

La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como “pastillas para el estilo de vida”¹

María Cecilia Arizaga

*“En cierto sentido, el campo de batalla
se trasladó al fuero interno del hombre”
Norbert Elias, *El proceso de la civilización.**

1. Introducción

El artículo que acá se presenta reproduce algunos de los resultados que surgieron de una investigación que realizamos en el marco del Observatorio Argentino de Drogas, dependiente de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), entre enero y septiembre del 2006. El objetivo de este estudio consistía, en términos generales, en indagar las representaciones sociales acerca del consumo indebido de medicamentos psicotrópicos y explorar los patrones de consumo de estos medicamentos en la vida cotidiana.

Una sustancia psicotrópica es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central (SNC) proporcionando efectos ansiolíticos o estimulantes. 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 comportamiento².

Los psicofármacos surgen en la segunda posguerra y suponen una revolución en el campo de la psiquiatría. En los años cincuenta aparecen como hallazgos coyunturales

¹ Este artículo presenta de modo resumido el diseño y los resultados de dos capítulos de la primera parte del estudio “El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos. Representaciones sociales y patrones de uso en adultos de sectores medios urbanos”, Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR.

² 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.

de otras investigaciones las fenotiazinas, el carbonato de litio, la clorpromazina y los IMAO que surgen para el tratamiento de trastornos depresivos mayores a partir de la búsqueda de fármacos antituberculosos. Pero es en 1960 cuando surgen las benzodiazepinas, que con sus efectos ansiolíticos revolucionan el concepto de los psicotrópicos y lo populariza. Hacia finales de los años ochenta, surgen las primeras drogas de diseño, son drogas antidepressivas selectivas creadas por la biología molecular. En ese marco surge la Fluoxetina y su marca más conocida, el Prozac, conocida popularmente como la “droga de la felicidad”.

En los últimos años, el concepto de *lifestyle medicines* (“medicamentos para el estilo de vida”³) ha ido instalándose en la bibliografía sobre los nuevos usos e imaginarios en torno de la relación establecida entre la medicina y un estilo de vida “a medida”, que el sujeto elige y construye. Esto presenta una nueva manera de pensar y consumir los medicamentos a partir de un desvío de la idea de curación hacia ideales de calidad de vida y performance social. Hablar de “uso indebido” en el consumo de psicotrópicos, supone, como plantea Ehrenberg, su ingreso en el espacio de la epidemiología de las drogas a partir de una creciente “toxicomanía a los medicamentos” (Ehrenberg, 2004:19). Esta toxicomanía abandona aquellas características típicas del imaginario de la droga como la desocialización y la decadencia. Por el contrario, se define por la búsqueda de efectos positivos en la socialización y la *performance* en el marco de un proceso de individualización y debilitamiento del peso otorgado a las instituciones tradicionales como la sociedad salarial, la familia y el Estado.

Ante este contexto de individualización, el individuo se ve exigido a “hacerse cargo” individualmente de lo que la sociedad del riesgo produce socialmente de modo constante e impredecible, tal como lo plantea Beck (1998). De este modo, la exigencia de autoconstrucción e iniciativa individual, ejes de los discursos de estilo de vida, van de la mano de una creciente vulnerabilidad e incertidumbre. Allí es donde el psicotrópico actúa como herramienta de autocontrol para el logro del confort y la *performance* social. Surge así una oferta cada vez más diversificada de sustancias reguladoras del estilo de vida 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.

Teniendo en cuenta las discusiones que se están planteando en distintos campos que abarcan la psiquiatría y la medicina en general, así como la psicología y la sociología,

³ Las *lifestyle medicines* incluyen a una serie de sustancias y productos que exceden la categoría de psicotrópicos y que participan de imaginarios de autoconstrucción y calidad de vida. En ese sentido forman parte de esta denominación en su sentido amplio sustancias tendientes a mejorar la *performance* en la vida sexual, como el Viagra, o para disminuir la caída del cabello, por ejemplo. Sin embargo, siguiendo los fines de este estudio, no nos hemos detenido en ellos.

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 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 comfortable.

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 las dimensiones sociales, económicas y culturales que subyacen en la problemática y el modo en que repercuten en los diferentes espacios de la vida cotidiana de los individuos.

De acuerdo con lo expuesto, el estudio se preocupó por los siguientes objetivos específicos:

- Analizar el uso indebido de psicotrópicos en relación con la cuestión de la subjetividad contemporánea.
- Explorar los imaginarios sociales en torno del concepto “calidad de vida” y la vinculación entre las drogas del tipo “Lifestyle Medicines” con modelos culturales vigentes asociados a estilos de vida.
- Explorar la relación médico-paciente y el proceso y percepción del momento de quiebre entre prescripción y uso indebido.
- Indagar la noción de lo indebido en el consumo de psicotrópicos.
- Indagar la percepción de riesgo del consumo indebido de psicotrópicos.
- Analizar las representaciones que circulan en las publicidades de psicotrópicos.
- Indagar la perspectiva de género en su relación con el consumo indebido de psicotrópicos.
- Establecer particularidades según la edad y analizar la relación entre género y ciclos vitales específicos.
- Identificar perfiles de consumo a partir de patrones de comportamiento y motivaciones.

2. El diseño metodológico

Al interrogarnos sobre las modalidades de banalización, resultó central en la investigación profundizar 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 las 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.

Principalmente, hemos trabajado con grupos focales como técnica de recolección de datos ya que entendemos que es la que más se ajusta a los intereses perseguidos. Muchos autores coinciden acerca de la eficacia de los grupos de discusión o focales para 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. Por otro lado, 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 cualitativas⁴.

Para la conformación de los grupos se han tenido en cuenta los principios de homogeneidad interna (al interior de cada grupo) y de heterogeneidad entre sí según los rasgos de clasificación seleccionados, de acuerdo con una muestra intencional y no representativa. Como requisito general, los grupos se conformaron por adultos que hubiesen consumido psicotrópicos en los últimos cinco años de modo automedicado (ya sea sin receta médica o con receta y autorregulación de las dosis, entre las diversas variantes que toma la automedicación) y que consideren el consumo de estos psicotrópicos como un proceso de autogestión de los malestares de la vida cotidiana más que como medicamentos para curar una enfermedad. Todo esto se tuvo en cuenta al diseñar un filtro para el reclutamiento de las personas a entrevistar. Este reclutamiento se llevó a cabo de tres modos: por bola de nieve, por timbreo y por reclutamiento externo. En cuanto a los aspectos estructurales que marcaron las diferencias entre cada grupo, se tuvieron en cuenta tres variables: la clase social, el sexo y la edad.

Respecto de la clase social, en la primera etapa del estudio y de la cual forman parte los resultados a presentar, los grupos se conformaron por personas de nivel socioeconómico medio y medio alto. Actualmente, se está llevando a cabo una segunda parte de la investigación que replica metodológicamente a la primera, con sectores de nivel medio bajo y bajo. Como indicadores de clase social, consideramos tanto del entrevistado como del jefe de familia el nivel de educación formal alcanzado así como otros indicadores de estilo de vida, pensados en términos del concepto de *habitus* de Bourdieu (1980), lo cual habilita una combinatoria de capitales (económico, social, educativo y cultural) que complejiza la construcción de la noción “sectores medios” enriqueciendo el análisis.

⁴ Acerca de la técnica de grupal focal, entre otros, sugerimos a Sautú (1999, 2003) y Valles (1997).

En lo que refiere a la edad, consideramos tres grupos etáreos: “Jóvenes” (18 a 29 años), “Mediana edad” (30-49 años) y “Mayor” (50-65 años). Por lo que resultaron 6 grupos (tres de varones y tres de mujeres) en cada una de las ciudades seleccionadas para el estudio, lo cual suma un total de 18 grupos focales en esta primera etapa. Estas puntos fueron: Area Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Mar del Plata y Bariloche, las cuales se seleccionaron teniendo en cuenta datos cuantitativos sobre consumo de psicotrópicos surgidas de estudios anteriores de la SEDRONAR, el tamaño poblacional de las ciudades -ya que el estudio SEDRONAR INDEC (2004) señalaba diferencias significativas en las tasas de prevalencia de vida de acuerdo con el tamaño de los conglomerados urbanos⁵- y posibilidades de viabilidad del trabajo referidas fundamentalmente a cuestiones relacionadas al reclutamiento.

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

Como informantes clave, fueron entrevistados médicos, psiquiatras mayoritariamente y también profesionales vinculados a la industria farmacéutica. Finalmente, para el relevamiento de los datos primarios se diseñaron pautas de entrevistas y para el procesamiento de los datos se diseñaron pautas de categorización de acuerdo con la operacionalización de los ejes temáticos previstos y teniendo una especial atención para las dimensiones emergentes que pudieran surgir de las entrevistas.

Durante el proceso de investigación también se recabaron datos secundarios que se centraron en publicidades de psicotrópicos, publicadas en revistas médicas especializadas. Se analizaron las mismas y se diseñó una tipología de las publicidades explorando las representaciones que entran en juego en el mensaje visual y textual, para luego triangular con los datos primarios. 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. Por otro lado, algunas de estas publicidades se usaron en los grupos focales como disparadores de discusión.

El artículo que acá se presenta centra su atención en dos ejes temáticos fundamentales, producto de los resultados de la primera etapa concentrada en sectores medios y medios altos: la perspectiva médica y las representaciones sociales del consumo de los medicamentos psicotrópicos.

⁵ 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 Area Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) al tercero.

3. La perspectiva médica sobre el consumo indebido: la teoría del círculo perfecto

Preguntarse por el consumo indebido de medicamentos psicotrópicos supone indagar acerca de la construcción social del concepto de “lo indebido”. Desde el campo médico preguntarse por lo debido y lo indebido en el consumo, y en la prescripción fundamentalmente, supone un doble abordaje: poner en cuestión las prácticas cotidianas y por otro lado, buscar enfoques y perspectivas que ayuden a reflexionar y comprender acerca de la tendencia a la medicalización de la vida cotidiana.

En relación con las prácticas cotidianas, surgen determinadas cuestiones a ser abordadas: ¿Debe haber una prescripción médica?, ¿Quién debe prescribir un medicamento psicotrópico?, ¿Cuándo y cómo debe prescribirse?. La primera pregunta tiene un marco legal que institucionaliza la respuesta: es obligatorio el expendio bajo receta de los medicamentos psicotrópicos. Este estatus legal, en la praxis se complejiza 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, enmarcado en una tolerancia social creciente. Luego, la problemática de cuándo se debe medicar y quién lo debe hacer no parece estar formalmente instituida. Esta última pregunta refiere al campo o especialidad específica que está legitimada para prescribir un medicamento psicotrópico. Ante esta cuestión, los psiquiatras entienden que detentan un espacio legítimo que sin embargo ven extendido progresivamente a otras especialidades. En ese sentido, la figura del médico clínico, como médico de cabecera, parece ser muchas veces el primer eslabón. Otras veces aparece el gastroenterólogo, el cardiólogo, el ginecólogo o cualquier profesional de otra especialidad que vea en el malestar que lo aqueja, un síntoma de ansiedad. En ese marco, el ansiolítico aparece como un tratamiento eficaz, especialmente rápido en su efecto, que resulta tentador, según el decir de los médicos, para los pacientes y para los profesionales. En otros casos, como se pudo ver en los grupos focales, la receta puede darse dentro de una coyuntura donde acontece la figura del “médico recetador”: la madre que lleva a su hijo al pediatra y “de paso le pide una receta para ella” o el médico conocido que le hace la receta entre un paciente y otro son algunas de las múltiples variantes que toma esta práctica que médicos y pacientes asumen como cotidiana.

Por otro lado, buscando enfoques que ayuden a la comprensión del fenómeno aparecen instancias de reflexión entre los profesionales que, según sus relatos, suelen darse de forma individual más que desde espacios socializados e institucionales. Sentirse nervioso ante una entrevista de trabajo, el decaimiento ante una pérdida de un ser querido 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?

La tendencia a la medicalización de la vida cotidiana se realiza en los profesionales consultados desde tres enfoques que se complementan y relacionan entre sí: el avance

de las neurociencias por sobre el psicoanálisis, el proceso de invención de enfermedades con la consiguiente emergencia de “enfermedades de moda” y el traspaso de la idea de enfermedad/curación por la idea de malestar/calidad de vida.

La neurociencia abarca al conjunto de hallazgos sobre el funcionamiento químico del sistema nervioso central que se realizan desde diversos campos como la biología, la genética, la química y la farmacología entre otras disciplinas. Desde el enfoque crítico hacia la idea del desplazamiento por parte de las neurociencias de la práctica terapéutica en general y especialmente del psicoanálisis, se hace hincapié en el uso abusivo e indiscriminado de estas nuevas moléculas, 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 lo provocan. Esto supone un doble proceso, por un lado un sujeto que ya no se enfrenta a su sufrimiento a fin de “curarlo” sino que busca paliativos químicos. Por otro lado, emerge un nuevo paradigma científico que renueva la tensión entre humanismo versus científicismo y deja ver nuevas perspectivas sobre la conformación de la subjetividad contemporánea. Así, hay estudios que lo interpretan como el traspaso de la neurosis, centrada en el conflicto de un yo obediente, propio de la sociedad regulada del fordismo, a la depresión fundada en sentimientos de insuficiencia personal en un contexto donde la iniciativa individual cobra mayor peso que la obediencia a reglas que resultan en desuso o al menos fuertemente cuestionadas. Emerge así la tendencia a buscar la corrección de conductas no deseables desde la farmacología, movidos por los extraordinarios avances en este campo.

Este enfoque enfatiza la idea de las neurociencias como lo opuesto a la búsqueda de la subjetividad propia del psicoanálisis y entiende que este pasaje responde a la respuesta de “efecto rápido” que proveen las moléculas. De este modo, los psicotrópicos establecen un “círculo perfecto” entre un sujeto que no soporta el sufrimiento por lo cual requiere un rápido alivio y un sistema de salud sin tiempo que ofrecerle. Una posición intermedia que surgió entre algunos médicos es la que no piensa en términos de enfrentamiento sino de complementariedad la relación entre los campos de la neurociencia y el terapéutico. Aún en estos casos, la mayoría de los médicos entrevistados ven con preocupación el avance en la tendencia por parte de los pacientes a pedir psicotrópicos y de los médicos a recetarlos. Lo que surge de estos relatos es la emergencia de un “paciente autodidacta” que por medio de una red de información informal que construye desde diversas fuentes (diarios, revistas, televisión, Internet, conocidos) elabora su autodiagnóstico y su tratamiento. La visita al médico se da entonces en un escenario de “lucha de saberes”, donde el paciente espera del médico una legitimación de su autodiagnóstico y de la pastilla que busca.

- 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

Artículos 17

el psicofármaco es cada vez más importante. ¿En qué consiste? Eso se difunde mucho a través de todos los medios, televisión, diarios y revistas.

- (...) ⁶ ¿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)

Otro de los enfoques que surgen en los médicos y que lo encuentran articulado íntimamente con el anterior refiere a un proceso de invención de enfermedades. Esta perspectiva acentúa la tendencia a volver patológico aquello que tradicionalmente entraba en terrenos de la “normalidad”, dejando al descubierto el carácter de construcción social de lo normal. Lo patológico se vuelve así abarcador y extendido y surge la tendencia a medicalizar malestares o cuestiones que tradicionalmente se catalogaban dentro del campo de la personalidad, carácter o respuestas esperadas ante situaciones de la vida cotidiana. Lo que desde este planteo los médicos entrevistados se preguntan es: ¿Quién podría definirse a salvo de situaciones de ansiedad, angustia, cansancio o tensiones de algún tipo?. Frente a esto, los profesionales se cuestionan acerca del rol que cumplen en este proceso 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 (como ejemplo aparecen, entre otros, los móviles índices de lo normal y lo patológico en el colesterol y la hipertensión). En sintonía con este proceso, aparecen enfermedades “de moda” que se publicitan en los medios de comunicación y se transmiten mediante el boca a boca desde imprecisos y abarcadores parámetros que promueven la identificación y el autodiagnóstico.

-(...) 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

⁶ Los puntos suspensivos entre paréntesis significan que se ha seleccionado un extracto de un relato individual o grupal más amplio.

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 20 años atrás no se hablaba (...).

(Médico psiquiatra)

Un planteo que sintetiza estos enfoques es aquel 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 -solo- 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?. Esta tercera perspectiva se enfoca en la idea de “medicinas para el estilo de vida” (“*Lifestyle medicines*”) teniendo en cuenta el proceso que parte de considerar a los psicotrópicos como sustancias reguladoras del estilo de vida antes que 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 hacia la búsqueda de bienestar y calidad de vida evidenciando la crisis de la idea de curación, como lo analiza Ehrenberg (2000). La creciente presencia de estos medicamentos en los medios de comunicación donde un animador del programa de mayor rating de la televisión local comenta repetidamente que tomó un psicotrópico popularmente conocido para bajar la ansiedad o en una tira de ficción la protagonista recibe de su madre pastillas para dormir no hace más que reforzar una práctica instalada y afianzar el imaginario mágico de autocontrol químico de nuestros humores mediante una medicalización de la vida cotidiana.

4. Las representaciones sociales del consumo de psicotrópicos

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 (León, 2002).

Indagar en el sentido, supone ahondar en el significado simbólico que el sujeto le otorga a la práctica de consumo de psicotrópicos. De los grupos focales realizados, se pueden identificar tres grandes grupos de representaciones sociales que los sujetos asocian al consumo de estos medicamentos. Todos ellos responden a imágenes de bienestar y calidad de vida aunque se construyen desde tópicos diferenciados.

Artículos 19

a. El imaginario del rendimiento: la pastilla compensatoria

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. Los aspectos objetivos que tradicionalmente medían el desempeño profesional de un trabajador hoy 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 a un diseño exhaustivo de la personalidad a fin de convertirla en una herramienta para el éxito en el mundo laboral. La nueva ética del trabajo entiende este culto a la persona en términos de inversión en capital humano, por lo cual se desdibujan las fronteras de lo público y lo privado y ya nada queda fuera de la tiranía del culto al yo. La “fatiga de ser uno mismo”, como la llama Ehrenberg (2000) propicia respuestas efectivas, rápidas y químicas que ayuden al arduo y continuo proceso de autoconstrucción del yo. Lo que antes se inscribía en el plano del placer y del tiempo libre hoy se exige como requisito de un profesional dinámico, con iniciativa. Surgen así 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”, al cultivo de sí mismo.

“...Uno siempre está en construcción, ese es el tema”

(Grupo de varones jóvenes de Buenos Aires)

Estas características resultan evidentes 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 “escalando 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 servicios⁷, 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 principalmente con las publicidades de hipnóticos que convocan continuamente a la mujer exitosa donde un buen descanso permitirá *mantenerse en el ruedo, en movimiento, mantener el ritmo, mostrar que puedo y que sirvo*. El hipnótico resulta el dispositivo

⁷ 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, etc.

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*. Si la mujer es soltera hará cursos de inteligencia emocional para el control de sus actitudes y pondrá especial empeño en su vida social como una extensión del mundo del trabajo, actividades que comparte a la par del varón proactivo. Si es profesional y madre de familia intentará cubrir exitosamente todos los frentes: trabajo, familia, cultivo de sí a partir de diversos cursos, cuidado del cuerpo, mundo social. En varones y mujeres de este perfil, la pastilla compensa el déficit que aparece en algún “bache” que queda sin ser cubierto. O bien compensa el temor a un posible déficit que siempre acecha: “¿y si no puedo?”, “¿Y si hoy no tengo ganas?”.

Estos nuevos profesionales, varones y mujeres, 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 “empresarial” más que de “empleado” donde uno es el empresario de su propia vida⁸. Esta actitud de independencia se propaga al resto de su vida. En los vínculos afectivos extra familiares 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 ante un marco de esfuerzo constante por agradar y “de mostrar que puedo y que sirvo”. En el plano de los vínculos no se habla en términos de grandes compromisos afectivos sino en el plano de los lazos del mundo exterior centrados en una socialización secundaria: ser una persona agradable, interesante, flexible, sociable.

En las mujeres proactivas, resulta importante resaltar que se ve una diferencia de intereses y estilos de vida diferenciados en los primeros dos ciclos de vida adulta, entre la juventud y la edad media, mientras que no hay un corte tan abrupto entre la edad media y la edad mayor. Lo que estaría jugando un papel decisivo es la incorporación de los hijos al mundo proactivo, lo que incorpora el valor “equilibrio” a su imaginario de rendimiento: equilibrar casa y trabajo para rendir en ambas. Así, en la edad media se ve una búsqueda del equilibrio entre trabajo, familia y desarrollo individual, entendido como el espacio para “hacer lo que a mí me gusta” desde una idea de ocio creativo al que se le saca provecho, como por ejemplo un curso o el gimnasio. En esta tríada trabajo-familia-desarrollo personal, reside la tensión de la “mujer maravilla”. En las mujeres jóvenes la cuestión familiar (hijos y marido) es prácticamente inexistente y los vínculos se dan en primer lugar en el plano de socialización secundaria, prácticamente sin marcadas diferencias en este aspecto con el varón joven. Frente a problemas en el ámbito personal, como pueden ser los conflictos de pareja, se tiende a

⁸ Acerca de la subjetividad del nuevo trabajador sugerimos a Sennet (2000), Bauman (2000) y López Ruiz, Osvaldo (2002).

transferir los valores de proacción e iniciativa del mundo del trabajo a sus cuestiones más personales e íntimas. En tal sentido se puede decir que “trabaja” para superarlo.

El varón y la mujer “competente” transfieren a los hijos el valor de iniciativa y rendimiento. Así aparece la angustia de sí “ellos van a poder”, si serán competentes en su vida. 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* por un lado, pero también que el niño esté cansado y no demande cuando los padres llegan cansados de un día tan exigido como el de su hijo.

El consumo de psicotrópicos en el imaginario del rendimiento se explica como una herramienta de *performance* social. Las molestias que amenazan la ejecución exitosa de su proacción 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 en los testimonios recogidos al tratar la cuestión de los roles de género aún en los grupos de varones más jóvenes y dinámicos.

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 perder la conciencia, uno tiene mucha actividad y trabaja con mucha presión y no podes laburar, uno se satura, nos servís mas, 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)

-*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)

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 desde un concepto de individualización de los riesgos: los éxitos y los fracasos son vividos como individuales sin otorgarle un lugar destacado al otro o al contexto social. Esta presente la idea “si gano es por mí y si pierdo también” lo que genera una carga de exigencia mayor. Emerge un proceso de individualización de la gestión de la subjetividad donde lo que prima es la idea de *Actitud* antes que la situación a la que se expone el individuo.

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 *círculo 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 mí 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. (...) 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.

-(...)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)

- (...) Es que uno lo toma porque hay veces que estás re pasado y no hay nada que te calme.

Artículos 23

-(...) Es dormir para poder funcionar al día siguiente

(Grupo de varones jóvenes de Mar del Plata)

Si bien el perfil del competente está fuertemente asociado a los grupos de varones y mujeres jóvenes profesionales, 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 se eleva en signo de inclusión social al dejar en evidencia a un individuo que “está en el ruedo”.

b. La supervivencia: la *pastilla para mantenerse a flote*

En los grupos de jóvenes y de edad media de clase media típica, con profesiones más tradicionales, que requieren un tipo de contrato de trabajo de características fordistas cercanas al modelo “*White Collar*”, el llamado “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 mezclar trabajos de empleado con otros de cuentapropismo para “parar la olla”. En este marco, los valores asociados a calidad de vida están más sujetos a ideales de estabilidad, seguridad y tranquilidad que a la proacción 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 edad media de Bariloche)

En estos casos, la idea de competencia, proacción e iniciativa individual centrada en el ámbito público pierde fuerza y lo que se presenta es el sentimiento de vulnerabilidad frente a una constante demanda de supervivencia que si bien puede originarse como sentimiento en el espacio público, tiende a ser resuelta en lo privado. La individualidad como valor le deja espacio a una subjetividad que se muestra necesitada de vínculos primarios y fuertes que actúan como red de contención.

En este marco, el consumo de una pastilla para sentirse mejor cobra un significado muy distinto: sentirse mejor resulta más una cuestión de supervivencia que de competencia y superación. Más que un sujeto competente, aparece la idea de *zafar*. La sensación de riesgo toma un cariz más socializado, centrado en los vínculos

familiares. La idea de autoconstrucción se diluye ante la imposibilidad de elección: *uno no es lo que elige sino lo que las circunstancias determinan*. Y la vulnerabilidad pone en escena la precariedad social.

-(...) Está todo agarrado de hilitos, hoy estás acá y mañana estás cuidando coches.

(Grupo de varones de edad media de Mar del Plata)

El consumo de psicotrópico se asocia más a un “manotazo de ahogado” y no se limita a cuestiones laborales sino también a 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.

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 a modo de resguardar el nicho de seguridad y contención. El psicotrópico actúa en estos casos como ayuda para la construcción de un límite entre el ámbito público y el doméstico, el espacio de la casa: la pastilla viene a “tapar” los problemas del afuera mientras se está dentro. De este modo, la pastilla funciona para recuperar la tranquilidad luego de perderla, cotidianamente, en el mundo exterior. La idea de “armonía”, “tranquilidad” y “seguridad” aparecen en este perfil como pilares de calidad de vida y se asocia a las publicidades de psicotrópicos que refieren a imágenes centradas en la idea de “recuperar la paz interior” valiéndose de imágenes que aluden a la naturaleza (el campo, la playa), desde una idea de “vuelta a los orígenes”, donde la familia, la naturaleza, lo afectivo representa “lo que vale y debe preservarse”. Este imaginario centrado en la supervivencia y la recuperación de la paz interior, representada principalmente en el hogar, se evidenció sobre todo en los grupos de varones y mujeres de sectores medios típicos y de edad mediana. En las mujeres fue sobre todo manifiesto en aquellas que son sostén económico en el hogar. Esto se puede entender ya que el peso de este imaginario se sostiene, tanto en varones como en mujeres, en el quiebre entre el mundo del trabajo, del afuera, y el mundo doméstico, familiar.

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

En este imaginario, el ámbito público está prácticamente ausente y es en los vínculos primarios, en el espacio familiar, privado, por donde pasa el conflicto que suele devenir en sentimientos de dependencia afectiva. Muchas veces, frente a esa dependencia, la pastilla cumple una función de transferencia del sujeto que la consume hacia los vínculos más íntimos. Este imaginario se construye desde la idea de que

Artículos 25

también ellos, la familia y los vínculos más cercanos, recibirán los beneficios de modo mediado. 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 tienen sus expectativas depositadas prácticamente por completo en la familia y sin desarrollo profesional. El consumo del psicotrópico 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, como el “alma de la familia”.

-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.

(Endnotes)

a- ¿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 porqué 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.

-(...) 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 edad media de Bariloche)

Esta obligación a estar bien es distinta a la del sujeto proactivo. Si en aquel, “estar siempre bien” ponía en escena una economía de recursos externos hacia un otro del ámbito de la socialización secundaria (relaciones del ámbito laboral, sobre todo fundadas en vínculos débiles) que permite seguir inscripto en una vida fuertemente individualizada, en la madre de familia sobreviviente se vive como un mandato de rol, así como otras obligaciones domésticas (“no me puedo dar el lujo”). En tal caso, la dedicación abnegada abarca tanto al quehacer doméstico como al ánimo personal. Todo lo personal, desde actividades para uno o el “permiso a estar mal”, es vivido como tiempo que se le saca a la familia.

-(...) No (digo) 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...'. No. Y no tendría que ser así, porque la mujer necesita otros espacios.

(Grupo de mujeres de edad media de Bariloche)

Una variante de este perfil, es el ama de casa abnegada que discute y se rebela al rol adscripto. Esta ama de casa, al hablar de su descontento suele ser definida 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 se lo piense como complementario a un espacio donde le sea permitido hablar sin ser desvalorizada. Ese espacio de reflexión puede ocuparlo en algunos casos una terapia que suele ser llevada a cabo de modo caótico, con cortes, interrupciones, replanteos, en tanto productos de la misma demanda familiar (abandonarla porque no dan los tiempos para cumplir con las demandas familiares) y del 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 da los beneficios de la efectividad rápida y el consumo invisible (a escondidas).

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 abandonados de los hijos, 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.

-(...) la felicidad básicamente es la recompensa mínima de lo que haces.

(Grupo de mujeres mayores de Buenos Aires)

En este marco, es que suelen darse sentimientos de vacío afectivo desde el desencuentro subjetivo con la pareja. El mal humor masculino y la falta de capacidad de diálogo aparecen como la demanda femenina paradigmática en los grupos de edad media y fundamentalmente, en las mujeres mayores. Por otro lado, esto es percibido por los varones como el lugar común del reclamo conyugal desde la idea de que "ellas se hacen problema por todo".

Artículos 27

Varones y mujeres suelen adjudicar este malestar al condicionante biológico (la menopausia, las hormonas, la edad). La explicación de los desajustes en el caso femenino se fundan en los cambios hormonales: el ciclo menstrual o la menopausia en el caso de las mujeres mayores, lo que contribuye en los varones a la desvalorización del planteo femenino. En los varones mayores, la cuestión de la edad y los cambios de humor también aparecen sobre todo en los grupos de edad media y mayor concentrados en un aumento de la irritabilidad en el ánimo asociados a cambios producidos por la edad aunque sin ahondar en determinismos biológicos, como sí lo hacen en el caso femenino tanto varones como mujeres. Los mismos varones coinciden en que el peso que ocupa la irritabilidad del varón mayor en el discurso social, es significativamente menor respecto a la cuestión femenina desde el imaginario asociado a la menopausia. 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 según el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-IV). Este trastorno lleva al consultorio ginecológico la prescripción del psicotrópico, sin dejar de generar discusiones acerca de quién es el profesional que debe tratarlo y cómo.

-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 mi me agarró como un estado de depresión y hay días que estoy insoportable.

(Grupo de mujeres de edad media de Bariloche)

-En la mujer esta más marcado el tema de la menopausia, nosotros si bien lo pasamos no lo demostramos porque somos hombres...

(Grupo de varones mayores de Bariloche)

En las mujeres de edad media 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 fue poco*). 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 (*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”.

-Entonces 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 edad media de Bariloche)

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 tapan o escaparle. Allí la pastilla puede jugar un doble rol: tapan la angustia generada por el paso del tiempo y brindar un plus de energía para mostrarse proactivo, competente, aun “en el ruedo”, “joven”.

-(...) me tiene muy mal el mirarme, incluso no me las veo (las canas), me tengo que poner no estos, 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 cuanto 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.

(Grupo de mujeres mayores de Bariloche)

Una variante exitosa 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 eso plasmarlo 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. Trazando una figura, podríamos decir que es el desarrollo de la ama de casa abnegada devenida en mujer proactiva al sacarse el peso del cuidado del hogar a medida que los hijos crecen y se independizan. En ese marco, la pastilla compensa los déficit que trae la edad a fin de posicionarse en un uso proactivo y hedonista del tiempo libre.

Artículos 29

-(...) hoy es el tiempo para mí.

-Yo cuando trabajaba me depilaba a las cuatro o cinco 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)

Si bien este imaginario es predominantemente femenino, 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, desde un modelo tradicional de roles en la familia. 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.

-Yo me siento bien cuando veo a mi familia a gusto.

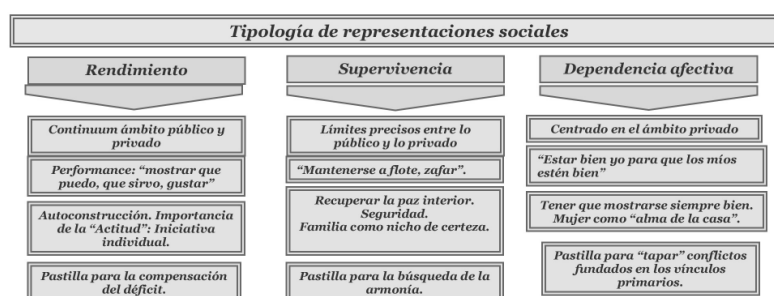
-No sé en la mujer, pero en el hombre yo creo que nos debe de pasar a todos más o menos lo mismo, ver bien a la familia te carga las pilas, porque quiere decir que estas haciendo las cosas bien vos.

-Te sentís útil porque la familia esta caminando.

(Grupo de varones edad media de Mar del Plata)

De acuerdo con los tres tipos de imaginarios presentados, podemos elaborar el siguiente cuadro a fin de diseñar una tipología de las representaciones sociales en el consumo de psicotrópicos teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

- La relación de cada representación con los ámbitos públicos y privados
- La idea fuerza que sustenta cada imaginario
- La motivación de consumo
- La función que cumple el psicotrópico entendido como “pastilla para el estilo de vida”



5. Conclusiones. Los fundamentos de la tolerancia social en la medicalización de la vida cotidiana

Los tres grandes grupos de representaciones sociales que hemos presentado nos muestran las imágenes, valores, creencias y percepciones que acompañan el malestar que motiva el consumo. Este malestar según surge en las entrevistas se fundamenta en “no poder dormir”, ansiedad, nervios, estrés, angustia, depresión. Lo que se muestra es un sujeto vulnerable que experimenta situaciones de excesiva autonomía, de incertidumbre constante o de dependencia hacia el otro que se resuelven químicamente. La tolerancia social respecto al consumo extendido de estos medicamentos se funda en una encrucijada: el sujeto vive situaciones de inédita autonomía a partir del proceso de debilitamiento de los marcos institucionales tradicionales. La familia, la clase social, la sociedad salarial, como instituciones marco que trazaban identidades de ser en el mundo, hoy se desdibujan y el sujeto se ve forzado a “ser uno mismo” en medio de modelos culturales cada vez más exigentes para ser valorado socialmente. ¿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?

Lejos de las imágenes de rebeldía y de representaciones contraculturales que acompañaban el consumo de drogas en la juventud de los años sesenta y setenta, lo que este proceso nos muestra es una respuesta adaptativa vía la química hacia los nuevos parámetros que nos depara vivir en sociedad: el psicotrópico resulta un insumo para ser parte competente de la cultura dominante. 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”, según lo plantea Solal (2004: 200). En este marco el psicotrópico emerge, dice Ehrenberg (2004:9) como “...*artificio para fabricar individuos, una química de la promoción de sí mismos*”. Esta tolerancia signada por la idea de una dependencia social confortable, según la definición de Solal, si bien se distribuye como ethos cultural a la sociedad, no se presenta de modo homogéneo. Como vimos, hay variaciones y *continuums* que se suceden según el género, los ciclos vitales y las pertenencias socioculturales a partir de *habitus*⁹ y estilos de vida diferenciados.

Respecto al género, resulta significativo detenerse en el rol femenino. La mujer aparece como la proveedora por excelencia dentro del ámbito familiar como madre, esposa o hermana, lo cual abona a la naturalización del rol de consumidora. Es la que aconseja o incluso suministra el psicotrópico a partir de un saber primario que fue construyendo en su historia como paciente y al que se le agregan fuentes informales como conversaciones o medios de comunicación. La mayor frecuencia de visitas al médico por parte de las mujeres genera una intensa apropiación de saberes legítimos, notoriamente mayor que los varones. Con esta apropiación del saber médico, da paso a una peculiar *democratización* de dicho conocimiento al ser la que lo distribuye al interior de su hogar y círculos sociales generando una red de saberes de la cual actúa como correa de transmisión. Por otro lado, esta situación posiciona y califica mejor a las mujeres para encarar una autogestión de sus malestares, muchas veces a través de la dinámica de ensayo y error. Todos estos son factores que sostienen una imagen de mujer consumidora, lega y proveedora de pastillas al interior del ámbito familiar y del círculo de amistades. Se conforma de tal modo un movimiento circular que integra prescripción, consultas, automedicación y recomendaciones de consumo que consolida a las mujeres como consumidoras por excelencia en el imaginario. En relación con lo expuesto, 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 factores que explican el mayor número de mujeres en el consumo de psicotrópicos.

Por último, creemos importante argumentar que si bien como describen investigaciones anteriores, la crisis socioeconómica de la Argentina de los últimos años resulta un factor importante a considerar al estudiar el creciente consumo de psicotrópicos, 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.

⁹ Bourdieu 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. Bourdieu, P. (1980), op. cit.

Como hemos comprendido al tratar el fundamento de la tolerancia social, la idea de autoconstrucción del sujeto en la modernidad tardía tiñe los diversos aspectos que asume el consumo en sus representaciones y prácticas. 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.

Bibliografía

Bauman, Z., *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, Barcelona, Gedisa, 2000.

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

Bourdieu, P., *La distinción*, Buenos Aires, Taurus, 1980.

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

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

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

León, M., "Representaciones Sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social". En: Morales et al. *Psicología social*, Buenos Aires, Prentice Hall, pp. 367-382, 2002.

López Ruiz, O., "Los ejecutivos de las transnacionales. De trabajadores de altos ingresos a capitalistas en relación de dependencia" en revista *Nueva Sociedad*, N° 179, mayo-junio, Caracas, pp. 45-60, 2002.

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

_____, *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*, Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1999.

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

Solal, J., "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, 2004.

Artículos 33

Valles, M., *Técnicas cualitativas de investigación social*, Barcelona, Paidós, 1997.

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

34 Artículos