ingresos y la población más instruida. Por otra parte, aunque los tranquilizantes conforman el grupo más consumido, son los estimulantes los que muestran índices más parejos de consumo en ambos sexos.

Por otro lado, cabe tener en cuenta a la Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2005, que puso de manifiesto que las provincias con mayores índices de consumo de tranquilizantes y estimulantes sin receta médica son Santa Cruz, Tierra del Fuego, Neuquén y Río Negro, seguidas por Formosa en el caso de tranquilizantes y Buenos Aires en el consumo de estimulantes. La población encuestada fue en su casi totalidad menor de 18 años.

- Destinatarios y beneficiarios:
 - ✓ Indirectos. Entendemos que un estudio de estas características tiene como primera misión promover el debate sobre el problema en la sociedad en su conjunto.
 - ✓ Directos. Reconocemos como destinatarios directos a:
 - la comunidad médica y a la industria farmacéutica -los profesionales y asociaciones, comités científicos y muy especialmente las universidades y otras instancias de formación profesional;

- el Estado, en su papel de promotor de políticas de prevención, regulación y asistencia de la salud pública;
 - la comunidad científica, en tanto el estudio representa un aporte al esclarecimiento de la problemática y un avance para futuras investigaciones.
- Objetivos del estudio.

Teniendo en cuenta el problema planteado, el estudio se propuso trabajar en los siguientes objetivos.

Objetivo general.

Explorar los patrones de uso e indagar en las motivaciones y representaciones sociales acerca del consumo indebido de psicotrópicos en la vida cotidiana.

Objetivos específicos.

- I. Analizar el uso indebido de psicotrópicos en relación con la cuestión de la subjetividad contemporánea.
- II. Explorar los imaginarios sociales en torno al concepto “calidad de vida” y la vinculación entre las drogas del tipo “Lifestyle Medicines” con modelos culturales vigentes asociados a estilos de vida.
- III. Explorar la relación médico-paciente y el proceso y percepción del momento de quiebre entre prescripción y uso indebido.
- IV. Indagar la noción de lo indebido en el consumo de psicotrópicos.
- V. Indagar la percepción de riesgo del consumo indebido de psicotrópicos.
- VI. Analizar las publicidades de psicotrópicos y su relación con las representaciones de consumo.

- VII. Indagar la perspectiva de género en su relación con el consumo indebido de psicotrópicos.
- VIII. Establecer particularidades según la edad y nivel socioeconómico y analizar la relación entre género, ciclos vitales y nivel socioeconómico específicos.
- IX. Identificar perfiles de consumo a partir de patrones de comportamiento y motivaciones.

Los objetivos específicos I al V implican un alto nivel de conceptualización mientras que los siguientes se ubican en un plano que alude a su posición en la estructura social (por género, edad, ciclo vital, nivel socioeconómico) o a actividades significativas para el estudio (construir tipologías de discursos publicitarios y de perfiles de consumo). Esta división es a título estrictamente operativo ya que los distintos niveles se articulan entre sí.

2. Marco conceptual.

Historia⁴.

La búsqueda de paliativos al dolor, la angustia o el insomnio se remite a la historia de la humanidad con el estudio de los efectos curativos y el empleo de hierbas, minerales y metales. Las “pociones” para la sedación fueron las bebidas alcohólicas, el láudano, la mandrágora y más adelante los agentes alucinógenos. Medicamentos como el bromuro, el hidrato de cloral, se usaron antes de 1900 como hipnóticos y sedantes. Ya en el siglo veinte aparecen los barbitúricos y más tarde, en la década del 1930, las anfetaminas. También la terapia electroconvulsiva para enfermedades mentales crónicas.

A partir de los años cincuenta aparece una revolución en la psiquiatría con el advenimiento de los psicofármacos. En 1947 Paul Charpentier, en su búsqueda de nuevos antihistamínicos y mejoras en agentes anestésicos redescubre las

⁴ La historia de los psicotrópicos se elaboró mediante el entrecruzamiento de bibliografía y diversas fuentes primarias y secundarias. Entre otras se sugiere: Roca, A. (2003), Ehrenberg (1994), Solal (1994) y Jorge (2005).

fenotiazinas. En 1949, John F. Cade, destaca los efectos antimaníacos del carbonato de Litio y Henri Laborit buscando un cóctel sedativo preanestésico descubre las ventajas sedativas y deshinibidoras de la clorpromazina. En esta misma línea de hallazgos coyunturales podemos clasificar a los IMAO (Drogas Inhibidoras de la Monoamino Oxidasa) que surgen para el tratamiento de trastornos depresivos mayores a partir de la búsqueda de fármacos antituberculosos y las benzodiazepinas, cuyo efecto ansiolítico fue descubierto en la búsqueda de tratamientos para la esquizofrenia. En 1960 Richard Sternbach, de Laboratorios Roche, inaugura la era de las benzodiazepinas con Librium. Luego, aparecerán el Diazepam (Valium), Lorazepam y una serie de ansiolíticos muy usados en la actualidad. Hacia finales de los años ochenta, surgen las primeras drogas de diseño, son drogas antidepresivas selectivas creadas por la biología molecular. En ese marco surge la Fluoxetina y su marca más conocida, el Prozac, como “droga de la felicidad”.

El concepto de psicotrópico y su clasificación.

Una sustancia psicotrópica es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central (SNC). La etimología de la palabra (del griego *psyche*, “mente” y *tropeyn*, “tornar”) expresa las transformaciones temporales que su consumo acarrea en los estados de ánimo, de conciencia, de percepción y de comportamiento⁵.

Graciela Jorge en su libro “Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas” presenta tres definiciones para el concepto. La primera, que denomina como “clásica” compromete a los *“medicamentos destinados a modificar (mejorar, atenuar, mitigar) los síntomas de las llamadas enfermedades mentales”* (Jorge, 2005: 55); la segunda no guarda mayores diferencias al incluir a *“todo fármaco o droga útil destinado a producir efectos sobre el comportamiento, con fines médicos: actúan sobre síntomas psiquiátricos”* (Jorge, 2005: 55). Por último, incorpora una tercera perspectiva al presentar un campo más amplio de uso:

⁵ No entran en la categoría de psicofármacos aquellas drogas que afectan de modo indirecto y secundario al SNC, como los antihistamínicos, betabloqueantes y algunas hormonas.

“[...] medicamentos destinados a aliviar síntomas en diferentes situaciones de padecimiento psíquico, observables tanto en estructuras psicóticas como neuróticas.” (Jorge, 2005: 55).

Las neuronas entran en contacto entre sí mediante neurotransmisores. Los psicotrópicos generalmente actúan alterando el proceso de neurotransmisión, ya sea estimulando o inhibiendo la actividad. Otros actúan modificando la permeabilidad de la membrana neuronal, tal es el caso de los que se emplean para el tratamiento de la psicosis maníaco depresiva a fin de reducir las crisis.

Sintéticamente, podemos hacer la siguiente clasificación⁶:

- **Estabilizantes del humor** (antimaníacos y antirrecurrentes), entre ellos se encuentra el Litio.
- **Antipsicóticos o neurolépticos o tranquilizantes mayores.** Se dividen en dos grandes categorías.
 - a) Típicos. Entre los típicos se pueden distinguir los sedativos, los incisivos y de transición.
 - b) Atípicos. En los atípicos se encuentran drogas como la Clozapina, Risperidona y Olanzapina, entre otras.
- **Ansiolíticos o tranquilizantes menores.** En este grupo hay dos grandes categorías:
 - a) Benzodiacepínicos que se diferencian según su acción sea:
 - i) prolongada (24 horas o más) tal el caso del Diazepam (Valium) y Clonazepam (Rivotril);

⁶ Para la elaboración de esta clasificación nos guiamos por el cuadro elaborado por Graciela Jorge (2005: 56, 57), diversas fuentes consultadas y por las entrevistas realizadas a informantes clave (médicos psiquiatras, principalmente). No todos los psicofármacos han sido categorizados en detalle y la clasificación que acá se presenta no pretende abarcar la totalidad del universo de psicotrópicos. El criterio seguido para detallar con mayor profundidad a un grupo obedece a que son las drogas y nombres comerciales que han aparecido en el proceso de investigación, ya sea como dato primario o secundario.

- ii) de acción intermedia (entre 24 y 12 horas) como el Bromazepam (Lexotanil) y Lorazepam (Trapax);
 - iii) de acción corta (6 a 12 horas) como el Alprazolam (Alplax);
 - iv) de acción ultracorta (6 horas o menos) como el Midazolam, que es un hipnótico,⁷ como otras benzodiazepinas.
- b) No benzodiazepínicos, como las drogas Zolpidem (Somit) y Zopiclona, que son hipnóticos (inductores del sueño).

Antidepresivos.

Como dos grandes grupos se pueden distinguir los antidepresivos clásicos, drogas no selectivas (Tricíclicos e IMAO) y los Nuevos o de Segunda Generación.

Las drogas de Segunda Generación son drogas selectivas y de diseño que instalan una “Nueva era farmacológica”, según muchos autores⁸ y según los médicos entrevistados. Son drogas novedosas surgidas hacia finales de los años ochenta y creadas por la biología molecular siguiendo fines determinados y actuando sobre un lugar de acción específico del SNC. Hasta la aparición de estas moléculas, las drogas psicotrópicas surgían como hallazgos coyunturales de otras investigaciones y su aplicación no se sustentaba en un lugar de acción específico del SNC.

Las drogas de diseño se pueden diferenciar en tres subgrupos:

- a) los IRSS (Inhibidores de la Recaptación de Serotonina⁹), cuya droga más conocida es la Fluoxetina (Foxetin, Prozac). También corresponde a la clasificación de IRSS, la Paroxetina (Aropax) y la Sertralina (Zoloft);

⁷ Todo ansiolítico tiene la propiedad de ser facilitador del sueño, acción hipnófora, como consecuencia del proceso de sedación, disminución de la ansiedad y relajación muscular. Sin embargo, nos referimos a hipnóticos cuando la función principal está referida a inducir al sueño.

⁸ Entre otros autores que refieren a esta idea, ver: Jorge (2005), pág. 133; Ehrenberg (1994 y 2000).

⁹ También aparecen como ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina.

- b) los IRDA (Inhibidores de la Recaptación de Dopamina);
- c) los Duales.

3. Antecedentes.

En los últimos cinco años, el concepto de *Lifestyle Medicines* se ha difundido tanto en publicaciones profesionales especializadas como en aquellas de divulgación masiva, particularmente en el exterior, América del Norte y Europa, aunque en el país pueden rastrearse algunos artículos en revistas especializadas. El término alude de modo general a aquellos medicamentos o drogas cuyo uso se enmarca en un amplio conjunto de valores y significados asociados al “estilo de vida”, un concepto fuertemente desarrollado en la posmodernidad, que impregna de sentido el proceso de constitución contemporánea de subjetividades. Si bien el concepto abarca a otros medicamentos como vitaminas o suplementos dietarios, los psicotrópicos tienen una importancia clave dentro del grupo. En nuestro estudio, el concepto de *Lifestyle Medicines* resulta sumamente útil para abordar una perspectiva que rescate los imaginarios y procesos sociales que atraviesan el fenómeno del consumo indebido de psicotrópicos.

British Medical Journal, en su número 321, publicó un artículo firmado por Gilbert, Walley y New (2000), “Lifestyle medicines”, que debatía un conjunto de cuestiones vinculadas a las llamadas medicinas para el estilo de vida, tales como la definición de enfermedad, la responsabilidad o no de los sistemas de salud actuales para afrontar su compra, así como la complejidad requerida para elaborar políticas públicas de regulación efectivas, enfocando la cuestión desde la producción, regulación y prescripción profesional.

Canadian Medical Association Journal, en su número 164, publicó un trabajo de Joel Lexchin (2001), profesor de la Universidad de Toronto, “Lifestyle drugs: issues for debate”. En él propone discutir cuestiones referidas al uso masivo de las llamadas *lifestyle drugs*. En su perspectiva sobre el tema integra la prescripción médica con la fuerte demanda social, la publicidad y el marketing, habida cuenta del dinamismo económico de ese mercado en los últimos años, que

ha hegemonizado el crecimiento del mercado farmacéutico en general. El aporte es significativo también para una mirada sociológica, pues toma en cuenta la valoración social que adquieren el consumo y la prescripción, así como la relación social y la demanda planteada entre médico y paciente. En tal sentido, también se menciona la cuestión de género que históricamente atravesó el consumo y la prescripción de psicotrópicos. Por otro lado, se considera también los intereses en juego de los distintos actores (productores, profesionales, estado, consumidores), en virtud de lo cual Lexchin concluye que la cuestión en torno de estas drogas debe ser tratada con la intervención de todos ellos.

En la *Revista Química Viva*, número 2, la Dra. Perez Leiros, Investigadora del CONICET y profesora de Farmacología en la Universidad de Buenos Aires, publicó un artículo, “Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)” (Perez Leiros, 2005), retomando lo planteado en *British Medical Journal* y centrando su preocupación en la rapidez con que se ha difundido en los últimos años el consumo de estas drogas así como la dificultad de establecer el límite entre enfermedad y no-enfermedad que está en la base de la prescripción médica. Por otro lado, también se problematiza el uso recreativo de que son parte en el caso de los adolescentes como una “*quimicalización de la felicidad*”, un concepto que merece ser discutido desde la perspectiva sociológica y a la luz de los procesos sociales que lo trasvasan. Asimismo, las derivaciones sociales y culturales que tiene todo ello en el ámbito urbano no pasan desapercibidas para la autora, tales como la fuerte publicidad y el fenómeno de las grandes cadenas de farmacias que comercializan estos fármacos, dejando sentada la necesidad de tenerlas en cuenta en abordajes posteriores.

La investigación realizada por Eduardo Leiderman (2006) en la Universidad de Palermo, Buenos Aires, acerca del consumo de psicofármacos en la población de la Ciudad de Buenos Aires, alerta sobre la extensión del consumo así como también respecto de las características de la población consumidora, percepción de riesgo, accesibilidad e intervención de los profesionales prescriptores.

Su trabajo fue realizado en el año 2005, lo cual proporciona valiosos datos de actualidad, si bien el estudio se circunscribió a la población de la Ciudad de Buenos Aires. Leiderman trabajó sobre una muestra de 1777 casos tomada al azar y se planteó una serie de interrogantes acerca de la extensión cuantitativa del consumo de psicofármacos y sus características en la ciudad. Su trabajo tomó en cuenta tanto a quienes son consumidores prescriptos como al autoconsumo. Con relación a las características de la población consumidora, el autor menciona que el consumo asciende al aumentar la edad de la población, siendo en mujeres significativamente mayor que entre los varones, hay más altas tasas de prevalencia entre quienes muestran mayores nivel de instrucción y, por último, las clases medias (en su amplio espectro) concentran los mayores niveles de prevalencia. Por otra parte, un resultado interesante tiene que ver con los malestares mencionados por los entrevistados al consumir un psicofármaco, los cuales son en primer lugar problemas de sueño, ansiedad ensegundo y en tercero, depresión. Como motivos principales en el consumo, el autor asigna importancia a los efectos de la crisis socioeconómica de la sociedad argentina, particularizando en el contexto nacional.

La intervención de la variable género en el uso de psicotrópicos así como en el imaginario de consumidores y profesionales de la salud no es algo novedoso. Según el citado estudio de Lexchin (2001), muchas publicaciones médicas en las décadas sesenta y setenta estaban repletas de “publicidades de medicamentos psicotrópicos mostrando imágenes de mujeres universitarias jóvenes fuera de casa por primera vez o amas de casa ante gigantes aspiradoras”. Esa idea de que muchas mujeres que sufrían de desórdenes mentales podían ser tratadas farmacológicamente respondía tanto a un imaginario de sentido común respecto a los exigentes compromisos que debía asumir la mujer, como al de muchos médicos varones, quienes argüían que el propio sistema nervioso femenino era más sensible que el masculino para justificar sus asiduas prescripciones de psicofármacos.

El estudio llevado a cabo por Ruth Cooperstock y Henry Lennard (1979) “*Some social meanings of tranquilizer use*” arrojó resultados que dieron lugar a

estudios posteriores desde la perspectiva de género. Ellos realizaron una investigación cualitativa con grupos focales en la cual estudiaron el conflicto de roles involucrado en el uso de tranquilizantes (más particularmente, Benzodiazepinas) tanto por hombres como por mujeres. Entre las mujeres, se observó que la problemática residía en la habilidad para asumir los roles de esposa, madre y ama de casa o adaptarse a sus demandas, mientras en los hombres se asociaba más al desempeño laboral o a contener síntomas somáticos a la hora de afrontar un rol ocupacional determinado. Otra diferencia notoria en cuanto a género fue que en los grupos conformados solamente por mujeres, la cuestión del rol social rápidamente se volvía el foco del debate, mientras en grupos con al menos un hombre, la conversación se acercaba más hacia los efectos somáticos y colaterales del uso de las drogas. La diferencia entre ambos discursos y las cuestiones de rol en torno al uso de tranquilizantes es leída por los investigadores en tanto caracteriza a una problemática “que trasciende los límites de la profesión médica y demanda no respuestas médicas sino sociales”.

El artículo de Elizabeth Etorre y Elianne Riska (1993) “*Psychotropics, sociology and women: are the ‘halcyon days’ of the ‘malestream over’?*” publicado en *Sociology of Health and Illness*, se sumerge en un análisis del discurso médico y sociológico sobre el uso de psicotrópicos y critica la ausencia de una perspectiva que rescate la particularidad de uso femenino de psicotrópicos. Según las autoras, si bien desde los años sesenta las investigaciones han demostrado de manera consistente que las mujeres tienden a un mayor uso de psicotrópicos, las variadas explicaciones de tal descubrimiento tanto en el ámbito médico profesional como desde la sociología han padecido un sesgo que radica en individualizar la problemática antes que buscar niveles estructurales de análisis, dado lo cual se invisibiliza la cuestión de género en el consumo de psicotrópicos, naturalizando la diferencia de género antes mencionada.

En los últimos años, varios estudios extranjeros han sido concluyentes acerca de la mayor incidencia de la problemática en mujeres, aunque no se la haya abordado desde el género como pauta de análisis. En ese sentido mencionaremos tres trabajos, el primero fue publicado en *Atención Primaria*

(España) en noviembre de 2000, consistió en una encuesta de 800 casos realizada a profesionales de atención primaria del ámbito público de Castilla-La Mancha, con resultados que demostraban ante idénticas síntomas ansioso-depresivos mayor prescripción de ansiolíticos en pacientes mujeres, mientras los varones recibían mayores derivaciones a otros especialistas. El estudio resulta interesante porque revela un interés profesional por la relevancia del tema, al plantearse la necesidad de avanzar en investigaciones posteriores que busquen explicaciones ante la mencionada diferencia.

El segundo, refiere al uso de psicotrópicos en Canadá: "Psychotropic Medication Use in Canada" (Beck et al., 2005), publicado en *Canadian Journal of Psychiatry* y hace una lectura de resultados de la Encuesta Sanitaria de la Comunidad Canadiense, mostrando la marcada diferencia de consumo de drogas psicotrópicas entre las mujeres y a medida que aumenta la edad. Si bien resulta un estudio cuantitativo distinto al nuestro, representa una referencia válida en tanto sus resultados son congruentes con los estudios de la SEDRONAR respecto a las variables edad y sexo, con tasas de prevalencia relativamente similares (para el caso de varones 5% y mujeres 9,5%).

En tercer lugar, la investigación "*Adicciones Ocultas. Aproximación al consumo de psicofármacos*" (Godoy et al., 2002), de carácter cuantitativo realizada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas, España, relevó importantes aspectos a tener en cuenta en posteriores investigaciones sobre consumo abusivo de psicofármacos. En tanto no se encontraron cifras que dieran cuenta de un mayor consumo femenino de psicofármacos, sí se descubrieron mayores lapsos de consumo en mujeres que en hombres, poniendo al factor emocional como privilegiado dentro de la problemática femenina de consumo, el cual según los autores cobra vital importancia para la comprensión del fenómeno en mujeres mayores de 35 años.

Un artículo publicado en Revista AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría), "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria" (Markez et al., 2004), revisa un conjunto de investigaciones sobre el uso de

psicofármacos en atención primaria de la salud, especialmente los que se centran en su prescripción y uso por parte de las mujeres. Mientras se afirma en él que las mujeres tienen mayores posibilidades de ser prescriptas con psicofármacos que los varones, se muestra también que son muy escasos los estudios que se proponen buscar explicaciones al uso diferencial de psicofármacos por las mujeres. Al respecto, un aspecto interesante del trabajo es que problematiza la figura del profesional médico, pues en tanto construcción social propia de la medicina occidental, representa un depósito de saber y verdad omnipotente que ha colaborado en la caracterización de las experiencias femeninas como “problemáticas”, lo cual estaría en la base del proceso de medicalización de los “malestares femeninos” que los autores mencionan.

La investigación “Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas” (Romo et al.,2003) establece ciertas particularidades femeninas en el consumo de psicofármacos: las mujeres recurren a los psicofármacos para aliviar la ansiedad, estrés y depresión aunque existe una diferencia en cuanto a la edad, pues las mujeres jóvenes articulan su discurso en torno a la ansiedad, las mujeres de mediana edad en torno al estrés y las de edad mayor a la depresión. Se sostiene que las mujeres son conscientes del proceso de medicalización del que son objeto. La principal conclusión del artículo está centrada en la exposición femenina a la prescripción de psicofármacos, sustentada en la visión médica profesional construida socialmente sobre las mujeres como un grupo de riesgo, notoriamente distinto al caso masculino.

Siguiendo con los trabajos de Nuria Romo, investigadora de la Universidad de Granada y la Universidad Pontificia Comillas de Madrid (España), la investigación “*La medicalización de los malestares. ‘Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos’*” (Romo, s/f) estudia los motivos psicosociales que atraviesan la diferencia en el consumo femenino de psicofármacos a partir de las encuestas nacionales de salud en España entre el año 1993 y 2001. Allí se evidencia una proporción de consumo de psicofármacos en las mujeres que duplica la masculina, tendencia similar a otras naciones desarrolladas. Entre sus resultados

se otorga un lugar importante al concepto de 'calidad de vida' en la explicación del consumo femenino de psicofármacos, lo cual refiere a los roles femeninos socialmente contruidos y la representación del binomio salud / enfermedad que conforman el imaginario y las expectativas de las mujeres. Lo interesante del planteo de la autora es que encuentra no una actitud meramente pasiva de las mujeres ante la medicalización de sus malestares sino ciertas estrategias defensivas ante ello, como ser la regulación de las dosis, su rechazo o la postergación del inicio del consumo. Ese tipo de respuestas sería congruente con el ciclo de consumo, donde la automedicación emerge como respuesta alternativa en la que no interviene el saber médico profesional, siendo que éste deja poco espacio para el protagonismo de las mujeres en el manejo de sus malestares.

Por otro lado, se caracterizan distintas percepciones de 'calidad de vida' asociadas a necesidades y roles según la edad de las mujeres, de modo que en las más jóvenes aparece la necesidad de cumplir con roles públicos y privados mientras su desempeño es condición de aceptación social, en las de mediana edad una tensión entre el cumplimiento de roles tradicionales y la aprobación masculina de su desempeño en el hogar y en las de mayor edad, calidad de vida se relaciona con la resignación y la intención de evitar la ansiedad.

Su artículo "Género, salud y uso de drogas: cuerpos y vidas en pasado y presente" (Romo, s/f) por su parte, representa un llamado de atención sobre la importancia del trabajo cualitativo en el tratamiento del discurso femenino en pos de abordar críticamente los datos cuantitativos y epidemiológicos disponibles.

En Argentina, Mabel Burín ha trabajado la cuestión de género en el uso abusivo de psicofármacos integrando la perspectiva psicoanalítica a su abordaje. En su estudio *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, (Burín et al., 1990) analiza las condiciones que favorecen que las mujeres resulten un grupo de riesgo en el consumo de psicofármacos. Retomando este planteo, en el artículo "Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos" (Burín, 2005), se plantea indagar las motivaciones que sostienen un consumo de psicofármacos femenino que duplica al de los varones. La autora parte de considerar el proceso a través

del que los medicamentos han pasado a considerarse bienes de consumo, detrás del cual están los intereses económicos de las empresas productoras y un escaso control de las autoridades competentes. En su artículo se corrobora el mayor uso de psicofármacos por parte de las mujeres dentro de Argentina, en congruencia con lo que sucede en otras regiones del mundo. Se identifica al grupo femenino más cercano al abuso de psicofármacos en virtud de los roles sociales que las mujeres son llamadas a cumplir, amas de casa o trabajadoras fuera del hogar, en particular de mediana edad, destacando que en estos roles de género femenino existe una “normatización de su vida cotidiana”. En tal sentido, la autora identifica lo que llama “situaciones de contexto difíciles”, las cuales aluden particularmente a la combinatoria de los roles materno, doméstico y de trabajadora fuera del hogar, ante cuyas exigencias las mujeres pueden observar reacciones afectivas fuertes; ello respondería según la autora a una brecha entre las expectativas de rol de género y el desempeño efectivo. En lo que respecta a los efectos causados por los psicofármacos, la autora aborda desde la perspectiva psicoanalítica la complejidad yoica que da lugar a efectos distintos a los supuestos por el profesional que los prescribe, donde intervienen la psiquis individual y también atributos sociales.

En la Revista virtual *Drogas*, Patricia Sorokin publicó el artículo “Viejas feas, gordas y locas. Construcción social de la menopausia y su relación con el consumo de drogas” (Sorokin, s/f), el cual si bien no se centra en los psicotrópicos, aborda su consumo por parte de las mujeres en el período menopáusicos integrando al análisis la presión social y la ausencia de una educación de salud preventiva. En tal sentido, se destaca que en tiempos de posmodernismo el envejecimiento femenino representa una fuerte pérdida de prestigio social y los psicofármacos formarían parte de las respuestas artificiales a que las mujeres recurren en un marco de somatofilia (amor por el cuerpo) hegemónico. Entre sus conclusiones, se plantea la menopausia como un momento complicado en lo que a comunicación intra y extra familiar se refiere, lo cual facilitaría el recurso al consumo de antidepresivos o ansiolíticos. En base a esto, se plantea la necesidad de un enfoque multidisciplinario que no se restrinja a la mirada médica y rescate los aspectos psicosociales involucrados.

4. Perspectiva teórico-metodológica y diseño metodológico.

El proyecto se enmarca en una perspectiva sociocultural indagando en los aspectos intersubjetivos y subjetivos desde los imaginarios y representaciones sociales que sustentan las prácticas y abonan a la comprensión de las mismas. Desde un diseño exploratorio de corte cualitativo, el estudio centra el eje de análisis en el nivel de la microsociología aunque teniendo especialmente en cuenta aquellos aspectos macro sociales que se articulan con los procesos de la subjetividad contemporánea. Este vínculo entre los niveles micro y macro sociales ha permitido profundizar la comprensión de la perspectiva del sujeto: desde el plano microsocial, en relación con la estructura incorporada como miembro de un grupo social específico con características propias en su articulación con el plano macrosocial, es decir teniendo en cuenta el contexto sociohistórico en que se enmarca el problema.

- Definición conceptual metodológica de “Uso Indebido” para la segmentación de la muestra.

A fin de establecer el perfil del consumo indebido que resulta pertinente al objetivo general, consideramos que limitar la categoría de lo indebido a cualquier modo de uso no prescrito del medicamento deja fuera de análisis a un universo significativo de consumidores que puede dar cuenta de la complejidad del problema que estamos abordando. Por otro lado, tampoco permite abordar sin limitaciones los diferentes matices que toma la relación médico-paciente en el proceso global de consumo. Es decir, muchos de los consumidores habituales de psicofármacos tienen una prescripción médica que acompaña el consumo habitual, prolongado e incluso “de por vida” y que se presenta de diversas formas a lo largo de su vida. En estos casos, lo que estaría actuando más allá de la prescripción es una “habitualidad indebida” que los incluye dentro de la categoría de “consumidores de psicotrópicos como estilo de vida”. Lo expuesto se justifica teniendo en consideración el estado de la cuestión según estudios precedentes y el material de datos secundarios relevado que permite identificar dos grandes grupos de

consumidores de psicotrópicos según rasgos motivacionales e intencionales: aquél que remite a una enfermedad o patología que supone un seguimiento periódico del profesional médico psiquiatra y el que con o sin intermediación médica recurre a estos medicamentos para una reorganización de su vida cotidiana en términos propios de las ideas de “estilo de vida” y calidad de vida”. Este último caso, en su relación con las nociones de “estilo de vida” y “calidad de vida”, que resultan especialmente significativas para el objetivo propuesto, fue el que se contempló como perfil de consumidor a analizar. Esto suma otra justificación al modo de selección de entrevistados que hemos expuesto, ya que el diseño de los filtros de reclutamiento debieron tener especialmente en cuenta esta distinción, lo cual requirió un trabajo de mayor personalización en el proceso de selección por parte del equipo de investigación. Por otro lado, la complejidad que presenta definir lo indebido en la problemática que nos ocupa, llevó a incluir un objetivo específico en la investigación a fin de indagar las percepciones de lo indebido en el consumo y prescripción de psicofármacos que circulan en el campo médico (cuándo es legítimo prescribir, quién tiene esa legitimidad) y la percepción de los consumidores al respecto.

- Técnicas seleccionadas y diseño de instrumentos.

Se han seleccionado las técnicas de recolección que más se ajustan a los intereses del estudio. En este sentido, los grupos focales han demostrado ser eficaces en la indagación de los aspectos intersubjetivos tales como las imposiciones de mandatos sociales, creencias, valores e imágenes compartidas por un grupo social específico. La experiencia nos demuestra que uno o varios miembros del grupo pueden actuar como detonantes o disparadores para la emergencia inconciente del colectivo. Su uso está indicado en aquellas temáticas de difícil abordaje donde abundan los prejuicios, temores y sufrimientos, como demostró ser el caso del problema en cuestión. También la dinámica del grupo ayuda a abandonar el discurso del “deber ser” o lo “políticamente correcto” con mayor facilidad que otras técnicas

cualitativas. Por otro lado, teniendo en cuenta el género como una dimensión altamente significativa del estudio, coincidimos con Nuria Romo y Carmen Meneses (s/f) cuando afirman que los grupos de discusión (o grupos focales) se ajustan a los fines de recabar ideas, significados y experiencias surgidas por la interacción de género. En el marco de la entrevista grupal se incorporó una *mini survey* a fin de focalizar alguna cuestión abordada grupalmente y para recavar datos que podían resultar confusos o de difícil acceso en el contexto del grupo.

Como técnica complementaria y a los efectos de lograr una triangulación se realizaron entrevistas en profundidad a consumidores de psicotrópicos. Estas entrevistas, que se concentraron en pocos casos y se fueron haciendo de acuerdo a las necesidades que surgían del procesamiento de los grupos focales, tuvieron como objetivo profundizar en las historias de vida y trayectorias respecto del consumo de psicotrópicos.

Se realizaron entrevistas a informantes clave, a fin de incorporar datos técnicos o informativos pero también con el objeto de abordar con mayor profundidad la problemática en torno a los diferentes actores involucrados. Estos fueron fundamentalmente médicos psiquiatras y de algunas otras especialidades médicas. También se entrevistaron psicólogos y profesionales relacionados con la industria farmacéutica.

Al tratarse de una muestra intencional y no representativa acerca de un grupo con características particulares y previamente definidas según los criterios conceptuales que planteamos para la segmentación de la muestra, para el reclutamiento de los grupos focales se elaboraron filtros que permitieran una muestra de acuerdo a las intenciones predeterminadas que requería el estudio. Para el relevamiento de los datos primarios se diseñaron pautas de entrevistas y para el procesamiento de los datos se diseñaron pautas de categorización y procesamiento¹⁰.

¹⁰ Al respecto véase el anexo.

Durante el proceso de investigación también se recabaron datos secundarios. Especialmente se diseñó una tipología de publicidades de psicotrópicos en revistas médicas, que evocan la idea de calidad de vida a fin de indagar las representaciones que entran en juego en el mensaje. Sin ser incorporadas a esta tipología porque supone un espacio de divulgación ampliado y de características diferentes, se consideraron aquellas publicidades que en los medios masivos aludían a medicamentos de venta libre o a distintos discursos asociados a la salud en relación con la idea de calidad de vida. Este material resultó sumamente útil para ampliar la mirada sobre los discursos en juego a fin de comprender la construcción del sentido común de los conceptos asociados a la medicina, salud, bienestar y calidad de vida.

Cabe destacar que durante el proceso de investigación asistimos al Congreso de Psiquiatría APSA (Mar del Plata, 2006). El encuentro resultó un ámbito muy propicio para conocer investigaciones, relevar datos secundarios, sobre todo folletería y publicidades, y contactar médicos para ser entrevistados. También ayudó a completar el diseño de la tipología de publicidades.

Es por sus características novedosas, de orden conceptual y metodológico y en la consecuente característica exploratoria que lo define que se decidió plantear el trabajo en dos etapas operativas. Tomando en consideración los datos apuntados elaborados por la SEDRONAR y antecedentes relevados de investigaciones locales y extranjeras, encontramos fundamentos de orden metodológico y conceptual que justificaron centrar un primer abordaje en varones y mujeres adultos de clases medias (en adelante NSE1) y en una segunda etapa nos abocamos a sectores de nivel social medio bajo y bajo (en adelante NSE2).

- Criterios para la segmentación de la muestra y la conformación de los grupos focales.

Como hemos anticipado, la muestra es intencional y no representativa. Se fijaron criterios de segmentación a partir de una construcción elaborada por el

equipo de investigación, que surge de una combinatoria entre los parámetros utilizados por la Asociación Argentina de Marketing (AAM) 2003 y criterios particulares que evaluamos pertinentes para el presente estudio, de acuerdo a investigaciones precedentes. Entre ellos, se evaluó que los participantes, teniendo como referente al Principal Sostén de Hogar (PSH), contaran con al menos una de estas dos características que han aparecido como significativas en el estudio SEDRONAR INDEC (2004):

1. Nivel de educación alcanzado (NEA): Terciario o Universitario Completo en el caso del NSE1, hasta terciario o universitario incompleto en el NSE2.
2. Nivel de Ingresos mensuales del PSH: más de \$ 1500¹¹ para NSE1 y hasta \$1.500 para NSE 2, cruzado con indicadores de *estilo de vida* que den cuenta de *habitus* específicos.

La decisión de definir perfiles a partir de al menos una de estas dos características se resolvió a partir de los siguientes criterios:

- De los antecedentes disponibles: el estudio SEDRONAR-INDEC (2004) muestra los mayores índices de consumo en el NEA terciario y universitario completo y con ingresos mayores a \$1.500. Como los cambios socioeconómicos y monetarios de los últimos dos años pueden establecer diferencias respecto a esta cifra y variaciones locales en los puntos muestrales, tomamos este criterio desde su complejidad y no de modo excluyente. Si bien entendemos que resultó una media para establecer un piso de ingresos en el segmento medio típico, al mismo tiempo fue matizado con indicadores *ad hoc* respecto a estilo de vida que indicaban un perfil de clase determinado, a partir de una combinatoria de capitales sociales, culturales, simbólicos y económicos dando cuenta de un *habitus*, entendido como las disposiciones sociales de los sujetos a partir de su pertenencia social (Bourdieu, 1980).

¹¹ Las características de la segmentación han tenido en cuenta los datos del Estudio SEDRONAR-INDEC (2004) y el Primer Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento Argentina (2004), los cuales muestran que el perfil de consumidores de psicofármacos está dado mayoritariamente por adultos de alto nivel educativo y con ingresos mayores a \$1.500.

- Trabajar con el criterio de “al menos una de las dos características” hizo posible reclutar una variedad de situaciones de acuerdo a diferentes trayectorias vitales y ocupacionales, entendiendo que las mismas podían ayudar a comprender en profundidad la problemática. También posibilitó habilitar una combinatoria de capitales (económico, social, educativo y cultural) que complejizó la construcción de la noción “sectores medios” enriqueciendo el análisis. Fundamentalmente entendemos que junto al análisis de los *habitus*, estas combinatorias nos ayudaron a reclutar a aquellos sectores medios que han sufrido procesos de empobrecimiento en la última década y cuyo perfil resulta sumamente significativo a la hora de analizar los factores macrosociales que intervienen en el fenómeno¹².
- Fijar la unidad de análisis de NSE en el Principal Sostén de Hogar (PSH) habilitó la inclusión de la categoría “amas de casa”, lo cual entendemos de suma importancia en el presente estudio.

Los grupos focales se conformaron en base a edad, género y teniendo en cuenta el nivel socioeconómico preponderante de cada etapa (NSE1 y NSE2). La decisión de tener en cuenta la dimensión de género resultó de los datos disponibles de investigaciones anteriores, los cuales muestran diferencias significativas de índole cuanti y cualitativa según el género. Sin embargo, a diferencia de otros estudios cualitativos que han puesto el foco en la cuestión del género desde la condición femenina exclusivamente, este estudio tuvo por objeto indagar la perspectiva de género en el consumo de psicotrópicos tanto en mujeres como en varones.

Esto constituye una perspectiva original en los estudios sobre consumos de psicotrópicos y creemos que aportará doblemente al estado del arte sobre el tema: por un lado, al incorporar en la perspectiva de género a la

¹² Al respecto, vale aclarar que en la primera etapa, donde se trabajó con sectores medios (NS1) se vió una diferenciada combinatoria de capitales que daban cuenta de la complejidad que supone hoy trabajar este perfil. Esta diversidad de combinatorias y trayectorias de clase dio como resultado que en algunos casos, en los grupos de NS1 surgieran características propias de sectores medios altos y en otros, aspectos identificados con sectores sociales más bajos, como se podrá apreciar en el estudio.

problemática masculina, lo cual supone abandonar el preconceito de vincular el género a “lo femenino” exclusivamente. Por otro lado y teniendo en cuenta que históricamente los estudios han apuntado mayoritariamente a la mujer, resulta interesante para extraer datos cualitativos sobre los modos de consumir y las representaciones sociales sobre el consumo de psicofármacos en los varones, identificando sus diferencias y continuidades respecto al consumo femenino así como los cruces que puedan establecerse con respecto a la cuestión que nos ocupa. Asimismo, si bien esta tendencia se explica por datos cuantitativos que avalan la percepción generalizada de un mayor consumo de psicotrópicos por parte de la mujeres, nos interesó indagar si otros factores no podrían estar incidiendo en estos datos, como por ejemplo lo planteado en anteriores estudios¹³ que marcan representaciones y modelos culturales diferenciados según género en la relación médico-paciente que llevan a ver de diferente modo lo que se prescribe o incluso el ejercicio de automedicación.

Los cortes etarios responden a ciclos vitales específicos dentro de la vida adulta. De este modo quedaron conformados seis grupos (tres de mujeres y tres de varones) en cada una de las ciudades a relevar por cada nivel socioeconómico:

- ✓ Joven (18 a 29 años): 1 grupo de varones / 1 grupo de mujeres.
- ✓ Intermedio (30-49): 1 grupo de varones / 1 grupo de mujeres.
- ✓ Mayor (50-65): 1 grupo de varones / 1 grupo de mujeres.

De este modo, se llevaron a cabo treinta y seis grupos focales en total, es decir dieciocho grupos focales en cada nivel socioeconómico propuesto. Por otro lado, la cantidad de entrevistas en profundidad a consumidores e informantes claves se ajustó a las necesidades emergentes para abarcar aspectos que fueron surgiendo en el transcurso de la investigación.

- Selección de los puntos muestrales:

¹³ Para citar algunos: en España el trabajo de Romo, N.; Gil E.; Póo, M.; Meneses, C.; Markez, I; Vega, A. (2003) y en Argentina el de Mabel Burín (1990) tratan este tema.

Se han tenido en cuenta los resultados arrojados por el estudio en Escuelas de Nivel Medio SEDRONAR 2005, los cuales indicaban tasas significativas de prevalencia anual de consumo de psicotrópicos en las provincias de que forman parte las ciudades en que se realizó el trabajo de campo. Asimismo, el estudio SEDRONAR INDEC (2004) señalaba diferencias significativas en las tasas de prevalencia de vida de acuerdo al tamaño de los conglomerados urbanos, razón por la cual se decidió hacer la muestra en tres conglomerados de distinto tamaño poblacional, respetando la segmentación por tamaño del citado estudio¹⁴.

Como aspectos secundarios para la segmentación, vale aclarar que hemos tenido en cuenta al Censo INDEC 2001 de Población y Vivienda, en cuyos resultados puede advertirse el impacto diferencial de la crisis socioeconómica sobre la tasa de desempleo de las ciudades en que se realizaría el campo. Consideramos conveniente tener en cuenta ese dato a fin de diseñar un trabajo de campo que tuviera en cuenta la dimensión de la crisis social y así contar con datos que nos lleven a interpretar los resultados teniendo en consideración esta dimensión.¹⁵

- Modo de reclutamiento de los participantes de grupos focales:

Debido a la novedad que supone emprender un estudio de esta naturaleza en lo concerniente a la temática y la metodología cualitativa a aplicar, la organización del campo se resolvió con la flexibilidad que la tarea requería a fin de estar atentos a desvíos que debieron hacerse durante el proceso. Se propuso una combinatoria o triangulación de la selección de los entrevistados a través de tres modos de acercamiento: el reclutamiento

¹⁴ Los aglomerados urbanos fueron segmentados entonces según poseyeran entre 100.000 y 500.000, 500.000 y 1.500.000, más de 1.500.000 habitantes, de modo que la ciudad de Bariloche respondía al tamaño poblacional del primer grupo, Mar del Plata al segundo y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) al tercero.

¹⁵ Los índices de desocupación relevados por el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 son: ciudad de Mar del Plata, 29,8%; Gran Buenos Aires, 36,6%; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 18,9% y Bariloche 30,4%. Fuente: INDEC.

externo, el timbreo y la bola de nieve. La triangulación en el modo de reclutamiento redundó en una economía de recursos al tiempo que brindó una mayor garantía de transparencia en la selección de los entrevistados.

- El análisis de los datos.

La discusión que se llevó a cabo en cada grupo fue grabada y desgrabada textualmente, tomando nota de la intervención de los participantes. Una vez hecho eso, se realizó un procedimiento de categorización de acuerdo a una pauta de ejes temáticos o categorías de análisis. Al mismo tiempo, se fueron integrando a esta pauta los ejes o categorías emergentes surgidos en el trabajo de campo.

Para el procesamiento se elaboraron matrices en las que se volcaba la información a medida que se avanzaba en la tarea, a fin de lograr una visión de los patrones emergentes tanto globales como particulares de edad, género o nivel socioeconómico. Estas matrices se iban reformulando a medida que se avanzaba con nuevas síntesis y esquemas de análisis. Finalmente, se reprocesaron las categorías por perfil lo que dio paso al diseño de una tipología.

En el análisis de los datos se tuvo en cuenta tanto la frecuencia de aparición de temas los grupos como la intensidad emotiva, las reacciones del grupo y la personalización de los comentarios, etcétera, con que surgió cada tema. La información obtenida en las entrevistas se trianguló con el marco teórico y conceptual a fin de lograr una interpretación de los mismos que permita comprender el sentido de la acción.

Para la identificación del grupo del cual se extrae la cita se consigna a continuación del testimonio, el género, el grupo etario, la ciudad y el nivel socioeconómico (NSE1, NSE2). Al ser extractos de comentarios en el marco de una charla grupal, muchas veces se seleccionaron partes del relato individual o de la conversación grupal.

- Organización del informe.

Luego de este capítulo primero e introductorio, el informe se adentra en los resultados del estudio. El capítulo dos se dedica a contextualizar la problemática desde la cuestión de la subjetividad actual mediante un marco conceptual que permite trabajar la noción de consumo indebido. Este capítulo también presenta la perspectiva médica respecto al fenómeno. El capítulo tres nos lleva a la temática de las representaciones sociales, abordando primero la circulación de las imágenes y los valores emergentes que revelan las publicidades de psicotrópicos para luego analizarlas en relación con las representaciones sociales emergentes en las entrevistas respecto del consumo de psicotrópicos e ideas de calidad de vida. El capítulo cuatro se centra en los patrones de consumo que se identificaron, conectándose con los diversos modos en que la tolerancia social se concreta en prácticas que llevan a una banalización del consumo. El último punto de este capítulo tiene una relevancia especial ya que analiza la relación de los sujetos con el sistema de salud y el rol del médico en el proceso en cuestión.

El capítulo final, a modo de conclusión, se dedica a presentar una tipología que sistematiza los perfiles, representaciones y patrones de consumo que se abordaron en detalle en los resultados y un punteo de cuestiones que se rescatan como relevantes para la discusión, la profundización de su investigación y para el debate de propuestas y recomendaciones de acción. Por último, se incluye la bibliografía trabajada y el anexo metodológico.

Capítulo II. LA MEDICALIZACION DEL CONFORT EN LA SUBJETIVIDAD CONTEMPORANEA.

“La depresión es una condición común y puede afectar a cualquiera”.

(Folleto de un laboratorio)

1. Contextualización del problema. Depresión y ansiedad: el individuo vulnerable de la sociedad de la *performance*.

Actualmente se habla de la depresión de un modo vago e impreciso que poco se acerca a la categoría de enfermedad. Depresión y ansiedad aparecen como condiciones básicas del “estar en el mundo” contemporáneo y ocupan un lugar significativo en el discurso cotidiano. Esta naturalización de la depresión, mediante un proceso que la saca de la categoría de lo patológico y la introduce en el terreno de la normalidad, en tanto parte constitutiva de la vida cotidiana, se da en simultáneo con un proceso inverso que introduce la idea de felicidad como precepto. Ambas cuestiones, entonces, pueden ser pensadas como parte un mismo proceso social signado por el autocontrol del individuo que al tiempo que inaugura una nueva sensibilidad repercute en los diferentes ámbitos del mundo de vida del sujeto.

El autocontrol a que hacemos referencia se da en el contexto de un cambio inédito en las formas de vida que ha venido conformándose a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Según el enfoque que se haga y los autores convocados, podremos hablar de posmodernidad o modernidad tardía para definir conceptualmente a esta etapa que se caracteriza por una progresiva desafiliación del sujeto hacia las instituciones que regían el orden social tradicional. El debilitamiento de la sociedad salarial, los cambios al interior de la familia, las transformaciones en la estructura social y un Estado Benefactor en retirada forman parte de este proceso por el cual se pasa de una sociedad centrada en lo social a una centrada en el individuo. Este proceso de individuación supone costes

sociales que se originan en los procesos de transformación de la estructura ocupacional, como la desocupación, la precarización laboral y la polarización en las estructuras ocupacionales y de ingresos, repercutiendo en procesos de creciente fragmentación social. En relación con este plano social, el proceso de individuación también repercute en el plano subjetivo y psicológico del individuo.

El autocontrol resultante del progresivo distanciamiento del sujeto respecto de las estructuras que tradicionalmente moldeaban su vida provoca en el individuo cambios que lo elevan a ideales de autonomía inédita, pero también le provocan instancias de mayor y constante exposición a la vulnerabilidad como producto de la incertidumbre de vivir en una sociedad que insta a “valérselas por sí mismo”. El “yo puedo” del sujeto proactivo - el individuo en constante estado de *performance*, es decir, de *rendimiento, capacidad e iniciativa individual* - lucha constantemente con el sujeto vulnerable de la sociedad de la incertidumbre y con el sentimiento de incapacidad, la amenaza de “no estar a la altura” de las exigencias cotidianas que depara la iniciativa individual. En la tensión constante de estos dos escenarios, el de la *iniciativa-performance* y el de la *vulnerabilidad-incertidumbre*, se debate la sociedad que exige la felicidad y la sociedad de los deprimidos como parte de un mismo *ethos* cultural.

La obligación que demanda paradójicamente esta libertad hace oscilar al individuo entre los beneficios de la autonomía y las exigencias continuas de iniciativa individual. Es allí donde se gesta un sujeto “fatigado de ser uno mismo”, como lo describe Ehrenberg (2000). Este autor analiza el modo en que se ha transformado la institución de la persona en el último medio siglo.

Estas nuevas formas de producción de la individualidad se dejan ver en la terminología empresarial reflejada en los clasificados de empleo. Se habla de “sujetos proactivos”, de “elaborar proyectos”, de “motivar”, “emprender”, se desvía la atención de las competencias técnicas hacia las cualificaciones del carácter, lo que lleva a una psicologización creciente de las relaciones sociales, apuntando a cuestiones como la “actitud” o el “perfil” y otorgando a lo psíquico una inscripción personal inédita que se despliega por múltiples vías farmacológicas,

psicoterapéuticas o socio-políticas (Ehrenberg; 2000: 268). Esta regla de la iniciativa individual, del rendimiento y la *performance* se vuelve necesaria como conjunto de aptitudes para desenvolverse en la sociabilidad, como se refleja en las publicidades de psicotrópicos que analizaremos más adelante. El proceso de institucionalización de esta regla supone que se *incorpora*, se *hace cuerpo* en las costumbres y prácticas cotidianas al tiempo que repercute en el carácter, dejando huellas en una subjetividad signada por el sentimiento de vulnerabilidad constante y un permanente ejercicio de búsqueda de “nichos de certeza” (Sennet, 2000). Estos “nichos de certeza” que buscan paliar los sentimientos de vulnerabilidad toman diferentes formas.

El modo de uso que vienen adquiriendo en los últimos años los medicamentos psicotrópicos nos hace pensar en un medio privilegiado de contrarrestar los costes psicológicos de asumir el desafío de “estar a la altura” en la sociedad actual. Esto implica pensar en una nueva subjetividad y su relación con el campo de la psiquiatría y las nuevas moléculas psicotrópicas. La emergencia de un nuevo sujeto, producto de un nuevo clima cultural, transforma el contexto normativo al pasar de la sociedad disciplinaria tradicional, apegada a las estructuras e instituciones reguladoras del orden social, a una sociedad individualizada, que más que disciplinar, se esfuerza en promover la iniciativa individual. Es el paso de la sociedad del deber a la sociedad del *poder por mí mismo, de ser capaz, de mostrar que puedo*. Del sujeto obediente al sujeto proactivo. Del sujeto culpable de no cumplir con las reglas instituidas al sujeto con sentimientos de insuficiencia y fatigado por la continua exigencia de la iniciativa individual (Ehrenberg, 2000). En este contexto, emergen las ideas de “estilo de vida” y “calidad de vida”, como conceptos clave de una subjetividad que se *construye a sí misma*.

En las sociedades contemporáneas, el sujeto ya no se siente constreñido a identidades fijas y adscriptas a categorías tradicionales. Se diluye la relación entre identidad y rol que se ocupa en la sociedad ya sea por situación laboral, de clase o en la estructura familiar, por el hecho de que estas mismas identidades están en continuo proceso de mutación. Frente a esto y a las multiplicidades de opciones

identitarias que se le presentan, el individuo se ve *condenado a elegir* entre un variado menú de opciones de *ser en el mundo*. Esto no sólo le trae sentimientos de libertad y autonomía sino una exigencia y vulnerabilidad como consecuencia de la presión constante de “ser uno mismo”. La idea de calidad de vida, lejos de sus tradicionales índices cuantificables y objetivos, se presenta como un concepto subjetivo y flotante que deriva en una serie de valores actitudinales, los llamados valores postmateriales, que refieren al clima de época de la individuación: proactividad, seguridad, hedonismo, juventud. Valores que pueden adquirirse mediante diversas estrategias que se nos presentan a diario a través, principalmente, de los medios de comunicación, como veremos al analizar las publicidades.

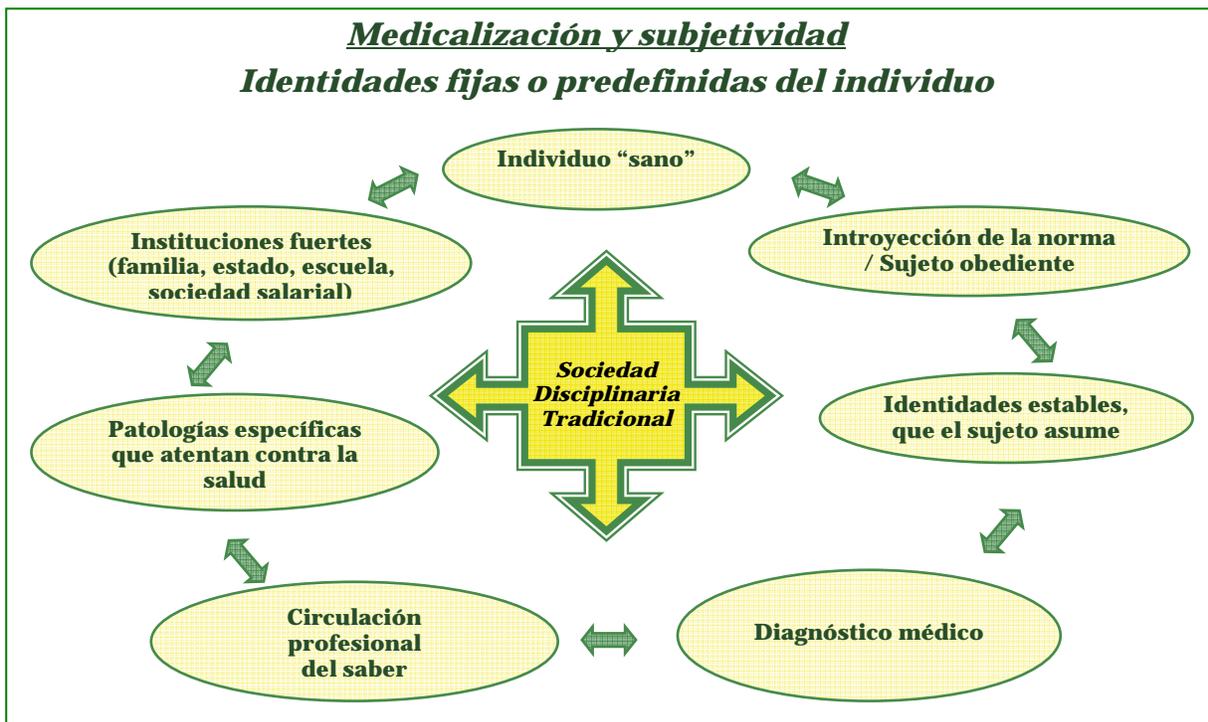


Gráfico 1. Sociedad tradicional e identidades fijas.



Gráfico 2. Sociedad de la iniciativa individual e individuo competente.

2. La construcción social del concepto de “Consumo indebido”:

Al hablar de construcción social, estamos diciendo que hay un proceso de construcción de sentido de lo que se entiende por “consumo indebido”. La noción de consumo “debido” e “indebido” se construye principalmente desde la prescripción o no de un medicamento. ¿Debe haber una prescripción médica? ¿Quién debe prescribir un medicamento psicotrópico? La primera pregunta tiene un marco legal que institucionaliza la respuesta: es obligatorio el expendio bajo receta de los medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, en la práctica la cuestión de lo debido y lo indebido resulta un problema complejo ya que gran parte del consumo se resuelve sin receta médica y otra gran parte se da en el marco de una relación insuficiente con el profesional. Aún en los casos donde hay un seguimiento más o menos periódico con el médico, la problemática de cuándo se debe medicar y quién lo debe hacer no parece estar formalmente instituida. Comprender las distintas instancias que participan en la construcción social de la

idea de consumo indebido resulta esencial para indagar las motivaciones que llevan a un proceso de medicalización de la vida con la consecuente banalización del consumo de psicotrópicos. Hay tres enfoques que a los fines del estudio nos interesa plantear en torno a la problemática del proceso de medicalización o quimicalización de la vida actual.

Una primera perspectiva de la cuestión se plantea desde la emergencia de las denominadas neurociencias, las cuales han provocado a la vista de distintos autores un cambio de paradigmas dentro de la medicina en general y de la psiquiatría en particular. La neurociencia “designa a una cantidad de estudios que sobre el SNC realizan distintas disciplinas como la biología, la química, la física, la genética, la psiquiatría o la farmacología” (Costa, 2006). El avance de las neurociencias, a partir de los hallazgos sobre el funcionamiento químico del cerebro, introduce novedades que impactan en el paradigma científico abriendo un debate acerca de posiciones que se vuelven polares: psicoanálisis versus neurociencias y humanismo versus cientificismo. Esto acarrea una serie de discusiones que van desde lo eminentemente propio del campo de la praxis médica a debates filosóficos. Sin embargo, algunos autores lejos de encontrar motivos de enfrentamiento entienden que ambos campos, el de las neurociencias y el del psicoanálisis, son altamente compatibles:

“Se ha abierto un diálogo entre psicoanalistas y neurocientíficos en que los participantes, sin abandonar sus respectivos dominios de pertinencia, tratan de ver cómo el trabajo colaborativo permite entender mejor la complejidad del funcionamiento mental, en especial, el entrelazamiento entre, por un lado, el nivel simbólico de la mente humana, marcada por los discursos, por el lenguaje, por las identificaciones, por las relaciones con los seres significativos y, por el otro, los procesamientos cognitivos y emocionales influenciados por las estructuras neurohormonales”. (Bleichmar, 1999)

El segundo planteo, enfoca la problemática desde un proceso de *patologización de la normalidad*. Desde este planteo, que podemos definir siguiendo a Blech (2005) como de “invención de enfermedades”, se alude al

proceso de redefinición de la salud humana que se está llevando a cabo a partir de los intereses creados por la industria farmacéutica. Esto lleva a considerar como patológicos muchos de los procesos vitales habituales. Lo que está en el origen de este planteo es la construcción social de la normalidad, es decir, qué es “lo normal” y qué es “lo patológico”. Como construcción histórica, las ideas de normalidad y las ideas de enfermedad y no enfermedad han ido variando. En diferentes períodos y culturas, procesos que hoy se consideran normales, han sido definidos como enfermedades. La historia de lo normal y lo patológico en los procesos femeninos de menstruación y embarazo son un ejemplo paradigmático del peso de las representaciones construidas socialmente y su variación a lo largo del tiempo y de las culturas.

El enfoque que pone el acento en la idea de un proceso de invención de enfermedades se cuestiona acerca de quiénes se constituyen como actores de este proceso. Para ello, indaga el papel que en el mismo cumplen los laboratorios, la industria farmacéutica y los profesionales de la medicina. Cómo se crean falsas necesidades, cómo opera el marketing, cómo cambian los conceptos de normalidad y anormalidad y cómo se redefine constantemente la salud humana al “mover” de modo ininterrumpido los parámetros de diagnóstico (un ejemplo son los móviles índices de lo normal y lo patológico en el colesterol y la hipertensión).

Una tercera perspectiva se enfoca en la idea de “medicinas para el estilo de vida” (*lifestyle medicines*) teniendo en cuenta el proceso que hemos presentado acerca de considerar a los psicotrópicos como sustancias reguladoras del estilo de vida antes que en tanto medicamentos para curar sujetos enfermos. Consideramos a este enfoque como esencial para la comprensión del proceso que nos ocupa. La relación que se establece entre el consumo de psicotrópicos y la calidad de vida supone un traspaso de la idea de enfermedad por la idea de malestar, incomodidad, molestia, insuficiencia. Este traspaso de la enfermedad al malestar lleva a un cambio de perspectiva al reemplazar la idea de curación por la idea de calidad de vida. Si bien en primera instancia puede interpretarse como inverso, en la práctica termina siendo complementario al enfoque anterior de invención de enfermedades. La idea de molestia y malestar se impone en el

campo de la medicina, lo que por un lado genera efectos positivos al promover la emergencia de nuevas corrientes centradas en la atención primaria, pero por otro se corre el riesgo de medicalizar cualquier trastorno vital que acarree incomodidad, redefiniéndolo como enfermedad, paradójicamente al mismo tiempo en que la patología entra en crisis frente al avance de la idea de malestar y calidad de vida. Esto no significa la desaparición del sujeto enfermo, más bien muestra la crisis de la idea de curación frente al avance de la noción de calidad de vida y bienestar, como lo analiza Ehrenberg (2000).

Para los fines de este estudio tendremos en consideración los tres enfoques pero nos centraremos principalmente en cómo la idea de calidad de vida avanza sobre la idea de curación y cómo repercute este proceso en la construcción social de la idea de consumo indebido y en la emergencia de las “pastillas para el estilo de vida” consumidas por sujetos no enfermos sino incómodos, insuficientes: al no haber enfermedad sino malestar lo que se busca no es la curación sino el bienestar. La tendencia muestra que la medicación ya no se limita a personas enfermas, más bien se expande hacia el mejoramiento del confort psicológico de los “sujetos normales”, como plantea Kramer: “*¿Extensión del concepto de enfermedad mental o modificación de los estados mentales normales?*” (Kramer, 1997). Desde este enfoque, todo aquello que incomoda y nos distancia del bienestar se redefine como anormal o patológico a pesar de que esa incomodidad sea una respuesta tradicionalmente entendida como “normal” frente a un proceso o estímulo.

3. La perspectiva médica. Sujeto y sistema impacientes, el “círculo perfecto”.

En este punto nos centraremos en la mirada sobre la cuestión de los distintos actores “profesionales” que participan en la medicación, derivación y/o publicidad de medicamentos psicotrópicos. Si bien nos hemos concentrado en la perspectiva médica acerca de la problemática, también recurrimos durante el transcurso del trabajo de campo a psicólogos y profesionales de la industria farmacéutica a fin de enfocar más globalmente la cuestión.

Frente al avance de la idea de calidad de vida y bienestar, la patología pierde terreno en el campo de la psiquiatría, al tiempo que comienzan a ser “medicalizables” una serie de malestares que aquejan al sujeto en su vida cotidiana. Sentirse nervioso ante una entrevista de trabajo, el decaimiento ante una pérdida afectiva o el cansancio luego de largas jornadas laborales, ¿son situaciones que ameritan una medicación? ¿Se puede hablar de un cambio en la perspectiva de la salud mental a partir del auge de las nuevas moléculas? ¿Quién debe ser el que prescribe medicamentos psicotrópicos?, ¿cómo se está conformando la relación médico-paciente? ¿Cuál es el enfoque desde la industria farmacéutica y el mercado?

Las diversas situaciones cotidianas a las que nos vemos expuestos los individuos exigen una respuesta adaptativa que según los casos puede desarrollarse bajo síntomas de ansiedad, decaimiento o cansancio. Cuando frente a este panorama, el tratamiento del síntoma es resuelto por la vía farmacológica, muchas veces se asiste a una ausencia de discriminación por partida doble: el uso de psicotrópicos para estos síntomas (se consume cualquier psicotrópico ante cualquier indicio de malestar, sea cual sea el síntoma), sin antes discriminar su origen (qué es lo que lo provoca más allá de la situación objetiva). Este parece ser un procedimiento habitual en varones y mujeres ya sea por decisión personal o por distintas instancias de mediación profesional.

La interpretación de este procedimiento y de su habitualidad se realiza en los profesionales consultados desde los tres ángulos que enumeramos al conceptualizar lo indebido en el consumo de psicotrópicos.

Desde el enfoque crítico hacia la idea del reemplazo de la práctica terapéutica por las neurociencias, se hace hincapié en el uso abusivo y /o indiscriminado de estas nuevas drogas, que aparecen como “mágicas”, al sortear todas las “incomodidades” a las que nos enfrenta la vida, considerando sólo los síntomas y dejando de lado las causas que las provocan. Esto lleva al sujeto a un callejón de difícil salida para su malestar, al tiempo que instaura un nuevo paradigma científico que resulta más complejo que la tensión entre humanismo

versus cientificismo. Desde la psiquiatría, es el traspaso de la neurosis, centrada en el conflicto, a la depresión fundada en sentimientos de insuficiencia personal. Desde la medicina en general, es la tendencia a definir como no aceptables a toda una gama de conductas que se apartan del *deber ser* social y lograr su corrección desde la farmacología. En tal sentido, afirma la psicoanalista Eva Tabakian:

“En esta línea de búsqueda de la normativización y de un deseo no conflictivo, los psicotrópicos producen una corrección de las conductas no aceptables y suprimen los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico pero sin buscar su significación. La psicofarmacología que había nacido en el intento de devolverles a los locos su palabra y salvarlos de tratamientos abusivos e ineficaces, finalmente perdió parte de su prestigio al encerrar al sujeto en una nueva alienación... El peligro mayor es que la psicofarmacología permite a todos los médicos, especialmente a los clínicos, tratar de la misma manera a toda clase de afecciones... Y del mismo modo en que se igualan los cuadros, se igualan los pacientes y se postula otra vez un individuo que no se destaque ni por su padecer psíquico ni por sus conflictos con la sociedad ni por la búsqueda de nuevos horizontes”. (Tabakian, 2006)

Desde este enfoque, las neurociencias avanzan al paso que decae el psicoanálisis. Esto se manifiesta en un cambio cultural que excede el espacio médico y se instala en la vida cotidiana, donde se ve una tendencia de convivencia o reemplazo del lenguaje propio del psicoanálisis por el de la neurociencia en el sentido común. Así, si en los grandes centros urbanos se ha vuelto costumbre usar la terminología propia del psicoanálisis en la vida cotidiana (referirse a una persona nerviosa como histérica, por ejemplo), actualmente, se ve la tendencia de que en cualquier conversación aparecen términos como “frontal” para definir a una persona, refiriéndose a la parte del cerebro que actúa sobre el control del impulso, o la gente habla de “estimular sus endorfinas” (Adler, 2006).

- *Por ahí Argentina era a nivel internacional un país en el que se consumía regularmente, pero no de los que más se consumía, hasta la época de 1985*

a 1990; después del noventa lo que uno ve afuera y acá, un aumento, yo diría, casi logarítmico del consumo de los psicofármacos.

E.- ¿Y qué cree que está pasando?

- Básicamente mayor uso desde los profesionales de los psicofármacos.

E.- ¿Y eso responde a algo en especial?

- Responde a consensos internacionales, a un cambio en un paradigma de abordaje de la psiquiatría, por más que históricamente la psiquiatría biológica fue una de las importantes a nivel mundial y el tema de la psiquiatría biológica, la diferencia era el uso de psicofármacos, separando un poco lo que era la tradición de las terapias psicoanalíticas, que reinó durante tantos años y que sigue en Argentina. Pero desde la psiquiatría biológica se fue cambiando el abordaje a un abordaje más psicofarmacológico, que en estos momentos logró consenso en estar de acuerdo con el resto del mundo en las causas de ciertas patologías mentales y la resolución con fármacos. El tema es que de ahí, si no hay un buen control, después el psicofármaco lo termina también usando el clínico, lo aconseja el psicólogo, lo están manejando ahora los cardiólogos y además la automedicación, que es tan frecuente y común en la Argentina.

(Médico psiquiatra)

En algunos casos se cree que el auge de las terapias breves y focalizadas, sobre todo aquellas centradas en los aspectos cognitivos que responden a la matriz de la neurobiología - una mente que puede aprender más que un sujeto que sufre - también puede identificarse como parte de este proceso que por un lado, institucionaliza nuevas formas de pensar la subjetividad humana y al mismo tiempo, busca la solución sin demora.

- Entonces, vos tenés como una de las ramas de la neurociencia el cognitivismo y decís: “y ¿por qué el cognitivismo es una rama de la neurociencia?” Y bueno, porque se carga conocimiento, de cómo conocemos, cómo conocemos el mundo en el que estamos. Ellos estudian

esto, partiendo de la base de que uno es un ser pensante, que tiene un cerebro y que hay un mundo por conocer y que eso tiene un concepto neurobiológico. Entonces, las terapias están pensadas en esas convicciones. Y ¿en qué concepción? Bueno, si vos le tenés una fobia a un ratón es porque algo falla en tu conocimiento respecto del mundo. El ser humano sufre de tomar un avión, tiene esa angustia, pero en mi opinión el término sufrimiento ha desaparecido de ese abordaje de la problemática humana.

E.- ¿Por qué?

- Porque si vos reducís la cosa a la neurona, a los neurotransmisores y a los síntomas, la dimensión más subjetiva, que es el sufrimiento, no es tan considerada. Cuáles son los síntomas y cómo los tratamos, sí, pero se pierde esa dimensión subjetiva.

(Médico psiquiatra)

En este contexto, la pastilla responde a un “círculo perfecto” entre un sujeto impaciente con su malestar y un sistema sanitario que no tiene tiempo que ofrecer. La divulgación de los avances en el campo de la neurociencia sin profundizar en los alcances también es un componente a tener en cuenta para analizar la complejidad con la que opera este “círculo perfecto” entre individuo y sistema. En la conformación de este círculo, los medios de comunicación participan activamente en la “formación pedagógica” del paciente. Éste visita el consultorio habiendo hecho ya su autodiagnóstico e incluso interpellando al médico acerca de la medicación conveniente de acuerdo a lo que pudo registrar a través de la televisión, la prensa gráfica o Internet. Esta figura del paciente competente, informado, podría verse como un avance de la idea de un poder compartido entre médico y paciente, una relación más democrática, en definitiva. También desde el psicoanálisis, el autodiagnóstico puede ser pensado como un proceso de “causalidad subjetiva”, priorizando la perspectiva del sujeto, en cuanto a su participación en la producción del síntoma (Mantegazza, 2006). Sin embargo, esta tendencia hacia el poder compartido es vista por algunos médicos como

consecuencia directa del auge de los autodiagnósticos desde una banalización del saber médico y de la judicialización creciente de la medicina, lo cual parece llevar a efectos poco favorables al incidir en el debilitamiento de la confianza entre médico y paciente (Weill, 2006).

- Porque lo que se está difundiendo desde hace ya una cantidad de años es toda una tendencia dentro de lo que sería la psiquiatría actual, donde el papel que tiene el psicofármaco es cada vez más importante. ¿En qué consiste? Eso se difunde mucho a través de todos los medios, televisión, diarios y revistas.

E.- ¿Usted habla de medios especializados?

-No, los medios comunes. Los medios que lee la gente.

E.- ¿Por ejemplo?

- Por ejemplo, el diario Clarín día por medio sale la novedad en el campo de la neurobiología.

E.- ¿En notas?

- Si, en notas periodísticas. Por otro lado, se difunden mucho los diagnósticos actuales de manuales de clasificación de psiquiatría. Entonces, las características actuales de los pacientes es que muchas veces ya vienen con el diagnóstico que le dio el médico clínico o que ellos mismos se identifican a partir de estas lecturas que hacen, que no son especializadas y donde está incluido el psicofármaco como la terapéutica más inmediata y efectiva.

(Médico psiquiatra)

- En realidad se va hacia algún síntoma o alguna situación que puede ser habitual en la población por razones socioeconómicas, simplemente, a veces ni siquiera porque realmente haya una enfermedad psiquiátrica o un trastorno psicológico en una persona, a veces se aprovechan situaciones socio económicas que hacen que naturalmente la gente se ponga nerviosa

o se deprima o se entristezca, se empieza a trabajar sobre eso y subliminalmente se empiezan a mencionar drogas

E.- Y cuando se hace uso de eso, ¿quiénes son los que lo hacen?

- En general surge de los laboratorios. Cuando aparezca algún artículo en el diario o en una revista sobre algún tratamiento o que se empieza alguna campaña sobre alguna enfermedad o sobre alguna situación de salud, los que somos mal pensados lo primero que pensamos es que laboratorio esta patrocinando esto y por qué...

E.- Ahora, ¿ustedes notan que ha habido un acrecentamiento de este tipo de notas en los últimos años?

- Por supuesto, cada vez más. Ya hay campañas de pre marketing que están basadas por ahí en un año en plantear una situación de algún tipo de enfermedad o de trastorno de la opinión pública y ya se está pensando en que se va a lanzar un medicamento un año después, se genera una situación de necesidad. En cualquier producto de consumo masivo pasa lo mismo, lo que se crea es la necesidad y después viene lo que resuelve la necesidad. Si no existe la necesidad no hay producto válido.

(Médico gastroenterólogo. Director médico de una consultora de marketing farmacéutico)

La banalización de la medicación se completa con un marketing de los laboratorios que en muchos casos cumple con los mismos parámetros de seducción al cliente que cualquier producto de consumo masivo, sin tener en cuenta la especificidad de un producto médico.

- Los laboratorios en estos Congresos te regalan bolsitas de caramelos, de pastillitas con el envoltorio del psicofármaco. Yo, cuando me lo dieron (la bolsita con caramelos) el año pasado, lo tuve en mi escritorio por meses pensando que era el psicofármaco hasta que abrí uno y vi que eran

caramelitos. Yo digo, qué insidiosa la forma de naturalizar el consumo, la banalización del consumo del medicamento.

(Médico psiquiatra)

Esta seducción compromete al médico, pero éste y el consultorio parecen actuar de canal privilegiado para llevar este marketing de calidad de vida a un sujeto que sufre su déficit.

- *¿ Vos nunca te pusiste a pensar por qué el laboratorio entrega estos folletos si el médico no los lee? Yo nunca leí estos folletos, yo los tiro a la basura, pero hay muchos médicos que lo dejan en su escritorio, o arriba de la mesita de la sala de espera, no a propósito, pero esto lo lee la gente. Esto lo lee la gente. La revista médica que está en la sala de espera, ¿por qué surgieron todas estas revistas que son dirigidas...? porque hay un problema que es la desregulación que no permite publicidad de medicamentos de venta bajo receta en revistas de uso popular, tiene que ser en revistas médicas. Surge una ola de revistas médicas pero que en realidad son de divulgación, salud, hay una que tiene que ver con la sala de espera, entre consultas, una cosa así. En realidad es una revista que es para poder salvar la regulación de publicidad, la sacan como revista médica pero en realidad el médico cuando la recibe la deja en la sala de espera*

E- Pero ¿son revistas que no se compran, no se consiguen en kioscos?

- *No, están dirigidas para la sala de espera del médico, no para el médico. El médico la ve como una revista, si bien en su origen es una revista médica que se distribuye en mano al médico, cumple las normativas legales, el médico en su lectura la ve como una revista de divulgación no como una revista científica, y está la publicidad porque en realidad su origen es una revista médica. Hay un montón de estas revistas de ese tipo, donde no se venden en ningún lado y se entregan en mano a los médicos, y esas publicidades claramente no están dirigidas para el médico, claramente.*

E- Cuando nosotros las ponemos en los grupos focales resultan muy tentadoras para ellos, pero por otro lado muy conocidas también.

- Esta no es una publicidad de medicamentos. Este es un folleto que hizo especialmente el laboratorio para que el médico se lo dé al paciente. Acá viene el laboratorio y dice: 'doctor, usted que tiene poco tiempo en su consulta y es importante que su paciente este bien informado sobre la enfermedad, nosotros le ahorramos el trabajo y le trajimos esto para que su paciente este bien informado'; y en realidad la comunicación está hecha en forma directa para el paciente. Esto está hecho para pacientes, pero para que el médico se lo dé al paciente. Y el médico, a veces consciente y a veces inconsciente, cae en el tema: "le va a ahorrar el trabajo, le traje unos folletos bárbaros que explican los hábitos dietéticos que tiene que tener un paciente que tiene úlcera", y si uno no se toma el trabajo de leerlo... Porque a veces eran éticos, traían una dieta que a uno le evitaba el trabajo de escribir y no tenía nada. Pero esto está claramente dirigido para que el paciente que no había detectado que tenía problemas de éstos, los detecte.

(Médico gastroenterólogo, director médico de una consultora de marketing farmacéutico)

Desde la crítica al proceso de invención de enfermedades, se focaliza en la tendencia a crear o recrear una enfermedad o molestia en la que (casi) todos se sientan incluidos. ¿Quién podría definirse a salvo de situaciones de ansiedad, angustia, cansancio o tensiones de algún tipo? Con respecto a la tendencia a medicalizar malestares que antes no se medicaban y entraban en el terreno de la personalidad, el carácter o de respuesta al contexto, comentaba en la entrevista mantenida el director médico de una de las más importantes empresas farmacéuticas internacionales con sede en el país, que es hoy algo común ver que quien antes era considerado tímido hoy sea catalogado como fóbico social y medicado en consecuencia, mediante una práctica inadecuada, ya sea desde el

profesional médico o desde el autodiagnóstico realizado por Internet¹⁶. Junto con esto, la tendencia a la medicalización creciente de los problemas sociales coloca a la medicina en una difícil situación, al transformarla en “*una prótesis para paliar las angustias de la existencia moderna*”, como según Weill (2006) refiere Didier Sicard, presidente del comité consultor nacional de ética para las ciencias de la vida y la salud, de Francia. Mediada por la exigencia creciente de lograr la adaptación a los desafíos de la vida cotidiana, en pos de la idea de calidad de vida y a un mercado que encuentra allí un nicho de interés, la “invención” o construcción social de malestares, que llevan a instaurar en el escenario social “enfermedades de moda”, también resulta una práctica en la que participan laboratorios, médicos y medios de comunicación, según analizan médicos y profesionales médicos de la industria farmacéutica consultados.

- Hoy en día, los pacientes, salvo grupos específicos, grupos de consumidores de drogas, que es otra historia diferente, el común de la gente consulta por dos razones, o por lo menos localiza en su problemática digamos, en dos términos, que son angustia y depresión.

(Médico psiquiatra)

- Creo que tiene que ver el tipo de trastorno. Por ejemplo la persona que viene de un trastorno psicótico o de alguna internación ven un camino más de construcción, de rehabilitación, de ir avanzando en un proceso que ven más allá de los momentos. En cambio la persona que viene por ataques de pánico, por fobias o trastornos de ansiedad están más predispuestas a decir: “estoy bien, ayer me tomé una pastilla entera porque estaba mal o mi nena me contestó mal o se fue.” Pasa entonces en los casos que vienen de estas patologías nuevas, las patologías de estos tiempos que son los trastornos de ansiedad, las fobias, los ataques de pánico, las patologías de consumo, bulimia y anorexia, y las depresiones.

(Médico psiquiatra)

¹⁶ Entrevista a Director Médico de Empresa Farmacéutica Internacional con sede en el país. Por cuestiones de preservar el anonimato no figura el nombre de la empresa y a pedido del entrevistado este pasaje de la entrevista se realizó en *off* (sin grabación).

- Pero si vamos a tomar desde la psiquiatría, por ahí la gran moda ahora son los trastornos obsesivos, el tema de la bipolaridad. Hace un par de años atrás era la depresión. Por momentos son los trastornos hiperquinéticos en los chicos, que en verdad no es porque haya cambiado la patología, sino que esto responde a un marketing fundamentalmente de las grandes compañías. Y por ahí por el hecho de descubrir o fabricar una determinada molécula, poder resolver una determinada (o dar una respuesta a una) patología, toda la publicidad que se pone detrás de ellos hace que se le empiece a dar importancia, como es el tema de la bipolaridad. En estos momentos es como que todos son bipolares y hace veinte años atrás no se hablaba, no existía. Si uno agarra los escritos de Hipócrates ya ahí había bipolares. En verdad hay un aumento de la bipolaridad en números reales, en cantidad de población de lo que existía antes, porque hay otros factores desencadenantes que van a predisponer que una persona 'switchee' más fácilmente a cuadros depresivos o maníacos, que tiene que ver mucho también con el tema... o sea, sería otro de los tipos de bipolaridad por el lado de los fármacos, por drogas, no por sustancias, se los llama. Entonces, en equis cantidad de personas por cien mil habitantes ahora hay mucho más de los que había hace cien años atrás y muchísimos más de los que había en la época de Hipócrates, pero son patologías que siempre existieron. Pero hace veinte años nadie hablaba de eso.

(Médico psiquiatra)

Un planteo que sintetiza los tres enfoques es aquél que ve la instauración en la sociedad de ciertos malestares que atentan contra el precepto de la felicidad, el bienestar y la calidad de vida junto a la promoción de la idea de que pueden resolverse rápida y químicamente atendiendo (sólo) al síntoma. Es allí cuando la figura del médico entra en crisis: ¿un médico para atender sujetos sanos pero incómodos o una medicación sin médicos?

E.- En algunos escritos que estuvimos leyendo aparece la idea de pastillas para el estilo de vida.

- Sí, sí. Inclusive el famoso Prozac, eso era...

E.- Como paradigmático, claro.

- Claro, la droga de la felicidad. La felicidad forma parte de nuestro estilo de vida. Ahora, es cierto que no es que no recurran al médico, pero sí que recurran al médico como el que le va a dar lo que buscan y si un médico opta por decir que le va a bajar la medicación se van a buscar otro. Entonces, que aparezca el médico como un recetador y la decisión del paciente de continuar con la medicación y si el médico dice que no cambian de médico, eso por supuesto que es frecuente. Entonces se nota en los pacientes un porcentaje que tiene resistencia a que se le modifique eso o se le cambie o la idea misma de dejar la medicación. Y el médico es un recetador, no es alguien de consulta o la autoridad que dice si conviene o no conviene.

(Médico psiquiatra)

La idea del “médico recetador”, aquél que se limita a proveer recetas a un paciente “adiestrado” que “regula” sus dosis, resulta de una práctica habitual, como surge de las entrevistas a los distintos actores del proceso: médico, profesionales no médicos y consumidores-pacientes. Esta práctica está íntimamente relacionada con la idea de un sujeto impaciente (el *paciente impaciente*), un sistema de salud que por diversas circunstancias se ve llevado a dedicar un tiempo mínimo a la consulta y una cultura de la velocidad que propicia por un lado, la información sin mayores profundizaciones, lo cual lleva a “tocar de oído” y actuar en consecuencia, por otro, a una intolerancia manifiesta de todo aquello que demande tiempos más allá del corto plazo.

El criterio médico de la prescripción indebida se construye desde dos instancias, el campo o especialidad médica que determina quién es el profesional indicado para prescribir una receta de psicotrópicos y la pertinencia, lo cual establece cuándo se considera necesaria la prescripción, cuándo se deben buscar otros recursos que la reemplacen o complementen y cómo se debe medicar.

✓ **Por campo (por especialidad médica): ¿Quién debe prescribir?**

Entre los psiquiatras entrevistados hay consenso en que deberían ser estos especialistas los que tuvieran a cargo la prescripción de medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, ven que se ha generalizado la prescripción hacia otros médicos, especialmente clínicos y médicos dedicados a especialidades relacionadas con enfermedades asociadas a procesos de ansiedad o depresión como gastroenterólogos, endocrinólogos, cardiólogos y ginecólogos. En algunos casos se realiza una distinción entre tipos de psicotrópicos, pero esta distinción parece depender de opiniones personales acerca de cada tipo de medicamento ya que varía de un profesional a otro. Así, si en un caso un médico no psiquiatra afirma que prescribe “hasta benzodiazepinas” pero para antidepresivos busca la derivación al psiquiatra, en otro, un psiquiatra analiza como más problemática que la prescripción de antidepresivos, la de benzodiazepinas llevada a cabo por médicos no psiquiatras, por el acostumbramiento y peligro de adicción que provocan.

- *Una depresión más leve, donde la persona no tiene ganas de ir a trabajar pero va igual, o llega el fin de semana y se queda en la cama, hace todo muy a desgano y como si las cosas hubieran perdido su sentido. Es común que ya el clínico mismo ahí dé un antidepresivo. Cuando la cosa ya es más grave, bueno, ya no se mete.*

E.- *Y digamos, en el campo de la medicina, es legítimo que un clínico recete...*

- *Sería mejor que no, mejor que no.*

E.- *Digamos, no está legitimado pero es algo que está tolerado.*

- *Sí, es como una cosa difundida y no tiene más remedio que aceptarse.*

(Médico psiquiatra)

- *[...] por ejemplo, yo en mi especialidad tengo gran uso de psicofármacos porque el 80% de las enfermedades digestivas están relacionadas con*

algún trastorno psicosomático, uno utiliza psicofármacos menores, que pueden ser algún ansiolítico, algún antidepresivo de menor jerarquía, ya cuando uno pasa a psicofármacos de mayor envergadura ya es para el sector de psiquiatría, entonces en general los psicofármacos de menor nivel de acción; en general la industria se dirige a todos esos segmentos de médicos que están en relación con ese tipo de enfermedades, cardiólogos, los que se dedican a obesidad o nutrición, están muy en la línea con trastornos psicológicos menores, o neurosis de menor intensidad, no con enfermedades psiquiátricas organizadas pero sí con trastornos neuróticos 'borderline' donde por ahí hace falta algún uso, nunca ese paciente va a ir a un psicólogo o a un psiquiatra, a no ser que se lo termine convenciendo, pero en general cuando son 'borderline' nunca asumen que necesitan hacer una consulta especializada y ahí empieza el manejo de psicofármacos; si el médico que lo está haciendo tiene cierto grado de conciencia y responsabilidad sabe cuándo no pueden cruzar la línea, y hay otros que la línea la cruzan, y empiezan a usar psicofármacos de mayor intensidad.

E - Y ¿esa distinción que usted hace entre psicofármacos de mayor y menor intensidad cómo sería?

- Y por ejemplo un ansiolítico de uso común contra un antipsicótico, o un antidepresivo o un ansiolítico que tiene algún efecto antidepresivo menor con drogas mayores para trastornos más estructurados.

E. -Y estas nuevas moléculas que aparecen mucho en la bibliografía que son estas IRSS, ¿dónde estarían?

- Esas las tiene que manejar el especialista. Pero volvemos a lo mismo, en realidad se promociona el trastorno, entonces la gente va al médico de atención primaria, al médico clínico, al especialista que lo está tratando con otra cosa, y cree que ya tiene un diagnóstico porque lo leyó y coincide lo que leyó en el diario o en la revista con lo que él siente, entonces va insinuar o a pedir el tratamiento. Entonces si el médico es responsable dice: "no, mire, para esto tiene que ir a un especialista", y ahí pueden suceder

dos cosas; que el paciente vaya al especialista o que vaya a otro médico hasta que alguno le haga la receta.

(Médico gastroenterólogo director médico de una consultora de marketing farmacéutico).

- *A mí me llama la atención que medican mucho con psicotrópicos los clínicos, que medican mucho los cardiólogos. Me llama la atención los ginecólogos.*

(Médica psiquiatra)

- ✓ **Por pertinencia: ¿Cuándo hay que medicar? ¿Cuándo hay otros recursos? ¿Cómo medicar?**

En términos generales, desde los psiquiatras hay una crítica generalizada al uso abusivo que se hace de la medicación. Esto abarca tanto a estos especialistas como a los médicos generalistas o de otras especialidades. Denuncian un auge de la medicación por el deslumbramiento que generan las nuevas drogas ya sea por la novedad en el campo de las neurociencias como por los resultados rápidos que generan en el paciente, lo cual genera tranquilidad de ambas partes. El recurso terapéutico, si bien aparece nombrado como “el deber ser”, en la práctica lo ven en desventaja principalmente por los beneficios de rapidez y la naturalización del consumo de medicamentos. Un punto importante a tener en cuenta y que se desarrollará más adelante, tiene que ver con la cuestión de cómo se medica y el peso que cobra la autorregulación de la medicación con la aprobación médica.

- *Te voy a decir por qué, yo he visto, y lo veo con mucha alarma, que gente que ha dedicado su vida al psicoanálisis, ahora están haciendo cursos de médico psiquiatra porque tienen que medicar, pero ¿por qué tienen que medicar? Porque el paciente lo exige. Porque no toleran un tratamiento largo, todo tiene que ser bien pronto. Yo primero fui psiquiatra, primero fui psiquiatra de niños, después de adultos y después entré en la carrera de*

psicoanálisis. Hace muchos años que soy psicoanalista, hice el recorrido inverso. Y lo que me doy cuenta es que a mi me da mucha bronca medicar.

E.- Ese recorrido inverso era bastante clásico antes, ahora es al revés.

- Si, ahora es al revés. A mi me da mucha bronca medicar. A veces sí tengo que medicar, sí o sí, tengo que estar al día de todo lo nuevo en bipolaridad, en melancolía, ¿cómo no lo voy a estar? Pero me resisto. Y cuando veo a mis colegas que se fascinan por medicar, porque se fascinan, gente grande se fascina, te dicen: “tenés que dar tal cosa, tenés que dar un ansiolítico a tal otra”, y bueno, ¿por qué están fascinados? Porque hay una negación también de lo que puede ser la palabra, hay una identificación de la empresa que exige esta sociedad de que estés rápidamente bien para poder salir al ruedo. En el grupo ese que nosotros hicimos la mayoría eran psicoanalistas y yo me admiraba cuando vienen los visitantes, se tiran sobre los visitantes. Ojo, yo también, cuando necesito algo voy a ellos. Pero de repente es como negar que hay otros recursos.

E.- Cuáles serían esos recursos?

- Estar en más grupos, las redes sociales y dentro de las profesionales, las redes profesionales. Si vos no tenés un conjunto que te contenga y que te sostenga y al que le puedas contar lo que te pasa y que el otro piense lo que te pasa, te consumís en sociedad. Te enfermas. Claro, si te tomás la pastillita, no te importa.

(Médica psiquiatra)

- No, sólo que estaba tan preocupado por una cosa que no lo dejaba pensar bien o hacer las cosas correctamente. En esos casos yo prefiero medicarlos, darles como el arma de decir “bueno, en caso de..., usás la medicación”, no dejarlo arraigado para todo el tiempo, mañana, tarde y noche, como normalmente están acostumbrados a hacer. Trato de usar pocas benzodiazepinas, cuando veo que el cuadro es bastante importante agrego un antidepresivo, aunque no sea un gran componente depresivo,

no, realmente no me fijo tanto en eso, sino que con toda la aparición de los IRSS, no se si habrás escuchado, la proxetina, la paroxetina, fluoxetina, que tiene un componente ansiolítico más a largo plazo. Entonces, la idea, la que trato de hacer generalmente es..., prefiero terminar utilizando los antidepresivos para bajar la ansiedad y sacar las benzodiazepinas.

E.- Y ¿por qué?

- Por el gran acostumbramiento que hay a las benzodiazepinas. O sea, el acostumbramiento es no poder vivir sin la droga y la tolerancia tiene que ver con que voy a ir necesitando a medida que vaya el tiempo mayores dosis para lograr el mismo efecto. Por supuesto todo esto acompañado por una buena psicoterapia con nosotros o con psicólogos, o mismo en mi consultorio particular, en este momento yo no hago psicoterapia con pacientes, pero sí trato de no medicarlos en la primera evaluación y si se requiere medicación los medico, pero enseguida le recomiendo el tratamiento psicoterapéutico, le explico “mirá, si no hacés el tratamiento psicoterapéutico nos atamos a la medicación casi de por vida” porque sino no va a resolver lo que lo trae a la consulta. Siempre que no estemos hablando de psicosis, la psicosis es otra cosa. Estamos hablando de ansiedad, depresión.

(Médico psiquiatra)

- Lo que más se ve son trastornos de ansiedad, pero no sé si tiene que ver con la publicidad de los trastornos de ansiedad, la publicidad que se le da a los ataques de pánico, yo creo que todo eso ha ayudado mucho a que la gente se dé cuenta de qué es lo que está pasando, o sea, hace cien o doscientos años nadie sabía qué era un ataque de pánico. Creo que eso ayudó. Entonces, me parece que en algún punto, tanta publicidad, tanta manija que se le da hace que la gente le llame mal a una ansiedad que se puede tener por una situación en particular y lógica que hay, uno que pierde el laburo y se pone ansioso, ya eso es un ataque de pánico, trastorno de ansiedad, etcétera. Pero lo que se ve muchísimo es trastorno de ansiedad,

la depresión se ve también y lo que se ve es un uso masivo de la medicación. Por eso es que yo, al principio, no tenía mucha conciencia de lo que era empezar a medicar un paciente porque después es muy difícil sacarle la medicación. Sobre todo uno tiene que hay que tener cuidado con gente joven, porque con gente grande por ahí no es tan complicado, no están acostumbrados a tomar medicación pero acostumbrar a un chico de 20 años a tomar medicación es como que...

(Médico psiquiatra)

En este capítulo se abordó el conjunto de transformaciones que operan en el campo médico. El retroceso de la idea de lo patológico ante las de malestar, calidad y estilos de vida afectan, como se vio, a las propias prácticas profesionales, desde la prescripción hasta el modo en que los médicos establecen la relación con los pacientes en la consulta; a su vez, ello favorece la constitución del auto didactismo en el consumo de los medicamentos, en un marco en que las terapias tradicionales, que requieren un tiempo prolongado de asistencia, tienden a mostrarse inadecuadas. En el capítulo siguiente se indagarán los imaginarios que operan en torno del consumo de psicofármacos, los malestares como representaciones sociales que subyacen a las prácticas de consumo.

Capítulo III. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS. EL SUJETO INSUFICIENTE Y LAS PASTILLAS PARA EL ESTILO DE VIDA

“Disminuye la vulnerabilidad frente al estrés. Aumenta la comodidad y el cumplimiento”.

(Publicidad de psicotrópico)

1. Acerca de las representaciones sociales.

Las representaciones sociales son construcciones simbólicas de la realidad, formas de pensamiento de sentido común socialmente elaboradas y compartidas que le permiten al individuo interpretar y entender su realidad, así como orientar y justificar sus actos. Este significado simbólico es común a un grupo social pues depende de los valores y normas sociales propias del grupo en cuestión. Tiene un origen social en tanto se construyen en los procesos de interacción social, circulan socialmente en conversaciones cotidianas, en los medios de comunicación y se cristalizan en conductas (León, 2002).

¿Cuál es el sentido que adquiere para el sujeto el consumo de psicotrópicos? Indagar en el sentido supone ahondar en el significado simbólico que el sujeto le otorga a la práctica de consumo de psicotrópicos. Articulando el análisis de las publicidades con los testimonios de las personas entrevistadas podemos evidenciar el modo de circulación de estas representaciones para luego en el capítulo siguiente ocuparnos de su cristalización en conductas. En este capítulo nos detendremos en un primer punto a analizar las publicidades de psicotrópicos en revistas psiquiátricas a fin de ver cuáles son las representaciones y cómo circulan. Luego, analizaremos estas representaciones con los sujetos involucrados en el consumo. Las técnicas de grupos focales, en donde se plantea un tema y con la coordinación de un moderador se entabla una conversación y discusión acerca del mismo, resulta un medio eficaz para que surjan las representaciones, comprender mecanismos de construcción de las mismas, articular esas imágenes simbólicas con las que circulan en los medios y así interpretar los sentidos que los sujetos otorgan a sus prácticas.

En la praxis, las representaciones suelen abarcar más de una imagen, es decir que hay imágenes en disputa, algunas veces en tensión, otras complementarias, lo que supone que un sujeto puede identificarse y ser comprendido por más de una de las imágenes contenidas en las representaciones. Por otro lado, debe señalarse que las representaciones sociales tienen la característica de ser dinámicas, cambiantes en el tiempo, por lo cual un sujeto puede ir variando los sentidos conferidos a su acción como las mismas representaciones cambian a lo largo del tiempo al formar parte de procesos sociales dinámicos y en constante transformación.

Teniendo en cuenta estas características propias de las representaciones sociales, el trabajo con los grupos focales permitió identificar tres grandes grupos de representaciones que dan cuenta del sentido profundo y subjetivo en que la práctica de consumo se sostiene desde las ideas de estilo y calidad de vida, las cuales a su vez se corresponden con los discursos que circulan en las publicidades de psicotrópicos. Los tres comparten la característica de estar atravesados por un sentimiento de incapacidad o insuficiencia que en el primer grupo suele tomar una forma de amenaza entrando en tensión constante con los sentimientos de competitividad y *performance* social mientras que en los otros dos se percibe como algo instalado que agobia ya no como amenaza sino como parte de una supervivencia cotidiana.

Los dos primeros grupos de representaciones analizadas, *el sujeto competente* y *el sobreviviente*, construyen las imágenes asociadas a la “pastilla” centrándose en el ámbito público, fundamentalmente en el trabajo y en las relaciones que de allí se desprenden. El tercer grupo de representaciones se construye desde el ámbito íntimo, abarcando lo privado y lo doméstico como dos categorías que se funden en la idea de ‘*estar bien yo para que los míos estén bien*’, donde la cuestión de la dependencia afectiva cobra peso. Los ámbitos público-privado pueden ser cruzados para encontrar las diferentes expresiones en que se manifiestan las representaciones del consumo de psicotrópicos, según donde se coloque el malestar y /o búsqueda de bienestar.

Dentro de estas tres categorías, se verá que en el primer tipo, el *sujeto competente*, los vínculos primarios, familiares, están muy debilitados frente a un abarcador proceso de individualización. El sujeto se refiere a lazos de sociabilidad secundaria, cuyo eje es fundamentalmente el trabajo. Lo que se percibe es un modo de *vinculación líquida*, tal como identifica Bauman (2005) a los modos de relación afectiva en la modernidad líquida: vínculos débiles, de bajo compromiso, que pueden ser intensos mientras duran pero momentáneos y focalizados. En los tipos siguientes es más fácil establecer una relación entre los dos ámbitos en que estos vínculos se desarrollan, ya que en el caso del sujeto que valora la supervivencia, son los *vínculos sólidos*, siguiendo por oposición la definición de Bauman, de la socialización primaria, que se establecen en el marco del ámbito privado o doméstico, los que actúan como resguardo o nicho de contención privilegiado frente a un marco de incerteza que agobia.

2. Cómo circulan las representaciones de psicotrópicos: la promesa de calidad de vida en la publicidad de psicotrópicos.

La idea de una calidad de vida que puede comprarse en el mercado es un concepto central en el proceso de individuación y en la sociedad de la iniciativa individual. ¿Cómo se adquiere “calidad de vida”? ¿Podemos hablar de la emergencia de un “mercado de la felicidad” en la sociedad contemporánea? Lo que está en la base de estas respuestas es la idea de autoconstrucción y autoasistencia del individuo moderno, en el momento en que los lugares institucionales que se hacían cargo del malestar social entran en crisis (Ehrenberg, 2004). En ese contexto se justifica toda una serie de herramientas “psi”: revistas de divulgación masiva que apelan a la idea de “mejorar la calidad de vida”, “saber vivir”, “vivir en armonía”, libros de autoayuda, cursos de conocimiento personal. En este mismo eje de autoconstrucción y autoasistencia, los medicamentos de venta libre se publicitan en los medios de comunicación desde la idea de que “nada te detenga”, mostrando a un sujeto sobreexigido en múltiples actividades, mientras desde las góndolas de “supermercados farmacéuticos” se ofrecen insumos de autoconstrucción.

Cuando uno se detiene a analizar publicidades de los más variados productos, lo que encuentra son promesas de “calidad de vida”. El discurso de la calidad de vida anida allí donde emerge la búsqueda de los “nichos de certeza” que contrarrestan la vulnerabilidad de carácter del sujeto de la sociedad de la iniciativa individual. Estos nichos de certeza pueden adquirir diversas formas. De acuerdo a esto, pueden no encontrarse significativas diferencias en el discurso publicitario de un emprendimiento inmobiliario que promete acercarnos a una vida más tranquila, segura y en armonía y el de un medicamento psicotrópico. El consumo de uno u otro “producto” es asociado al logro de una “calidad de vida” definida según los cánones actuales de proactividad (iniciativa individual), hedonismo y seguridad. Al comenzar la investigación de publicidades de medicamentos psicotrópicos, advertimos que las imágenes de paisajes verdes, de una naturaleza en “estado puro”, de sujetos en contacto con la naturaleza, ya sea de modo contemplativo o practicando deportes, pueden pertenecer a publicidades de diversos tipos de productos. Lo que el discurso publicitario pone en primer plano es la idea del producto como “nicho de certeza”, como garante de “calidad de vida” frente a una cotidianeidad que la amenaza mediante su puesta a prueba constante.

Analizando las publicidades de psicotrópicos en revistas psiquiátricas y folletos relevados, llama nuestra atención la continua alusión a ideas que refieren a este doble juego entre la proactividad y la insuficiencia. Esto se hace evidente al tener en cuenta el enfoque del mensaje publicitario: que más que eminentemente técnico e informativo, resulta predominantemente subjetivo y convoca a imaginarios de calidad de vida. Este punto es clave para tener en cuenta a los destinatarios convocados, es decir, si como se desprende del análisis de estas publicidades, de antecedentes y de entrevistas a profesionales y consumidores, existe una distancia entre el destinatario directo-formal del mensaje publicitario, el profesional médico y el destinatario directo-informal, el paciente-consumidor. Que el paciente sea destinatario directo informal y no destinatario indirecto indica que, si bien en términos formales la publicidad de un medicamento de venta bajo receta debe ser dirigida al médico que prescribe la droga, en términos prácticos es

pensada para ser vista por quien es un potencial consumidor, lo cual explica la convocatoria a imágenes subjetivas de logro de calidad de vida por sobre un discurso centrado en la información técnica de la droga que requiere el profesional.

Para el análisis, se elaboró una tipología de estas publicidades. Ésta se construyó a partir de un cuadro analítico¹⁷ en el que se han tenido en cuenta las siguientes dimensiones:

- el nombre comercial;
- el grupo farmacológico al que pertenece;
- la droga;
- la acción terapéutica que refiere;
- la idea fuerza: se construye como una síntesis de los imaginarios convocados a partir del texto y las imágenes que aparecen en la publicidad. La idea fuerza se focaliza en alguno de los dos grandes ejes: proactividad o vulnerabilidad.
- Los imaginarios convocados: Se enumeran las distintas imágenes convocadas respecto al eje de calidad de vida: proactividad (iniciativa individual), hedonismo (búsqueda de placer) y seguridad (contra la insuficiencia y la vulnerabilidad).
- El perfil de usuario: alude al perfil del sujeto que aparece en la imagen (en caso de que corresponda).

A fin de detallar los imaginarios convocados por tipo de psicotrópico, nos concentraremos en algunas publicidades que logran dar luz a la comprensión de la cuestión e identificar diversos imaginarios.

- **Ansiolíticos o tranquilizantes menores:** De acuerdo a lo que se puede ver en el cuadro, en el grupo de ansiolíticos o tranquilizantes menores, las benzodiazepinas, el subgrupo más convocado en las publicidades

¹⁷ Al respecto véase el anexo.

relevadas, concentran en imágenes o texto ideas asociadas a un sentimiento de insuficiencia y vulnerabilidad, poniendo en el centro imaginarios de seguridad interior (“Recuperar la paz interior”) que pongan en jaque las amenazas de insuficiencia y los sentimientos de vulnerabilidad a los que el sujeto se ve expuesto en su vida cotidiana: *haciendo equilibrio, claridad en la tormenta, recuperar el equilibrio anterior, alivio rápido, corrige la ansiedad, buscando paz interior, sentirme a la deriva, disminuye la vulnerabilidad frente al estrés, restablece la serenidad, buscando paz interior, recuperar la tranquilidad, estar bien yo para estar bien con los demás, estar bien yo para que los míos estén bien*. Dentro de este grupo, aparecen en un segundo lugar ideas asociadas a la proactividad, como *ser sociable, mostrar que puedo, estar en el ruedo, mantener el ritmo*. La inclusión secundaria pero efectiva de este segundo grupo de ideas fuerza, estaría marcando la plasticidad de uso del ansiolítico, como tranquilizante y como antidepressivo. Esto refiere en muchos casos, al círculo que se establece entre un tipo o más de psicotrópicos: al tiempo que es usado para “subir” el humor es también usado (el mismo u otro) para bajar la ansiedad, *bajar un cambio para luego poder mantener el ritmo*. Esta doble función en la práctica puede funcionar como un mecanismo de automedicación eficaz en relación a una “economía de recursos”. Por otro lado, da cuenta de la relación que se establece entre sentimientos de exigencia (de “estar en el ruedo”) y de vulnerabilidad (el sentimiento de insuficiencia, de “no estar a la altura”, que trae la presión constante). De acuerdo con esta idea de plasticidad de uso y las características específicas de cada droga, en las publicidades de ansiolíticos o tranquilizantes menores (donde incluimos a los hipnóticos) se pueden identificar tres grupos de imaginarios:

- un imaginario convocado refiere a una idea de “recuperar lo perdido”, *cuando lo que se ha perdido es un sentimiento de paz interior y de armonía*. Más allá de las imágenes recurrentes de un

mundo idílico (campos verdes, playas doradas), ésta es una búsqueda pragmática en la mayoría de los casos, ya que supone recuperar la paz interior para actuar satisfactoriamente en el mundo exterior, concentrado en el mundo del trabajo. Este pragmatismo se da en conjunción con valores postmateriales de autenticidad que se construyen a partir de la idea de “regreso a las fuentes”. Para esto se vale de un imaginario idílico centrado en la naturaleza. El objetivo consiste en instalar la imagen de un estadio anterior, donde paz interior y contacto con la naturaleza llevan al sujeto al *reencuentro con uno mismo*, en un proceso de autenticidad (como búsqueda de un yo auténtico) que es la base filosófica de toda idea de calidad de vida. Esta apelación a la idea de paz interior y de *reencuentro con uno mismo*, se vale de cierto tono “new age” focalizando en imaginarios hedonistas que llevarán a una seguridad interior, ontológica. Este tipo de discurso, encuentra en la publicidad del ansiolítico Rivotril un ejemplo paradigmático al recurrir a posiciones de yoga para la asociación con el psicotrópico en cuestión. La imagen se refuerza con el texto de tapa “Serenidad”. Dentro del tríptico, la frase se completa, “Serenidad y calidad de vida” y, más allá de una breve información sobre la droga, el folleto se detiene a explicar la “postura del águila” en un juego simbólico por el cual transfiere los beneficios del yoga al medicamento. Cuando la publicidad de ansiolíticos descansa en el imaginario de autenticidad-búsqueda de la paz interior, la imagen es la naturaleza o una mujer, como en el caso de Rivotril, en búsqueda de armonía. El plano interno, representado en la naturaleza y en la mujer, se pone de manifiesto en este imaginario.

- Un segundo tipo de publicidades de ansiolíticos o tranquilizantes menores entra en escena con el imaginario construido entre *la proactividad y el sentimiento de insuficiencia resultante, a partir*

de ideales de rendimiento y competencia. En este tipo de publicidades, el perfil convocado es el de un varón y es quien pone en escena el doble juego entre exigencia del trabajo actual y sentimiento de vulnerabilidad. En este tipo de publicidades de ansiolíticos, se abandona la constante referencia a “recuperar la paz interior” y se focaliza en una idea más instrumental y puntual: aliviar los síntomas del estrés. Esta idea está directamente asociada al espacio laboral y al mundo exterior que el sujeto (masculino) debe afrontar. El plano interno cede su lugar al externo. La publicidad del benzodiazepínico Alplax (con droga alprazolam) muestra a un varón adulto vestido de traje y con un maletín que se dirige hacia una imagen distorsionada y difusa de un planisferio (“el mundo”), rodeado por individuos, también distorsionados en su imagen, que entran y salen de ese “mundo” al que el protagonista se dirige. El sujeto pisa un suelo que dibuja la palabra “Alplax” y sobre la imagen se lee la frase “Menos vulnerables”. Entre otras tantas frases de alto contenido subjetivo acerca de la eficacia confortable que el medicamento promete, en la publicidad se lee “Aumenta la comodidad y el cumplimiento”. Este tipo de publicidad es la que se centra en el imaginario del doble juego entre la sociedad de la iniciativa individual del sujeto proactivo y la sociedad que agota al sujeto en sus exigencias y lo vuelve vulnerable. En este tipo de mensaje, también se inscribe la publicidad de otro benzodiazepínico, Aplacasse (con droga lorazepam) que muestra a otro hombre adulto, de traje y maletín en una secuencia de tres imágenes en las que se lo ve sentado en una situación de espera (probablemente para una entrevista laboral) con visibles signos de ansiedad. La idea se completa con la frase “Rápido alivio de los síntomas de la ansiedad”. La idea de rapidez no es un dato menor en estas publicidades. Los psicotrópicos se valen del recurso del tiempo para ganar en

calidad de vida. Actualmente, la eficacia se mide con relación al tiempo que llevará alcanzar lo deseado. La idea de “no sé lo que quiero pero lo quiero ya” parece regir las prácticas cotidianas y el consumo de psicofármacos no está ajeno a esta realidad. Más bien se vale de ella.

- Sin embargo, no en todos los ansiolíticos el plano externo es un terreno propio del varón. En el caso de los hipnóticos, las ideas fuerza se concentran en imaginarios de desempeño en la vida cotidiana, performance, estado de alerta por un buen descanso: *estar en el ruedo, en movimiento, mantener el ritmo, sentirme pleno, mostrar que puedo, que sirvo*. La protagonista principal de estas publicidades es la “mujer en el mundo del trabajo”, una “mujer maravilla” que trabaja, cuida y disfruta de su familia, hace deportes y tiene una vida social exitosa. El hipnótico resulta el dispositivo eficaz para “seguir el ritmo”. Se abandona el imaginario tradicional de lo femenino ligado al espacio de lo íntimo y lo natural, cobrando fuerza la imagen, extenuante, de la mujer moderna que participa del mundo externo sin descuidar su rol tradicional. En este tipo de publicidades, se pone en escena el imaginario de la iniciativa individual, cuyo eje es la mujer proactiva que todo lo puede y que debe descansar para seguir con todo.
- **Antidepresivos:** En los antidepresivos, las ideas fuerza asociadas directamente a la proactividad, tienen un significativo espacio, especialmente en las llamadas “Drogas de Segunda Generación” y dentro de estos los IRSS, que son los más convocados dentro del gran grupo de antidepresivos. Allí aparecen las siguientes imágenes: *saber sentir placer, saber disfrutar, renace la actividad, estar en el ruedo, sentirme joven, impulsa a la vida, proactividad, afectos, sociabilidad, actitud juvenil, estar bien yo para estar bien con los demás, para que los míos estén bien*. Este último punto se comparte con ideas de

vulnerabilidad propias de los ansiolíticos ya que el aspecto de sociabilidad (estar bien con los demás, en un plano de sociabilidad ampliada, de relaciones secundarias como las laborales, por ejemplo) y de afectividad (desde un plano más íntimo refiere a la familia, a relaciones primarias) que involucra a estas frases compromete a ambos imaginarios. De este modo, los antidepresivos convocan dos imaginarios: uno exterior donde el eje es el sujeto proactivo, inaugurando el espacio imaginario de la performance social; otro interior o intimista que se enfoca en las relaciones afectivas, en el mundo interior y en su repercusión en la vida afectiva (de pareja) y familiar. En este caso, aparece la idea clásica de depresión ligada a la pérdida de ganas de vivir y la protagonista principal es la mujer, entre los treinta y los cuarenta años.

3. Iniciativa y rendimiento. *El sujeto competente: La medicalización del superhéroe.*

Este primer gran grupo de representaciones pone el foco en la iniciativa individual y en imágenes asociadas a la performance individual, al rendimiento: “mostrar que puedo”, equilibrio, adaptarse, gustar, hedonismo; disfrutar, saber sentir, vínculos puestos en la socialización secundaria desde una necesidad de agradar siempre como parte del concepto de “no desentonar”, ser competente en términos sociales.

“[...] es el querer asemejarse a lo que muestran los medios publicitarios. Yo hago siempre esa diferencia. Una cosa es la necesidad biológica y la indicación médica, porque vos nombraste el tema de los estimulantes y ansiolíticos, ese es el mal uso que después pasa a ser la automedicación. Automedicación hasta lo que uno ve en la televisión, desde la aspirina, “que nada te interrumpa”, y tiene un dolor de cabeza y lo primero que hace es ir a agarrarla, desde ahí en más eso, eso no entiendo cómo desde el Estado, desde Salud Pública, pienso que deben haber muchos intereses para no

darse cuenta de lo nefasto y así como se fomenta la violencia, esto también es una forma de incentivar la drogadicción directamente, por creer en eso, que uno con un estimulante o un sedante uno afronta mejor la vida cotidiana. Y no. Todos los psicofármacos son remedios, como remedios están dirigidos a restituir la condición de la persona, que sea como era la persona, o como debería ser. Pero no crear un súper héroe, eso es el mal uso de los medicamentos”.

(Entrevista a médico psiquiatra)

Muchos de los nuevos malestares se presentan como respuesta a una sobre exigencia que soporta el sujeto en lo cotidiano frente a las presiones que genera la vida actual. Ser una persona exitosa supone una serie de cualidades que exceden ampliamente la idea de “tener trabajo”. Los aspectos objetivos que tradicionalmente median el desempeño profesional de un trabajador compiten en el mercado laboral con aquellas aptitudes subjetivas que pueden sintetizarse en la idea de “actitud”. Ser una persona proactiva, con proyectos, con iniciativa, resulta una característica que ya forma parte del ideario básico de toda búsqueda laboral. A esto se suma la idea de una persona flexible a fin de que se adapte hábilmente a los cambios constantes a los que se verá expuesta.

Esta subjetivación del campo ocupacional se extiende aún a otros aspectos de la personalidad, antes referidos al ámbito extra laboral: ser sociable, amigable, mostrar placer por el trabajo y al mismo tiempo dar constantes muestras de un desarrollo de destrezas personales a tono con una cultura del consumo y del hedonismo. Diseñar la personalidad a fin de convertirla en una herramienta para el éxito en el mundo laboral, en una inversión tal como establece la teoría del capital humano según los cánones del mundo empresarial contemporáneo, lleva a que nada quede fuera de los parámetros de la nueva ética del trabajo. De este modo, las exigencias trascienden el ámbito de la oficina y se derraman a la vida personal volviéndose una demanda lo que antes se inscribía en el plano del placer y del tiempo libre, por la compleja razón de que el placer y el tiempo libre entran como un ítem más a tener en cuenta en los departamentos de recursos humanos. Así

surgen estas nuevas demandas que se enfocan en el desarrollo de aptitudes personales y en la adquisición compulsiva de todo lo que aporte a “ser uno mismo”. Frente a este escenario, los límites entre trabajo y tiempo libre se desdibujan y el sujeto se convierte en un ser hiperocupado, cuando el trabajo, la obligación y la demanda, trasciende la esfera corporativa para recaer en el cultivo de sí mismo.

“[...] uno siempre está en construcción, ese es el tema.”

(Grupo de varones jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

Esto se muestra particularmente en los grupos de jóvenes de clase media de ingresos por encima de la media y con alto nivel educativo, con profesiones del sector servicio y en posiciones ocupacionales de cierta jerarquía, en proceso de “escalar posiciones”, donde el cultivo de sí mismo forma parte de esa tarea. Estas profesiones generalmente responden a las demandas del “nuevo trabajador”, donde el peso de la idea de autoproducción del yo adquiere una gravitación significativa. Las mujeres de este perfil, jóvenes y profesionales del sector más dinámico de los servicios¹⁸, hacen relatos exhaustivos del tiempo que les demanda la producción de su persona en el espacio del tiempo libre como una obligación más. Este imaginario se corresponde con las publicidades de hipnóticos que, como hemos visto, convocan continuamente a esta imagen femenina del desempeño en la vida cotidiana, a la idea de *performance* y a un estado de alerta, como *modos de ser en el mundo* a lograr gracias a un buen descanso, lo que permitirá *estar en el ruedo, en movimiento, mantener el ritmo, sentirme pleno, mostrar que puedo, que sirvo*. El hipnótico resulta el dispositivo eficaz para “seguir el ritmo”, separándose del imaginario tradicional femenino ligado al espacio de lo íntimo y la naturaleza y dando lugar al imaginario del rendimiento y la iniciativa individual de la mujer proactiva que todo lo puede y que debe descansar para seguir en el ruedo; es decir, nunca se abandona la actitud proactiva. No hay otra

¹⁸ Nos referimos a toda la gama de las llamadas “nuevas profesiones” de la nueva economía que suponen un espacio significativo para la presentación del yo moldeando nuevas conductas respecto al trabajo y al tiempo libre: relaciones públicas, recursos humanos, hotelería, marketing, etcétera.

forma de resolver los malestares generados por tal actitud que con una acentuación de la misma: yoga, cursos de autoayuda, cuidados personales, vida social, etcétera.

E.- ¿Qué estudiás?

- Me recibí hace 3 años, soy Licenciada en Recursos Humanos. Los fines de semana trato de descansar, porque en la semana también hago cursos cortos.

E.- ¿Cursos cortos de qué?

- Por ejemplo, ahora voy a hacer uno de narrativa y dramática, ahora estoy haciendo uno de administración de remuneraciones. Me trato de ir perfeccionando en lo que yo estudié para poder tener una mejor salida laboral.

E.- En general son cursos que tienen que ver con el desarrollo profesional.

- Sí y personal también, hay algunos cursos que hice que me gustaban personalmente. Por ejemplo, el año pasado hice uno de inteligencia emocional, que estaba aplicado al trabajo, pero la lectura era personal y la verdad es que eso me ayudó mucho. También hago terapia una vez por semana.

(Grupo mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

El peso puesto a los cursos habla de este proceso de construcción del yo pero también da cuenta de una característica esencial del nuevo trabajador, el traspaso de la idea de educación por la idea de entrenamiento o formación continua. Esta variación no es un dato menor ya que supone una idea de velocidad en la incorporación de nuevas destrezas que se van acumulando a lo largo de la carrera y de la vida reemplazando a la tradicional idea de movilidad social fundada en la educación, como *ethos* propio de la clase media tal como se entendía hasta unas décadas atrás. Estos nuevos profesionales enfatizan la individualidad en su desarrollo personal y profesional como si se tratara de un

empresario o profesional independiente y no de un empleado corporativo ya que se propicia generar una actitud “emprendedora” más que de “empleado” donde uno es el empresario de su propia vida, todo lo cual abona a la “fatiga de ser uno mismo”, como plantea Ehrenberg (2000) al analizar la angustia contemporánea. Esta actitud de independencia se propaga al resto de su vida, en sus relaciones familiares y en los vínculos afectivos donde se propician lazos que si bien pueden ser intensos en alguna instancia, se definen por lo efímero y por un bajo nivel de compromiso. De este modo, la pastilla cumple la función de compensación de habilidades y competencias para estar en el ruedo, del mismo modo que puede cumplirlo un curso de inteligencia emocional, lo cual implica ser una persona sociable, fácilmente adaptada a las circunstancias de socialización secundaria que se le imponen y que se encuentra en un esfuerzo constante por agradar no en términos de grandes compromisos afectivos sino en el plano de los vínculos del mundo exterior: ser una persona agradable, interesante, flexible, sociable.

- Mirá, yo siempre me he considerado, no quiero pecar de falta de modestia, pero bastante inteligente. Pero exacerbadamente emotiva, demasiado, viste cuando las emociones te llegan a nublar la inteligencia? Así, con alegría, con llanto, no llego a encontrar ese equilibrio que siempre busco. Entonces estuve averiguando esto porque así como me afecta a mí, puede afectar a mi entorno, además a veces tengo en claro cuál es mi objetivo, pero en función a esa carencia de inteligencia emocional quizás me pasan cosas o yo mismo no sé cómo seguir o estoy vaga, no sé, muchas cosas que mis emociones no permiten que las cosas se desarrollen de la manera que tienen que desarrollarse. Entonces, bueno, por eso quería hacer ese curso para tratar de equilibrar mi inteligencia con mis emociones, me gusta ser emotiva y tener sentimientos, pero a veces pienso que soy exageradamente emocional.

(Grupo mujeres jóvenes Buenos Aires, NSE1)

En las mujeres proactivas, resulta importante resaltar que puede distinguirse entre intereses y estilos de vida diferenciados en los primeros dos

ciclos de vida adulta, es decir, entre la juventud y la mediana edad, mientras que no hay un corte tan abrupto entre ésta y la edad mayor. En todos los casos, se ve una búsqueda del equilibrio entre trabajo, familia y desarrollo individual (“hacer lo que a mí me gusta”) que no necesariamente se ve completado en el trabajo sino en el cultivo de sí misma como otra demanda del mundo actual. En esta tríada reside la tensión de la “mujer maravilla”. En las mujeres jóvenes de sectores medios altos y altos la cuestión familiar (los hijos y el marido) es prácticamente inexistente y los vínculos se dan, en primer lugar, en el plano de socialización secundaria, casi sin marcadas diferencias en este aspecto con el varón joven. En las de mediana edad y las mayores, la familia gana terreno en las preocupaciones aunque sin abandonar los otros rubros (trabajo y desarrollo personal); asimismo, existen diferencias en uno y otro caso: en las mujeres de mediana edad la tensión está puesta en lograr el equilibrio en las tres áreas (*ser buena en todo, cumplir con todo, disfrutar todo*), siendo el grupo proactivo que tiene una especificidad de rol marcada al tener que lidiar entre las demandas laborales y la casa.

Los vínculos perdidos, fundamentalmente la separación de una pareja importante, en la mujer y en el varón de mediana edad proactivos, también se resignifican en términos de desajustes y nuevos ajustes hacia el equilibrio, aunque no por eso se dejen de percibir espacios de soledad que acarrearán angustia. Lo interesante es que el sujeto suele transferir los valores de proactividad e iniciativa del mundo del trabajo a sus cuestiones más personales e íntimas. En tal sentido se puede decir que “trabaja” para superarlo, para que no se convierta en un impedimento a su ideal competitivo, aunque pueda acarrear serias amenazas de incapacidad (afectiva en este caso) y angustia por el tan temido fracaso:

- *Ya la tengo, haciendo equilibrio. Creo que es lo que más me cuesta, poner las energías en un lugar o en otro determinado, ¿qué es lo que trato de lograr en mí? Buscar un equilibrio, no volcarme un cien por ciento a algo sino repartir, ¿viste cuando se dice no poner los huevos en la misma canasta? Bueno, en eso me siento identificada. O en lo que más tengo en*

cuenta cuando me pongo a vivir, a hacer mis cosas, es tratar de mantener mi equilibrio.

- *[...] Es como que uno evoluciona. A mi, después de separarme, las fechas afectivas, algunas, me ponían mal. La cama grande también me ponía mal cuando me iba a dormir. El síndrome de la cama fría en la otra mitad era terrible, llegué a dormir con medias durante años.*

E.- Después de separarte.

- *Sí. Con medias para no sentir el frío en el otro lado.*
- *Yo conozco una chica que pone almohadones del otro lado.*
- *Yo también ponía almohadones.*
- *Otras duermen con el perro.*
- *No, eso yo no lo haría. Y bueno, entonces el no poder dormir, eso sí me causa angustia, que por ahí no es una cuestión mía, sino de los ruidos molestos que me rodean.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE1)

- *Estoy tratando de escuchar más lo que yo quiero, tengo no sé si una virtud o un defecto, pero estoy siempre muy pendiente de los demás, de mi familia, de mi pareja, de mis amigos y hay veces que hago cosas por estar con ellos, porque sé que ellos lo necesitan y yo sé que me embolo y no quiero hacerlo y llego al final, soy buena con todos, pero conmigo no. Entonces, llegó un momento en que me harté de ser así y estoy tratando de buscar un equilibrio en mí, estar a gusto conmigo y haciendo las cosas que realmente quiero.*
- *Yo también estoy en la etapa de transición, porque aparte a mí siempre me ha costado estar conmigo misma. Creo que la Capital me ha llenado de soledades y he tratado de estar siempre rodeada de gente y no soportaba el hecho de estar sola, me daba un estilo de ansiedad o una cosa así y en función de estar siempre con gente, al estar mi novio siempre trabajando,*

siempre exigía muchas cosas y quedaba como fayuta a veces, no era honesta con lo que yo sentía, ¿entendés? Ahora trato de disfrutar los momentos conmigo, me gusta estar sola o escribiendo cosas mías y la verdad es que me siento a gusto, me estoy cayendo bien. Pero, estoy en ese camino.

(Grupo de mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

En las mujeres mayores la preocupación por los hijos se focaliza en la transferencia del ideal competente (la angustia de si “ellos van a poder”, si serán competentes en su vida), preocupación que comparten con el varón mayor.

Este ideal de competencia y rendimiento transferido a los hijos se manifiesta también en la sobrecarga de actividades de los hijos cuando aún dependen de los padres proactivos y parece responder a múltiples funciones: formarlo en la iniciativa y la *performance* pero también encontrarlo cansado (que no demande) cuando la madre llega extenuada al final del día.

- Mis chicos tienen buena relación con mi ex marido. Las mujeres son adolescentes, el más chico es el varón, pero como está todo el día en el colegio, se va a las siete y vuelve a las seis y media, es como que no tengo tanto problema con ellos. Cuando llega a mi casa está mi mamá, se pone a hacer cosas que le gustan y cuando yo llego, bueno, ya viene muerto, no tiene que hacer tarea, viene de natación y de un montón de cosas que lo palma bien.

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE1)

El consumo de psicotrópicos en este sujeto se explica como una herramienta de *performance* social. Las molestias que amenazan la ejecución exitosa de su proactividad deben ser contrarrestadas rápidamente y sin demanda de mayores esfuerzos. La pastilla cumple la función de permitir “seguir en el ruedo”. Así, las publicidades de ansiolíticos o tranquilizantes menores convocan a la idea de la proactividad y el sentimiento de insuficiencia resultante. Las publicidades que anclan sentido en el sujeto proactivo apuestan principalmente a

un varón en situaciones de estrés producto de ese doble juego entre la exigencia (“mostrar que puedo, que sirvo”) y la vulnerabilidad (sentimiento de insuficiencia e incertidumbre). Lo cual significa que si bien la mujer proactiva tiene un espacio significativo, la idea tradicional del varón proveedor se relaciona directamente con la imagen del varón competente, tal como surge de los testimonios recogidos al tratar la cuestión de los roles de género, aún en los grupos de varones más jóvenes y dinámicos.

- *Necesitás que te den un bife como para despertarte, es una cuestión cultural [...] me siento medio inútil en la casa mirándome al espejo.*

(Grupo de varones jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

Como vimos al analizar las publicidades, el consumo de psicotrópicos en este caso se focaliza en una idea instrumental y puntual: aliviar los síntomas del estrés que se genera en el espacio laboral y el mundo exterior.

- *[...] Calmate para seguir laburando.*
- *No sé, a veces no es el equilibrio pero si vos no lográs ciertos objetivos que tenés que cumplir sí o sí en el mes, por ejemplo, si no armo una presentación jurada a fin de mes, puedo estar en el equilibrio que quieras pero vienen y me encanutan bien, así que antes que el equilibrio para mí la idea de estar conectado con la realidad.*
- *Y no podés vivir desconectado de la realidad.*

E. - *Y ¿a qué te suena estar conectado?*

- *Tener actividad.*
- *No perder la conciencia, uno tiene mucha actividad y trabaja con mucha presión y no puedes laburar, uno se satura, no servís más, listo.*

E. - *Y ¿cómo sería ese estado?*

- *Te paralizás, se para el motor, listo. Es como una computadora.*

(Grupo de varones jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

- *Yo, cuando tomé antidepresivos era terrible. Ya de por sí yo soy de estar despierta, de estar a full y me acuerdo perfectamente lo que me pasaba, lo tomaba y decía voy a hacer esto, esto y esto, me mataba y cuando llegaba el fin del día decía ‘¿cómo puede ser que no hice todo?’*

(Grupo de mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

De este modo, la idea de equilibrio cobra fuerza desde un continuo forcejeo entre la iniciativa que se le exige al sujeto y la vulnerabilidad que lo amenaza. La pastilla pasa a cumplir la función de equilibrar al sujeto en los malabares cotidianos a los que se expone. Estos malabares son las “reglas del juego” y la pastilla, más que tapar, cumple una función compensatoria del déficit del sujeto competente. La pastilla viene a compensar el déficit allí donde la fatiga y el sentimiento de incompetencia acechan para que el movimiento siga su ritmo. En este contexto, el fracaso aparece como amenaza al ideal de sujeto competente. En un camino de esfuerzo personal que se construye “rompiéndose el lomo” y “poniendo garra”, hay una individualización de los riesgos: los éxitos y los fracasos son vividos como individuales sin otorgarle un lugar destacado al otro o al contexto social, emerge la idea de “si gano es por mí y si pierdo también” lo que genera una carga de exigencia mayor. Lo que emerge de esta manera es un proceso de individualización de la gestión de la subjetividad, donde lo que prima es la actitud antes que la situación a la que se expone el individuo.

- *[...] estás haciendo equilibrio, no buscando el equilibrio.*

- *Es un planteo más dinámico, si una meta se te cae, inmediatamente hay que reemplazarla por otra, o sea es como que nunca tenés que bajar la cortina de la fábrica porque genera un estado de parálisis que después es muy difícil salir, al menos desde mi humilde experiencia.*

E- *¿Vos decís que la meta todo el tiempo te moviliza?*

- *Exactamente, una vez que hiciste algo es el prólogo para otra cosa, sino inmediatamente comienza después el tiempo sabático que no se va más.*

E.- *¿Es importante la contención?*

- *Y, ¿sería lindo no? No digo totalmente, pero que si vos te caés, te ayuden, vos acá te caés y te caés. Sos un equilibrista y estás solo, siempre hay abajo.*

(Grupo de varones jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

- *Yo soy más... yo sé que está mal, pero es como que me sobre exijo más de lo que puedo dar. No se si está bien o mal, eso también me lleva a lograr muchas de las cosas que quiero, le pongo mucha garra a las cosas. Pero si algo sale mal trato de ponerme mal, digo: "uh, fracasé, ¿qué tengo que hacer la próxima para seguir adelante?". Y todo el mundo me dice que un tropezón no es caída, pero yo a veces le pongo tanto empeño a las cosas que cuando fracaso me caigo.*

(Grupo de mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

Si bien el perfil del competente está fuertemente asociado a los grupos de varones y mujeres jóvenes, es importante ver que es el tipo de representación que se percibe como legítima, convirtiéndose en un consumo aspiracional en muchos casos, en tanto convoca al imaginario del modelo cultural vigente, el sujeto proactivo y competente, como signo de inclusión social, de *estar en el ruedo*. Al mismo tiempo marca la convivencia de este sentimiento de *performance* social con la amenaza de la vulnerabilidad y la incertidumbre desde la idea de "hoy estás acá y mañana quién lo sabe".

- *Yo creo que si ponés la de la incertidumbre con el laburo que te están por echar creo que se la vendés a todo el mundo.*
- *Como te dije que en puestos gerenciales los tipos llegaban a su casa y siempre se fijaban si les había llegado el telegrama de despido, estabas en plenos proyectos y quizás tenían el telegrama (de despido) en su casa.*
- *Poder seguir adelante y cargar las pilas porque la venta es para un tipo de este modelo social.*

(Grupo de varones mayores de Bariloche, NSE1)

Cuando el psicotrópico se convierte en una *pastilla para el rendimiento* puede tomar la característica de estimulante (para *tener pilas*), para frenar la excitación que trae la exigencia (“me pasé de rosca”) o para el doble juego que llamamos el *circuito del sube y baja*: para estimularse (*cargar pilas*) y luego parar la excitación y poder recuperar fuerzas. En este caso, como en otros, la automedicación y autorregulación se dan por experiencia a través del ensayo y error:

- *A mi me pasó hace poquito, tuve dos días seguidos de parcial que duraron cuatro horas y es como que me pasé de rosca de vuelta, no podía dormir, estaba como muy excitada, nerviosa, temblaba, no quería volver a las pastillas porque me había costado dejarlas y me probé con Melatol y esas cosas que no me servían para nada, entonces al segundo día que había rendido tomé Rivotril. Pero por otro lado, tenía el miedo de acostumbrarme de vuelta, pero no, no me pasó nada, dormí.*

E.- *Y ¿vos fuiste sola, por decisión propia a comprar?*

- *No, en realidad no, a mí me habían quedado pastillas y agarré una de esas.*

E.- *Y ¿tomaste esa sola?*

- *Sí, tomé esa sola.*

E.- *Y ¿esa fue la única vez que tomaste por tu cuenta?*

- *Sí, creo que sí. Bueno, antes me parece que también había tomado así, pero es cuando me saturo. No me gusta el hecho de tomar pastillas. No me gusta. Pero cuando veo que estoy muy nerviosa y siento que no puedo dormir, siento que la necesito porque rindo la mitad.*

E.- *Y ¿lo regulás vos?*

- *Sí, tomo una pastilla de 0,5.*

E.- *Y ¿cómo sabés que tenés que tomar de 0,5?*

- *Porque las tomé y se que es así, que ya no sé si es porque tomé la pastilla o porque dormí o qué. Pero en realidad no tengo trastorno de sueño, me*

pasa cuando me paso de rosca, nada más. O por ahí estamos con algún problema especial en el banco o haciendo presupuesto y también estoy medio atacada y a veces me acuesto a dormir y no me duermo. Trato de no tomarla igual porque al otro día siento que rindo la mitad.

- *[...] Yo también, mi mamá toma para dormir y yo más que nada para ir a rendir, porque me descompongo, me duele la panza, no puedo ir a rendir, una vez estaba muy nerviosa, no me acordaba de nada, entonces me daba un cuartito para tranquilizarme y ahí fui tranquila y tampoco rendí bien, me fue mal, pero bueno, fui tranquila.*

(Grupo de mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

- *[...] es que uno lo toma porque hay veces que estás re pasado y no hay nada que te calme.*
- *Yo creo que es un parche.*

E.- *¿cuál sería la idea de parche que vos tenés?*

- *Es para el momento.*
- *No podés llegar re loco con todos los problemas de afuera a tu casa.*
- *O al otro día tenés que trabajar y tenés los ojos así que no podés dormir y no podés ir a laburar así.*
- *Es dormir para poder funcionar al día siguiente.*
- *Hay veces que estás muy cansado, tenés mucho sueño y no te podés dormir, un día en la semana bueno, pero cuando ya te pasás hasta que te toca el otro franco ya no querés saber más nada.*
- *Estás enroscadísimo.*

(Grupo de varones jóvenes de Mar del Plata, NSE1)

Un fenómeno que se presentó en un grupo de mujeres jóvenes de sectores medios y medios empobrecidos relacionó el consumo de psicotrópicos con trastornos alimenticios como la bulimia y la anorexia desde un imaginario de

competencia y performance social, donde lo que se busca es agradar a toda costa siguiendo los rígidos modelos sociales que se imponen desde los medios y desde la sociedad en general. En este marco, la pastilla se ubica cumpliendo diversas funciones que van desde un beneficio indirecto que puede proveerles (la pastilla se usa “para adelgazar”), hasta las funciones tradicionales como su uso para calmar la angustia y ansiedad que trae el sentimiento de “no gustar”.

- [...] Y después había una chica que me dijo que tomaba un ansiolítico que no me acuerdo el nombre que la había hecho adelgazar, entonces [...] Claro, me decía tomá esto que bajás diez kilos y yo iba y buscaba la manera de comprármelo y de conseguirlo.

- [...] Yo pienso que fue en el secundario, en noveno grado, cansada de que me molestaran algún día dije esto que comí lo devuelvo. Y así empezó, porque el tema de la bulimia al principio te cuesta un montón vomitar cada vez que comés, pero después ya es algo normal, ya lo que comés no te entra de nuevo y yo comía solo porque me sentaba en la mesa con mis padres y ellos sabían que tenía problemas con mi imagen, entonces estaban atentos y yo comía y cuando se iban a dormir la siesta o salían, vomitaba. Ya cada vez era menos el tiempo que aguantaba la comida en el estómago, entonces apenas terminaba de comer, me levantaba e iba al baño, hasta que se dieron cuenta y tuve que empezar a aminorar eso comiendo un yogur por día por lo menos. Pero pienso que fue cansada de que me molestaran. Igual, no generé ningún cambio en mi imagen, así que fue totalmente en vano. No pude. Lo único que hice fue arruinarme la dentadura.

E- ¿En qué sentido no pudiste?

- Y, estaba más flaca, pero al fin de cuentas no era más linda, porque estaba ojerosa, pálida, flácida... y entonces era también frustrante porque decís “estoy gorda, bueno, dejo de comer y voy a estar más linda”, no, tampoco, ni así.

- [...] era la mejor en la escuela, pero vivía haciendo cosas para estar ocupada y para desgastar todo lo que había comido, toda mi vida era qué comer, qué no comer, qué hacer para eliminar lo que había comido, qué actividad podía hacer, a qué hora podía ir al baño a vomitar. Bueno, mi vida en ese momento se basaba en eso, en planear la forma de escaparle a la comida y a los demás, a mi familia, que no se dieran cuenta de que iba al baño. Hoy me río de todo eso y doy gracias de estar viva, el tratamiento que tuve, una de las chicas se suicidó, yo las miraba y decía “lo mío es un caso aparte” [...] Pero hacía esto de consumir pastillas...

- [...] pienso que el detonante es ese, el no gustar.

- [...] Tampoco hay apoyo, no hay contención, que es importantísimo, mucho más para un tipo de persona como nosotros, que tenemos baja autoestima. Y por ahí vos te levantás y decís “hoy puede llegar a ser”, salís a la calle y un pedazo de pelotudo te dice “gordita” y lo querés matar y vos a la mañana te habías levantado bien y ya te arruinó probablemente toda la semana. Y con lo que te cuesta a vos poner tu granito de arena, viene alguien y te lo vuela así, o sea, hace falta contención. Y aparte, bueno, los medios te matan. No hay un día que no prendas la televisión y veas seiscientas flaquitas vestidas.

(Grupo de mujeres jóvenes de Bariloche, NSE2)

4. Supervivencia: la pastilla para mantenerse a flote.

La idea de competencia y proactividad pierde fuerza. Emerge un sentimiento de vulnerabilidad frente a una constante demanda de supervivencia, de mantenerse a flote más que una iniciativa individual superadora dentro del ámbito público. La individualidad como valor le deja espacio a una subjetividad que se muestra necesitada de vínculos primarios y fuertes en tanto red de contención.

En los grupos de clase media típica y en segmentos sociales más bajos, el ideal de supervivencia gana espacio. En la llamada clase media típica,

fundamentalmente en los grupos de jóvenes o de mediana edad, con profesiones más tradicionales que requieren un tipo de contrato de trabajo de características fordistas cercanas al modelo “*White Collar*” (“Trabajador de cuello blanco”) siguiendo la clásica categoría sociológica de C. Wright Mills (1973), la presión se presenta de forma más delimitada al ámbito laboral, en donde a la rutina característica de esta modalidad tradicional de trabajo se le suman algunas demandas propias del nuevo formato de trabajo posfordista “por objetivos” o agregar a empleos en relación de dependencia otros como cuentapropista para “parar la olla”. En este marco, los valores asociados a la calidad de vida están más sujetos a ideales de estabilidad, seguridad y tranquilidad que a la proactividad y a contar con iniciativa y *performance* social. Más que correr hacia un proyecto que siempre debe ser actualizado, lo que se prioriza es “mantenerse”.

- *Yo (elijo) estabilidad porque soy el sostén de mi familia en casa, entonces si no tengo estabilidad económica en casa, sé que tengo dos adolescentes por los cuales luchar. Yo ya soy grande, ya viví, pero tengo dos adolescentes a los que le tengo que dar un bienestar económico.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

- *Trabajar para vos es una cosa, pero estar bajo patrón y cumplir horario y te tenés que quedar porque no podés sacar una producción, y tenés que quedarte quince, doce, dieciséis horas, hasta terminarlo, eso te mata, te mata.*

(Grupo varones jóvenes de Mar del Plata, NSE1)

- *Yo tengo un fin de semana libre cada seis semanas. Trabajo bajo relación de dependencia, cada seis días se me va corriendo un franco, por eso te digo que para tener sábado y domingo tienen que pasar seis semanas, y aparte trabajo de lo mío. Trabajo de siete a dos bajo relación de dependencia y después sigo trabajando de lo mío y los dos días que tengo de franco en donde trabajo los aprovecho para trabajar en lo mío. Todos tienen rutina.*

(Grupo de varones de mediana edad de Mar del Plata, NSE1)

En los sectores más bajos, el imaginario de rendimiento muchas veces se presenta subsumido por valores de supervivencia. La idea del consumo para “estar en el ruedo” se diluye y lo que aparece es un individuo que busca descansar no para ser más competente sino para poder seguir, desde un estilo de vida que acentúa la supervivencia antes que la competencia constante.

- *Claro, con la situación de estrés que se vive hay mucha gente que toma media pastilla para descansar y terminar la semana tranquilo, o para relajarte sábado y domingo y estar tranquilo. No laburo, me relajo, a la noche me tomo un cuarto de pastilla y estoy mucho mas relajado para el lunes y empiezo la semana de otra manera.*

(Grupo de varones de edad mediana de Buenos Aires, NSE2)

En estos casos, la idea de un sujeto competente y proactivo, que busca la *performance* en su trabajo y en la vida, se debilita frente a un sujeto que se ve agobiado por una constante sensación de hastío, insatisfacción y vulnerabilidad. Esto no significa que en el sujeto competente no haya espacio para la incertidumbre; como hemos visto, esta inseguridad acecha constantemente en forma de sentimiento de insuficiencia, pues aparece el lado débil: mostrarme incapaz. El sobreviviente, en cambio, ya no tiene qué esconder, su debilidad se hizo carne y sólo le resta lidiar con ella para sobrellevar la vida signada más por la idea de esfuerzo y sacrificio que por la de placer (aunque el placer del competente se vuelve una exigencia más). En este marco, el consumo de una pastilla para sentirse mejor cobra un significado muy distinto: el bienestar resulta más una cuestión de supervivencia que de competencia y superación. Más que un sujeto competente, aparece la idea de “apechugarla” para poder *zafar*, antes que para lograr el éxito individual.

- *Lo que yo siempre digo es que no tenés vida en la semana, lo único que disfrutás es el domingo a la tarde y tu franco porque después entrás a las siete de la mañana, salís a las doce, volvés a las tres y te vas a las diez de*

la noche, no tenes un rato para decir: “bueno, hago algo o proyecto algo” porque vas a tu casa a comer al mediodía, te acostás un ratito y ya tenés que volver, a la noche salís a las diez, entre que llegás a tu casa, te bañás y comés ya te tenes que acostar de vuelta.

- *Yo soy operador telefónico y la gente está caliente, te llama y se descarga con vos, y atiendo novecientos llamados por turno, y trato en la radio con los remiseros que es bastante complicado porque son bastante renegados. Después tengo horarios rotativos, un día estoy de diez de la noche a seis de la mañana y otro día entro a las cinco de la tarde y salgo a la una.*

(Grupo de varones jóvenes de Mar del Plata, NSE1)

La sensación de riesgo toma un cariz más socializado, centrado en los vínculos familiares, que en el caso del sujeto individualista y competente. El riesgo así se plantea fundamentalmente en la diferenciada visión de los proyectos en la vida y en la imposibilidad de elección: uno no es lo que elige sino lo que las circunstancias determinan. Sin embargo, pese al valor que asume el contexto social de incertidumbre y limitación, la frustración sigue teniendo una carga de fracaso personal que resulta agobiante.

- *Tenés que delirar un poco e imaginarte que podés planificar. ¡Ojo que si uno se pone realista dice ‘no’! Vivo en un pedo... porque vos no sabés que puede pasar mañana, te mataste, ganás dos pesos y al otro día se devaluó y tenés cinco centavos en la mano y tus deudas se multiplicaron por cuarenta y no sabés si va a pasar eso mañana, o si al otro día va a llegar un flaco a tu casa y te va a volar los sesos por error o si salís a la calle y te parte un rayo*

(Grupo de varones jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

- *[...] Es como me pasa a mí, no me quejo con el trabajo porque yo tengo una metalúrgica y me gusta pero me hubiese gustado más ejercer lo que yo estudié, soy técnico agrónomo, hoy en día los campos no va, cuando yo egresé en la época de Menem hasta acá ha crecido muy poquito, y a mí me*

hubiese gustado trabajar en el campo. Yo tengo metalúrgica porque lo heredé de mi familia

- *Uno no pudo elegir tampoco, estaría bueno poder elegir.*
- *Hay mucha gente que está haciendo el peor laburo porque no les queda otra, porque no pueden elegir y tienen que llevar algo a la casa, que haya una puerta que se abra que te dé la oportunidad de hacer lo que vos quieras.*
- *Yo siempre fui mucho de arriesgarme, porque muchas veces si no te arriesgás, no ganás.*
- *[...] Está todo agarrado de hilitos, hoy estás acá y mañana estás cuidando coches.*

(Grupo de varones de mediana edad de Mar del Plata, NSE1)

Para mí el hecho de sentir angustia tiene que ver con las cosas cotidianas. La otra vez casi me rematan la casa y estuve muy mal, y por eso tuve que recurrir a tranquilizantes, después que pasé esa tormenta yo creo que después todo lo demás lo tomás de otra manera, pude solucionar ese problema, pero vi que hay cosas más importantes, ahí le di más valor a las cosas más simples, que antes no les daba tanto valor. Ahí me aferré más a mi familia, a mis hijos, que a mí me ayudaron mucho, me sacaron, eso lo sentí como algo más importante, en mi caso.

(Grupo de varones de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

El tiempo libre deja de ser un espacio de diseño de un yo exitoso para ser pensado como un tiempo muerto. Es un tiempo vacío de responsabilidad, cuando esas responsabilidades siempre se originan desde el exterior, a diferencia del proactivo, quien él mismo se está generando ocupaciones continuamente. Tanto en uno como en otro, la idea de tiempo libre debe alejarse de la connotación de “no tener nada que hacer”, en una sociedad tiende a representarse el ocio como carencia, donde eso es visto negativamente como baches de tiempo. En este sujeto acostumbrado a que la exigencia venga de afuera, el tiempo libre puede

generar un malestar ya que lo confronta a una doble encrucijada: tomar una decisión personal, activar la iniciativa individual y ver cómo se lo ocupa cuando hay poca disponibilidad de capitales (económicos y simbólicos) para encarar un tiempo libre “productivo”. La resolución suele ser insatisfactoria para el sujeto al encarar actividades que lejos de ser tomadas en función de la autoconstrucción del sí mismo, resultan un modo de “matar el tiempo”, lo cual genera malestar.

El “manotazo de ahogado” que supone el consumo del psicotrópico en este contexto de sentido, no se limita a cuestiones laborales sino que también involucra cuestiones afectivas que toman un peso mucho más fuerte que en el caso del competente, al abandonar el sesgo individual y depositar en los vínculos primarios, en la familia, las demandas de tranquilidad y de recuperar la armonía perdida, aún sabiendo que el resultado no será el esperado, lo cual crea una doble insatisfacción.

- Mi opinión personal es (que tiene que ver con) cómo uno está dentro del hogar, o sea, pasa más por los sentimientos de cada uno que por el dinero que no alcanza. El dinero nunca le alcanza a nadie, pero hay que sobrellevarlo y sentirse feliz de tener el techo y estar bien con su familia y consigo mismo. Para mí esa es la calidad de vida, poder estar en comunión con la familia.

(Grupo de mujeres jóvenes de Bariloche, NSE1)

Porque es el círculo donde uno se recobra durante todo el día y donde puedes apoyarte a la noche cuando llegas a tu casa, o puedes hablar, tener un diálogo y eso te da una cierta tranquilidad o respaldo para el día siguiente estar de vuelta, no?

(Grupo de varones de mediana edad de Buenos Aires, NSE1)

Este depósito en los vínculos familiares es el que hace que se tenga en cuenta el tratar de no “llevar a la casa los conflictos del afuera”, es decir, no superponer el ámbito público al privado de modo de resguardar el nicho de seguridad y contención. Los vínculos con el otro, la otredad del ámbito público, (el

jefe, los compañeros de trabajo, el público al que hay que atender, el paciente o la persona que se nos cruza en la calle) representan el aspecto más pesado de la vida pública de los individuos y la causa de consumo de psicotrópicos, para recuperar la tranquilidad luego de un cotidiano y conflictivo cruce con el otro.

- *Yo, como soy enfermera, tengo todos los pacientes que vienen mal, tengo que tratar de ser psicóloga, qué se yo.*

E - Y contenerlos.

- *Y vengo contracturada a casa y ahí está el motivo de tomar algo siempre.*

- *Pero a mí me pasa también, yo trabajo en una venta al público y bueno, recibís en el día de todo, gente con buen humor, otros con no tan buen humor y todo eso se absorbe.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

La idea de “armonía”, “tranquilidad” y “seguridad” aparecen en este perfil como pilares de calidad de vida. Esta “seguridad”, que es la que trae la tranquilidad, puede estar centrada en contar con un resguardo económico para la vida de todos los días y para los “placeres” que se salen de lo cotidiano o puede estar depositada en la familia, en los afectos más íntimos.

E - ¿Qué entienden ustedes por calidad de vida, con qué lo asocian, con qué palabra la asocian?

- *Yo lo entiendo como una vida más tranquila.*

- *Con status económico. Porque ¿para qué trabajás si...? Porque, por ejemplo, en tu caso que tenés un nene diferente, para que progrese y todo necesitás también (satisfacer) un aspecto económico y bastante fuerte.*

- *Sí, seguro.*

- *Aparte, para darte un placer, por ejemplo para irte de vacaciones necesitás un buen nivel económico.*

E - Vos hablaste de tranquilidad, ¿cómo lo piensan en relación con estos dos polos? Como que ¿hay una parte económica y otra parte no tan material? Cuando Uds. dicen calidad de vida, ¿lo primero que piensan qué es?

- La tranquilidad, no, lo económico no. Para mí es estar bien en casa con mi familia, porque pongamos que yo tengo un trabajo re importante, donde gano mucha plata, pero si yo no estoy bien con mi marido, no puedo disfrutar de esa plata.

- ¿Y si es al revés, que estás bien con tu marido y no tenés dinero?

- No importa. A mí la parte monetaria no me importa, me interesa estar bien con mi marido así sea bajo un árbol o en un hotel 5 estrellas, si estás bien con tu marido estás bien en todos lados. Si estás bien con tu familia vas a estar bien en cualquier lado, sea con o sin plata. Es lindo progresar, hoy en día la plata es importante, porque si no tenés un auto o ropa de marca..., a mí ahora no me toca, pero sé que el día de mañana me va a tocar con mis hijos, me va a decir: “no, mamá, se usa esto o lo otro”, yo sé que es así, no es que no pienso en el mañana, pero a mí lo que me interesa es estar bien en casa, con mi familia.

(Grupo de mujeres jóvenes de Mar del Plata, NSE1)

La cuestión de la búsqueda de armonía en el hogar resulta una cuestión compleja en los casos donde el consumo de psicotrópicos se motiva en la búsqueda de limitar episodios de violencia física. Esto resultó un argumento significativo en varones y mujeres de sectores bajos, en donde la pastilla es tomada como medio de suspensión de actitudes violentas que de otro modo no puede controlar.

- El temor mío era que me pase algo peor, un pico de presión o que mate a trompadas a alguien, que me iba a transformar como el increíble Hulk.

(Grupo de varones de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

E.- Pero ¿qué consecuencias trae no tomar la pastilla en estas situaciones?

Y, tener todos esos quilombos, y lo que te hace la pastilla es, vos estás re caliente y te tomás la pastilla y te salvás de romper el televisor, tirar el control remoto y te va a salir más barato. Es zafar el momento, zafar el momento.

(Grupo mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE2)

5. La dependencia afectiva: “Estar bien yo para que los míos estén bien”.

Los vínculos primarios resultan ser el eje por donde pasa el conflicto y /o el apoyo, generando situaciones de dependencia afectiva que se vuelven en contra. Muchas veces, frente a esa dependencia, la pastilla cumple una función de transferencia de bienestar, del sujeto que la consume hacia los vínculos más íntimos, que de modo mediado reciben los beneficios. Este tipo de representaciones se identifican con estilos de vida que responden casi en su totalidad a mandatos sociales femeninos, por lo cual es un perfil que mayoritariamente se encontró en las mujeres, que por otra parte, aparecía con mayor fuerza en sectores sociales medios bajos y bajos..

En las mujeres que tienen sus expectativas depositadas prácticamente por completo en la familia y sin desarrollo profesional, el sentido de consumo de psicotrópico como estrategia de supervivencia se ve a partir de una transferencia hacia el otro. El consumo se explica desde la idea de “estar bien yo para que los míos estén bien” lo cual supone la transferencia de los beneficios de la pastilla (“recuperar la armonía”) a la familia en su conjunto. También implica la “obligación de estar bien” por parte de la madre.

- Yo tomo a la tarde, cuando tuve un día difícil, cuando va a venir mi marido, porque tengo que estar tranquila cuando él llega, porque llega muy mal y es como que si me ve mal a mí se arma un desastre, se pone mal, se pone terrible.

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE2)

- *Si vos estás bien es como que le contagiás ese estado a tu familia, a las personas que viven con vos, es como un ida y vuelta de positivismo, de cosas buenas, o sea, cuando uno se bajones, en la familia se bajonean todos, quieras o no, se bajonean.*
- *[...] A mí, por ejemplo, no me gusta que mis seres queridos me vean mal, o sea que si yo me siento mal por algo o estoy deprimida trato de cambiar esa imagen delante de los demás porque no quiero que ellos sufran y me vean mal a mí. Entonces, es como que si me siento mal lo guardo para adentro, cuando estoy sola.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

- *A mí lo que me pasó y me sigue pasando es que a veces la persona no acepta que a veces la que maneja todo está deprimida.*

E- ¿Qué persona no acepta?

- *En mi caso mis hijos. Mis hijos quieren que mamá esté siempre chispita y mamá no está siempre chispita, porque mamá asume los problemas de los hijos más grandes y te juro que el golpe de mi hija hasta el día de hoy es terrible para mí.*

E- ¿Y en qué contexto aparecen estas pastillas?

- *Por culpa de la automedicación. Por ahí, como la señora, yo he tomado pastillas a escondidas y nadie sabe porque mamá está bien. Estoy bien porque me medico. Encima yo tengo un vecino que trabaja en la farmacia, así que la orden la tengo ahí. Necesito tal, listo. Incluso hasta los corticoides los consigo.*

E -¿Y en relación con el consumo de psicotrópicos, es en algún momento en especial? ¿Cada tanto lo hacés? ¿Lo hacés habitualmente?

- *No, no lo hago habitualmente. Pero no dejo de hacerlo. Incluso cuando estoy en crisis muy profundas soy como dos Mirtas, está la Mirta que está mal emocionalmente y la que está bien para que la familia siga adelante y*

eso no debe pasar, una persona tiene que tener una sola personalidad. Y por supuesto no puedo multiplicarme como Jesús con los panes.

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

Este mandato de bienestar es distinto al del sujeto proactivo. Si en éste, “estar siempre bien” ponía en escena una economía de recursos externos hacia un otro del ámbito de la socialización secundaria (relaciones del ámbito laboral, vínculos afectivos y amistades débiles), que permitía seguir inscripto en una vida fuertemente individualizada, en la madre de familia sobreviviente se vive como un mandato de rol, en tanto “alma de la familia”, así como otras obligaciones domésticas que no se ponen en cuestión (“no me puedo dar el lujo”). Esta aceptación al mandato social del “ser mujer” como quien en la casa “siempre está bien” y “todo depende de ella” activa sensaciones encontradas de control (“todo pasa por mí”) y de frustración personal hacia otros horizontes más allá del hogar como el desarrollo profesional o una vida social más activa.

- Siempre solucioné todo, en todos los aspectos, porque mi marido podía traer el dinero, pero siempre tenía todo a cargo mío, los hijos, la educación, la salud, qué se yo, todo, el administrar la casa... y sigue siendo igual ahora.

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE2)

En tal caso, la dedicación abnegada no se pone en cuestión, se ve como algo “natural” y todo lo personal es vivido como tiempo que se le quita a la familia, por lo cual los *placeres permitidos* quedan reducidos al límite y en el grupo se discuten como “desvíos” o “travesuras secretas y personales” (por ejemplo, darse un baño de inmersión o leer a altas horas de la noche cuando ya todos duermen, lo cual significa “no sacarle tiempo a mi dedicación hacia ellos”).

E- Cuando decís libertad, ¿en qué estás pensando?

- Estoy pensando en encasillar ciertas cosas y decir: “bueno, soy responsable hasta acá”. E imponer límites y decir ‘yo necesito un tiempo y

me lo voy a tomar le guste a quien le guste', cosa que siempre trato de decir, junto a la familia y digo: "bueno, mamá el sábado no está", "uy, y quién cocina..." y entonces digo: "bueno, si son chiquitos todavía".

- Hay que delegar.

- Claro y eso es lo que me cuestiono, me falta un poco de autoridad de decir 'yo necesito un tiempo'.

E.- Ella eligió "Libertad"¹⁹.

- Convengamos que una libertad sana, no de tomarme un fin de semana.

E.- No, está bien.

- No una fiesta, sino un baño, porque ¿vos sabés cómo me relajo yo y es lo que más adoro? Yo, a las doce y media o una de la mañana tengo el baño para mi sola, entonces voy, me pongo sales que me regaló mi hijo y estoy ahí y mi marido: - "Vieja, son las 2 de la mañana. – Si, ya voy". Ese es el momento de relax y de alegría, es la ducha y el baño para mí solita y nada de "mamá, apuráte que quiero..." Y no tendría que ser así, porque la mujer necesita otros espacios.

E.- Y cuáles serían los otros espacios?

- Mi amiga, que tiene diez (años) menos que yo, yo me relaciono con la gente joven mucho mejor, somos muy compatibles con Fernanda, hace quince años que la conozco, muchas veces me dice "dejemos a los chicos y a los maridos, tomemos el colectivo y vamos a tomar un café" y vos por ahí estás tomando un café y decís "pucha, mirá que hora es, tengo que ir a casa a hacer la cena". Y no, tendría que irme un día y por esas dos horitas olvidarse de los chicos, del marido, del perro, del conejo y de la casa.

- Es lo que yo le dije a ella ahora, porque yo no salgo de la casa, hago mil cosas pero dentro de la casa. Y ahora le dije, no, me voy, necesito libertad un rato, salir.

¹⁹ Se refiere a una consigna dentro de la dinámica del grupo focal que proponía elegir entre distintas palabras asociadas a "calidad de vida". Véase la pauta de entrevista focal en el Anexo.

- *Si, porque no es lo mismo el aire de la casa...*
- *No, si salgo hay que salir bien. Mi marido sale, yo no soy egoísta, yo soy la nunca salgo, nunca he salido de Bariloche ni ir a bailar, ni nada. Él se va al bowling, se va con los amigos.*
- *Después de esta reunión voy a hacer una revolución.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

E - Si hablamos en términos de actividad, ¿cuál es la que les da más placer?

- *A mí, no hacer nada por una hora. Pero nada, silencio..., por lo menos por una hora.*
- *No, yo jugar con lo nenes y estar tranquila. Y pasar un poco más de tiempo con ellos. Mucho tiempo para jugar no hay, porque está la casa, la escuela. Es como que vivimos muy apurados, ¿no?*
- *A mí lo que me da placer es cuando me acuesto y leo. Mi placer es leer cuando están todos dormidos a la noche, aunque sea media o una hora todos los días.*

(Grupo de mujeres jóvenes de Mar del Plata, NSE1)

Una variante de este perfil, es el ama de casa abnegada pero conflictuada con su rol. Si en el caso anterior la abnegación es compensada por un sentimiento de dependencia afectiva hacia hijos y marido que “compensa”, en este caso la mujer se ve “atada” en su rol, generando culpa al distanciarse de él y llevando a una insatisfacción manifiesta el cumplimiento irrestricto. Este tipo de ama de casa, al hablar de su descontento, es el que suele ser definido por la misma familia desde la idea de “locura” y se le endilgan todos los lugares comunes al rol: es la que no sabe lo que quiere (la *loca*), la que protesta (la *bruja*), la que está triste (“*con todo lo que tiene y no lo sabe aprovechar*”). El cuestionamiento de estas mujeres es el que las lleva a tener actitudes reflexivas que hacen que el consumo de psicotrópicos sea pensado como complementario a un espacio donde les sea permitido hablar sin ser desvalorizadas. Ese espacio puede ocuparlo una terapia

llevada a cabo de modo caótico, con cortes, interrupciones, replanteos, como producto de la misma demanda familiar (abandonarla porque no dan los tiempos) y el valor negativo de los otros cercanos hacia la terapia (idea de que la terapia es *para los locos*, lo cual refuerza la imagen de locura en la mujer en cuestión). En este escenario, el consumo de pastillas proporciona los beneficios de la efectividad rápida y el consumo invisible (a escondidas).

- *En mi caso, mi marido es una persona que no tiene personalidad para manejar la familia y todo me lo entrega a mí, él no sabe corregir a las chicas, no sabe dar consejos y yo estoy sola con tres adolescentes. Encima él, que lo tengo como un bebé, parece un hijo mío también, yo lo tengo que estar aconsejando, “no hables de esto delante de esto, no digas lo otro”, o sea que prácticamente todo va sobre mis espaldas. Por eso estoy así yo.*
- *[...] Poder dormir a mí me cuesta mucho. Es como que estoy a full durante el día y a la noche es terrible no poder dormir. Es como que cierro los ojos, pero en mi cabeza que esto y lo otro. Y eso hace que me aíse de la gente. En realidad yo tengo una etapa donde me aíse de todo. Hasta de mi pareja, por ahí él está viendo televisión y yo estoy sola leyendo en la cocina. Por ahí no tengo ganas de compartir el mínimo de tiempo con él, porque en ese momento no me siento cansada, es como que me quiero olvidar del mundo, porque digo yo no soy dios, no puedo hacer todo. Y entonces, mis chicos me cuestionan, porque están acostumbrados a que ‘mamá...’ y mamá nada más. Mi esposo me dice “vos los malcriaste, vos hacés que ellos sean así”. Entonces es como que me siento frustrada y decaigo. No tengo amigas, tengo dos amigas nada más y hace 20 años que somos amigas. Vivo lejos, no me gusta salir, no salgo. Voy a la iglesia y hace un año que dejé de dar catequesis, porque yo era catequista, pero los problemas de los chicos de catequesis me absorbían tanto que llegó un momento en que mi esposo me dijo “tu familia o los chicos”. Y con el dolor del alma lo tuve que dejar, fui tres años catequista, pero ya no puedo.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

La culpa también resulta un elemento fundamental al analizar esta dependencia del otro y hacia el otro que se genera y motiva el malestar. La culpa también resulta un elemento fundamental al analizar esta dependencia del otro y hacia el otro que se genera y motiva el malestar. La culpa de no estar a la altura del mandato de madre y esposa supone una sobre exigencia que la mujer no puede dejar de reactivar día a día. Sin embargo, pareciera estar en juego no sólo la idea de que “no pueden sin mí” sino también el miedo a perder ese rol que le da identidad, cayendo finalmente en una trampa propia del género.

- *Sí, exigencia y angustia. Antes de venir acá, ya anoche herví papas, huevo, abrí una lata de atún y dejé en la heladera preparado. Ellos pueden comer cualquier cosa, no sé, pero siempre les dejo algo yo. A veces hasta les dejo la mesa puesta. Que no lo tendría que hacer, porque para personas grandes, que pueden caminar, se pueden comprar un fiambre o se los compro yo y se hacen un sándwich.*
- *Uno está mal acostumbrado y los acostumbrás mal a ellos.*
- *Espantosamente.*
- *Y yo no puedo revertir.*
- *El sentimiento de culpa que tengo cuando me voy si no hice las camas porque fue un día fatal y no tuve tiempo de hacerlas y después digo “¿pero yo soy tarada?”*

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE2)

Este malestar se agudiza cuando el cuidado hacia los otros no es percibido de modo recíproco. En este caso aparece una demanda afectiva por parte de quien *todo lo da y nada recibe*, que se extiende a los sentimientos de pareja, familiares y de resultados objetivos (en los estudios, por ejemplo) frente al sacrificio realizado. El “sentirse sola” puede darse en el marco de un contexto familiar indiferente o puntualizando en la ausencia de una pareja. También puede relacionarse con sentimientos de vacío, que asumen un sentido existencial.

- *Claro, la felicidad básicamente es la recompensa mínima de lo que hacés.*
- *Además es importante tener alguien que a uno le escuche y lo apoye y tire con uno para adelante. Eso es fundamental.*
- *Es imposible estar sola, pero hay momentos en que uno se siente vacía. Yo no estoy sola, porque tengo hijos, hermanos, pero siempre hay un hueco.*
- *Sí, es cierto, pero ese hueco hay que tratar de llenarlo por ahí con otras cosas.*
- *Es muy difícil.*

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE1)

- *Yo, si querés, también, estoy sola hace cuatro años y a veces necesito alguien que me toque, que me acaricie, no solamente reproches. Algo.*
 - *A veces estás pidiendo a gritos y la otra persona no se da cuenta.*
 - *Claro, que te contengan.*
- E.- O sea que es independiente de tener o no pareja, porque vos lo sentís en el caso de no tener pareja, pero vos tenés pareja. Digamos que uno puede sentir que necesita ese afecto teniendo o no pareja.*
- *Sí, sí. Yo hago de papá, mamá, hermana, de todo. Y también, yo digo que doy, doy y doy y no recibo, entonces digo: "¿para mí cuándo?" Pero bueno, no se puede.*
 - *En algún momento llegará, qué sé yo.*
 - *Lo que pasa es que la sociedad te lleva, en esto de que seas mujer, es como que la mujer tiene que dar siempre, tiene que dar tranquilidad, tiene que dar amor, ¿y la mujer cuándo lo recibe? Está bien, lo recibe de su pareja, si tenés una pareja constituida y te llevás bien, porque también si tenés una pareja con la que te llevás a las patadas, te pega, te maltrata y tenés que aguantar por tus hijos, antes pasaba eso que la pareja aguantaba por sus hijos, pero ahora ya no. La mujer se ha liberado mucho, pero la mujer también está muy sola. Yo lo he visto en otras reuniones,*

principalmente en la iglesia que la mujer está muy sola porque la mujer se tiene que ocupar de la crianza de los hijos y ahora los adolescentes están re rebeldes. Yo encima tengo hijos adultos y por ahí todavía sigo discutiendo con mi hija de veintisiete y mi hijo de veintitrés y yo digo que la madre siempre tiene que poner el lomo, la mujer también llega un momento que tiene necesidad de cariño y qué sé yo. Y principalmente de los hijos. Y a veces los hijos no lo entienden. Por ejemplo, la mía me dijo una vez: “lo que pasa es que vos te quedaste en la época de las cavernas”. Y yo dije “y pensar que yo quiero que ella esté bien, le doy todo lo que puedo, le damos todo lo que podemos” y que tu hija (te diga) que te quedaste en la época de las cavernas es duro. Entonces, ahí te agarran los bajones.

- *Pero ¿te fijaste por qué te dijo eso, cuál era el motivo?*
- *¿Sabés por qué? Porque le pongo límites y ahora que les pongas límites no les gusta.*
- *[...] Y porque le puse límites se casó a los 19 y a los 21 se separó y porque le puse límites hoy está sola criando a dos hijos.*
- *Pero no te sientas con culpas.*
- *No, la verdad es que me doy cuenta... ¿sabés por qué? Porque tengo 3 hijos más para seguir adelante. Mi otro hijo estaba siguiendo la carrera militar, un año y medio antes de recibirse abandonó. ¿Y sabés lo que nos costó para que entrara a esa carrera? ¿Sabés cómo la luchamos con los otros hijos?*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

Otro espacio donde se manifiesta este vacío afectivo se da en el desencuentro de subjetividades con la pareja. El mal humor masculino y la falta de capacidad de diálogo aparecen como lugares comunes del discurso femenino, agudizándose en los varones mayores, lo que se confronta en el discurso masculino en el lugar común, como “ellas se hacen problema por todo”.

- *Cuando tienen que razonarlo ya se enchufan, no usan la razón, usan la reacción. Los hombres no responden, reaccionan. Es increíble.*

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE1)

Muchas veces, se le adjudica a este malestar el condicionante biológico y se explican los desajustes en el caso femenino debido a las hormonas y el ciclo menstrual; o a la menopausia, en el caso de las mujeres mayores, lo que contribuye a la desvalorización del planteo femenino. En los varones mayores, la cuestión de la edad y los cambios de humor también aparece sobre todo en los grupos de mediana y mayor edad, concentrados en un aumento de la irritabilidad en el ánimo asociados a cambios producidos por la edad. Sin embargo, ellos mismos dan cuenta de que su existencia social, es decir, el peso que ocupa en el discurso social, es mucho menor respecto de la cuestión femenina. Esto se relaciona con lo que se aprecia en la problemática del consumo de psicotrópicos. El ciclo menstrual es en general uno de los puntos polémicos en el consumo de psicotrópicos en las mujeres a partir de la definición del Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM) como un desorden depresivo y que lleva al consultorio ginecológico la prescripción del psicotrópico, sin dejar de generar discusiones acerca de quién es el profesional que debe tratarlo y cómo. La publicidad de medicamentos antidepresivos con drogas de Segunda generación como la Fluoxetina muestra a mujeres felices, en actitud de disfrute. En ellas, se indica el medicamento para este trastorno como “Primera molécula autorizada oficialmente en esta medicación”. El SDPM fue incluido como trastorno depresivo en el Manual de Diagnóstico y Estadística de trastornos mentales (DSM-IV) en 1994 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatras (Fusaro, 2006).

- *Cuando fui al ginecólogo y le dije que era impresionante la sensibilidad que me daba, me contestó cualquier verdura. Me dijo que psicológicamente, que es la frustración de la mujer de no dar a luz, le dije “pero, por favor, si yo no quiero dar a luz”. Entonces, me dice que en el algún momento del período a todas las mujeres les pasa. O sea, no me gustó la respuesta, me pareció que me estaba hablando como a una nena, pero después se lo comenté a*

una amiga, me contó cómo era la cultura y que hay mujeres que lo viven como que le pasa todo lo contrario a lo que me pasa a mí, dije bueno, tendrá algo que ver. Pero nunca supe que era una enfermedad.

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE1)

- *Estoy entrando en la menopausia y sé que hay cambios, hay mujeres a las que les afecta más y a otras les afecta menos. A mí me agarró como un estado de depresión y hay días que estoy insoportable.*
- *¿Vos tenés una nena de cinco años, dijiste?*
- *De cuatro años.*
- *Debería ser el motor...*
- *No, igual, trato de sobreponerme por ella, pero igual necesito ayuda.*

E.- Y cuando vos decís ayuda, ¿en qué estás pensando?

- *Que quiero ir primero a un ginecólogo que... y bueno, también sé que necesito un psicólogo porque tengo actitudes que en casa no me aguantan. O sea, el hombre no entiende de esto.*
- *¡Qué bueno que te diste cuenta! Porque es un gran paso, que sabés que necesitás una ayuda. Pero lo antes posible porque...*
- *Hay libros de autoayuda que por ahí te sirven.*
- *Cuando lo necesité lo he pedido.*
- *Es mejor hablar y desahogarse.*
- *[...] Por ejemplo, yo soy irregular, no tengo fecha. Toda mi vida fue así, pero sé cuando va a venir, porque 3 días antes me la paso llorando, el motivo lo ignoro, pero a flor de labio. La única familia que tengo en casa es mi hermana la segunda, yo soy la mayor y entonces le lloro y me dice: - "Moniquita, ¿ya te vino? - No todavía. -Ya se te va a venir". Ella reconoce toda la vida. O sino me dice: "¿estás reglando?" Porque yo lloro todos esos días, pero tengo a flor de labio el lloro. Y a mi esposo nunca le he dicho.*

- *Pero se debe dar cuenta.*
- *Sí, porque te bajan las defensas.*
- *Por ahí se da cuenta, pero nunca.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

- *[...] Yo he leído algunos artículos sobre eso (sobre la “menopausia masculina”) y coincide. Creo que se pone peor el hombre que la mujer.*
- *Es como que no te das cuenta, pero pasa.*
- *Yo creo que en la medida en que el modelo de sociedad no te permita desarrollarte con coherencia y con tiempos biológicos naturales de la adolescencia a la vejez, no te permita envejecer con plenitud, con tranquilidad... si tengo 56 años no me hecho cuatro polvos seguidos, me puedo echar uno y lo disfruto un montón pero eso va asociado a cómo trabajo, qué como, cómo duermo, dónde habito y cómo habito, cómo distribuyo mi tiempo y qué tiempo tengo para distribuir, además, que es un poco como dirían las mujeres que reniegan de las cirugías, déjenme envejecer en paz, quiero disfrutar de mis arrugas. Creo que todos tendríamos potencialmente una mayor longevidad pero desde la calidad de vida, más potencia y más plenitud desde la calidad de vida*

E.- *Pero, ¿piensan que existe ese quiebre?*

- *Sí, sí, existe.*
- *Creo que más que quiebre lo que existe es una curva natural, pero como está planteado en este modelo social en realidad son quiebres abruptos.*
- *Claro.*
- *Creo que son unas trompadas de la gran puta.*
- *En la mujer está más marcado el tema de la menopausia, nosotros si bien lo pasamos no lo demostramos porque somos hombres...*

(Grupo de varones mayores de Bariloche, NSE1)

Otro modo de presentarse esta dependencia y abnegación hacia el otro se da cuando se asumen como propios los problemas ajenos o cuando “todo se vuelve un problema personal”. Esto implica una acumulación de espacios críticos que agobian a la persona y no le dan descanso. Este cansancio mental se presenta bajo la forma de lo que se conoce como “autodiálogo negativo” o pensamientos negativos que se activan en forma constante y automática en el sujeto y que lleva a un estado de angustia y ansiedad constante.

- Yo lo que tengo es que mi mente no descansa. Y las situaciones se me van acumulando. Se me acumulan los problemas de los amigos, los problemas de mi familia, los de mis hijos y entonces es como que digo en algún momento “basta”. ¿Y qué pasa? La gente me dice “no, no tenés que dormir, porque si vos dormís perdés tiempo”, pero mi cuerpo necesita ese descanso, entonces medicamentos y medicamentos...

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

En las mujeres de mediana edad que han formado su vida familiar desde muy jóvenes o en las adultas con hijos mayores, que han dedicado su vida a “la casa y la familia”, la presión ya no se centra, al menos únicamente, en lo que “hay que hacer” en la casa, con los hijos sobre todo pero también con el marido, la madre, la suegra y demás integrantes del círculo íntimo, sino en “lo que se hizo” (que siempre se entiende como insuficiente). Hay un “desandar camino” que muestra sentimientos de fracaso y frustración que generan el malestar existencial que motiva el consumo, ya sea por replantearse negativamente lo hecho con los hijos (el “en qué fallé”) o por sentimientos de angustia generados por el crecimiento y autonomía de los hijos, lo que se conoce como “síndrome del nido vacío”.

- [...] me gustaría retroceder el tiempo para ver en qué fallé yo. En algunos años de la vida yo fallé como madre, sino mi hija no estaría pasando lo que hoy está pasando. Pero bueno, esa parte sí me gustaría cambiar. Eso también acarrea muchos conflictos. Uno siempre en la casa tiene la voz

cantante, tiene que levantarse y acostarse con una sonrisa porque están los chicos más chicos, porque el esposo llega cansado y necesita tener la comida y esto te lleva a vos misma a que te vayas auto aislando. Y bueno, eso es lo que me pasa a mí. En este momento estoy un poco bien, pero he tenido momentos en los que he estado realmente mal.

(Grupo de mujeres de mediana edad de Bariloche, NSE1)

- *Yo me dedico al Bonsái y me pierdo, como no puedo dormir de noche, son las 4 o 5 de la mañana y tengo que tomarme una pastilla para poder dormir.*

E- *Y te ponés a hacer Bonsái a la noche.*

- *De noche; en el día, termino de hacer las cosas y viene mi marido. Yo te explico, tengo cuatro hijos y tengo una nieta. Los hijos no son de uno, llega un momento en que se van, bueno, se casó la primera, se casó la segunda, después se casó el tercero y lo que nunca me imaginé es que el chiquito iba a crecer. Y eso es lo que no puedo aceptar.*

(Grupo de mujeres mayores de Bariloche, NSE1)

El no aceptar el crecimiento y “despegue” de los hijos se relaciona con un temor recurrente, visto en las mujeres de edad media y mayores de sectores medios bajos y bajos, con respecto a que sus hijos sean víctimas de delitos cuando salen a la calle. Este miedo es un móvil importante en el consumo de psicotrópicos de este perfil femenino, al interpretarse como una causa de angustia y ansiedad significativa.

- *Y ahora no tomo porque hago la fuerza de no tomar, pero sino tendría que tomar porque yo termino loca a la noche, mi hijo ya empieza a salir y no vuelve... con los del colegio, con los de la calle.*

E- *¿Qué edad tiene?*

- *Diecisiete va a cumplir. No por ellos, pero me da miedo por la calle, por todo lo que pasa en la calle. Y por ahí ahora mi marido viaja y eso me pone loca, yo no duermo a la noche. No duermo por el cansancio y otra por los nervios.*

Que tengo problemas en mi casa porque dicen que grito y yo grito porque me parece que eso es una forma de desahogarme y no tomar una pastilla.

(Grupo de mujeres mayores de Mar del Plata, NSE2)

Otro plano de angustia se manifiesta por la inseguridad en el proyecto de vida de los hijos. Acá la inseguridad frente al delito cede lugar a una incertidumbre de las condiciones de existencia, en tanto proyecto de vida de los hijos. Si en los sujetos competentes del imaginario del rendimiento la angustia venía dada por si los hijos serían sujetos con la performance suficiente para competir en este mundo, en los sectores más bajos la angustia refiere a un hecho ya manifiesto y objetivo como el conseguir trabajo.

- *Obviamente las dificultades en parte son las angustias, volviendo al tema de las angustias, porque ambos estudian pero no consiguen trabajo efectivo, luchan, no logran remar con la situación actual, sin contar cuando salen de noche no duermo hasta que siento la llave en la puerta. No me puedo contener. Ese es parte de mi folclore.*
- *[...] A mí lo que más me angustia es la sensación de inseguridad en el sentido de no poder conseguir trabajo, de que se sienten tan mal, de que los chicos tienen veinticinco o treinta años y siguen viviendo en la casa de los padres. Entonces nosotros tenemos un departamento chico y mi marido siempre estuvo con la idea y ahora quiere sacar un crédito para construir y yo le digo: “no, yo quiero que se vayan, que cada uno haga su vida, su trabajo, no construir para que sigan viviendo acá, que se independicen”. No porque me molesta, sino porque quiero que hagan su vida y eso está muy lejano, muy lejano. Yo cuando era jovencita trabajaba y me pude comprar un departamento a construir, ¿cómo le digo a mi hija si no se puede pagar un alquiler? ¿Cómo se va a meter en un crédito?*

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE2)

Estos y otros argumentos son los que constituyen un conjunto de “pensamientos negativos” respecto a “lo que pasa o lo que pueda pasar” con la

familia o respecto a auto reproches sobre lo que se hizo o no se hizo desde un espacio de frustración personal. Estos pensamientos generalmente surgen de noche cuando ya todos duermen y la mujer se queda en un momento de soledad inédita a lo largo del día. Es una angustia que reconocen generalmente cuando ya el día terminó y uno se queda replanteando lo vivido y lo que habrá que vivir. En algunos casos, este sentimiento se prolonga a la mañana siguiente, aunque por lo general se lo advierte fundamentalmente a la noche y en soledad.

- *El problema viene solo y se va solo, uno no puede hacer nada, pero tiene que enfrentarlo, tiene que vivirlo y tiene que sufrirlo, entonces ese es el que no te deja dormir a la noche.*

E.- *¿Están de acuerdo con eso?*

- *Sí.*

E.- *Y ustedes, ¿con la noche o con el día?*

- *No, en general me pasa que me deprimó mucho a la noche. Me agarra una depresión terrible a la noche, si tengo algún problema o algo empiezo a pensar a la noche. Y a la mañana me despierto y no me quiero levantar.*

(Grupo de mujeres de edad mediana de Buenos Aires, NSE2)

Complementando estos pensamientos negativos acerca del replanteo de vida surgen las quejas hacia el paso del tiempo. La idea de juventud perdida y los primeros signos de vejez se viven con angustia y se buscan formas de tapar o escaparle. Allí la pastilla puede jugar un doble rol: tapar la angustia generada por el paso del tiempo y brindar un plus de energía para mostrarse proactivo, competente, aún “en el ruedo”, “joven”.

- *Le tengo terror a las canas.*

- *Ah, miráme a mí, soy morocha, ¿te gusta?*

E.- *Con respecto a esto del tema de la juventud o tener terror a las canas, como dice ella, ¿qué les parece a ustedes?*

- *Yo la comparto, me tiene muy mal el mirarme, incluso no me las veo, me tengo que poner no éstos, los de aumento de cerca y el espejo de cerca y ahí me las veo, porque sino no las veo. Y a veces le pregunto a mi amiga, “ya me tengo que teñir, ¿no? -Sí, ya se te notan las raíces”. Eso me tiene muy mal a mí, veo fotos de cuando era joven y eso y me pongo... porque no me da ganas de vivir, últimamente estoy con psicóloga y eso porque he sentido muchas veces que “listo, basta, ya está”.*
- *[...] Yo no tengo arrugas en la cara, pero sí en el cuello, vivo con pañuelos. Y lo descubrí de un día para el otro, ojo, porque esto acá [...] un día me lo descubrí en el espejo...*
- *Y te pusiste pañuelo.*
- *Y dije: “ah, no tengo plata para hacerme cirugía”. Porque la veo a Nacha Guevara todas las noches en “el tiempo no para” y la miro y digo: “pero esta mujer es una diosa, tiene como sesenta y pico de años y está hecha a nueva”.*
- *Pero vos pensá que le sacan la ropa y se desarma.*
- *Aparte, hay que matarse como se mata ella.*
- *Yo disfruto un plato de ravioles, esta mujer no debe saber lo que es mojar el pancito, ¿viste?*

(Grupo de mujeres mayores de Bariloche, NSE1)

El paso del tiempo no sólo es relatado desde el aspecto físico, sino que el ánimo resulta un componente importante al medir el impacto de la edad y sobre todo asociado a la menopausia, tal como en la mujer joven se asocia con el período menstrual.

- *[...] Para mí el noventa y cinco por ciento tiene que ver con la menopausia.*
- *A mí no me afectó en nada.*

- *A mí, aparentemente, desde el punto de vista físico, en cuanto a calores, sí, tuve algunos, pero físicamente hablando no me afectó. Psicológicamente, en cuanto a la relación sexual y demás, tampoco en demasía, un poco sí, un cierto bajón. Pero en la energía, en el espíritu, en eso creo que sí.*
- *Aparte, habría que ver cuándo empezó todo eso. Cuando nos empezó toda esta situación de angustia.*
- *En mi caso, diez años atrás, a los cincuenta años dejé de menstruar. O sea que encaja justito.*

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE2)

Una variante positiva de la mujer mayor, contracara de los anteriores, es la que siente que “ya ha cumplido” con sus obligaciones hacia los hijos y marido y ahora es el tiempo “para ella”. En la dinámica de los grupos focales, este tipo de mujer daba cuenta de haber sido el modelo de ama de casa abnegada que *siempre vivió para los otros* y hoy siente que es el tiempo para reencontrarse con ella misma. Esta situación la puede llevar a convertirse en una mujer más cercana al modelo proactivo y competente en el sentido del cambio de estilo de vida y representaciones sociales que manifiesta, más centradas en una actitud de disfrutar, darse los gustos, pensar en una misma y plasmar eso en un estilo de vida proactivo, donde el psicotrópico, “la pastilla”, cumple la función de contrarrestar las molestias de la edad para no impedir una vida activa, centrada en los gustos personales. En este sentido, hay una reflexividad centrada en los ciclos vitales y el paso de los años constituye un aprendizaje al que se saca provecho: aprender a poner límites a la demanda de los otros y aprender a escuchar los propios deseos antes postergados.

E - Todas coinciden en que el tiempo libre y de placer, digamos, ¿es más fuerte y es más lo que le dedican ahora que hace diez años?

- *Sí.*
- *Sí.*

- Sin ninguna duda.
- Aparte es uno más conciente. Yo por lo menos soy conciente de disfrutar, o por lo menos plantearme cómo me siento, por ejemplo, yo ahora estoy muy pendiente de cómo estoy ahora, de ver cómo me siento, pero eso lo puedo hacer porque estoy en otra época de mi vida, pero si yo estaba con mis hijos, que tenía que criarlos y cuidarlos, no te quedaba tiempo para vos. Había que ocuparse del otro, de formarlo y de educarlo.
- Claro, hoy es el tiempo para mí.
- Yo cuando trabajaba me depilaba a las 4 o 5 de la mañana. Ese era mi tiempo.
- Claro, era el tiempo que teníamos...
- [...] Uno a cierta edad no sabe manejar la parte emocional. Con esto ¿sabés qué aprendí, con la depresión? Aprendí a poner límites. Porque es muy difícil poner límites en la vida, al marido, a los hijos, a los amigos.
- Pero más con los hijos.
- Con los hijos es con quien más te cuesta. Las primeras veces que vos decís que no te sentís tan basura, “¿cómo pude decirle que no?” Porque es muy común en las mujeres dar, dar y dar y no tener límites. Cuando te das cuenta que tenés que poner límites es cuando ya no podés porque todos los años diste, diste y diste. Eso me llevó a mí a la depresión.

(Grupo de mujeres mayores de Mar del Plata, NSE1)

En los varones, la cuestión de la familia y los vínculos afectivos fuertes también pueden ser significativos al analizar las representaciones de calidad de vida y consumo de psicotrópicos. La familia aparece como el lugar de remanso luego del agobio de la jornada laboral, el espacio para compartir inquietudes y también la causa de “salir adelante”, centrada fundamentalmente en un ideal de no defraudar el mandato del varón proveedor. De este modo, la idea que se centra en que *los míos estén bien* se resignifica en que *no les falte nada*. De lo convocado

por un plano más espiritual provisto por la madre se dirige a lo material provisto por el padre. No poder cumplir con estos mandatos genera en estos casos una gran carga de malestar y es una amenaza importante a la calidad de vida. Los esfuerzos parecen destinarse a un placer diferido en los hijos y en segundo lugar al cónyuge, tanto en el caso de la mujer como en el varón, marcando la distancia con la individualización del competente y cruzándose con la figura del sobreviviente desde el ámbito público.

E- ¿Cuán a gusto dirían que están consigo mismos?

- *Yo me siento bien cuando veo a mi familia a gusto.*
- *No sé en la mujer, pero en el hombre yo creo que nos debe de pasar a todos más o menos los mismo, ver bien a la familia te carga las pilas, porque quiere decir que estás haciendo las cosas bien vos.*
- *Te sentís útil porque la familia está caminando.*

E- Esto que vos decías, que cuando ves a tu familia bien, ¿vos te sentís bien, cuándo pasa eso?

- *A mí me pasó una vez que estuve un año mal, que me estafaron y también pasaba a mi casa, no podía llevar lo que yo necesitaba porque tenía que pagar por la estafa que me hicieron, y yo no me sentía a gusto, quería comprarle un par de zapatillas al nene y no podía, quizás soy muy materialista pero yo veo que a los chicos no les falta nada y que están todos bien y eso me hace bien.*
- *Y capaz que eso te lleva a tener roces sin querer, o sea el estado de ánimo te cambia, porque vos decís, “pucha, yo quisiera que mis hijos tengan esto”, sin verlo desde el lado materialista, sino por darle una satisfacción a ellos. Si no se dan esas cosas, o tenés problemas personales, llegás a tener un par de roces que te hacen no estar bien en tu casa.*

E- ¿Por donde piensan ustedes que pasa la realización o la felicidad personal?

- *Trabajo.*

- *Bienestar económico me ayuda mucho para poder hacer felices a los que quiero.*
- *Trabajo.*
- *Yo no apuntaría tanto a lo económico para la felicidad. Mi orgullo fue empezar a construir la casa, que mis hijas tengan sus pieza, todas esas cosas me hicieron feliz, me ayudaron muchísimo, son cosas que me hicieron feliz, me haría feliz terminar la casa.*
- *[...] Poder darse los gustos genera placer, por ejemplo comprarme un buen coche es un gusto que cuesta.*
- *No tenés hijos.*
- *No.*
- *Ya vas a tener un hijo y te vas a dar cuenta. Yo si no tuviese hijos pensaría todo el tiempo en darme los gustos, lo demás me chupa un huevo.*

(Grupo de varones de mediana edad de Mar del Plata, NSE1)

A fin de establecer diferencias percibidas respecto a los imaginarios de consumo de psicotrópicos de acuerdo a la pertenencia social, podemos identificar al imaginario del rendimiento como aquel que surge en los sectores medios más acomodados, fundamentalmente profesionales. En los sectores sociales más bajos, el imaginario de rendimiento aparece como ideal, como un imaginario aspiracional y legitimado que fundamenta el consumo. Resulta un imaginario legitimado en tanto define la inclusión del sujeto en la sociedad contemporánea, sin embargo es un imaginario que no es vivido como propio sino que remarca valores y estilos de vida que son ajenos y a los que se aspira. Así, en este segmento social, el discurso de los valores de rendimiento y proactividad, al referirse al consumo de psicotrópicos, no deja de ser convocado aunque esconde *la cruda realidad* de la supervivencia. Un caso aparte lo constituyó el grupo de mujeres jóvenes de sectores medios y medios bajos, en el que desde los trastornos alimentarios se convocaron imágenes propias del rendimiento a partir de la exigencia de tener el cuerpo legitimado por la sociedad y la angustia del “no

gustar”. Más allá de la fuerte pertenencia del imaginario de rendimiento a los sectores más acomodados, la presencia de este imaginario en sectores más bajos estaría mostrando la extensión de este mandato social del cuerpo legítimo.

Una categoría diferenciada es la que integran aquellos que han sufrido procesos de pauperización significativos y han visto descender su posición de clase. Ellos componen un perfil complejo que se extiende a los que en efecto han caído estructuralmente en la escala social e integran la llamada *nueva pobreza*, tanto como a quienes el impacto de la crisis ha tocado con fuerza y han experimentado bajas considerables en su nivel de vida histórico pero conservan signos socialmente identificados con la pertenencia a la clase media típica. Estos signos son fundamentalmente la educación y la prestación médica privados, aunque en instituciones y planes económicamente más accesibles que los que se tenían antes de la crisis, así como la formación universitaria propia o la de sus hijos. Estos signos resultan un reaseguro de identidad de clase que activa imaginarios de permanencia; éstos son vividos en tanto éxito personal así como también con angustia por la precariedad e incertidumbre de su condición: el individuo, al mismo tiempo que lo presenta al grupo como signo de distinción, reconoce que no sabe hasta cuándo lo podrá seguir sosteniendo. Es así que al analizar el consumo de psicotrópicos, el imaginario de rendimiento entra en tensión constante con el imaginario de supervivencia. La figura es la de un individuo dividido en dos: de un lado se encuentran los valores de proactividad y rendimiento que el sujeto sigue conservando de modo incorporado, como aquello que lo moldeó y que constituye su *habitus, lo social hecho cuerpo*, como sostiene Bourdieu (1979). Del otro, aparece la gravitación del mundo de todos los días que lo lleva a asumir motivaciones de consumo, teñidas por valores de supervivencia.

Con respecto al género, en los jóvenes de sectores medios altos no hay significativas diferencias entre los imaginarios referidos al consumo de psicotrópicos: el rendimiento y la competencia reinan tanto en varones como en mujeres. En la mediana edad, mujeres y varones profesionales se ven en tensión entre el trabajo y la casa y lo que se busca, muchas veces mediando el consumo de psicotrópicos, es el equilibrio. En los grupos mayores los valores de

rendimiento también aparecen, muchas veces desde una percepción de pérdida del ideal del rendimiento que en los varones se manifiesta como angustia por quedar “fuera del ruedo” y temor a no servir, mientras que en las mujeres suele tomar la figura del replanteo negativo y en tal caso la pastilla viene a “tapar” el auto diálogo negativo que aporta el replanteo. En otros casos, la mujer asume un proceso de revalorización del sí misma y la pastilla funciona como una prestación a la proactividad que compensa los déficit que trae la edad.

Las diferencias se van haciendo más evidentes a medida que se desciende en la escala social. En todos los ciclos de edad aparecen imágenes ligadas a la supervivencia que suelen complementarse con la dependencia afectiva. Sin embargo, en los varones los valores de supervivencia son muy evidentes y en las mujeres predominan los de dependencia afectiva. En estos sectores, a diferencia de los más acomodados que luchan por encontrar un equilibrio entre la casa y el trabajo, lo que se busca es preservar la armonía al interior del hogar y en este objetivo se inscribe muchas veces el consumo de psicotrópicos.

Los tres grandes grupos de representaciones sociales que hemos presentado en este capítulo nos muestran las imágenes, valores, creencias y percepciones que acompañan el malestar que motiva el consumo según surge en las entrevistas: insomnio, ansiedad, nervios, estrés, angustia, depresión. En el capítulo siguiente nos centraremos en las prácticas, distinguiendo los patrones de consumo de psicotrópicos, las trayectorias de consumo y su relación con la tolerancia social.

Capítulo IV. PATRONES DE CONSUMO Y TOLERANCIA SOCIAL

“Estás haciendo equilibrio, no buscando el equilibrio”

(Testimonio de una entrevista grupal)



Abordar los patrones de consumo de psicotrópicos implica entrar en diversos terrenos que comprometen la práctica misma. Los capítulos anteriores acerca de la contextualización del problema desde la subjetividad contemporánea, el discurso médico y las representaciones en juego representan instancias decisivas para reflexionar sobre los procesos sociales que abonan el terreno para la medicalización de la vida cotidiana y banalización del consumo de medicamentos psicotrópicos. En este capítulo nos proponemos profundizar el análisis en las prácticas según el testimonio de los consumidores, en primer plano, aunque también teniendo en cuenta lo recabado en entrevistas a los médicos: ¿cómo se llega al psicotrópico? ¿Qué papel cumple el médico? ¿Qué formas asume la automedicación? ¿Cuáles son las trayectorias de consumo? ¿Cómo fue el inicio y cómo siguió el proceso? Estas preguntas nos llevarán a reflexionar acerca de la tolerancia social que sostiene al proceso de medicalización de la vida cotidiana. La tolerancia social refiere a conductas que si bien no son percibidas como deseables, son aceptadas socialmente al no haber una sanción social que la restrinja o limite²⁰.

²⁰ El concepto de tolerancia social ha sido desarrollado por Hugo Miguez (1998), aquí lo tomamos a modo de herramienta conceptual.

Con respecto a la frecuencia de los distintos patrones de consumo, se distinguen cuatro grandes grupos, que a su vez se pueden agrupar en dos más amplios, los que se acercan a una frecuencia más alta y otros tendientes a una menor frecuencia de consumo, tal se indica a continuación.

- Consumo Cotidiano y Habitual: en el primer caso, la práctica de consumo se inscribe dentro del ritmo diario. El sujeto tiene generalmente momentos u horas clave, específicas y rutinizadas, donde hace uso de la pastilla como parte de las estrategias cotidianas. Este tipo de consumo se da generalmente con aquellos psicotrópicos que buscan acciones para el “buen descanso” (fines hipnóticos) a fin de recuperar fuerzas para seguir el ritmo cotidiano. También en casos donde el malestar es constante e invalida la ejecución de las tareas cotidianas y la relación con el prójimo (con fines ansiolíticos y antidepresivos). El consumo en este caso es vivido generalmente con culpa y con un malestar hacia sí mismo, se experimenta un déficit personal que pone en crisis la autoestima del sujeto y lo condiciona frente al otro. La falta reside en convivir con una estrategia deficitaria que “tapa” el conflicto real y profundo. El consumo habitual no es cotidiano pero tiende hacia una frecuencia semanal, que el sujeto percibe muchas veces como un acercamiento a la frecuencia diaria, bajo la amenaza de una dependencia psicológica que se vuelve crecientemente molesta. En otros casos, supone una estrategia de abandono progresivo del consumo diario.
- Consumo Periódico y Puntual: el consumo puntual se limita a situaciones específicas que el sujeto conoce y valora como problemáticas. Pueden ser excepcionales, como un hecho puntual que no se repite habitualmente (viajar en avión, una entrevista de trabajo, un problema familiar) o periódicas (fechas conflictivas generalmente asociadas a circunstancias afectivas y familiares como cumpleaños, fiestas de fin de año, etcétera), generalmente asociadas a objetivos tranquilizantes para el momento puntual (ansiolíticos). En estos casos,

el sujeto suele tener una actitud comprensiva hacia sí mismo y ve al consumo como un “permiso ocasional”, definido por una circunstancia donde uno necesita algo externo para relajarse sin necesidad de ahondar más allá de lo superficial en el conflicto.

En relación con los diversos patrones de consumo surgidos en las entrevistas y que se manifiestan en el proceso de medicalización de la vida cotidiana, es posible tipificar diversas modalidades de consumo que en la práctica se cruzan entre sí y condensan las dimensiones de inicio de consumo, accesibilidad del medicamento, rol del médico, formas de automedicación y tolerancia social. Cada uno de estos patrones puede tener una frecuencia de uso habitual, cotidiano, periódico o puntual.

1. El autodidacta.

El autodidacta se reconoce en las instancias de autodiagnóstico y de automedicación. Es un sujeto informado que, víctima de un malestar, hace su autodiagnóstico a través de Internet o de lo que leyó en el diario o lo que ve en la televisión, siendo muchas veces preso de la circulación de los *malestares de moda* desde los medios y entre sus conocidos. Si recurre al médico se muestra informado y exigente, participa de las decisiones y exige desde un rol activo, tal como vimos en capítulos anteriores. En su relación con el médico se pueden identificar dos momentos; uno de demanda y apropiación de saberes, otro posterior de exigencia y /o auto aplicación de los mismos. Esto supone una historia del saber apropiado por parte del paciente, que se forma por su trayectoria médica con el agregado de los canales que proveen tanto los medios masivos como la comunicación con otros sujetos que llevan a cabo el mismo proceso. Es un paciente demandante: pide al médico la droga que él reconoce como la adecuada para su malestar, habiéndose informado previamente por los canales de divulgación masiva y exige del médico una transferencia de saberes y competencias. Generalmente se combina con la autorregulación: “yo regulo lo que tomo”, como una forma de automedicación.

Como vimos al tratar la perspectiva médica, los profesionales identifican en sus pacientes una tendencia a esta práctica de autodiagnóstico y demanda del tratamiento que considera correcto. Desde el lado de los pacientes, muchos de los entrevistados y entrevistadas han mencionado que en cierto momento de la relación con el médico puede aparecer un proceder que promueve la autorregulación y la automedicación. La frase del autodidacta “Yo lo regulo” muchas veces se apoya en la del médico “vos andá viendo cómo lo regulás” y abarca diferentes modalidades que van desde un respeto y reconocimiento del paciente como un sujeto comprometido y responsable de su salud, hasta una promoción del autotratamiento basado en una transferencia y redes de traspaso insuficiente de saberes del médico al paciente o de la puesta en práctica de la metodología de ensayo y error. En relación a este proceder, en Francia prestigiosas revistas científicas dan cuenta de la tendencia médica a crear un paciente competente a través de la automedicación como parte constitutiva de la alianza terapéutica contemporánea, viendo en ella “un buen testimonio de la madurez psicológica del paciente” (Ehrenberg, 2004).

Cuando no hay intermediación alguna con el médico, el autodidacta comparte las características de autodiagnóstico y de búsqueda de información para la adquisición de competencias para decidir *qué y cómo tomar*, propias del paciente autodidacta. Es decir, se informa y se automedica en consecuencia, sin pasar por el médico. En general, se agudiza un pensamiento que ya está presente en el paciente autodidacta: “Yo me conozco más que el médico”, lo cual a veces deriva en formas aún más escépticas respecto al rol del médico, fundadas en un doble juego entre un paciente que demanda mayor protagonismo y dedicación y un proceso de atención que por insuficiencias personales, institucionales o sistémicas no logra instancias de comunicación eficaces.

- *Yo he salido de alguna consulta médica sin haber entendido un carajo o sin tener las cosas claras, y no me sentí satisfecho con el tipo de respuesta.*
- *A veces yo me voy del consultorio sin tener en claro que tengo.*

(Grupo de varones mayores de Bariloche, NSE1)

- *Yo creo que el acceso tendría que ser mucho más restringido. Mismo el médico cuando te da, hay muchos médicos que te dan y no explican para qué es y a mí siempre me gustó informarme.*

(Grupo de mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

Una de las ideas eje del autodidacta, “yo regulo lo que tomo”, se manifiesta de distintas formas y expresando diversas motivaciones. Las modalidades más difundidas entre los entrevistados fueron las de ensayo y error (sobre todo cuando no está el médico de por medio) y la de resistencia a la dosis médica cuando hay intervención profesional. La práctica de resistencia consiste generalmente en disminuir o aumentar la dosis recetada por el médico, o no consumir alguno de los medicamentos recetados, en los casos en que se prescriben varios. Esta práctica estuvo muy presente en los grupos de mujeres consultadas pertenecientes a los grupos de nivel medio y medio alto. La clase social de pertenencia no es un dato menor ya que el varón y la mujer autodidacta se evidenciaron de forma significativa en los grupos medios y medios altos con mayor capital educativo, lo cual les permite acceder a la información con mayor facilidad, fundamentalmente en el sentido de apropiación; un individuo que cuenta con elementos suficientes para que esta información sea incorporada a fin de hacer uso de ella. Este dato acerca del nivel socioeconómico del autodidacta fue también argumentado por los médicos consultados.

La diferencia por género puede interpretarse como esperable dado que es en las mujeres más que en los varones donde suele haber una intervención del médico en alguna instancia del proceso (según sus testimonios concurren al menos alguna vez al médico, “de vez en cuando” o al inicio del tratamiento con psicotrópicos para luego seguir con automedicación). Sin embargo, también puede estar mostrando una estrategia de la mujer paciente frente al profesional. En este sentido, concordamos con el estudio de Romo (s/f) acerca de las estrategias defensivas de las mujeres a partir de la tendencia de los profesionales a medicalizar los malestares femeninos y el bajo nivel de protagonismo que percibe la mujer en el manejo de sus malestares. Así, diversas formas de automedicación

se activan: la regulación - reduciendo más que elevando la dosis -, su rechazo o la postergación del inicio del consumo. En este marco se comprende una trayectoria típica del consumo femenino en donde la automedicación aparece como respuesta alternativa, tal como la define Romo, y compatible antes que opuesta a la intervención médica.

- [...] *A mí el médico me recomendó un par que no me hicieron nada, entonces fui probando y la que más me gusta es Trapax, no es la que estoy consumiendo porque no la puedo comprar, me la consiguen. Pero la que más me hace efecto es Trapax.*

E - *Cuando decís que fuiste probando, ¿cómo fue eso?*

- *A mí las que tomaban Alplax, que me decían “tomá suavcito, tomá media”, no me hacía nada.*

- [...] *Y entonces el cardiólogo me lo recetó y me dio de 5 miligramos., media a la mañana, un cuarto a la tarde, media a la noche. En realidad yo dije: “no, voy a terminar como mi mamá durmiendo todo el día, tomo media a la noche y nada más”. Es decir, yo trato de sacarla.*

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE1)

- *Yo, en el caso de las pastillas, me parece que no necesito ir al médico porque ya sé lo que necesito. Cuando el médico me dio las pastillas siento que me dio de más, las fui graduando y tomé lo que yo quería y me fue bien. Por eso asocio con esto, cuando el médico me las dio parecía una estúpida, entonces justamente por eso, pero en otros casos puedo cambiar la actitud y puedo decir: “mi médico me conoce y hago lo que dice”. Pero en el tema pastillas yo creo que los médicos tienden a medicar de más.*

(Grupo de mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

Una variante del autodidacta es aquel paciente que buscando informarse, encuentra en el médico una explicación dedicada de la que se apropia y así sigue con cierta cautela la indicación médica. Este es el caso donde más se ve una percepción satisfactoria de la relación con el médico y el consumo se da mediante

un tratamiento con seguimiento periódico, al menos por un tiempo más o menos prolongado. Es sobre todo en el caso de mujeres mayores que lo toman por un caso puntual, y que en principio ven el consumo con cierta preocupación por la estigmatización de “tomar psicotrópicos” como sinónimo de locura, en donde este tipo de situación se presenta.

- *Yo soy anti remedios, pero cuando me pasó este ataque de pánico y me dieron Rivotril, dije: “¿por qué no?” Porque uno en la cabeza es tan complicado, ¡hay tantos líquidos en la cabeza! Por ejemplo, el médico me dijo que era por un problema de la serotonina, me dio toda una explicación, según el estado de pánico que a mí se me producía era porque en la nuca hay glándulas que producen líquidos llamados serotonina, cuando funcionamos bien no hay problema, pero a otras personas, en ese caso era yo, esa glándula no estaba produciendo lo necesario que yo tenía que tener de serotonina, era ese líquido el que me faltaba y me provocaba en el organismo todas estas cosas, opresiones en el pecho, dolor de estómago, mucha transpiración fría, fría, fría. Y eso lo provoca cuando te falta la serotonina. Por eso el Rivotril tiene serotonina, o sea, te compensa lo que en ese momento en el organismo dejó de funcionar. Soy una persona anti remedios, pero cuando necesito tomarlo, lo hago.*

E.- *¿Y ustedes de qué hablaban?*

- *De que a nadie nos gusta que nos digan locas.*
- *Y empezás a tomar algo y decís “¿esto me llevará a la locura?”*
- *Lo que pasa es que somos todos, en mayor o menor medida, pero...*
- *Sí, pero lo que desconocemos le tenemos miedo, porque la cabeza es tan difícil encontrar cómo manejar la cabeza.*
- *Ustedes escucharon alguna vez trigésimos.*
- *Sí, el nervio.*
- *Yo tengo ese problema.*

- *Y entonces, ¿cómo te manejas con estos vientos y el frío?*
- *Es lo que te produce el frío, ¿no?*
- *Sí, te sube algo como si fuera al cerebro, al ojo hay una molestia como si se me pega o no, me despierto y digo tengo o no tengo el ojo y me voy a ver, en el oído es como que tenés líquido...*

E.- ¿Y esto tiene que ver con lo emocional también?

- *Eso tiene que ver con lo emocional, pero también se te deforma la parte auditiva, pero también las encías.*
- *Ah, sí, sí.*

(Grupo de mujeres mayores de Mar del Plata, NSE1)

2. El farmacéutico “amigo”.

Si bien los psicotrópicos deben venderse bajo receta, muchos de los entrevistados establecen diversas estrategias de adquisición mediante el vínculo directo con el farmacéutico. En ciertos casos esto se limita al expendio del medicamento solicitado; en otros, supone una instancia previa de recomendación que se considera a medio camino entre la voz autorizada del médico y el saber popular. La aceptación de este suministro clandestino por parte del farmacéutico se da generalmente por una relación previa -de vecindad, familiaridad o amistad- con quien lo solicita, lo que muchas veces se enmarca en una habitualidad de la práctica, que puede o no sostenerse en acuerdos o estrategias preestablecidas y más o menos organizadas e instituidas.

- *[...] Yo solo, porque hoy por hoy hay pastillitas para todo, la gimnasia no me hace nada, esto otro tampoco, debe de haber algo que me relaje y me haga dormir. Es que hoy por hoy hay pastillitas para todo. Le dije a mi amiga que me consiga algo para dormir. Ningún amigo me dijo nada, yo sé que existen las pastillas para dormir, antes no las tomaba, las tomé el año pasado. Pero yo no le comento a nadie que no puedo dormir, me duermo a las siete de la mañana hasta las dos de la tarde y se me complica muchas cosas que yo*

puedo hacer en la mañana con un ritmo de vida normal, y nunca le digo a nadie que no puedo dormir. Yo me las arreglo solo, me compro un par de pastillitas para poder dormir a la noche... me la recomendó la farmacéutica.

- En mi caso me dijo "tenés ésta, ésta y ésta".

- Un amigo de confianza me dijo "tomate esto", me dio una tableta, me dijo que era para dormir, no me dio el prospecto y yo me las tomé. Él trabajaba en la farmacia, más o menos tenía idea qué era bueno y que no.

(Grupo de varones de mediana edad de Bariloche, NSE1)

- Yo, si quiero, lo consigo.

E.- ¿Y cómo lo conseguís?

- Le digo: "¿me traés..?"

E.- ¿Con un farmacéutico conocido?

- Claro.

E.- ¿Y cómo se fue dando esa relación?

- Porque te vas enterando de la situación.

E.- ¿De qué te vas enterando, que hay un farmacéutico...?

- No, porque nos traía los pedidos a la oficina, entonces no hacía falta la receta.

E.- ¿Era como un delivery en la oficina?

- Claro.

- En la oficina la merca va y viene.

E.- Esto me interesa porque no es la primera vez que... ¿en la oficina se iban pasando el dato?

- Claro, había una chica que tenía el dato y uno va sabiendo. Yo, como no conseguía y estaba recontra contracturada y me lo traían.

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE1)

- *Digamos, vos vas a la farmacia y llevás la receta, hoy por hoy no, vos vas a la farmacia, le decís “necesito esto” y te lo dan.*
- *Y te lo dan con tanta facilidad, que yo te voy a decir cómo es, si un medicamento lleva dos tabletas, te dicen “yo te vendo esta tableta hasta que me traigas la receta” y ahí ya tenés veinticinco Lexotanil y no llevás la receta, después te olvidás y vas de nuevo y le decís “ay, no tengo la receta” y te lo dan de nuevo.*

(Grupo de mujeres mayores de Bariloche, NSE2)

3. La recomendación lega:

Funciona por el *boca a boca*, pasa el dato un familiar, amigo o conocido. Este pasaje de consejos tiende a conformar redes de recomendaciones, donde se entremezclan saberes y experiencias de distintos tipos y de diversas fuentes que luego serán procesados por el iniciado, para llevar a cabo su experiencia. En estos casos la figura del médico suele verse desvalorizada y eso actúa como justificación de la automedicación. En otros casos, se manifiesta un *deber ser* reñido con la práctica de automedicación que se justifica por falta de tiempo, recursos económicos u otras dificultades para ir al médico. En cualquiera de los casos, lo que sostiene la práctica de automedicación es la consideración de la indicación médica como un dato menor dentro del tratamiento que comenzó por su cuenta tomando el psicotrópico. La recomendación lega puede no limitarse al consejo de tomar un determinado medicamento, sino que puede abarcar la regulación de la dosis, transfiriendo la experiencia propia y /o ajena. En otros casos, lo que aparece, ya sea como consejo de quien recomendó el medicamento o por decisión del iniciado, es la autorregulación por ensayo y error.

E.- ¿Y cómo llegaste a la pastilla?

- *Porque yo le dije a un compañero de laburo y me dijo: -“¿nunca tomaste pastillas para dormir? –No”. Y llegué a mi casa y me acordé que mi vieja había tomado y se las pedí, y me dijo: -“tomá, a lo sumo te vas a quedar*

dormido mucho tiempo”. Pero eran muy fuertes, a mi me hacían un efecto calamitoso. Está bueno porque no me hizo mal al estómago...

(Grupo de varones jóvenes de Bariloche, NSE1)

- *[...] Yo calculo que la dosis se regula a medida de cómo uno se va sintiendo. Suponiendo que si yo no puedo dormir y para dormirme tengo que tomar dos pastillas, por decirte algo, bueno, al otro día pruebo con una y si no me hace efecto tomo dos de nuevo.*

(Grupo de varones de mediana edad de Bariloche, NSE1)

- *Pero, ¿no tomás nada?*
- *Sí, tengo una amiga que me tira de vez en cuando. El año pasado me tiró Lexotanil. Y hará cosa de dos meses, porque son problemas económicos, problemas emocionales no, porque eso es fantástico, pero si no tenés, no podés comprar, bueno, me agarró el ciático y ahí me tiró Tranquilina o algo así.*
- *Tranquinal.*
- *Claro, pero yo lo cambié el nombre.*
- *Yo le digo la pastillita de la alegría.*
- *Claro, Tranquilina para mí.*

(Grupo de mujeres mayores de Mar del Plata, NSE1)

En ciertos casos, la recomendación va acompañada de la entrega de una o varias pastillas “para probar” o “para sacarte del paso”. Esta situación, principalmente cuando las condiciones económicas del sujeto lo requieren, se perpetúa en el tiempo. Es allí donde aparece la figura del amigo o familiar que “suministra” periódicamente el medicamento. Una modalidad de acceso al medicamento, que apareció en muchos de los casos de este tipo, es la que cuenta con la intervención de algún familiar o amigo que suministra el medicamento, lo consigue por la vía de un médico amigo que a su vez se lo acerca a él, dando comienzo a esta red. El suministro del medicamento por parte de un familiar o

amigo puede tomar características similares a la circulación de dones que profundizaremos en la relación médico-paciente, si se dan los elementos de percepción de la “demanda legítima” caracterizados por Kessler (1998).

4. El botiquín familiar.

Funciona como una variante de la recomendación lega pero hace hincapié en el ámbito doméstico, en las relaciones intrafamiliares y en la historia familiar en relación con el consumo de medicamentos. El botiquín familiar supone una familiaridad con el consumo de psicotrópicos que tiene lugar en la vida cotidiana de ese espacio doméstico. Esto es así porque el psicotrópico forma parte del “botiquín”, lo cual le confiere a los miembros de esa familia una accesibilidad ampliada, pero también porque hay una “accesibilidad psicológica” construida en la naturalidad que ese consumo adquiere a partir de una historia familiar que se fue moldeando en el tiempo.

En las entrevistas a varones se menciona un legado familiar femenino, de parte de la madre, la hermana o la esposa, constituyéndose redes de automedicación al interior de la familia. En las mujeres jóvenes resulta un llamado de atención la figura de la madre consumidora, que transfiere a la hija mujer los saberes incorporados a través de su historia acerca del consumo de “la pastilla” en las primeras frustraciones de su vida adulta, ya sea en el ámbito privado (pelearse con el novio) o público (problemas con el jefe o compañeros de trabajo, perder el empleo, rendir un examen).

La mujer actúa como correa de transmisión de un saber lego que fue incorporando a través de múltiples fuentes. Sobre todo se valora por ser quien tiene dentro de su círculo social la hegemonía de ese saber lego, producto de haber pasado por un consultorio del cual saca máximo provecho al accionar una red de transferencias para la autorregulación propia y de su familia. De este modo, hijos, maridos y hermanos harán uso de ese saber acumulado para saber qué, cómo y cuánto tomar.

E.- *¿Cómo decidís la dosis que vas a tomar?*

- *[...] yo fue un tira y afloje y de preguntarle a mi mamá: “a ver, ¿qué te dijo el médico?”*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Mar del Plata, NSE2)

- *[...] Para mí no es tan sano el hecho de que una madre nos dé a nosotros una pastilla. Tenía compañeras de la facultad que las madres toman como si fuera una aspirina el Lexotanol o cosas así y mis compañeras llegaban a un punto que no podían hacer cosas sin una pastilla entera...*
- *[...] Y pasa esto de las madres que te dicen: “a mí me hizo bien, bueno, tomá vos”. Y conozco muchos casos en los que pasó eso, que las madres les dieron a sus hijos y los han arruinado, casos en los cuales acceden a estas pastillas para mezclarlas con alcohol y lograr un efecto “pum!” A mí me ha pasado que un amigo, cuando yo tomaba, me pidió una y se la ponía a la cerveza.*

(Grupo de mujeres jóvenes de Buenos Aires, NSE1)

- *Los chicos lo consiguen fácil porque por ejemplo, si uno toma ellos siempre están detrás de uno: “¿qué tomás, por qué y cómo te sentís?” y después vienen y te dicen “yo hoy estoy medio mal, ¿no me das media o una de la tuya?”. O a veces uno los ve mal y les dice “por qué no tomás?”. Él se lo comenta a otro, al amigo, al hermano, siempre hay alguna que tiene llegada a una farmacia, que el papá es médico, que le robó al tío o al papá una receta y la consiguen.*

(Grupo de mujeres mayores de Bariloche, NSE2)

Esta red que tiene por protagonista la mayoría de las veces a la mujer, no se reduce a una transferencia de saberes y consejos sino que en muchos casos lo que acontece es que es la mujer la que va al médico, el profesional le receta un psicotrópico para su malestar y ella aprovisiona a su círculo de la pastilla, compartiendo y socializando lo que el médico le recetó de modo particular. La

mujer “proveedora” aparece así como el eslabón más complejo de esta cadena de autorregulación.

E.- ¿Cómo empezaron a tomar?

- *Mi vieja.*
- *Mi hermana.*
- *Mi vieja.*

E.- ¿Alguno fue al médico primero?

- *No. (Todos)*

E.- ¿Y cómo se consigue?

- *Se la recetaron a mi vieja, mi hermana le pedía a mi vieja y yo le pedía a mi hermana.*

E.- ¿Pero vos tomás una cantidad y nunca la modificaste?

- *Yo empecé con media y seguí con eso.*
- *Yo más de media no tomé porque me han dicho que era mucho.*
- *A mi mamá le dijeron que tenía que tomar un poquito para que no se haga adicta.*

(Grupo de varones jóvenes de Mar del Plata, NSE1)

- *Mi vieja toma media pastilla, le recetaron y mi hermana toma la pastilla de mi vieja...*

(Grupo de varones de mediana edad de Bariloche, NSE1)

- *Yo empecé por media porque mi señora tomaba por prescripción médica y después empecé a tomar una y dije “más de una no puedo tomar”. Ella me dijo que tome media pastillita, y al tiempo yo sólo aumenté a una, y ahora tomo una casi a diario y yo pongo el límite.*

(Grupo de varones mayores de Bariloche, NSE1)

- *Mi mamá los tomaba porque el médico se lo había dado (...) por una depresión que había tenido y bueno, por medio de que ella conseguía la receta, compraba y yo le pedí.*

(Grupo de mujeres de edad mediana de Mar del Plata, NSE2)

5. La pastilla a escondidas.

En los grupos de sectores medios bajos y bajos de mujeres mayores, llamó la atención una práctica que continúa con el rol protagónico que la mujer toma en este proceso, pero desde una modalidad diferenciada. En esta práctica, la mujer no es la que toma la pastilla para “que los otros estén bien” ni la que realiza la transmisión de saberes respecto a la automedicación. Lo que se evidencia en este caso es que la mujer convierte en consumidor a un sujeto, mayoritariamente se trata del marido, sin que tenga conocimiento de que lo es. Los procedimientos de esta práctica suelen repetirse: diluir la pastilla en el mate o en alguna otra infusión o comida de modo que “no se note”.

De los relatos de las mujeres mayores de los sectores menos acomodados, se desprende que los móviles del consumo oculto son tres: el primero, es el consumo “por su bien”, en el cual la intención suele ser mejorar el descanso o el ánimo del marido. La mujer acá asume un papel similar al que pudo observarse en el imaginario de la dependencia afectiva y la que “todo lo hace”.

El segundo es el consumo como castigo; sin embargo, esta figura de la mujer castigando con la pastilla suele debilitarse y lo que toma forma es una suerte de efecto rebote de la idea de “estar bien yo para que los míos estén bien”. Este tercer móvil es una estrategia que invierte de algún modo la práctica que vimos como habitual en mujeres del mismo perfil y en grupos de sectores medios, donde eran ellas las que tomaban la pastilla para que la armonía familiar no se quebrara frente a su malestar. En este caso y a la inversa la idea que emerge es “darle a él para que yo (y el resto de la familia) esté bien”. De alguna manera puede interpretarse como una delegación hacia el marido de la función que se percibía como esencial de la madre y esposa de “poner el cuerpo”. El cuerpo

ahora lo pone el marido, quien consume la pastilla involuntariamente a partir de un acto de ocultamiento que la esposa hace “por el bien de todos” y el suyo propio.

El ocultamiento de la pastilla se inscribe en un continuum de espacios que la mujer va ocupando -y le hacen ocupar- al interior del hogar: ella se hace cargo de ese malestar y acciona en consecuencia.

La frecuencia de este consumo oculto suele variar según el móvil que siga y las condiciones que lo determinen. Cuando el ocultamiento se produce “por su bien”, para que duerma, “para que no moleste” si está desocupado o “se calme” si vuelve de mal humor del trabajo, el consumo suele ser cotidiano o bastante frecuente. Si es por un problema puntual, el consumo tiende a ser focalizado y no necesariamente se repite.

Vale aclarar que en prácticamente todos los casos de consumo oculto e involuntario es la esposa la que le da de modo oculto la pastilla al marido. Sólo en un caso, la mujer relató que por una única vez lo hizo con su hijo para calmarlo en una situación de descontrol, “por su bien”. El caso del consumo oculto en el hijo no goza de la misma legitimación que el ocultamiento al marido, tal como se pudo ver en las reacciones grupales diferenciadas ambos casos.

El relato de esta práctica por parte de las protagonistas del ocultamiento tiene una modalidad de “confesión” del hecho: las mujeres muchas veces abren el relato como quien va a contar un “secreto bien guardado”. Si bien no hablan de culpa, pueden llegar a utilizar estrategias discursivas exculpabilizadoras si alguien en el grupo se lo recrimina. Mayoritariamente se escudan en los móviles apuntados y dan cuenta de una cierta naturalización del fenómeno, que no sorprende demasiado al grupo de pares, lo cual da la idea de que el resto, lo practique o no, al menos lo ha escuchado como práctica más o menos habitual.

- *Y, ¿lo toma tu marido?*

- *Sí, sí.*

E- ¿Por qué? ¿Vos le querés dar y no toma?

- *Yo se lo meto en el mate.*

- No, yo le doy y lo toma.
- Y, ¿esperás a ver si lo toma?
- No, lo toma, lo toma.

E- ¿Cómo es lo del mate?

- La aplasto toda y le hago tomar.

E- Y; ¿él no lo quiere tomar?...

- Y, ¿vos no tomás mate?
- No, yo no tomo mate. Yo tomo directamente la pastilla. Pero él que duerma, para que no moleste. La vez pasada mi hijo tuvo una especie de ataque de nervios y yo ya me fui con el Alplax y mientras esperaba que venga el médico porque se había cortado el talón y qué se yo, le enchufé eso y me dijo “ay, me quedé dormido mamá”. Soy un peligro medicando, pero lo tranquilicé. Pero nunca voy a matar a ninguno, porque son dosis muy chicas. Es que a veces con algunas personas te da ganas de meterle una caja.

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires, NSE2)

En los grupos de varones esta práctica no se vio, pero sí surgió el relato de un hombre que al haberse separado se enteró de que su mujer le escondía psicotrópicos en la comida al no poder dormir una vez que su mujer dejó de vivir con él. Allí el consumidor oculto se volvió un consumidor voluntario ya que debió recurrir a un médico para que le prescribiera pastillas y luego comenzar su consumo autorregulado.

- Yo estoy separado hace siete meses después de diez años, ahora vivo solo, y estuve tomando Clonazepan sin saberlo durante un mes porque mi ex mujer me lo puso en la comida, durante un mes me lo puso, y cuando me mude no dormía, dormía una hora por día. Se ve que entre la separación y cortar de golpe sin saberlo, estuve cinco meses que no podía dormir, por eso fui a la doctora y me receto Clonazepan y tengo una amiga

que es psicóloga que me había dado Rivotril, primero probé un par de días y después empecé a tomar la otra pastilla

E- Y, ¿cómo te enteraste?

- Porque mi ex mujer me lo dijo después que empecé a tomar pastillas para dormir, pero en ese período de la separación no dormía ni en pedo, y tomé durante un mes y algo. Al principio no dormía ni con la pastilla, estaba todo el día boludo pero no dormía.

(Grupo de varones de mediana edad de Bariloche, NSE2)

6. Pertenencia social y trayectorias de autorregulación en la relación con el médico y el sistema de salud. Delegación, don y personalización de la prestación.

Un punto que entendemos como significativo al analizar el proceso de autorregulación de los psicotrópicos es el que se constituye a través de la relación con el médico en particular y con el sistema de salud en general. De acuerdo a los testimonios recogidos, las trayectorias que llevan a la autorregulación, en muchos de los casos, han estado mediadas en algún momento y en diferente medida por profesionales de la salud. Sin embargo, la relación que se establece con el médico no es sólo una sino que hay múltiples facetas de las cuales hemos podido identificar aquellas que sobresalen en los grupos y que resultan muy ricas en cuanto a los datos que nos pueden proporcionar para comprender el proceso en cuestión y las formas de abordarlo desde el sistema de salud específicamente.

Al recorrer las trayectorias de los consumos por cuenta propia, se pueden encontrar diferencias significativas con respecto al nivel social. Estas diferencias se apoyan fundamentalmente en el peso que cada sector le confiere a las instituciones en general y a la acción pública en particular. Así, por un lado, en los sectores medios altos actúa un mecanismo de autorregulación que está subjetivamente incorporado desde la idea de autoconstrucción del sujeto: un actor social que exitosamente “toma la posta” frente a la creciente debilidad de los mecanismos institucionales de regulación social, mediando en este accionar

imaginarios propios de un sujeto competente y autónomo bajo los principios del rendimiento y la performance; por otro, en los sectores medios empobrecidos y en los sectores bajos fundamentalmente, es la frustración frente a la debilidad del sistema lo que marca el proceso de autorregulación como práctica que se fundamenta en imaginarios de supervivencia.

Robert Castel (1996) se refiere al proceso de *desafiliación* como aquél en donde los mecanismos de regulación y de asistencia social se debilitan a partir del derrumbe de la *sociedad salarial* que rigió la vida social hasta la mitad del siglo veinte. El autor hace una distinción en cuanto a los efectos que este proceso de desintitucionalización y desafiliación tiene en cada uno de los polos de la nueva estructura social. Mientras los sectores altos participan de este proceso aprovechando los beneficios que el debilitamiento institucional les puede generar, la individualización es vivida negativamente por los sectores más bajos de la pirámide social, habida cuenta de la vulnerabilidad que supone la pérdida de los resortes institucionales de integración, identidad y asistencia social.

En los grupos de sectores medios altos la relación con el médico muestra tensiones al establecerse una conflictiva apropiación de saberes por parte de un paciente autodidacta que discute a la par diagnóstico y tratamiento. En otros casos, el mismo médico propicia la autorregulación valiéndose de ese capital cultural acumulado de diversas fuentes que el paciente trae al consultorio, dando lugar a una delegación consentida entre médico y paciente. En uno y otro caso, tanto desde el paciente como desde el profesional, de acuerdo al testimonio de los médicos entrevistados, prima la idea de que la autorregulación es algo a lo que tarde o temprano se llegará y en tal caso la actuación del médico resulta significativa en el proceso de autorregulación.

Esta relación suele ser más compleja de lo que a primera vista se presenta como una simple transferencia de saberes. Participan múltiples motivaciones tanto de parte del profesional como del paciente que, como ya hemos aludido en puntos anteriores, se desplazan desde la búsqueda de un rol más activo de parte del paciente a un relajamiento del rol profesional, tendiendo hacia un sujeto con un

capital cultural suficiente como para actuar en la autorregulación progresiva o una lucha de poderes entre médico y paciente.

Por el contrario, en los sectores bajos lo que surge es una relación marcada por una sensación de desamparo que pone en primer plano al proceso de desafiliación del cual es protagonista quien debe acudir al hospital o a “la salita” sin más título que el que la ciudadanía le da. De este modo, el individuo percibe que la resolución de su problema sólo dependerá de una personalización del mismo. Es decir, de cuánto pueda esperar, de cuánta animosidad y prestancia física le queden para seguir tocando puertas o de la suerte que tenga respecto a dar con “una buena persona” que le allane el camino. La institución cede paso a la personalización y de este modo, la desafiliación se hace carne en sentimientos de desamparo.

Desde este panorama, la automedicación en los sectores más bajos muchas veces responde a la frustración frente al sistema de salud: una salita que lo aleja de él cuando quien lo atiende le dice que los psicólogos están para atender casos más complicados que el propio o la incansable misión de conseguir un turno, hacen que muchos se sientan expulsados y decidan activar la solución individualmente, pero no desde un imaginario positivo del proceso de individuación sino experimentando los costes de la desafiliación en carne propia. En este sentido se inscribe la idea que aparece en los entrevistados de los grupos sociales más bajos con respecto a la relación que se termina estableciendo con el sistema, en donde sólo lo urgente cobra sentido y la prevención queda afuera ya que lo que prima es una idea clasista de la misma: *la prevención no es para los pobres. Para ellos sólo es la urgencia.*

- *Y, ¿qué cosas me estresan? Ir al hospital, aunque sea a sacar un turno, vuelvo como si me hubieran agarrado a golpes.*
- *Es estresante de por sí entrar al hospital.*
- *Me caminé de San Justo a Luján, estuve sirviendo en Luján, estuve trabajando toda la noche, veinticuatro horas seguidas y no me dolían las*

piernas y camino al Hospital Posadas, que son ocho cuadras y vengo que no puedo doblar la pierna de la contractura que tengo.

- *No solamente por uno, que por ahí vas a un hospital y tenés que ir a las cinco de la mañana, hacer cola y esperar hasta las siete de la mañana para que te den un turno. Y aparte de uno ves la gente que sufre, porque yo soy joven, pero por ahí ves gente grande que está esperando ahí y que te den un turno, horas y horas; eso no es tener una buena calidad de vida, no podés hacer ni siquiera lo primordial que tiene que tener el ser humano, que es el tema salud.*
- *Claro, por lo general hablan de prevención, cuando uno no tiene una prepaga o una obra social no puede tener prevención. Porque vos vas y de un médico tenés que pasar a otro, de ese a otro y los estudios son muchos y todo toma mucho tiempo, o sea que la prevención no existe.*
- *Ya es de urgencia y cuando ya es urgencia en un caso de enfermedad grave, ya no podés...*
- *[...] Es un trabajo personal, que tenés que hacer vos, como que tenés que ser muy metódica... pero claro, cuando no tenés nada o tenés algo leve lo podés hacer, pero cuando ya hay una enfermedad que es grave, o ella que tiene que ir con los hijos, ahí ya no podés hacer prevención.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

La lista de frustraciones es heterogénea. En algunos casos, como hemos referido, desde el hospital o salita le dicen que su caso no es tan importante como otros para ser atendido, dando lugar a la lógica de lo urgente que deja fuera a quienes necesitando atención no entran en esa categoría. Esta situación, como casi todas las que comprometen la relación con el sistema de salud, tiene como protagonista casi exclusiva a la mujer. Esto puede suceder ya porque se acerque a una consulta por su propio malestar o bien por el de su marido o alguno de sus hijos.

- Yo, cuando llegué de Córdoba, hacía poco tiempo que había muerto mi marido y veníamos a buscar trabajo, a ver qué pasaba, mis hijos que habían perdido a su papá, su escuela, su barrio, sus amigos; entonces yo dije allá yo iba al Hospital Nacional a hacer terapia con una psicóloga especialista en problemas de familia que hubieran perdido... súper especializada en eso. Bueno, llego acá, no tengo obra social, voy al hospital. Voy, me recibe alguien, después de dos o tres antecelas llego a plantear lo mío: "no, para lo suyo no hay nada". "Pero escúcheme..." "No, no hay nada. Y no hay lugar, La Casita está abarrotada, no tenemos turnos..." "¡Pero déme una esperanza!" "No, no hay". Y chau, fuera. Esto es complejo, porque esto se remonta a problemas de política...

(Grupo de mujeres mayores de Bariloche, NSE2)

Así como se experimenta el desamparo frente a la falta de atención solicitada, también se critica la facilidad de medicación de algunos médicos, que entienden como la otra cara de la precariedad en la prestación.

- [...] Yo no soy la más viva, pero tampoco soy tan estúpida, pero otra persona que lo lleva y, ¿lo entran a empepar? Cómo, la Dra. López, a un chico de catorce años ya lo mandaba a que lo medique. Ni lo conocía, es más, no se ni quién es la Dra. López porque no le conozco ni la cara. Y después, todavía le digo, "¿sabés lo que lamento hoy?" (Obviamente eso quedó en nada porque me dice "no te hagas problema"). No, pero lo que lamento hoy es no haber ido y que me de las pastillas, entonces después le hago un juicio, porque esto es terrible. Le digo, a una persona más corta que lleva al chico y lo entran a empepar...

- [...] Si lo encuentra en una situación como la que vos decís: "¿cómo termina esa criatura? Porque en tu caso tenés un cierto nivel cultural y sabés cómo manejarte y tenés cierto dominio, porque sino tu hijo terminaba..."

- *Si no, mi hijo a los diecisiete años, lo tendría medio tarado, todos los días haciendo la cola del hospital. Porque yo vi un montón de personas que era: "tomá, pepa, pepa y pepa".*

(Grupo de mujeres mayores de Bariloche, NSE2)

En otros casos, la frustración va de la mano del agotamiento de recursos económicos, pero también de tiempo y ganas para comenzar un tratamiento que consideran preventivo como es la terapia. En los sectores bajos y medios bajos, la terapia es considerada fundamentalmente como un paso de prevención al consumo de psicotrópicos y al que les gustaría acceder. Sin embargo, ya sea por no encontrar el lugar adecuado o por falta de un capital cultural que sostenga la decisión, aparece como un procedimiento ajeno e idealizado.

E.- Y en la obra social o en el hospital público, ¿hay posibilidades de eso?

- *Pero todo lo tenés que pagar aparte.*
- *Creo que en el público hay.*
- *Si, te derivan.*
- *Si, en el público hay. Creo que tenés que pedir turno, pero te dan para largo tiempo.*

E.- O sea que tenés que esperar.

- *Si, en el público y en el privado tenés que ponerte.*
- *Si. Para varias cosas, pero eso está todo manejado por las obras sociales. Y un particular, el otro día, me decían que está a cincuenta pesos por sesión de una hora.*

(Grupo de mujeres de edad mediana de Bariloche, NSE2)

La personalización como efecto directo de la desintitucionalización genera una sensación de "estar a la deriva" que provoca incertidumbre y angustia: la persona no sabe hasta cuándo se podrá sostener la situación personal que ha entablado con el profesional. Es una situación que pende de un hilo en tanto no se

sostiene más que del vínculo establecido por ellos, sin mediar institución que brinde seguridad en el tiempo y la forma de la prestación.

- *Yo creo que eso va también en la calidad de cada persona, más allá que sea médico o no, porque ya te digo, esta doctora que me empezó a atender en el hospital después no estuvo en el hospital y me atendía en la clínica y es como que yo quedaba a la deriva y... aparte es muy buena doctora y me dijo: "no, andá, yo voy a estar tal hora y te voy a seguir atendiendo", no se cómo hacía para hacerme pasar.*

E- *Y, ¿cómo era el acuerdo? Vos no le pagabas ni ella recibía nada a cambio.*

- *Claro.*

E- *O sea, lo hacía de buena persona.*

- *Sí, sí. Hasta que se enfermó y no trabajó más porque tenía cáncer y falleció y yo tuve que buscar por otros medios. Y ahora hace años que me atiendo en el Ramos Mejía.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

El otro caso de relación "personalizada" con el médico se da en aquellos individuos que mantienen algún tipo de relación personal con el profesional. En los sectores medios y medios altos esta puede ser de tipo familiar, de amistad o profesional entre colegas. En los sectores bajos se sigue una relación de jerarquía donde el médico aparece en un eslabón más alto frente a un familiar que actúa como intermediario al ser visitador médico, enfermera o administrativo del lugar donde trabaja el profesional. El resultado es una personalización del rol profesional, que facilita el acceso a los servicios de salud, los cuales suelen definirse como agotadores y en muchos casos frustrantes.

- *Mi caso es otro, mi mamá es enfermera en una clínica que hace medicina laboral, por lo tanto tienen consultorios externos y en algún momento la hemos ido a ayudar a hacer algún tipo de trabajo, o la he reemplazado haciendo estudios, cuando estuvo enferma o de vacaciones y tengo*

relaciones con los médicos de la clínica, tengo una amistad muy grande con el traumatólogo, por lo tanto forma de conseguir recetas, tengo. Es más, los médicos que atienden ahora a mi hijo me han dado hasta su número de celular, su mail para que nos mantengamos en contacto para ver en qué condiciones está atendido, si aparece algo nuevo o si necesito algo.

E.- Y, ¿son médicos del hospital?

- Sí, del hospital.

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

Una variante de esta práctica se da a través de un “salteo de jerarquías” cuando el agente de menor rango asume el papel del médico y es quien consigue la pastilla haciendo valer su posición en la estructura sanitaria. Así, ya no es quien media la relación con el médico, sino que es el mismo enfermero o visitador quien suministra el medicamento.

E.- Y, ¿cómo las consiguen?

- En mi caso tenemos un amigo visitador médico.

E.- Y, ¿cómo fue la primera situación?

- Cuando yo tomaba el Alplax, en ese momento me lo había recetado un médico, después como no te lo venden si no es con receta, me daba mi mamá, que tomaba porque yo estaba sin obra social, después dejé un tiempo de tomar y después hablando con unos amigos, que él es visitador y yo necesitaba algo para relajarme, él me consigue Tensium. A veces también toma mi marido, también en situaciones muy puntuales.

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

Una de las formas más significativas en cuanto a lo que supone este traspaso de experiencias desde la institucionalidad a la personalización y de lo privado a lo público, se inscribe en los mecanismos y estrategias que los sectores medios empobrecidos han ido articulando como formas de supervivencia social a

fin de resguardar su *habitus* de clase. Tal como se esperaba, fue en estos grupos donde más se identificó el inicio de consumo en relación con la crisis socioeconómica y la consiguiente caída social.

- *Yo fui al psiquiatra cuando empezó toda la crisis que mi marido se quedó sin trabajo, que tuvimos que sacar a los chicos del colegio, se fueron sumando cosas hasta que fui a un médico amigo, le comenté lo que me estaba pasando, que no podía dormir y bueno, empecé a llorar ahí y me dijo: “no, directamente andá acá a verlo a él”, pensé que era un psicólogo y terminó siendo un psiquiatra.*

- *Y, porque el que te medica es un psiquiatra.*

E.- *Y, ¿él te medicó?*

- *Yo empecé a tomar pastillas con él.*

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

En muchos de los casos surgidos en estos grupos de clase media empobrecida, la prescripción se realiza bajo la forma de dones, apareciendo la figura del “médico recetador” que se limita a confeccionar la receta y en algunos casos incluso, suministrar muestras gratis del medicamento. Luego hay una medicación por autorregulación del paciente, activándose el “yo gradúo lo que tomo” ya sea por una recomendación lega, la lectura del prospecto o por ensayo y error.

- *[...] Y ahora, bueno, siempre es por prescripción médica, entonces por ahí voy y le digo al médico, ahora es al clínico, le digo: “doctor, estoy muy loca”; y me dice: “bueno, tomá esto”, pero me da poquito y lo tomo una semana o hasta que me equilibre un poco y dejo.*

- *[...]*

E.- *Y, ¿cómo la conseguís?*

- *Me la recetó el médico. Y cada vez que me quedo sin ella, voy y le digo al médico y él ya sabe.*

E.- *Y el médico de qué especialidad es?*

- *Clínico general. Así que siempre estoy ahí, sino la tengo guardada. Nunca fui de tomar tanto medicamento.*

(Grupo de mujeres mayores de Bariloche, NSE2)

Como analiza Kessler, el don activa lazos comunitarios movilizando el capital social acumulado en situaciones críticas, en donde quien da el don y quien lo recibe se perciben en una “comunidad imaginaria” que activa el principio de demanda legítima a partir de la máxima justificadora “*si él estuviera en mi lugar, yo haría lo mismo por él*” (Kessler, 1998: 43).²¹ A diferencia del favor (una expectativa habitual que se salda con el agradecimiento) y de la dádiva (otorgada desde la distancia social), el don se inscribe entre pares sociales en una red de reciprocidades a pesar de que la práctica sea un don unilateral, ya que aunque es evidente que el que recibe el don *entró en desgracia*, esta situación es percibida como transitoria o eventual, por lo cual no hay diferencia social estructural, al menos hasta el momento en que el don se actualiza. Como afirma Kessler, “prima la creencia de intercambiabilidad eventual de los destinos”.

Si bien podemos entender esta situación desde cierta tradición instalada en la relación médico-paciente, comprenderlo como don nos lleva a contextualizarlo en la sociedad argentina contemporánea. Éste autor sostiene que este tipo de vínculo se da como paradigmático en los lazos sociales emergentes de la clase media empobrecida durante el proceso de crisis social de la última década. Los “Nuevos Pobres” como categoría sociológica emergente de la crisis social de las últimas décadas se ubican, en términos de la estratificación social, en posiciones indeterminadas entre los sectores medios y bajos. Esta indeterminación estructural vuelve complejo todo intento de definiciones del perfil, sin embargo lo que resulta

²¹ El artículo que acá se cita forma parte de la tesis doctoral del autor; “Le processus de pauperisation de la classe moyenne argentine (1976-1995)” presentada en 1998 en la École des Hautes Études en Sciences Sociales, París.

especialmente interesante de analizar es la intermediación entre posiciones históricas y recientes que interceden en las estrategias y redes sociales emergentes. En este sentido, el individuo de clase media que se atendía con un médico de prepaga, “espera”, desde un planteo ético, que éste lo siga atendiendo a pesar de haber perdido el plan por efecto de la caída social. Sin embargo, a diferencia de los sectores comprendidos en una situación de pobreza histórica y estructural, estos sectores hacen uso de su historia de clase para comprometer al médico en una relación profesional que sigue manteniendo lo más intactos posible los parámetros anteriores en pos de una idea de transitoriedad de la crisis.

E.- Y la dosis ésta, ¿cómo la regulaste?

- Él me la reguló (el médico), él se murió y no se ahora qué voy a hacer.

E.- ¿Hace cuánto se murió?

- Hace dos años, por eso digo, yo hace un año y medio que la medicación la consigo..., ojo, yo voy a un clínico, voy a una ginecóloga, voy al pediatra de mi hija y todos saben el momento que yo pasé, saben mi problema y les pido la receta y me las hacen.

E - [...] Y para conseguirlo ¿cómo hacés?

- Si voy a un clínico le cuento el tema y me hace la receta, o mi tía, que todos los días visita diferentes médicos y como le dan siempre consigue recetas. O el pediatra de mis hijas que también pasó por todo lo mío....

(Entrevista individual mujer de mediana edad de Buenos Aires, NSE1)

En el caso de los sectores medios empobrecidos, cuando la relación de dones con el médico de la prepaga no se concreta, la salita o el hospital público representan una fuerte ruptura en el plano simbólico como una pérdida más entre aquellas a que da lugar la situación de crisis. Al mismo tiempo que se da este reposicionamiento en el plano simbólico, en el plano de la praxis el sujeto debe aprender nuevas estrategias en su paso de lo privado a lo público. El capital social y cultural acumulado puede ser un recurso útil para saber “pelear un turno” o analizar distintas estrategias de sobreadaptación. Pero también puede jugar en

contra cuando las frustraciones con el sistema de salud se suman a una larga lista de frustraciones en el resto de las áreas de vida y de los sistemas que las comprenden. Allí se inscribe el patrón de “valerse por sí mismo”, al menos mientras la situación lo permita y en esa línea de acción toma lugar la autorregulación del psicotrópico.

- Yo me fui achicando, pasé de tener CEFRAM, que era el Hospital Francés, que no era lo que es ahora, la tuve muchos años; como no pude tenerlo más, me achiqué a esos planes de urgencias domiciliarias, hasta que después ví que no te ofrece internación, estudios tampoco y entonces me volqué al hospital porque armándose con paciencia, mientras no sea nada y urgente, lo vas llevando.
- Yo voy al Zubizarreta y vivo en provincia, ahí no es una maravilla, pero de un mes para el otro vas..., y vos vas aprendiendo cómo hacer.

(Grupo de mujeres de mediana edad de Buenos Aires, NSE2)

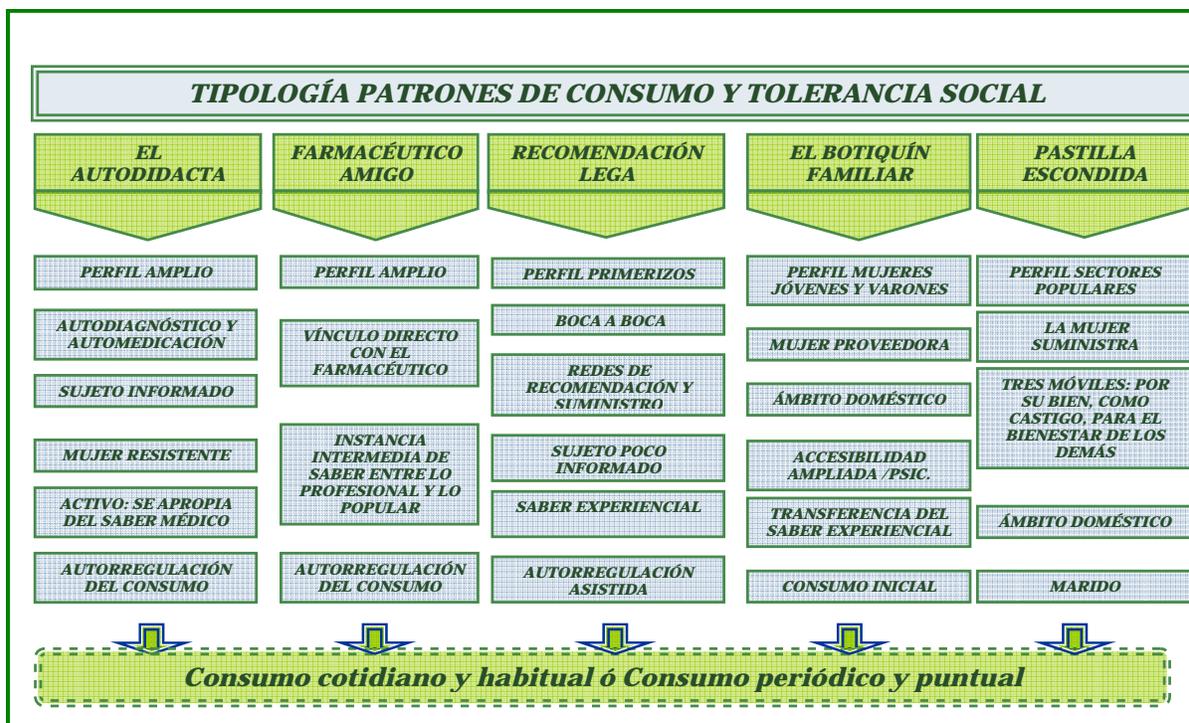


Gráfico 3. Tipología de consumo.

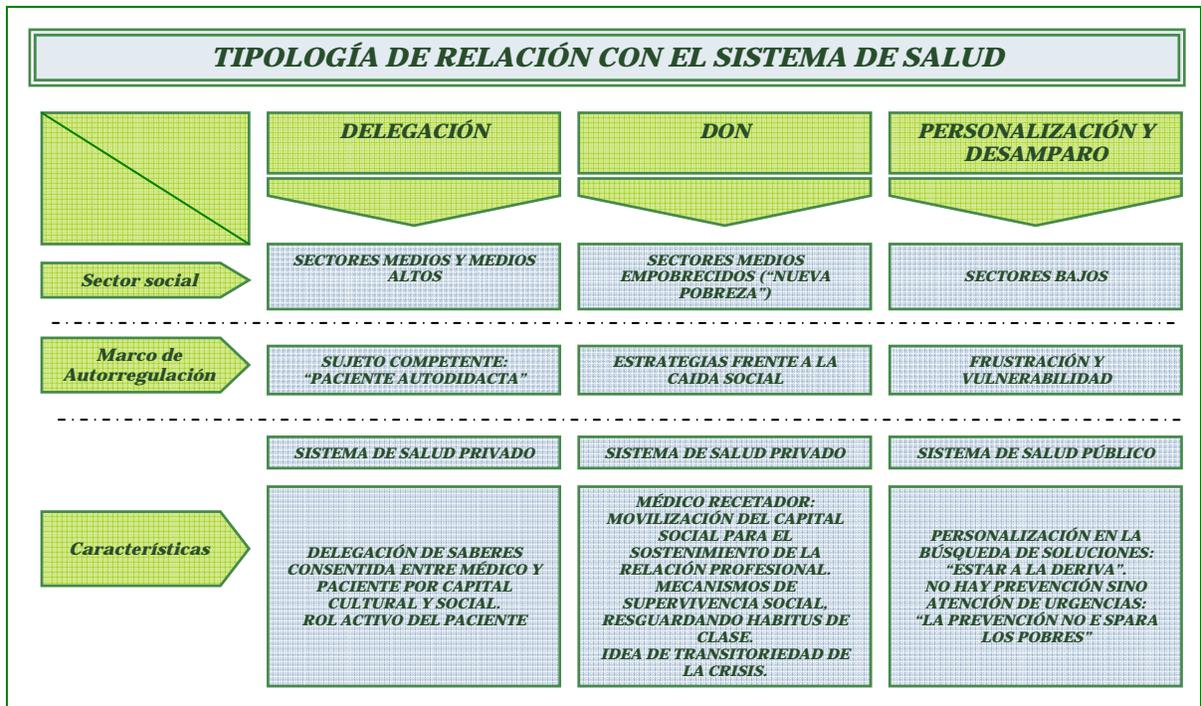


Gráfico 4. Tipología de relación con el sistema de salud.

Capítulo V. CONCLUSIONES.

“En cierto sentido, el campo de batalla se trasladó al fuero interno del hombre”

Norbert Elias, *El proceso de la civilización*.

1. Tolerancia social y modelos de referencia cultural.

La tolerancia social hacia la creciente medicalización de la vida se sostiene generalmente en un discurso paradójico en relación con la noción de medicamento. De este modo, si bien al psicotrópico se lo consume como una “pastilla para sentirse mejor”, la aceptación social o al menos la tolerancia se fundamenta en su estatus de medicamento. El psicotrópico participa así de un grupo cada vez más amplio de productos ofrecidos en farmacias que invitan a una automedicación para la *performance* social, ya sea sedando o estimulando a quien lo consume. En este callejón sin salida parece encontrarse la discusión acerca de si lo que hay que poner en cuestión es una idea clave en la sociedad contemporánea: la autoconstrucción del sujeto. Frente a esto, surge la tendencia a percibir como dato menor la diferencia entre la enfermedad y la reacción normal de incomodidad que sucede ante determinada circunstancia, aunque esta circunstancia sea ni más ni menos que la vida misma. Como vimos en los relatos y su análisis, esta idea de autoconstrucción puede tener un correlato que oscila entre un sujeto competente y un sujeto desamparado y “sobreviviente”, según en qué eslabón de la estructura social esté ubicado.

En estudios anteriores sobre la población adolescente escolarizada, encarados por este equipo de investigación, se encontró que el consumo de alcohol funda sentido en la idea de producción del yo, poniendo el eje en la desinhibición, a través de un consumo ritualizado y social.²² En el caso del consumo de psicotrópicos, la idea de autoconstrucción lleva a ideales de autosuperación, competencia, rendimiento, voluntad y emprendimiento en los

²² Nos referimos al Estudio SEDRONAR-OEI, “Imaginarios Sociales y prácticas de Consumo de alcohol en adolescentes de escuelas de nivel medio” (2005).

sectores medios y medios altos; de supervivencia en los sectores menos acomodados. De uno y otro modo, el consumo sigue siendo una herramienta adaptativa para una socialización eficaz, pero a diferencia del consumo abusivo de alcohol en los adolescentes, que cumple con consignas de socialización y recreación grupal, el consumo de psicotrópicos se practica de modo individual. Se compensa el déficit en la intimidad y los ideales de competencia y adaptación se redefinen, según se alojen las demandas en el ámbito público o privado.

El sujeto se encuentra en un dilema de difícil solución: mientras se dan experiencias inéditas de autonomía, se padece la ausencia de marcos reguladores acrecentando los niveles de angustia y vulnerabilidad. Por otro lado, emergen nuevos modelos culturales que, al tiempo que instalan la idea de libertad y autoconstrucción, nos exigen entrar en rígidos patrones de “ser en el mundo”, a riesgo de ser definidos por el fracaso y la frustración como las grandes amenazas de un clima de época demandante de adaptación e integración social. Pero, ¿qué sucede cuando estas exigencias nos sobrepasan? ¿Qué se hace cuando uno más que disfrutar de la libertad, *padece* la autonomía que se le demanda?

Solal sostiene que “lejos de una aspiración adaptativa, la intoxicación de una franja de la juventud en los años setenta se inscribe en un movimiento contracultural de crítica radical del *establishment*” (Solal, 1994: 198). A diferencia de esta respuesta contracultural, hoy hablamos de tolerancia social cuando el psicotrópico resulta un insumo para ser parte competente de la cultura dominante. Eso explica que en los círculos sociales más imbuidos por las ideas de *performance* social, el consumo de tranquilizantes o estimulantes adquiera la característica de productos aspiracionales en el mercado. Según el marketing, lo aspiracional es aquello que un grupo social ve como ideal a seguir, *a lo cual aspira*, lo cual supone la pertenencia a un grupo social de referencia. El psicotrópico actuaría así como signo de inclusión a un mundo de consagrados. Las imágenes que convocan las publicidades que hemos analizado así parecen demostrarlo.

Hablar de tolerancia social en este contexto supone comprender al psicotrópico como insumo efectivo para la integración social, la optimización de la *performance* y la “anestesia del sufrimiento moral” (Solal, 1994: 200) que atenta contra estos ideales. Parecen ser, “*un artificio para fabricar individuos, una química de la promoción de sí mismos*”, como plantea Ehrenberg (2004: 9). Y pueden pensarse, siguiendo a Elias, como un medio para manejar ciertos problemas planteados por el hecho de que seamos civilizados, es decir, sujetos que se autocontrolan, suavizando sus relaciones y sus costumbres y desplazando las violencias externas al interior de su subjetividad. Así se asiste a una tolerancia signada por la idea de una dependencia social confortable donde se establece una “automedicación más o menos bien controlada cuyo efecto sería la farmacodependencia”, tal como sostiene Solal (1994:202).

2. Tipología por ciclos de vida.

Esta *dependencia social confortable* no se plantea de modo homogéneo. En sus motivaciones, representaciones y formas de consumo varía de acuerdo a múltiples variables. Entre ellas identificaremos las variaciones y *continuums* que se suceden según el género, los ciclos vitales y las pertenencias socioculturales, de acuerdo a lo que hemos recabado en nuestras entrevistas y lo que a lo largo del informe se ha expuesto. Esta tipología pretende explorar las principales características que se pueden reseñar de los grupos analizados de acuerdo al género, el ciclo vital y el nivel socioeconómico, como posiciones estructurales que comprometen *habitus*²³ y estilos de vida diferenciados que inciden en las representaciones y patrones de consumo de psicotrópicos.

❖ Jóvenes.

Este ciclo vital aparece signado por la idea de “forjar el camino”. Se identifican dos grandes grupos cuyas diferencias se fundamentan en el

²³ Bourdieu (1979) se refiere al *Habitus* al vincular la acción a la estructura social. El *habitus* es el conjunto de modos habituales de entender que son constitutivos de un grupo, organizando las prácticas sin determinarlas. Son disposiciones, recursos, que el individuo incorpora como parte de un grupo social y lo predisponen a entender y actuar, en tanto funciona como estructura social incorporada.

estilo de vida centrado en el desarrollo personal o en el proyecto familiar. Si bien en los dos grupos emerge la idea de *preparar el camino*, este proyecto se enfoca en espacios diferentes.

Uno de los grupos se define por ideales de competencia y rendimiento aunque con bajo nivel de compromiso. Los “jóvenes adolescentes” tienen un estilo de vida que se apoya en un espacio intermedio entre la individualidad y la dependencia, propio de la adolescencia. Se trata de individuos solteros y de una clase media alta, con estudios terciarios o universitarios, seguidos muchas veces por estudios de posgrado o cursos de actualización y formación continua para la calificación y el desarrollo profesional. Esta demanda de proyección individual se ve también en la realización de cursos para la adquisición de habilidades personales, desde cuestiones técnico profesionales hasta otras enfocadas en el desarrollo de la personalidad o habilidades actitudinales (cursos de inteligencia emocional, deportes, *hobbies*, etcétera). Aunque el trabajo demanda tiempo y esfuerzo, es vivido como espacio de proyección de la persona y toma así áreas de la vida privada. Lo que resulta es una combinación entre exigencias de vida adulta y actitudes de adolescencia tardía que se manifiesta tanto en los aspectos objetivos (algunos viven con sus padres y de algún modo siguen siendo dependientes de ellos) como subjetivos (una “sensibilidad adolescente” en cuanto a gustos, valores y uso del tiempo libre). El proyecto se inscribe dentro de una idea de realización personal, cuyo eje es el trabajo que se extiende al resto de la vida.

La sensibilidad adolescente también se expresa en el modo de pensar (y en ciertos casos, vivir) el trabajo: no como “un deber” o un “lastre” del cual se desliga fuera del horario estricto y rutinario prefijado sino como un espacio de desarrollo de la persona y especialmente de la personalidad. El trabajo convoca sentimientos de placer que se sostienen en el reemplazo de la idea de “rutina de trabajo” por la de creación, cambio y adaptación constante. El nivel de exigencia es vivido como desafío y como parte de la exploración de emociones que define a este perfil. Es un trabajo

competitivo, que requiere altas dosis de proactividad e iniciativa individual y que si bien valora la actitud de “trabajo en equipo”, lo hace como estrategia de adaptación a un ideal individualista. En este marco, *la pastilla* cumple una función compensatoria, *ayuda a seguir cuando yo solo/a no puedo*. De este modo se justifica para el rendimiento pero también para bajar el ritmo desde un enfoque instrumental, para recuperar fuerzas y continuar el circuito.

Dado que los estilos de vida no muestran distinciones significativas entre varones y mujeres, en este perfil no se observan grandes diferencias por género. Sin embargo, resulta llamativo cómo los distintos modos en que se expresa un mismo conflicto, que es fuente de angustia y ansiedad frente a ideales de rendimiento y competencia, refieren a los más tradicionales patrones de distinción entre los ámbitos públicos y privados adscriptos a cada género. Así, en las mujeres de este perfil, un aspecto que entra en tensión con el hedonismo despreocupado de la sensibilidad adolescente y por el cual también se recurre a la pastilla compensatoria, es el mandato de “gustar a todos”. Esto que se encuentra especialmente en las mujeres profesionales, jóvenes (y también de mediana edad), trae aparejado niveles de angustia y ansiedad frente al temor de “no gustar”, apegado a imaginarios estéticos y personales como lo tradicional femenino, aunque esté centrado especialmente en el ámbito laboral y se extienda al resto de la vida. Un caso especial lo constituyó el grupo de mujeres jóvenes que asoció el consumo de pastillas con los problemas de anorexia y bulimia que padecían y que relacionaron directamente con la idea de gustar según los exigentes modelos sociales. En los varones, el ideal de agrandar se resignifica desde un principio más objetivo: la eficiencia; que está centrado en el ámbito laboral, como espacio tradicional del varón, “no cumplir”.

Por otro lado, en las mujeres jóvenes de este perfil aparece de modo recurrente la figura de la madre como modelo de consumo y como quien recomienda y acerca la primera pastilla. Esto en algunos casos genera espacios de intimidad en el vínculo entre madre e hija, actuando como

transferencia de saberes y experiencia mientras que en otros casos se percibe de modo negativo, intentando distanciarse de un modelo familiar que condiciona y molesta.

El segundo grupo que apareció en este segmento de edades lo definimos en comparación con el anterior como “los jóvenes adultos”. En ellos el proyecto se focaliza en el bienestar de la familia. El desarrollo individual cede paso al proyecto familiar o se construye a través suyo. Pertenecen al segmento joven de niveles medios bajos y bajos, con un estilo de vida signado por la adultez de sus condiciones objetivas pero también por una actitud de seriedad y compromiso que los distancia de los jóvenes adolescentes. Más allá de que esta actitud adulta sea la causa o efecto de su ingreso comparativamente temprano al rol de jefe o madre de familia, comparte las características del grupo adulto del mismo sector social, con las diferencias por género que allí se presentan. En este sentido, parecen vivir una adultez temprana, adelantando los patrones de comportamiento y de consumo del psicotrópico propios de los grupos de mediana edad de estos sectores.

El consumo en este ciclo se muestra caracterizado por lo esporádico, es decir puntual o periódico que suele responder a las demandas de rendimiento, ya sea por alcanzar niveles de proactividad o para bajarlos a fin de “recargar energías”. Sin embargo, en los sectores medios bajos y bajos se observa una tendencia hacia un consumo periódico, signado por imaginarios de supervivencia.

❖ **Mediana edad.**

En este ciclo vital se reconoce un imaginario marcado por la sensación de apremio del tiempo presente, una idea de “ahora o nunca”, lo cual lleva a situaciones de estrés y angustia frente a la tensión que supone la presión (“romperse el lomo”) y la amenaza de caída asociada con una siempre latente insuficiencia (de no llegar a alcanzar lo planteado).

En las mujeres profesionales de clase media y media alta se observa lo que podríamos denominar el “normal desarrollo de la joven adolescente competente”. A sus actividades de trabajo y desarrollo personal (cursos, cuidado del cuerpo, espacios de sociabilidad) se suma ahora la exigencia familiar de la cual antes se esforzaba por distanciarse. Intensifica así su nivel de presión al no abandonar ningún rol y buscar el rendimiento en todos los ámbitos. El psicotrópico, en estos casos, sigue actuando como “pastilla compensatoria”, desde la idea de *gustar a todos*. Si bien compensa el *déficit* que la búsqueda permanente de proactividad provoca, también puede ayudar a “tapar” sentimientos de culpa generados por los mismos baches que no logra compensar, fundamentalmente en el plano familiar con los hijos y con la pareja. La idea de “tapar” con la pastilla los sentimientos negativos también aparece en las mujeres de sectores medios y bajos que se apartan del rol de profesional exitosa y se acercan a la figura de “ama de casa abnegada”, donde los vínculos más íntimos aparecen como la principal motivación de consumo, siendo no sólo causa sino también destinatarios indirectos de sus beneficios en el logro de armonía y tranquilidad en un acto imaginario de transferencia mediante la idea de “estar bien yo para que los míos estén bien”. Priman aquí valores de “estabilidad” y “contención” antes que el logro de “equilibrio” (entre las múltiples áreas a cubrir) al que refiere la mujer profesional. El autoconsumo femenino viene precedido en muchos casos por algún tipo de intervención médica. Aún cuando ésta haya seguido los pasos de un tratamiento regular, la autorregulación aparece como respuesta a estrategias de “personalización del tratamiento” por parte de la paciente a través de un ejercicio de autoconocimiento (“yo sé lo que necesito”, “yo me conozco”, o simplemente bajo la práctica de ensayo y error) que no necesariamente implica poner la capacidad médica en cuestión.

En los varones de clase media alta, aparece la idea de autoexploración (*conocerse uno mismo*), lo cual implica la exploración de los malestares (*qué siento*) y la exploración de la solución (*cómo lo manejo*)

mediante el fármaco, por una combinación entre recomendación y ensayo y error que excluye al médico del proceso. En este grupo, el malestar está muy concentrado en lo laboral y específicamente en el “trato con la gente” dentro de ese espacio, como fuente de angustia y estrés que determina el consumo. En los varones de sectores medios bajos y bajos, aparecen de modo muy marcado los mandatos de rol tradicionales (el hombre trabajador y proveedor), pero también una búsqueda del equilibrio entre el trabajo y la familia, abonando la idea de un jefe de familia presente en un rol que se desdobra entre ambos escenarios. Esto, a diferencia de la “doble jornada” de la mujer profesional, que debe “trabajar fuera y dentro de sus casa”, se vive como un corte abrupto entre uno y otro ámbito. Reconocer el quiebre entre casa y trabajo, entre afectos, vínculos y obligaciones, hace que se vuelva necesaria la pastilla para “dejar los problemas fuera de casa”, resguardando el nicho de certeza que supone el hogar frente a un exterior agresivo, lo cual puede resultar un acercamiento a la idea fuertemente femenina de *estar bien yo para que los míos estén bien*.

En este ciclo, el consumo suele presentarse de modo caótico: puede ser puntual, periódico, cotidiano o habitual. Sin embargo, en las mujeres parece encontrarse una mayor periodicidad que tiende hacia lo cotidiano a medida que se avanza en el tiempo, mientras que el varón habla acerca de su consumo en términos más puntuales. Esto debe leerse con cuidado ya que puede responder a una característica propia del discurso masculino y también por la menor naturalización que supone el consumo por parte de los varones entrevistados.

❖ **Mayores.**

En los adultos mayores tiene lugar la idea de un ciclo vital signado por *lo que se hizo*, llevando esto a tres enfoques diferenciados: la angustia de “quedar fuera de rueda”, los replanteos negativos y la valoración de sí mismo.

En la idea de “quedar fuera de ruedo” prima la amenaza a alejarse de los roles que lo definieron social y subjetivamente: el varón proveedor, la madre abnegada, la mujer maravilla. Aparecen así los miedos presentes a un futuro que lo represente desde ideas signadas por “no servir” o “volverse un estorbo”. También, tanto en mujeres como en varones que se han desarrollado profesionalmente, supone una amenaza al valor de proactividad y competencia que los define como *sujetos en el mundo*. En las mujeres el crecimiento de los hijos y su consecuente independencia aparece como un presente que se les impone, dando lugar a la angustia del “nido vacío”, que se agudiza en la que sostuvo su rol desde la figura de “madre abnegada”.

En las entrevistas a mujeres se observó un recurrente ejercicio de autoevaluación de lo hecho, lo cual puede llevar a grandes replanteos existenciales, muchos de los cuales comenzaron en la edad mediana y hoy parecen cobrar énfasis. Éstos suelen tomar la forma negativa de “lo que no hice” o “lo que hice mal”, lo cual genera angustia y resulta un motivo importante en el consumo de “la pastilla”.

Desde la perspectiva del actor, una vuelta positiva al replanteo tiene lugar cuando la mujer siente este ciclo como el “tiempo de cosecha”. La cosecha se fundamenta en la idea de que ya dio demasiado a los otros y ahora sobreviene el tiempo propio: “siempre les diste”, “aprendés a poner límites”, “querés vivir vos”. La idea del “ahora yo” alude de modo positivo a un replanteo más o menos feliz de todo lo brindado a la familia y a un reconocimiento de los propios deseos y actuar al respecto, “darse los gustos” y también aprender a conocerlos, en aquellas mujeres que por la entrega a los hijos y al marido, han visto relegar su disfrute. De algún modo es la contracara de la que se replantea negativamente lo que hizo o la que llora el despegar de los hijos. Es la vuelta positiva de la mujer de mediana edad nos planteaba, con o sin reproches, que su tiempo personal se limitaba a los horarios de madrugada, “cuando todos dormían”.

De este modo, en la mujer del “ahora yo”, la pastilla toma una función compensatoria: el *déficit* de la edad debe ser compensado para poder disfrutar, avanzando en valores de proactividad pero desde la idea del disfrute del tiempo, lo cual lo vuelve más relajado. En la mujer profesional, la cosecha también tiene lugar viendo un momento de reconocimiento profesional, que incluso puede comenzar en el ciclo anterior y los reproches pueden estar del lado de no haber sabido relajarse lo suficiente o no haberse “esforzado” en la búsqueda de un mayor equilibrio entre los tres ámbitos de desarrollo: laboral, familiar y personal. En el varón este sentimiento también aparece aunque tensionado con ciertas ideas de utilidad y competencia que resultan difíciles de abandonar y en este sentido se muestra unido a sentimientos de nostalgia, frustración y búsqueda de nuevos desafíos para “dar sentido a la vida”.

Las mujeres mayores manifestaron casi siempre un consumo de forma cotidiana o habitual y bajo algún tipo de intervención médica. Por lo general, van al médico al “no soportar más” o cuando el síntoma se vuelve evidente al interior de la familia y luego se abandona o se combina con una autorregulación de la dosis y del mismo tratamiento. Junto a los trastornos del sueño aparece una gran manifestación de malestares asociados a la ansiedad o trastornos físicos que tienen, según lo explican, una “base o efecto nervioso”, que en algunos casos relacionan con la edad. En los grupos de mujeres mayores de sectores bajos se repitió la práctica de ocultar la pastilla en el mate o en algún alimento para que sea consumida por el marido, lo que da muestra de un continuum de apropiaciones de parte de la mujer sobre la “salud” de la familia.

En el caso de los varones, se hace mayor mención a cuestiones puntuales o de cierta periodicidad en el consumo que, a fuerza de acostumbramiento o suma de malestares, se pueden volver habituales o cotidianas, sobre todo si se trata de problemas relacionados con el sueño. El médico está más presente que en ciclos de vida anteriores, donde el consumo por total cuenta y regulación se impone. Sin embargo es una

relación más distante que en la mujer; suele darse un inicio del consumo por prescripción, aunque luego la autorregulación se impone y el médico pierde prácticamente toda incidencia o actúa mínimamente como “recetador”.

TIPOLOGÍA POR CICLOS VITALES						
	ADULTOS JÓVENES		MEDIANA EDAD		ADULTOS MAYORES	
NSE	SECTORES MEDIOS	SECTORES BAJOS	SECTORES MEDIOS	SECTORES BAJOS	SECTORES MEDIOS	SECTORES BAJOS
ESTILOS DE VIDA / IMAGINARIOS DE CONSUMO	Rendimiento y proactividad. Sensibilidad adolescente. (“Adolescencia extendida”)	Supervivencia (“adulterez temprana”)	Rendimiento	Supervivencia y dependencia afectiva	Rendimiento. Angustia por debilitamiento del rol: no servir.	Dependencia afectiva.
PATRONES DE CONSUMO	Botiquín familiar y recomendación lega.	Botiquín familiar y recomendación lega.	Paciente Autodidacta.	Personalización y desamparo.	Paciente autodidacta.	Personalización y desamparo. Pastilla oculta.
FRECUENCIA	Consumo esporádico y focalizado.	Consumo esporádico o periódico.	Consumo periódico.	Consumo periódico.	Diario o habitual con algún tipo de intervención médica.	Diario o habitual con algún tipo de intervención médica.
GÉNERO	No se observan grandes diferencias por género.	Adscripción a roles. Mujer: casa / Varón: trabajo.	Tensión de roles. Mujer Maravilla (trabajo vs. Casa).	Adscripción a roles. Mujer: casa / Varón: trabajo.	Varones: angustia por quedar fuera del ruedo. Mujeres: síndrome del nido vacío.	Adscripción a roles. Varones: no servir. Mujer: preocupación por los hijos.

Gráfico 5. Tipología por ciclos vitales.

3. Aspectos a considerar.

- ✓ La mayor frecuencia de visitas al médico por parte de las mujeres genera una intensa apropiación de saberes legítimos, notoriamente mayor que los varones. Ello abona un clima de democratización del saber médico al tiempo que las posiciona y califica mejor para encarar una autogestión de sus malestares, muchas veces a través de la dinámica de ensayo y error. Finalmente, esta producción de saber, la práctica misma y el aprendizaje dado a partir de las frecuentes visitas al consultorio, son factores que sostienen una imagen de mujer consumidora, lega y proveedora de pastillas al interior del ámbito familiar o del círculo de amistades. Se conforma de tal modo un cierto movimiento circular que integra prescripción,

consultas, automedicación y recomendaciones de consumo, consolidando en el imaginario a las mujeres como consumidoras por excelencia.

- ✓ Así, la mujer aparece como la proveedora paradigmática dentro del ámbito familiar, como madre, esposa o hermana, lo cual abona a la naturalización del rol de consumidora. En el caso de la relación madre e hija, se instala un espacio de intimidad que en muchos casos remite a la transferencia de saberes que se da en torno a las primeras experiencias femeninas (la menstruación, el primer novio, la primera relación sexual, etcétera). En muchos de los casos, se inscribe como parte de una red familiar de recomendación y /o suministro del psicotrópico, que forma parte de una historia de consumo al interior del hogar. Por fuera del ámbito familiar, la recomendación y /o suministro puede darse por varones y mujeres.
- ✓ En relación con lo anterior, las mujeres hablan con mayor naturalidad del propio consumo de psicotrópicos, mientras que en los varones este resulta ser más “escondido”. Entendemos que debe ser un factor a tener en cuenta al estudiar motivaciones que explican el mayor número de mujeres en el consumo de psicotrópicos y que, por otra parte, se agrega a los ya mencionados en los trabajos de Burín y Romo acerca de la diferente disposición médica respecto a la paciente mujer.
- ✓ De este modo, en la mujer aparece más que en los varones la intervención médica en algún momento del proceso de consumo y en las múltiples formas en que la relación con el médico se plantea. Principalmente se vio al inicio del consumo o cuando la situación se vuelve insostenible. Sin embargo, la relación con el médico suele estar mediada por una paciente que desconfía de la dosis y la autorregula.

- ✓ El estudio puso en evidencia que existe una aproximación diferencial al profesional médico en hombres y mujeres; en edades jóvenes y medianas el médico llega simbólicamente al hogar a través de la mujer. Mientras en edades avanzadas ambos frecuentan distintos profesionales de la salud y la relación establecida se enmarca cerca de lo habitual o cotidiano, en adultos jóvenes y de mediana edad, la diferencia entre varones y mujeres en la frecuencia de visitas a profesionales médicos es notoria. El casi inexistente hábito masculino de visitar al médico regularmente en edades menores, lleva a que su vinculación con la prescripción y el consumo de medicamentos (psicofármacos y otros) y por tanto, con el médico, sea a través de la mujer de la casa (esposa o madre), quien sí suele entablar una relación habitual con el profesional, tanto por ella como por consultas de los hijos de edades pequeñas.
- ✓ Las razones que emergen del abandono del tratamiento con el médico, continuando el consumo por cuenta propia, denotan una naturalización de la automedicación con psicotrópicos, en tanto aparece como un proceso de distanciamiento que “se va dando”, casi como destino anunciado. Sin embargo, cuando se muestra una actitud más crítica respecto de la automedicación, aparecen la falta de tiempo, la indiferencia (la visita al médico ni la tiene en cuenta), los problemas de comunicación entre médico y paciente (*no me entiende, no lo entiendo*) o la frustración ante el incumplimiento de las expectativas del paciente autodidacta que llega a la consulta con un autodiagnóstico y una idea de medicación preestablecida.
- ✓ Los imaginarios convocados por la publicidad de los laboratorios se corresponden con las representaciones sociales que surgen en los grupos, lo cual permite observar la circulación de valores e ideas fuerza, consolidando modelos culturales y proyectando conductas. Desde los mismos laboratorios, se hace una distinción entre aquellas

publicidades pensadas para el universo restringido del médico que prescribe el medicamento y aquellas que apelan a lo emocional y a ideales de calidad de vida, dejando de lado o desplazando la cuestión médica a un segundo plano. En este sentido, si bien existe una ley que prohíbe la venta libre y la publicidad de medicamentos en medios de divulgación masiva diferenciándolos de las estrategias de mercado de otros productos de venta masiva y /o libre, se asume que no alcanza a contrarrestar las diversas estrategias de discurso y práctica que llevan al proceso de banalización del consumo. Esto se explica por mecanismos que desde fuera y dentro del campo médico y la industria farmacéutica intervienen en la idea de medicalización de la vida cotidiana. Como ejemplo cabe destacar la creciente “puesta en escena” del consumo de psicotrópicos en forma banalizada que aparece en los medios de comunicación, donde conductores famosos buscan intimidad con el espectador comentando que toman ansiolíticos para soportar el estrés de un programa diario, o en una ficción el personaje protagónico ofrece a otro una pastilla para dormir con la mayor naturalidad posible.

- ✓ Las personas entrevistadas suelen usar expresiones como “pastilla” o “me tomé algo”, sin mayores especificaciones. En varios casos se aludió al nombre comercial y en menor medida a la droga o grupo farmacológico (en el caso de las benzodiazepinas fundamentalmente). Cuando se piden o surgen espontáneamente mayores detalles, hablan de ansiolíticos y antidepresivos, más que de tranquilizantes y estimulantes. Esta última denominación prácticamente no apareció en los testimonios recogidos. Hipotéticamente se puede decir que su uso parece estar más asociado a fines recreativos y más específicamente a bebidas energizantes que suelen tomarse mezcladas con alcohol, como se vio en el estudio de adolescentes y consumo de alcohol, ya citado.

- ✓ De la clasificación que presentamos en el primer capítulo, podemos distinguir al grupo de tranquilizantes o ansiolíticos del tipo Benzodiazepinas como las drogas más conocidas y usadas por las personas entrevistadas. Su función se amplía como inductores del sueño, en tanto efecto de su poder tranquilizante, por lo que se usan en muchos casos “para descansar mejor” o “conciliar el sueño”. Por otro lado, cada droga tiene una especificidad que permite, en ciertos casos, relacionar su poder ansiolítico y tranquilizante con trastornos de angustia, insomnio, etcétera. Este grupo de drogas es el que presenta una mayor naturalización y banalización en su uso, según lo que se manifiesta en las entrevistas. En los imaginarios, las benzodiazepinas, al ser drogas de uso más extendido y naturalizado, aparecen como drogas “todo terreno” y en muchos casos se habla de ella como “la aspirina”, lo cual demuestra el grado de naturalidad en el consumo.

- ✓ La referencia y el consumo de los Antidepresivos de Segunda Generación, como la Fluoxetina, tuvo una presencia considerablemente menor en las entrevistas, concentrándose en los grupos focales de clase media alta pero siempre secundando a las benzodiazepinas. En algunos casos es recetado, o bien usado, sin mediación profesional, “acompañando” a las benzodiazepinas. Los imaginarios de esta droga están asociados a la idea de rendimiento, proactividad, *performance* social, pero desde un mensaje que trasmite la recuperación de las ganas de vivir y el desarrollo de la emoción: “sentir”, como experiencia en sí. La Fluoxetina es la droga del *Prozac*, medicamento que en los años noventa se volvió emblemático en Estados Unidos y Europa como la “droga de la felicidad”. Se ve una asociación de esta droga con beneficios “adicionales”, como ayuda a dejar de fumar o para perder peso, por ejemplo. Estos “adicionales” le otorgan un plus simbólico a la promesa de felicidad que representa, lo cual no resulta un dato

menor en una sociedad donde ser feliz se ha vuelto un imperativo, una exigencia más en la *performance* social de los sectores más acomodados.²⁴

- ✓ Entre los malestares mencionados como motivadores del consumo, aparece la imposibilidad de conciliar el sueño o un mal descanso, entendiendo que esto arrastra luego otros malestares como ansiedad y falta de rendimiento durante la jornada. Es decir, no es el dormir lo que más preocupa sino los efectos que ese buen dormir trae en el rendimiento, lo que le imprime una idea de instrumentalidad: *si no duermo bien, luego no sirvo*. Cuando el consumo se fundamenta en trastornos de sueño, parece haber una frecuencia de uso habitual o cotidiano mayor que ante otros malestares.
- ✓ El estrés, la ansiedad, la angustia, también aparecieron de modo recurrente como factores de consumo. En muchos casos, sobre todo en las mujeres, se los consignó dentro de rótulos de malestares “de moda” como ataque de pánico o depresión. Esta definición en algunos casos fue dada por el médico; en otras el paciente fue con esa inquietud al profesional. Lo interesante es que cuando el rótulo del malestar aparece tipificado en alguna enfermedad, los entrevistados suelen aludir a algún tipo de intervención médica, aunque sea sólo cumpliendo el rol de prescriptor o “médico recetador” que avala el autodiagnóstico o lo nomina, reduciendo en algún punto la angustia al saber “de qué se trata”.
- ✓ Muchos de los testimonios a profesionales de la industria farmacéutica y médicos, así como estudios realizados en el país recientemente de los cuales hemos referido en estas páginas, entienden que la crisis socioeconómica de la Argentina explica el

²⁴ Entre los “beneficios adicionales” de diferentes psicotrópicos se encuentran también los que funcionan para tratamientos cardiológicos o de otra especialidad médica, dentro de un programa específico de seguimiento de la enfermedad. No nos hemos concentrado en este punto dentro del estudio al entender que excede el recorte propuesto.

creciente consumo de psicotrópicos. De acuerdo a los resultados de este estudio entendemos que para la comprensión del fenómeno, la particularidad de la crisis argentina debe ser cruzada con las características propias de un clima de época que trasciende fronteras y se instala como imaginario de estilo de vida global. Esto no supone minimizar las especificidades locales sino más bien complejizar la cuestión tomando en cuenta las dimensiones globales y particulares que participan en el proceso.

4. Recomendaciones.

- En los grupos de sectores medios empobrecidos, medios bajos y bajos resultó un hallazgo encontrar que en la historia de automedicación muchas veces se había recurrido al sistema de salud antes de comenzar el proceso de medicalización por cuenta propia, el cual se iniciaba a partir de una serie de fracasos que el sujeto fue experimentando con el sistema. A diferencia de los grupos de clases medias y medias altas que frente al debilitamiento de las instituciones tradicionales “toman la posta” y se hacen cargo de una serie de prácticas de modo individual y allí se inserta el procesos de automedicación, en los sectores medios bajos y bajos las instituciones siguen teniendo un peso notorio y se espera de ellas el cumplimiento de sus funciones tradicionales. Cuando esto no ocurre se generan sensaciones de desamparo que dejan al sujeto “a la deriva” y en este marco se inscribe el inicio del consumo. Es por eso necesario tener en consideración este dato al planificar estrategias de acercamiento al sistema que no sean expulsivas, al tiempo que se vuelve necesario contar con medios adecuados que informen de manera precisa y directa los modos de acceso al sistema.
- Los grupos, más allá del valor que muestran como herramienta metodológica, han permitido observar la valoración que los sujetos hacen de ese espacio como una instancia terapéutica, en el sentido

de que promueve la comunicación intersubjetiva de las problemáticas, temores y malestares. En varios de los grupos sucedió que al terminar la entrevista los participantes dijeron haber hablado de cosas personales que nunca antes habían dicho, lo cual les generó la posibilidad de reflexionar, de liberarse al poder hablarlo y al mismo tiempo los tranquilizó saber que otras personas pasan por situaciones similares. Esto provocó en más de un caso, y específicamente en grupos de mujeres mayores, que frente a la dificultad de acceder a un servicio sanitario, al terminar el grupo focal y por cuenta propia decidieran intercambiar los números de teléfono a fin de organizar ellas un encuentro periódico donde poder charlar sobre sus problemáticas y también organizar salidas. Entendemos que si bien el recurso del grupo es valioso en todas las edades como medio de comunicación intersubjetiva, en los grupos de edades mayores resulta altamente significativo al cubrir espacios de soledad, aislamiento, sedentarismo y extender su función al ámbito recreativo y social.

- La mujer no sólo es consumidora sino que resulta un eje central en la transmisión de saberes e información. Por ello, debería considerarse el significativo rol de la mujer dentro del proceso en cuestión al planificar políticas de prevención, mensajes en medios de comunicación y estrategias sanitarias.
- La frecuencia del consumo se acrecienta en los grupos a medida que se eleva la edad. En los grupos de jóvenes el consumo apareció mayoritariamente focalizado en situaciones específicas mientras que en los grupos de edades mayores el consumo se volvía mayoritariamente cotidiano o en períodos más extensos y recurrentes. Teniendo en cuenta este dato, se recomienda tomar acciones destinadas a cortar este espiral de naturalización y banalización del consumo en edades tempranas. Esta naturalización suele comenzar en las prácticas que hemos identificado como de

“Recomendación lega” y “Botiquín familiar” aunque en muchos casos medie de modo directo o indirecto el médico.

- Se sugiere considerar el consumo de psicotrópicos dentro de la lógica que podríamos definir como de “Beneficios cruzados” al abordar políticas de prevención así como de la regulación de la publicidad, accesibilidad y prescripción. En este sentido, el consumo dentro de tratamientos de adelgazamiento resultó un aspecto significativo en mujeres jóvenes, incluso aquellas que manifestaron trastornos alimenticios como anorexia y bulimia. En todos estos casos, los psicotrópicos habían formado parte del espiral de estrategias utilizadas para lograr la imagen ideal al disminuir la ansiedad que el trastorno provocaba, en el caso de los ansiolíticos o en los estimulantes al provocar estados de euforia y excitación que reducían las ganas de comer. En concordancia con esto, el informe anual 2006 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), ente encargado de vigilar la aplicación de los tratados de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la fiscalización de drogas, alerta sobre el consumo de anorexígenos, estimulantes que suprimen el apetito los cuales suelen mezclarse con ansiolíticos a fin de reducir la ansiedad.
- Creemos que sería importante tener en cuenta la familiaridad del vínculo que los consumidores relatan hacia la farmacia como lugar de acceso para establecer acciones que impulsen un cambio donde la accesibilidad de paso a estrategias que la promuevan como un canal privilegiado en la concientización de un consumo prescripto y regulado por el médico.
- La banalización de la prescripción resultó una preocupación de parte de la mayoría de los médicos consultados. Al mismo tiempo, en muchos de los testimonios se aludió al consumo indebido de psicotrópicos por parte de los diversos actores del sistema de salud,

médicos, enfermeros, etcétera) mediado por la accesibilidad a estos medicamentos.

- Se sugiere prestar atención a otros fenómenos que los profesionales han relacionado con la banalización del consumo de psicotrópicos y la medicalización de la vida cotidiana. Especialmente se han referido a la creciente tendencia a medicar a menores con diagnósticos de déficit atencional e hiperactividad.
- En los casos de los grupos de edades mayores, la naturalización del consumo por parte del médico apareció como un fenómeno a tener en cuenta, ya que por otro lado, más que en otros grupos son los grupos mayores los que suelen relatar una historia cercana con el médico en su proceso de autorregulación.
- Por último y siguiendo las propuestas que los mismos médicos entrevistados nos han realizado, entendemos que los resultados de este trabajo debieran debatirse en espacios claves como hospitales, centros de salud e institutos de formación de los profesionales implicados en el tema a fin de instalar y profundizar la problemática, ya que muchas veces se señaló en las entrevistas que es un fenómeno que les preocupa a muchos médicos en su práctica profesional cotidiana pero no suele estar en mesas de discusión.

BIBLIOGRAFÍA

Adler, J. (2006) "Freud, ¿Por qué aún nos cautiva?" en *Newsweek Argentina*. Buenos Aires, 9 de agosto de 2006. Páginas 20 a 25.

Bauman, Z. (2005) *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Beck, C.; Williams, J.; Wang, J; Kassam, A.; El-Guebaly, N.; Currie, S.; Maxwell, C.; Patten, S. 2005. "Psychotropic Medication Use in Canada". En *Canadian Journal of Psychiatry*, Volumen 50, No. 10, Septiembre 2005. Disponible en <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2005/september/beck.asp> (Visitado en febrero 2006)

Beck, U. (1998) *La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires, Paidós.

Blech, J. (2005), *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona, Destino.

Bleichmar, H. (1999) "Psicoanálisis y neurociencias". En *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, Abril 1999, Núm. 1. Madrid. Disponible en: www.Aperturas.org/neurociencias.html (Visitado en agosto 2006)

Bourdieu, P. (1979) *La distinción. Critique sociale du jugement*. París, Les Editions de Minuit.

Burín, M.; Moncarz, E.; y Velázquez, S. (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Paidós.

Burin, M. (s/f) *Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos*. <http://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos/htm> (Visitado en diciembre 2005)

Castel, R. (1996) *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires, Paidós.

Cooperstock, R. y Lennard, H. 1979. Some social meanings of tranquilizer use. *Sociology of Health & Illness* 1 (3), Addiction Research Foundation, Toronto, Canada; Pp. 331-347.

Costa, I. (2006) "Una usina de problemas filosóficos". En "El desafío de las neurociencias", en *Ñ, Revista de cultura del diario Clarín*, 1 de julio de 2006, Núm. 144, Págs. 7. Buenos Aires.

Ehrenberg, A. (2000) *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires, Nueva Visión.

..... (2004) *Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Elias, N. (1979) *El proceso de la civilización*. México, Fondo de Cultura Económica.

Ettorre E. y Riska E. (1993) "Psychotropics, sociology and women: are the 'halcyon days' of the 'malestream over'?" en *Sociology of Health & Illness* 1 (3), Addiction Research Foundation, Toronto, Canada; 331-347.

Fusaro, J. (2006) "Síndrome disfórico premenstrual. Reconocerlo y tratarlo" En, *Revista Andrómaco*, Año 10, N° 37, Buenos Aires, 2006.

Giddens, A. (1994) *Consecuencias de la modernidad*. Madrid, Alianza.

..... (1995) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona, Península.

.....(1998) *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid, Cátedra.

Gilbert, D.; Walley, T.; y New, B. (2000), "Lifestyle medicines", en *British Medical Journal* N° 321. Disponible en <http://bmj.bmjournals.com/> (visitado enero 2006).

Godoy, M.; Fariñas Michelena, B.; Herrera García, A.; González González, M. 2002. "Adicciones Ocultas. Aproximación al consumo de psicofármacos." *Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas -España*. En http://www.fad.es/sala_lectura/ocultas.pdf (visitado enero 2006).

Jorge, G. (2005) *Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas. La importancia de una derivación temprana*. Buenos Aires, Letra Viva.

Kessler, G. (1998) "Lazo social, don y principios de justicia: sobre el uso del capital social en sectores medios empobrecidos", en: De Ipola, E. (comp.) *La crisis del lazo social. Durkheim, cien años después*. Buenos Aires, Eudeba.

Lash, S. y Urry, J. (1997) *Economías de signos y espacios*. Buenos Aires, Amorrortu.

Leiderman, E. (2006). "Consumo de psicofármacos en la población general de la Ciudad de Buenos Aires". *Revista Vertex*, Vol. XVII, Buenos Aires.

León, M. (2002) "Representaciones Sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social". En, Morales Et. Al. *Psicología social*. Buenos Aires, Prentice Hall. Pp. 367-382.

Lexchin, J. 2001. "Lifestyle drugs: issues for debate". En *Canadian Medical Association Journal*, No. 164, Mayo 2001. Disponible en <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/10/1449> (visitado en Febrero 2006).

Mantegazza, Rita (2006) *XIII Jornadas de Investigación - Segundo encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

Markez, I.; Póo, M.; Romo, N.; Meneses, C.; Gil, E. y Vega A. 2004. "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria", En, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* N° 91, julio / septiembre 2004. Disponible en <http://www.asoc-aen.es/web/docs/RevAEN91.pdf> (visitado enero 2006).

Miguez, H. (1998) *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Buenos Aires, Paidós.

Moreno Luna, M.; Clemente Lirola, E.; Piñero Acín, M.; Martínez Matías, M.; Alonso Gómez, F.; Rodríguez Alcalá, F. (2000), "Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos". En, *Revista Atención Primaria*, No. 08 Volumen 26, España, Ediciones Doyma. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/home.home> (visitado enero 2006).

Perez Leiros, C. (2005). "Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)". En *Revista Química Viva*, Número 2, Año 4, septiembre de 2005. Disponible en <http://www.quimicaviva.qb.fcen.uba.ar/V4n2/leiros.pdf> (visitado en enero de 2006).

Roca, A. (2003) *Historia de los Medicamentos*, Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá. Disponible en www.encolombia.com/medicina/libros/historiamedica-medicamentos.htm

Romo, N. (s/f) "La medicalización de los malestares. Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos". Instituto de Estudios de las Mujeres. Universidad de Granada, España. Material de seminario de Doctorado de la FCS-UBA "Género y psicotrópicos", 2005.

.....(s/f) "Género, salud y uso de drogas: cuerpos y vidas en pasado y presente". Instituto de Estudios de las Mujeres. Universidad de Granada, España. Material de seminario de Doctorado de la FCS-UBA "Género y psicotrópicos", 2005.

Romo, N. y Meneses, C. (s/f) "Una nueva mirada a los usos de drogas por las mujeres". Instituto de Estudios de las Mujeres. Material de seminario de Doctorado de la FCS-UBA "Género y psicotrópicos", 2005.

Romo, N.; Gil E.; Póo, M.; Meneses, C.; Markez, I; Vega, A. (2003). Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas. Instituto de la Mujer (texto sin publicar). Citado en Markez I.; Póo, M.; Romo N.; Meneses, C.; Gil, E. y Vega, A. 2004. Mujeres y psicofármacos: la

investigación en atención primaria. Revista AEN No. 91, Julio – Septiembre 2004. Disponible en <http://www.asoc-aen.es/web/docs/RevAEN91.pdf> (visitado enero 2006)

Rojas, E. (2005) *La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Buenos Aires, Booket.

Sautú, R. (2003) *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires, Lumiere.

Sennet, R. (2000) *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona, Anagrama.

Solal, J. (2004) “Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable”, en: Ehrenberg, A. (2004) *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires, Nueva Visión. Pp. 191-202.

Sorokin, P. (s/f) “‘Viejas feas, gordas y locas’. Construcción social de la menopausia y su relación con el consumo de drogas”. Publicado en revista electrónica *Drogas*. Disponible en <http://www.drogas.bioética.org/drodad1.htm> (visitado Diciembre 2005).

Souccar, T. (1999) *La Guía de los nuevos estimulantes*. Barcelona, Paidotribo.

Tabakian, E. (2006) “El desafío de las neurociencias”, en *Ñ, Revista de cultura* del diario *Clarín*, 1 de julio de 2006, Núm. 144, Pág. 8. Buenos Aires.

Weill, N. (2006) “En medicina, menos poder y más solidaridad”. En, *Clarín*, Buenos Aires, 10 de agosto de 2006, pág. 35. Copyright Clarín y Le Monde, 2006.

Wright Mills, C. (1973), *White Collar. Las clases medias en Norteamérica*. Madrid, Aguilar.

Otras fuentes consultadas:

a) Investigaciones SEDRONAR

Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en población de 12 a 65 años SEDRONAR-INDEC (2004)

Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media (2005)

Imaginario Sociales y Prácticas de Consumo de Alcohol en Adolescentes de Escuelas de Nivel Medio (2005)

b) Revistas médicas:

Revista Vertex (1996-2004)

ALCMEON, Revista Argentina de Neuropsiquiatría (1997-2003)

Revista Sinopsis (2003-2005)

c) Revistas de divulgación masiva:

Saber Vivir

Vivir en armonía

Salud Vital

Inconciente

d) Folletos de laboratorios de medicamentos psicotrópicos.

e) Artículos varios en prensa gráfica e Internet.