

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Narrativas de consumo de bebidas alcohólicas
y psicofármacos tranquilizantes,
en mujeres y varones mayores

Director de Tesis: Mag. Jorge Cohen
Director Académico: Dr. Robert Pérez Fernández

Autor: Gabriel Castro Aguilera
Montevideo, marzo de 2023



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Resumen

El uso de bebidas alcohólicas y de tranquilizantes benzodiazepínicos está ampliamente extendido en la sociedad uruguaya, constituyendo, respectivamente, la primera y tercera droga psicoactiva de consumo más prevalente en el país; si bien no hay datos específicos para la categoría de edad denominada como Personas Mayores –antes referida como Personas Adultas Mayores, Tercera Edad, etc. –, sí existen indicios de que la frecuencia y tipo de consumo varía a partir de los 55 años de edad, aumentando la prevalencia del consumo crónico con singularidades según el sexo/género de la persona consumidora.

Esta investigación de corte cualitativo se propuso como objetivo general explorar narrativas sobre el consumo de estas sustancias en Personas Mayores, a través de la construcción de *Narrativas Patchwork* y el análisis temático de contenido de entrevistas semiestructuradas realizadas a personas de 60 o más años de edad, consumidoras/es de estas sustancias, y residentes en Uruguay.

Este estudio permitió abordar un campo de problemas relativamente inexplorado en el contexto de nuestro país, contribuyendo así a explorar trayectorias vitales y subjetivas, y el contexto, dinámicas y prácticas del uso de bebidas alcohólicas y tranquilizantes benzodiazepínicos en mujeres y varones mayores, integrando a la categoría *Género* como analizador. La aproximación al objeto de estudio habilitó la creación de un campo de observación asociado a la problemática del consumo de sustancias, envejecimiento, y género, identificando diversos emergentes que plantean interrogantes sobre la *función de utilidad* del consumo en relación a los modos en que se subjetivan y se intentan resolver los malestares asociados a la vejez y el envejecimiento de mujeres y varones.

Palabras clave: Género, Personas Mayores, consumo de benzodiazepinas, consumo de bebidas alcohólicas, narrativas patchwork

Abstract

The consumption of alcoholic beverages and benzodiazepine tranquilizers is deeply ingrained within Uruguayan society, with these substances ranking as the first and third most prevalent psychoactive drugs in the country. While specific epidemiological data for the Older People age category – also denoted as Older Adults, Third Age, among other terms – is lacking, the reviewed data shows that consumption patterns and frequencies deviate from the age of 55 and above. This trend indicates a shift towards a prevalence of chronic consumption, with nuances influenced by the consumer's sex-gender.

The main objective of this qualitative research is to delve into narratives about the consumption of these substances among Older People. This exploration is implemented through thematic content analysis of semi-structured interviews and the subsequent assembly of Patchwork Narratives. The respondents are residents of Uruguay, aged 60 and above, and consumers of these substances.

The significance of this study lies in its pursuit of uncharted territory within our country's context, thus contributing to exploring vital and subjective trajectories, backdrops, dynamics, and practices associated with the consumption of alcoholic beverages and benzodiazepine tranquilizers in older women and men, integrating the Gender category as an analyzer. This investigation allows the creation of an observational field about the intricacies of substance use, aging, and gender. Throughout this journey, an array of distinct issues surface, prompting inquiries into the purpose that consumption serves. These queries extend to the ways in which the challenges linked to aging and the progression of age for both women and men are approached and internalized.

Keywords: Gender, older people, benzodiazepines consumption, alcoholic beverages consumption, patchwork narratives.

Agradecimientos

- A mi director de tesis, Mag. Jorge Cohen, por su apoyo, confianza, flexibilidad y comprensión a la hora de acompañar el desarrollo de las múltiples iteraciones de una tesis en permanente cambio.
- Al querido grupo humano del Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento –Nieve– y del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento –CIEn–, en particular al director académico de esta tesis, Dr. Robert Pérez Fernández, por su apoyo y valiosas sugerencias.
- A los y las colegas de la Línea de Consumo de Sustancias del Centro de Investigación Clínica en Psicología –CIC-P–, por apoyar e incentivar al autor a presentar resultados y desarrollos parciales de esta tesis, en momentos en los que la conclusión de la misma parecía casi inalcanzable.
- A las compañeras y compañeros de maestría, por las largas sesiones de “terapia de tesis”, intercambio de dudas, vacilaciones, experiencias y saberes.
- A las y los docentes de la Maestría en Psicología Clínica.
- A las viejas y viejos entrevistados, quienes se prestaron a charlar con generosidad sobre su experiencia en relación a una temática compleja y socialmente estigmatizada.
- A mi familia.

Tabla de contenidos

1.INTRODUCCIÓN	6
1.1.PRESENTACIÓN.....	6
1.2.CONTEXTO DE LA TESIS.....	7
1.3.ORGANIZACIÓN DE LA TESIS	8
2.ANTECEDENTES.....	9
2.1.ANTECEDENTES ACADÉMICOS.....	9
2.2.ANTECEDENTES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS Y NORMATIVAS.....	12
2.2.1.Antecedentes sobre Legislación y PPPP sobre consumo de sustancias psicoactivas.....	12
2.2.2.Antecedentes sobre PPPP dirigidas a Personas Mayores, envejecimiento y vejez.....	17
2.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	20
2.3.1.Malestares existenciales.....	21
2.3.2.Consumo de sustancias y muletas químicas.....	22
2.3.3.Volverse viejo, volverse vieja.....	25
2.3.4.Subjetivación de pérdidas y ganancias en la vejez: afrontando la herida narcisista.....	27
2.3.5.Viejas, viejos, y mandatos de género.....	28
2.3.6.Mujeres viejas, cuerpos y medicalización.....	31
2.3.7.Dinámicas de consumo en mujeres y varones mayores.....	33
2.3.8.Enfoque narrativo: Somos lo que narramos.....	40
3. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.1.TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.2. CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE PROBLEMA.....	48
3.3. OBJETIVOS.....	50
3.3.1.Objetivo General.....	50
3.3.2.Objetivos Específicos.....	50
3.4.PREGUNTAS INICIALES DE INVESTIGACIÓN.....	51
4. METODOLOGÍA.....	52
4.1. ABORDAJE: INVESTIGACIÓN DE NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS.....	52
4.2. BÚSQUEDA DE ANTECEDENTES.....	53
4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: LA ENTREVISTA.....	53
4.4. POBLACIÓN.....	55
4.5. CRITERIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS: ANÁLISIS DE NARRATIVAS PATCHWORK.....	60
4.6.1.Análisis temático.....	61
4.6.2.Construcción de narrativas patchwork.....	62
4.7.METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LA IMPLICACIÓN DEL INVESTIGADOR.....	63
5. ANÁLISIS Y EMERGENTES.....	66
5.1.ANÁLISIS TEMÁTICO Y CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS PATCHWORK.....	66
5.1.1.Consideraciones introductorias.....	66
5.1.2.Categorías centrales.....	68
5.1.3. Pérdidas y ganancias en la vejez, y consumo de bebidas alcohólicas y/o tranquilizantes.....	70
5.1.4.Mujeres y varones mayores, y consumo de BALC y BZD.....	77
5.1.5.Construcción de trayectoria de consumo: tranquilizantes benzodiazepínicos.....	85
5.1.6.Construcción de trayectoria de consumo: bebidas alcohólicas.....	90
5.1.7.Percepción subjetiva del autoconsumo.....	97
5.1.8.FUT de Bebidas Alcohólicas y/o tranquilizantes benzodiazepínicos en Personas Mayores.....	102
5.2.ANÁLISIS DE LA IMPLICACIÓN.....	106

5.3.1. Proceso de la tesis.....	116
6. CONCLUSIONES.....	117
LIMITACIONES Y APORTES DE ESTA INVESTIGACIÓN	126
7. REFERENCIAS	127
8. APÉNDICES.....	141
8.1. GUÍA DE ENTREVISTA	141
8.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA DE INFORMACIÓN	144
8.3. ANÁLISIS TEMÁTICO: NUBE DE CÓDIGOS	145
8.4. ANÁLISIS TEMÁTICO: CÓDIGOS Y GRUPOS DE CÓDIGOS.	146

Índice de cuadros y figuras¹

Figura 2.1	- Prevalencia de consumo de alcohol según sexo/edad	- Pág.11
Figura 2.2	- Frecuencia de consumo de alcohol (último año) según sexo	- Pág.11
Figura 2.3	- Prevalencia de consumo de tranquilizantes según sexo/edad	- Pág.11
Figura 2.4	- Frecuencia de consumo de tranquilizantes (último año) según sexo	- Pág.11
Figura 4.1	- Tabla de información sobre personas entrevistadas	- Pág.56
Figura 5.1	- Tabla categorías y temas emergentes	- Pág.67
Figura 5.2	- Tabla categorías y temas emergentes	- Pág.69
Figura 5.3	- Red Pérdidas asociadas la vejez	- Pág.71
Figura 5.4	- Red Ganancias asociadas la vejez, y estrategias de afrontamiento	- Pág.74
Figura 5.5	- Tabla categorías y temas emergentes	- Pág.76
Figura 5.6	- Red Muliebridad y consumo	- Pág.79
Figura 5.7	- Red Virilidad y consumo	- Pág.81
Figura 5.8	- Tabla categorías y temas emergentes	- Pág.84
Figura 5.9	- Red Construcción Trayectoria de Consumo BZD	- Pág.86
Figura 5.10	- Tabla categorías y temas emergentes	- Pág.89
Figura 5.11	- Red Construcción Trayectoria de Consumo BALC (1)	- Pág.90
Figura 5.12	- Red Construcción Trayectoria de Consumo BALC (2)	- Pág.92
Figura 5.13	- Tabla categorías y temas emergentes	- Pág.96
Figura 5.14	- Tabla categorías y temas emergentes	- Pág.101
Figura 5.15	- Red de función de utilidad del consumo BALC/BZD en personas mayores	- Pág.102
Figura 5.16	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.107
Figura 5.17	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.107
Figura 5.18	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.108
Figura 5.19	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.108
Figura 5.20	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.109
Figura 5.21	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.110
Figura 5.22	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.111
Figura 5.23	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.112
Figura 5.24	- Tabla estados afectivos, motivos y dimensiones de implicación	- Pág.113

Abreviaturas

BALC: Bebidas alcohólicas
 BZD: Tranquilizantes benzodiazepínicos
 FUT: Función de utilidad del consumo
 PM: Personas Mayores
 PPPP: Políticas Públicas

¹ Las figuras están numeradas según el número de capítulo, seguido de un número ordinal relativo al capítulo; por ejemplo a la tercera figura del capítulo 2 se la numera como Fig. 2.3.

1.INTRODUCCIÓN

1.1.PRESENTACIÓN

En este texto se investigan narrativas sobre el *consumo de dos sustancias psicoactivas*, bebidas alcohólicas y psicofármacos tranquilizantes de prescripción, en relación a la subjetivación de las pérdidas y ganancias que se producen en el envejecimiento en *personas mayores*, integrando transversalmente la categoría de género, en particular en relación a los roles socialmente asignados a varones y mujeres. A efectos del presente trabajo, se entiende que este trayecto subjetivo está determinado por factores contextuales y sociohistóricos, y por la capacidad de la persona para representar, simbolizar y elaborar el envejecimiento (Conde, 1997).

En este campo de problemas convergen al menos dos ejes temáticos de mucha actualidad en nuestro país: el consumo problemático de sustancias, y la vejez y el envejecimiento. Con el propósito de acotarlo, la discusión y análisis se enfoca en el consumo de bebidas alcohólicas –en adelante BALC– y de psicofármacos tranquilizantes benzodiacepínicos –en adelante BZD–. Para intentar comprender el contexto y las prácticas de consumo de estas sustancias psicoactivas en personas mayores, se entendió sustantivo integrar a las discusión el análisis de las masculinidades y feminidades hegemónicas en el envejecimiento² y la vejez.

En esta investigación consideraremos como Personas Mayores a los varones y mujeres de 60 o más años de edad, siguiendo lo señalado en el artículo 2 de la *Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (OEA, 2015). La Convención define como Persona mayor a "Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor." (p.4).

² Proceso que se desarrolla durante todo el ciclo vital de la persona, desde el nacimiento hasta la muerte. La vejez es una etapa del ciclo de vida.

1.2.CONTEXTO DE LA TESIS

Esta investigación fue desarrollada en el marco de la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Refleja el interés académico y profesional del autor en tres temas específicos: el consumo de sustancias psicoactivas, la vejez y el envejecimiento, y género.

Parte de la elaboración teórica de esta investigación fue publicado en formato de artículo en un libro publicado por el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento –CIEn– (Castro Aguilera, 2020), unidad académica de la Universidad de la República que funciona en la órbita del Espacio Interdisciplinario, cuyo equipo de investigación integró el autor. El objetivo central del CIEn es desarrollar investigación, enseñanza, extensión y transferencia recíproca de conocimientos sobre los procesos de producción social de la vejez y el envejecimiento en sus múltiples dimensiones, desde el marco de los Derechos Humanos.

Un adelanto de la investigación, y emergentes de campo, fueron presentados en el marco de las II Jornada de Investigación Clínica –Abril de 2022, CIC-P, UdelaR–, en la mesa a cargo de la línea de investigación sobre Consumo de Sustancias del CIC-P; también se presentó en el curso destinado a Formación Permanente, Maestría y Doctorado: *Consumo de Sustancias Psicoactivas en Uruguay: Estudios, Prácticas y Discursos*, implementado en el marco de la Maestría en Psicología Clínica, y coordinado por la misma línea de investigación del CIC-P.

Esta línea trabaja con proyectos dedicados, entre otros campos, a obtener información epidemiológica sobre el consumo de sustancias, a estudiar factores que estimulan o inhiben el consumo, a evaluar consecuencias del consumo, y a investigar estrategias clínicas para el trabajo con consumo problemático.

1.3. ORGANIZACIÓN DE LA TESIS

Esta tesis se despliega en seis capítulos. En el capítulo 1 se hace una introducción sobre la temática de la tesis, y se presenta su contexto y organización.

En el capítulo 2 se presentan los antecedentes de investigación en el estudio de la temática planteada, antecedentes jurídicos y de PPPP tanto sobre Personas Mayores, como sobre consumo de sustancias en Uruguay. También se incluyen aquí los antecedentes teóricos de la tesis, organizados en apartados sobre el uso de sustancias psicoactivas, la subjetivación de pérdidas y ganancias en la vejez, y los roles de género en relación a mujeres y varones mayores³, entre otros.

En el capítulo 3 se desarrolla la construcción y fundamentación del campo de problemas, incluyendo objetivos y preguntas de la investigación.

En el capítulo 4 se trata el enfoque metodológico de la investigación: abordaje, técnicas de recolección de datos, población, metodología de análisis, y criterios éticos aplicados en esta investigación.

En el capítulo 5 se desarrolla el análisis y discusión de emergentes del material de campo, incluyendo el análisis de la implicación; por último, el capítulo 6 presenta conclusiones, incluyendo posibles aportes, desafíos, y limitaciones de este estudio.

Al final del documento se incluyen referencias bibliográficas y un apéndice con la guía de entrevista, copia de la hoja de información y consentimiento informado, y nómina de códigos y temas del proceso de análisis.

³ En este texto se prefiere el uso de pronombres y determinantes sin género, tratando de evitar en la medida de lo posible el uso de adverbios con marca de género, evitando también el uso de “las/los”, así como el uso de los caracteres “@”, “x” y “e” sustituyendo marcas de género. Como excepción, cuando en el texto se alude a adultos mayores, se incluyen mujeres y varones, de la misma manera que cuando se refiere a viejos se incluyen viejos y viejas. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

2.ANTECEDENTES

2.1.ANTECEDENTES ACADÉMICOS

No se encontraron antecedentes relevantes en el contexto uruguayo sobre el campo de problemas de esta investigación –consumo de sustancias, género y vejez–, aunque sí investigaciones y encuestas sobre adicciones y consumo problemático, y un abundante corpus de trabajos sobre vejez y envejecimiento.

Se destacan como fuentes primarias el mencionado *Censo Nacional de 2011* (INE, 2011), la *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas* (JND, 2019b) y la *VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas* (JND, 2016b), el informe de investigación del *III Estudio sobre consumo de drogas en consultantes de la Emergencia del Hospital Pasteur de Montevideo* (JND, 2017), y el nuevo *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027* (MSP, 2020b, 2020a).

Sobre vejez y envejecimiento en Uruguay y la región, investigadores/as pertenecientes al *Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento* (NIEVE), y el *Centro Interdisciplinario de Envejecimiento –CiEn–*, en el marco de Facultad de Psicología y del Espacio Interdisciplinario de la UdelaR, respectivamente, han generado una abundante producción sobre el campo de vejez y envejecimiento; a modo de ejemplo: *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano* (Paredes, Ciarniello, Brunet, 2010), y el *Informe de la investigación Envejecimiento en Uruguay: Realidad demográfica y representación social. Un estudio desde la perspectiva intergeneracional* (Berriel et al., 2011), *Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas* (Berriel, Pica, y Zunino, 2017a). La tesis de doctorado de Fernando Berriel, *Envejecimiento y políticas públicas en el Uruguay del ciclo progresista. Análisis de la formación de un objeto múltiple* (2021) representa el estado del arte en lo que refiere a las PPPP sobre vejez y envejecimiento en Uruguay.

Contribuyendo a la problematización sobre género y vejez, se destacan *Vejez de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay* (Aguirre Cuns y Scavino Solari, 2018), y *Los tiempos del bienestar social : género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay* (Batthyány et al., 2015), *Reflexiones feministas sobre las mujeres mayores, el envejecimiento y las políticas públicas* (Leyra Fatou y García, 2013), entre otros.

Sobre género y consumo destacamos *El consumo de psicofármacos en mujeres en el Uruguay: hacia una transversalización de género en los planes y programas de salud mental y uso de drogas* (Núñez, 2016), *Género Y Masculinidades. Miradas y herramientas para la intervención* (Pérez de Sierra, Quesada, y Campero, 2016), y *El consumo de psicofármacos en mujeres en el Uruguay: hacia una transversalización de género en los planes y programas de salud mental y uso de drogas* (Núñez, 2016).

Con el propósito de sumar a la discusión dispositivos de tratamiento de consumo problemático, se destacan *La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, Características y Guía de Recursos* (JND/LOUD, 2015), *Hombres con Consumo Problemático de Drogas. Tratamiento con Perspectiva de Género* (SENDA, 2016).

Sobre la temática del consumo problemático de tranquilizantes menores en Uruguay existe literatura reciente desde un enfoque médico: *Benzodiazepinas: ¿solución o problema?* (Pagano, 2016), *Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública* (Speranza et al., 2015), *Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año* (Pérez, Ricci, Trindade, y Romano, 2015), *Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción* (Domínguez, Collares, Ormaechea, y Tamosiunas, 2016), etc. Sobre este tema aparece como relevante el trabajo del equipo de investigación liderado por las psicólogas Andrea Bielli, Gabriela Bruno y Pilar Bacci sobre consumo y prácticas de prescripción de BZD en Uruguay; a este respecto se destaca la investigación *La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay* (Bielli, Bacci, Bruno, Calisto, y Navarro, 2017), sobre la controversia sobre prácticas médicas, psiquiátricas y psicológicas en Uruguay, en relación a las BZD. Por parte de del mismo

grupo es el proyecto en curso financiado en el marco del Programa I+D de CSIC, *Consumo de medicamentos benzodiazepínicos en adultos: significaciones y experiencias de uso (04/2015 - 04/2017)* (Bielli, 2014), cuyos resultados finales están inéditos pero del que se han hecho comunicaciones y adelantos en varios congresos internacionales (Calisto, Bielli, Navarro, y Jubin, 2018), (Bielli, Bruno, Bacci, y Navarro, 2018). También se toma como un antecedente importante la tesis de maestría de Santiago Navarro, *Psicología clínica y psicofármacos: benzodiazepinas y ansiedad en los saberes y prácticas psicológicas en los servicios de salud pública uruguayos* (2019), en particular por su contribución a la problematización de prácticas de prescripción de BZD, y al discurso experto sobre las mismas.

A nivel internacional existen diversos estudios actuales sobre el tema, por ejemplo *Benzodiazepine Use in Older Adults in the United States, Ontario, and Australia from 2010 to 2016* (Brett et al., 2018), *Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo, não pensar e dormir* (Alvarenga, de Loyola Filho, Giacomini, Uchoa, y Firmo, 2015), *"They Want Docile". How Nursing Homes in the United States Overmedicate People with Dementia* (Humans_Rights_Watch, 2018). Estos trabajos discuten el uso crónico de tranquilizantes en personas mayores, y su carácter de instrumento terapéutico por defecto para que la persona mayor logre "no pensar y dormir".

Por último, y con respecto al consumo problemático de alcohol, destacamos *Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial* (Becerra y Arteaga, 2017), *Dos drogas, diferentes mensajes: los medios y la regulación de la marihuana y el alcohol en Uruguay* (Coitiño et al., 2017), etc. Se integraron al debate textos que investigan el consumo de BALC en personas mayores: *Abusive Consumption Of Alcohol By Elderly* (Oliveira et al., 2017), *Factors associated with consumption of alcohol in older adults - a comparison between two cultures, China and Norway: the CLHLS and the HUNT-study* (Li, Wu, Selbæk, Krokstad, y Helvik, 2017), *Different patterns of alcohol consumption and the incidence and persistence of depressive and anxiety symptoms among older adults in Ireland: A prospective community-based study* (Carvalho et al., 2018).

2.2.ANTECEDENTES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS Y NORMATIVAS

El autor entiende relevante incluir como antecedentes una breve síntesis de las trayectorias en materia de legislación y PPPP en nuestro país sobre Consumo de Sustancias y sobre Personas Mayores, vejez y envejecimiento. Como se problematizará más adelante, las Personas Mayores no constituyen un colectivo homogéneo; de hecho no son un colectivo sino una población que comparte una característica: estar viviendo la etapa evolutiva de la vejez. Tanto las prácticas terapéuticas y de prescripción de psicofármacos, como las dinámicas de consumo de tranquilizantes y alcohol se desarrollan en el marco de la cultura y de los cambios teóricos-epistemológicos que se producen en ella, cuyas *trayectorias* tienen un correlato, más o menos concurrente, con los cambios en la legislación y el diseño de PPPP.

2.2.1.Antecedentes sobre Legislación y PPPP sobre consumo de sustancias psicoactivas

En Uruguay se comienza a legislar sobre sustancias psicoactivas y adicciones en la década de 1970, adhiriéndose, aunque con cierta demora, a lo definido en las primeras convenciones y convenios internacionales sobre el tema. En marzo de 1961, en Nueva York, se firmó el texto de la denominada *Convención Única sobre estupefacientes* (ONU, 1961), aprobada en Uruguay en 1974 mediante un Decreto-Ley (Poder Legislativo, 1974a) En esta Convención se definió tres listas de sustancias (I, II, III), que incluía básicamente opiáceos (opioides naturales), derivados de la adormidera (*Papaver somniferum*), p.ej. morfina, heroína, codeína; y algunos alcaloides, como la cocaína; no incluye a las sustancias objeto de este estudio. En febrero de 1971 tiene lugar en Viena el *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas* (ONU, 1971), al que Uruguay adhiere en 1975 mediante otro Decreto-Ley (Poder Legislativo, 1975)

En 1974 se aprueba en Uruguay la *Ley de Estupefacientes* (Poder Legislativo, 1974b), que trata sobre la comercialización y uso de estupefacientes, y el denominado comercio ilícito de drogas, entendiendo como tales las enumeradas en las listas I y II de la Convención de Nueva York, y la lista I de la Convención de Viena de 1971. Esta ley en

su artículo 17, crea la *Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías*, en la órbita del Ministerio de Salud Pública:

Créase la Unidad Ejecutara denominada "Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías" que dependerá directamente del Ministerio de Salud Pública. Artículo 18.- La Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías estará integrada por un siquiatra de la Dirección de Salud Mental, un epidemiólogo de la División de Higiene y un químico farmacéutico de la División Técnica especialmente versados en la materia. Serán designados por el Ministerio de Salud Pública y durarán cuatro años en sus funciones, pudiendo prorrogarse su actuación por cuatro años más (op.cit., Art. 17).

Su objetivo declarado es el de crear programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de personas usuarias de drogas, y generar un registro de toxicomanías, entre otros:

A) Preparar programas y planes de prevención y tratamiento de las toxicomanías, los que, previa aprobación por el Ministerio de Salud Pública, serán ejecutados por las dependencias del mismo, de acuerdo a sus respectivas competencias técnicas

F) Coordinar su labor con la Dirección General de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas del Ministerio del Interior, el Ministerio de Educación y Cultura, el Consejo del Niño y Dirección Nacional de Aduanas, de acuerdo con las reglamentaciones que dicte el Poder Ejecutivo (op.cit., Art. 17).

En su artículo 24 define los cometidos del Ministerio del Interior en el tema, con un fuerte énfasis en la prevención, control y represión de la importación, exportación, producción, comercialización y uso ilegal de las sustancias que regulaba la mencionada ley. En su artículo 25 crea la "(..) a *Comisión Honoraria y la Dirección General de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas, que dependerán del Ministerio del Interior*", que a su vez deben constituir una Brigada Nacional Antidrogas, entre otras responsabilidades.

Los criterios definidos en esta ley fueron los imperantes durante tres décadas, siendo reglamentados por posteriores leyes y decretos, como por ejemplo, y de forma no exhaustiva: la Ley 17.016 (Poder Legislativo, 1998), el Decreto 454/976 (Poder Legislativo, 1976), el Decreto N° 398/999 (Poder Legislativo, 1999b), y el Decreto N° 391/002 (Poder Legislativo, 2002). En 1988 se firma la *Convención ONU sobre el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas* (ONU, 1988), a la que Uruguay suscribe mediante el Decreto Ley 16.579 (Poder Legislativo, 1994).

En relación a la prescripción y venta de psicofármacos (incluyendo a los tranquilizantes), se puede citar al Decreto N° 537/978 (Poder Legislativo, 1978) sobre especialidades farmacéuticas y recetas médicas, al Decreto N° 423/999 (Poder Legislativo, 1999c), y el Decreto N° 95/988 (Poder Legislativo, 1988a), reafirmando el rol del médico como agente de prescripción.

En 1996 se aprueba en Uruguay la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio de la CICAD, iniciando de manera conjunta los esfuerzos para elaborar modelos y metodologías dirigidas al trabajo en prevención primaria (OEA/CICAD, 2010). En 2007, Uruguay suscribe la XII RED Reunión Especializada de Autoridades de Aplicación en Materia de Drogas: Declaración de los Presidentes del MERCOSUR y países asociados (Mercosur, 2007).

En 1988 el Decreto 463/988 (Poder Legislativo, 1988b) crea la *Junta Nacional de Prevención y Represión del Tráfico Ilícito y Uso Abusivo de Drogas* en la esfera de la Presidencia de la República. Tres años después, se aprueba en Uruguay una ley que comienza a señalar un cambio en el enfoque de PPPP sobre el tema, creando la *Junta Nacional de Drogas (JND)* –que sustituye a la entidad creada una década atrás–, y la *Secretaría Nacional de Drogas (SND)*, con el propósito de desarrollar programas de prevención del uso problemático de drogas, tanto lícitas como ilícitas, coordinar actividades del Observatorio de Drogas, y gestionar el apoyo y promoción de proyectos destinados a la reducción de riesgos y daños en la coordinación con organismos públicos estatales y entidades de la sociedad civil organizada (Poder Legislativo, 1999a).

En la actualidad, la JND está integrada por los titulares de las Subsecretarías de los Ministerios de Salud Pública, Interior, Desarrollo Social, Relaciones Exteriores, y Economía y Finanzas, Defensa Nacional, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, y de Turismo. La preside el Prosecretario de la Presidencia de la República y es integrada además por el Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas, y por el Secretario Nacional para la Lucha Contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo. Las actividades de la JND se articulan en base a Planes Nacionales cuatrienales, como por ejemplo la *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025* (JND,

2021), y la *Estrategia Nacional para el abordaje del problema de las drogas, Período 2016-2020* (JND, 2016a):

(..) en 2005 se adoptó una visión integral de las políticas de drogas con enfoque en derechos humanos. En el período 2011-2015 se profundizó en esta perspectiva instalando un debate democrático sobre los enfoques prohibicionistas de “Guerra contra las Drogas” evaluando sus resultados y cuestionando sus fundamentos y acciones. Se avanzó en el desarrollo de un modelo alternativo de regulación y control de mercados y en la transversalización de la perspectiva de reducción de riesgos y daños, entre otros muchos aspectos que dan cuenta de la génesis de un nuevo abordaje de las políticas de drogas.” (JND, 2016b, p.9)

En lo que respecta a las BALC, el carácter singular de sustancia psicoactiva de venta y consumo libre ha implicado que su consumo y venta no haya sido objeto de la atención del legislador y de PPPP específicas, hasta hace relativamente poco tiempo.

En 2010 Uruguay suscribe a la *Declaración de Brasilia sobre políticas públicas para el alcohol*, en el marco de la *1ra Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Alcohol* (OPS, 2010), organizada por la OPS y el Gobierno de Brasil, donde se considera el consumo de esta sustancia como un problema de salud pública prioritario a nivel regional, y se acordaron estrategias para fomentar la investigación de aspectos epidemiológicos, y el diseño de PPPP efectivas que trascendiesen los intereses comerciales y de mercado. En 2012 se define un *Documento base para el diseño Políticas Públicas en la temática del Alcohol en Uruguay: documento de trabajo* (OUD/JND, 2012), como punto de partida a la estrategia de la JND para el trienio 2012-2015, para diseñar y poner en marcha una política sobre el alcohol que “*tenga como principal propósito prevenir, reducir los daños y tratar las consecuencias sociales y sanitarias negativas relacionadas con el consumo problemático de alcohol*” (p.5). Es consecuencia directa de esta estrategia la promulgación de la Ley N° 19.360 (Poder Legislativo, 2015), que establece la denominada “tolerancia cero” a partir de 2016, para el uso de alcohol en la conducción de vehículos: 0.0 decigramos de alcohol por litro de sangre en control espirométrico, antes de esta ley el límite era 0.3 decigramos/litro.

Por último, corresponde destacar como hito de suma importancia a la *Ley N° 19855* (Poder Legislativo, 2019), y el decreto que la reglamenta (Poder Legislativo, 2020). En

su artículo 1, la ley define como su objeto el prevenir riesgos y daños asociados al consumo problemático de BALC, al promover acciones que velen por la salud y el bienestar integrales de los ciudadanos, por lo que el articulado define la regulación de las actividades vinculadas con la distribución, comercialización, oferta, venta, suministro, y publicidad de BALC. En su artículo 2, define los siguientes objetivos:

A) Prevenir el consumo problemático de bebidas alcohólicas en la población, así como desarrollar estrategias dirigidas a retrasar la edad de inicio en el consumo. B) Incorporar en el diseño, programación y ejecución de las políticas públicas, acciones preventivas en materia de consumo problemático de bebidas alcohólicas que vinculen su impacto a razones de género y edad, con especial énfasis en la reducción de conductas de riesgo. C) Promover y potenciar la implantación y el desarrollo de programas en los ámbitos educativo, comunitario y familiar, que prevengan el consumo de riesgo y problemático de bebidas alcohólicas, tendientes a construir autocontroles sociales que desde su diseño, implantación y evaluación logren, en un marco de Derechos Humanos y responsabilidad compartida, incorporarse a la cultura ciudadana. D) Informar a la población sobre los efectos perjudiciales para la salud integral derivados del consumo problemático de bebidas alcohólicas. E) Fomentar y posibilitar la participación activa de la comunidad en el diseño y ejecución de las acciones preventivas destinadas a abordar los problemas relacionados con el consumo problemático. F) Instrumentar acciones que permitan a los profesionales de la salud y la educación la detección precoz de problemas asociados al consumo problemático. G) Promover la implantación y el desarrollo de programas asistenciales para la detección temprana del consumo problemático, la disminución del daño de acuerdo con la evidencia científica, la desintoxicación y el tratamiento. (Artículo 2).

2.2.2. Antecedentes sobre PPPP dirigidas a Personas Mayores, envejecimiento y vejez

Las *trayectorias* en materia de PPPP sobre vejez y envejecimiento que se detallan a continuación describen desplazamientos de paradigmas en el tratamiento del tema, desde cambios en la forma de nominar la vejez –ancianidad, tercera edad, adultos mayores, personas adultas mayores, personas mayores–, hasta diferencias sustantivas en la consideración como sujetos de las personas mayores: de objeto de asistencia, a sujetos de derecho. Siguiendo a Berriel (2021), se considera que los principales hitos o mojones en materia de PPPP sobre vejez y envejecimiento en Uruguay son los siguientes: el *Programa Nacional del Adulto Mayor* (PRONAM), la constitución del *Instituto Nacional de las Personas Mayores* (INMAYORES), el primer y segundo *Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez* (PNEV I y II), y la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, ratificada por Uruguay.

El *Programa Nacional del Adulto Mayor* (PRONAM) es un documento desarrollado en 2005 por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP), en el marco de la gestación del actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Berriel, Pica, y Zunino, 2017b). El PRONAM se gesta en este contexto, asumiendo como norte principal el que todas las personas tengan acceso a la atención en salud de forma igualitaria. Según se observa, el Programa está atravesado fuertemente por lo sanitario, como por ejemplo en lo que hace a intervenciones médico-geriátricas. Al respecto señala Berriel (2021): “*El documento comienza planteando una formulación que busca superar el encapsulamiento del abordaje desde el sector salud de las problemáticas del envejecimiento a partir de la noción de socio – sanitario y de un modelo de atención integral*” (p.80).

El *Instituto Nacional de las Personas Mayores* (INMAYORES), se constituye a partir de la Ley 18.617 (Poder Legislativo, 2009b), que lo crea como institucionalidad rectora de las PPPP sobre envejecimiento y vejez, denominándose (observar nuevamente la nominación de la población objeto de las políticas) en primera instancia *Instituto Nacional*

del Adulto Mayor (INAM). El Instituto se crea como entidad dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, creado dos años antes de la promulgación de esta ley (Berriel et al., 2017b).

El *Primer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez* (PNEV), fue desarrollado por INMAYORES para el período 2013/2015, siendo publicado en 2012. Para Berriel (2021), este primer plan es resultado directo de la ley constitutiva de INMAYORES, en tanto en la misma se le encomienda a la nueva institucionalidad el desarrollo de un plan estratégico. La coordinación del plan se acordó con las entidades integrantes del Consejo Consultivo de INMAYORES, órgano asesor del mismo, integrado por actores estatales como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Banco de Previsión Social (BPS), el Congreso de Intendentes; de la sociedad civil: REDAM (Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores), ONAJPU (Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay); y la única representación de la academia en el Consejo, la Cátedra de Geriátrica y Gerontología de la Facultad de Medicina, Universidad de la República (Berriel et al., 2017b). En este documento la expresión más empleada para referirse a los destinatarios de las políticas es Personas Mayores, y en menor medida, Personas Adultas Mayores (Berriel, 2021).

La *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (OEA, 2015), constituye el primer documento internacional orientado a la protección y promoción de los Derechos Humanos de las personas mayores, que tiene un rango jurídicamente vinculante para los países signatarios. Es producto de un trabajo desarrollado desde 2011 por Uruguay, Costa Rica, Argentina y Chile.

En este documento la expresión más utilizada en el mismo para referirse a su población objetivo, es Personas Mayores, reconociéndolas como sujetos de derecho, a diferencia de otras políticas de corte asistencialista (Berriel et al., 2017b). Uruguay ratificó la Convención, siendo el segundo de América; tal como se comentó, el carácter vinculante de la ratificación implica que Uruguay tiene la obligación de modificar sus políticas sobre vejez y envejecimiento, en consonancia con lo definido en la Convención (Berriel, 2021).

El Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (PNEV II) (INMAYORES, 2016), buscó proyectar el curso de la interacción de las políticas públicas que abordan el envejecimiento y la vejez, alineado a lo definido en la Convención. Fue publicado por el Ministerio de Desarrollo Social en 2016 para el cuatrienio 2016/2019, con foco en profundizar el desarrollo de PPPP sobre los derechos de las Personas Mayores en todo el Uruguay. El documento fue desarrollado a partir de lo elaborado por el Consejo Consultivo (con idéntica integración a la citada en el caso del primer plan), incorporando una importante participación de los equipos técnicos de INMAYORES, el que a la fecha de publicación del segundo plan ya contaba con varios años de funcionamiento como institucionalidad rectora en la temática.

2.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Dado el campo de problemas definido, el marco teórico de esta investigación implica la puesta en diálogo de diversos autores y autoras, y desde diferentes perspectivas y paradigmas.

La vejez y el envejecimiento se considera desde una perspectiva crítica al modelo biomédico hegemónico (Baars y Phillipson, 2013; Berriel et al., 2017a) a partir de diversos trabajos del equipo de NIEVE y CIEn en Uruguay (Batthyány et al., 2010, 2014; Berriel, Carbajal, Paredes, y Pérez Fernández, 2013; Berriel, Paredes, y Pérez Fernández, 2006; Berriel et al., 2017a; Berriel et al., 2011; Berriel y Pérez Fernández, 2011; Carbajal y Berriel, 2014).

Sobre las condiciones de existencia de las personas mayores se articulan enfoques existencialistas (Frankl, 2003b, 2014, 2015; Lipovetsky, 1986; J. P. Sartre, 2016; J.P. Sartre, 2009), con el construccionismo social (Bruner, 2004; Ricoeur, 1989), la noción de proyecto identificador de Piera Aulagnier (2007a) y Cornelius Castoriadis (1998).

El análisis del consumo de sustancias se sustenta en la perspectiva antropológica y diacrónica de las “Addiction Trajectories”, siguiendo a Raikhel y Garriot (2013). Este enfoque problematiza el consumo como una *trayectoria*, entendida como un movimiento contingente y dirigido de personas, sustancias, ideas, técnicas, e instituciones, a lo largo de dimensiones espaciales, sociales, temporales, y epistémicas.

En la articulación planteada, parece interesante problematizar e indagar la función instrumental del consumo en la *narrativa de vida* de la persona (Csikszentmihalyi, 2000; Dejon, 2017; Grigoravicius, 2011), y sus posibles consecuencias en la construcción de nueva subjetividad y de un nuevo proyecto de vida (Alvarenga et al., 2015).

Finalmente, se incorpora a la problematización autores y autoras tales como Pierre Bourdieu (2000), Marie-France Hirigoyen (1999), Rita Segato (2003), Janet Saltzman (1992), entre otros, aportando enfoques críticos sobre masculinidades y feminidades hegemónicas, prejuicios, estereotipos y roles de género.

2.3.1. Malestares existenciales

A lo largo del curso de vida de las personas, y en la medida en que sus proyectos de vida, anhelos o expectativas se ven frustrados o constreñidos, o que sus parámetros de seguridad y certidumbre son sacudidos por adversidades -sin contar con las herramientas adecuadas para afrontarlas-, surge un *discomfort* o *malaise*⁴ como *síntoma* de un estado de frustración o vacío existencial (Strachey, 2001; Williams Collins & Sons, 2004), que implicaría una afectación negativa, más o menos pronunciada, en el sentir de una persona, y que según Freud (1999), es fruto de las imposiciones de la cultura al despliegue pulsional de los sujetos. En tal sentido, existiría un permanente antagonismo entre lo impuesto socialmente, y las exigencias de las pulsiones de vida –el Eros, que en el contexto de la segunda tópica representa a las pulsiones sexuales, y de autoconservación o yoicas–, y las pulsiones violentas y destructivas. El *malestar existencial* surgiría como *síntoma* de esta tensión, del sometimiento de lo deseante a la égida del orden civilizatorio y disciplinador impuesto por la cultura.

Este *síntoma* emerge ante la ausencia de propósito y sentido, ante el imperio de lo efímero impuesto por el mandato del consumo, ante la veneración de lo eternamente nuevo y joven, ante el advenimiento de un neo-narcisismo, al decir de Gilles Lipovetsky (1986). Según el mismo autor, consiste en "Un sentimiento de vacío interior y de absurdidad de la vida, una incapacidad para sentir las cosas y los seres" (p.76); según Frankl (2003), el vacío existencial es la situación de "la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa" (p.106). En sentido análogo, para Sartre (2009), *la náusea* es la experiencia de lo absurdo y contingente de la existencia, un intolerable vacío desprovisto de propósito.

La inmediatez de un presente continuo, ahistórico, instala en muchas personas una incapacidad de síntesis narrativa de sí mismas, empobreciendo sus recursos para afrontar nuevos acontecimientos vitales, y que suelen devenir en crisis al no lograr la persona reconstruir una identidad estable: quien (se) narra es incapaz de reunir e hilvanar en forma coherente los acontecimientos del interior (Sánchez-Gómez, 2017). La

⁴ En la edición original inglesa de "Das Unbehagen in der Kultur", James Strachey (op.cit), traduce el título del texto freudiano como "Civilization and Discontents". Unbehagen puede también hallarse traducido al inglés como "uneasiness", "uneasy feeling" y "discomfort"; en otras traducciones inglesas aparece el galicismo "malaise" como equivalente.

hiperkinesia de nuestra vida cotidiana –ansiógena, y al mismo tiempo, ansiófoba–, elimina cualquier capacidad de demora, de contemplación; la temporalidad es frenética, todo envejece muy rápido, y se convierte en pasado en forma instantánea: “El presente se reduce a picos de actualidad. Ya no dura. [Estamos frente al] dominio de un presente puntual y sin conciencia histórica” (HAN, 2015, p.11).

2.3.2. Consumo de sustancias y muletas químicas

En la búsqueda de eliminar el *malestar* como síntoma, la persona puede intentar un rodeo que “pasa por la química” (Frankl, 2003a) recurriendo a las sustancias que tienen la capacidad de influir en nuestra psiquis, las que según Freud (1999), serían los más interesantes preventivos del sufrimiento, ya que éste –el sufrimiento–, según dice, es sólo sensación. Extremando esa línea de pensamiento, el mismo autor propone que el método más directo y efectivo para lograr paliar el sufrimiento, sería la intoxicación a través de sustancias con el fin de eliminar la percepción de estímulos desagradables, y provocar placer. Con sagacidad infiere la existencia de sustancias análogas en nuestro propio psiquismo, poniendo como ejemplo que en un acceso de manía se produce un efecto similar al del consumo de cocaína, y sin el suministro externo de drogas. El que todos las culturas hayan reservado un lugar privilegiado a las sustancias estupefacientes, estimulantes o visionarias, sería por la atribución que se les hacen en tanto instrumentos (Freud, 1999) “en la lucha por la felicidad y en la prevención de la miseria” (p.16), herramientas que habilitan el escape temporal de la realidad.

En nuestra sociedad, el consumo – sea crónico o intensivo –, de sustancias, bienes, y de experiencias gratificantes, se ha instalado como un *quitapenas* (Freud, 1999) que señala la utopía de la época: la promesa del no sufrimiento. La frustración existencial en el marco de una sociedad hipermoderna, consumista y hedonista, tendría un correlato en el surgimiento de las adicciones como problema de salud pública y de estado (Danza, 2009); en este contexto, las personas desarrollarían conductas adictivas como estrategia de *sobreadaptación* a nuestra sociedad de consumo (Zukerfeld y Zonis, 2011). Sin embargo, las conductas sobreadaptadas pueden llamar a engaño e impresionar como estrategias exitosas de afrontamiento, pero no implican transformación subjetiva de

ningún tipo; a modo de ejemplo, el consumo de sustancias estimulantes del Sistema Nervioso Central, como la cocaína, puede ser *analizador* de una sobreadaptación a las exigencias de rendimiento, productividad que impone nuestra sociedad. A estas *subjetividades sobreadaptadas*, Zukerfeld y Zonis (2011) las denominan *subjetividades aquileicas*, y las definen como “la condición subjetiva que implica vulnerabilidad equilibrada o compensada por la obediencia a ideales culturales dominantes” (p. 353).

Precisando términos, en este texto se prefiere utilizar el término “Consumo problemático” en vez del de adicción, entendido como la conducta de consumo de sustancias que afecta en forma negativa la salud física o mental, y/o las relaciones sociales primarias o secundarias de la persona (JND, 2016c; Kornblit, Camarotti, y Di Leo, 2012). La frontera entre el consumo problemático y la adicción estaría en un *espectro* donde la diferencia la establece el grado de *dependencia*.

Se define el *uso o consumo de drogas* como la utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia –uso de medicamentos recetados por un médico- o con fines hedónicos –fumar, o tomar alcohol de forma moderada en las comidas o fuera de ellas-. El *abuso de drogas* refiere a su consumo con cierta periodicidad y en dosis importantes; por ejemplo bebedores excesivos de alcohol que consumen en ámbitos sociales o durante los fines de semana. La conducta de consumo de carácter adictivo, o *adicción*, conlleva el desarrollo de *tolerancia*, *dependencia*, *compulsión* al consumo, y *síndrome de abstinencia* cuando se prescinde del mismo. El término adicción deriva del término jurídico francés *addiction*: la aplicación jurídica del término implicaba que el denunciado y sus familiares y descendientes quedaban sometidos al denunciado en una relación de *vasallaje*, y que a su vez deriva del vocablo latino *ad-diure*, que significa adhesión o *sometimiento* (Alonso-Fernández, 2003). La adicción puede definirse como una patología de la relación de objeto, que deriva del latín *objetus*, que significa “puesto” o “echado” adelante, con el sentido de una entidad que está en el mundo externo que se enfrenta u opone al Yo, a lo que hace a la identidad del sujeto. La denominada matriz de “existencia adictiva” del consumo problemático implica entonces una relación de sojuzgamiento del individuo con un objeto químico, o un acto social; parafraseando a Herminio Martins (citado en Sibilia, 2005), el consumo de drogas constituiría un pacto de tipo *fáustico* con un objeto –sustancia, conducta–, que promete ayudar a trascender las

restricciones u obstáculos orgánicos que limitan la ambición humana -¿a cambio del alma?-, en una relación de sojuzgamiento del sujeto. En el marco de ese “pacto (Alonso-Fernández, 2003) “(..) el hombre deja de estar en situación para convertirse en servidor del objeto. El consumidor es consumido” (p.24).

El consumo problemático de sustancias psicoactivas legales e ilegales se suele asociar con representaciones sociales prejuiciosas negativas en relación a ciertos grupos etarios y socioeconómicos: pobreza y violencia están en general vinculadas con el consumo de drogas en el decir cotidiano, y también, a veces, en el discurso político. Tanto el concepto de *droga* como el nominar a una persona como *drogadicto*, *toxicómano*, o *adicto*, responden a construcciones sociales y a formas paradigmáticas de entender el fenómeno. Hay que considerar que tanto la noción de *adicción* como de *adicto* -en el sentido actual- son de origen reciente; sobre el particular se señala (Raikhel y Garriot, 2013) que *adicción* es un término que ingresó a la *gramática* hacia fines del siglo XIX, siendo su significado revisado y problematizado en forma permanente. La literatura desarrollada sobre el tema ha provisto suficiente evidencia de la determinación cultural de la distinción entre consumo normal, y consumo patológico.

Si a los estereotipos sobre las personas que presentan consumo problemático de sustancias, agregamos los prejuicios del *viejismo* -término acuñado por Leopoldo Salvarezza (2011) para definir las conductas prejuiciosas hacia la vejez y hacia los viejos⁵ y viejas-, se podría inferir sin vacilación que las *personas adultas mayores* que consumen sustancias (Becerra y Arteaga, 2017) devienen en un contexto social doblemente negativo.

⁵ Cuando en este trabajo se escribe *viejo* o *vieja*, se lo hace a efectos de redacción/estilo, o para subrayar el peso de ciertas representaciones sociales negativas; debería leerse: *persona mayor*.

2.3.3. Volverse viejo, volverse vieja

La investigación *Cómo vemos a los viejos, cómo se ven ellos a sí mismos*, desarrollada por Monchietti, Lombardo y Sánchez en la República Argentina (2007), confirma el predominio de representaciones sociales de carácter negativo con respecto a la vejez. Investigaciones desarrolladas en Uruguay (Berriel et al., 2011; Berriel et al., 2006) han encontrado similares connotaciones negativas en relación a la vejez –*muerte, final, pasividad, dependencia*, entre otras-, aunque se constata la emergencia de un nuevo paradigma con valores de signo contrario a los anteriores: *disfrute, poder, proyectos, experiencia*.

Sin embargo, estas nuevas representaciones estarían vinculadas a una noción de envejecimiento individual, donde el modo de envejecer dependerá de cómo cada persona resuelve su coyuntura. Esto tiene un correlato en la dimensión política de las perspectivas sobre el envejecimiento; la posibilidad de un *buen envejecer* pasaría básicamente por el ejercicio del autocuidado y la actividad, siendo la forma de envejecer de cada persona responsabilidad individual. Esto implica lo que algunos autores denominan como *enfoque privatizador de la vejez*, aludiendo a la delegación de la responsabilidad de un *buen envejecer* que estas políticas hacen – más o menos tácitamente – en la persona, suponiendo por tanto un viejo o vieja genérica, y unas condiciones de posibilidad homogéneas, desconociendo así las singularidades y condicionantes que implican al respecto el género, el nivel socioeconómico, la educación, entre otros factores (Berriel et al., 2013). En consonancia con estas representaciones predominantes, los viejos como grupo han sido relegados socialmente a una posición de escasa relevancia, constituyendo este apartamiento una suerte de *muerte social* como preámbulo de la muerte biológica. La institucionalización del lugar del viejo señala para él –paradójicamente- el no-lugar y la inexistencia de roles sociales para sí (Monchietti, Peirano, y Lombardo, 2005). La vejez carecería de signos propios de existencia, ya que los viejos y viejas no exhiben sus símbolos porque éstos son *emblemas* de marginación, y ningún grupo marginado suele exhibir su marginalidad (Fericgla, 1992). Siguiendo el enfoque de este autor, una vez superado el que denomina *ritual desestructurante* del retiro o jubilación, la persona suele quedar atada a su pasado, con un presente

desprovisto de sentido, y con un futuro siniestro asociado a muerte y enfermedad en un proceso que algunos autores (Rowe y Kahn, 1997) denominan *vejez patológica*. En opinión de Hans Kohut (1999), las pérdidas asociadas a la vejez implican *afrentas o heridas narcisistas* que el sujeto debe tramitar como duelo, ya que en la vejez se produciría una *caída imaginaria* que produciría angustia y generaría pérdida de autoestima, depresión del sentimiento de sí y, un empobrecimiento del yo (Merlin, 2005; Zarebski et al., 2016).

El modelo *Selección, Optimización y Compensación –SOC–* (Baltes y Baltes, 1990) propone que a pesar de las dificultades y las pérdidas que se asocian al envejecimiento, muchas personas adultas mayores mantienen un alto nivel de bienestar subjetivo (Petretto, Pili, Gaviano, Matos López, y Zuddas, 2016). Baltes y Baltes (1990) conceptualizan el envejecimiento como un equilibrio entre *pérdidas y ganancias*, entendiendo a éstas como las competencias cognitivas y psicofísicas, roles y valor social y económico, etc., que se pierden y se ganan en el proceso de envejecimiento al llegar a la etapa de la vejez, y transitarla.

Este equilibrio implicaría reconocer la diferencia entre lo que se es, y lo que se querría ser, y renunciar a lo que no se fue, o será; el sujeto entonces debe poder pensar y aceptar para sí su propio devenir, aceptando también la diferencia entre cómo se representa su Yo, y cómo devendrá: “La apropiación de un anhelo identificatorio que tenga en cuenta este no retorno de lo mismo es una condición vital para el funcionamiento del yo” (Zarebski, 2005).

Para Conde (1997), este interjuego compensatorio implica el proceso y capacidad de la persona para representar, simbolizar y elaborar el envejecimiento.

2.3.4. Subjetivación de pérdidas y ganancias en la vejez: afrontando la herida narcisista

El envejecer se suele asociar con frecuencia – y excesivamente, como se verá más adelante – a la presencia de lo que Solomon (2015) denomina –en la traducción al castellano– “el demonio de la depresión”, que conllevaría, siguiendo a Julia Kristeva (1997) a “la falta de simbolización, la pérdida de sentido” (p. 41). En las personas mayores la posibilidad de construir nuevos sentidos existenciales va de la mano con la posibilidad de construcción de un futuro que rescate el deseo, y a partir de un presente como *aquí y ahora* cotidiano donde también se pone en juego y se construye la identidad del sujeto (Lladó, 2004). Enunciados identificatorios del estilo de *Cuando sea viejo voy a ser...*, sólo pueden ser posibles mediante un *proyecto identificatorio* en permanente renovación; el Yo sólo puede *Ser* a través del anhelo de ser otro, otro que a su vez se proyectará en otro, y así sucesivamente, y enmarcados en *un predicado* acorde con el sistema familiar y social del sujeto (Aulagnier, 2005; Castoriadis-Aulagnier, 2007b).

Ante lo que implica el afrontamiento del tránsito por la etapa vejez habría dos reacciones psíquicas posibles, y que reflejan diferentes posicionamientos subjetivos: la amargura y el hastío, o la rebeldía creadora contra la circunstancia. Donde prima la amargura y no se conjuga este equilibrio compensatorio, se *producen vejez* donde el sujeto presenta dificultades en resignificarse, o al decir de Judith Butler en “dar cuenta de sí” (Butler, 2009), vejez que adquieren el carácter de *crisis existenciales* que deben ser tramitadas. Zukerfeld y Zonis (2011) plantean si ante cambios adversos el psiquismo se limita a adaptarse formalmente o a desafiar confusamente a la realidad externa, no podrá haber una “metamorfosis subjetiva”.

La inclusión de la idea de transformación agrega la posibilidad de cambio creativo a partir de experiencias negativas, un cambio positivo contraintuitivo, transformador, y que crea una contracara seductora y contradictoria: sería posible pensar las pérdidas en la vejez como una adversidad cargada de oportunidad y con potencial salutogénico y creativo, si se procesan con una “subjetividad resiliente”, entendida como una condición subjetiva que, partiendo de una condición vulnerable, la transforma activando competencias y aptitudes en potencial desafío a lo establecido (Zukerfeld y Zonis, 2011). Esta “resiliencia” –definible como un constructo de recursos de afrontamiento de

adversidades que, partiendo de una condición de vulnerabilidad, puede generar una “metamorfosis subjetiva”—, hace que lo traumático tenga el efecto paradójico de generar o despertar un potencial creativo de afrontamiento que desarrollaría nuevas condiciones psíquicas (Sivak et al., 2007). En la misma línea, la *identidad autopoietica*⁶ del sujeto, siguiendo a Vivanco Martínez (2006), se crearía a través de un proceso continuo de disolución y construcción; la perpetuación autopoietica del sistema no es la repetición idéntica de lo mismo sino la creación constante (Rodríguez y Torres, 2003; Urteaga, 2010).

Sartre (2009) propone que la vivencia de *la náusea* podría devenir evento liberador: la ausencia de sentido implicaría una angustiante indeterminación de futuro, pero también conllevaría libertad y la posibilidad de elucidar y resignificar, creando nuevos sentidos.

2.3.5. Viejas, viejos, y mandatos de género

Los procesos subjetivos propios del envejecimiento se desarrollan en varones y mujeres viejos bajo la forma de *masculinidades* y *femineidades* concretas que constituirían *performances*, puestas en escena siguiendo los *guiones de género* que impregnan la cultura, las instituciones, y las relaciones de dominio y subordinación (Thompson, 2006). El concebir el género en base a una identidad individual basada en el sexo biológico es la concepción dominante en una cultura patriarcal que, como diría Judith Butler (2011), se enmarca en “the discursive limits of “sex””. Desde una perspectiva contrahegemónica, se entiende que los atributos que denominamos femeninos o masculinos están tan poco determinados por el sexo, como lo están por las ropas o peinados propios de cada época (Mead, 2006). Intuitivamente podría pensarse en género como una categoría compleja que en primer lugar demarca lo que socialmente se entiende femenino y masculino; es también una construcción social que trasciende al sexo biológico de la persona (Butler, 2011), y que subsume mandatos, roles, criterios de normalidad, representaciones

⁶ Del griego αυτο-, auto, "sí mismo", y ποιησις, poiesis, "creación" o "producción". Fue propuesto por Maturana y Varela (op.cit) para sistemas biológicos, y retomado y ampliado en el marco de la sociología sistémica por Niklas Luhmann.

simbólicas y asignaciones vinculares, entre otros. En este texto se utilizará tanto el término *género* como el de *sexo/género*, entendiéndolo como una expresión compuesta que busca trascender la dualidad naturaleza cultura, enfatizando la relación entre ambos términos –sexo biológico, y género como construcción social– (Martínez y Montenegro, 2014).

Rita Segato señala que las conductas basadas en asignaciones de género no surgen del discurso consciente de los actores, sino que emergen por “la reproducción maquinal de la costumbre” (2003) en el marco de prejuicios y *topoi* que de tan cristalizados, ya no se cuestionan. Las masculinidades y femineidades idealizadas desde la cultura no tienen porqué concretarse en una femineidad o masculinidad real, pero subyacen como un poderoso guion o libreto contra el cual los varones y mujeres son evaluados a lo largo del curso de vida (Thompson, 2006); no obstante, se debe subrayar la existencia de diversos modelos de femineidad -incorporando aquí la noción de *interseccionalidad* como analizador-, según generaciones, etnia, clase social, etcétera. En lo que hace a los roles femeninos hegemónicos, la *muliebridad* (Dejours, 2012, 2016) es un término que representa los comportamientos y atributos tradicionalmente considerados femeninos, y propios del ser mujer.

Existen en nuestra sociedad muchos modelos de masculinidad que están en interjuego con un modelo genérico y dominante de virilidad como atributo, para el que la *virilidad* – atributos hegemónicos masculinos– es la expresión colectiva e individualizada de lo que se atribuye al “deber ser” masculino, un modelo de “masculinidad hegemónica” que normativiza lo que debe ser y hacer un “verdadero hombre”. Sus características son la osadía, agencia, valentía, y “guapeza”, lo que con lleva la obligación del ejercicio de prácticas de dominación, la exhibición de fuerza física, la agresividad, competitividad, el “mito del ganador”, el control de situaciones, y emociones (“los hombres no lloran”), y la validación de la violencia como medio de elección para la resolución de conflictos, entre otros (Glendenning, Quéniart, y Charpentier, 2017). Y como corolario, este modelo exige la obligación de “demostrar la hombría” a través de desafíos o prácticas poco saludables (SENDA, 2016).

En relación a las personas mayores, la distribución hegemónica de roles de género otorga al varón una libertad de envejecer que se le niega a la mujer, al asignarle a ésta las actividades de cuidado familiar que son representadas socialmente como “una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social” (Batthyány, 2013). Esto implica a la mujer mayor se le asigna automáticamente - entre otros- el rol de “abuela”, cuidadora de sus nietos y de su familia, negándole tácitamente otros.

No obstante, algunos estereotipos hacia los varones mayores subrayarían más la condición de viejo que la de varón, presentando a una persona mayor genérica, que podría ser tanto hombre como mujer. Esta “convergencia” implica que al llegar a la vejez pesaría más el status de viejo o vieja, que el de varón o mujer, implicando por tanto la representación social de un viejo andrógino genérico. Esta confluencia hacia la androginia tampoco se puede considerar universal, ya que como ya se destacó, existen múltiples modelos de masculinidades y femineidades con mandatos diversos (Thompson, 2006).

2.3.6. Mujeres viejas, cuerpos y medicalización

¡Qué fastidio es hacerse vieja!/Los niños de hoy son diferentes/
Escucho decir a todas las madres/Madre necesita hoy algo para calmarse/
Y aunque no está realmente enferma/Hay una pastillita amarilla/
Ella va corriendo al refugio/del pequeño ayudante de su madre/
Y la ayuda en su camino/a superar su ajetreado día. (..)/
¡Doctor, por favor!/Unas pocas más/
Fuera de la puerta/Ella tomó cuatro más/
¡Qué fastidio es hacerse vieja! (..)/
Ella va corriendo al refugio/del pequeño ayudante de su madre/
Para ayudarte a pasar la noche/ayuda a aliviar tu apuro/
¡Qué fastidio es hacerse vieja!
—The Rolling Stones , “Mother’s Little Helper”, *Aftermath* (álbum), 1966—⁷
—Traducción del autor—

Señala Freixas (1997) que ya desde la forma de nominar la vejez existe una confusión de conceptos que aluden a deterioro, pérdida y dependencia, mediados por antiguos lugares comunes que valora como “unificadores, negativos, patriarcales y androcéntricos” (p.10), y que concluyen por invisibilizar particularmente a las mujeres viejas. En una línea de razonamiento análoga, Susan Sontag (1972) postula que el volverse viejo es “an ordeal of the imagination, a moral disease”⁸ (p.29), una *patología social* intrínseca a la cultura que -afirma-, afecta mucho más a las mujeres que a los varones.

La experiencia de volverse vieja, sobre todo el proceso previo al llegar realmente a la etapa de la vejez , sería vivida por las mujeres –según Sontag– con disgusto y hasta vergüenza, ya que, entre otras cuestiones, las mujeres se tornarían sexualmente inelegibles mucho antes que los varones. Para Sontag (1972), los prejuicios específicos que se esgrimen contra las mujeres al volverse viejas son un instrumento importante del privilegio masculino: por ejemplo, el lugar común de que la vejez mejora a los hombres y progresivamente destruye a las mujeres se constituye en un instrumento de opresión hacia las mujeres, sustentado en lo que la autora denomina un “doble estándar”, un doble rasero de la cultura en relación a las vejeces de hombres y mujeres.

⁷ Letra original: “What a drag it is getting old /Kids are different today/I hear every mother say /Mother needs something today to calm her down/And though she’s not really ill/There’s a little yellow pill /She goes running for the shelter/Of her mother’s little helper And it helps her on her way/Gets her through her busy day/Doctor, please, some more of these/Outside the door She took four more/What a drag it is getting old(..)/So go running for the shelter/Of your mother’s little helper And four help you through the night/Help to minimize your plight/What a drag it is getting old”.

⁸ “Un calvario para la imaginación, una enfermedad moral”. Traducción del autor.

La imagen subjetiva del cuerpo, entendida como una confluencia de representaciones, afectos, sentidos y percepciones en relación al mismo, resiste a los cambios en el aspecto del cuerpo y en la eficiencia operativa de éste (Pérez Fernández, 2007). Ya al acercarse a la mediana edad comienza un “extrañamiento” de la imagen corporal internalizada en relación al cuerpo real; la persona se desidentifica con ese cuerpo envejecido que le es ajeno y extraño, que queda incómodo y que genera una sorpresa análoga a cuando nos ponemos un abrigo ajeno: “esa del espejo no soy yo” (Iacub, 2006).

La representación social dominante impone, parafraseando a Gilles Lipovetsky (1986), un imaginario social en torno al cuerpo femenino, un nuevo canon: la deseabilidad social del cuerpo eternamente joven despojado de los atributos de la edad, y su correlato en el miedo y aversión a envejecer y a ser vieja, constituyendo lo que denomina un “neonarcisismo”, el que impone a las mujeres estándares imposibles, y por ende, frustrantes. Catherine Hakim (2011) propone la noción de *Capital Erótico*, un cuarto capital siguiendo a los capitales social, cultural y económico postulados por Bourdieu (2006), que se vería peculiarmente afectado en la persona adulta que envejece. Este *capital* sería una amalgama de atractivo o “valor” propio de cada persona, una mezcla nebulosa, dice Hakim, de varios elementos, como por ejemplo el atractivo físico y sexual, las competencias sociales, la competencia sexual y la fertilidad, entre otros. La autora propone la idea -controvertida por algunas corrientes teóricas feministas- de que las mujeres tienen ciertas ventajas instrumentales frente a los hombres en relación a este capital, en tanto portadoras de un “monto de atracción”, al menos hasta cierta edad. No obstante, señala que cuanto más patriarcal es una cultura, más se reprime y se castiga en las mujeres la ostentación de capital erótico (Hakim, 2011). Por añadidura, las mujeres al envejecer sufrirían la pérdida de “capital erótico” mucho antes que los varones en consonancia con la obligación social de ser joven y sexualmente atractiva, sufriendo –siguiendo la línea de razonamiento– una *devaluación* prolongada a partir de la mediana edad que afecta e impacta en los cimientos de su identidad y autoestima. Incluso un varón poco agraciado puede continuar siendo atractivo bien entrada la madurez; en cambio las mujeres, dice Sontag (1972), siendo o no bellas, se tornan muy pronto ilegibles como objeto de deseo.

En este sentido, el inicio de la *medicalización de la vejez* en las mujeres se suele vincular con la atención de los cambios orgánicos de la menopausia, pero también con las consecuencias existenciales del envejecimiento del cuerpo: demandas de cuidado de la estética, interrogantes sobre la propia deseabilidad, ejercicio de la sexualidad, etc. (Quéniart y Charpentier, 2013). La menopausia es aún vista socialmente como el fin de la utilidad biológica de la mujer, una señal fisiológica que marca el fin de la femineidad, de la fertilidad, y que por tanto sería casi invariablemente acompañada por malestar psicológico (Harrison, 1983), el cual, según las prácticas médicas dominantes, requeriría invariablemente tratamiento psicofarmacológico.

2.3.7. Dinámicas de consumo en mujeres y varones mayores

Al relevar la literatura – de investigaciones y de documentos de PPPP –, se constata que el estudio de las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas suele hacerse desde una u otra de las siguientes perspectivas: la que prioriza el *análisis del proveedor*, y la que subraya las *características o singularidades del usuario o usuaria*. Ambas -claramente- desde una lógica de oferta y demanda (Ettorre y Riska, 1995).

En la primera de ellas, *la orientada al proveedor*, se considera al usuario de psicofármacos como un *consumidor atípico* ya que el poder de decisión de consumo yacería en manos del médico que prescribe, y no tanto en la persona usuaria o paciente. El comportamiento de consumo que se promueve en otros *mercados* (el ir de shopping, el ponderar alternativas según costos y beneficios, etc.) difiere del que impera en lo farmacológico; de hecho el término “*doctor shopping*” se usa con connotaciones negativas vinculándolo al abuso de psicofármacos. Estos enfoques postulan que la elección del psicofármaco la hace el médico, y no el paciente, quien únicamente acepta la prescripción, compra el fármaco en la farmacia y lo utiliza -en general- según la dosis prescrita.

En el segundo enfoque *-orientado al análisis del usuario o usuaria-*, el abordaje se sustenta en una tipología de usuarios en relación a la prevalencia de uso de sustancias

psicoactivas. Siguiendo esta línea, y con el propósito de indagar las diferentes pautas de consumo de sustancias psicoactivas en mujeres y varones mayores, destacamos dos teorías complementarias con especificidad de género: la hipótesis de “las mujeres son sensibles y expresivas”, y la hipótesis de la “sustitución”.

Ambos planteos subrayan una aproximación funcionalista y universalista, que sugiere que las todas las personas tendrían la necesidad básica de relajarse para afrontar el estrés y ansiedades cotidianos que plantea la sociedad actual, la que sería satisfecha a través del consumo de drogas psicoactivas como parte de una estrategia adaptativa (Ettorre, 2007; Ettorre y Riska, 1995). Esta supuesta necesidad universal habría generado alternativas según género: la hipótesis de “las mujeres son sensibles” postula que las mujeres usan en forma preferente psicofármacos tranquilizantes, yendo a consulta médica y adoptando sin complejos *el rol de mujer enferma* por estar habilitadas socialmente a mostrar emociones y a reconocer malestares; así, y según este enfoque, las mujeres tendrían un umbral de malestar más bajo que los hombres para consultar al médico.

Este supuesto atributo de “expresividad” de las mujeres se considera como inherente al sexo, así como el que la mujer se manifieste alteraciones en su estado de ánimo, se considera como parte de la condición natural femenina. Esto tiene un correlato en la naturalización del alto consumo de psicofármacos por parte de las mujeres a través de un pseudorazonamiento: las mujeres son más expresivas, ergo son más proclives a cambios de humor, por lo tanto se considera natural que utilicen moduladores del estado de ánimo (Ettorre y Riska, 1995; Núñez, 2016).

Este modelo señala una asignación de roles basadas en diferencias biológicas, y no en construcciones socialmente mediadas: el paradigma médico hegemónico atribuye los diferentes comportamientos de varones y mujeres ante malestar o enfermedad a roles “naturales”, asignados según sexo. Entre otros supuestos, da por sentado como algo natural y biológicamente condicionado que las mujeres utilicen con más frecuencia los servicios de salud (Campbell y Ettorre, 2011).

En el caso de la segunda hipótesis –“sustitución”–, enmarcada en el mismo supuesto de consumo de psicotrópicos como estrategia adaptativa, se explica el inferior consumo de

psicofármacos y el elevado consumo de alcohol en los hombres mayores sugiriendo que los varones se “automedican” con alcohol para afrontar ansiedades y estrés, siendo por tanto el alcohol un “sustituto” de los fármacos (Ettorre y Riska, 1995). Es notorio que algunos hombres definen su virilidad mediante conductas no saludables, incluyendo el consumo excesivo de alcohol en contextos sociales. Estos comportamientos no saludables son aceptados en algunos ámbitos como propios de la condición de varón; así, adherir a una identidad masculina hetero cis tradicional/hegemónica, podría devenir en el desarrollo de hábitos de consumo no saludables, de una menor conciencia de enfermedad y de la necesidad de autocuidado, lo que a su vez implicaría un vínculo más laxo con el sistema de salud. Según Borrell y Artazcoz (SENDA, 2016), las diferencias de sexo/género y la adhesión a un modelo de masculinidad, u otro, establecen diferencias en el desarrollo de prácticas de cuidado, en el acceso a tratamientos y a actividades preventivas, y hasta en el apego a un eventual tratamiento.

Los fármacos tranquilizantes y el alcohol serían, según estas hipótesis, dos sustancias socialmente avaladas y con funciones equivalentes y análogas, con especificidad de consumo según sexo/género: esta noción de equivalencia funcional puede ocultar, entre otras cuestiones, el diferente contexto de consumo de sustancias en mujeres y varones, *y la determinación social, y no biológica, de estas conductas.*

En este sentido, los hombres se inician en el consumo de alcohol al descubierto, en contextos sociales y en el marco de códigos culturales compartidos en relación al consumo de alcohol. En cambio las mujeres, en el caso de uso de psicofármacos legales, no se pueden iniciar en forma autónoma en su consumo ya que tienen que recibir la sustancia a través de la prescripción médica, siendo el profesional quien determina el fármaco, la dosis y la duración del tratamiento. Tradicionalmente las mujeres carecen de un código social compartido que regule las prácticas del consumo al pertenecer éste al ámbito de lo privado, donde difícilmente emerjan normas al respecto (Díaz-Mesa et al., 2016). En el mismo sentido, mientras los hombres disponen de un vocabulario común en relación a la experiencia de los efectos del alcohol, las mujeres carecen de un instrumento análogo para expresar la dependencia a los psicofármacos. Existiría así un doble rasero en relación al consumo de alcohol en las mujeres: un varón que consume cotidianamente alcohol en contextos sociales pasa desapercibido, una mujer con la

misma pauta de consumo, se hace notar. La intoxicación alcohólica en un varón suele generar bromas, y disculpa conductas socialmente inadecuadas; en una mujer despierta extrañeza, aversión y pena.

Cuando emergen los psicofármacos -en la década de 1960- no existían normas sociales explícitas que les vedaran a las mujeres el uso de estas sustancias psicoactivas; más aún, la normalización del consumo de tranquilizantes parece funcional a la subordinación y pasividad propias del rol femenino tradicional (Ettorre y Riska, 1995). Normas sociales con especificidad de género han creado alternativas específicas: el consumo de alcohol como euforizante y relajante -o de drogas estimulantes-, le brinda al varón socializado en el marco de un modelo tradicional de masculinidad una vía socialmente aceptada de mostrar y canalizar emociones; en cambio el consumo de alcohol por parte de las mujeres ha sido visto históricamente en términos negativos (Fernández, 2001).

Complementariamente, las características de los efectos del alcohol -y de algunas sustancias estimulantes del SNC, como la cocaína-, son compatibles con los ideales dominantes de masculinidad: agresividad, omnipotencia, asertividad, osadía, etc. (Grigoravicius, 2011). Esta “masculinidad hegemónica”, a la que este consumo sería funcional, tendría ciertas ventajas socialmente *atribuidas* en el ejercicio del poder, el dominio y el control (Bonino, 2008) en el ámbito público, doméstico y de vincular. No obstante, presenta también desventajas *observables*: un despliegue estereotipado y empobrecido de comportamientos y modos de vincularse, una paradójica debilidad emocional, y mayor morbilidad.

En el caso de mujeres mayores que consumen drogas, las asignaciones identitarias o “etiquetas” de carácter prejuicioso suelen ser más negativas que el caso del varón que consume (Ettorre, 2007). Existe evidencia de que el consumo problemático de sustancias en las mujeres presenta el denominado “*telescoping effect*”: las mujeres inician el consumo a dosis menores que los hombres, pero el proceso de deriva hacia la dependencia y el abuso, sería más rápido (Díaz-Mesa et al., 2016). Si revisamos el pasado reciente se puede constatar que el uso de sustancias psicoactivas por parte de mujeres no es un fenómeno novedoso: en el Siglo XIX el láudano -solución alcohólica de opio- era consumido por dos mujeres por cada hombre, avalado socialmente y recomendado por los médicos para el tratamiento de *melancolía*, dolores menstruales y

ansiedad, entre otras *dolencias*. Mucho ha cambiado desde esa época, aunque como señala Fernández (2001) “Las mujeres continuamos buscando la ayuda de los médicos para aliviar el *malestar* [énfasis agregado] en nuestras vidas” (p.13).

El optar por uno u otro enfoque –orientado al usuario, o al proveedor– implica una dualidad que termina destacando a un actor en detrimento o exclusión de otro. Más aún, esta dicotomía invisibiliza a otros actores sociales que también intervienen en las dinámicas de consumo de psicotrópicos. Tomando lo expresado por algunas autoras (Campbell y Ettore, 2011; Ettore, 2007) al tratarse de un campo de problemas multideterminado y complejo se evidencia la necesidad de complejizar también el análisis, incluyendo en él a las personas usuarias, a los grupos de pertenencia, a los profesionales médicos, a la industria farmacéutica, y al sistema de salud. Parece relevante integrar el análisis del *discurso experto* con el propósito de detectar prejuicios, estereotipos, creencias, normas y prácticas que modelan las representaciones sociales sobre esta temática. El discurso de profesionales expertos, incluyendo a quienes intervienen en la definición de PPPP, tiene relevancia por la autoridad y poder que socialmente se les confiere por su condición de referentes. El discurso experto dominante enuncia el “deber ser” de las personas mayores, varones y mujeres en sintonía con el paradigma hegemónico, no obstante estar en diálogo y tensión con un discurso experto emergente contrahegemónico (Batthyány et al., 2010; Batthyány, Genta, y Perrotta, 2013).

En el caso que nos ocupa, el discurso experto dominante se traduce en prácticas concretas que puede conllevar, tanto para el médico como para el usuario, el rol de simples peones en un tablero dispuesto por la industria farmacéutica, ya que ni el profesional ni el paciente son decisores independientes en tanto consumidores; el agente primario sería la industria, que con el propósito de maximizar sus beneficios opera a través del médico y el paciente.

Lo que algunos autores (Bianchi y Rodríguez Zoya, 2019) denominan “*la biomedicalización de los extremos de la vida*” en relación a infancia y vejez, involucra la aplicación cada vez más universal de *tecnologías* sustentadas en la escala masiva de la

industria farmacéutica y en el creciente empleo de psicofármacos para el control de conductas y la salud mental; esto conlleva a la universalización de abordajes médicos y a la estandarización de categorías diagnósticas asociadas a la biomedicina y biopsiquiatría.

La depresión como cuadro clínico es diagnosticada con frecuencia en presentación comórbida con trastornos de ansiedad -en tanto expresiones de malestar o sufrimiento psíquico- y se define como un trastorno primario del estado de ánimo con afectación del funcionamiento global de la persona, que presenta pérdida de interés en su entorno, ausencia de propósito, falta de esperanza en el futuro, entre otras manifestaciones (Moreira, Fielitz, y López, 2018). El tratamiento farmacológico de primera elección es a través de antidepresivos –mayormente ISRS, Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina– (Cortajarena García et al., 2016), y tranquilizantes benzodiazepínicos; el abuso de psicofármacos de prescripción para trastornos asociados a la depresión resulta particularmente significativo y alarmante en el caso de las BZD por su potencial adictivo (Carvalho et al., 2018). Los patrones de consumo de estas sustancias, irían desde el uso apropiado con prescripción médica, hasta conductas de adicción y dependencia (Minaya, Ugalde, y Fresán, 2009).

En el caso de personas adultas mayores, y más aún en caso comorbilidad con demencias, las BZD no son aconsejables ya que presentan un potencial iatrogénico adicional: aumento de deterioro cognitivo en las demencias, mayor riesgo de caídas e inestabilidad, entre otros (Bielli et al., 2017).

No obstante, se prescribe con liberalidad, usualmente con el propósito de *"jogar água no fogo, não pensar e dormir"*⁹ (Alvarenga, de Loyola Filho, Giacomini, Uchoa, y Firmo, 2015), considerando que en las personas mayores se diagnostican y medican con mucha frecuencia como estados depresivos, a alteraciones del estado de ánimo asociadas a la presencia de duelos o enfermedades orgánicas mayores (Almada, Miraballes, y Agrafojo, 2014). Parafraseando a Horwitz y Wakefield (2007), existiría un serio problema, una grave falla, en *distinguir la simple tristeza, de los trastornos depresivos* propiamente

⁹ "Echarle agua al fuego, no pensar, y dormir". Traducción del autor.

dichos. Parecería que, como dice Shorter (2013), “Something [is] wrong with the label”¹⁰ (p.129).

Aunque los manuales diagnósticos (American Psychiatric Association, 2013) definan a los trastornos como categorías discretas en base a un conjunto de síntomas y signos, los *trastornos psi* tienen fronteras porosas, poseyendo el carácter de *espectro*, y no tanto el de compartimientos estancos. Edward Shorter (2013) señala que en los últimos cuarenta años el diagnóstico de depresión ha aumentado en forma sostenida; la prevalencia de cuadros de depresión mayor ha crecido desde menos del uno por ciento, a doubles dígitos porcentuales: uno de cada cinco norteamericanos recibe diagnóstico de depresión en el curso de su vida.

Para finalizar, es relevante señalar que en extremo “viejo” de la vida interactúan con estas *tecnologías* farmacológicas otras de diferente orden con el propósito de “modular” a la vejez en tanto proceso vital, atendiendo al envejecimiento poblacional y el aumento de la expectativa de vida. En tal sentido, y como *tecnologías* de otro orden obrarían los programas basados en el paradigma del *envejecimiento activo* (OMS, 2002), que básicamente consisten en estrategias cuyo eje pasa por la promoción en los individuos del cuidado de sí mismos mediante el desarrollo de un estilo de vida entendido como saludable.

Todas estas *tecnologías*, definidas como un conjunto heterogéneo de técnicas, conocimientos, espacios, relaciones sociales y humanas, juicios, prejuicios, etc., serían, siguiendo a Nikolas Rose (2012), mediadoras de *políticas de vida* emergentes, políticas aplicadas a la vida misma que se enfocan en la capacidad de los individuos en controlar, modificar, gestionar y modular las propias capacidades vitales. Este autor hace énfasis en que las tecnologías no son éticamente neutrales, y que sus propósitos son de carácter político y económico, entre otros. Así, la aplicación de las tecnologías biomédicas modifica la concepción misma de humanidad, e interpelan los conceptos de normalidad y patología (Bianchi y Rodríguez Zoya, 2019).

¹⁰ “Algo está mal con la etiqueta”. Traducción del autor.

2.3.8. Enfoque narrativo: Somos lo que narramos

No sólo tenemos relatos que contar, sino que parafraseando a Jerome Bruner (2004), *somos lo que narramos*. Las narraciones autobiográficas no son simples recapitulaciones de la experiencia personal, sino que es la forma en la que el mundo *fue*, o *es* para las personas hablantes, y representa la realidad para ellas en tanto seres que se auto-crean en situación (Kenyon, 1996). En tal sentido, y siguiendo a White (2002), los seres humanos interpretamos permanentemente nuestras experiencias a lo largo de nuestras vidas, lo que nos constituiría y definiría como “seres interpretantes”; para poder interpretar la experiencia se requiere de un marco que la haga inteligible, que la contextualice y que permita la atribución de significados; este marco lo proporcionaría el relato autobiográfico, nuestra propia narrativa sobre quiénes somos, nuestra identidad como el resultado *sensato* de una historia de vida (Gergen, 2007).

Existe un estrecho vínculo entre la identidad, sentido y autobiografía, ya que el sentido que las personas le pueden encontrar a sí mismos y a su vida se manifiesta a través del lenguaje siempre bajo la forma de metáforas y narraciones autobiográficas. Como señala Carr (1986), "There is nothing below this narrative structure, at least nothing experienceable by us or comprehensible in experiential terms"¹¹ (p. 66).

Las narraciones autobiográficas incluyen material subjetivo que dan cuenta del devenir de la persona hablante, y nos brindan una imagen identitaria compleja, incluyendo los objetivos vitales de la persona, su autoevaluación de lo que le da sentido a su vida, entre otros elementos (Ruth y Kenyon, 1996). Refieren a un modelo de identidad (McAdams, 1996), a un *mito personal* internalizado y en evolución cuya función es proveer unidad identitaria y propósito al sujeto: *mythos* en griego significa a su vez *fábula*, en el sentido de historia imaginaria, e *intriga*, tal que historia bien construida (Casarotti, 1999).

¹¹ -"Nada está por debajo de esta estructura narrativa, al menos nada susceptible de ser experimentado por nosotros, o comprensible en términos experimentales". Traducción del autor.

En el sentido que se le da en este texto, lo *Narrativo* refiere a un *constructo*, a un fenómeno psicológico o sociológico que puede ser analizado a través de una determinada metodología, pero que en sí tampoco es sinónimo de la información recabada (McAdams, 1996).

Los términos “narrativa”, o “relato”, pueden referir ambos tanto al proceso de crear un relato como al resultado: historias, cuentos, autobiografías; los elementos mínimos para crear un relato son un narrador, y su punto de vista, un protagonista o conjunto de protagonistas, y un argumento. Desde una perspectiva construccionista, lo narrativo-biográfico refiere al relato construido por el sujeto para comprender la relación entre los eventos relevantes para el Yo, a través del tiempo. Esto implica para el mismo el proceso de establecer conexiones coherentes entre los eventos o mojones de su vida. Este proceso, y su resultante, permite ver la vida a través de una historia en la que los eventos están relacionados –trama–, son inteligibles para nosotros, y ocupan un lugar en una secuencia o proceso temporal.

Según Roland Barthes, el acto de narrar –en forma análoga al de leer o interpretar música–, consiste no solamente en conocer o sentir el “texto” de la narrativa, sino reescribirlo nuevamente, en sobrecribirlo con nuevas inscripciones (1977). Lo narrativo está presente en la mitología, en las leyendas, en las fábulas, historias, novelas, épica, drama, en las artes visuales, entre otras formas. Además de estar presente en una casi infinita variedad de manifestaciones, lo narrativo está presente en toda época y edad, en todo lugar, en cualquier sociedad; así, no existe ni ha existido persona alguna sin una narrativa (Barthes, 1977).

La discusión académica se encuentra dividida en relación al valor de verdad de los métodos de investigación narrativos; mientras que algunos enfoques sostienen que las narraciones son sólo descripciones, y como tales meras portadoras de realidad, otros proponen que la narración es más que un reflejo de la realidad (Gergen y Warhus, 2001); no es la realidad, o su imagen, *sino que la construye*: esta segunda visión postula que la narración organiza o incluso produce lo real (Gergen, 2007; Gergen, 1985).

Para Paul Ricoeur, esta disyuntiva falsamente paradójica se basa en la circunstancia de que las historias se relatan, y las vidas se viven (1989). No obstante, la paradoja se resuelve si consideramos que la *interpretación* narrativa desempeña un rol mediador, imprescindible para interpretar la vida, en un proceso creativo: “Una vida no es sino un fenómeno biológico hasta tanto no sea interpretada” (Ricoeur, 1989, p.6). La vida es, según este autor, *un relato en busca de narrador*, y lo narrativo un intento de comprensión de nosotros mismos mediante variaciones imaginativas sobre nuestro propio devenir. Según Schöngut y Pujol Tarrés (Schöngut y Pujol Tarrés, 2015) la perspectiva narrativa de investigación es una tecnología, y también una forma de relacionarse con la realidad, en la medida que lo narrativo es una forma de pensamiento no deductivo que, a partir de la experiencia subjetiva, produce significado (Schöngut y Pujol Tarrés, 2015).

Un abordaje narrativo puede contribuir a distinguir discursos hegemónicos en relación al mismo, contribuyendo a problematizarlas desde narrativas situadas (Mazzucchelli Olmedo y Reyes Espejo, 2021). La aproximación narrativa, en tanto proceso de producción de conocimiento basado en la co-construcción entre investigador e investigado, permite escapar a la dicotomía entre objeto y sujeto de estudio, y entre el campo y el análisis, evitando así la colonización de las narrativas de las personas investigadas, por la del investigador. (Schöngut y Pujol Tarrés, 2015). De esta forma, la producción de narraciones es modulada a través de las preguntas e intereses de la persona que investiga, lo que permite conocer narrativas de diferentes hablantes, con un mismo punto focal aportado por el investigador (Biglia y Bonet-Martí, 2009); es así que los resultados narrativizados se pueden entender como reconstrucciones significantes de las trayectorias de vida sobre el tema planteado. Las narrativas están presentes en la vida cotidiana articulando lo personal con la dimensión cultural, por lo que ofrecen un instrumento privilegiado para explorar las intersecciones de la vida personal y social (Mazzucchelli Olmedo y Reyes Espejo, 2021).

Una narrativa consisten en una trama que relata las relaciones entre diversos sujetos y objetos, y la *narratividad* permite visibilizar el contexto de producción de las relaciones entre sujetos y objetos de una narrativa; tiene las siguientes características:

- La *narratividad* es una cualidad esencial en las narrativas; ambos términos son aparentemente similares pero expresan distintas dimensiones: la inclusión de un grado de narratividad en la narración es una forma de llevar a cabo –por parte de quien investiga– prácticas reflexivas sobre la propia trama de la narrativa (Schöngut y Pujol Tarrés, 2015).
- Implica una perspectiva de proceso sobre lo narrado, donde los eventos se entretajan en tramas complejas, con propósitos, y relacionándolos con otros eventos futuros y como efecto de eventos pasados.
- Para que exista narratividad el presente debe tener un peso en sí mismo como una ubicación crítica desde la que el sujeto hablante lee e interpreta su historia.
- Implica la aparición de lo contingente, en tanto eventos que son consecuencias no del azar, sino de acciones pasadas, explicando así posibles causalidades.

2.3.8.1. *El investigador cualitativo como bricoleur*

Extremando estas aproximaciones Denzin y Lincoln (2012) proponen que las prácticas de la investigación cualitativa son a veces asimilables al bricolage, al quilt making¹², y al montaje. El “significado del bricoleur en el lenguaje popular francés es el de alguien que trabaja con sus manos y utiliza medios poco canónicos comparados con los de los artesanos” (Denzin y Lincoln, 2012, p.50-52). Por tanto, el investigador cualitativo es también un *bricoleur*, un *quilt maker*, y un montajista cinematográfico que performatiza, creativamente, sobre un tema; implica trabajar metafóricamente en una narración no lineal o secuencial.

Este investigador usa el montaje editando, cortando y pegando partes de la realidad, con el propósito de crear y proveer de una unidad psicológica y emocional a su propia experiencia interpretativa; con tales propósitos, puede crear o reutilizar nuevas herramientas o técnicas según las necesidades de su investigación. Este *Quilt Maker* es polivalente: es al mismo tiempo un bricoleur metodológico, un bricoleur interpretativo, y un bricoleur teórico.

¹² Quilt making es el arte o artesanía de crear colchas de retazos –Quilts–, en adelante, Patchworks.

El bricolage metodológico implica integrar diversos instrumentos y aproximaciones de recogida de datos y análisis, como por ejemplo entrevistas, procesos de introspección del investigador, etc. El bricolage teórico implica integrar diversos paradigmas teóricos sobre el campo de investigación; esto no implica una integración forzada, ecléctica, de paradigmas con epistemologías propias y diversas, sino que la idea es hacer dialogar estas perspectivas; este teórico investiga muchas veces a horcajadas sobre paradigmas y perspectivas muchas veces contradictorias, que se superponen. A nivel interpretativo, el investigador hace *bricolaje* en un proceso interactivo y de naturaleza hermenéutica, entre las narrativas de las personas investigadas, y su propio contexto personal, intereses, género, clase, etc. (Denzin y Lincoln, 2012).

De acuerdo con Koelsch (2012), el *Quilt Maker*, o *Quilter*, es quien construye teoría, y es el responsable último por la “colcha” que construye a partir de los materiales de campo. Más que descubrir hechos o realidades como absolutos, el Quilt Maker recrea y problematiza a partir de los datos de campo, de su marco teórico, y su auto-reflexividad.

Siguiendo a Saukko (2000), se considera que el proceso de construcción de Patchwork Quilt resulta una técnica cualitativa idónea para conectar historias individuales con discursos culturales de mayor escala.

A efectos de esta investigación, la técnica de la *colcha de retazos* resultó operativa al tratar de integrar las múltiples voces de las personas entrevistadas en una narrativa colectiva que al mismo tiempo preservase la singularidad de cada una de las narraciones individuales, considerando el contexto sociohistórico del colectivo de hablantes en relación a los temas de análisis.

3. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

El tema de investigación es la exploración del consumo de alcohol y psicofármacos tranquilizantes en mujeres y varones de 60 o más años de edad, analizando las narrativas biográficas sobre la experiencia de la persona en relación al consumo de sustancias a lo largo de su trayectoria de vida.

Los datos epidemiológicos disponibles, en conjunto con las proyecciones demográficas sobre envejecimiento de la población, constituyen la base para la construcción del campo de problemas de esta investigación, que queda delimitado en la intersección de las siguientes categorías: consumo de dos sustancias psicoactivas (alcohol y tranquilizantes), personas mayores, y género. Según éstos, existirían diferencias relevantes en la prevalencia de consumo de alcohol y tranquilizantes entre hombres y mujeres, y particularmente significativas en el tramo etario de 56 a 65 años.

El estudiar el consumo de sustancias psicoactivas parece particularmente pertinente en un país donde el proceso de discusión de legislación en relación a la venta y distribución de la marihuana ha ocupado titulares de prensa en forma sostenida (Coitiño, Queirolo, y Triñanes, 2017), y donde se ha desarrollado cambios en las políticas de regulación de la venta de alcohol (JND, 2017), incluyendo una ley específica sobre marco regulatorio para el consumo problemático de alcohol, y un decreto que la reglamenta (Poder Legislativo, 2019, 2020).

En otro orden de cosas, la explosión demográfica del siglo XX le ha otorgado a la temática del envejecimiento una relevancia y alcance global, ya que se estima que la proporción de personas mayores de 60 años a nivel mundial se elevará, desde un 12% en 2015, hasta un 22% en 2050 (OMS, 2022). La región de las Américas es una de las regiones con una población más envejecida; se estima que para 2050 una de cada cuatro personas tendría 60 años o más años (OPS/OMS, 2015), y Uruguay cuenta con la población más envejecida de América Latina. Datos demográficos de nuestro país señalan no sólo una marcada reducción en la proporción de personas jóvenes, sino

también un aumento de la población adulta mayor con un predominio más señalado de mujeres sobre hombres –proceso denominado “feminización de la vejez”–, tendencia que se acentúa en franjas etarias más avanzadas (Berriel, Pérez Fernández, y Rodríguez, 2011). La población de edad mayor o igual a 65 años pasó de tener un peso del 7,6% del total en el censo de 1963, a un 14,1% en el censo de 2011 (INE, 2011).

En relación al consumo de sustancias psicoactivas, la VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en la población general (JND, 2019b)¹³ refleja que las BALC son la droga psicoactiva de consumo más prevalente entre la población uruguaya: el 93% de las personas entre 15 y 65 años ha probado alcohol alguna vez en su vida, el 77% declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses previos al estudio, el 59% en el último mes (este último es indicador asociado al consumo habitual) (JND, 2019b).

Datos epidemiológicos de nuestro país (JND, 2017, 2019a) aportan evidencia de que el consumo crónico de ciertas sustancias psicoactivas es más prevalente en la madurez y vejez, presentándose además una segmentación según sexo¹⁴: los varones suelen consumir alcohol en forma prevalente (Fig. 2.1), y las mujeres tranquilizantes menores – ansiolíticos- (Fig. 2.3).

La frecuencia de consumo también varía según el sexo y la sustancia: el consumo frecuente de alcohol es mucho más prevalente en los varones que en las mujeres (Fig. 2.2), y a la inversa en lo que hace al consumo de psicofármacos tranquilizantes (Fig. 2.4). Diversas investigaciones presentan resultados con notables similitudes, independientemente del país de la población estudiada, al concluir que el consumo de psicofármacos de prescripción es más prevalente según aumenta la edad, y es mucho más prevalente en mujeres que en varones (Ettorre y Riska, 1995).

¹³ La encuesta refleja prevalencia de consumo, la prevalencia es una proporción, una medida de frecuencia utilizada en epidemiología: es el porcentaje de personas que tienen X condición al momento de evaluar

¹⁴ En los estudios epidemiológicos citados se utiliza la variable *sexo*, a efectos de este análisis utilizaremos en adelante de forma preferente la expresión *género*.

Prevalencia alcohol último año según sexo y rango de edad. Población general. Uruguay 2018.

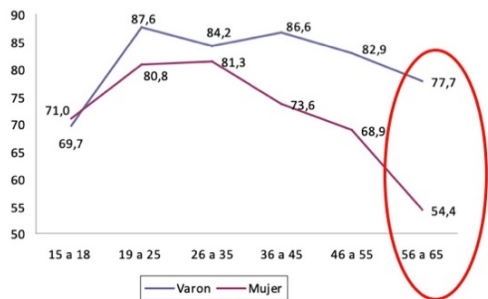


Fig. 2.1 ¹⁵

Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses según área de residencia y sexo. Población general. Uruguay 2018.

	Total	Montevideo	Interior	Varón	Mujer
Una vez al mes o menos	44,5	44,2	44,8	35,9	53,9
Dos a cuatro veces al mes	41,4	40,7	42,2	44,9	37,6
Dos o tres veces a la semana	10,6	11,3	9,9	14,1	6,7
Cuatro o más veces a la semana	3,5	3,8	3,1	5,0	1,8

Fig. 2.2

Los tranquilizantes son la tercera droga más consumida por la población uruguaya: el 28,2% de la población general los ha consumido alguna vez en su vida (la denominada *prevalencia vida*). De este porcentaje, el 79% lo hizo por indicación médica, en tanto, el restante 21% lo utilizó sin prescripción de un profesional de la salud (JND, 2019b).

Consumo de tranquilizantes (con y sin prescripción médica) últimos 12 meses según sexo y edad. Población general. Uruguay 2018.

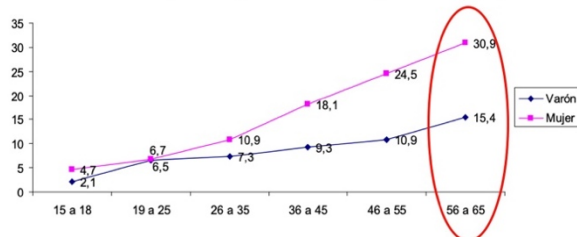


Fig. 2.3

Indicadores de consumo de tranquilizantes (con y sin prescripción médica) según sexo y área de residencia (%). Población general. Uruguay 2018.

	Varón	Mujer	Montevideo	Interior
Consumo alguna vez en la vida	19,6	36,5	29,9	26,5
Consumo en los últimos 12 meses	8,9	17,0	13,9	12,2
Consumo en los últimos 30 días	6,2	13,0	10,2	9,2

Fig. 2.4

¹⁵ Las figuras 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4, fueron extraídas (con mínima edición) de la VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en la población general. Informe de Investigación (JND-Uruguay)

3.2. CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE PROBLEMA

En el proceso de desarrollo de esta tesis la *forma de nominar* las conductas de consumo se reveló como un nudo a problematizar ya desde el diseño metodológico, en particular en la definición de la población y muestra de las personas participantes de la investigación. En su etapa de proyecto la idea inicial fue investigar con personas mayores de 60 años diagnosticadas con consumo problemático de sustancias, usuarias de un servicio de salud público. Tomando en consideración las dificultades experimentadas concretar el trabajo con usuarios etiquetados como “población de riesgo”, y en instalaciones de un servicio de salud, se tomó la decisión de trabajar con personas mayores de 60 años de la población general.

Esto implicó que ya no se partía de un diagnóstico previo, ni tampoco se contaba con un reconocimiento o aceptación de lo “problemático” del consumo por parte de la persona a convocar y entrevistar; no hablamos por tanto de entrevistar a “adictos en tratamiento”, sino a personas mayores consumidoras de alcohol y/o psicofármacos con diversos grados de frecuencia, cantidad, percepción del riesgo, y eventual afectación.

Este nuevo escenario implicó también un nuevo desafío en el proceso de reclutamiento. En las sucesivas convocatorias se fue refinando la forma de comunicar y nominar tanto las sustancias cuyo consumo se indagaría, como las conductas de consumo, habida cuenta de ciertas resistencias detectadas por parte de las personas que mostraron interés en participar, a considerarse incluidas en la población objetivo del estudio.

Por ejemplo, se pasó de hablar de consumo de alcohol a “consumo de bebidas alcohólicas”; de psicofármacos tranquilizantes, a tranquilizantes. En relación al consumo, se partió de convocar a “personas con problemas de alcoholismo o dependencia a tranquilizantes”, a “personas con consumo problemático”, concluyendo en “personas que consuman o hayan consumido habitualmente”.

Estos cambios tuvieron el propósito de eliminar ciertas barreras a la convocatoria (la persona no tenía que reconocerse *a priori* como “adicta”), y al mismo tiempo implicó un mayor descarte de personas interesadas que no cumplían con los criterios de inclusión (personas no consumidoras, o consumidoras muy ocasionales, etc.).

Por último, pero no por ello menos relevante, estos cambios implicaron un giro en la aproximación ético-paradigmática al problema: ya no se indaga presuponiendo que el consumo es problemático para la persona, sino que uno de los focos de investigación es SI el consumo es problemático para la persona indagada, o si cumple alguna función que implique un beneficio primario o secundario, sin afectar sustantivamente otras áreas de la vida de la persona.

Para el autor, partir de una “suspensión del juicio” – alineada a la *epoché* husserliana (Martins, Roseira Boemer, y Aparecida Ferraz, 1990) – en relación al “problema” del consumo de sustancias, implica una aproximación éticamente más coherente tanto con el análisis de los estigmas y prejuicios sociales que sufren las personas consumidoras, como con la problematización de éstos desde los distintos enfoques y paradigmas aplicados al diseño de estrategias de prevención en PPPP.

3.3. OBJETIVOS

3.3.1. Objetivo General

Identificar emergentes y problematizar sentidos atribuidos al consumo de BALC y BZD, en narrativas de mujeres y varones mayores.

3.3.2. Objetivos Específicos

- a) Analizar narrativas de las trayectorias subjetivas de las personas en relación al consumo de BALC y/o BZD.
- b) Problematizar el consumo de estas sustancias en relación a roles, prejuicios y estereotipos de género.
- c) Identificar y discutir la *función de utilidad* del consumo de BALC y/o BZD, en relación a las *pérdidas* y *ganancias* vinculadas a la vejez y el envejecimiento.
- d) Identificar y problematizar prácticas y ámbitos de consumo y prescripción.

3.4.PREGUNTAS INICIALES DE INVESTIGACIÓN

- 1.¿Qué sentidos atribuyen las personas mayores al consumo de alcohol y psicofármacos tranquilizantes?
 - 2.¿Puede el consumo crónico o habitual de alcohol o tranquilizantes, ser no problemático para la persona, o ser funcional a algún área de la vida de la persona consumidora, generando algún beneficio primario o secundario para la misma?
 - 3.¿Existen diferencias en cuanto a dinámicas de consumo y/o a la valoración social del consumo, según el género de la persona consumidora?
 - 4.¿Cómo entiende que interactúa el consumo de estas sustancias con los cambios físicos y/o psicosociales que suceden al entrar en la categoría de edad que se denomina "Personas Mayores"? ¿En relación a la imagen corporal propia en términos de deseabilidad y autoestima?
- 5.Preguntas secundarias o subsidiarias:
- a. ¿Cómo problematizan las personas entrevistadas la influencia de cómo se comunica y muestra el consumo en la cultura popular (cine, radio, tv, publicidad, etc.), en relación al consumo de estas sustancias?
 - b. ¿Cómo ha influido el entorno de crianza de la persona en su experiencia con el consumo?
 - c. ¿En la experiencia de la persona entrevistada, ha cambiado el lugar y modalidades preferentes de consumo de alcohol?
 - d. En relación a psicofármacos tranquilizantes, ¿cómo ha sido la experiencia de la persona en relación a la disponibilidad y prescripción del fármaco? En caso de que medie prescripción, ¿cuáles han sido las dinámicas de las mismas en relación al/la profesional que ejecuta ese acto médico?
 - e. ¿Cuál es la percepción del riesgo de consumo?

4. METODOLOGÍA

A continuación se detalla y reflexiona sobre las decisiones metodológicas en la aproximación al campo de problemas en esta investigación: abordaje, criterios de búsqueda de antecedentes, técnicas de recolección de datos, población participante, criterios éticos de la investigación, y técnicas de análisis.

4.1. ABORDAJE: INVESTIGACIÓN DE NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS

La estrategia metodológica que se implementa en esta investigación es un diseño *Cualitativo*, transversal/transeccional, exploratorio, e interpretativo.

Esto implica que: a) el diseño integra instrumentos y estrategias de tipo Cualitativo b) que no se realizaron tratamientos o intervenciones: las relaciones entre los fenómenos se observan y se infieren tal y como se desarrollan en su contexto natural, c) que los datos se recolectaron en forma sincrónica para explorar los fenómenos y analizar su interrelación en el momento de la recolección de datos, y d) que el alcance de la investigación es exploratorio e interpretativo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, y Baptista, 2014).

Por Metodología cualitativa se entiende – en sentido amplio y continuando con Taylor y Bogdan (1992)– a un modo de investigar que *produce datos descriptivos* en base a las propias palabras de las personas, escritas o habladas, y a su conducta observable. En tal sentido, estos autores señalan que la investigación cualitativa tiene el carácter de “*arte*”, y que “el investigador es un artífice” (p.23). En un sendero reflexivo análogo, Strauss y Corbin (2002) acotan que aunque en la investigación lo primordial del método, es la fundamentación de conceptos en los datos, es también esencial la creatividad de los investigadores; y citando a Patton, destacan que la investigación cualitativa se basa “tanto en la ciencia como en el arte del análisis”(p.22).

4.2. BÚSQUEDA DE ANTECEDENTES

En la búsqueda de antecedentes se aplicó un criterio de selección bibliográfica con foco en fuentes primarias y de carácter heurístico, selectivo y crítico (Mayer, 2009; Woodward, 1977) que diesen cuenta del estado del arte sobre el campo de problemas planteado. La búsqueda y selección bibliográfica fue recursiva y generada a partir de las referencias halladas en las producciones –en castellano y en inglés- que se entendieron claves para el campo de problemas. Se utilizaron buscadores: Google y Google Scholar, Portal TIMBÓ, Libgen, bases de datos de artículos y revistas científicas en castellano e inglés: Redalyc, SciELO, PSICODOC, Dialnet, Red de Bibliotecas Virtuales CLACSO, etc., y repositorios de textos: Academia.edu, Archive.org, Scribd, Ebiblioteca.org, etc. Las claves de búsqueda se adaptaron en función de lo que se requirió articular conceptualmente en cada etapa de la misma; en la mayoría de los casos se utilizó *vejez*, *adultos mayores*, *elderly/elder*, *aging/ageing*, *older adults*, en conjunción con otras tales como: *addiction*, *adicción*, *consumo problemático*, *drugs consumption*, *problematic consumption*, *alcohol/alcoholism*, *benzodiazepines*, *benzodicepinas*, *tranquilizantes menores*, *psicofármacos*, *gender*, *género*, *sexo/género*, *gender roles*, etc. Ciertos textos específicos fueron buscados en forma directa mediante su número DOI - Digital Object Identifier-.

4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: LA ENTREVISTA¹⁶

El instrumento en esta investigación es una entrevista semi-estructurada que se inicia a partir de unas pocas preguntas *orientadoras* o *norteadoras*. Más que preguntas formales, son invitaciones que orientan y conducen al hablante, e indagan sobre la manera de hablar de la persona respecto a esa experiencia o vivencia. Estas interrogantes no plantean temas ni características *a priori* de los fenómenos, sino que refieren a los mismos *a través de ciertos abordajes lingüísticos*.

¹⁶ Guía de entrevista en apéndice

- Pregunta norteadora inicial: *Puede relatar su experiencia de vida en relación al consumo de alcohol y/o tranquilizantes? Comience desde su infancia y entorno familiar.*
- Se continúa indagando –si no surge naturalmente– mediante preguntas de *elucidación*, por ejemplo: entorno de crianza en relación al consumo, cultura popular y consumo, masculinidades y feminidades en relación al consumo, percepción de riesgo del consumo, etc.

La entrevista, tal como se entiende en esta investigación, es un proceso de construcción compartida de significados entre quien entrevista, y la persona entrevistada, una negociación a partir de una interacción en el contexto de entrevista (Biglia y Bonet-Martí, 2009). Concibiendo a la entrevista como un encuentro social, ésta debería ser analizada de forma análoga a cualquier otra instancia social (Fontana y Frey, 2000); en tal sentido, lo producido en ella es lo que emerge de una actividad socialmente situada donde el intercambio de preguntas y respuestas se desarrollan en un juego de roles entre entrevistado y entrevistador, y que "es fruto de una autoría compartida" (Biglia y Bonet-Martí, 2009, p. 54).

Esta perspectiva conlleva un posicionamiento ético en relación al objeto de estudio, que implica (siguiendo a Husserl, Heidegger y Merleau-Ponty) que la comprensión del fenómeno se produce en la interacción entre la persona que entrevista y la entrevistada, y que tiene el propósito de aprehender la experiencia vital y la comprensión subjetiva de las propias experiencias de los sujetos: "[...] es ante todo un modo de investigar, en concreto: hablar de algo tal como ese algo se muestra y solo en la medida en que se muestra" (Heidegger, 1999, p.95).

4.4. POBLACIÓN

La población seleccionada fue de varones y mujeres de 60 o más años de edad, residentes en Uruguay. Se planteó un muestreo por conveniencia y con la técnica denominada de *bola de nieve* (Taylor y Bogdan, 1992) a partir de una primera convocatoria efectuada a través de correo electrónico, a una base de datos de personas mayores.

A modo de síntesis:

- Población, criterios de inclusión: Mujeres y varones de 60 o más años, que consuman o hayan consumido habitualmente BALC, y/o tranquilizantes, residentes en Uruguay.
- Criterios de exclusión: Comorbilidad con psicosis crónicas y psicopatologías agudas.
- Muestreo y reclutamiento: por conveniencia, el n se determinó por saturación teórica. Técnica de bola de nieve a partir de convocatoria vía correo electrónico.
- Instrumento: Entrevista semi-estructurada.
- Propósito: Explorar emergentes e indagar narrativas biográficas sobre experiencias de consumo
- Estrategia de recolección de datos: aplicación de entrevista a la muestra

Se entrevistó a 10 personas de acuerdo al criterio de inclusión, cinco mujeres y cinco varones:

Código entrevista	Alias	Edad	Sexo/Género (H/M)	Área de residencia actual	Modalidad residencia	Actividad actual
TMGC10M1	María	61	M	Montevideo	Sola/o (en domicilio)	Funcionaria pública, estudiante universitaria
TMGC11M2	Susana	61	M	Interior	Con pareja (en domicilio)	Maestra jubilada, actividad en OSC
TMGC12M3	Noelia	61	M	Montevideo	En ELEPEM	Funcionaria jubilada
TMGC13M4	Silvia	87	M	Montevideo	Sola/o (en domicilio)	Maestra jubilada, actividad en OSC
TMGC14M5	Marcela	78	M	Interior	Con hija y familia (en domicilio)	Jubilada, actividad en OSC
TMGC15H1	Roberto	65	H	Montevideo	Sola/o (en domicilio)	Profesional univ. en entidad pública
TMGC16H2	Guillermo	66	H	Montevideo	Sola/o (en domicilio)	Profesional univ., docente
TMGC17H3	Patricio	76	H	Montevideo	Sola/o (en hotel)	Profesional univ. jubilado, actividad cultura
TMGC18H4	Daniel	63	H	Montevideo	Con pareja e hijas (en domicilio)	Técnico en empresa privada
TMGC19H5	Gustavo	60	H	Montevideo	Con pareja (en domicilio)	Profesional univ., funcionario

Fig. 4.1. Tabla de información sobre personas entrevistadas

4.5. CRITERIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se ciñe a los criterios establecidos en el Decreto 379/008 del Poder Ejecutivo en relación a la investigación con seres humanos (Poder Legislativo, 2008a). Respecto a la información emergida de las entrevistas, se tomaron medidas de protección de fuentes e información sensible que pueda identificar a los y las participantes. En ningún texto se aporta información que permita identificar a los y las hablantes. A todas las personas entrevistadas se les informó sobre las características del estudio –alcances, objetivos y metodología–, y se les solicitó que manifestaran su voluntad de participar firmando una hoja de información y consentimiento informado, de las que se les proporcionó copia, firmada por el autor de este texto. También se les comunicó a las personas entrevistadas que les asistía el derecho de solicitar la interrupción de la entrevista si así lo deseaban.

Los sujetos de investigación de esta tesis son personas de 60 o más años de edad, residentes en Uruguay. Esta población no se considera *a priori* como vulnerable por dos razones: 1) Creemos no pertinente el considerar como criterio de vulnerabilidad el tener más de 60; las personas mayores no constituyen una población homogénea, por lo que el corte por edad no es criterio suficiente. 2) El establecer la vulnerabilidad de esta población como un *a priori* y en forma más o menos arbitraria podría obturar o sesgar los emergentes de una investigación que trata de problematizar sobre las condiciones existenciales y dinámicas de consumo de esta población (y donde la vulnerabilidad puede surgir como categoría subjetiva).

Como se detalló en un párrafo anterior, de acuerdo al decreto 379/008 del Poder Ejecutivo en relación a la investigación con seres humanos (Poder Legislativo, 2008a) se les solicitó a todos los sujetos que participen en esta investigación un consentimiento libre e informado de carácter escrito donde se procedió a “(..) la explicación completa y pormenorizada sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, métodos, beneficios previstos, potenciales riesgos y/o incomodidades que ésta pueda acarrear. La aceptación debe ser formulada en término de consentimiento, autorizando su participación voluntaria en la investigación.”, –capítulo I, numeral II, inciso “ñ”–. Para esto se informó a los participantes sobre el motivo de la investigación, los criterios de manejo

y la protección de los datos, y el carácter voluntario de su participación en la entrevista, incluyendo la posibilidad de poder retirarse cuando lo deseen sin que esto tenga implícito ningún tipo de perjuicio. Este consentimiento se recabó mediante un formulario específico – entregado a los sujetos en forma previa a la aplicación de la entrevista – que incluyó información relativa a la investigación y que será firmado por el sujeto de investigación, y por el investigador –ver anexos al final de este documento–. Se hizo particular énfasis en el resguardo de la identidad e información como lo exige la Ley 18.331 de Habeas Data (Poder Legislativo, 2008b), y su Decreto de reglamentación (Poder Legislativo, 2009a). Para asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos y preservar la identidad del sujeto de la investigación se tomaron los siguientes recaudos:

- a) El acceso a las grabaciones y transcripciones de las entrevistas estuvo limitado únicamente al investigador – quien realizará la totalidad de las entrevistas y transcripciones-, el director y el director académico de este proyecto.
- b) Los datos identificatorios del sujeto de la investigación fueron codificados, obrando estos códigos y sus criterios de codificación únicamente en manos del investigador.
- c) El registro de las entrevistas y cuestionarios fue almacenado en forma separada de los datos identificatorios reales, que son sustituidos por la codificación referida.
- d) Todo el material de la investigación será almacenado en el archivo personal del investigador responsable y será protegido por contraseña.

Observando lo establecido en el Anexo, Cap. II, numeral 4.b del referido decreto sobre Investigación con seres humanos (Poder Legislativo, 2008a), se ponderaron los riesgos y beneficios actuales y potenciales, comprometiendo a la investigación para obtener el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos y daños para la persona. En tal sentido, se consideran *riesgos potenciales para el sujeto* de la investigación la movilización afectiva que el relato autobiográfico en la entrevista pueda generar por apelar a la memoria de la experiencia en relación al consumo de sustancias psicoactivas. Considerando estos aspectos, y como *medidas reducción y atención del eventual daño* se previó el contacto con los entrevistados/as luego de las instancias de entrevista; también se previó, en caso de ser necesario, la implementación de a) Instancias individuales con las personas entrevistadas. b) en caso de entenderse pertinente, se podrá emitir un informe de derivación a efectos de que las personas entrevistadas lo puedan presentar a su efector de salud del SNIS para ser atendidas en el marco de las prestaciones del Sistema.

A modo de síntesis de lo anterior, se previó para el resguardo de los sujetos de la investigación la siguiente estrategia:

- El criterio de inclusión de los sujetos de investigación –muestra-, donde se requirió la ausencia de comorbilidades con psicopatologías agudas, y con algunas de carácter crónico (patologías duales).
- Las entrevistas se desarrolló en aproximadamente una hora de duración; se le comunicó a la persona entrevistada que si lo deseaba podrá concurrir acompañada.
- Se comunicó la posibilidad de la interrupción de la entrevista en el caso de que el entrevistado se viese afectado y/o expresase deseos de no continuar participando.
- Se realizó un contacto posterior a la entrevista para evaluar posibles efectos negativos y proceder a la derivación correspondiente para la atención del entrevistado a los servicios mencionados anteriormente.
- Posteriormente a la finalización de esta investigación, se podrán coordinar espacios de intercambio y devolución con los diferentes participantes (en forma individual y/o grupal). Esta perspectiva apunta a atender a eventual riesgo y daño en un espacio donde se reconoce al sujeto de la investigación en una posición jerárquica simétrica con respecto al investigador.
- En todo momento se propendió a establecer un vínculo caracterizado por la confianza, el respeto y la colaboración recíprocas.

Se valora como *beneficios para los sujetos de la investigación* la posibilidad que otorga la entrevista al constituirse como espacio de interlocución y escucha del relato de la experiencia vitales en relación al consumo. Se considera que las narrativas desplegadas en la situación de entrevista aúnan a lo personal y lo colectivo, haciendo circular la palabra; el investigador se torna un interlocutor que escucha e incentiva al "otro" a hablar, a protagonizar lo vivido y a presentar su reflexión. Quien escucha interactúa, participando de la reconstrucción de las experiencias y proporcionando al narrador la oportunidad de acrecentar una profusión de sentidos a su historia (de Souza Minayo, 2009). Siguiendo a Michal Shamai (2003), se entiende que la posibilidad de que el sujeto pueda relatar su historia vinculada a lo indagado en el encuadre de la entrevista cualitativa de investigación, puede tener ciertos efectos terapéuticos; o al decir de White y Epston (1993), al utilizar *medios narrativos para fines terapéuticos*.

4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS: ANÁLISIS DE NARRATIVAS PATCHWORK

El análisis de los datos atendió al carácter narrativo y autorreferencial de la información que se propuso obtener, en base a relatos autobiográficos vinculados al consumo de alcohol y/o tranquilizantes de prescripción. El tratamiento del material de campo implicó el análisis del *fenómeno situado* (Martins et al., 1990), considerando a las historias como *performances* del narrador enmarcadas en el contexto en el que el hablante *performatiza* su historia, y atiende a la reconstrucción subjetiva de su pasado, en interacción con el investigador (Biglia y Bonet-Martí, 2009) En tanto técnica de investigación interpretativa, este enfoque comparte los principios metodológicos generales de la investigación cualitativa de perspectiva interpretativa o hermenéutica; no obstante, exhibe una singularidad, el *fenómeno* no es algo objetivable a captar sino que es co-creada en el mismo proceso de investigación de modo que fluya la subjetividad (Bolívar, 2012); lo específico de este enfoque subyacería en un modo más simétrico de relacionamiento entre sujetos, e investigador. Atendiendo a lo objetado por Nikolas Rose (1996), y considerando que se están categorizando narrativas que describen y problematizan trayectorias de consumo, (Kornblit, 2007; Raikhel y Garriot, 2013), se entiende sustantivo eludir el riesgo de enfatizar el ángulo individual de lo narrativo/biográfico, ya que lo subjetivo inherente al individuo puede *sobredeterminar* la circunstancia haciendo totalmente responsable a la persona por lo que le sucede, si no se lo conecta con el sustrato social, cultural y político. Por tanto, analizar las narraciones autobiográficas en forma aislada, pueden constituirse en instrumentos de objetivación del sujeto social (Bolívar y Domingo, 2006)

Considerando lo anterior, se implementó una aproximación donde a partir de la producción de narrativas se desarrollan otros procesos para darle densidad y contexto al análisis, integrando la subjetividad del investigador. En tal sentido, el análisis se desarrolló en dos tiempos o momentos analíticos:

a) El *análisis temático* de las entrevistas desgrabadas, consistente en codificar con etiquetas o códigos *ad hoc*, a las citas y párrafos de texto de las entrevistas; luego se

procedió a agrupar y categorizar estos códigos según niveles sucesivos de mayor abstracción.

b) Se procedió a la construcción de *narrativas patchwork*, uniendo fragmentos de las distintas narraciones de las personas entrevistadas, tomando como ejes las principales categorías o temas emergentes de la primera etapa.

c) Se implementó el análisis recursivo de la *implicación del investigador*¹⁷, incorporando al análisis general los efectos emergentes de la interacción del investigador con el material de campo, y la reflexión sobre los mismos en el contexto de sus intereses, antecedentes, saberes e historia personal.

4.6.1. Análisis temático

El análisis del material de campo fue asistida por el paquete de software Atlas.ti version 8.3.1 para Mac OS, que pertenece a la categoría de software CAQDAS¹⁸. Se categorizó la información de la *unidad hermenéutica*¹⁹ formada por todas la entrevistas desgrabadas, siguiendo un “proceso analítico por medio del cual se fragmentan, conceptualizan e integran los datos para formar una teoría” (Strauss y Corbin, 2002, p.12).

Se procedió a un preanálisis (Vázquez Sixto, 1996), o primera *lectura recursiva* de la transcripción de las narraciones de experiencia vividas por los hablantes.

Posteriormente, se procedió a una primera codificación – poniendo el fenómeno en suspensión siguiendo a la *epoché* Husserliana–, etapa a la que algunos autores (Braun

¹⁷ Ver diagrama de Proceso de Tesis en el capítulo 5 (Análisis de la implicación).

¹⁸ “Computer Aided Qualitative Data Analysis Software”, o “Software para el análisis de datos cualitativos asistidos por computadora”

¹⁹ Base de datos que incluye documentos primarios, citas, códigos y memos –notas-.

y Clarke, 2006; Mielles, Tonon, y Alvarado, 2012) denominan como de *reducción*. Esta codificación consistió en una primera identificación de unidades de significado – incluyendo lugares comunes, metáforas y metonimias– en relación a los ejes de investigación, configurando las principales categorías de análisis que podrían expresar el fenómeno. Sobre los criterios de categorización, se atendió a lo advertido por Bolívar (2012), quien entiende contraproducente un exceso de tratamiento categorial ya que la fragmentación atomística en unidades de sentido propiciaría la disgregación de la narrativa –en particular en lo que hace a la dimensión temporal del relato–, quitándole voz propia a los sujetos de investigación (Bolívar y Domingo, 2006).

Finalmente, se procedió a una síntesis de códigos, categorizándolos en unidades de significado para explorar el fenómeno situado a partir de la construcción inductiva de *redes de relaciones* entre códigos, y familias de códigos.

4.6.2. Construcción de narrativas patchwork

Como se mencionó anteriormente, se entendió que el mero análisis categorial del material de campo podría omitir información relevante al propósito y campo de esta investigación. Por consiguiente, se decidió sumar otra etapa donde se construyeran narrativas colectivas a partir de los relatos individuales, mediadas por el investigador. Coincidimos con Biglia (2005) en el sentido que no hay ninguna “receta” para esto, sino que depende de la capacidad del “narrativizador” en la reescritura de los textos, transformándolo en un meta-texto colectivo.

Tomando como ejes categorías producidas en el *análisis categorial o temático*, se construyó varios relatos colectivos en los que el investigador entrelazó distintos fragmentos de las entrevistas, según cada dimensión, construyendo discursos únicos pero que permiten el despliegue de las diferentes voces (Mazzucchelli Olmedo y Reyes Espejo, 2021).

En estos relatos colectivos se marcan con el seudónimo de cada persona su tramo de relato para preservar las voces individuales, incluyendo conectores, sumando la voz del investigador, y editando para darle coherencia a estos *patchworks* narrativos. Esta edición consistiría –entre otras tareas– en eliminar las preguntas del entrevistador, ordenar la línea temporal del relato, enfatizar en la edición los fragmentos que se consideraron más relevantes, etc.

4.7.METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LA IMPLICACIÓN DEL INVESTIGADOR

La investigación cualitativa implica considerar *la centralidad de la subjetividad* del investigador, dado el carácter de práctica interpretativa de significados relatados por personas. El estar en el campo implica relacionarse con el objeto de estudio, y todo el proceso conlleva la puesta en juego de la subjetividad de quien investiga (Manrique, Di Matteo, y Sanchez Troussel, 2016). Para la investigación en clínica, esta relación entre investigador y objeto de estudio se denomina –ya técnicamente–, *implicación*, y cuyo análisis es una técnica que enriquece y otorga densidad al producto de la investigación. La palabra *implicación* es polisémica, tiene sentidos coloquiales y otros específicos. En todos ellos se alude a un asidero de alguien con otro alguien, o algo, refiere a un arraigo, a un vínculo al que no se quiere o puede renunciar. Cuando hablamos de implicación del investigador, apuntamos a relaciones de intersubjetividad, no objetivas; el investigador cualitativo nunca es neutro, y el objeto de investigación no es ni estable, ni estático, sino que está en interacción con quien investiga. Este objeto, dice Ardoino (1997) “es al mismo tiempo sujeto y, a la vez, portador de proyectos es decir, un objeto que está inscrito en el tiempo y en la historia” (p.5). En relación a esto, la denominada capacidad de *rêverie* implica, según señala Souto (2010), a la contención en el psiquismo de quien investiga, del impacto sensorial, imaginario y emocional de lo que surge en el encuentro con el Otro –palabras, actos paraverbales, etc.--, para que surja el sentido y se haga posible la interpretación y elaboración sobre el mismo. La noción de *rêverie*, acuñada por Bion (2013), y reelaborada y precisada más adelante por Lombardi y Ogden (2016;1997), entre otros, abarca a estados psíquicos propios del estado mental de investigador o

analista, como por ejemplo la contratransferencia, la asociación libre, los mecanismos de defensa, y las intuiciones y fantasías del investigador. Según Ogden (1997), la reverie es al mismo tiempo un evento privado del investigador, y al mismo tiempo es intersubjetivo, e implica la disposición a la receptividad, a la capacidad de dejarse afectar psíquicamente por lo que proviene del otro. del inconsciente del investigador.

A efectos de esta investigación, el análisis de la implicación del investigador conllevó la lectura y reflexión sobre las notas donde el investigador consignó sensaciones, impresiones, movimientos de afecto, y otras cuestiones de su subjetividad –intentando reflejar la dimensión inconsciente–, desarrolladas durante las etapas de recolección de datos y análisis. Este proceso permite visibilizar la movilización afectiva –utilizando términos psicoanalíticos, transferencia y contratransferencia–, entre ambos sujetos, investigador e investigado. Ya en el análisis de datos, se trata de ponderar el interjuego de las creencias, valores, saberes, contexto y antecedentes del investigador, con lo que surge del campo. Siguiendo a Manrique, Di Matteo, y Sánchez (2016), se definió una breve lista de auto interrogantes del investigador a ser consideradas a lo largo de todo el proceso de investigación, señalando el nivel de implicación según las tres dimensiones propuestas por Barbier (1977): *psicoafectivas*, *histórico-existenciales*, y *estructuro-profesionales*.

La *dimensión psicoafectiva* manifiesta la puesta en juego de los aspectos profundos de la personalidad de quien investiga, interviniendo movimiento contratransferenciales y transferenciales, deseos y aprensiones del investigador (Manrique et al., 2016); en tal sentido, señala Barbier (1977) “La investigación–acción (..) corre el riesgo de ser bloqueada o desviada por la implicación psicoafectiva del investigador si éste no sabe circunscribir su economía libidinal y si no controla su contra-transferencia” (p.3).

La *dimensión histórico-existencial* está estrechamente vinculada con la psicoafectiva, porque el investigador forma parte del escenario concreto de su propia investigación, en tiempo real a la misma. Según señalan Manrique et al. (2016), consiste en un juego existencial y mutuo donde cada sujeto, investigador/investigado acepta cuestionar sus base existenciales a nivel racional y afectivo. Aquí se incluye al *ethos* del investigador, y al interjuego con sus valores, en tanto perteneciente a determinada clase social (Barbier, 1977)

Por último, la dimensión *estructuro-profesional* atiende al vínculo con el objeto de investigación, según se posiciona en el sistema productivo de acuerdo a su pertenencia y valores –nuevamente– de clase socioeconómica (Manrique et al., 2016). En este sentido, el profesional-investigador se desempeña también según el rol social de su propia profesión en el mercado de trabajo, lo que lo estructura y define como tal “Cada profesional presenta un no-dicho institucional que es su posición en el campo de las relaciones de producción y del sistema de valores que le dan coherencia interna.”(Barbier, 1977, p.7)

5. ANÁLISIS Y EMERGENTES

5.1. ANÁLISIS TEMÁTICO Y CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS PATCHWORK

5.1.1. Consideraciones introductorias

En este análisis se partió de un enfoque de teoría fundamentada (*grounded theory*). Esta aproximación (Strauss y Corbin, 2002) refiere a la construcción de teoría derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizados a través de un proceso de investigación, existiendo una estrecha relación entre la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos; el investigador no inicia entonces un proyecto con una teoría preconcebida, sino que parte de un campo de problemas y permite que la teoría surja a partir de los datos.

Este enfoque también se denomina *bottom-up* –de abajo hacia arriba–, ya que se trabaja en base a lo que surge del propio análisis de los datos. Es innegable la existencia de categorías teóricas implícitas *a priori*, de arriba hacia abajo –*top-down*–, dadas tanto por el carácter semi-estructurado de la entrevista como por la propia subjetividad del investigador; parte del trabajo de éste es identificarlas a efectos de no *sofocar* a los emergentes surgidos del material de campo; no obstante, se considera válido trabajar con ambos tipos de categorías (Muñoz Justicia, 2003).

Como ya se puntualizó en el apartado metodológico, el material a analizar consistió en diez entrevistas realizadas a cinco mujeres, y cinco varones de 60 o más años y residentes en Uruguay. Se desgrabó los archivos de audio de estas entrevistas, y las transcripciones se agruparon en una Unidad Hermenéutica en Atlas-ti, paquete CAQDAS con el que se efectuó el análisis temático y categorial de los textos de las entrevistas desgrabadas. Tanto en los extractos de entrevistas que se incluyen a continuación, como en las narrativas patchwork, se codifica al o a la hablante con un alias –nombre de

pila ficticio– y su edad, en vez de utilizar el código interno de de cada entrevista –p.ej. TMGC18H4–, a efectos de no contribuir a despersonalizar el relato²⁰.

Aunque en el análisis de implementaron ambas etapas en forma consecutiva: una primera etapa de análisis temático, y una segunda en la que se entretrejieron narrativas patchwork según las categoría y temas emergentes principales, aquí se presentan en conjunto –organizados por categorías principales, temas y subtemas– a efectos de claridad argumental y expositiva.

En la primera etapa se crearon 456 códigos; luego una depuración, consistente en la unión –merge– de códigos redundantes, eliminado de códigos superfluos, y creación de códigos libres –códigos sin referencia al material para ser utilizados como códigos de más alto nivel de abstracción–, se consolidaron en 453 códigos. Estos códigos fueron agrupados en 38 grupos o familias de códigos²¹, jerarquizándolos mediante relaciones transitivas –como por ejemplo A is a B, o A is cause of B, etc.--, simétricas –A is associated with B, A contradicts B–, y asimétricas –A is property of B–, etc.

Con respecto a la segunda etapa, tomando como ejes categorías producidas en el análisis temático se construyó varios relatos colectivos en los que el investigador entrelazó o "narrativizó" distintos fragmentos de las entrevistas según cada dimensión o categoría principal, construyendo discursos únicos pero que permiten el despliegue de las diferentes voces (Mazzucchelli Olmedo y Reyes Espejo, 2021).

²⁰ Otras convenciones de codificación de transcripciones de entrevistas, y relatos patchwork:

- [Código hablante: texto]: intervención de otro hablante. P.ej. "Porque cuando iba al bar.. **[E: El que me comentaste, el de tu barrio?]** Sí, ese mismo".
- [texto]: Agregado del investigador al relato a efectos de clarificación, estilo, etc. P.ej. "Correr que impacta en la cabeza (..) **[Son]** mis estrategias, con respecto a terceros **[mayores]**, claro, yo los veo muy vulnerables"
- ((texto)): Referencia a contenido paraverbal, o sucesos no verbales: **((risas))**, **((se interrumpe la entrevista))**, **((inaudible))**
- **TEXTO EN MAYUSCULAS**: El hablante eleva el tono de voz para enfatizar
- (..): Recorte y/o conexión entre dos fragmentos de relato. P.ej.: "Salía, cuando salía, cuando fumaba más. Sí, el alcohol y el cigarro van de la mano. Sí, sí, sin duda. (..) Porque me acuerdo que inclusive si, sii tomaba algo".
- [Alias, Edad]: Alias y edad del hablante en el relato (al final de cada fragmento en los relatos patchwork). P.ej. "Por ejemplo, los psicofármacos, el alcohol o como el comer en exceso. Por lo general siempre estoy asociado a prácticas saludables **[Guillermo, 66]**."

²¹ Al final de este texto se incluyen sendos apéndices con el detalle de códigos, y grupos de códigos.

5.1.2. Categorías centrales

El análisis temático implicó integrar categorías teóricas con aquellas propiamente emergentes de los datos; a continuación se presentan una matriz de categorías centrales –figura 5.1–, que refleja los principales ejes de análisis.

Categorías centrales (teórico/emergentes)	Tema
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Malestares asociados
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Ganancias y Estrategias
Género y consumo	Mujeres mayores y consumo
Género y consumo	Varones mayores y consumo
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BZD
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BALC
Percepción subjetiva del autoconsumo	Mecanismos defensivos consumidor
Percepción subjetiva del autoconsumo	FUT_BALC:Disfrute/Moratoria
Percepción subjetiva del autoconsumo	FUT_BZD:euforizante
Función de utilidad del consumo (FUT)	FUT_BZD
Función de utilidad del consumo (FUT)	FUT_BALC

Fig. 5.1

La primera de ellas refiere a lo que a juicio de los hablantes, se pierde o se gana al vivir la etapa vital de la vejez, y su eventual vínculo con el consumo de BALC y/o BZD.

Cabe señalar que desde la perspectiva de este texto, cuando hablamos de vejez la entendemos como una etapa más del proceso de desarrollo, donde existe la co-ocurrencia de pérdidas con ganancias, que se ponen también de manifiesto en otras etapas vitales aunque tradicionalmente se asocia a la vejez sólo con pérdidas (Villar, 2005).

En esta categoría se incluye –como tema emergente– lo que denominamos como Malestares Asociados a la Vejez, en tanto circunstancias vitales a las que las personas hablantes consideran vinculadas al envejecimiento, con una atribución de efecto negativa.

La segunda categoría central atiende los emergentes vinculados al consumo en mujeres y varones mayores, en los que se plantean hallazgos vinculados a roles de género, prejuicios de género, etc., en relación al consumo de sustancias y a la salud.

La tercera refiere a lo que denominamos Construcción de la trayectoria de consumo, entendiéndola como emergentes sobre el vínculo de a persona con el consumo de la sustancia, a lo largo de su vida.

La cuarta refiere a la Percepción Subjetiva del Autoconsumo, donde se incluyen emergentes vinculados a cómo la persona percibe y evalúa su propio vínculo con la sustancia, lo que incluye mecanismos defensivos (negación, minimización, etc.), y su percepción de la FUT de las BALC, y BZD.

La quinta alude al vínculo entre ciertas necesidades o deseos conscientes o inconscientes del consumidor, y la capacidad de las BALC y/o BZD de satisfacerlos; a este vínculo le denominamos *función de utilidad del consumo* (de Rementería, 2014), en adelante FUT.

Parece importante señalar que se está utilizando esta categorización como un posible ordenador de los emergentes, pero que no debe considerarse como una estructura de compartimientos estancos.

A modo de ejemplo, la Percepción Subjetiva del Autoconsumo aparece íntimamente relacionada a los prejuicios vinculados al consumo y a género; en la Construcción de Trayectorias de Consumo surgen como factores relevantes p.ej. la Función de Utilidad del Consumo; metáforas sobre consumo y/o vejez aparecen enlazadas a visiones prejuiciosas y estereotipadas sobre los viejos, y consumidores; las Pérdidas y Ganancias en la vejez también se vinculan con la FUT, etc.

5.1.3. Pérdidas y ganancias en la vejez, y consumo de bebidas alcohólicas y/o tranquilizantes

Seguendo a Baltes y Baltes (1990), se entiende que en la vejez se desarrolla un equilibrio entre pérdidas y ganancias, constituyendo éstas las competencias cognitivas y psicofísicas, roles y valor social y económico, etc., que se pierden y se ganan en el proceso de envejecimiento al llegar a la etapa de la vejez.

La siguiente matriz (Fig.5b) refleja temas y subtemas vinculados a la categoría central sobre Pérdidas y ganancias en la vejez, y consumo. Cabe señalar que cuando en este apartado analítico consignamos pérdidas o malestares *asociados a la vejez*, quien establece esta asociación es el material de campo, esto es, las voces de las personas entrevistadas.

Categorías centrales (teórico/emergentes)	Tema	Subtema
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Malestares asociados	Pérdida de lugar socioeconómico
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Malestares asociados	Ausencia de proyecto de vida
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Malestares asociados	Crisis existenciales
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Malestares asociados	Cambios de rendimiento, deseabilidad, imagen corporal
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Malestares asociados	Duelos
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Malestares asociados	Enfermedad
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Malestares asociados	Dependencia
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	BALC/BZD: Función Consumo	Consumo como bastón/muleta
Pérdidas/ganancias vejez, y consumo	Vejez:Ganancias y Estrategias	Vinculadas a:Estrategias de afrontamiento

Fig.5.2

Dada la aparente visión negativa que evidenciarían estas personas sobre el envejecimiento en general y sobre su propio proceso en particular, según se desprendería del cuadro 5.b podría inferirse que se trata de personas que transitan la misma en un contexto negativo –social, educativo, socioeconómico, etc. –, o precedidas de una trayectoria de vida que les proveyó de escasos recursos de afrontamiento.

No obstante, en la amplísima mayoría de los casos, las personas entrevistadas son varones y mujeres educadas, independientes, social y políticamente activas, y que a la fecha de las entrevistas disfrutaban de un entorno familiar y vincular rico, aún en contexto

de distanciamiento físico por la pandemia por Covid-19. Varios de estos varones y mujeres mayores son profesionales, y continuaban trabajando a la fecha de esta investigación; en otros casos las personas entrevistadas daban cuenta de una extensa militancia político-sindical anterior, y una participación activa en organizaciones de la sociedad civil vinculadas a los derechos de las personas mayores en Uruguay.

En relación a la emergencia sanitaria y a los recursos de afrontamiento de estas personas, surgieron escasas menciones a la pandemia, y esto en referencia a estrategias tomadas por estas personas para afrontar la situación:

Resolví esta semana que me voy a volver a mudar ((risas)) (..) porque mi hija trabaja ahí y mi otra hija también, y la otra hija vive en [nombre de un pueblo del interior]. Bien cerquita estamos porque todo es chico acá no, es de campaña, digamos es cerca. El lugar es del medio rural(..) conseguí un lugar (..) a dos cuadras de donde mi hija tiene la tienda, y a tres cuadras de donde mi hija tiene la farmacia. Entonces quedó bien cuidada igual, pero con mi entorno tranquilo, porque viste que el tema de la convivencia es bravo, ¿no? (..) fue circunstancial el tema este, ya te digo, por un tema de la pandemia y de un temor que nos surgió, viste que todo el mundo quedó como muy sensibilizado, y las personas mayores fueron, vamos a decir, foco de atención. Y todo eso influyó no solo en nosotros, sino en el entorno de la familia. Entonces eso llevó a esa decisión. Pero bien, bien, todo bien, en buenos términos. [Marcela, 78].

Otro punto que se entiende relevante subrayar es que la *soledad*²², en tanto sentimiento frecuentemente asociado a Personas Mayores, no emerge en como parte del relato colectivo de las entrevistas.

De las diez personas entrevistadas, seis viven solas, dos con sus parejas, una con su pareja e hijas adultas, y una en un Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores –ELEPEM–. Sólo en este último caso, tanto el sentimiento negativo de soledad como el extrañamiento con respecto a la familia fue mencionado.

²² Parece interesante aquí diferenciar los sentimientos positivos y negativos vinculados al hecho de estar solo, o sola. Si bien en castellano ambos se manifiestan a través del término *Soledad*, en inglés se diferencia *Loneliness* como un estado negativo, marcado por una sensación de aislamiento, de *Solitude*, una soledad deseable, un estado mental más que una circunstancia física; un estado positivo y constructivo de compromiso con uno mismo, contemplación, o creatividad.

De una primera lectura del mismo se puede inferir que los y las hablantes expresan sentidos y atribuciones mayormente negativos en relación al envejecer.

Lo que en el diagrama 5.3 se agrupó como “Malestares”, refleja un grupo difuso de sensaciones, sentimientos, eventos y circunstancias con connotación negativa, y de pérdida. Los duelos por pérdida de seres queridos, las crisis de angustia, la afectación de tipo depresivo del estado de ánimo, las frustraciones del envejecer, las limitaciones y cambios físicos, y la enfermedad, son emergentes comunes en todas las narraciones.

Una de las entrevistadas representa los malestares con una palabra del idioma portugués, *Mágoas*, que significa “Tristeza; desgosto; dor de alma; amargura” (Dicionário Online Priberam de Português, s/f), así como también el efecto de un golpe o contusión –en Uruguay, “chichón”–.

(..) Es impresionante, es como dicen mucho ellos los brasileros, como para apagar las maguas [mágoas], como para apagar las penas. Se refugian en alcohol.(..) Y toman y lo que ellos dicen cachaca, para ellos es la caña blanca pelada (..) lo peor de todo, viste casi como un alcohol, (..) cualquier problema que tienen lo desahogan en el alcohol, cualquier pena que tienen, la desahogan en el alcohol. A mí me parece que eso no está mal visto, lamentablemente, porque por poco que uno tenga un poco más de conciencia, creo que hoy se consume mucho más de lo que uno cree, inclusive, más allá que nuestra cultura es de mucho consumo de alcohol, ¿no? Pero que no se es consciente de cuánto. (..) También tuve muchos alcohólicos en mi familia. Hoy ya no están muchos, pero inclusive por parte de mamá también, muchísimos. [María, 61].

Al narrativizar los distintos relatos de las viejas y viejos entrevistados en un único *relato patchwork*, surgen los nuevos límites que impone el encuentro con el cuerpo viejo, límites que aparecen asociados mayormente a enfermedades físicas:

Lo único que sé (..) [es] que voy a morir, (..) a mi compañera [no] le gusta que hable de eso, yo ya (..) no le temo a la muerte, yo le temo a ser viejo, (..) yo no quiero llegar a viejo, yo quiero envejecer, eso sí, para ver cómo es eso [Guillermo, 66]. [Los problemas de próstata] te trae muchas complicaciones a nivel físico, [tanto] desde el punto de vista sexual, como el punto de vista orgánico, en cuanto a las micciones, en cuanto a las erecciones, hay un montón de complicaciones, que uno a veces ni las tiene en la cabeza que puede llegarte a pasar, y eso fue

de un año al otro, de un año para el otro [Daniel, 63]. Yo seguía con la limitación de que no podía vivir solo, entonces me vine a donde estoy ahora, que es un hotel. Yo vivo en un hotel donde tengo todo el servicio que necesito, y gracias a Pedidos Ya, tengo la comida. Cierra Pedidos Ya, y me muero de hambre ((risas)). [Patricio, 76]. Por ejemplo, ahora estoy muy atacada de la artrosis y me da mucha rabia a veces que no puedo hacer determinadas cosas, o cargar un peso o hacer una cosa, porque estos días estuve con un dolor en los codos y a veces vos te resistís a las cosas que viene con la vejez, ¿no? La artrosis hace muchos años que la tengo, pero claro, después con el tiempo se va empeorando. También tenés que hacerte la cabeza que hay algunas cosas que ya no vas a poder hacer, cuando vos sos así activo, te cuesta, te cuesta, ¿no? [Marcela, 78]. Y, a mi edad, yo lo veo con mi familia, bah, con la familia de mi señora, que ellos toman, aparte son buenos tomadores, toman, y no, es muy difícil llevarles [el ritmo con la bebida] (..), ahora han aflojado mucho (..) Están teniendo problemas de salud, viste, porque están gordas porque tienen el colesterol alto, que tienen glicemia, entonces se están controlando mucho más [al beber] [Daniel, 63]. Hay que desmitificar eso de que la vejez es de las más lindas épocas de la vida, para mí no es, para mí no lo es, y no lo ha sido, no sé si por los accidentes que he tenido, por las enfermedades y todo lo demás. En este momento, por ejemplo, tengo desde hace un año un linfedema, que no tiene cura, es crónico, no tiene cura, no hay forma, y que me está afectando muchísimo la movilidad, ¿no? Entonces para mí eso de que la vejez es la mejor época de la vida, no existe, no es cierto y yo creo que probablemente a partir de los 60, 65 uno va tomando conciencia de las limitaciones que te va trayendo la vida, el físico, no limitaciones intelectuales porque intelectualmente podemos mantenernos activos, pero sí físicamente no podemos hacer lo mismo que hacíamos antes (..), tuve que retrotraerme a una vida mucho más sedentaria, y creo que eso también debe generar un tipo de ansiedad y preocupación que pueda llevarlo a uno a mayor consumo de psicofármacos o mayor consumo de alcohol, [Patricio, 76].

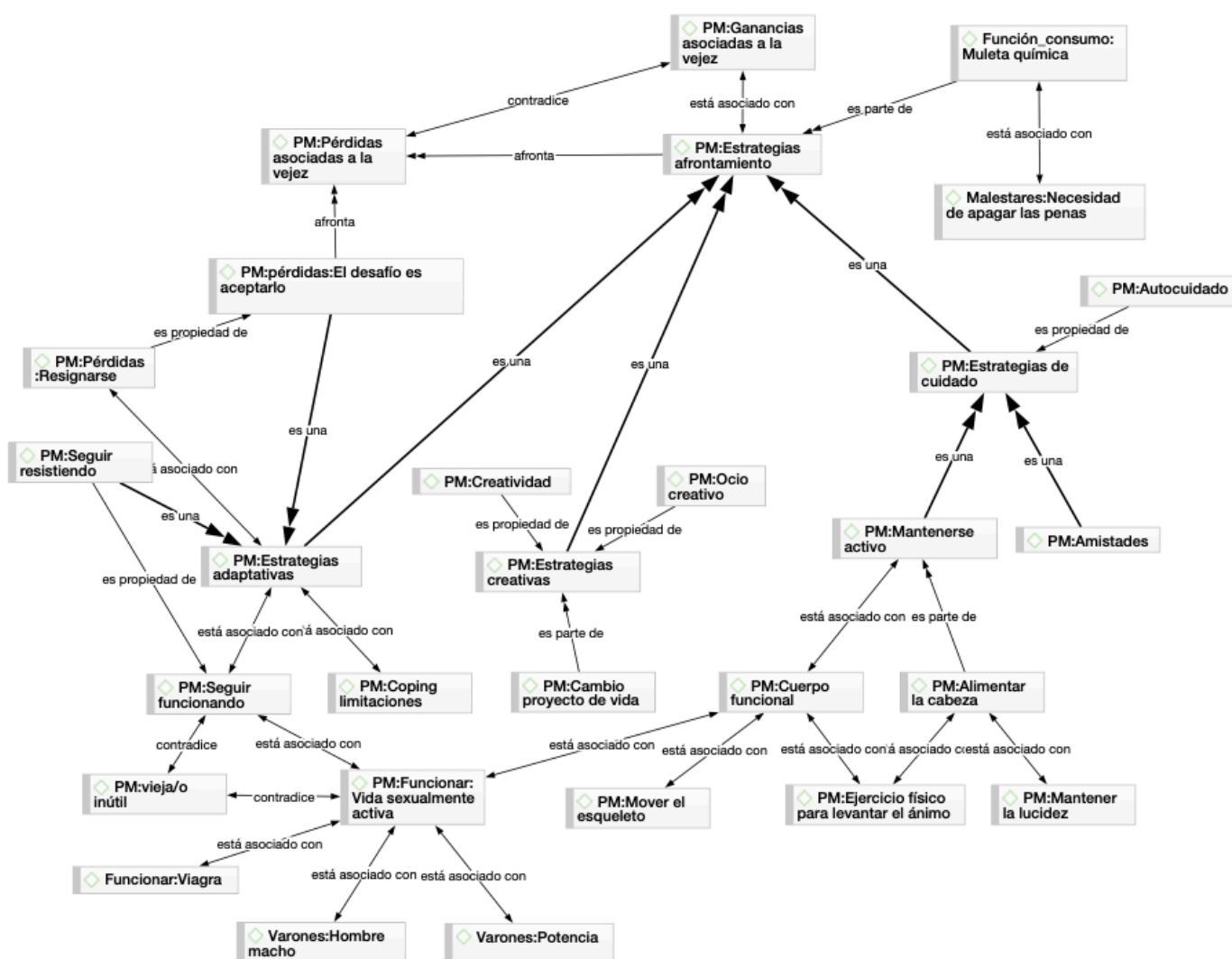
Como se verá con más detalle en el próximo apartado, el consumo de BALC y BZD aparecen como “Bastones que te ayudan a caminar”, al decir de un entrevistado, como parte de una estrategia de afrontamiento más o menos inconsciente.

(..) Creo que en el caso del alcohol o los psicofármacos también son bastones que te ayudan a caminar, o que uno cree que te ayudan a caminar, digamos, que sería más correcto decir, en momentos de crisis, no, de crisis emocional. [Patricio, 76]. En algunas oportunidades el alcohol me ha servido para para desviar mi atención de las cosas que a veces te duelen (..) es una forma que también me ha ayudado mucho a levantar cabeza, no, cada vez que he tenido algún golpe. He tratado de levantar cabeza por ese lado, con el autobombo [alude a un mecanismo defensivo que definió como “seguir para adelante”(..)“como tocando un redoblante”], y mezclado a veces con alguna bebida espirituosa (..) [Daniel, 63].

En lo que hace a las “ganancias” de este equilibrio entre lo que se pierde y lo que se gana al envejecer (Fig.5.4), los emergentes fueron escasos; en las narrativas aparece una única mención a una ganancia, y vinculada específicamente al consumo de BALC:

Por ejemplo, ahora me gusta mucho tomar algunos whiskies que los podés saborear, cosa que antes no [me] importaba saborear. Ahora sí te das cuenta que (..) ojalá, ves, ese tipo de cosas hay que enseñárselas a las generaciones venideras, que hay varias formas de disfrutar determinadas bebidas, [u] otro tipo de cosas. Sí, ha cambiado porque económicamente lo puedo comprar (..) porque yo tengo una mejor economía [Daniel, 63].

Fig. 5.4. Red Ganancias asociadas la vejez, y estrategias de afrontamiento



No obstante, se mencionan como ganancias los resultados de diversas estrategias implementadas por las personas entrevistadas, ante los desafíos que les impuso su

proceso de envejecimiento, y el tránsito por la vejez. No serían, por tanto, beneficios automáticos, sino logros arrebatados a la vida y a los cambios que han tenido que enfrentar, ya desde la etapa de la adultez (Fig. 5.4). Como parte de estas estrategias, aparece el consumo de BALC o BZD como instrumento para “seguir funcionando”, para apagar el “miedo al miedo”, o para “bajar revoluciones”, entre otros. Veamos que relatan nuestros viejos y viejas en modalidad *Patchwork*, con respecto a lo anterior:

Además, como siempre, estoy activa mentalmente, siempre estoy haciendo algo con la cabeza. por lo menos le doy alimento para que se mantenga, sí sí sí [Marcela, 78]. Simplemente resumirte que hoy soy una persona que creo estoy sana, pero trabajé mucho todos estos años, desde los 30 y pico de años que nació mi hijo, hasta hace un año (..) , pasando por varias terapias, y trabajando sobre mí. Eso me permitió llegar a los 83, 84 diciendo hasta aquí llegué, y que bien que estoy (..) yo hoy puedo decir una persona sana, feliz. Con lo que tengo en la zona que vivo, tengo muchos amigos, hago lo que tengo ganas de hacer. Entonces creo que eso es un resumen de mi vida. Me costó trabajo, me costó un trabajo enorme, sí [Silvia, 87]. Porque yo disfruto de una copa de vino, yo con mi compañera (..) pero me cuido, aquella de repente toma más que yo, y yo digo no, suficiente, chau, cierro ahí, paro ahí. No sé, me quiero mucho, quizás ((risas)); valoro mucho mi vida y valoro mucho lo que soy hoy, porque podría o estar incinerado, enterrado o encarcelado. (..) [M]e cuido mucho, por ejemplo, yo como mucha fruta, desayuno siempre mi café con leche, pero siempre 2, 3 frutas al día, cuatro en verano. [Guillermo, 66]. Como te decía trabajé, viví en varios países y siempre iba atrás de un nuevo contrato para trabajar para un organismo, para otro y así, y no tenía programas de jubilación (..) un día dije estoy harto de viajar no quiero viajar más(..), me mantengo activo porque encontré otra vía de canalizar mis inquietudes y mantenerme ocupado y trabajar, que es el área de la cultura (..) yo estoy como secretario de [un centro cultural] desde hace unos cuatro o cinco años, y me mantengo muy activo porque lo que más trabajo me da es conseguir plata para la cultura. Parte del desafío [de envejecer], es aceptarlo. Después que uno lo piensa y bueno, sí, tengo que aceptar que ya no puedo hacer ciertas cosas en la vida como lo hacía antes, y resignarse (..) [Patricio, 76]. Hago múltiples cosas como para estar ocupada también, más ahora que mi hijo también se iba y no quería dejarle la carga de que se sintiera mal de porque mamá, pobre mamá, que se quede sola. He de ocupar mi tiempo y ser productivo, no ser una vieja inútil, sino estar activa por lo menos [María, 61]. Es lo me dice todo el mundo, siempre me dicen [que] no te caíste, te levantaste, no sé, 800 veces. Sí, gracias a Dios tuve esa suerte (..) yo creo que uno lo va haciendo con la vida misma, es decir, como yo te decía, o ir para el lado de una barranca o salvarte. Y creo que me pasó eso, no se por qué, pero ciertamente desde chica podía haber ido a la barranca [Marcela, 78]. [La doctora me dijo] que en el día, [tome] un cuarto [de pastilla] cuando me venga angustia, si me vuelve a venir angustia otro cuarto, y en la noche medio (..) y esto se puede modificar según necesidad. Entonces yo hoy, por ejemplo, viajo a la Paloma a ver a mi nieto (..) para mí (..) tengo todas las características

del abuelo ((ríe)), y tá, [para] eso me parece que va a ser necesario el ansiolítico, capaz que en la noche de pronto no tomo [María, 61].

5.1.4. Mujeres y varones mayores, y consumo de BALC y BZD

La prevalencia de consumo de BALC y BZD según sexo/género de la muestra coincidió con la tendencia de consumo según sexo de los datos epidemiológicos disponibles; si hubo alguna sorpresa, fue que la tendencia a una segmentación según sexo/género, aparece como más pronunciada aún en la muestra.

Recordemos que se entrevistó a cinco mujeres y cinco varones mayores; de estas mujeres, todas consumen BZD –cuatro de ellas en forma crónica, una como medicación “de rescate”–, y una de ellas BALC en forma habitual. De los varones entrevistados, todos consumidores habituales de BALC, dos consumen BZD, además de antidepresivos ISRS²³ y atípicos²⁴.

Categorías centrales (teórico/emergentes)	Tema	Subtema
Género y consumo	Mujeres mayores y consumo	Mujeres: Muliebridad y consumo BZD
Género y consumo	Mujeres mayores y consumo	Mujeres:Prejuicios de género
Género y consumo	Mujeres mayores y consumo	Mujeres:Acceso a la salud: mujeres ansiosas
Género y consumo	Varones mayores y consumo	Varones: Virilidad y consumo Bebidas Alcohólicas (BALC)
Género y consumo	Varones mayores y consumo	Varones:Seguir siendo el Hombre Marlboro
Género y consumo	Varones mayores y consumo	Varones:Acceso a la salud: Virilidad y no "pedir ayuda"

Fig. 5.5

En la Figura 5.5 se detallan los principales emergentes que remiten a estas características: estas mujeres mayores consumen en forma crónica BZD, y estos

²³ Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina: fármacos antidepresivos que tratan la depresión a través del aumento de ciertos neurotransmisores (serotonina) en el cerebro, bloqueando la recaptación (reabsorción) de serotonina a nivel neuronal.

²⁴ En el caso del Bupropión, el mecanismo de acción terapéutica es principalmente la inhibición de la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina, no de serotonina.

varones mayores consumen habitualmente BALC, y es en función de ello es que relatan su experiencia de consumo, intentando, junto con el investigador, problematizarla en relación a su género.

El primer y cuarto subtema de la tabla 5.5 –muliebridad, virilidad–, aluden al consumo en articulación con los roles de género hegemónicos, a lo que se espera socialmente en cuanto a conductas y atributos de las mujeres y varones.

La *Muliebridad* es un término derivado del latín *muliebris* (Latinlexicon, s/f) , que significa la cualidad del ser mujer, de lo femenino, y por tanto no-masculino –*unmanly*–, y es retomado por Dejours (2012) para caracterizar las conductas y atributos tradicionalmente consideradas como femeninos, tales como la sumisión, la sensibilidad y empatía, el cuidado, la maternidad, etc., en tanto antagónicos a los atributos viriles.

Veamos el *relato patchwork* de las viejas y viejos entrevistados con respecto de este “deber ser” mujer mayor, y el consumo de psicofármacos:

Lo que pasa es que en la cultura machista que vivimos está, (..) se descuida mucho la sintomatología de la mujer, el ama de casa. Y todavía está la idea de que la mujer tiene que estar en casa y que es una histérica y todo eso (..) como el que [ante síntomas de ansiedad, o palpitaciones] (..) nos indiquen psicofármacos en vez primero investigar y mandarte un electro” [María, 61]. la mujer es la que usa más sustancias tranquilizantes que el hombre eso es mi experiencia y mi convivencia con otros varones y otras mujeres, que es como una cosa natural para la mujer cuando llega cierta edad que toma sedantes, tranquilizantes, mientras que en el hombre ni siquiera es una cosa planteada, ¿no? (..) no sé si llamarlo natural, pero es una cosa normal, digamos, sí que es la normalidad, sí tenemos la curva de Gauss la mayor parte de las mujeres cuando llegan ahí, no se a qué edad, será 30, entre los 30 y los 40, ya están tomando, inclusive sustancias un poquito más fuertes que el alprazolam no, estamos hablando del Valium por ejemplo, no sé si es más fuerte, creo que es más fuerte (..) [Patricio, 76]. [El consumo de tranquilizantes] a veces puede ser un poco visto como discriminatorio. Me parece capaz que ahora menos, pero hace más años, cuando yo era más chica, era visto un poco como discriminatorio y muchas veces para las mujeres, si consumiste se decía, ay histérica. Lo que decía socialmente, ¿no? Y cuando no decían en alguna otra cosa más fría, precisa pareja, para decirlo suave o algo así ((se ríe)). Y si eso, eso se daba bastante y en algún sentido no se sigue dando, pero parece que ahora, ahora está muy común, digo, ahí hay otro consumo y hay otro tipo de medicamentos [Susana, 61]. La histérica, como te digo (..) Las veces que me dijeron (..) yo ahora estoy muy tranquila, pero era bastante acelerada, no histérica, y las veces que me decían, pah, que te pasa

mija, estás menstruando? Una cosa así impresionante. Tá, porque era otra época (..) y uno [lo]tomaba como normal, que es lo malo también no? No hay que normalizar nada

En el relato se ponen en evidencia manifestaciones prejuiciosas sobre el ser mujer, y el ser mujer mayor y al consumo de tranquilizantes; entre ellos aparece la *histeria*, la *mujer histérica*, presentada tanto como adjetivo peyorativo, como estado propio del género femenino. El término *histeria*, cuya etimología deriva del griego “hysteron” – útero– tiene una historia que se remonta a la antigüedad, pasando por Charcot, y atravesando los cimientos de la construcción psicoanalítica freudiana. El diccionario de la RAE (s/f) define a la histeria como una “Enfermedad nerviosa, crónica, caracterizada por gran variedad de síntomas, principalmente funcionales, y a veces por ataques convulsivos (..) Estado pasajero de excitación nerviosa producido a consecuencia de una situación anómala”. Henry Ey et. al. (1996) la caracterizan como una “neurosis caracterizada por la hiperespresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los efectos inconscientes. Sus síntomas constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de esta "conversión somática". Por ello desde Freud se llama a esta neurosis histeria de conversión”(p.418)²⁵.

Del material de campo surge como emergente (Fig. 5.6) la *histeria* en tanto atributo femenino, presentada en una suerte de callejón sin salida en lo que hace al vínculo con el consumo de BZD: si la mujer se sale de los cánones de la *muliebridad*, si se manifiesta de alguna manera por fuera del rol pasivo/tranquilo/amoroso/femenino, es una histérica, o está menstruando, y tendría que tomar algo para calmarse; pero, ¡atención! recíprocamente, si toma tranquilizantes, los toma por *histérica*. No en vano Ey (1996) la define como “la patología del simulacro” (p.418), en tanto es considerada tradicionalmente parte del repertorio de las artes femeninas, una “ecuación entre locura y femineidad” (Cortés Aliaga, 2015, p.27).

Estas construcciones prejuiciosas, según las mujeres entrevistadas, tendrían incidencia en su derecho de acceso a la atención de la salud:

²⁵ A partir de la IV edición del DSM la neurosis histérica desaparece como categoría nosológica, pasando a llamarse “trastorno de conversión”.

Yo ahora, por ejemplo, estoy por ir también hace no sé cuánto, no me gusta ir al médico, hace no sé cuánto que estoy por ir porque tengo como dolor en el pecho, digo tá, debe ser muscular, pero no sé si es muscular o no, y no sé si me van a dar corte para hacerme un electro. Supongo que sí, porque ya tengo 61 años. Tampoco es disparatado. (..) estoy segura que [si fuese a un varó] le mandan un electro en vez del Aceprax, pero es así en un montón de sentidos cuando van a al médico la mamá que lleva al bebé. Ponele que la mamá no puede llevar al niño a la consulta, que lleva el padre (..) [Mi hijo una vez] fue con el hijo y me acuerdo que comentó que la doctora le preguntó, Y la mamá qué hace? Ese es otro de las situaciones de lo mismo, la mamá estaba trabajando. El papá no estaba trabajando en ese momento porque llevó el bebé. Bueno, es un caso más como el que te dije del que nos indiquen psicofármacos en vez primero investigar y mandarte un electro. [María, 61].

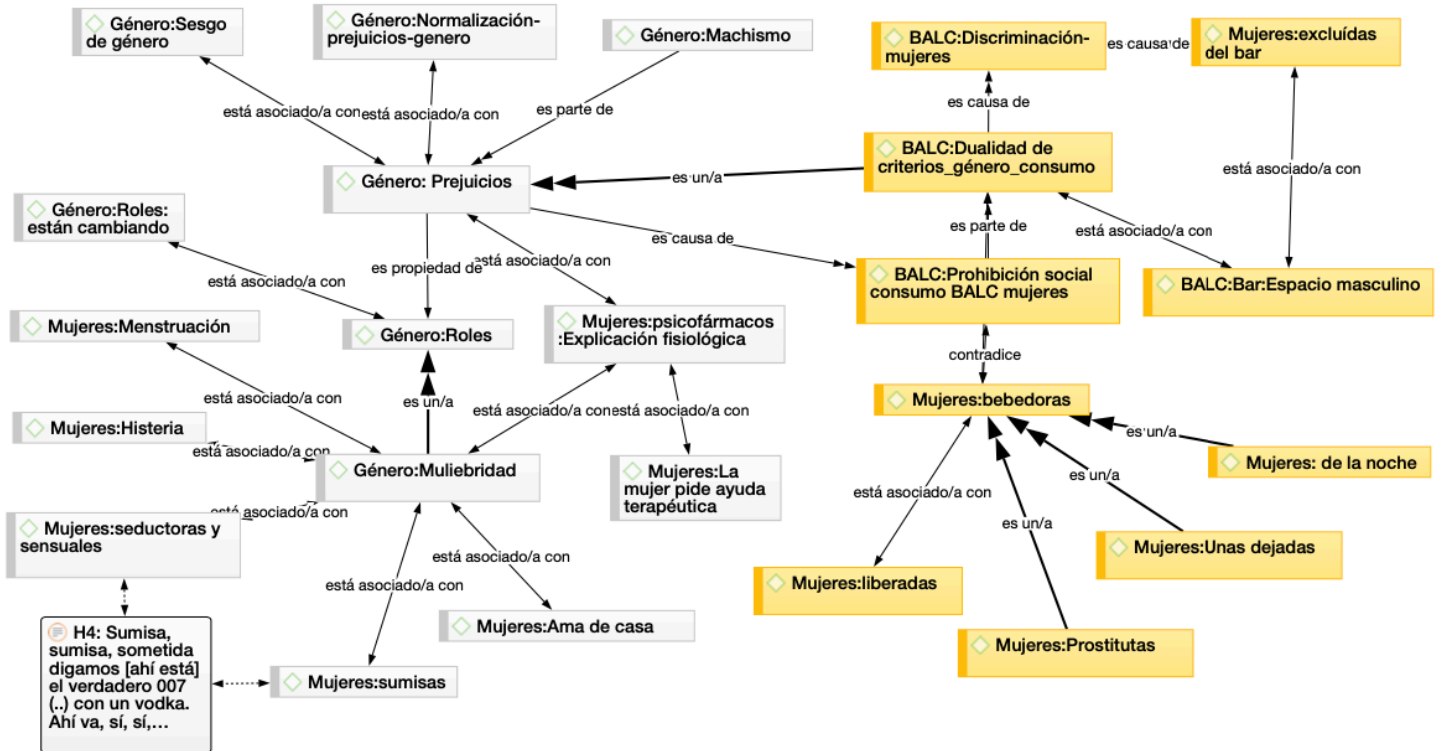


Fig.5.6. Red Muliebridad y consumo

En relación al consumo de alcohol surgen emergentes (Fig. 5.6) sobre prejuicios y censura social hacia la mujer consumidora, poniéndose en evidencia un doble rasero: el varón alcoholizado podía ser considerado hasta divertido, el “borrachín”, el tío chistoso que se emborracha en las fiestas familiares. En cambio, la mujer alcoholizada aparece vista como un sujeto extraño, casi inexplicable.

También aparecen ámbitos que se consideran o consideraban reservados para el varón, y donde la mujer estaría excluida.

Creo que de alguna manera como que el hombre tenía el permitido del alcohol, más allá de que se pudiera aceptar que era problemático en algunos momentos el hombre tenía el permitido, el alcohol tenía el permitido de ir al bar, al bar no se veía como una cosa de terror, como una cosa discriminatoria, tan mala, en cambio en la mujer como que bueno, si era alcohólica era como condenada de alguna manera por la por la sociedad más que el hombre en cierto sentido(..) Y bueno, ir al bar. Una mujer como que por lo menos en los pueblos del interior era algo inaudito (..) solamente algunas en general podían ir a veces a los bares, sino las mujeres no entraban los bares.[Susana, 61] (..) si te quedas hasta determinada hora o sos una chica que sos mal vista como que te dedicas a la prostitución por quedarte hasta altas horas de la noche, porque esa era la foto de la época, a pesar de que yo conocí a chicas que tomaban, pero que no tomaban en un boliche, de repente tomaban en una juntada porque llevamos alguna botella, pero no así en un ámbito comercial, de como decirlo, en un boliche, en un bar de copas, y sí los prejuicios de todo tipo (..) o sea que si estás en la noche sos más bien una mujer de la noche, una prostituta como quien dice (..) [Daniel, 63]. Me da la impresión que ahí hay como una dualidad de criterios. Por un lado creo que el consumo de alcohol es más permitido en el varón, en el hombre, que en la mujer, y se da más, es bien visto el hombre que toma, es mal vista la mujer que toma [Patricio, 76] Pero en aquella época te podías quedar tranquilamente dormido borracho en la calle que no, más allá de que te molestara algún policía diciendo que ahí no puedo dormir, pero ni siquiera te llevaban preso, no? Estoy hablando de las Llamadas, en ese tipo de festividades, pero no, para [una] chica era impensable, impensable que se mamara, era muy mal vista [Daniel, 63].

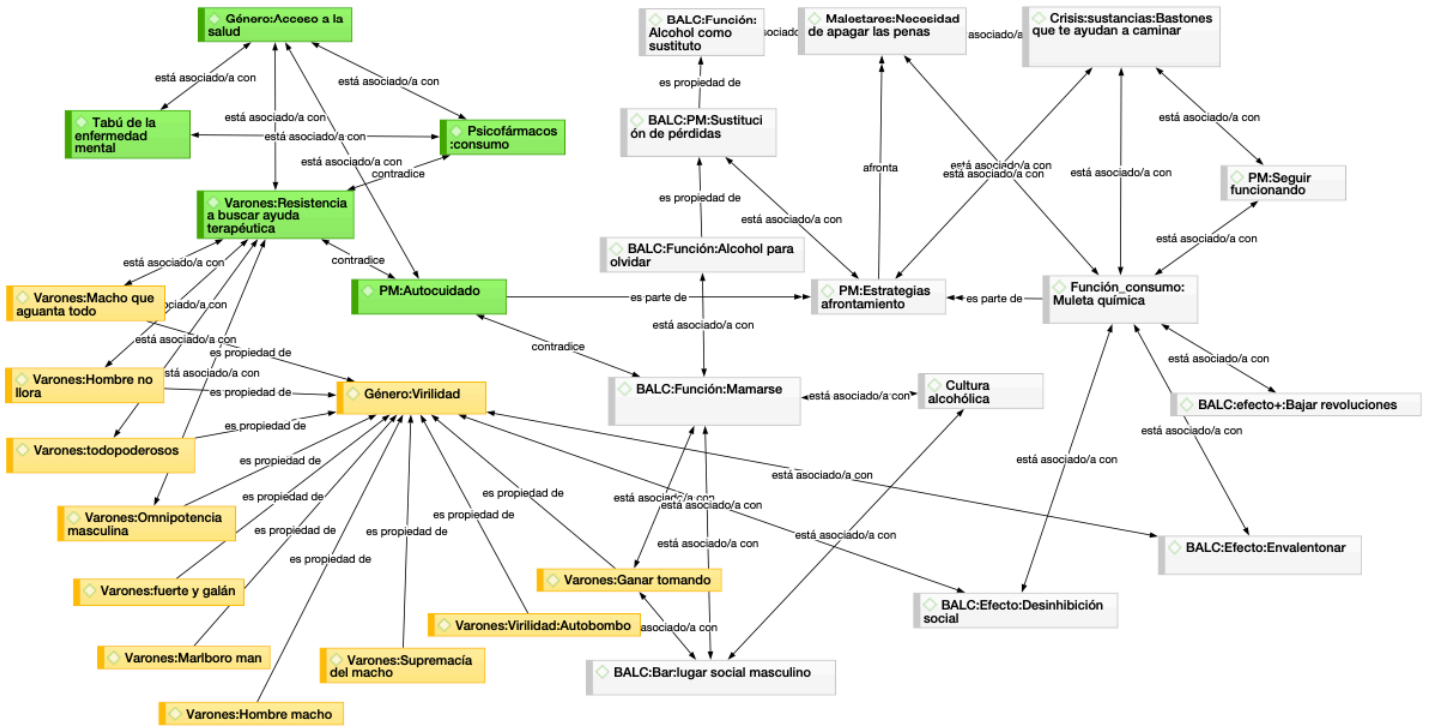


Fig.5.7. Red Virilidad y consumo

En cuanto a los varones mayores (Fig.5.7), los emergentes de género en lo que hace al consumo de BALC son diametralmente opuestos: aparece la habilitación social y naturalización del consumo de BALC en los varones, y emerge el bar de copas, o “bar de borrachos”, como mencionó una de las personas entrevistadas, como un lugar de consumo –con otras características que se enunciarán en el apartado de Construcción de Trayectoria de consumo–, casi exclusivamente masculino. Este consumo se encontró vinculado a la *Virilidad*, conjunto de atributos y conductas que conforman el rol de género hegemónico que definen lo que es el ser varón, en forma análoga a lo que constituye la *Muliebridad* en las mujeres.

El alcohol le habilita por un rato, a los varones mayores, el seguir siendo “El Hombre Marlboro” : “[Las publicidades de bebidas y tabaco en] la radio, siempre, [en] la televisión. (..) [V]enía siempre la de Marlboro con el cowboy a caballo viste? [Marcela, 78]”, “[E]n el caso de papá era como que era hacerse macho porque tomaba y después hacerse valer como el más fuerte y menospreciar al otro [María, 61]”.

Yo creo que el hombre [que consume alcohol] hoy en la actualidad es un símbolo de potencia, ¿no? Es un símbolo de fortaleza. [En] las mujeres es una abandonada, una dejada, es una alcohólica [Guillermo, 66]. [Si] me van las cosas mal en lo que fuere, yo prendía mucho lo que yo le llamo el autobombo (..) me empiezo a dar para arriba, viste (..) y es una forma que también me ha ayudado mucho a levantar cabeza, no, cada vez que he tenido algún golpe. He tratado de levantar cabeza por ese lado, con el autobombo, y mezclado a veces con con alguna bebida espirituosa (..) [Daniel, 63]. Yo creo que [la bebida alcohólica] cumple una función (..) envalentonar digamos al hombre en el entorno social en que se mueve, o sea, sabemos que el alcohol desinhibe por lo menos en los primeros estadios del consumo, cuando no se sobrepasa cierto nivel, cierto umbral, pero entonces esa desinhibición del comportamiento es algo que el hombre también busca porque entonces soy más macho, puedo decir cosas que si estuvieran en mis cabales capaz que no les decía [Patricio, 76].

Los atributos viriles que emergen de la narrativa colectiva (Fig. 5.7) –omnipotencia, “los hombres no lloran, etc.--, nos dan pistas en relación al vínculo de algunos varones mayores con las BALC en tanto instrumento euforizante –recordemos la hipótesis de sustitución mencionada en el apartado teórico (Ettorre y Riska, 1995)–, con el propósito de “seguir funcionando”, y sin recurrir a los tratamientos farmacológicos. El “pedir ayuda” aparece como un recurso impensado en los varones; según lo que emerge en el discurso de las personas mayores entrevistadas habría una resistencia hacia tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, producto de los mandatos de género que señalan la autosuficiencia y la ausencia de manifestación de emociones y quejas, como atributo viril relevante. Esto podría explicar, en parte, la diferencia de prevalencia de consumo de psicofármacos tranquilizantes, entre varones y en mujeres mayores:

[M]e da la impresión de que la mujer tiende a buscar ayuda terapéutica más que el hombre, el hombre se resiste mucho más, casi que nos tienen que obligar a ir a un a un psicólogo para una terapia, ¿no? tenemos esa tendencia no de ser (..) omnipotentes, y, es decir, no, yo no necesito ayuda ni medicamentos, ni tampoco psicólogos, menos psiquiatra. Creo que todavía subyace el hecho del tabú de hablar de las enfermedades mentales o de la necesidad de terapia o la necesidad de medicación para controlar alguna cuestión temperamental o psicológica [Patricio, 76]. Es parte de parte de la cultura, por lo menos [la] que yo viví, que el hombre no llora, son los valores que yo, parte de ellos te lo reflejé hoy cuando te dije [que] prendo el autobombo (..) eso es lo que yo definía como autobombo (..) exacto, que un hombre macho no debe llorar, digo y eso define claramente la educación machista que por lo menos yo he tenido hasta mis días de joven [Daniel, 63].

Emerge con fuerza el bar como ámbito masculino por excelencia, que según se verá más adelante parece ser un factor relevante en la Construcción de trayectoria de consumo de estas personas mayores. Es el que denominan como “bar de copas”, o “bar de mostrador”, y también “bar de borrachos”, para diferenciarlo del “bar de café”. Un lugar de despliegue de la masculinidad hegemónica vinculada a atributos viriles, donde la bebida alcohólica aparece con la función de envalentonar y desinhibir, entre otras. Según rememoran, el varón tenía casi la obligación de ir al bar a beber con sus pares, mientras la mujer se quedaba en el ámbito doméstico:

El mostrador, se tomaba en el mostrador. Ahora de esos bares prácticamente [no hay], queda alguno. Pero en ese momento era muy común. Frente a mi casa había otro bar (..), era lo común. El hombre, o iba a jugar a las cartas, o iba a tomar. Y tomaban acodados en el mostrador (..) las mujeres no. No, es más, yo me acuerdo de mi vergüenza ir a entrar al boliche de enfrente a buscarlo a él, mi madre me mandaba a mí buscarlo, y lo recuerdo con 11, 12, 13 años, entrar al boliche a llamarlo para que viniera, qué íbamos a cenar, por ejemplo. Yo, niña, enfrentada a esta situación que me producía vergüenza [Silvia, 87]. El papá que me adoptó, entre comillas, el iba del bar [nombre bar], en [intersección de calles]. Y el me llevaba [al bar], yo tengo esos recuerdos, chupaba y yo jugaba en el piso [Guillermo, 66]. Que el varón fuera al boliche, eso era masculino, y los boliches de esa época estaban llenos de hombres tomando en el mostrador. Y sí, era algo no sólo tolerado, sino que estaba visto como normal. El hombre tenía que ir al boliche, a jugar a las cartas o a tomar. Era algo que estaba implantado en la sociedad [Silvia, 87]. Le dábamos y le dábamos, porque aparte era una barra grande, seríamos 15, 16 (..) generalmente los que nos quedábamos hasta tarde en su gran mayoría, éramos todos varones (..) En esa época era impensado [las mujeres en los bares](..) por un tema sobre todo de prejuicios desde el punto de vista que si te quedas hasta determinada hora sos una chica que sos mal vista, como que te dedicas a la prostitución por quedarte hasta altas horas de la noche [Daniel, 63].

5.1.5. Construcción de trayectoria de consumo: tranquilizantes benzodiazepínicos

Categorías centrales (teórico/emergentes)	Tema	Subtema
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BZD	El consumidor atípico: Prácticas de prescripción de BZD
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BZD	Benzodiazepinas como hipnótico
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BZD	Muletas químicas vejez: polifarmacia
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BZD	Sobrediagnóstico y acceso a la salud
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BZD	Consumo crónico de benzodiazepinas
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BZD	La mujer ansiosa: ansiogenia y ansiofobia

Fig.5.8

En este texto se habla de Trayectorias de Consumo partiendo de problematizar el consumo como una *Trayectoria*, siguiendo a Raikhel y Garriot (2013). Y se habla de *Construcción*, entendiendo que el vínculo de la persona con el consumo y con la sustancia ha sido construido a lo largo de esta Trayectoria; es precisamente esta trayectoria construida, lo que se intenta explorar.

El consumo de psicofármacos tiene algunas características que se entiende necesario resaltar: no existe consumo social, se consume en solitario, El *satisfactor* a la necesidad de lograr la *euforia* –recordemos, antónimo de disforia–, o “apagar las penas”, es el psicofármaco tranquilizante, cuya disponibilidad y oferta está mediada por un profesional de la salud, el médico –en Uruguay cualquier médico puede prescribir BZD–, salvo en el caso de que la persona consumidora recurra a la compra del psicofármaco en forma directa y en mercados paralelos –se suele ver venta de psicofármacos en ferias vecinales, por ejemplo–, aunque esto último no emerge en el material de campo de esta investigación.

En tal sentido, y como se detalló anteriormente, la persona consumidora de psicofármacos es –en tanto consumidora de bienes en un mercado– una *consumidora atípica*, y eso hace particularmente interesante el relevar emergentes sobre prácticas de diagnóstico, prescripción, y seguimiento del tratamiento, en tanto dependen de una oferta e indicación que se hace a través del *acto de la prescripción* en la consulta médica.

Del material de campo surgen –entre otros– emergentes sobre las prácticas de *diagnóstico, prescripción, seguimiento y control del tratamiento*, y vinculadas a éstas: el *uso de BZD como hipnótico, personas mayores y polifarmacia, el sobrediagnóstico de trastornos de ansiedad y depresión en mujeres mayores, y acceso a la salud, y el consumo crónico y de larga data de tranquilizantes*, sobre todo en el caso de las mujeres mayores, que aparecen como proclives a recurrir al sistema de salud ante afectación del estado de ánimo –depresión– y trastornos de ansiedad (Fig.5.8).

Surge la figura del médico que prescribió el tratamiento, generalmente de familia o medicina general, percibido como alguien próximo y de confianza; en tanto el “repetir” medicación aparece como un trámite que no implica revisión del tratamiento (Fig.5.9). Por ejemplo, Susana consume alprazolam recetado por un médico general amigo, al que conoce “de toda la vida” –vive en un pueblo del interior–: “Cuando preciso, considero que preciso una receta, voy y le digo hacerme una repetición y tal me la hace (..) Acá adentro somos amigos (..) Chau. Nadie me controla más nada. [El médico me aseguró que el alprazolam] no provoca acostumbramiento” [Susana, 61].

Esta ausencia de seguimiento del tratamiento farmacológico surge una y otra vez en los relatos, incluyendo la repetición automática de medicación a través de medicina general, lo que además de obviar el necesario control del tratamiento, se entiende coadyuva a la cronicidad del consumo.

En el caso de Silvia, ésta relata que hace cinco años comenzó con problemas de ansiedad, y entonces le recetaron Valium –diazepam–, luego Aceprax –alprazolam– y melatonina –hormona que contribuye a regular los ritmos circadianos– :

Mi médica de medicina general, que me atiende hace 30 años, ella prueba conmigo porque me conoce y sabe que yo no puedo tomar un medicamento mucho tiempo. Ahora [estoy] más vieja, estoy más sensible. Entonces [con ella] tenemos una relación de confianza, donde yo la llamo y le digo me produjo esto, ¿entonces vamos a hacer esto otro o lo otro? (..) Estamos evaluando que con esto duermo bien. Yo quisiera suspenderlo, pero no puedo. Intenté suspenderlo, no dormí en toda la noche. Duermo sin pesadillas, sin casi, sin soñar. Descanso, tengo actividades [Silvia, 87].

Silvia dice haber probado con psicofármacos hipnóticos específicos, sin resultados, y expresa total confianza en su prescripción de BZD, y en su médica de cabecera.

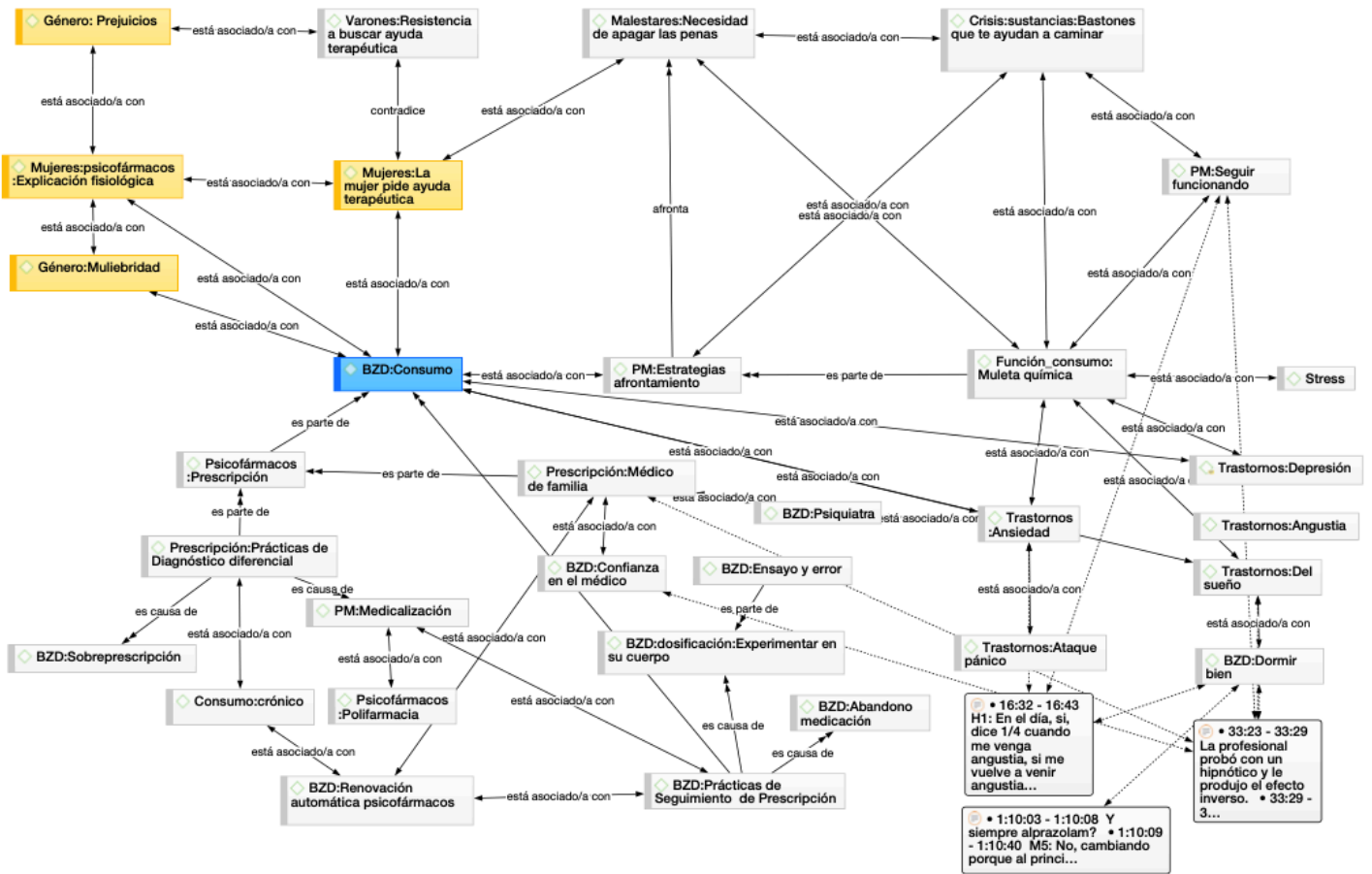


Fig.5.9. Red Construcción Trayectoria de Consumo BZD

Se reitera la mención al uso de BZD como medicación crónica para dormir, aunque no es su función específica, produce adicción y no se debería prescribir por lapsos superiores a tres meses para su uso continuo.

Estaba muy sobregirada, y ahí fue cuando empecé, de repente me tomaba un entero. Siempre, (..) no para la ansiedad, sino que, porque no había manera de que durmiera, porque uno queda como sobregirado del sueño, y no he logrado volver al tercio, sigo con la mitad [María, 61]. Cuando surge alguna situación especial por algo, o a veces cuando estoy muy cansada, físicamente muy cansada [Susana, 61]. En este momento tomo para dormir Aceprax, tomo medio aceprax, y uno de melatonina [Silvia, 87]. [S]e cumplió lo que me había prescrito la doctora no, es decir, lleva un periodo de adaptación me decía el coso y tá, al principio tenía un efecto limitado, ¿no? Y luego el efecto ya se amplió. Yo incluso estando en período normal a veces me despertaba para orinar (..) en medio de la noche (..) sin ningún problema, pero tá, tenía esa costumbre, y me la eliminó. [Duermo] de corrido y no me meo en la cama. [Roberto, 65]. Pienso que la gente se refugia ahí, hay gente menor que yo incluso, hay gente que se refugian en los psicofármacos porque tienen

una descompensación por el dolor, porque no duermen bien. Todo, todo es a base de píldoras. Quieren dormir bien. [Guillermo, 66].

También aparece la prescripción y uso prolongado de una batería de psicofármacos – polifarmacia–, cuya interacción genera a veces efectos iatrogénicos, sobre todo en personas mayores. Si a esto le agregamos la ausencia de controles de tratamiento –o una estrategia laxa de control, en el mejor de los casos–, se puede problematizar que la prescripción de múltiples fármacos de uso crónico para atender múltiples síntomas, está haciendo precisamente eso, enfocando síntomas con una perspectiva reduccionista hacia un *objeto* de prescripción, y desatendiendo por tanto la calidad de persona y de *sujeto* de la persona mayor que consulta.

Ahora como estoy tomando como veinte remedios (..).Tengo un nieto de ocho años. Cuando él tenía tres años, por el color de las pastillas, me las daba [Noelia, 61]. En el 2016 yo perdí un hijo, y ta, por ese motivo me mandaron ASÍ ((gesto de algo muy grande)), un pastillero impresionante que en su momento fueron muy importantes no, el tema fue después ir sacando, sacarse todo eso. Me acuerdo que me mandaban junto (..) Digeprax, me acordé, me acordé de rebote el nombre, que tenía que tomar ante la comida que también tiene Aceprax, y tomaba antidepresivo. Y después para la noche me acuerdo que me mandaron en vez de un miligramo, el Aceprax de dos miligramos. Un antidepresivo que ahora no recuerdo el nombre que me mandaban, que alguna de mis hermanas tomaba para la fibromialgia, que no me acuerdo el nombre. (..) Juntos. Eso toda la noche. Y también el Sommit ((hipnótico)), porque nada me hacía efecto para dormir. Y aparte el 4.º para dormir, que era un relajante muscular que era el Tizafen. Eso todo en toda la noche. Eso me llevó a no sé, no sé cuánto tiempo lo consumí así como estaban, que al principio como que me hacía un poco de efecto. (..) Me acuerdo. Me temblaba la boca, el labio y el mentón, me temblaba también, quedaba rígida. Estaba tomando cuatro cosas, ¿no? [María, 61].

Se subraya un emergente muy relevante y vinculado a los anteriores, que es el carácter crónico del consumo de tranquilizantes benzodiazepínicos. Crónico y de larga data, en algunos casos por varios decenios, con renovación automática de la receta, y sin control en el desarrollo del tratamiento psicofarmacológico con sustancias psicoactivas que, como ya se señaló, no están recomendadas para ello.

[E: ¿Cuándo empezó a tomar algún tranquilizante?] (..) 30 años, 25 o 30 (..) 30 años, más o menos [Noelia, 61]. Actualmente estoy con el aceprax. Que por decirte algo, 25 años vamos a poner más o menos que hace 25 años (..) [que] estoy consumiendo e ininterrumpidamente Aceprax. Y ahí

fluctuo entre aceprax y [otro que] de repente no [me] recuerdo su nombre [María, 61]. O sea, hace más 20 años. Bueno, y desde ahí no dejé nunca más de tomar esa medicación. O sea, bajé el mínimo. Pero quede crónica .. [E: ¿Y siempre alprazolam?] No, cambiando porque al principio seguían con el Diazepam que era lo que se usaba en esa época y otros medicamentos de esa época. Pero tomaba dosis mucho más altas. Tres miligramos por día, suponete o y ahora tomo uno en la noche, Y estaba tomando uno y medio, porque tomaba medio a medio día. Pero la última vez que vi a la doctora, me retiró esa mitad. Entonces ahora yo cuando veo que estoy demasiado angustiada, me tomo el medio (..) pero trato, trato, trato de no.. [Marcela, 78].

Por último, surgen menciones alusivas al sobrediagnóstico de trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres mayores, lo que se entiende podría constituir barreras por sesgo de género en el diagnóstico, dificultado un adecuado acceso a la salud.

Ante una mujer que plantea ansiedad, sofocos, taquicardia, etc., aparece como diagnóstico prevalente el trastorno de ansiedad y la consecuente prescripción de tranquilizantes, obturando a veces, según relatan algunas de nuestras viejas, un diagnóstico diferencial que pueda discriminar y atender otras patologías.

Y en cuanto a la otra parte, yo he usado antiangustiantes. (..) O sea me recetaron en un momento [que] yo tuve una operación, una neurocirugía por un tumor de hipófisis. Entonces, en el post operatorio el médico me dijo que era muy normal tener como una crisis de angustia y porque uno ha pasado mucho, mucho nervio previo a la operación, por más que te dicen va a quedar bien, qué sé yo, pero cada uno tiene y tiene sus miedos [Susana, 61]. [H]ace no sé cuánto que estoy por ir [al médico] porque tengo como dolor en el pecho, digo tá, debe ser muscular, pero no sé si es muscular o no, y no sé si me van a dar corte para hacerme un electro(..) Sí, si. Por el hecho de ser mujer, sin duda estoy SEGURA de que enseguida te mandan el psicofármaco. Yo creo que si va un hombre con todos los síntomas que yo decía, le mandaban a hacerse un electro de una. A mi nunca me mandaron a hacerme un electro. Eso estoy segura(..) Sí sí, vamos a ver el día que vaya. (..) Pero que es un tema de género, sin duda. La histérica, como te digo. (..) Las veces que me dijeron (..) Lo que pasa es que en la cultura machista que vivimos está, si se descuida mucho la sintomatología de de la mujer, el ama de casa (..) [Si es un varón] estoy segura que le mandan un electro en vez del Aceprax [María, 61].

5.1.6. Construcción de trayectoria de consumo: bebidas alcohólicas

Categorías centrales (teórico/emergentes)	Tema	Subtema
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BALC	Espacios de consumo: Bar, masculinidades y enculturación
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BALC	Cultura y consumo BALC: Lo cool del beber
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BALC	Entorno de crianza: Inicio de consumo BALC
Construcción de trayectoria de consumo	Trayectoria de consumo BALC	Entorno de crianza: Figura parental de (anti) referencia

Fig.5.10

Como ya se mencionó el alcohol es la droga psicoactiva de consumo más prevalente en Uruguay. Es de venta libre para personas mayores de 18 años, y se comercializa al menudeo sin mayores restricciones; a diferencia de la del tabaco, la publicidad de BALC no está restringida en nuestro país, tanto en medios masivos, como en puntos de venta. Este contexto de mercado –disponibilidad y acceso a la sustancia– no ha variado durante la vida de las personas integrantes de las cohortes natalicias objeto de este estudio – personas nacidas antes de 1962–, por lo que se entiende relevante problematizar el vínculo de la persona con el consumo de BALC a lo largo de su vida –su trayectoria de consumo–, según emergentes sobre su deseabilidad y habilitación social, entre otros.

En tal sentido, se selecciona aquí como uno de los emergentes destacables de la categoría (Fig.5.10) sobre el que ya se escribió en el apartado 5.14 en referencia a Virilidad y Consumo: el rol del bar como espacio de despliegue de masculinidades, excluyente a las mujeres. Este espacio aparece con una carga simbólica dual: por un lado, es un lugar mítico al que se recuerda con nostalgia en tanto lugar de socialización y aprendizaje intergeneracional masculino, un ámbito de enculturación donde los varones –ahora viejos–, aprendían a ser varones y a ser adultos, con sus pares, y viendo, mirando y aprendiendo los veteranos acodados en mostradores y mesas.

Que el varón fueran al boliche, eso era masculino, y los boliches de esa época estaban llenos de hombres tomando en el mostrador. Y sí, era algo no sólo tolerado, sino que estaba visto como normal. El hombre tenía que ir al boliche, a jugar a las cartas o a tomar. Era algo que estaba implantado en la sociedad” [Silvia, 87].

Por el otro, surge como el lugar de la transgresión y de la pérdida de control, y del lugar de la “primera copa”. Por ejemplo, “cuando salíamos íbamos a el bar de la esquina, pendejo de 15, 16 años (..) Y entonces cuando iba ahí al bar a tomarme una. Una copita chiquita de grappa” [Roberto, 65]. Pero enseguida aclara que prefiere beber en un ambiente menos público, más controlado; expresa sentir vergüenza a una borrachera pública: “yo en el bar tomo café”. Otra persona entrevistada evoca al bar como un lugar oscuro y ominoso adonde su madre le enviaba a buscar a su padre alcohólico: “Yo tengo esos recuerdos, él chupaba y yo jugaba en el piso, él hacía mostrador de boliche” [Guillermo, 66].

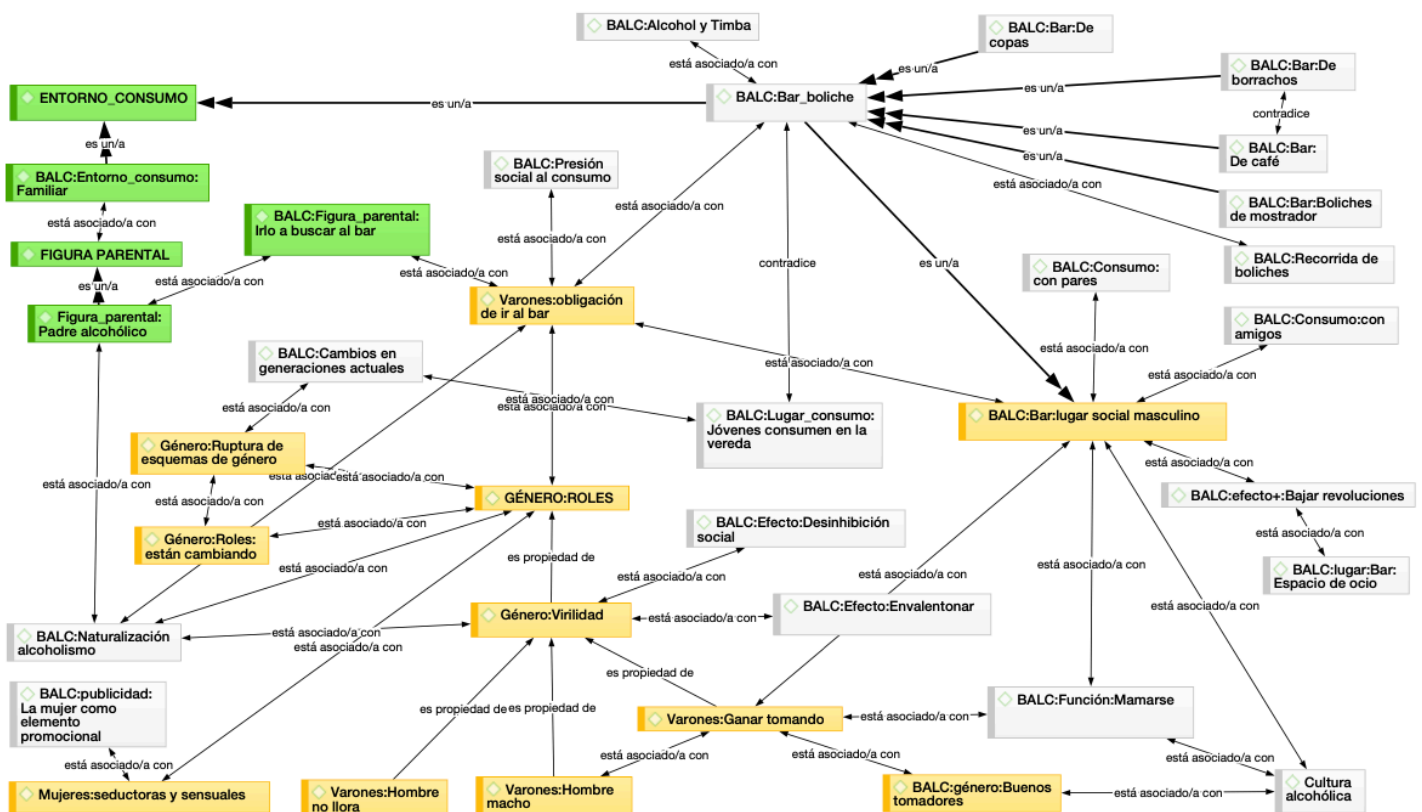


Fig.5.11. Red Construcción Trayectoria de Consumo BALC (1)

No obstante, este rol del bar como espacio intergeneracional se habría perdido:

Yo dije, pah, para los gurises el bar ya no significa un lugar de encuentro. No, ellos, se vinculan mucho más que nosotros, que mi generación al alcohol. Pero lo hacen afuera del lugar donde se consumía, habitualmente. No? Ese fue un cambio radical. Una sorpresa que tuve fue que los

gurises entraban al bar, [que regenteaba], pedían un litro de vino (..), y se iban a tomar afuera, y no se quedaban a consumir dentro del bar. Pero qué guachos! Y no, no te ocupaba mesa, iban al cordón de la vereda a tomárselo, o se alejaban del bar [Roberto, 65]. Así como ahora nosotros vemos a un joven tomando una cerveza en la rambla o en cualquier calle de Montevideo y en ese momento era normal ver a los hombres tomando en los boliches [Silvia, 87].

Otro emergente relevante para las Trayectorias de Consumo es el relativo a la publicidad de las BALC (Fig.5.11), que según se menciona apela desde siempre al factor de deseabilidad del beber y las BALC a través de estereotipos femeninos y masculinos:

[En la publicidad] tratando con la seducción de la mujer, no solamente ataques la sensualidad del hombre para llegarte a la bebida, sino que a las propias mujeres, de imitar a estas mujeres, no? A través de..., viéndose sensuales y bonitas, y la ficción del príncipe, de la princesa, yo lo veo por ahí ((inaudible)), o sea, de cómo influir en las personas a través de las imágenes para vender su producto, en algunos lados utilizan mujeres sensuales, en otro lado más ((llenas de vida)), se ve que de acuerdo al grupo de gente en el que quieren este incentivar la bebida (..) [Daniel, 63]. (..) La imagen del guapo, el buen mozo, el todopoderoso con el alcohol, los 007 (..) son todos pintunes que están tomando martini, y haciendo promoción, es bueno, yo soy fuerte, primero porque son fuertes, son tipo que trabajan como como agentes secretos, son buenos mozos y galanes y consumen alcohol, y (..) también es lo que comentamos del uso de la mujer como elemento promocional [Patricio, 76].

Esto también aparece en relación a la música popular, como es el caso del tango:

Todas. En el tango, todas, viste? "Mándeme otra vuelta la copa de champagne" (..) Si, claro, sí, claro, quiero beber esta noche para olvidar las penas y todas esas cosas de las tango siempre. Y en las películas siempre. El vaso de whisky, el cigarrillo era normal. A veces vos mirás una película antigua y decís, pero mira cómo fuma el tipo, porque ahora estamos..[Marcela, 76].

Y en el cine, la TV, el carnaval, y otras manifestaciones culturales:

Yo (..) o veíamos bien en las películas de Gardel. Aparecían en los boliches tomando y bailando, lo mismo que el cigarrillo. Eran cosas que estaban establecidas socialmente, que eran normales, los mismo que las películas mexicanas o argentinas. Claro. En aquel momento había una cultura de tomar que se veía en toda la cinematografía.(...) Yo veía mucho cine, sobre todo mejicano, argentino, uruguayo no había. Y aún en el cine norteamericana también mostraba la toma de bebidas alcohólicas como algo establecido, salvo la etapa de la [Ley Seca] en Estados Unidos, cuando prohibieron el alcohol [Silvia, 87]. [En un programa que miro] bueno, el tipo toma whisky,

entonces llega un punto del programa y dice: 'y ahora después del comercial viene la hora del whisky', y la siguiente toma es él con la botella de whisky, el vaso con hielo y se está sirviendo un whisky, y toma whisky, todos los que están ahí toman whisky, entonces están promocionando obviamente, inclusive viene la propaganda de no sé, el Chivas, yo creo que eso debería debería tratarse como como se trató el tema del tabaco, ojalá [Patricio, 76]. [Y]o soy de Artigas, del interior, y allá tomamos MUCHA cerveza, los jóvenes tomamos mucha cerveza, y tenemos viste (..) el carnaval, el carnaval de Artigas que es a la carnaval brasileño, con las scolas do samba, y todo eso. Me acuerdo que era bien jovencita y tomaba en carnaval, tomaba, y fijate que me casé a los 19 años. Ya a los 18, 19 años consumías sí, cerveza, sin emborracharnos, como te digo. Pero claro, sí, sí, sí. Todos los que salíamos tomábamos [María, 61].

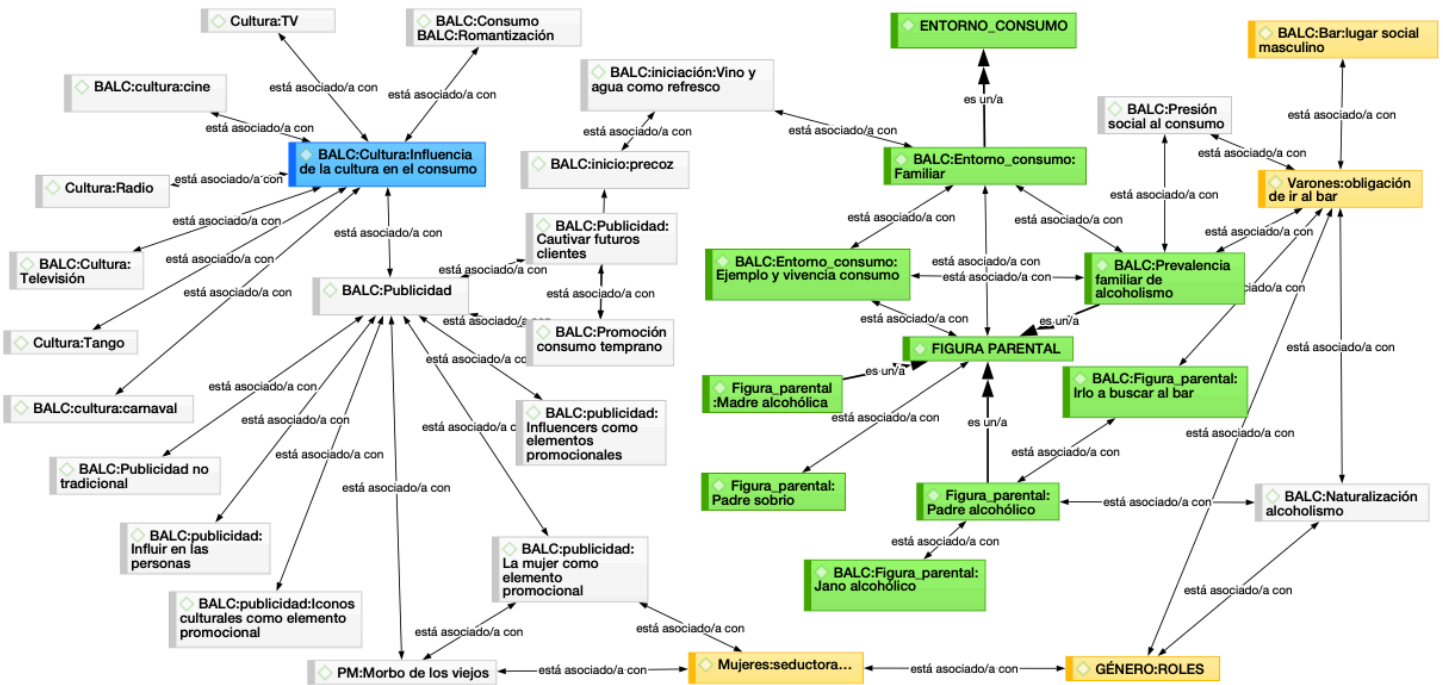


Fig.5.12. Red Construcción Trayectoria de Consumo BALC (2)

Por último, interesa resaltar como emergente relevante a esta Construcción de Trayectoria, el entorno de crianza, en particular en relación al inicio temprano al consumo, y a una figura parental –en la mayoría de los casos paterna, en una, materna– que surge en el relato como importante para la persona en cuanto a ejemplo – o anti ejemplo– a seguir en cuanto al consumo de BALC (Fig.5.12):

(..) [A] mí me daba la impresión de que la mayoría de nosotros que comenzamos a tomar era porque tal vez en la casa, veíamos que se consumía y nosotros escuchamos el consumo o por influenciado por otros mayores a veces no, no, una diferencia generacional, sino simplemente un

poco, algunos años más viejos que uno, que eran los que tomaban y lo estimulaban a uno a tomar, por ahí me parece que empezaba la cosa en en mi generación [Patricio, 76].

El primer contacto con las BALC solía ser temprano, en la mesa familiar se habituaba servirles vino con agua a los niños y niñas, y algunas veces hasta algo más fuerte:

Yo en casa solía tomar. De chica me gustaba tomar, chica, niñas de yoquesé, 7 u 8 años, tomaba vino (..) con agua y azúcar. Lo servían y se armaba en la mesa. Papá llevaba vino y tomaba vino puro. Mamá y yo tomábamos vino con agua y azúcar [Susana, 61]. [Era] costumbre, los niños tomábamos un poquito, pero tomábamos, con la comida nos servían un poquito. Se ponía en una botella de a litro, se iba al almacén y se compraba medio litro de vino, le pedíamos que volcara una gaseosa. Era un refresco con una bolita. Se abría, y se vertía dentro de la botella. Eso no lo debes haber oído nunca, porque no es de tu época, eso es de los años 50, más o menos.(..) [Silvia, 87]. [Un] poco se remonta a mi infancia, siempre desde chico como se estilaba antes (..) nos íbamos a las casas de nuestros respectivos padrinos y en ese entorno mis padrinos (..) siempre tomaban algo. Y yo iba con mi madrina y como gurí chico que era, tendría cinco o seis años, ellos tomaban ginebra, y yo muy pesado (..) , siempre quise tomar de eso que estaba tomando mi madrina (..) hasta que se ve que en una oportunidad, ya la tendría tan aburrida, mi madrina que me dio para que probara (..) esa fue mi primera experiencia con una bebida alcohólica, con ginebra, y a una edad media temprano (..) y la experiencia no fue nada buena (..) Mi abuela era española, madrileña, y ella siempre tomaba su copita de anís. Siempre, y todos los días una pequeña copita de anís, y bueno, y eso también, esa sí la probaba y me gustaba, pero era un niño, entonces me daba muy poquitito (..) Esa digamos que fue mi segunda experiencia a nivel infantil, que esa así fue agradable [Daniel, 63].

Figuras paternas alcohólicas, violentas, dionisíacas:

[Mi padre adoptivo era] castrador, autoritario, bien de aquella época. Murió allá en el año 60 y pico. (..) [Un] tipo muy autoritario. (..) murió loco de cirrosis, de lo que tomaba justamente [Guillermo, 66]. El consumo de [mi padre] era un consumo cuando salía y básicamente en bares no consumía en casa (..) consumía cuando salía en forma excesiva, pero estando en la casa no, no consumía.” (..) “Era una persona que en un momento trabajaba en changas, entonces a veces cobraba una cantidad más o menos importante de dinero y se iba con todo ese dinero al bar, igual lo perdía todo [Susana, 61]. Mi papá falleció a los 59 años. Un tema de corazón, pero había tenido un trastorno neurológico bien importante. Quedó parapléjico totalmente, y fue a consecuencia de la bebida. (..) un alcohólico así empedernido, y después tuve una infancia horrible, con violencia doméstica y un montón de cosas así. Fea, fea, muy fea (..) Lo que me acuerdo de él es que ya llegar alcoholizado, y después en las reuniones teníamos un cumpleaños de 15 de una prima, así que ponerle que le empezaba a tomar ahí en la fiesta, y terminaba alcoholizado, y era todo un relajo porque terminaba siempre invitando a pelear a alguien [María, 61]. [No tomo alcohol] en

general, no, alcohol no, decididamente. Mi padre fue alcohólico, yo sufrí mucho de joven, de niña y de joven con eso, en la familia, este y tal. Yo nunca tomé, tomaba a veces socialmente alguna cosita, pero muy poquito, y ahora de mayor que tomo otros medicamentos prácticamente que no tomo nada. [E] consumo de él era un consumo cuando salía y básicamente en bares, no consumía en casa. Cuando nosotros incluso en un momento vivíamos en el campo y él no consumía, consumía cuando salía, en forma excesiva, pero estando en la casa no, no consumía. M2: No necesariamente lo que se llama sociales, en fiestas, iba directamente a los bares a consumir alcohol. Pero cuando salía, que no era siempre, claro. Incluso estando en la ciudad, él no salía siempre a consumir alcohol [Susana, 61]. Con las bebidas alcohólicas al día de hoy tomo muy de vez en cuando y siempre en sociedad, una copita de vino. Yo viví en la niñez en donde se acostumbraba a comprar medio litro de vino con una gaseosa, en los barrios, yo vivía en el barrio [menciona barrio] A pesar de haberme iniciado, digamos, en esa experiencia de tomar una bebida alcohólica, porque nos daban a los niños, o no incursioné en el alcoholismo porque tuve un padre alcohólico y un padrastro alcohólico, entonces tuve resistencia a tomar ese alcohol que me pudiera sacar de mí, de mi centro. En adelante simplemente tomo socialmente. Es decir, no, no, no tengo costumbre de tomar. Es más, tengo a veces vino en mi casa y no tomo. Esta es toda mi experiencia [Silvia, 87].

Y también madres alcohólicas:

Y ahí, bebían hasta la madrugada y mamá siempre en ese, en ese problema del alcohol, ella rememoraba todas las desgracias y lloraba amargamente. O sea, le daba el vino triste, como nosotros decimos (..) Fue muy trágico, muy trágico lo de mi madre. Pude haber hecho dos cosas, o ser lo mismo, o tener el rechazo que tengo. No soporto un borracho. No soporto, me molesta horriblemente que las personas tomen de más y sobre todo en las personas que toman y que son agresivas cuando toman, que provocan problemas en las reuniones o que se ponen a decir idioteces como decimos nosotros [Marcela, 78].

Estas figuras parentales a veces son evocadas en forma ambivalente, como un *Jano Bifronte* –en la etapa de codificación a estas menciones se le asignó el código de “Jano Alcohólico”–, como si del dios romano de dos caras se tratase: una de ellas amable, trabajadora y amorosa, y la otra alcohólica, violenta, autoritaria y desidiosa.

M1: Papá, papá alcoholizado y era horrible. A veces sí, a veces sí [seguía tomando luego de llegar a la casa] pero llegaba ya alcoholizado, y era (..) era una persona divina, buenísima. Pero alcoholizado era un diablo, un infierno. Y era un infierno lo que pasaba en casa también. Seis hermanos, imagínate este, pero papá, si, no que empezara a tomar. Cuando estaba sano? (..) No, no era, era alegre, recontra divertido. Amigo de todo el mundo. Porque todo el mundo era ínnnnntimo amigo de él. Como decía él, íiiiiintimo amigo mío. Cordial, impresionantemente cordial.

Compañero. No, no, no, nada que ver. No, no, nada que ver [María, 61]. Él] era trabajador, sabes, [salía del trabajo, se bajaba del ómnibus], y ya entraban al bar que había en esa época. Cuando llegaba a mi casa(..) ya venía borracho. Entonces su reacción era empezará a insultar ((inaudible)), a insultar y a decir disparates, yo ((inaudible)) pidiéndole que se callara, que comiera o que se acostara. (..) Y mi madre es muy tolerante frente a eso. M4: Exacto, exacto (...) él era una buena persona. Pero cuando me tomaba se como que se transformaba. Con ella, a mí no, nunca me agredió. Mi madre era ((inaudible)) tolerante Silvia, 87]. En la familia de mi padre sucedió que prácticamente todos los varones eran todos alcohólicos, ((la familia)), las mujeres no, ninguna. Las mujeres no, ninguna. Eran muchos los hermanos de mi padre, eran 12. Hubo uno que no lo conocí, pero dice que también había sido alcohólico. Y este, se daba eso, los varones eran alcohólicos, las mujeres no.. (..) era gente que trabajaba, que ((se portaba)) bien con su trabajo, pero el día que se defenestraban con el alcohol, chau.. [Susana, 61]. Sé todos los resortes que tiene el alcoholismo. Sí, porque antes era una persona trabajadora, era bueno conmigo cuando estaba fresco. Era bueno con mi madre. Pero viví las consecuencias de esa persona al lado, que era alcohólico. Yo hice toda mi carrera de maestra al lado de el; y con muchísimo sacrificio pude estudiar, porque lo que yo quería, era ser maestra [Silvia, 87].

Aunque también aparecen figuras paternas sobrias y apolíneas en relación al consumo de BALC:

Igual que yo (..) mi papá tomaba whisky. Él tomaba a mediodía, pero tomaba un whisky, y en la noche un whisky, y me acuerdo que me hacía la broma, (..) ya te volviste gringo sos como los gringos, tiene que tiene que oscurecer para tomar una bebida, bajar la cortina, me decía, pero mi papá sí, tomaba, pero tomaba muy controlado, ya te digo, un whisky al mediodía y un whisky en la noche, o tomaba una grappa que le gustaba [Patricio, 76]. Ahí va, bueno (..) . Mi padre era militar, católico. Y él no consumía alcohol, para nada. Para nada no, perdón .. a veces los domingos llevaba algo de vino, e incluso nos daba a nosotros un poco que lo diluimos en agua con azúcar, hacíamos un jarabe, no? [Roberto, 65].

5.1.7. Percepción subjetiva del autoconsumo

Categorías centrales (teórico/emergentes)	Tema	Subtema
Percepción subjetiva del autoconsumo	Mecanismos defensivos consumidor	Minimiza/Racionaliza:motivo/frecuencia/cantidad consumo
Percepción subjetiva del autoconsumo	Mecanismos defensivos consumidor	Minimiza/Niega:efectos negativos
Percepción subjetiva del autoconsumo	FUT_BALC:Disfrute	Consumidor sibarita
Percepción subjetiva del autoconsumo	FUT_BALC:Moratoria	Moratoria:Momento relax/bajar revoluciones
Percepción subjetiva del autoconsumo	FUT_BZD	Funcional-operativa:Seguir funcionando
Percepción subjetiva del autoconsumo	FUT_BZD	Funcional-operativa/euforizante: salvavidas ansiedad

Fig.5.13

Uno de los emergente aparece desde lo no dicho o de la imposibilidad: aparece reiterada una reticencia en participar en la investigación cuando se habla de consumo de sustancias, lo que en los hechos llevó al investigador a replantear la comunicación en la convocatoria de reclutamiento.

En relación al autoconsumo de BALC aparecen vacíos y contradicciones en el discurso, minimizando el consumo en cantidad y frecuencia –a veces en franca oposición con reflexiones previas del hablante–, expresando a veces explícitamente cierto temor a la etiqueta de adicto/a (Fig.5.13). Como escribió una persona que se interesó en participar pero que luego declinó: *“No soy alcohólica, consumo alcohol y tranquilizantes”*.

María comienza afirmando que *“Nunca tuve ninguna adicción ni depender del alcohol ni nada. Pero si tengo que tomar un vinito fin de semana, tomo. (..). Pero no más que eso. Alcoholizada creo que no (..) soy hija de padre alcohólico también.”*

Pero más adelante en su relato expresa sorpresa por lo que va descubriendo de sí:

Me acuerdo que en esa época, yyy, a ver de qué año estamos hablando? (..) Y me acuerdo que salía con unos amigos y papapa, cómo era que le decíamos? Salíamos los jueves después de trabajar. Sí. Y hacíamos la previa en casa, yo vivía a la vuelta de la oficina. Íbamos unos cuantos compañeros y estaba mi compadre este que te decía, que me decía que [estaba] de moda porque iba a hacer terapia, y otros compañeros, y salíamos (..) la época de auge de la Ciudad Vieja? (..) Bueno, ese auge de la Ciudad Vieja, fue la época de que te digo que tomaba whisky impresionante. (..) Con él tomaba whisky, me acuerdo también. Y los 31 nos íbamos al Mercado del puerto y tomábamos Roldós, nos veníamos con un pedo cuadrado con Roldós. Te das cuenta que soy más alcohólica de lo que pensaba? ((risas)). Qué bueno reírse de uno mismo. Me quedé

preocupada ((risas)) ahora me doy cuenta que una época no sé si fui alcohólica ((risas)), porque mirá que tomaba whisky, qué impresionante! [María, 61].

En alguna de las narraciones se evidencia la puesta en juego de mecanismos defensivos inconscientes –tales como la negación y racionalización– en relación al propio consumo, minimizando, negando, o justificando la frecuencia, modalidad –crónico, binge, etc. –, o los motivos o atenuantes –entorno social, beber al cocinar, etc.–.

Porque no encuentro un entorno como encuentro mi casa cuando cocino o para disfrutar del vino no? En mi casa, en la casa de mi hijo. Porque lo tomo pausado, y entonces y en el bar no, me da tiempo, el tiempo que yo necesito para poder disfrutar del sabor del vino y además, cuando compro vino, compro vino bueno [Roberto, 65]. No, no tomaba generalmente en cuestiones sociales, y a veces en casa, cuando tenía realmente ganas me tomaba un whisky, pero ya te digo, no una medida grande, un centímetro, una cosa así, poquito, pero ya en las reuniones tomo bastante más, pero en la última que fui este sábado pasado, tomé uno, también serían dos centímetros, no mucho tampoco (..) siempre sin hielo, siempre sin hielo (..) Porque me gusta tomar de vez en cuando (..), pero no al punto de de de, o sea, en estos momentos, ya desde hace años, no al punto de emborracharme, entendés? Mantengo determinar lucidez claro (..) yo habitualmente me tomo cuatro o cinco whisky, los tomo sin hielo porque me gusta sin hielo, y estoy bajando también la cantidad de alcohol social, que digamos, puedo tomar en una reunión..[Daniel, 63]. Sí, o sea, yo durante meses de pronto estoy sin tomar nada. En casa a veces de la canasta de fin de año, me dan alguna bebida alcohólica y puede durar mucho tiempo. Y en otras ocasiones, o sea (..). Ojo, yo actualmente ya hace dos o tres años que compro cada tanto vino y lo tomo no? Y tomo media botella. [Tomo] con la comida, al mediodía, y de noche. A veces, no es de todos los días, para nada. No, serán tres veces por semana. [Roberto, 65].

A veces estos mecanismos se despliegan aunque la afectación por el consumo se hace evidente; aún así, la persona habla de estos efectos y de su consumo con cierta extrañeza, como si hablase de una tercera persona. Por ejemplo, Patricio cuenta que los médicos le dicen que desarrolló una encefalopatía de Wernicke por el consumo crónico de alcohol, aunque afirma que siempre controló el consumo, y que nunca se emborrachó:

Como te digo yo estaba siempre consumiendo ese nivel de alcohol, uno o dos whiskies un una o dos copas de vino diariamente y obviamente reuniones sociales también, consumía. Nunca me emborraché, o sea, nunca abusé, [nunca] llegué a tal grado de abuso del alcohol que perdiera el control, no, pero sí estaba ahí, y lo que pasó fue que además poco a poco yo veía que había aumentado el consumo, que en vez de un whisky tomaba dos, que en vez de una copa de vino tomaba dos, y así y como te digo (..) A fines del 19 tuve un evento extraño en el cual me desmayé.

Yo vivía solo en aquel momento, ya me había separado por segunda vez de mi ex esposa, estaba solo. Por suerte un amigo, un vecino contactó a un amigo, entraron a mi casa y me encontraron tirado debajo de la cama no, y había tenido un evento extraño que es una encefalopatía que causada por deficiencia de vitamina B, aparentemente esa deficiencia de vitamina B fue asociada a un consumo de alcohol, que el alcohol estaba inhibiendo la absorción de vitamina B y había causado esa encefalopatía. (..) [C]on internación hospitalaria que me lleva bastante tiempo, (..), mi cuerpo físicamente se rindió muchísimo o sea, perdí por ejemplo las piernas, se me fueron totalmente, perdí la capacidad de sostenerme. (..) Obviamente ahí paré el consumo de alcohol, totalmente, este se acabó. (..) [Patricio, 76].

Aún así actualmente, y luego de un arduo proceso de recuperación de muchos meses, vuelve a consumir alcohol, aunque aclara que sólo fermentado, nada destilado:

Bueno, entonces volviendo a la historia del alcohol, prácticamente después del segundo evento que tuve el 19, ahí dejé totalmente el alcohol. No consumí más nada por muchísimo tiempo hasta recientemente que estoy tomando solamente un vasito de cerveza con la comida con la cena, nada más. Eso es todo lo que consumo en este momento. Por mucho tiempo me negué, rechacé volver al alcohol, porque dije no voy a volver y me voy a descontrolar otra vez, pero volví a la cerveza no tomo absolutamente ningún alcohol destilado, por ejemplo, no? [Patricio, 76].

Patricio es profesional universitario, y aún continúa en actividad; su discurso es sumamente organizado, comprende a la perfección las consignas de la entrevista, es elocuente al hablar, y se expresa con un lenguaje rico y expresivo. No obstante, y a pesar de mencionar racionalmente los efectos del consumo, parece no asociar que su consumo crónico y abusivo –acepta lo primero, niega lo segundo–, es la causa directa de un trastorno cerebral grave –encefalopatía de Wernicke– que se presenta por carencias graves de vitamina B –tiamina– asociada con el abuso crónico de alcohol y el trastorno grave por consumo de alcohol –AUD, por su sigla en inglés– (NIH, 2022).

Patricio y otros parecen estar, en relación a su vínculo con el consumo de BALC, en un estadio al que James Prochaska y Carlo Diclemente (1983) denominaron como de Precontemplación, donde la persona no da cuenta o siente tener ningún problema en

relación a su consumo de sustancias, no se plantea cambiar y/o no está dispuesto a hacerlo (Fernández y Lapetina, 2008) ²⁶.

También aparece la mención al consumo como un vehículo de autogratificación, vinculado en particular a la posibilidad de consumir bebidas de mejor calidad, con un propósito de disfrute, exploración y aprendizaje, y prorizando calidad a cantidad:

Ahora me gusta mucho tomar algunos whiskies que los podés saborear, cosa que antes no importaba saborear (..) [M]ostrándole [a la juventud] la diferencia que hay en bebida, en gusto, en olor, le estás enseñando también [que] hay un disfrute más allá de la situación que te pueda causar la embriaguez del alcohol [E: ¿Es por eso que lo tomas sin hielo actualmente?] Exactamente, sí, hace años, lo he aprendido a a saborear sin hielo justamente por eso, es una forma de no agregarle agua, los escoceses le ponen agua, bueno, ellos son los genios, nosotros estamos tratando de aprender [Daniel, 63]. [Es] el momento de placer, no, [el momento] de estoy bien, estoy cocinando que me gusta, y también tomamos whisky que me gusta (..) dependía de la receta que estaba haciendo, algunas recetas eran largas ((risas)) (..). Yo también me autoanalicé el rol que que jugaba la cocina en mi consumo de alcohol, porque llegaba la noche, entonces yo me empezaba, me preparaba para cocinar, empezaba a cortar las verduras o la carne o lo que fuera y ahí tenía que tener el whisky al lado en la mesada de la cocina, ¿no? [Patricio, 76]. Un tetra no es lo mío, salvo a veces el Santa Teresa, hay una línea de Santa Teresa tetra que sí, tannat, que ese a veces lo compro porque siendo un vino de mesa, no es malo. Sí sí sí, puedo tomarlo. Si no compro vino VCP [Roberto, 65]. [Más allá del uso] digamos como corte festivo, el gustito por la calidad, no? Entonces se empieza a investigar y empieza a conocer este, procesos, y yo que sé, de los whiskies de malta y los buenos vinos, y entra en el jueguito ese también siempre con gente, siempre con amigos (..) del consumo selectivo, digamos, no, de buscar un poco más la calidad, y yo creo que obviamente la acumulación histórica que te permite acceder a mayores ingresos [a esta edad], bueno, a medida que vas creciendo también te lo permite, digamos, no? O sea, darte esos gustos cada tanto de ir a probar un buen vino, o acompañan un asado con un buen vino, un buen whisky [Gustavo, 60].

²⁶ La etapa o estadio de Precontemplación integra el Modelo Transteórico del Cambio –creado por ambos autores–, en el que definen los procesos de cambio, en particular los relacionados con el consumo de sustancias, como una rueda compuesta por varios estadios.

En relación a los tranquilizantes benzodiazepínicos no aparece mayormente la negación en relación al propio consumo, aunque sí en algún caso el temor a la dependencia, en interjuego con el temor de no poder “seguir funcionando” si se deja el psicofármaco; en relación a esto se desplegarían estrategias de autodosificación, en busca de la mínima dosis efectiva.

Empecé a sacarme por mi cuenta pedacitos chiquititos a este tipo ((se ríe)), pellizcaba con la uña algunos pedacitos, y así me fui sacando. [E]n una época me saqué desde todos los que estaba tomando la noche, entonces me empezó a hacer un efecto raro, me acuerdo que me adormecía los labios me daban chuchos de frío, mucho dolor de cabeza y yo no me daba cuenta que era por eso, hasta que consulté y resulta que era el efecto de la falta de las drogas, porque me había sacado mucho de golpe (..) Entonces me empecé a tomar de vuelta, todos de a poco, en menor dosis, y empecé por mi cuenta a tomar una homeopatía. Y ahí empecé el proceso de vuelta, lento, de a una de las pastillas que estaba tomando. [Y] así fui bajando, bajando, bajando, y actualmente tomo solo el Aceprax de noche, y estoy tomando un medio de un miligramo. Que para mí fue un triunfo, no, fue bastante. [N]o logro sacármelo totalmente, no sé si es por miedo o qué; soy muy ansiosa sí, trato de hacer unas cuantas cosas, pero no he logrado sacármelo. Me gustaría no tomar nada, ¡pero no! [María, 61].

Por último, y en relación a los emergentes de Función de Utilidad que se detallan en la Fig. 5.13, se tratarán en el siguiente apartado.

5.1.8.FUT de Bebidas Alcohólicas y/o tranquilizantes benzodiazepínicos en Personas Mayores

Categorías centrales (teórico/emergentes)	Tema	Subtema
Función de utilidad del consumo (FUT)	FUT_BZD	Funcional-operativa:Seguir funcionando
Función de utilidad del consumo (FUT)	FUT_BZD	Funcional-operativa:Poder dormir
Función de utilidad del consumo (FUT)	FUT_BZD	Funcional-operativa/euforizante: salvavidas ansiedad
Función de utilidad del consumo (FUT)	FUT_BALC	Moratoria:Momento relax/bajar revoluciones
Función de utilidad del consumo (FUT)	FUT_BALC	Moratoria:Diversión, socializar
Función de utilidad del consumo (FUT)	FUT_BALC	Moratoria:Ahogar las mágoas (malestares)

Fig.5.14

Jeremy Bentham entiende que *utilidad* es “(..) aquella propiedad de cualquier objeto que tienda a producir beneficio, ventaja, placer, bien o felicidad, (..) o (..) que prevenga la ocurrencia de dolor, maldad o infelicidad para la parte cuyo interés es considerado” (2000, p.14, 15)²⁷. La *función de utilidad* –término de la ciencia económica– es una ecuación que representa la satisfacción o utilidad que obtiene un consumidor, al obtener y disfrutar determinados bienes o servicios (Charles-Leija, Aboites, y Llamas, 2018).

En lo que refiere al consumo de sustancias psicoactivas, la *función de utilidad del consumo de sustancias* se puede definir como la capacidad de la sustancia de satisfacer necesidades y gratificar deseos de sus usuarias/os. Cabe aclarar que aquí que no hablamos de la necesidad –craving– o dependencia de la sustancia en sí, sino que se intenta problematizar las necesidades conscientes o inconscientes sobre las que opera el consumo de sustancias como satisfactor.

A efectos de las sustancias objeto de esta investigación, y tomando como base lo que propone de Rementería (2014), clasificaremos la función de utilidad del consumo de sustancias en tres categorías según lo esperado por la o el consumidor, y los resultados

²⁷ Traducción y paráfrasis del autor. Texto original: “By utility is meant that property in any object, whereby it tends to produce benefit, advantage, pleasure, good, or happiness, (all this in the present case comes to the same thing) or (what comes again to the same thing) to prevent the happening of mischief, pain, evil, or unhappiness to the party whose interest is considered”.

concretos de la experiencia de consumo, a saber: *funcional-operativa*, *eufórica* o *euforizante*, y de *moratoria de la realidad*.

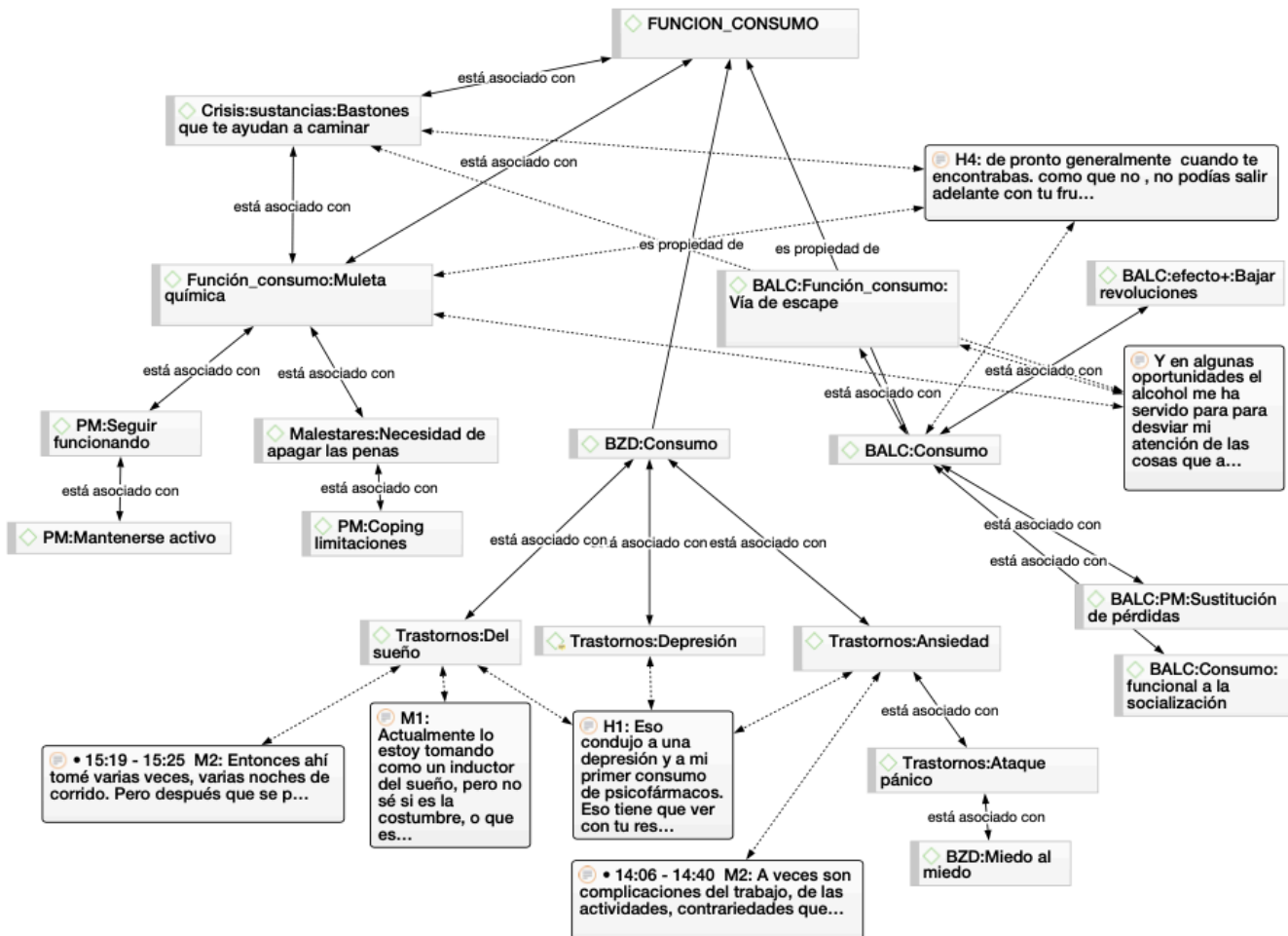


Fig.5.15. Red de función de utilidad del consumo BALC/BZD en personas mayores

La función *funcional-operativa* –valga aquí la redundancia–, implica la satisfacción de la necesidad de operar con razonable eficacia en determinado contexto o situación: laboral, educativo, familiar, etc. En tal sentido, sobre la motivación o función del consumo de BZD surge como relevante el “poder seguir funcionando”, su uso como hipnótico, y la función de “salvavidas” o “rescate” ante situaciones que generan ansiedad. Susana lo utiliza a demanda y con una función de “rescate” o “salvavidas”:

Para mí como un respaldo, digo, yo me he sentido muy cómoda con el medicamento y como te digo, lo uso muy intermitentemente. Siempre tengo alguno y lo uso acá y ando muy de mal (..) “A veces son complicaciones del trabajo, de las actividades, contrariedades que aparecen y yo me tomo las responsabilidades como capaz que muy en serio, no sé y me preocupo por eso [Susana, 61].

Se expresa por un lado el deseo de poder dejar la medicación, y por otro, el temor a “no funcionar” si se la deja; veamos lo que relata María, quien consume Aceprax – alprazolam– hace veinticinco años, así como también antidepresivos, hipnóticos y relajantes musculares. Declara tener ataques de pánico y fibromialgia, y afirma tomar toda esta medicación para poder dormir; primero se lo recetó un médico general, luego de varios años consultó con psiquiatra:

Tomaba un pastillero importante (..) hace ocho años comencé a sacar pedacitos [de los comprimidos] (..) me sentía pesada”. “Me generó mucho miedo [abandonar la medicación], tenía que seguir trabajando (..) no me animo, no me arriesgo” [María, 61].

Si seguimos a Liddell y Scott (s/f), el término griego εὐφορ-ία –*euforia*, opuesto etimológico a disforia, o malestar– implica “contentment”, “power of enduring easily”, “sense of well-being in disease”²⁸; la función euforizante implica por tanto lograr y mantener una sensación de contento y bienestar, y mejorar la capacidad de resistir y perdurar en determinado empeño. De los relatos surge que para lograr o recuperar esta sensación de bienestar, o el “poder resistir”, se usa a los tranquilizantes benzodiacepínicos en modalidad crónica, y por muchos años, a partir de una prescripción inicial a raíz de algún problema vital que generó angustia, ansiedad, o problemas para dormir: “lo mío es crónico” [Marcela, 78], dice una entrevistada, quien toma BZD – alprazolam– desde hace más de veinte años y con control médico esporádico. En tal sentido, y al decir de Alvarenga et al. (2015), los tranquilizantes sí que aparecen como aliados a la hora de *“jogar água no fogo, não pensar e dormir”*²⁹.

²⁸ En castellano “Satisfacción”, “Capacidad de soportar fácilmente”, “Sensación de bienestar en la enfermedad”. Traducción del autor.

²⁹ En castellano, “Echar agua al fuego, no pensar, y dormir”. Traducción del autor.

La función de moratoria de lo real implicaría la satisfacción de la necesidad de suspender el sentir y el pensar de lo cotidiano, y aplica en particular a contextos de consumo recreativos y con pares, aunque aparece también el consumo en solitario.

En relación al consumo de BALC surge tanto la función social del consumo, en tanto facilitador de entornos y situaciones que propician la socialización, como la función de “apagar penas”, su uso para generar momentos de relax, y de “bajada de revoluciones”:

En algunas oportunidades el alcohol me ha servido para desviar mi atención de las cosas que a veces te duelen (..) Tantos años remando, tantos años remando, y de buenas a primeras, te encontrabas con que se te había acabado el mundo, viste, ya te digo, con problemáticas sociales, con problemáticas familiares, sí, no, muy muy duro, es a veces, bah, muy duro no, son problemas que para uno son muy duros, y uno escoge los caminos fáciles, ya puede ser la bebida, puede ser la droga como un cigarrillo, porque no deja de ser una droga, o drogas más fuertes [Daniel, 63]. [También tomo] en casa con la patrona, pero digamos también en onda desenchufe de de las presiones y de los conflictos de la vida cotidiana, nada, vamos a tomar una copita de vino, de whisky, o lo que sea [Gustavo, 60].

5.2. ANÁLISIS DE LA IMPLICACIÓN

Como se expuso en apartados anteriores, el análisis de la implicación del investigador es un abordaje que permite al mismo trabajar *la relación* que establece con su propio objeto de conocimiento (Manrique et al., 2016). Es el proceso analítico del investigador en relación a su objeto/sujeto de estudio, de su *implicación* con las personas entrevistadas, y de su *implicación* con el campo de problemas. Como se trata de problematizar el cómo el investigador *se pone en juego*, parece pertinente pasar a utilizar por primera vez la primera persona del singular, y quizás un tono más coloquial que el utilizado hasta el momento.

El material sobre el que trabajé para este análisis estuvo constituido por mis apuntes y notas de campo durante la recolección de datos y análisis, incluyendo las del proceso de reclutamiento de la muestra, ya que entiendo da cuenta de ciertos emergentes relevantes. Para operar sobre este material (Manrique et al., 2016), partí de una serie de preguntas, cuyas respuestas –si es que pueden considerarse como tales–, detallo a continuación, indicando el nivel de implicación que entendí necesario destacar, siguiendo las dimensiones propuestas por René Barbier (1977): *estructuro-profesionales*, *histórico-existenciales*, y *psicoafectivas*.

- I. ¿Qué siento en relación a lo relevado en las entrevistas? (tratar de externalizar los estados afectivos que observo en mí mismo). ¿Predomina algún estado afectivo ?
- II. ¿Cuál es la afectación predominante? ¿Está particularmente relacionada con alguno de los ejes de la investigación?
- III. ¿Qué puede significar mi posicionamiento frente al campo de problemas, y a lo que narran las personas entrevistadas, y cómo puede afectar mi interpretación de estas narraciones?
- IV. ¿Me identifico, o siento rechazo con alguno de los planteos, o con alguna de las personas narrantes? ¿Por qué?
- V. ¿Dónde me estoy ubicando como observadora de la situación?
- VI. ¿Mi subjetividad en relación a las personas narrantes, y al campo de problemas, está cambiando a lo largo del proceso? ¿Cómo? –estar atento a estos cambios–.
- VII. ¿Me es posible relacionar lo que sentí durante el proceso de investigación, con lo que emergió del mismo proceso?
- VIII. ¿De lo que me afecta, o afectó, qué me compete a mí, y qué compete al objeto de estudio?
- IX. ¿Qué me puede informar mi propia implicación, sobre el objeto de estudio?

- I. ¿Qué siento en relación a lo relevado en las entrevistas? (tratar de *externalizar* los estados afectivos que observo en mí mismo). ¿Predomina algún estado afectivo ?

Como el instrumento es mi propia subjetividad en interjuego con la del investigado, parece esencial la capacidad de dejarme afectar psíquicamente por lo que se pone en juego con el Otro, en equilibrio con una necesaria disociación instrumental (Bleger, 1967). Como dice René Barbier (2002): "A escuta sensível se apóia sobre a totalidade complexa da pessoa: os cinco sentidos" (p.98).

Las afectaciones (emociones, sensaciones) que emergieron en el proceso fueron en su vasta mayoría de carácter identificatorio: compasión, empatía, tristeza, evocación de experiencias propias en relación a lo narrado, molestia ante constatación de efectos de prejuicios sociales en la población estudiada, auto-interpelaciones vinculadas a prejuicios de género, etc. En otro orden, identifiqué un cierto descontento cuando constataba que la guía de entrevista era insuficiente o roma como instrumento guía, y también frustración cuando en la entrevista sentía que tenía que dejar pasar oportunidades de hacer ciertos señalamientos, justificándolo desde el respeto a la privacidad del sujeto entrevistado y el posicionamiento ético que había en relación al otro sujeto, en una relación sujeto-sujeto.

- II. ¿Cuál es la afectación predominante? ¿Está particularmente relacionada con alguno de los ejes de la investigación?

La afectación predominante fue un sentimiento de compasión, entendida por un lado como la sensibilidad ante el sufrimiento de la persona que tenía enfrente (Fig.5.16), y por otro, el impulso de intervenir –en el contexto de entrevista– para paliar ese sufrimiento.

Estados afectivos	Motivo Implicación	Dimensión implicación
Compasión/Empatía	Construcción de imagen positiva mujeres entrevistadas	Psicoafectiva
Compasión/Empatía	Construcción de imagen positiva varones entrevistados	Psicoafectiva

Fig.5.16

Esta afectación, desde una posición de empatía, estaba claramente teñida por la evocación de experiencias personales y familiares, surgida a través del relato de las personas entrevistadas.

El deseo de actuar o de intervenir (Fig.5.17) lo identifiqué como un impulso a psicoeducar, a explicar, a interpretar, a señalar, a intervenir –psicoterapéuticamente–, en un *encuadre* (Bleger, 1967) no psicoterapéutico. Sólo en dos casos consideré oportuno intervenir cuando la persona entrevistada manifestó necesidad de contención. A modo de ejemplo:

[Marcela, 78] Es lo me dice todo el mundo, siempre me dice no te caíste, te levantaste, no sé 800 veces (...) gracias a Dios tuve esa suerte.

[E] Es suerte o son recursos tuyos que has podido usar?

[Marcela, 78] (...) yo te decía, (una puede ir) al lado de una barranca, o salvarte. Y creo que me pasó eso, no se porque, pero ciertamente desde chica podía haber ido a la barranca.

[E] Y no fuiste.

[Marcela, 78] Y no, y no fui.

[E] Suerte quizás es precisamente lo que no tuviste, y sí lo que has tenido son recursos y fortaleza como para sobrellevar esas situaciones (...)

[Marcela, 78] (...) si bien como estoy un poco tembleque, pero quiero decirte que te agradezco porque siempre a veces es bueno decir y mirar con otra persona, en perspectiva todo lo que las cosas, (...) a veces uno no lo hace por su parte nomás. Y es como vos decís, al final todavía resisto, tengo capacidad de tomar resoluciones. Estoy agradecida contigo.

Estados afectivos	Motivo Implicación	Dimensión implicación
Frustración	Impulso a la intervención	Psicoafectiva

Fig.5.17

En este deseo de actuar se puso en juego a mi propio narcisismo en tanto sujeto implicado, profesional, entrevistador, y portador de ciertos saberes en el vínculo diádico sujeto-investigador, sujeto-investigado.

III. ¿Qué puede significar mi posicionamiento frente al campo de problemas y a lo que narran las personas entrevistadas, y cómo puede afectar mi interpretación de estas narraciones?

El campo de problemas fue construido incorporando no sólo mi subjetividad como investigador, sino también mi formación y saberes, mis intereses académicos, mi contexto existencial, y mi propia trayectoria vital (Fig.5.18).

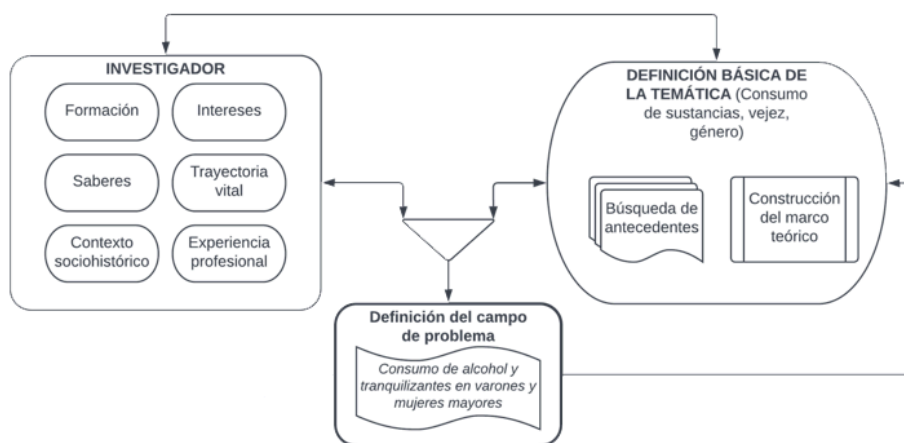


Fig.5.18

Estados afectivos	Motivo Implicación	Dimensión implicación
Identificación/Simpatía	Experiencia profesional en el tratamiento de consumo problemático de sustancias	Estructuro-profesional
Identificación/Simpatía	Pertenencia de clase	Histórico-existencial
Identificación/Simpatía	Experiencias de militancia	Histórico-existencial

Fig.5.19

Mi propia experiencia vital y profesional en los ejes del campo de problema, como por ejemplo sobre alcoholismo y vejez, fueron elementos que al mismo tiempo tanto potenciaron esta co-construcción, como se podrían haber constituido en obstáculos –si los dejaba erigirse como tales– a una comprensión con una apropiada *distancia operativa* con el fenómeno (Fig.5.19).

IV. ¿Me identifico, o siento rechazo con alguno de los planteos, o con alguna de las personas narrantes? ¿Por qué?

Mi posicionamiento afectivo fue mayormente identificatorio en relación a los planteos o dichos de las personas entrevistadas, y a las mismas personas.

Estados afectivos	Motivo Implicación	Dimensión implicación
Identificación/Simpatía	Experiencias de cuidado personas mayores de entorno familiar	Histórico-existencial
Identificación/Simpatía	Experiencias con figura parental con consumo problemático de sustancias	Histórico-existencial
Identificación/Simpatía	Experiencia pérdidas competencias personas mayores entorno familiar	Histórico-existencial
Identificación/Simpatía	Experiencias propias en relación al consumo de bebidas alcohólicas	Histórico-existencial
Identificación/Simpatía	Experiencias propias en relación al consumo de psicofármacos y otras sustancias psicoactivas	Histórico-existencial

Fig.5.20

En nuestros diálogos se habló sobre su historia personal vinculada al consumo, sobre la vejez y envejecimiento, y sobre roles y prejuicios de género; en todos los casos las personas entrevistadas expresaron puntos de vista no discriminatorios hacia los colectivos o grupos mencionados en las narraciones, manifestando empatía ante terceras personas que pudieran estar sufriendo discriminación, ya sea por edad, género, o por ser consumidoras de sustancias (Fig.5.20). Las personas integrantes de la muestra son, en su mayoría, personas muy articuladas y reflexivas, con una adecuada capacidad de insight, y con una historia vital rica que incluye en varios casos una activa participación

social en diversos colectivos, incluyendo militancia política, militancia sindical, y participación activa en organizaciones de la sociedad civil, de personas mayores (Fig.5.21). Esto implicó que en varios de los casos manejasen en su narración –y adecuadamente– conceptos y términos propios del metalenguaje académico vinculado a la temática planteada, reforzando mis propios procesos identificatorios.

Estados afectivos	Motivo Implicación	Dimensión implicación
Identificación/Simpatía	Experiencias de militancia	Histórico-existencial

Fig.5.21

V. ¿Dónde me estoy ubicando como observador de la situación?

Entendí oportuno incluir como etapa analítica la del análisis de la implicación, al construir un aproximación al campo de problema que metodológicamente implicaba la construcción de conocimiento mediada por un vínculo de co-creación con el objeto-sujeto de estudio. Entre otras cosas, parecía imprescindible analizar y trabajar sobre los lugares de sujeto-investigador y sujeto-investigado.

VI. ¿Mi subjetividad en relación a las personas narrantes, y al campo de problemas, está cambiando a lo largo del proceso? ¿Cómo? –estar atento a estos cambios–.

Las sucesivas entrevistas con las diferentes personas que integran la muestra me revelaron lo heterogéneo del proceso de envejecimiento, y lo variado de los diferentes recursos que ponen en juego las personas para afrontar crisis y estresores; en tal sentido, en mi subjetividad se fue reforzando el respeto y simpatía hacia estas personas, en tanto capaces de desarrollar estrategias creativas, siendo el consumo de sustancias parte de ellas. En relación al campo de problemas, mi interés fue progresivamente desplazándose desde el trabajo con personas con consumo problemático, hacia el trabajo con narrativas de personas que consumen, donde precisamente uno de los nudos es problematizar si

el consumo es problemático, neutro, o funcional a los deseos y proyectos de vida de estas personas. Este desplazamiento se produjo un poco a partir de los cambios en la definición de la población a investigar: pasé de proyectar trabajar con personas mayores en tratamiento por consumo problemático, a personas mayores consumidoras de la población en general. Por otro lado, reflexiones en cuanto al mejor posicionamiento ético en relación al campo de problemas, me hicieron preferir el no partir de la categoría a priori de “consumo problemático”, sino partir del consumo de sustancias, y avanzar a partir de ahí.

VII. ¿Me es posible relacionar lo que sentí durante el proceso de investigación, con lo que emergió del mismo proceso?

Estados afectivos	Motivo Implicación	Dimensión implicación
Frustración/molestia	Negación y reticencias en la persona entrevistada en relación al consumo de sustancias	Psicoafectiva
Frustración	Dificultades en hacer que la persona entrevistada se ciña a los ejes de la entrevista	Psicoafectiva

Fig.5.22

Puedo relacionar mi frustración inicial con algunas de las declaraciones de las personas narrantes, incluyendo los primeros contactos en el proceso de reclutamiento, negando su nivel –cantidad/frecuencia– de consumo de sustancias (Fig.5.22). A modo de ejemplo, contaba Patricio [76]: “yo estaba siempre consumiendo ese nivel de alcohol, uno o dos whiskies, una o dos copas de vino diariamente, y obviamente reuniones sociales también, consumía. Nunca me emborraché, o sea, nunca abusé”. Esta misma persona relata, más adelante en la entrevista, relata que sufrió una neuropatía propia del consumo crónico y abusivo de alcohol, y aún así continúa sin poder vincular, en su narrativa, una relación de causalidad entre su problemática de salud, y su consumo de alcohol. En relación a esto, mi inicial frustración devino en satisfacción al constatar que la narrativa de los hablantes, ya sea en forma explícita o implícita, revelaba esos mecanismos de negación. Por ejemplo, María [61]: “Con él tomaba whisky, me acuerdo

también. Y los 31 nos íbamos al Mercado del puerto y tomábamos Roldós, venimos con un pedo cuadrado con Roldós (..) Te das cuenta que soy más alcohólico de lo que pensaba? ((risas)).Qué bueno reírse de uno mismo (..) Me quedé preocupada ((risas))”.

VIII. ¿De lo que me afecta, o afectó, qué me compete a mí, y qué compete al objeto de estudio?

Estados afectivos	Motivo Implicación	Dimensión implicación
Incertidumbre/afectación estado de ánimo	Efectos de la pandemia en el investigador, y en las personas investigadas	Histórico-existencial
Frustración	Efectos de la pandemia en los procesos institucionales vinculados a la tesis	Histórico-existencia / Estructuro-profesional
Descontento	Carencias en la guía y materiales de entrevista de elaboración propia	Estructuro-profesional
Frustración	Dificultades en el proceso de definición de población, muestra y reclutamiento	Estructuro-profesional

Fig.5.23

Resulta difícil establecer una línea clara entre ambas, dado que el recorte de campo de problemas, y por tanto la definición del objeto de estudio, fue hecha por mí, atravesado e implicado desde el momento cero de la concepción de este proyecto. Lo histórico-existencial de estas implicaciones da cuenta de la influencia de mi propia experiencia vital en la interacción con el sujeto-objeto de estudio, en particular mi experiencia familiar con Personas Mayores, y con personas con consumo problemático (Fig.5.23). De un orden de menor importancia –en cuanto a mi área de competencia, según refiere la pregunta–, aparece mi propia experiencia profesional en la materia, y mi trayectoria académica.

IX. ¿Qué me puede informar mi propia implicación, sobre el objeto de estudio?

Mis procesos identificatorios con las personas entrevistadas estuvieron mayormente vinculados a la constatación del impacto de los prejuicios y estereotipos hacia las Personas Mayores, prejuicios y estereotipos de género, así como los vinculados al consumo de alcohol y psicofármacos tranquilizantes (Fig.5.24).

Estados afectivos	Motivo Implicación	Dimensión implicación
Molestia	Prejuicios sociales como emergentes en narrativas	Psicoafectiva

Fig.5.24

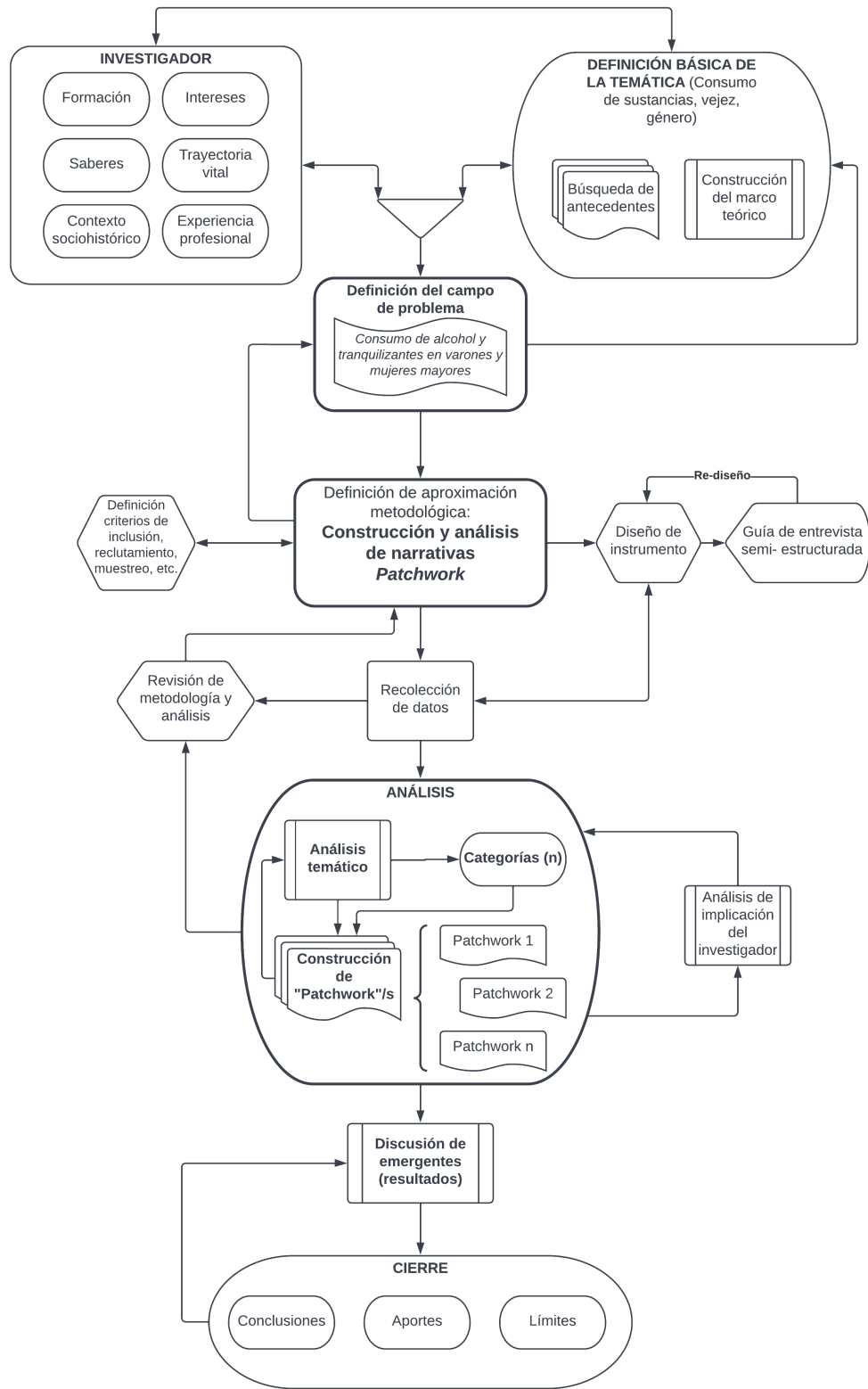
En general, y operando en mi implicación con las tres dimensiones citadas como analizadores, podría concluir que *desde la implicación psicoafectiva*, en relación a la totalidad del proyecto, los límites impuestos por la pandemia por Covid-19 me generaron una importante frustración al no poder concretar los avales y permisos para trabajar con población de personas mayores de centros asistenciales, por los cambios en la operativa de estos centros por bioseguridad, y por otro por constituir las personas mayores un grupo definido por las autoridades de salud pública como “población de riesgo”. Esta frustración devino en un rediseño de un proyecto al que consideraba tenía los rasgos ideales –ideales de idealización– , por partir de una población de personas que a priori sabía que contaban con la característica de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

No obstante, pude despegarme de este “ideal”, y cuestionarme el pre-supuesto de lo problemático del consumo, lo que me llevó a enfocar la investigación desde una posición más neutra, trabajando con población general de personas mayores consumidoras, y agregar a la problematización precisamente ese nudo: es el consumo siempre problemático? Puede cumplir alguna función vinculada con la etapa vital de la población estudiada?

En tal sentido el análisis de mi implicación me permitió tolerar al frustración por el límite que me planteaba la inédita situación sanitaria, sublimándola, y separarme al externalizar mi libido puesta en ese primer diseño de investigación, reenfocándola a un proyecto modificado al que pude, de esta forma, apreciar como factible, estimulante y deseable.

Desde las dimensiones histórico-existencial, y estructuro-profesional de la implicación, en un primer momento me identifiqué negativamente con las personas responsables del servicio de salud ante las demoras y silencios por el planteo de inserción de mi investigación en la institución. A través del análisis de la implicación entendí que inconscientemente como investigador universitario esperaba se me otorgase un tratamiento excepcional al contexto sanitario, lo que evidentemente no era posible; pude resignificar el rechazo, y perseverar en el proyecto.

5.3.1. Proceso de la tesis



6. CONCLUSIONES

Al concebir esta investigación me planteé varias preguntas basadas en datos epidemiológicos, y en los antecedentes relevados.

Una de ellas es si de las narrativas de personas mayores con consumo habitual de BALC y/o psicofármacos tranquilizantes, emergería que éste podría tener *funciones de utilidad* específicas, y si, aún en el caso de un consumo habitual o crónico, este uso implicaría necesariamente –o no–, un consumo problemático.

La segunda interroga si las dinámicas de consumo de alcohol y tranquilizantes en personas mayores, presentan diferencias según el sexo/género de la persona consumidora, por tanto vinculadas a la construcción social del ser varón, y ser mujer.

Para trabajar sobre éstas y satisfacer los objetivos generales y específicos de esta investigación, entendí que la aproximación metodológica adecuada era construir y explorar *narrativas patchwork* a partir del análisis de entrevistas a personas mayores, entendiendo a éstas como *relatos colectivos* que pueden dar cuenta de la trayectoria de las entrevistadas en relación al consumo, en tanto personas pertenecientes a un contexto sociohistórico común: los viejos y viejas entrevistadas pertenecen a dos *cohortes natalicias* o generaciones consecutivas que se suele denominar –más en relación al ámbito estadounidense–, como “generación silenciosa” –nacidas antes de 1946–, y generación “baby boomers” –nacidas entre 1946 y 1964.

En Uruguay estas cohortes están conformadas por personas que nacieron y se formaron, en su mayoría, entre el período de entreguerras mundiales y el fin de lo que en nuestro país se denomina como “época de las vacas gordas”: un Uruguay próspero en el que el neobatllismo (Arias, 2017) continuó las políticas de José Batlle y Ordóñez hacia un “estado benefactor”. Es un época signada por el hito de la victoria de la selección uruguaya en el estadio de Maracaná en la final del mundial de fútbol de 1950; varones y mujeres criadas en un Uruguay casi aldeano pero con veleidades de “Suiza de América”, o de “Tacita de plata”.

También entendí relevante atender lo que el tema de investigación y el vínculo con la entrevistada me generaban, a través del análisis de la implicación del investigador, considerando que las entrevistas y su análisis estuvieron atravesados por fenómenos de circulación afectiva, tanto transferenciales como contratransferenciales.

Considerando todo lo anterior, entiendo que la investigación satisface el objetivo general de analizar narrativas de las trayectorias subjetivas de las personas en relación al consumo de BALC y/o psicofármacos tranquilizantes, en mujeres y varones mayores, así como también los objetivos específicos: a) analizar narrativas de las trayectorias subjetivas de las personas en relación al consumo de BALC y/o psicofármacos tranquilizantes; b) problematizar el consumo de estas sustancias en relación a roles, prejuicios y estereotipos de género; c) Identificar y discutir la *función de utilidad* del consumo de BALC y/o psicofármacos tranquilizantes, en relación a las *pérdidas y ganancias* vinculadas a la vejez y el envejecimiento, y d) Identificar y problematizar prácticas y ámbitos de consumo y prescripción.

En relación a la función de utilidad del consumo, partí de considerar que la vejez es una etapa vital que *se puede* transitar en un contexto adverso para las mujeres y varones que la viven, más aún en una sociedad tan *ansiogénica* como *ansiofóbica*. En tal entorno, estas eventuales adversidades pueden constituirse en generadoras de *condiciones de vulnerabilidad*; me interesa aquí subrayar el “puede”, ya que como ya se abundó, no existe una única forma de envejecer, existiendo tantas vejez como personas viejas.

Del trabajo de campo surge el vínculo del consumo de BALC y tranquilizantes en relación a eventos y situaciones que las personas hablantes asocian al envejecer: crisis existenciales, duelos, enfermedades, limitaciones físicas, etc.

Resultó interesante constatar que la referencia a la soledad de la persona mayor, y a la jubilación o retiro como factor generador de crisis –dos emergentes cuya mención era esperable *a priori*–, no surgen, sin embargo, en las narrativas analizadas.

En referencia a la soledad, su ausencia es más significativa aún considerando que la gran mayoría de las entrevistas se desarrollaron en contexto de medidas de

distanciamiento físico –mal denominado de *aislamiento social*– impuestas por la pandemia por Covid-19, y donde las personas mayores fueron consideradas población de riesgo. No obstante, casi todas las personas entrevistadas dan cuenta de su capacidad de generar estrategias para mantener y cultivar su red de vínculos sociales y familiares, entre las que el aprendizaje de del uso de tecnologías de videoconferencia y otros recursos de comunicación online, aparece como esencial en tanto vehículo o medio de comunicación.

En lo que hace a la jubilación como factor de crisis existencial y de discontinuidad identitaria y de proyecto de vida –Fercigla (1992) se refiere a la misma como ese “ritual desestructurante” al que hay que superar–, casi no se menciona. En forma análoga a lo que mencioné sobre la soledad, las personas hablantes, en su mayoría activas económica y socialmente, y varias de ellas jubiladas, no mencionan a la jubilación como crisis existencial, y sí en cambio relatan el desarrollo de una continuidad casi natural de su actividad con otras tareas y proyectos de carácter social y generativo, entendiendo por éstas a actividades *agénticas* –de expansión del yo– y *comunales* –de cuidado de los otros– (Urrutia, Cornachione, de Españés, Ferragut, y Guzmán, 2009).

En este sentido, y coincidiendo con la literatura consultada, los intereses y comportamientos generativos en las personas mayores se relacionan con el bienestar de la persona, no tanto como bienestar hedónico, sino más bien “en la forma de tener la sensación de hacer algo con sentido y que nos permite sentirnos ‘en desarrollo’ ” (Villar, López, y Celdrán, 2013, p.903).

En el material narrativo aparece la mención al consumo como “un bastón que te ayuda a caminar”, la que sintetiza en una metáfora la función de apoyo con el propósito de “seguir funcionando”, como refieren una y otra vez las personas entrevistadas: surge la continuidad de la función como una necesidad para poder preservar la continuidad identitaria, y lograr, como dice María [61]: “ocupar mi tiempo y ser productiva, no ser una vieja inútil, sino estar activa por lo menos”.

Surge una y otra vez la necesidad de poder dormir, y para satisfacerla se recurre a –y se prescriben– tranquilizantes benzodiacepínicos.

A partir de lo investigado, entiendo que el uso de este bastón o “muleta química” del consumo se tornaría problemático cuando es parte de estrategias sobreadaptativas o paradaptativas³⁰ (Zukerfeld y Zonis, 2011) orientadas al cumplimiento –entre otros mandatos– de lo socialmente prescrito según roles y atribuciones de género.

Si este consumo deviene en una suerte de prótesis permanente para las personas mayores, podría impedir el desarrollo de nuevas subjetividades, obturando, al decir de Rodríguez y Torres (2003), la posibilidad de que el sujeto pueda *autopoiéticamente* “levantarse de sus propios cordones”.

Según lo relevado en campo las principales funciones del consumo de estas sustancias parecen ser la *euforizante* –combatir la *disforia*, el malestar–, y la de *moratoria de la realidad* –el escape, la evasión de lo cotidiano–; la primera de ellas asociada al consumo de ambas sustancias, y la segunda más asociada al consumo de BALC.

¿Aparece como problemático el autoconsumo en el relato de los hablantes? Respuesta breve: mayormente, no.

Respuesta extensa: Hay que diferenciar por un lado la percepción subjetiva del autoconsumo, de la evaluación de la persona del consumo de otras personas viejas, del consumo en su época de crianza, y del consumo a lo largo de su trayectoria vital: del trabajo de campo surge que la persona puede expresarse en términos muy disímiles según hable de sí y de su consumo, que cuando refiere al consumo en términos generales, o al consumo de terceras personas.

En lo que hace a cómo se evalúa la persona en tanto consumidora, aparece una diferencia significativa en las personas consumidoras de BALC, y las consumidoras de tranquilizantes.

Las personas bebedoras entrevistadas –mayoritariamente varones– suelen recurrir a mecanismos defensivos tales como la negación, racionalización y minimización del consumo, los que entiendo están asociados a representaciones negativas sobre la persona alcohólica: “Para mí una persona borracha era la imagen de un individuo

³⁰ Estrategia no-resiliente resultado de un aparato psíquico que, por ciertas carencias de recursos, o por excesivos traumas, tiende a la descarga y el pasaje al acto, no distingue cabalmente entre realidad interna y externa, y crea neo-realidades para afrontar a esta última. Suele ser el estilo de afrontamiento que se constata en personas con problemas de adicción y personalidades del espectro borderline, predominando la desmentida, y el desafío confuso

depravado, ¿no?” [Roberto, 65]. En tal sentido, todas las personas entrevistadas minimizaron tanto la frecuencia y cantidad de su propio consumo, como el posible impacto negativo en alguna esfera de actividad, a pesar de que en alguno de los casos se manifestaba en paralelo una afectación grave en la salud y en lo vincular: lo notable en estos casos es que la persona hablante no parece relacionar con claridad su consumo con las consecuencias.

También surge reiteradamente la mención a un *consumo hedonista* y sibarita de las BALC, vinculado al disfrute, a la socialización, al estar en pareja, al cocinar tranquilo/a mientras se bebe, etc. El explorar y disfrutar de bebidas de mayor calidad y precio, priorizando calidad sobre cantidad, aparece como una ganancia de la vejez, comparándola con una adultez y juventud donde “tomaba cualquier cualquier cosa, (..) hasta querosén ((risas))” [Daniel, 63].

Emerge con fuerza el bar y el alcohol como ámbito y consumo esencialmente masculino, y asociado a lo que dice el tango: “Tomo y obligo, mándese un trago/Que hoy necesito el recuerdo matar (..) Fuerza canejito, sufra y no llore/ Que un hombre macho no debe llorar” (Romero y Gardel, 1931). Para las personas entrevistadas, el bar, en tanto ámbito masculino, excluía a las mujeres “el hombre tenía el permitido [del] alcohol, tenía el permitido de ir al bar (..) en cambio en la mujer (..) era algo inaudito (..) solamente algunas en general podían ir a veces a los bares, sino las mujeres no entraban los bares.[Susana, 61]; o como afirma una mujer entrevistada por Gabriel Eira en *Noches de vino y rosas. Género, Performance y Performatividad*: “Lo primero que pienso cuando me preguntás eso es que en la barra siempre hay hombres” (..) “Un territorio que no era el mío y que era algo cerrado y que sólo se me habilitaba porque me conocían desde atrás del mostrador. La barra tiene ese olor más al whisky, al tabaco, a esa cosa más identificada con el olor a hombre.” (2014, p.105) .

De forma análoga, el consumo de BALC aparece como una sustancia permitida para los varones en tanto satisfactora de la necesidad de “matar las penas”, no obstante los prejuicios que mencionamos anteriormente.

Este consumo socialmente avalado se inicia y desarrolla en entornos sociales y enmarcados por códigos compartidos, en ámbitos donde se producía un aprendizaje intergeneracional de lo que debía, o debe ser un varón.

Es vinculado a este ámbito donde aparece la reiterada mención a la “cultura alcohólica” como un atributo o capacidad deseable y masculina; la capacidad del varón de aguantar la bebida es considerada como parte del aprendizaje del beber, y se vincula con el “tener que aguantar” viril.

Esta admiración por el varón de buen beber no es novedosa: “Sócrates era apreciado por sus contemporáneos como un gran bebedor y esa cualidad de aguante para las libaciones constituía una de las principales razones para obtener el respeto de sus discípulos” (Barreiro, 2017, p.13). Señala el mismo autor: “Los griegos se acostumbraban a beber desde pequeños por lo que luego soportaban mejor los efectos etílicos y esto era motivo de prestigio; tal vez heredáramos de ellos esa ‘mitología del aguante’” (p.13-14).

De esta forma, el alto consumo de alcohol en varones mayores se puede problematizar considerando la alta disponibilidad y acceso a la sustancia, la venia social al consumo, la trayectoria de consumo de personas en un contexto sociohistórico que avala el consumo de alcohol –a pesar de los prejuicios sociales hacia la figura del alcoholista, o “borracho”–, así como considerando las características de una sustancia psicoactiva depresora del SNC, pero temporalmente euforizante, y que sintoniza muy bien con atributos de la masculinidad hegemónica: osadía, agresividad, asertividad, desinhibición, etc., asociados a esta “mitología del aguante” citada anteriormente. En tal sentido, y volviendo a Bonino (2008), parecería que este consumo sería funcional a los roles hegemónicos de los varones, ofreciéndoles a éstos ciertas ventajas frente a las mujeres; así aparentemente lo ha sido a lo largo de la trayectoria vital de estas personas.

En el caso de las personas consumidoras de tranquilizantes entrevistadas – mayoritariamente mujeres–, no aparece la negación del consumo a pesar de los emergentes prejuiciosos mencionados en relación a la mujer que consume tranquilizantes: se repite la referencia a la mujer histérica, o vista como loca.

No obstante, se acepta el diagnóstico y la prescripción, y en general se confía y no se cuestiona al profesional médico prescriptor. El que el consumo esté mediado y avalado por una figura de autoridad a la que se considera como portadora de saber, parece obrar como un “tranquilizante sobre el tranquilizante”; como afirma Navarro (2019), los efectos negativos de los tranquilizantes –adicción, dependencia, trastornos de memoria, etc.-- “parecen quedar oscurecidos por la presencia de la figura del médico que prescribe, quedando así medicalizado el problema” (p.95).

Además de la prescripción, asoma como parte del problema la ausencia de seguimiento del tratamiento farmacológico, lo que coadyuvaría a la cronicidad del consumo. Las consumidoras entrevistadas reportan cierto temor a la dependencia, el que tramitan experimentando sobre sí mismas, bajando y subiendo la dosis “de a cuartito de pastilla”, y/o utilizándola como medicación “de rescate”, y como hipnótico; en ambos casos se plantea su uso como necesario para poder seguir “funcionando”.

Como vimos, en el caso de los psicofármacos de prescripción el interjuego entre la demanda y la disponibilidad de la sustancia propiciaría un crecimiento del mercado fomentado por los intereses de las farmacéuticas y la demanda de los consumidores - *atípicos*, como ya se expresó-, constituidos como tales a través del sobrediagnóstico médico.

En este sentido, las “tecnologías médicas” incidirían contribuyendo a la creación de mercados de salud, y en tornar a los *usuarios* del sistema de salud en *consumidores* (Bianchi y Rodríguez Zoya, 2019). Al mismo tiempo, el tipo de consumo, desde la perspectiva de los usuarios y usuarias, estaría fuertemente determinado por asignaciones y roles de género: la alta prevalencia de consumo de psicofármacos en mujeres adultas mayores parece ser multideterminada por varios factores: además de lo referido previamente en este texto sobre los intereses de mercado farmacéutico y la sobreprescripción, inciden sustantivamente los roles de género tradicionales que asignan y esencializan a la mujer mayor, atributos vinculados con conflictos y malestares asociados al estado de ánimo: el frecuente consumo de tranquilizantes resulta así compatible con el imperativo social de *pasividad* femenina.

En este orden de cosas, la hipótesis que mencioné en el apartado teórico que asigna a las mujeres la cualidad de sensibilidad y expresividad como atributos inherentes al sexo –“las mujeres son sensibles”–, estaría obviando la atribución social de estas características. Al respecto dice Ana Freixas:

Malvivir año tras año tiene su precio en la salud de las mujeres, que se suele pagar con la medicalización del cuerpo mayor y de las experiencias adversas con las que nos tropezamos en la vida. Si preguntamos a nuestro alrededor comprobaremos que las veteranas que nos rodean toman una asombrosa cantidad de medicinas, para las cosas más increíbles. Muchas de ellas para acallar esa inquietud que no sabemos cómo definir, que tiene que ver con la vida cotidiana abusada, de la cual la clase médica prefiere no enterarse y despacha dando una pastillita, sin tratar de averiguar si existe alguna explicación biopsicosocial para esa dolencia; total, así dejan de quejarse un tiempo. Se prefiere prescribir una medicación antes que ofrecer la posibilidad de probar otros tratamientos que les podrían curar o aliviar. Tampoco se pierde el tiempo escuchando para comprender el fondo del asunto. La inmensa mayoría de las quejas de las mujeres mayores se atribuyen, pues, a la propia vejez, una explicación de causa única contra la que evidentemente no se puede hacer nada (2021, p.53).

Coincidiendo con Núñez (2016), parece necesario profundizar el análisis de la forma en la que la industria farmacéutica produce efectos de sentido y subjetivación transversales a toda la sociedad, mercantilizando la enfermedad y sobrediagnosticando dolencias vinculadas a los ciclos vitales de las mujeres, invisibilizando un alto consumo de psicofármacos que suele darse a puertas cerradas y en solitario, ya que acarrea el estigma de “psiquiátrica”, “loca”, “histérica”.

Según la literatura relevada, y según lo emerge del material de campo, la mayoría de las prescripciones de psicofármacos son efectuadas y renovadas por médicos de medicina general, o de familia, y no por especialistas en salud mental, lo que podría explicar que los riesgos de la adicción a las BZD no suelen ser adecuadamente comunicados las personas usuarias.

Si el profesional médico que prescribe y el farmacéutico que despacha estuviesen actualizados y formados en la temática, y en conocimiento de tratamientos alternativos y/o en base a psicofármacos no adictivos, la situación podría cambiar sensiblemente. Entiendo que un abordaje mínimamente efectivo debería implicar la mejora del criterio

de prescripción, implementar seguimientos y planes de retirada, y educando en paralelo a la población destinataria del tratamiento (Pagano, 2016).

Por último, y en relación a ambas sustancias consideradas, entiendo que el abordar el consumo de sustancias en personas mayores desde una perspectiva de género, permite pensar estrategias segmentadas de tratamiento y sensibilización de usuarios (Fernández, 2001; Núñez, 2016; SENDA, 2016), operando para desnaturalizar los modelos tradicionales del “ser varón viejo”, y “ser mujer vieja”, y su vínculo con el consumo.

De igual manera, parece necesario el capacitar y sensibilizar a las y los profesionales que intervienen en el acto médico de diagnóstico y prescripción, tanto en género como en vejez y envejecimiento con perspectiva de DDHH, así como actividades de formación permanente en nuevos psicofármacos, y tratamientos alternativos a los *malestares* que hemos mencionado en esta investigación.

LIMITACIONES Y APORTES DE ESTA INVESTIGACIÓN

En lo que hace a las limitaciones de este estudio, entiendo que la elección de la población y las técnicas de muestreo –*bola de nieve* en personas mayores de la población general–, puede haber conducido a una relativa homogeneidad en el nivel socioeducativo de las personas participantes, lo que también puede haber sesgado en cierta medida los resultados. En tal sentido parecería interesante, por ejemplo, contrastar narrativas de una población de viejos y viejas de bajos recursos y/o nivel educativo.

También considero como un límite –aunque apropiado al propósito de la investigación–, el carácter exploratorio de la investigación, dirigido a la identificación de emergentes en un campo de problemas tan complejo como el que propuse, vejez, consumo y género. En tal sentido, parece interesante el profundizar en futuras investigaciones –más específicas y verticales– sobre al menos dos ejes: la función de utilidad del consumo de estas sustancias, y sobre consumo y género. También parece auspicioso indagar sobre los efectos de la cultura y sus manifestaciones, particularmente la publicidad, en relación a la construcción de trayectorias de consumo de BALC.

Pensando posibles aportes, entiendo que este estudio permitió abordar un campo de problemas relativamente inexplorado en el contexto de nuestro país, contribuyendo así a explorar trayectorias vitales y subjetivas, y el contexto, dinámicas y prácticas del uso en mujeres y varones mayores, de las dos sustancias cuyo consumo es más prevalente en Uruguay: BALC y tranquilizantes benzodiazepínicos.

Considero que la aproximación planteada al objeto de estudio habilitó la creación de un campo de observación asociado a la problemática del consumo de sustancias, envejecimiento, y género, identificando diversos emergentes, algunos de los cuales plantean interrogantes sobre la *función de utilidad* del consumo en relación a los modos en que se subjetivan y se intentan *resolver* los malestares asociados a la vejez y el envejecimiento de mujeres y varones.

7. REFERENCIAS

- Aguirre Cuns, R., y Scavino Solari, S. (2018). *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay* (R. Aguirre Cuns y S. Scavino Solari, Eds.). Doble Clic.
- Almada, R., Miraballes, R., y Agrafojo, S. (2014). Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 116–130.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.
- Alvarenga, J. M., de Loyola Filho, A. I., Giacomini, K. C., Uchoa, E., y Firmo, J. O. A. (2015). Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo, não pensar e dormir". *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 249–258. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14045>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ardoino, J. (1997). La implicación (CONFERENCIA IMPARTIDA EN EL CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE LA UNIVERSIDAD). UNAM, México.
- Arias, C. (2017). Gobiernos reformistas en Uruguay 1947-1958: ¿profundización de la democracia en los inicios de la Guerra Fría? *XVIII Congreso Internacional de AHILA (Asociación Internacional de Historiadores Latinoamericanistas)*. Recuperado de <https://journals.openedition.org/nuevomundo/72965?lang=es>
- Aulagnier, P. (2005). *Un Intérprete en busca de sentido*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Baars, J., y Phillipson, C. (2013). Connecting meaning with social structure: theoretical foundations. En J. Baars, J. Dohmen, A. Grenier, y C. Phillipson (Eds.), *Ageing, meaning and social structure. Connecting critical and humanistic gerontology* (pp. 11–30). Bristol: Policy Press.
- Baltes, P., y Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. Baltes y M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511665684.003>
- Barbier, R. (1977). El concepto de implicación en la Investigación en Ciencias Humanas. En *La recherche-action dans l'institution éducative. Cap. I* (Trad. Masteche, A.). París: Gauthier-Villars.
- Barbier, R. (2002). *A pesquisa-ação*. Brasília: Liber Livro Editora Ltda.
- Barreiro, Javier. (2017). *Alcohol y literatura*. Palencia: Menoscuarto Ediciones. Recuperado de <https://menoscuarto.es/wp-content/uploads/2021/08/alcohol-y-literatura.pdf>
- Barthes, R. (1977). *Image Music Text*. Londres: Fontana Press.
- Batthyány, K. (2013). Género, cuidados familiares y uso del tiempo. En *“Uso del tiempo y trabajo no remunerado de las mujeres en Uruguay” (2007-2008)* (pp. 177–198).
- Batthyány, K., Aguirre, R., Ferrari, F., Genta, N., Perrota, V., Salvador, S., y Scavino, S. (2015). *Los tiempos del bienestar social: género, trabajo no remunerado y*

- cuidados en Uruguay* (K. Batthyány, Ed.). Montevideo: INMUJERES - MIDES - Karina Batthyány.
- Batthyány, K., Berriel, F., Carbajal, M., Carlos, S. A., Ciarniello, M., Fassio, A., ... Worobiej, A. M. (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos*. Montevideo: NIEVE - Espacio Interdisciplinario - Universidad de la República ©.
- Batthyány, K., Berriel, F., Carbajal, M., Genta, N., Paredes, M., Perrotta, V., y Pérez Fernández, R. (2014). *Las personas mayores ante el cuidado. Aporte de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados* (K. Batthyány, F. Berriel, M. Carbajal, N. Genta, M. Paredes, V. Perrotta, y R. Pérez Fernández, Eds.). Montevideo: INMAYORES-MIDES.
- Batthyány, K., Genta, N., y Perrotta, V. (2013). El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay. *CEPAL. Asuntos de género*, (123).
- Becerra, M., y Arteaga, F. J. (2017). Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria*, 31(3), 3–13.
- Bentham, J. (2000). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation* Batoche Books. Batoche Books.
- Berriel, F. (2021). *Envejecimiento y políticas públicas en el Uruguay del ciclo progresista. Análisis de la formación de un objeto múltiple* (Tesis de Doctorado, Universidad de la República - Facultad de Psicología). Universidad de la República - Facultad de Psicología, Montevideo. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/29402>
- Berriel, F., Carbajal, M., Paredes, M., y Pérez Fernández, R. (2013). ¿Qué es para usted envejecer? Envejecimiento y representación social en Uruguay desde una perspectiva intergeneracional. En M. Paredes, F. Berriel, M. Lladó, M. Carbajal, M. Nathan, D. González, ... R. Pérez Fernández (Eds.), *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población* (pp. 13–35). Montevideo: Universidad de la República. Recuperado de <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/La sociedad uruguaya ente el envejecimiento.pdf>
- Berriel, F., Paredes, M., Carbajal, M., Lladó, M., Nathan, M., y Pérez Fernández, R. (2011). *Informe de la investigación Envejecimiento en Uruguay: Realidad demográfica y representación social. Un estudio desde la perspectiva intergeneracional*. Montevideo: NIEVE, CSIC, Udelar (mimeo). Recuperado de <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/La sociedad uruguaya ente el envejecimiento.pdf>
- Berriel, F., Paredes, M., y Pérez Fernández, R. (2006). Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez. En A. López, D. Amorín, F. Berriel, E. Carril, C. Güida, M. Paredes, ... A. Vitale (Eds.), *Proyecto genero y generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya* (pp. 19–124). Ediciones Trilce.
- Berriel, F., Pérez Fernández, R., y Rodríguez, S. (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción*. Montevideo: MIDES.
- Berriel, F., Pica, C., y Zunino, N. (2017a). Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas. *Psicoperspectivas. Individuo y*

- sociedad.*, 16(1), 7–18. <https://doi.org/10.5927/Psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-904>
- Berriel, F., Pica, C., y Zunino, N. (2017b). Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas. *Psicoperspectivas*, 16(1), 7–18. <https://doi.org/10.5927/PSICOPERSPECTIVAS-VOL16-ISSUE1-FULLTEXT-904>
- Bianchi, E., y Rodríguez Zoya, P. G. (2019). (Bio)medicalización en los “extremos” de la vida. Tecnologías de gobierno de la infancia y el envejecimiento. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 19(2), 2309. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2309>
- Bielli, A. (2014). Consumo de medicamentos benzodiazepínicos en adultos: significaciones y experiencias de uso. *Programa Proyectos I+D, llamado 2014*.
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., y Navarro, S. (2017). La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 933–958. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400005>
- Bielli, A., Bruno, G., Bacci, M. P., y Navarro, S. (2018). Health professionals responses to demands for medical solutions to emotional distress in Uruguay. *MEETINGS MAKING SCIENCE, TECHNOLOGY AND SOCIETY TOGETHER - EASST2018 Conference - Lancaster University*, (July 2018).
- Biglia, B. (2005). *Narrativas de mujeres sobre las relaciones de género en los Movimientos Sociales* (Tesis de Doctorado, Universidad de Barcelona). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de <https://fundaciobofill.cat/uploads/docs/w/f/q/g/l/2/t/y/e/1634.pdf>
- Biglia, B., y Bonet-Martí, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida. *Forum:Qualitative Social Research*, 10(1). Recuperado de <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1225/2666>
- Bion, W. R. (2013). The Psycho-analytic study of thinking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 82(2), 301–310. <https://doi.org/10.1002/J.2167-4086.2013.00030.X>
- Bleger, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. En J. Bleger (Ed.), *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico* (pp. 237–250). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bolívar, A. (2012). Metodología de la investigación biográfico narrativa: Recogida y análisis de datos. En M. C. Passeggi y M. H. Abrahao (Eds.), *Dimensões epistemológicas e metodológicas da investigação (auto)biográfica* (pp. 79–109). Porto Alegre: Editoria da PUCRS. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2200.3929>
- Bolívar, A., y Domingo, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica : Campos de desarrollo y estado actual. *FORUM : QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH*, 7(4).
- Bonino, L. (2008). Micromachismos. El poder masculino en la pareja “ moderna ”. *Voces de hombres por la igualdad*, 8, 89–109.
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. En *Revista de estudios de género: La ventana*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2006). Le capital social : performance, équité et réciprocité. En A. Bevort (Ed.), *Le capital social* (pp. 29–34). La Découverte.

- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology ISSN:*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brett, J., Maust, D. T., Bouck, Z., Ignacio, R. V., Mecredy, G., Kerr, E. A., ... Pearson, S. A. (2018). Benzodiazepine Use in Older Adults in the United States, Ontario, and Australia from 2010 to 2016. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.15292>
- Bruner, J. (2004). Life as narrative. *Social Research*, 71(3), 691–710.
- Butler, J. (2009). *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Butler, J. (2011). *Bodies that matter. On the discursive limits of “sex”*. New York: Routledge Classics. <https://doi.org/10.5840/intstudphil199830414>
- Calisto, N., Bielli, A., Navarro, S., y Jubin, M. (2018). Disagreements about benzodiazepine use effects in Uruguay. *Society for Social Studies of Science (4S) - TRANSnational STS Conference, August 29-*.
- Campbell, N., y Ettore, E. (2011). *Gendering addiction: The politics of Drug Treatment in a Neurochemical World*. New York: Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Carbajal, M., y Berriel, F. (2014). Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo. En *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. Sistema de Cuidados*. Montevideo: INMAYORES-MIDES.
- Carvalho, A. F., Stubbs, B., Maes, M., Solmi, M., Vancampfort, D., Kurdyak, P. A., ... Koyanagi, A. (2018). Different patterns of alcohol consumption and the incidence and persistence of depressive and anxiety symptoms among older adults in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 238, 651–658. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.06.041>
- Casarotti, E. (1999). Paul Ricoeur: la constitución narrativa de la identidad personal. *Prisma*, (12), 118–131.
- Castoriadis, C. (1998). *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2007a). El Yo y la conjugación del futuro: acerca del proyecto identificador y de la escisión del Yo. En *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2007b). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Castro Aguilera, G. (2020). Roles de género y consumo problemático de sustancias en la vejez. En CIEn (Ed.), *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez: Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento* (Vol. 1). Montevideo.
- Charles-Leija, H., Aboites, G., y Llamas, I. (2018). Una revisión de aportaciones que contribuyeron al estudio de la utilidad y la felicidad en la economía. *Análisis Económico - Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades*, XXXIII(84), 57–76. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/413/41361009004/html/>
- Coitiño, M., Queirolo, R., y Triñanes, A. (2017). Dos drogas, diferentes mensajes: los medios y la regulación de la marihuana y el alcohol en Uruguay. *Universidad de*

- Lima - *Contratexto*, 0(028), 119–146.
<https://doi.org/10.26439/contratexto2017.n028.1566>
- Conde, J. L. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología*, 73, 71–87.
- Cortajarena García, M. C., Ron Martín, S., Miranda Vicario, E., Ruiz de Vergara Eguino, A., Azpiazu Gomez, P. J., y Lopez Aldana, J. (2016). Antidepresivos en la tercera edad. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(7), 458–463.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.015>
- Cortés Aliaga, G. (2015). Rebeca Matte. El cuerpo de la histeria. *Caiana*, 7, 27–36.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). The Costs and Benefits of Consuming. *Journal of Consumer Research*, 27(2), 267–272. <https://doi.org/10.1086/314324>
- Danza, C. (2009). ¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 73(1), 99–108.
- de Rementería, I. (2014). La función de utilidad del uso de las drogas y las culturas de su consumo. *Cuadernos Médicos Sociales-Colegio Médico de Chile*, 54(1), 35–41. Recuperado de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/406/396>
- de Souza Minayo, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6842/7920>
- Dejon, S. (2017). Entrevista a Alicia Stolkiner – Consumo problemático. Recuperado el 6 de septiembre de 2018, de campuseducativo.santafe.gob.ar website: <http://campuseducativo.santafe.gob.ar/entrevista-a-alicia-stolkiner-consumo-problematico/>
- Dejours, C. (2012). *Trabajo Vivo. Sexualidad y Trabajo (Tomo I)*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Dejours, C. (2016). Género y teoría sexual. *Revista Apres Coup*, 2(2), 159–170. Recuperado de https://www.academia.edu/28455274/Dejours_C_2015_Género_y_teoría_sexual
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2012). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa. Vol. I*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Díaz-Mesa, E. M., García-Portilla, P., Fernández-Artamendi, S., Sáiz, P. A., Bascáran, T. B., Casares, M. J., ... Bobes, J. (2016). Diferencias de género en la gravedad de la adicción. *Adicciones*, 28(4), 221–230. <https://doi.org/10.20882/adicciones.829>
- Dicionário Online Priberam de Português. (s/f). *Dicionário Online Priberam de Português*. Recuperado de <https://dicionario.priberam.org/m%C3%A1goas>
- Domínguez, V., Collares, M., Ormaechea, G., y Tamosiunas, G. (2016). Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, (3), 14–24.
- Eira, G. (2014). Noches de vino y rosas. Género, Performance y Performatividad. *Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República*, 1–135. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4470/1/Gabriel%20Eira.pdf>

- Ettorre, E. (2007). Revisioning women and drug use: Gender, power and the body. En *Revisioning Women and Drug Use: Gender, Power and the Body*. New York: Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1057/9780230596849>
- Ettorre, E., y Riska, E. (1995). *Gendered Moods: Psychotropics and Society*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.2307/2076817>
- Ey, H., Bernard, P., y Brisset, C. (1996). *Tratado de Psiquiatría* (p. 1135). p. 1135. Barcelona: Masson, S.A.
- Fericgla, J. (1992). *Envejecer: Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- Fernández, S. (2001). Mujeres y uso de Drogas: Elementos para una reflexión desde una perspectiva de Género. En *Programa de Investigación, Capacitación y Asesoramiento Técnico en la Temática del Uso de Drogas-Fascículo Nro 4* (pp. 1–17). Montevideo: El Arojo.
- Fernández, S., y Lapetina, A. (2008). *Contacto. Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios*. Montevideo. Recuperado de http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia_contacto_fernandez_lapetina.pdf
- Fontana, A., y Frey, J. H. (2000). The interview: From structured questions to negotiated text. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research (2nd ed)* (2nd. edition, pp. 645–672). Thousand Oaks, CA: Sage. Recuperado de [http://www.iot.ntnu.no/innovation/norsi-common-courses/Lincoln/Fontana%20&%20Frey%20\(2000\)%20Interview.pdf](http://www.iot.ntnu.no/innovation/norsi-common-courses/Lincoln/Fontana%20&%20Frey%20(2000)%20Interview.pdf)
- Frankl, V. (2003a). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial S.L. <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
- Frankl, V. (2003b). *Psicoterapia y existencialismo: escritos sobre Logoterapia*. Barcelona: Herder Editorial S.L. <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
- Frankl, V. (2014). *La psicoterapia en la práctica clínica: una introducción casuística para médicos*. Barcelona: Herder Editorial S.L.
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial S.L.
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. En *Anuario de Psicología*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Freixas, A. (2021). *Yo, vieja: apuntes de supervivencia para seres libres*. Madrid: Capitán Swing.
- Freud, S. (1999). *El malestar en la cultura* ((Ed.original 1930), Ed.). Madrid: Alianza Editorial. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266>
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica* (A. Estrada y S. Diazgranados, Eds.). Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes. Recuperado de http://www.taosinstitute.net/Websites/taos/images/PublicationsFreeBooks/Gergen_construccionismo_social.pdf

- Gergen, K., y Warhus, L. (2001). La terapia como construcción social. Dimensiones, deliberaciones, y divergencias. *Sistemas Familiares*, (17), 11–28. Recuperado de <http://www.dialogosproductivos.net/img/descargas/27/15042009113127.pdf>
- Glendenning, J., Quéniart, A., y Charpentier, M. (2017). Men's Attitudes to Aging: Threatened, Performed, and Negotiated Masculinity. *AG About Gender - Rivista internazionale di studi di genere*, 6(11). <https://doi.org/10.15167/2279-5057/AG.2017.6.11.385>
- Grigoravicius, M. (2011). Las drogas como instrumento. *Revista Borromeo*, (2).
- Hakim, C. (2011). Erotic capital: the power of attraction in the boardroom and the bedroom. En *Uma ética para quantos?* New York: Basic Books. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- HAN, B.-C. (2015). *El aroma del tiempo. Un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse*. Barcelona: Herder Editorial S.L.
- Harrison, J. (1983). Women and Ageing: Experience and Implications. *Ageing and Society*, 3(2), 209–235. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00010011>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hirigoyen, M.-F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Horwitz, A., y Wakefield, C. J. (2007). *The Loss of Sadness* (Vol. 59). New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.6.697>
- Humans_Rights_Watch. (2018). "They Want Docile". How Nursing Homes in the United States Overmedicate People with Dementia. *hrw.org*, 05/02/2018.
- Iacub, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires: Paidós.
- INE. (2011). *Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad*. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística.
- INMAYORES. (2016). *Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019* (C. C. del I. N. del A. Mayor, Ed.). Ministerio de Desarrollo Social Instituto Nacional de las Personas Mayores. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Recuperado de <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/66880/1/plan-nacional-de-envejecimiento-26-de-setiembre-imprenta.pdf>
- JND. (2016a). *Estrategia Nacional para el abordaje del problema de las drogas. Período 2016-2020*. Montevideo: JND. Recuperado de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-05/Estrategia%20JND%202016-2020.pdf>
- JND. (2016b). VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016. Informe de investigación. *Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas*.
- JND. (2016c). VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016. Informe de investigación. *Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas*. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/201609_VI_encuesta_hogares_ODUD_ultima_rev.pdf
- JND. (2017). III Estudio sobre consumo de drogas en consultantes de la Emergencia del Hospital Pasteur de Montevideo. Informe de Investigación. *Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas*.

- JND. (2019a). *VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en la población general. Informe de Investigación* (JND-Uruguay).
- JND. (2019b). *VII ENCUESTA NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL*. Montevideo.
- JND. (2021). *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025* (2021a ed.). Montevideo: JND. Recuperado de https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/noticias/Libro_Estrategia%20nacional%20-completo%20v7%20con%20tapas.pdf
- JND/OUJ. (2015). *La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, Características y Guía de Recursos*.
- Kenyon, G. M. (1996). The meaning / value of personal storytelling. En J. Birren, G. Kenyon, J.-E. Ruth, J. Schroots, y T. Svensson (Eds.), *Aging and Biography. Explorations in Adult Development* (pp. 21–38). Springer International Publishing.
- Koelsch, L. E. (2012). The Virtual Patchwork Quilt: A Qualitative Feminist Research Method. *Qualitative Inquiry*, 18(10), 823–829. <https://doi.org/10.1177/1077800412456957>
- Kohut, H. (1999). *La restauración del sí-mismo*. México: Paidós.
- Kornblit, A. L. (2007). Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas. En A. L. Kornblit (Ed.), *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis* (pp. 15–33). Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Kornblit, A. L., Camarotti, A. C., y Di Leo, P. (2012). Prevención del consumo problemático de drogas: La construcción social de la problemática de las drogas. *UNICEF Argentina*. Recuperado de http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Kristeva, J. (1997). *Sol negro: Depresión y melancolía*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Latinlexicon. (s/f). A Dictionary of the Latin Language. Recuperado el 2 de marzo de 2023, de <https://latinlexicon.org/definition.php?p1=1010254>
- Leyra Fatou, B., y García, E. R. (2013). *Reflexiones feministas sobre las mujeres mayores, el envejecimiento y las políticas públicas* (Vol. 28).
- Li, J., Wu, B., Selbæk, G., Krokstad, S., y Helvik, A.-S. (2017). Factors associated with consumption of alcohol in older adults - a comparison between two cultures, China and Norway: the CLHLS and the HUNT-study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0562-9>
- Liddell, H. G., y Scott, R. (s/f). εὐφορ-ία. A Greek-English Lexicon. Recuperado el 1 de marzo de 2023, de <http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.04.0057%3Aentry%3D%2345426&redirect=true>
- Lipovetsky, G. (1986). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- Lladó, M. (2004). ¿Factores que favorecen un buen envejecimiento? En S. Nisisaki y R. Pérez Fernández (Eds.), *Gerontología en Uruguay. Una construcción hacia la interdisciplina*. (pp. 1–17). Montevideo: Psicolibros.
- Lombardi, R. (2016). *Formless Infinity: Clinical Explorations of Matte Blanco and Bion* (2016a ed.; R. Lombardi, Ed.). London: Routledge. Recuperado de <https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/140846/1/9781138018563.pdf>

- Manrique, M. S., Di Matteo, M. F., y Sanchez Troussel, L. (2016). Análisis de la implicación: Construcción del sujeto y del objeto de investigación. *Cadernos de Pesquisa*, 46(162), 984–1008. <https://doi.org/10.1590/198053143559>
- Martínez, A., y Montenegro, M. (2014). La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género : Construyendo nuevos relatos. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 111–125. <https://doi.org/ht/tx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1206>
- Martins, J., Roseira Boemer, M., y Aparecida Ferraz, C. (1990). A fenomenologia como alternative metodológica para pesquisa: algumas considerações. *Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo*, 24(1), 139–147.
- Mayer, P. (2009). Guidelines for writing a Review Article. *Zurich-Based Plant Science Center*, pp. 1–10. Zurich: Swiss Federal Institute of Technology.
- Mazzucchelli Olmedo, N., y Reyes Espejo, M. I. (2021). Mujeres y activistas: construyendo vejezes en na-rrativas patchwork. *Anthropologica*, 39(47), 99–126. <https://doi.org/10.18800/ANTHROPOLOGICA.202102.004>
- McAdams, D. P. (1996). Narrating the self in adulthood. En J. Birren, G. Kenyon, J.-E. Ruth, J. Schroots, y T. Svensson (Eds.), *Aging and biography: Explorations in adult development*. (pp. 131–148).
- Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento. En tres sociedades primitivas* (Versión di). Barcelona: Paidós.
- Mercosur. (2007). *XII RED Reunión Especializada de Autoridades de Aplicación en Materia de Drogas: Declaración de los Presidentes del MERCOSUR y países asociados*. Montevideo.
- Merlin, N. (2005). La rebelión de los viejos. *Página/12 :: Psicología ::*, 8 de Julio.
- Mieles, M., Tonon, G., y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195–225.
- Minaya, O., Ugalde, O., y Fresán, A. (2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Mental - Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 32(5), 405–411.
- Monchietti, A., Lombardo, E., y Sánchez, M. (2007). Representación social de la vejez en niños y púberes. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 2(16), 71–81.
- Monchietti, A., Peirano, R., y Lombardo, E. (2005). Representaciones Sociales y Asignaciones Acerca Del Momento De Envejecer. *6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2005.*, 1–5.
- Moreira, A., Fiertiz, P., y López, G. (2018). Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 219–227.
- MSP. (2020a). Ordenanza Plan de Salud Mental 2020-2027. *Ministerio de Salud Pública-Uruguay*, (13 de Febrero de 2020).
- MSP. (2020b). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. *Ministerio de Salud Pública-Uruguay*.
- Muñoz Justicia, J. (2003). *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti (V.2.4)*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0101.pdf>
- Navarro, S. (2019). *Psicología clínica y psicofármacos: benzodiazepinas y ansiedad en los saberes y prácticas psicológicas en los servicios de salud pública uruguayos*

- (Tesis de maestría). Universidad de la República - Facultad de Psicología, Montevideo.
- NIH. (2022). El síndrome de Wernicke-Korsakoff. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, Nov, 742–758.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190664121.013.33>
- Núñez, C. (2016). El consumo de psicofármacos en mujeres en el Uruguay: hacia una transversalización de género en los planes y programas de salud mental y uso de drogas. En S. Darré (Ed.), *APORTES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO - 10 AÑOS DE FLACSO URUGUAY* (pp. 83–112).
- OEA. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. <http://www.oas.org>. Recuperado de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- OEA/CICAD. (2010). *Nueva Estrategia Hemisférica sobre Drogas*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/basicdocuments/Estrategia_drogas100603.pdf
- Ogden, T. H. (1997). Reverie and interpretation. *Psychoanalytic Quarterly*, Vol. 66, pp. 567–595. Wiley-Blackwell Publishing Ltd.
<https://doi.org/10.1080/21674086.1997.11927546>
- Oliveira, C. D. B., Maria de Almeida Deolino, S., Oliveira Machado Dutra, M., Andrade Ramos, A. P., Lopes Figueiredo Pereira, J., Stélio de Sousa, F., ... Sátiro Xavier de França, I. (2017). Abusive Consumption Of Alcohol By Elderly. *International Archives of Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3823/2395>
- OMS. (2022, octubre 1). Envejecimiento y salud. Recuperado el 7 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- ONU. (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/7358786.HTML#Arta2>
- ONU. (1971). *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*. Recuperado de <http://www.incb/s/index.htm>
- ONU. (1988). *Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas*.
- OPS. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas* (2da. edición). Whashington, D.C.: OPS.
- OPS/OMS. (2015). *La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales*. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
- OUD/JND. (2012). *Documento base para el diseño Políticas Públicas en la temática del Alcohol en Uruguay: documento de trabajo*. Montevideo. Recuperado de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/documento-base-para-diseno-politicas-publicas-tematica-del-alcohol>
- Pagano, E. (2016). Benzodiazepinas: ¿solución o problema? *Hospital de Clínicas, Departamento de Farmacología y Terapéutica*.
- Paredes, M., Ciarniello, M., Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*.

- Pérez de Sierra, I., Quesada, S., y Campero, R. (2016). *Género y Masculinidades. Miradas y herramientas para la intervención* (FLACSO_Uruguay, UNFPA, MIDES, INJU, INMUJERES, y UCC, Eds.). Montevideo: MIDES.
- Pérez Fernández, R. (2007). La construcción psicosocial de las imágenes del cuerpo en el proceso de envejecimiento. En R. Pérez Fernández (Ed.), *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea*. Psicolibros.
- Pérez, V., Ricci, G., Trindade, Á., y Romano, S. (2015). Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(1), 13–28.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51, 229–241.
- Poder Legislativo. *Decreto Ley N° 14.222-Aprobación de Acuerdo Internacional, Convención única de 1961 sobre estupefacientes.* , (1974). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto Ley N° 14.294-Ley de Estupefacientes. Listas I Y II de la Convención Única de Nueva York. Lista I sobre sustancias sicotrópicas de Viena. Medidas contra el comercio ilícito de drogas.* , (1974). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto Ley N° 14.369-Adhesión de la República Oriental del Uruguay al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas suscrito en la ciudad de Viena el 13 de febrero de 1971.* , (1975). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 454/976. Reglamentación del decreto ley 14.294.* , (1976).
- Poder Legislativo. *Decreto N° 537/978-Prescripción de las especialidades controladas y medicamentos.* , (1978). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 95/988-Normas administrativas concernientes a dispensación, control y asentamiento de las recetas de productos psicofármacos.* , (1988). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 463/988-Creación de la Junta Nacional de Drogas.* , (1988). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Ley N° 16.579-Aprobación de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, Viena 1988.* , (1994). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Ley N° 17.016-Normas referentes a estupefacientes y sustancias que determinen dependencia física o psíquica.* , (1998). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 346/999-Política Pública de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del uso Abusivo de Drogas. Represión del Narcotráfico y Delitos Conexos. Junta Nacional de Drogas.* , (1999). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 398/999- Estupefacientes y sustancias que determinen dependencia física o psíquica.* , (1999). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 423/999-Prescripción de las especialidades controladas y medicamentos.* , (1999). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 391/002-Reglamento de Precursores y Productos Químicos.* , (2002). Montevideo: Poder Legislativo.

- Poder Legislativo. *Decreto 379/008, Investigación con seres humanos.* , (2008).
Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Ley 18.331, Habeas Data.* , (2008). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 414/009, reglamentación de la ley 18.331, relativo a la protección de datos personales.* , (2009). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Ley N° 18.617-Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social.* , (2009). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Ley N° 19360-Concentración de alcohol en sangre en conductores.* , (2015). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Ley N° 19855. Creación de marco regulatorio para el consumo problemático de bebidas alcohólicas.* , (2019). Montevideo: Poder Legislativo.
- Poder Legislativo. *Decreto N° 63/020. Reglamentación de la ley 19.855.* , (2020). Montevideo: Poder Legislativo.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Quénart, A., y Charpentier, M. (2013). Femmes et vieillissements. Nouveaux regards, nouvelles réalités. *Recherches féministes, Université Laval*, 26(2), 1–4. <https://doi.org/10.7202/1022767ar>
- RAE. (s/f). histeria | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE. Recuperado el 2 de marzo de 2023, de <https://dle.rae.es/histeria>
- Raikhel, E., y Garriot, W. (2013). *Addiction Trajectories* (E. Raikhel y W. Garriot, Eds.). Durham: Duke University Press. Recuperado de https://www.academia.edu/1923727/Addiction_Trajectories
- Ricoeur, P. (1989). La vida: un relato en busca de narrador. *Educación y política*, 45–58.
- Rodríguez, D., y Torres, J. (2003). Autopoiesis, la unidad de una diferencia: Luhmann y Maturana. *Sociologías*, 5(9), 106–140.
- Romero, M., y Gardel, C. (1931). *Tomo y obliquo*. Buenos Aires, Argentina: Odeón.
- Rose, N. (1996). *Inventing ourselves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE.
- Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Ruth, J.-E., y Kenyon, G. M. (1996). Biography in Adult Development and Aging. En J. Birren, G. Kenyon, J.-E. Ruth, J. Schroots, y T. Svensson (Eds.), *Aging and Biography. Explorations in Adult Development* (pp. 1–20). Springer International Publishing.
- Saltzman, J. (1992). Equidad y género :Una teoría integrada de estabilidad y cambio. *Feminismos*, 8, 318.
- Salvarezza, L. (2011). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez-Gómez, P. (2017). HAN, Byung-Chul: El aroma del tiempo. Un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse, trad. cast. Paula Kuffer, Herder, Barcelona, 2015, 168p. [reseña]. *AGORA — Papeles de Filosofía*, 36(1), 247–250.
- Sartre, J. P. (2016). *El Ser y La Nada. Ensayo de Ontología Fenomenológica*. Losada.

- Sartre, J.-P. (2009). *La náusea*. México D.F.: Editorial Epoca.
- Saukko, P. (2000). Between Voice and Discourse: Quilting Interviews on Anorexia. *Qualitative Inquiry*, 6(3), 299–317. <https://doi.org/10.1177/107780040000600301>
- Schöngut, N., y Pujol Tarrés, J. (2015). Relatos metodológicos: difractando experiencias narrativas de investigación. *Forum: Qualitative Social Research*, 16(2).
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- SENDA. (2016). *Hombres con Consumo Problemático de Drogas. Tratamiento con Perspectiva de Género*. Santiago de Chile: Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. División Programática (SENDA).
- Shamai, M. (2003). Therapeutic Effects of Qualitative Research: Reconstructing the Experience of Treatment as a By-Product of Qualitative Evaluation. *Social Service Review*, 77(3), 455–467. <https://doi.org/10.1086/375789>
- Shorter, E. (2013). *How everyone became depressed: the rise and fall of the nervous breakdown*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.5860/choice.51-1530>
- Sibilia, P. (2005). *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sivak, R., Ponce, A., Huertas, A. M., Horikawa, C., Díaz Tolosa, P., Zonis, R., y Zukerfeld, R. (2007). Desarrollo resiliente y redes vinculares (Premio APSA 2007). *23o Congreso de Psiquiatría APSA. Mar del Plata*.
- Solomon, A. (2015). *El demonio de la depresión: un atlas de la enfermedad*. Madrid: Editorial Debate.
- Sontag, S. (1972). The double standard of aging. *The Saturday Review*, Sept 23, 29–38.
- Souto, M. (2010). *La investigación clínica en Ciencias de la Educación*. Recuperado de <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/10053>
- Speranza, N., Domínguez, V., Pagano, E., Artagaveytia, P., Olmos, I., Toledo, M., y Tamosiunas, G. (2015). Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. *Revista Médica del Uruguay*, 31(2), 112–119.
- Strachey, J. (2001). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXI (1927-1931)*. London.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. En *Paidós Básica*. Barcelona: Paidós.
- Thompson, E. H. (2006). Images of old men's masculinity: Still a man? *Sex Roles*, 55(9–10), 633–648. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9119-7>
- Urrutia, A., Cornachione, M. A., de Espanés, G. M., Ferragut, L., y Guzmán, E. (2009). El desarrollo cumbre de la generatividad en adultas mayores: aspectos centrales

- en su narrativa vital. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(3), 1–24. Recuperado de <http://proxy.timbo.org.uy:443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=45409446&lang=es&site=eds-live>
- Urteaga, E. (2010). La teoría de sistemas de Niklas Luhmann. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, XV, 301–317.
- Vázquez Sixto, F. (1996). El análisis de contenido temático. *Objetivos y medios en la investigación psicosocial. (Documento de trabajo)*., pp. 47–70.
- Villar, F. (2005). El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y Propuestas* (pp. 147–184). Madrid: Pearson Educación.
- Villar, F., López, O., y Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.145171>
- Vivanco Martínez, Á. (2006). La aplicación del concepto de autopoiesis en los estudios de género: el derecho a autocomponerse del sujeto en referencia a su identidad sexual. *Acta bioethica*, 12(2). <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2006000200003>
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Editorial Gedisa.
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Williams Collins & Sons. (2004). *Collins German Dictionary, complete & unabridged*. HarperCollins Publishers.
- Woodward, A. M. (1977). The roles of reviews in information transfer. *Journal of the American Society for Information Science*, 28(3), 175–180. <https://doi.org/10.1002/asi.4630280306>
- Zarebski, G. (2005). *El curso de la Vida - diseño para armar. Trabajo psíquico anticipado acerca de la propia vejez: mecanismos y efectos en el modo de envejecer*. Buenos Aires: Editorial Universidad Maimónides.
- Zarebski, G., Marconi, A., Kabanchik, A., Kanje, S., Monczor, M., Tornatore, R., y De Grado, C. (2016). Narcisismo, Resiliencia y Factores Psíquicos Protectores en el envejecimiento. *Psic. Rev. São Paulo*, 25(1), 13–32.
- Zukerfeld, R., y Zonis, R. (2011). Vicistudes traumáticas, vincularidad y desarrollos resilientes: un modelo de investigación dimensional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(2), 349–369.

8.APÉNDICES

8.1.GUÍA DE ENTREVISTA³¹

Código de entrevista : _____ Fecha: _____

Código de Identificación: Nombre del Proyecto (TMGC) + nro ordinal general de entrevistas (comenzando en 10)+sexo/género (H/M)+nro ordinal de entrevista relativo al entrevistado/a (comenzando en 1). P.ej: TMGC10H1 (primera entrevista, hombre, entrevista relativa 1).

A) Apertura: Presentación, entrega y lectura de hoja de información y consentimiento.

- Saludo, agradecimiento por la participación (se plantea el tuteo)
- Confirmación consentimiento, consulta dudas al respecto.
- Asegurarse que comprende que la entrevista será grabada.
- Presentación del propósito de la investigación: Indagar sobre el significado que la persona atribuye a su experiencia de consumo, a lo largo de su trayectoria vital (vivencias, experiencias).
- Se subraya que no hay respuestas ni opiniones incorrectas, nos interesa su experiencia.
- Se aclara que la entrevista no es un cuestionario; es abierta, como una conversación, y que en ningún momento plantearán juicios de valor en relación al relato de la persona.

B) Inicio de la entrevista:

- **Preguntas norteadoras de apertura** (invitaciones a que la persona desarrolle tópicos en su narración):
 - a. *"Puede relatar su experiencia en relación al consumo de bebidas alcohólicas, y/o a los tranquilizantes?"*
 - b. *Comencemos, si le parece, por el principio: a qué edad probó (bebidas alcohólicas/tranquilizantes), y cómo fue esa experiencia?*

³¹ La guía de entrevista se utilizó como un instrumento dinámico, cuyo contenido fue cambiando en función de los emergentes de las entrevistas previas.

- Motivación al consumo (beneficio primario y/o secundario).
- Lugar y entorno de consumo:
 - ¿Cuándo, adónde, con quién/es consume o consumía?
 - Consumo en familia
 - Consumo “social”
 - El bar/boliche: Función social del bar? ¿Percibe cambios?
 - Etc.
 - Entorno de crianza con respecto al consumo: sus mayores, hermanos, amigos/as?
 - Edad de inicio de consumo: _____
- El bar o boliche:
 - Cambios en la función social del bar
- Mujeres y Varones en relación con el consumo:
 - ¿Las mujeres y varones son vistos socialmente como iguales en relación al consumo de una u otra sustancia (alcohol y tranquilizantes).?
 - Prejuicios, estereotipos
 - Lugares de consumo según sexo/género?
 - ¿Varones y mujeres en el bar/boliche, y otros lugares públicos?
 - Sustancias, ¿es igual su elección según género?
- Pérdidas y ganancias en la vejez, y consumo:
 - ¿Qué entiende que le aporta a la persona el consumo en relación a los cambios físicos o psicosociales al entrar en la en la categoría de edad que se denomina "Personas Mayores? ¿Existe ese aporte, o función?
 - Cambios psicofísicos
 - Cambios a nivel socioeconómico
 - Cambios en la imagen corporal (ligado a percepción de discapacidad, imagen y autoestima)
- ¿Considera que el efecto del consumo ha sido positivo, negativo, o neutro? ¿En qué áreas le ha afectado el consumo?
- Conocimiento de la persona sobre efectos del consumo (riesgos subjetivos).
- Cultura y consumo: ¿Puede evocar alguna manifestación cultural, p.ej. cine, música, carnaval, etc., en relación al consumo de alguna de estas sustancias? De qué forma se presentaba el consumo en términos de deseabilidad ? ¿En la publicidad?

C) Cierre:

- Algunos datos personales, si no surgen:
 - Edad: _____
 - Entorno familiar (pareja, hijos, con quien reside? Si en Elepem, desde cuándo?): _____
 - Zona residencia (Barrio, depto): _____
 - Jubilado/A, Activo (en qué): _____

- Invitar en que piense a posibles interesados/as en participar en la investigación.
- Preguntar si se desea comentar algo, o preguntarle algo al entrevistador.
- Agradecer haber concedido la entrevista, y por la conversación sostenida

D) Post-entrevista: Anotar temas emergentes, reflexiones, tópicos a considerar en una eventual segunda entrevista, y/o en entrevistas a otros sujetos.

8.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA DE INFORMACIÓN³².

El responsable de este proyecto está llevando a cabo una Tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Universidad de la República. La misma implica el diseño y ejecución de una investigación que indagará sobre experiencias de consumo de bebidas alcohólicas y/o psicofármacos tranquilizantes, en personas mayores de 60 o más años.

Con el fin de lograr este objetivo, le estamos solicitando a usted la participación en una entrevista con el responsable de la investigación. La entrevista será grabada para un mejor tratamiento de la información. La misma será luego transcrita para su desgrabación.

Información sobre actividades o tareas: Realización de entrevista (individual, una por participante), con una duración aproximada de una hora; en la misma se trabajará sobre el relato autobiográfico de la persona entrevistada en relación al tema planteado.

Participación libre y voluntaria

Su participación es de suma importancia para la generación de insumos para nuestro proyecto. En el caso de que un participante, en cualquier momento de la entrevista o de la aplicación de la encuesta, no desee continuar, se respetará dicha decisión y podrá retirarse en el momento que lo solicite sin tener que dar explicaciones al respecto. La negativa a participar del estudio no generará daños, perjuicios o represalias.

Confidencialidad. Registro de audio, fotografía y/o video.

El equipo de investigación guardará en forma confidencial toda la información que usted brinde. Se tomarán todos los recaudos para mantener bajo las normas de confidencialidad y secreto profesional los datos que puedan identificar a los participantes. Para ello al momento de transcripción de las entrevistas se le asignará un código a cada entrevistado como forma de preservar la identidad de los participantes. A su vez, aquellos datos que dentro de la entrevista puedan identificar a los participantes (ejemplo: lugar de nacimiento, actividad laboral, etc.) serán transcritos utilizando categorías generales, o cambiados. Se realizará un registro de audio (o de audio y video, en caso de entrevista online), luego una transcripción. En esta transcripción se realizará la codificación de los entrevistados como forma de mantener el anonimato de la persona. En posibles publicaciones a futuro, nunca se identificarán a las personas entrevistadas, manteniendo siempre la codificación.

Riesgos y medidas de atención al eventual daño: Se consideran riesgos potenciales para el sujeto de la investigación, la movilización afectiva que la evocación autobiográfica en la entrevista y cuestionario pueda generar, por apelar a la memoria de su experiencia y vivencia en relación al tema planteado. Considerando estos aspectos se prevé el contacto telefónico posterior a las entrevistas y cuestionarios con los entrevistados; en caso que se constate la necesidad de apoyo se coordinará una instancia individual con cada sujeto. Riesgos vinculados a la pandemia por COVID-19: la entrevista se efectuará de preferencia vía Zoom; en caso de ser presencial se tomarán todos los recaudos para preservar a la persona entrevistada³³.

Beneficios: Se puede entender la instancia de entrevista como beneficiosa para el entrevistado/a al constituirse como espacio de interlocución y escucha del relato de la experiencia vitales en relación al tema planteado.

Agradecemos mucho su interés y el tiempo que usted pueda dedicarle. Si acuerda en ser entrevistado, le agradecemos firmar este documento.

ACEPTO PARTICIPAR:

Nombre: _____ Firma: _____

Cel./Tel contacto: _____ Fecha: _____

³² - En caso de cualquier pregunta que desee formular, le agradecemos se dirija a quien suscribe, Lic. Gabriel Castro Aguilera (responsable del estudio), por email: gcastro@psico.edu.uy (Facultad de Psicología), o al teléfono 098.399.985.

³³- **En caso de ser la entrevista presencial, se coordinará tomando los recaudos sugeridos por el GACH** (Grupo Asesor Científico Honorario): "Mantener distancia, lavado de manos, uso de tapabocas, ambientes ventilados y reuniones de menos de 2 horas.". <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/noticias/recomendaciones-del-gach-para-contener-covid-19>

8.4. ANÁLISIS TEMÁTICO: CÓDIGOS Y GRUPOS DE CÓDIGOS.

◊ BALC: BENEFICIOS

Members:

- BALC:Consumo:funcional a la socialización
- BALC:efecto+:Bajar revoluciones
- BALC:Efecto+:Socialización
- BALC:función:Bebida alcohólica como refugio
- BALC:Función_consumo:Vía de escape
- BALC:PM:Sustitución de pérdidas
- Crisis:sustancias:Bastones que te ayudan a caminar

◊ BALC_ADICCIÓN

Members:

- BALC:Adicción:Alcohólico/a
- BALC:Adicción:Alcoholismo
- BALC:Adicción:Alcoholismo y género
- BALC:Borrachera
- BALC:Borracho
- BALC:Borracho como depravado
- BALC:Prevalencia de alcoholismo juventud
- BALC:Resortes del alcoholismo
- BALC:Tomar a morir

◊ BALC_BEBIDAS

Members:

- BALC
- BALC:Bebida destilada
- BALC:Bebida fermentada
- BALC:Bebida:Anís
- BALC:Bebida:Espinillar
- BALC:Bebidas de familia
- BALC:Bebidas:Caña
- BALC:Bebidas:Caña con cocacola
- BALC:Bebidas:Cardhu
- BALC:Bebidas:Cerveza
- BALC:Bebidas:Cerveza artesanal
- BALC:Bebidas:Champagne
- BALC:Bebidas:Cinzano
- BALC:Bebidas:Gin
- BALC:Bebidas:Ginebra
- BALC:Bebidas:grappa
- BALC:Bebidas:grappa con limón
- BALC:Bebidas:grappamiel
- BALC:Bebidas:Guindado
- BALC:Bebidas:Johnny Walker Black
- BALC:Bebidas:Martini
- BALC:Bebidas:Medio y Medio
- BALC:Bebidas:Sake
- BALC:Bebidas:Sidra
- BALC:Bebidas:Tequila
- BALC:Bebidas:Vermut
- BALC:Bebidas:Vino
- BALC:Bebidas:Vino espumante
- BALC:Bebidas:Vodka
- BALC:Bebidas:Whisky
- BALC:Bebidas:Whisky de malta
- BALC:Inicio_consumo:Malta

◊ BALC_DISFRUTE

Members:

- BALC:Apreciar aromas y sabores
- BALC:Cocinar y bebida alcohólica
- BALC:Investigar sobre bebidas
- BALC:Mayor variedad de bebidas alcohólicas

◊ BALC_ENTORNO_SOCIAL

Members:

- Aceptación social
- BALC:Alcohol y Timba
- BALC:Consumo:con amigos
- BALC:Consumo:con pares
- BALC:Consumo:entre pares
- BALC:Cultura:Ambiente de Carnaval
- BALC:Entorno consumo:Pares
- BALC:Entorno social
- BALC:Entorno_consumo:Ejemplo y vivencia consumo
- BALC:Entorno_consumo:en pareja
- BALC:Entorno_consumo:Familiar
- BALC:Entorno_consumo:Grupo de iguales
- BALC:Entorno_consumo:Salidas con amigos
- BALC:Habilitación social consumo
- BALC:Lugar:Fuera del hogar
- BALC:Naturalización alcoholismo
- BALC:Naturalización consumo
- BALC:Presión social al consumo
- Cultura:carnaval:llamadas
- ENTORNO_CONSUMO
- Varones:Fútbol

◊ BALC_INICIO_PRECOZ

Members:

- BALC:iniciación:Vino y agua como refresco
- BALC:inicio:precoz
- BALC:Promoción consumo alcohol en niños y adolescentes
- BALC:Promoción consumo temprano
- Niñez

◊ BALC_PERJUICIOS_RIESGOS

Members:

- BALC:Conciencia efectos alcoholismo
- BALC:Conducción de vehículos y alcohol
- BALC:Efecto-:Ambiente laboral
- BALC:efecto-:Daño a terceros
- BALC:efecto-:Exacerbación de conflictos-alcoholismo
- BALC:efecto-:Impacto en vínculos-alcoholismo
- BALC:efecto-:Impacto familiar alcoholismo
- BALC:efecto-:Interacción alcohol/medicación
- BALC:Efecto-:Internación
- BALC:Efecto-:Pérdida de vínculos-alcohol
- BALC:Efecto-:Problemas de salud
- BALC:efecto:Vino triste
- BALC:Ejemplo para hijos-alcohol
- BALC:Intoxicación
- BALC:Pérdida de control
- BALC:riesgo:inconsciencia
- PM:Consumo de sustancias vs prácticas saludables
- PM:Dependencia

◇ BALC_VIOLENCIA

Members:

- BALC:Alcohol y Abuso sexual
- Violencia intrafamiliar
- Violencia verbal

◇ CONSUMO_DIVERSION

Members:

- BALC:Diversión sin alcohol
- BALC:Diversión y alcohol
- BZD:Diversión de manada

◇ CONSUMO_FUNCION_PROPOSITO

Members:

- BALC:Función:Alcohol como sustituto
- BALC:Función:Alcohol para olvidar
- BALC:Función:Mamarse
- FUNCION_CONSUMO
- Malestares:Necesidad de apagar las penas

◇ CONSUMO_INICIO

Members:

- BALC:Adolescencia
- BALC:Adquisición del hábito
- BALC:Adultez
- BALC:Alcohol y Transgresión
- BALC:Enculturación
- BALC:entorno:Aleatoriedad
- BALC:Entorno_consumo:Influencias para consumir
- BALC:Entorno_crianza
- BALC:Figuras_parentales:Figuras femeninas
- BALC:Inicio de consumo
- BALC:Primer contacto con la sustancia
- BALC:Reacción existencial al consumo de alcohol en su entorno
- Liceo

◇ CONSUMO_LUGAR

Members:

- BALC:Cantina
- BALC:Consumo:en bares
- BALC:Consumo:en barra
- BALC:Consumo:en domicilio
- BALC:Entorno_consumo:Clubes sociales
- BALC:Entorno_consumo:Fiestas
- BALC:Lugar de consumo
- BALC:Lugar_consumo:Jóvenes consumen en la vereda
- BALC:Lugar_consumo:Tomar en la calle

◇ CONSUMO_LUGAR_BAR

Members:

- BALC:Bar:Boliches de mostrador
- BALC:Bar:De borrachos
- BALC:Bar:De café
- BALC:Bar:De copas
- BALC:Bar:Espacio masculino
- BALC:Bar:lugar social masculino
- BALC:Bar_boliche
- BALC:lugar:Bar:Espacio de ocio
- BALC:Lugar:Mostrador bar
- BALC:Recorrida de boliches

◇ CONSUMO_PAUTA_FRECUENCIA

Members:

- BALC:Abuso de alcohol
- BALC:Beba con moderación
- BALC:Consumo sibarita
- BALC:Consumo social
- BALC:Consumo:disfrute
- BALC:Entorno:Alcohol social
- BALC:Frecuencia_consumo:Fines de semana
- Consumo:crónico
- Consumo:habitual
- Consumo:moderado
- Consumo:ocasional
- Consumo:permitido
- Consumo:problemático
- Consumo:prolongado
- Consumo:salvavidas

◇ CONSUMO_PUBLICIDAD

Members:

- BALC:Consumo BALC:Romantización ○ BALC:Publicidad ○ BALC:Publicidad no tradicional ○ BALC:Publicidad:Cautivar futuros clientes ○ BALC:publicidad:Iconos culturales como elemento promocional ○ BALC:publicidad:Influencers como elementos promocionales ○ BALC:publicidad:Influir en las personas ○ BALC:publicidad:La mujer como elemento promocional ○ PM:Morbo de los viejos

◇◇ CONSUMO_Y_CULTURA

Members:

- BALC:cultura:carnaval ○ BALC:cultura:cine ○ BALC:Cultura:Cine:Virilidad:007 ● BALC:Cultura:Influencia de la cultura en el consumo ○ BALC:Cultura:Televisión ○ Cultura:Radio ○ Cultura:Tango ○ Cultura:TV

◇◇ CULTURA_ALCOHOLICA

Members:

- BALC:género:Buenos tomadores ○ Cultura alcohólica

◇◇ ENFERMEDAD_TRASTORNOS

Members:

- BALC:Alcoholismo:Déficit vitamina B ○ BALC:efecto-:Cirrosis ○ BALC:Encefalopatía de Wernicke ○ BALC:Trastorno:Neuropatía ○ Crisis:Situaciones de eventual estrés ○ Enfermedad ○ PM:Enfermedad:Alzheimer ○ PM:Enfermedad:Mal de Parkinson ○ Somatización ○ Stress ○ TRASTORNOS ○ Trastornos:Angustia ○ Trastornos:Ansiedad ○ Trastornos:Ataque pánico ○ Trastornos:Del sueño ○ Trastornos:Depresión ○ Trastornos:Orgánicos ○ Trastornos:Psiquiátricos

◇◇ ETAPA_VITAL

Members:

- BALC:Adolescencia ○ BALC:Adulthood ○ BALC:Bar:Intergeneracionalidad ○ PM:Vejez

◇◇ FIGURA_PARENTAL

Members:

- BALC:Figura_parental:Irlo a buscar al bar ● BALC:Figura_parental:Jano alcohólico ● BALC:Prevalencia familiar de alcoholismo ● FIGURA_PARENTAL ● Figura_parental:Madre alcohólica ○ Figura_parental:Madre suicida ○ Figura_parental:Madre violenta ● Figura_parental:Padre alcohólico ● Figura_parental:Padre sobrio

◇◇ GÉNERO_MUJERES

Members:

- BALC:Condena social_alcohol_mujeres ● BALC:Discriminación-mujeres ● BALC:Dualidad de criterios_género_consumo ○ BALC:Impensable-alcohol-mujer ● BALC:Prohibición social consumo BALC mujeres ○ BZD:Tranquilizantes para soportar la violencia intrafamiliar ○ Género y bebidas alcohólicas ● Género: Prejuicios ○ Género:Normalización-prejuicios-genero ○ Mujeres ○ Mujeres: consumidoras prevalentes ● Mujeres: de la noche ● Mujeres:Ama de casa ● Mujeres:bebedoras ○ Mujeres:Dependencia económica mujer ● Mujeres:excluidas del bar ○ Mujeres:Histeria ● Mujeres:La mujer pide ayuda terapéutica ● Mujeres:liberadas ○ Mujeres:mayores ● Mujeres:Menstruación ● Mujeres:pasivas ○ Mujeres:Pedido de ayuda terapéutica ● Mujeres:Prostitutas ● Mujeres:psicofármacos:Explicación fisiológica ○ Mujeres:reproducen violencia masculina ● Mujeres:seductoras y sensuales ○ Mujeres:Sensualidad ● Mujeres:sumisas ● Mujeres:tolerantes frente a varón alcohólico ● Mujeres:Unas dejadas ○ Tolerancia femenina

◇◇ GÉNERO_ROLES

Members:

- BALC:Cambios en generaciones actuales ○ Género ○ Género:Machismo ●
- Género:Muliebridad ● GÉNERO:ROLES ○ Género:Roles masculinos ● Género:Roles:están cambiando ● Género:Ruptura de esquemas de género

◊ GÉNERO_VARONES

Members:

- BALC:Consumo ○ BALC:Desinhibición varón alcohol ● Género: Prejuicios ○ Varones ○ Varones:abusadores ○ Varones:alcohólicos ○ Varones:carnaval ● Varones:fuerte y galán ● Varones:Ganar tomando ● Varones:Hombre macho ● Varones:Hombre no llora ● Varones:Macho que aguanta todo ● Varones:Marlboro man ● Varones:obligación de ir al bar ● Varones:Omnipotencia masculina ○ Varones:omnipotentes ○ Varones:que consumen ○ Varones:que toman alcohol ○ Varones:sobrios ● Varones:Supremacía del macho ● Varones:todopoderosos ● Varones:Virilidad:Autobombo

◊ GÉNERO_VIRILIDAD

Members:

- BALC:Efecto:Desinhibición social ○ BALC:Efecto:Envalentonar ○ BALC:Proceso inconsciente ● Género:Virilidad ● Varones:Ganar tomando ● Varones:Hombre macho ● Varones:Hombre no llora ● Varones:Macho que aguanta todo ○ Varones:Mandato social ● Varones:Marlboro man ● Varones:Omnipotencia masculina ○ Varones:Potencia ○ Varones:Resistencia a buscar ayuda terapéutica ○ Varones:Soy mas macho ● Varones:Supremacía del macho ● Varones:Virilidad:Autobombo

◊ JUVENTUD

Members:

- BALC:Lugar:Migración de población consumidora ○ BALC:Lugar_consumo:Jóvenes consumen en la vereda ○ Jóvenes ○ Juventud ○ Juventud:Jóvenes potentes

◊ MALESTARES_Y_CRISIS

Members:

- BALC:Efecto-:Problemas laborales ○ Crisis ○ Crisis:Bullying ○ Crisis:De angustia ○ Crisis:Emocionales ○ Crisis:Existenciales ○ Crisis:Experiencias traumáticas ○ Crisis:Ideación suicida ○ Crisis:Problemas económicos ○ Crisis:Problemas familiares ○ Crisis:sustancias: Bastones que te ayudan a caminar ○ Función_consumo:Muleta química ○ Malestares ○ Malestares:Existenciales ○ Malestares:Frustraciones ○ Malestares:Magoas ○ PM:Pandemia ○ Suicidio

◊ Militancia

Members:

- Actividad sindical ○ Conspirar ○ Militancia estudiantil ○ Militancia_Tortura ○ Militar ○ Prisión política

◊ OTRAS_SUSTANCIAS

Members:

- Funcionar:Viagra ○ Otras_sustancias ○ Otras_sustancias:Cocaína ○ Otras_sustancias:Drogas ○ Relajante muscular

◊ PSICOFÁRMACOS

Members:

- BZD:Abandono medicación ○ BZD:Dependencia psicofármacos ○ BZD:Dosificación:Autodosificación ○ BZD:dosificación:logro ○ BZD:Escasa información_efectos terapéuticos y secundarios ○ BZD:Homeopatía ○ BZD:Moda ansiolíticos ○ BZD:Psicofármaco de

rescate ○ BZD:Psicofármacos tranquilizantes ○ BZD:Síndrome abstinencia ○
Psicofármacos:analgésicos ○ Psicofármacos:Analgésicos_ ○ Psicofármacos:Ansiolíticos ○
Psicofármacos:Antidepresivos ○ Psicofármacos:Benzodiazepinas ● Psicofármacos:consumo ○
Psicofármacos:Efecto secundario ○ Psicofármacos:Efecto terapéutico ○
Psicofármacos:Hipnóticos ○ Psicofármacos:Placebo ○ Psicofármacos:Polifarmacia

◇ PSICOFÁRMACOS_PRESCRIPCIÓN

Members:

○ BZD:Certificación Médica ○ BZD:Confianza en el médico ○ BZD:Demanda paciente ○
BZD:Dormir bien ○ BZD:Dosificación ○ BZD:dosificación:Experimentar en su cuerpo ○
BZD:Ensayo y error ○ BZD:Prácticas de Seguimiento de Prescripción ○ BZD:Psiquiatra ○
BZD:Renovación automática psicofármacos ○ BZD:Sobreprescripción ○ Crisis:Duelo ○
Género:Sesgo de género ○ PM:Dolores corporales ○ PM:Medicalización ○ Prescripción:Médico de familia ○ Prescripción:Médico general ○ Prescripción:Prácticas de Diagnóstico diferencial ○
Psicofármacos:Prescripción ○ Trastornos:Depresión

◇ RESIDENCIA:LUGAR_MODO

Members:

○ Residencia en el interior ○ Residencia:ELEPEM ○ Residencia:Interior del país ○
Residencia:Reside con pareja ○ Residencia:Residencia asistida ○ Residencia:Vive con su familia ○
Residencia:Vive sola

◇ TABAQUISMO

Members:

○ Cultura:Publicidad tabaco ○ Salud:Pulmones limpios ○ Tabaquismo

◇ VEJEZ

Members:

○ BALC: cambios generacionales ○ BALC:Aumento de consumo_edad ○ BALC:Consumo crónico en la vejez ○ PM:Aislamiento pandemia ○ PM:Dejarle lugar a jóvenes ○ PM:Desmitificar la vejez ○ PM:Dificultades de desplazamiento ○ PM:Falta de memoria ○ PM:Jubilación ○ PM:Participación ○ PM:Pérdidas:Resignarse ○ PM:Personas mayores ○ PM:Población de riesgo ○ PM:Redes de personas mayores ○ PM:Retiro ○ PM:Salud:Gerontólogo ○ PM:Sedentarismo ○ PM:Sexagenario ○ PM:Vejez ○ PM:Vejez como crisis existencial ○ PM:Vejez sana ○ PM:vieja/o inútil ○ PM:Viejas ○ PM:Viejos ○ PM:Viejos en bar ○ Residencia:ELEPEM ○ Tercera edad ○ Trayectoria de vida

◇ VEJEZ_ACTIVIDAD

Members:

○ PM:Actividad ○ PM:Actividad física ○ PM:Adicción a medios tecnológicos ○ PM:Cuerpo funcional ○ PM:Ejercicio físico ○ PM:Ejercicio físico para levantar el ánimo ○ PM:Mantener la lucidez ○ PM:Mantenerse activo ○ PM:Mover el esqueleto ○ PM:Poder correr ○ PM:Recuperación física

◇ VEJEZ_GANANCIAS_ESTRATEGIAS

Members:

○ BALC:Beber sin hielo ○ BALC:Bebida de buena calidad ○ BALC:Calidad y no cantidad ○ BALC:Exquisitez_bebida ○ BALC:Negación consumo ○ PM:Actividad:Yoga ○ PM:Alimentar la cabeza ○ PM:Amistades ● PM:Autocuidado ○ PM:Cambio proyecto de vida ○ PM:Coping limitaciones ○ PM:Creatividad ○ PM:Estrategias adaptativas ○ PM:Estrategias afrontamiento ○ PM:Estrategias creativas ○ PM:Estrategias de cuidado ○ PM:Funcionar:Vida sexualmente activa ○ PM:ganancias:Mejor poder adquisitivo ○ PM:Mantener la lucidez ○ PM:Ocio creativo ○

PM:Pérdidas/ganancias ◦ PM:pérdidas:El desafío es aceptarlo ◦ PM:Pérdidas:Resignarse ◦
PM:Recuperación física ◦ PM:Seguir funcionando

◊ VEJEZ_PERDIDAS

Members:

◦ BALC:Efecto-:Problemas Físicos ◦ PM:Calidad de vida ◦ PM:Dependencia física ◦
PM:Enfermedad ◦ PM:Falta de memoria ◦ PM:Jubilación ◦ PM:Limitaciones físicas ◦
PM:Limitaciones psíquicas_o_cognitivas ◦ PM:Mantener la lucidez ◦ PM:No hay proyectos ◦
PM:Pandemia ◦ PM:Pérdidas asociadas a la vejez ◦ PM:Pérdidas/ganancias ◦
PM:pérdidas:Disfunción eréctil ◦ PM:pérdidas:El desafío es aceptarlo ◦ PM:Pérdidas:Resignarse ◦
PM:Población de riesgo ◦ PM:Poder y ser ◦ PM:Problemas articulares ◦
PM:Productividad_Cambios ◦ PM:Proyecto de vida ◦ PM:Proyecto profesional ◦
PM:Rendimiento ◦ PM:Resiliencia ◦ PM:Seguir resistiendo ◦ PM:Temor a envejecer ◦ PM:Temor
pérdida facultades

◊ VEJEZ_PERDIDAS_GANANCIAS

Members:

◦ PM:Ganancias asociadas a la vejez ◦ PM:Pérdidas/ganancias

◊ VEJEZ_PPPP

Members:

◦ PM:Ausencia de PPPP ◦ PM:Ausencia del Estado