

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Montevideo, 2019

Mujeres con consumo problemático de sustancias toxicológicas en situación de vulnerabilidad y una aproximación al desencadenante psicótico.

Trabajo final de Grado

30 de octubre, 2019

Monografía

Tutor: Dr. Jorge Bafico

Revisora: Laura De Los Santos

Estudiante: Carolina García Ferraro

C.I.: 4.136.929-1

"Acechadas, señaladas, desvalorizadas por lo que no hacen, las disidentes de la feminidad son exigidas por la fuerza de las cosas y por las obligaciones, pero también políticamente por los otros y por el mundo patriarcal para que sean mujeres, para que sean de-y-para-los otros. Como no quieren y no pueden serlo, el conflicto sucede dentro y fuera de cada una. En diferentes grados, las mujeres se enferman y se narcotizan química e ideológicamente para evadir los hechos o los conflictos que les genera la feminidad...

Esta negativa no les permite constituirse en nuevos sujetos porque no construyen con éxito alternativas dentro y fuera, para sí mismas...Sufren mutilaciones y vacíos, carencias y ausencias..... Y no reconocen el daño sufrido y no reparan lo dañado ni en ellas, ni en el mundo".

Marcela Lagarde, 1993.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero agradecer por estar incondicionalmente a mi familia, a mi hermana de la vida Ana Rojas y amigas/os que estuvieron en el proceso de la elección de mi carrera y luego acompañándome en el transitar de ella.

A vos viejo quiero que a pesar de la distancia, no dejaste de estar un segundo pendiente en decirme que luche por mis objetivos, que no baje los brazos, que no deje de cumplir mis sueños y mis realizaciones personales.

Nona, abuela de mi alma que siempre me dijiste vas a ser “Una gran Psicóloga” y hoy gracias a la vida puedo compartir este sueño que era de las dos.

Al amor de mi vida Nicolás que apareció en la etapa más difícil, que es el cierre de mi carrera, donde comenzaron las ansiedades, las no dormidas por las noches, las horas de vida frente a un libro o una computadora y sin embargo el siempre ahí acompañándome, diciendome “Vamos, que vos podes”, con un “Te Amo”, un mimo, un almuerzo, una cena, una mateada, una risa, su escucha, en fin, siempre conmigo.

Y a vos principalmente mi querida facultad de psicología, que por años fuiste y seras una casa para mi. Donde me diste muchos aprendizajes, amigas, compañeras/os de estudio, mateadas en el patio, bailes de bienvenidas de generaciones, alegrías y también frustraciones, enojos, llantos frente a la pérdida de un parcial o examen, cuando materias no me gustaban, cuando me quedaba sin cupos, ¿ pero sabes que?, me enojaba pero siempre seguía adelante, jamás dude en abandonar esta carrera que es hermosa, porque aprendí que la vida se trata de eso de crecer frente a cualquier adversidad que se nos imponga y luchar por los sueños que una se propone y tiene como objetivo.

En fin Gracias por darme los mejores años de mi vida, por formarme en mi pasión, profesión y conocer tanta gente linda en este camino.

Tabla de Contenidos

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
Cap 1: Consumo y Género	6
Consumo	6
Género	11
Cap 2: Problemáticas del consumo, salud mental y psicosis.	14
Problemáticas del consumo	14
Salud Mental	17
Psicosis	20
Casos locos por Jorge Bañico: “El extraño caso de la mujer diablo”	25
Cap 3: El desencadenante de la psicosis en mujeres y su relación con el consumo.	27
Desencadenante psicótico por consumo de sustancias toxicológicas	27
Las mujeres y la relación con el consumo	30
Cap 4: Población vulnerable, (estigmas sociales) y abordajes terapéuticos.	31
Población vulnerable, (estigmas sociales)	32
Abordajes terapéuticos	35
Diferentes modalidades de intervenciones terapéuticas en Uruguay	38
CONSIDERACIONES FINALES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

RESUMEN

El siguiente trabajo monográfico está enmarcado sobre las mujeres y el uso problemático de sustancias toxicológicas y una aproximación al desencadenamiento Psicótico. Es así que se realiza un recorrido a través de una revisión bibliográfica sobre la historia de las drogas, la conceptualización de Género, la relación patológica del consumo problemático de sustancias toxicológicas y su desencadenamiento Psicótico, la exclusión social por la estigmatización a dicho género. Para esto es necesario hablar sobre la relación de la mujer con el consumo, el despertar patológico con el consumo y el estigma social existente frente a ellas, ya que el uso problemático de drogas en las mujeres genera un impacto social totalmente enfocado, desde la culpa, la exclusión no solamente a nivel social, sino hasta en el núcleo familiar, laboral, educativo, manifestándose una etapa de humillación, de vulnerabilización sin contención alguna dado que la literatura reporta a que se presentan menos modelos de prevención de riesgos y daños frente a las patologías duales en las Mujeres que en los hombres. Para poder visualizarlo es que se toman conceptualizaciones bibliográficas de nuestro país y del mundo, donde se pueden observar la afectación y consecuencias que se desarrollan en la salud integral tanto en la mujeres adictas, como mujeres con patologías duales. Observar las carencias existentes de información frente a dicha temática y la falta de modelos de intervención a la hora de prevenir o cuidar de las Mujeres Adictas o Mujeres adictas con patologías duales, es un aporte que podemos hacer como psicólogos, concientizando y realizando un trabajo de prevención sobre riesgos, teniendo en cuenta que estas mujeres atraviesan diferentes momentos y etapas especiales de sus vidas, donde se producen muchos cambios y donde socialmente la drogadicción en mujeres y cualquier otro daño psicopatológico, las expone desde una mirada que quedan muy estigmatizada abocándose al tema género específicamente, es decir por el simple hecho de ser MUJERES.

Palabras clave: Drogas- Mujeres -Consumo problemático-Psicosis- Reducción de riesgos y daños.

INTRODUCCIÓN

Para la elaboración de mi Trabajo Final de Grado opte por la realización de una Monografía, para acceder a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República con la temática “Las mujeres con consumo problemático de sustancias toxicológicas en población de vulnerabilidad y una aproximación al desencadenante Psicótico”.

El interés por la temática surgió a partir del recorrido realizado en Facultad de Psicología, de la Universidad de la República, tanto en las distintas asignaturas cursadas y formaciones extra curriculares. También el pasaje voluntario laboral en clínica de adicciones y por el Centro Penitenciario de Mujeres de Canelones significó a nivel personal la apertura al pensamiento crítico sobre dicha temática, entendiendo que el ejercicio práctico en estos contextos nos aporta una mirada integral sobre el consumo problemático de sustancias en mujeres y su desencadenantes de la producción de patologías duales.

Me pareció pertinente observar la falta de información sobre la prevención, entre otras preocupaciones sobre el tema.

Las experiencias en territorio me permitieron tomar contacto con distintas realidades de las mujeres, inquietudes, deseos, miedos, y las fortalezas que también pueden surgir al enfocarme en estos temas.

El propósito de dicho trabajo se enmarca en el entendimiento situacional del uso problemático de sustancias toxicológicas en las mujeres y la relación de una aproximación a desencadenante de patologías duales en este caso la psicosis. Por otra parte como observar la estigmatización del género “Mujer” existente en la sociedad. Se pretende dar cuenta de la gravedad de dicha problemática, desde una mirada de nuestro país como en el resto del mundo, tema del cual ya no nos es indiferente.

Debido a que el consumo de drogas es un fenómeno complejo y heterogéneo, existe una amplia variación de los tipos de sustancias y sus formas de consumos dependiendo de los distintos contextos sociales y sujetos, diferentes estados, donde pueden llegar a ser más o menos problemáticos.

Abordar la temática y saber sobre la misma permite estar más preparados como profesionales para poder trabajar con la población, y poder estar informados sobre las causas y consecuencias de las situaciones de los desencadenantes psicóticos en las mujeres, bajo los efectos de sustancias toxicológicas.

De esta manera es que se realiza un recorrido de conceptos sobre las drogas y el consumo problemático, género, mujer, salud mental, psicosis, estigmatización social, mujeres en población vulnerable. La búsqueda se realizó a través de las bases de datos: EBSCO, Portal Timbó, SciELO, Redalyc y Google Academic; siendo seleccionados diferentes artículos académicos.

Es fundamental poder dar cuenta y visibilizar la importancia de este asunto, y las carencias que existen en nuestro país sobre la información y prevención de dicha temática.

Este trabajo se desarrolló en capítulos, capítulo primero: consumo problemático y género, capítulo dos: Problemáticas del consumo, salud mental y la psicosis, capítulo tres: el desencadenante de la psicosis en mujeres y su relación con el consumo, capítulo cuatro: población vulnerable, (estigmas sociales) y abordajes terapéuticos y por último un apartado de consideraciones finales en torno al trabajo realizado.

Se espera poder lograr un pasaje crítico por la literatura científica a lo largo de la historia de la sobre el consumo de sustancias toxicológicas en mujeres, ver la aproximación de los desencadenantes psicóticos en mujeres, como el género afecta e incide directamente en los estigmas sociales de nuestra época y cómo desde nuestro rol en las disciplinas sociales podemos abordarlo.

Cap 1: Consumo y Género

Consumo

Se manifiesta que el consumo de drogas ha existido desde épocas inmemoriales en todas las culturas, se ha expandido considerablemente a partir del siglo XX, siendo en sí un fenómeno de masa y generando problemas para la Salud Pública (Ramirez-Andrade, 2005).

Su existencia históricamente había estado asociada a ritos y ceremonias religiosas, y culturales por lo que no generaba dificultades a nivel salud. (Salazar y Arrivillaga, 2004).

Debido al creciente aumento, se puede observar que las intervenciones no están siendo ni tan rápidas, ni eficaces, ya que sigue siendo aún hoy en el siglo XXI una problemática que preocupa a las diferentes culturas, gobiernos, países; y que sigue siendo motivo de investigación y generándonos tantas preguntas.

Bauman (2004) nos muestra que hay un cambio en la naturaleza del consumo. Antes, todo ser humano tenía que consumir para mantenerse vivo, tenían un número fijo de “necesidades” que debían “satisfacer” para sobrevivir; era el consumo como servidor de la necesidad. “Cuando ésta estaba satisfecha no tenían que seguir consumiendo”. Actualmente en esta sociedad de consumo y de cultura consumista, su rasgo principal no es el aumento que hay del mismo, sino que éste no tiene límites, no hay “normas”. Ahora “el consumo es su propio fin, un fin autopropulsado” (Bauman, 2004). “La sociedad de consumo y el consumismo no tiene nada que ver con satisfacer necesidades” (...) que lo que nos lleva a consumir ahora no es la necesidad sino el deseo, un fenómeno mucho más volátil y efímero, huidizo y caprichoso (Bauman, 2004).

Freixa, Soler Insa y Cols. (1991), hacen referencia a las sustancias y sus diferentes categorizaciones según la estructura química de cada sustancia, su origen si son naturales, sintéticas o semisintéticas, su acción metabólica o química, consideraciones sociológicas siendo sustancias legales o ilegales, y como se manifiesta en el organismo.

Babor, Obot y otros, en el 2010, hablan que el término droga, se refiere a una sustancia que puede influir en procesos cerebrales vinculados con la gratificación y el placer. En general, lo usamos para referirnos a las sustancias controladas o prohibidas por disposiciones jurídicas, a las que también se les puede llamar drogas ilegales. Esta definición abarca a sustancias farmacéuticas que pueden tener valor terapéutico y que son desviadas a usos médicos como

los analgésicos, así como a las sustancias más comunes prohibidas en la mayoría de los países, como la heroína, la cocaína y el cannabis.

Por otra parte, según la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2010), el término adicción se ha puesto como una etimología que ha generalizado un delis: el adicto resiste al decir y por eso mismo incurre en el consumo de sustancias. Esta afirmación es un lugar común en muchos textos, y al anudar etimología con etiología de una forma tan sencilla y efectiva, debemos analizar ese lazo. La etimología, a lo sumo, puede mostrarnos que hay términos que han sido contruidos en horizonte histórico y cultural, o términos de los que la historia y la cultura se han apropiado para nombrar algo que no tenía nombre.

Durante las últimas décadas, según Otero López, en 1997, las adicciones han sido consideradas como un problema social que afecta a todo tipo de sectores de la sociedad, la cultura, las familias, la economía, posición de género, entre otras situaciones. Por ende el uso de sustancias psicotrópicas aparece como una de las actividades más antiguas de la humanidad. Han sido empleadas con fines curativos, religiosos y placenteros como se mencionó anteriormente, por otra parte su cantidad y tipo de uso han tenido diversos significados simbólicos a lo largo de la historia. Las diferentes posturas culturales en torno a las drogas han variado considerablemente de un momento y lugar a otro, asimismo su significado simbólico se ha modificado en la misma medida. Se considera a la problemática de las drogas como un fenómeno mundial, con repercusiones a nivel nacional, sobre todo, en los derechos humanos e integración social, en el bienestar de las personas, en la salud y en la seguridad pública. Es un fenómeno social complejo y dinámico, anclado en factores económicos, políticos y culturales, que impacta en todos los estratos sociales (JND, 2011), en Uruguay. Esquemáticamente, se pueden distinguir tres momentos: 1) Hasta los años sesenta cuando el uso de la droga se restringía al ámbito privado o a pequeñas comunidades, y generaba una adhesión más o menos marginal; 2) En los años ochenta hay una difusión masiva: las adicciones pasan a convertirse en un problema de salud pública y aparecen en los manuales de psiquiatría, y 3) Desde entonces aparecen como un problema de seguridad, debido la incursión del narcotráfico (Courtwright, 2001).

En sociedades anteriores al capitalismo, su uso se relacionaba a lo mágico religioso, como vía de comunicación trascendental. Es en la Modernidad y con la gestación del capitalismo que surge la problemática del uso de drogas, como es concebida en nuestros días, cuando, por

ejemplo, pasan a regirse por leyes de mercado (Giménez, 1998).

Con el correr del tiempo se pasa por diferentes usos de las drogas: inspiración, búsqueda de nuevas sensaciones y efectos adversos de las mismas, conexión con los dioses; y es ahí donde el hombre empieza a experimentar el Peyote (México), la Ayahuasca (Amazonia), Opio (Asia), la Cocaína (América), y luego con la intervención de las ciencias se experimentó el uso de otras sustancias sintéticas. Al comienzo las sustancias tenían un uso "local", pero con la industrialización y el mercado se fueron expandiendo por todo el mundo.

Guillermo Garat (2013), plantea que a finales de siglo XIX y principios de siglo XX el extracto de cannabis, los cigarrillos de cannabis índico, el clorhidrato de cocaína, las hojas de coca, el opio y sus derivados (entre ellos morfina, heroína y láudano) se utilizaban terapéuticamente pero también para la recreación (p.4). Llegan a Uruguay diversas sustancias, y casi a finales del siglo XIX, todas las drogas que hoy conocemos como ilegales, se reservaban en los botiquines de las casas administradas por los médicos de las personas, o eran vendidas libremente en las farmacias. Las drogas en nuestro país (Uruguay), tenían usos terapéuticos (anginas, trastornos del sueño, dolores de muela, etc), así como también en el ámbito del arte muchos poetas, escritores y músicos de la época utilizaban la droga con un fin más recreativo.

Tras los retrocesos económicos y sociales que surgieron en América Latina en la década de los 80, la mayoría de los países hacia la década del 90' tienen un ingreso per cápita notoriamente menor, con signos de pobreza y muchos problemas demográficos con aumento de las migraciones hacia las zonas urbanas. Junto a esto, una notoria quiebra de los servicios básicos como la salud, la educación y el funcionamiento general de las familias.

En esta misma época, muchos de los países restablecen la democracia, recuperaron sus libertades políticas y culturales, pero aun así no lograron revertir la crisis. Aquí es que surge una nueva problemática, porque se acentúa en el uso de sustancias, incrementando el factor de riesgo que tiene que ver con la salud. La figura que se presenta nos manifiesta:

"La política de Drogas y el Bien Público"(2010): Cómo se relacionan los efectos tóxicos, la intoxicación y la dependencia con la dosis de la droga, las modalidades de uso y la vía de administración de la droga, a su vez cómo éstas medían las consecuencias del uso de drogas para el usuario individual.

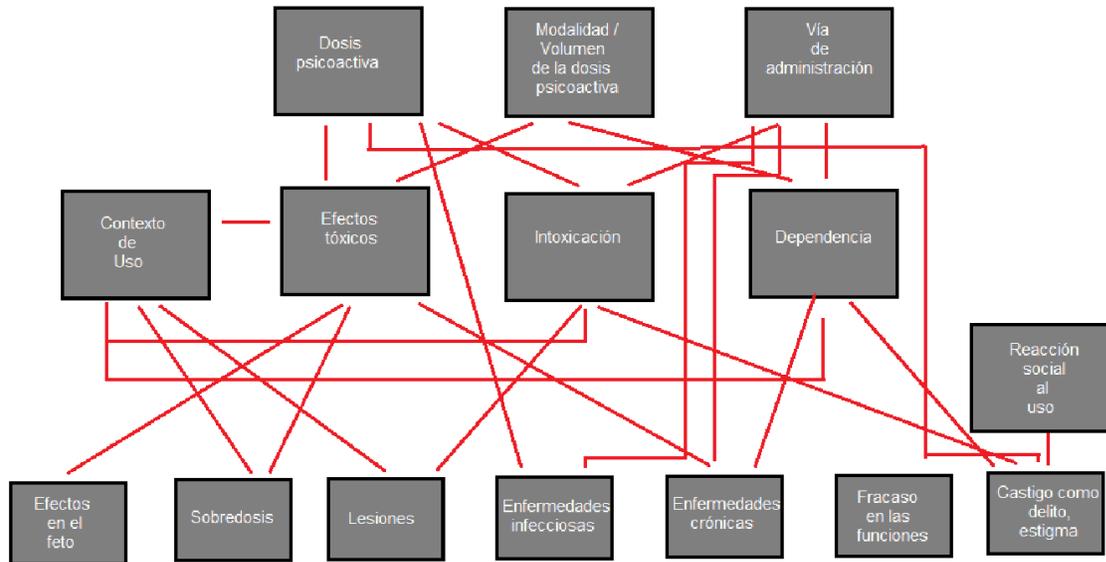


Figura "La política de Drogas y el Bien Público"(2010): Cómo se relacionan los efectos tóxicos, la intoxicación y la dependencia con la dosis de la droga, las modalidades de uso y la vía de administración de la droga y, a su vez, cómo éstas medían las consecuencias del uso de drogas para el usuario individual.

La figura expuesta ilustra, cómo distintas consecuencias del uso de drogas se asocian con las dosis de la droga, las modalidades del consumo y la forma de administración de la droga. Se observa que el daño puede ser resultado de tres aspectos del uso de la droga: la dosis, la modalidad de consumo y la vía de administración.

Se muestran tres presuntos mecanismos de acción que explican esas asociaciones:

- 1) Efectos tóxicos y otros efectos bioquímicos de las drogas.
- 2) Efectos psicoactivos que dan como resultado la intoxicación.
- 3) La dependencia.

El primer aspecto, la dosis de la droga, varía de apenas intoxicante a letal y a menudo se relaciona con la “pureza” de la droga en el momento que se vende. En general, cuanto mayor sea la cantidad tomada en una ocasión específica, más probabilidades de riesgos (p.17). En la política de drogas y el bien público (2010), se plantea que el usuario experimenta efectos agudos, como la intoxicación y la sobredosis; y cuanto más grande sea la cantidad a lo largo del tiempo, más probable es que el usuario/a experimente efectos tóxicos. La segunda causa de daño es la modalidad de consumo, dicha modalidad se refiere a la frecuencia y la variabilidad del uso de la droga. Algunas personas usan la droga de manera intermitente, por ejemplo, en los fines de semana u ocasiones especiales, mientras que otras la consumen todos los días.

Por último el tercer aspecto, la vía de administración se refiere a la forma en que se consume la droga, es decir puede ser fumando, que se ingiera, aspire, inyecte o se tome en alguna otra forma.

En “La política de drogas y el bien público” (2010), dice que las vías de administración y las modalidades del uso de la droga se relacionan con el daño en varias formas. En primer lugar, la cantidad de droga consumida en una determinada ocasión puede superar el nivel de tolerancia del individuo y llevar a una sobredosis y posiblemente la muerte. En segundo lugar, una modalidad constante de uso de la droga, como por ejemplo fumar cannabis diariamente, puede conducir a efectos crónicos, como el cáncer de pulmón u patologías duales.

Por otra parte se presentan además de los efectos tóxicos específicos de la droga, como consecuencia se manifiestan diferentes tipos de problemas debido a la capacidad de alterar la conciencia y el raciocinio o la coordinación psicomotora del usuario/a. El efecto intoxicante de una droga, en particular con dosis elevadas, puede contribuir a que se produzcan lesiones, reacciones de pánico, desorientación, violencia, paranoia, alucinaciones, delirios, una Psicosis delirante aguda y una serie de otros problemas psiquiátricos o médicos.

Nowlis (1982), plantea tres elementos básicos para pensar el uso de drogas: El contexto social y cultural, la persona y la sustancia. Es decir que cada sociedad aprueba o condena el uso de ciertas drogas, e indica quiénes pueden utilizarlas y en qué condiciones se consumen. Si estamos hablando de consumo de sustancias toxicológicas y de sus efectos no podemos dejar de hablar de sus diferentes usos, los cuales se visualizan como: uso, abuso y dependencia. Si hablamos del uso de sustancias, consiste en un consumo de fines de semana u ocasionalmente que generalmente es regalada o compartida. No afecta en la vida laboral,

escolar o de pareja. No se considera tener episodios de intoxicación y uno de sus objetivos es la búsqueda de cambios de sensaciones (2009, p. 34). Por otra parte el abuso de drogas, alcohol, sustancias químicas o sustancias psicoactivas, son un grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados (2009, p. 34). El término abuso se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10), (excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia), las expresiones de consumo perjudicial y consumo de riesgo ("hazardous use"), son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos, también desaconseja el empleo del término "abuso", aunque expresiones tales como "abuso de sustancias", siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas

Luego de platicar sobre el uso y abuso, por último falta la conceptualización de la dependencia a las sustancias. El DSM-IV (1995), define a la adicción o dependencia de sustancia como "un patrón desadaptativo del consumo de la sustancia, que provoca un malestar. Por ende la dependencia se refiere a la forma de uso de una droga, es decir a cuando esta práctica adquiere un lugar central en la vida de la persona, presentando un uso con fuerte estructuración de la identidad en torno a su consumo.

Género

Cuando enunciamos la conceptualización del Género Mujer en relación a sustancias toxicológicas, se presenta que a lo largo de la historia de la humanidad, existen relaciones de poder entre los géneros, se las han colocado en una posición de subordinación, lo cual se ha generado en sus vidas condiciones de desigualdad social, económica, subjetiva, sexual y política. Para poder visualizar algunas percepciones sobre el consumo de sustancias en el género mujeres, debemos saber qué hablamos cuando hablamos del concepto género.

Género refiere a las ideas, características y expectativas ampliamente compartidas dentro de una sociedad, sobre cómo hombres y mujeres deberían comportarse en diversas situaciones y

que roles deberían ocupar, (Lamas, 1994).

Por este motivo se establecen una serie de actitudes y comportamientos que son aceptadas o esperables para ellos y otras que le están prohibidas.

El uso de la categoría género para referirse a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos (Lamas, M. 1994:2).

Por otra parte, Sánchez Pardo (2012), menciona que los rasgos que cada cultura considera característicos de la feminidad y la masculinidad, son el origen de las desigualdades de género o la falta de equidad entre hombres y mujeres. Estas características trascienden las diferencias entre los sexos, centradas exclusivamente en aspectos biológicos. Por tanto, se utiliza la expresión género para describir las diferencias entre hombres y mujeres basadas en factores sociales o culturales, y sexo para referirnos a las características que vienen determinadas biológicamente.

Bourdieu (1998), observa que las desigualdades que existen actualmente entre varones y mujeres, no están constituidas en una diferencia sexual “natural”, sino que es través de la cultura que las personas hemos sexualizado nuestros cuerpos, ordenando así la sociedad, creando así una hegemonía masculina y una subordinación femenina que funciona de manera naturalizada.

La división de género dominante en cada sociedad asigna a hombres y mujeres roles sociales diferentes y determina un conjunto de pautas de conducta obligadas, permitidas o prohibidas a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos. Nacer “hombre” o “mujer” implica vivir con distintos valores, creencias y actitudes.

Durante siglos la organización social se fundamentó en un modelo tradicional jerarquizado. Basado en la distribución del trabajo en función del género. Este modelo se organizaba en torno a dos ámbitos: el público (el espacio productivo, social y de representación política), asignado a los hombres, y el privado (el espacio familiar y del cuidado del hogar y de los hijos), asignado en exclusiva a las mujeres. Esta forma de organización social, soportada en la supremacía del ámbito público-productivo sobre el ámbito privado-familiar (lo que permitía a los hombres disfrutar de más poder y reconocimiento social, relegando a las mujeres al ámbito de lo privado, a la invisibilidad y la falta de proyección social), se tradujo en la existencia de importantes desigualdades entre hombres y mujeres, época patriarcal según, Alejandro Jodorowsky, que limitaban la presencia y participación de estas últimas en el mundo laboral, la

educación, la participación política y en general en la vida social.

Jodorowsky nos dice al respecto que el patriarcado sostiene que la idea de superioridad del hombre se extiende a las mujeres de la sociedad en general. Así, el patriarcado se hace presente tanto en el sistema familiar como en ámbitos públicos, donde el rol de la mujer queda sujeto a los roles que el poder masculino le asigne. Por lo tanto las relaciones de género tradicionales implican también la existencia de desigualdades en relación a la salud y a las relaciones con las drogas en las mujeres.

Por otra parte debido a los procesos de industrialización y los cambios culturales, políticos y en la organización familiar y social que le acompañaron, supusieron la aparición de unas nuevas relaciones de género más igualitarias. De este modo, el modelo tradicional de los roles femeninos y masculinos, claramente sexista, está siendo superado por una realidad en la cual las experiencias vitales de las mujeres han dejado de estar asociadas exclusivamente al ámbito de la familia y la maternidad para incorporar una dimensión pública relacionada con el empleo retribuido y la participación, en situación de relativa igualdad con los hombres, en prácticamente todas las esferas de la vida social y económica.

Los estudios epidemiológicos en el texto “Género y Drogas”, (2012, p. 18 y 19), indican que las mujeres con problemas de adicción a las drogas se ponen en tratamiento para superarlos en menor proporción que los hombres. Esto es debido a que las mujeres se encuentran con mayores barreras que los hombres para poder ver la enfermedad de la adicción o patología dual, por otra parte para poder iniciar un tratamiento de adicciones o cuidados de prevención en riesgos. Es decir que no solamente que las mujeres cuentan con menos apoyo familiar y social, sino que el inicio de un tratamiento “supone”, con frecuencia abandonar sus responsabilidades en el cuidado del hogar, los hijos menores, etc. Por mencionadas situaciones y más, ellas temen hacer pública su adicción o una enfermedad patológica producida a raíz del consumo, ya que sus miedos principales es la retirada de la custodia de los hijos. Dicho género tiene una evolución menos positiva o favorable que los hombres cuando se incorporan a tratamientos de las adicciones.

En la menor eficacia de los tratamientos de las adicciones entre las mujeres influye el hecho de que muchos de los servicios asistenciales del área sanitario, no están adaptados a las necesidades particulares de las mujeres, así como la presión que el propio entorno familiar ejerce para que el tratamiento termine lo antes posible y así las mujeres puedan asumir de nuevo sus responsabilidades en el hogar (que con frecuencia priorizan el cuidado de los hijos y el hogar frente a su propia rehabilitación).

Hombres y mujeres tienen diferentes características físicas (peso, altura, funcionamiento hormonal, tipo de respuesta biológica ante las drogas, etc.), psicológicas (autoestima, habilidades cognitivas, respuestas emocionales, etc.) y circunstancias sociales (reconocimiento, valoración y participación social) que justifican el distinto impacto de los consumos de drogas.

Veamos algunos elementos característicos de las adicciones a drogas presentes en las mujeres (Sánchez Prado, 2012):

- ▶ Las mujeres adictas a drogas se inician al consumo más tarde que los hombres, habitualmente a partir de relaciones con parejas adictas a drogas.
- ▶ Si bien el inicio del consumo es algo más tardío en el caso de las mujeres, las adicciones se instauran y progresan de manera más rápida entre ellas.
- ▶ Las mujeres tienen razones diferentes para seguir consumiendo drogas y demandan tratamiento menos que los hombres.
- ▶ La severidad de las adicciones es mayor entre las mujeres.
- ▶ Las mujeres disponen de menos recursos asistenciales de tratamientos de recuperación o de mayores dificultades para acceder a los mismos, en especial cuando tienen hijos menores.
- ▶ Las mujeres mantienen, en general, una evolución menos favorable en los tratamientos de las adicciones, con una menor adherencia terapéutica y un pronóstico más negativo, fenómeno que se relaciona con el hecho de que los servicios asistenciales no tienen en cuenta las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres, así como con las presiones que reciben del entorno familiar para concluir el tratamiento y asumir sus responsabilidades familiares.
- ▶ Las adicciones femeninas tienen un mayor impacto en el ámbito familiar y social.

- » Tienen más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres y disponen de menos apoyo familiar y social para enfrentar las adicciones.

- » Aunque las mujeres consumen menores cantidades de las diferentes drogas que los hombres, los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves, teniendo mayor riesgo de sufrir enfermedades.

- » Las mujeres presentan en mayores porcentajes que los hombres otros trastornos psiquiátricos asociados a la dependencia a las drogas.

- » La exposición a experiencias traumáticas (abusos sexuales, maltrato físico o psicológico) en la infancia y la vida adulta, es muy superior entre las mujeres adictas que en los hombres.

Aunque el porcentaje de mujeres con problemas de abuso o dependencia a las drogas es sensiblemente menor que el de hombres, los problemas que presentan las mujeres tienen una mayor gravedad y cronicidad, por ende deberían ser merecedoras de una atención específica y adecuada.

Marcela Lagarde (2001) manifiesta que “cada mujer tiene una particular, capacidad de sobrevivir, de asumir cierta subjetividad personal y de crear una identidad propia”.

Por ende, el consumo de drogas en dicho género es definido, como problemático sobre todo cuando han abandonado o ponen en peligro el correcto cumplimiento de lo que serían de alguna manera los roles tradicionales del género mujer.

Posteriormente se identificó que debido a la asignación de atributos de género y roles, se definen a su vez los espacios de actuación para el consumo de sustancias con gran diferencia para hombres y mujeres. Se propone que mientras a los hombres se les ha asignado como espacio de consumo los lugares públicos, a las mujeres se le ha determinado los espacios del mundo privado familiar dejándolas expuestas, donde tienen mayor contactos con los afectos, mientras a los hombres se le ha asignado el mandato de sostener el equilibrio económico, a las mujeres se les asigna el mandato de sostener el equilibrio familiar, emocional dejando de lado su situación en particular, que es su enfermedad a las adicciones. Lo cual durante épocas y hasta hoy en día, las mujeres sufren de un estigma social por ser “mujeres adictas”, no solo

sufriendo una exclusión a nivel social, sino también por la mirada de los otros, a veces aparecen las miradas negativas desde su propio núcleo familiar, también a veces dentro de grupo de pares de adictos, es decir desde sus propios espejos, que la debido miradas del hombre adicto en algunos casos es excluyente con el sexo opuesto.

Las mujeres se sienten perturbadas por la culpa, por los mandatos sociales, olvidándose que tienen una enfermedad como la adicción que ellas mismas las padecen con el sufrimiento personal, ya que no eligieron ser adictas a sustancias toxicológicas, pero constantemente procesan la humillación social donde el mandato les dice que “deben ser buenas mamás, amas de casa, buenas mujeres, etc”. Brevemente si hablamos de la estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema, la ausencia de petición de ayuda para superar el mismo o su demora hasta que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral resultan insostenibles. No solo en Uruguay, sino también a nivel nacional como internacional, la información sobre el consumo de drogas en mujeres es limitada, . Las mujeres con consumos problemáticos de drogas o trastornos adictivos no mantienen pautas adecuadas para el cuidado de su salud, pudiendo descuidar su alimentación, higiene personal, el cumplimiento de ciertos tratamientos médicos o mantener prácticas de riesgo relacionadas o no con el consumo de drogas, que impliquen riesgos añadidos sobre su salud

Cap 2: Problemáticas del consumo, salud mental y psicosis.

Problemáticas del consumo

Si hablamos de consumo problemático, bajo la denominación de droga o sustancia psicoactiva se designa a toda sustancia química de origen natural o sintético que una vez que ingresa al organismo puede provocar una modificación en el estado de ánimo de la persona o en su percepción de la realidad, a través de su acción directa sobre el Sistema Nervioso Central

(SNC), sin importar si es mujer o hombre (Fernández y Lapetina, 2008, p 37).

El consumo de drogas es un fenómeno complejo y heterogéneo, en el que existe una amplia variedad de sustancias consumidas de distintas formas, por diversas personas, en diferentes contextos y que pueden dar lugar a variados tipos de sustancias más o menos problemáticas. Dentro de la clasificación de drogas encontramos gran variedad, las cuales puede ser (estimulantes, depresores, alucinógenos y drogas de síntesis), con diversidad de efectos a nivel del sistema nervioso central y consecuentemente diferentes tipos de daños. Se presenta las drogas depresoras que entorpecen el funcionamiento habitual del SNC, (bebidas alcohólicas, psicofármacos, opiáceos, etc.), con efectos que pueden ir desde la desinhibición hasta el estado de coma, las drogas estimulantes que aceleran el funcionamiento habitual del SNC, creando estados de insomnio, hiperactividad y agitación (pasta base de cocaína, anfetaminas, nicotina, otros.) y por otra parte las drogas perturbadoras, generar estados en los cuales aparecen distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones (Ácidos (LSD), cannabis y sus derivados, otros.)

Se entiende por uso problemático de drogas a cualquier tipo de uso de sustancia lícita o ilícita que compromete negativamente a una o varias de las áreas vitales del sujeto, estas se ven afectadas mediante comportamientos de riesgo que ejerce la persona en el cual puede verse comprometido el daño a sí mismo, así como a su entorno.

No toda persona que se relaciona con una sustancia, presenta un consumo abusivo o una adicción a la misma. Las áreas que pueden verse comprometidas son: su salud física y/o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, amigos, pareja), sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio), sus relaciones con la ley (Fernández y Lapetina, 2008).

Cabe destaca que se puede dar el consumo experimental, donde luego comienza a generarse una dependencia física creando secuelas en el aspecto no solo física, sino también psíquica. El término dependencia, según Fernández y Lapetina hace referencia a:

(...) Aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere un lugar central en la vida de la persona, es decir, se trata de un uso pautado por una fuerte estructuración de la identidad en torno al consumo de la sustancia (2008, p.38).

Por otra parte el consumo problemático puede llevar a los sujetos a padecer una patología dual, la cual es definida por el Manual de Psicopatología DSM-V (1995), como “aquellos sujetos

que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental” .

Se superponen entonces la adicción y otro trastorno mental como por ejemplo: trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, del espectro psicótico, Trastorno Déficit Atención e Hiperactividad (TDAH), diferentes rasgos y trastornos de personalidad.

En cuanto a los usuarias de drogas con patología dual, hay que señalar que nos encontramos con un significativo porcentaje en el mundo, de consumidoras de sustancias toxicológicas que presentan además alguna patología psiquiátrica. En este sentido, Ortiz explica que la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y el abuso o dependencia a drogas no es un problema nuevo, sin embargo en los últimos años está cobrando cada vez más importancia e incluso, se ha aceptado el término diagnóstico dual o trastorno dual para referirnos a dicha tematica. La patología dual es un problema cada vez mayor, es una realidad que los trastornos psiquiátricos y las conductas adictivas están estrechamente unidas. En diversos estudios se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre dependencia a sustancias y enfermedades, en opinión de Minoletti (2000), “el sufrir cualquiera de estos dos problemas, se asocia con un mayor riesgo de llegar a tener el otro”. Este mismo autor considera que una de las características de la Patología Dual es el peor pronóstico que tiene en comparación a cada uno de sus componentes por separado, tanto por la peor respuesta a las distintas formas de tratamiento, como por el mayor número de complicaciones físicas, psicológicas y sociales asociadas.

La presencia de patologías duales entre las mujeres usuarias de drogas es notablemente mayor que en los estudios de adictos varones, sobre todo por los trastornos afectivos se refiere, al igual que la presencia de trastornos adictivos en el entorno familiar inmediato de las toxicómanas. La cuestión del género “mujer”, conlleva y añade en muchos casos una sobrecarga de obligaciones vividas como consustanciales a sus roles, presentan una sobre exigencia en algunos casos y en otros sobre añade un estrés psíquico por varias razones, entre ellas: lo imperceptible de la tarea y la invisibilidad del esfuerzo que realizan las mujeres, su exclusión de la sociedades y su estigmatización. La posición de las mujeres frente a los consumos de drogas, se explica y se argumenta alrededor de una supuesta carga mayor de exigencia, de un nivel muy superior en la asunción de responsabilidades y en la demostración de “fortaleza” (Rodríguez, 2001: 26). La situación social de la mujer continúa en gran parte

rigiéndose por los mismos patrones sociales y culturales impuestos a lo largo del tiempo, transmitiendo unas expectativas sociales de realización personal que la hacen ser más. La relación entre el uso de drogas y los trastornos psiquiátricos es muy estrecha. El consumo de drogas suele producir trastornos psiquiátricos como no, en los casos que así lo sea son bastantes los sujetos con trastornos emocionales que utilizan las drogas para mitigar determinados estados emocionales. En otros casos, los fenómenos relacionados con la acción tóxica de las drogas en el organismo, son los elementos causales de trastornos como la intoxicación, el síndrome de abstinencia o el delirium. La evolución de la propia dependencia, con las complicaciones físicas, psicológicas y sociales, puede cristalizar en trastornos psiquiátricos como las depresiones.

El problema de la patología psiquiátrica asociada al uso de sustancias es distinguir cuando está relacionada con la ingesta o con la abstinencia, y cuando se trata de trastornos independientes. Es decir, diferenciar los trastornos inducidos por la intoxicación, aguda o crónica, o por la abstinencia, de la auténtica comorbilidad. El término de comorbilidad psiquiátrica indica que existe una cierta asociación entre los trastornos psiquiátricos y los problemas por el uso de drogas. En ese sentido se señalan los trastornos que suelen preceder a la dependencia, los que pueden darse consecutivamente o aparecer durante la evolución de la dependencia. En fin cuando se habla de patología dual, se quiere hacer especial hincapié en que los dos tipos de trastornos están presentes, de forma independiente.

Comorbilidad frecuente de los trastornos relacionados por sustancias toxicológicas

- Trastorno del Estado de Ánimo: Depresión, Trastorno Bipolar.
- Trastorno de Ansiedad: Fobia Social, TAG (la abstinencia misma de la sustancia genera el trastorno).
- Trastornos Psicóticos: Esquizofrenia, Trastorno de Ideas Delirantes Persistente (paranoia).
- Trastornos de la Personalidad: sobre todo del cluster B: Borderline (TLP) y antisocial.

Salud Mental

A través de los devenires de las concepciones de enfermedades mentales se fueron implementando prácticas de disciplinamiento y control como forma de depuración social (Foucault, 1990). La “locura” fue catalogada como peligrosa, portadora de riesgos y la psiquiatría fue la ciencia encargada de categorizar y controlar (Foucault, 1999).

Según Castel (1980), el manicomio significó el despliegue de una tecnología hospitalaria dedicada a la normalización y represión a través del encierro, como lugar de invisibilidad donde la sociedad, el desamparo y pobreza entre otras patrocina la exclusión social y alimentan el sufrimiento mental (Galende, 2004).

Los procesos de estigmatización en el campo de la Salud Mental, tienen condiciones de producción socio-históricas. El manicomio es oficiando como dispositivo, ha producido una forma de depuración social con el aislamiento y el reclutamiento de las minorías (Foucault, 1990). La Psiquiatría determinó la “normalidad” mediante la internación del “loco” en el manicomio (Barrán, 1993), estableciendo su condición de alienado (Castel, 1980). Como consecuencia de los procesos institucionales como expresión de sufrimiento, se han mantenido a lo largo de la historia y sustentan la estigmatización e invisibilidad de las personas con padecimiento psiquiátrico y malestares (Goffman, 1963). Esta realidad, generada por las instituciones totales, impulsó como respuesta, diferentes movimientos hacia un modelo de atención en salud mental integrado, que contemple la asistencia, rehabilitación y prevención . La Ley italiana 180 promulgada en 1978, propuso un Sistema de Salud Mental Comunitario, propiciando el cierre de los Hospitales Psiquiátricos (Basaglia, 2008). Se inicia así en América Latina y el Caribe un fuerte movimiento que apuntó a la desinstitucionalización y transformación para abandonar los viejos y obsoletos servicios de Salud Mental. En 1990 se propone en la Declaración de Caracas la urgencia y necesidad de la reestructuración de la atención psiquiátrica, estableciendo nuevos modelos alternativos centrados en la atención comunitaria (OMS/OPS, 1990). En nuestro país se busca generar los avances en cuanto a reformas de atención en Salud Mental, dichos aspectos fueron diversos y compartieron el modelo comunitario, como Brasil, Chile, Cuba y Panamá, que implementaron políticas participativas con programas de atención psicosocial y redes de centros comunitarios (Rodríguez, 2011).

Previamente en Uruguay a comienzos del año 1876 empezaron a realizar las obras para la

construcción del primer hospital psiquiátrico en Uruguay. Su inauguración en el año 1880 el Hospital pasó a llamarse "Hospital Vilardebó", en homenaje a Teodore Vilardebó, médico e historiador uruguayo. La creación del hospital fue realizado en dicha época, para atender a la población afectada por problemáticas de enfermedad mental, lo cual significaba un gran paso en el contexto histórico Sudamericano. Al pasar del tiempo, debido a la creciente de la población hospitalizada como resultado de políticas socio-económicas, se enmarcan el hospital como un refugio de personas y debido a dicha situación en nuestro país es que se funda en el año 1912, la Colonia Etchepare y Colonia Dr. Santín Carlos Rossi ubicadas en la ciudad de Santa Lucía, Canelones. El crecimiento de la población hospitalizada no se encontraba ligada únicamente por cuadros psiquiátricos, sino que dichos centros comenzaron a funcionar como se mencionó anteriormente un refugio de personas en situación de pobreza o asociadas al consumo problemático de sustancias toxicológicas, ya sea de sexo masculino, como femeninos. Tanto el Hospital Vilardebó como las Colonias comenzaron a encontrarse con la problemática del hacinamiento y falta de recursos para desarrollar sus prácticas y también para generar procesos de rehabilitaciones adecuadas. La población internada crecía abruptamente, el equipo técnico no daba abasto, la estructura edilicia comenzaba a deteriorarse y los hospitales terminaron oficiando de espacios, en donde se internaban a todo aquel que no contara con recursos o familia. Asimismo, las internaciones lejos de ser transitorias y acompañar un proceso de rehabilitación, oficiaban y ofician al día de hoy como hospitales de permanencia y donde la aparente la cronicidad de las patologías funda la dependencia y permanencia de los individuos que terminan perdiendo su espacio en sociedad, excluye y limita las posibilidades de reinserción social. Se busca generar un cambio para dicha población institucionalizada, donde se respeten principalmente sus derechos humanos. Es por ello que en el año 2012 se fundó la Asamblea Instituyente por Desmanicomialización, Salud Mental y Vida Digna, conformada por organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios, familiares vinculados al campo de la salud mental, para obtener cambio de leyes establecidas posteriormente desde la ley 9.581 del año 1936, que regula la asistencia de psicópatas para los pacientes, para conformar luego de años trabajando, esperas, sufrimientos, etc. Se crea la nueva reformulación de ley en Salud Mental N°19.529 en Uruguay, interrumpiendo con la ley anterior.

Estableciendo: **La ley 19.529** de Salud mental "le encomienda especialmente a la Institución defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley. Entre los cometidos asignados se destacan las notificaciones de las internaciones; coordinación por los

temas de educación y difusión de derechos y; la defensa personalizada de las personas internadas”.

Descripción: “Los artículos 40 y 46 de la Ley N°19.529 de Salud Mental encomiendan a la Institución la defensa y promoción de los derechos allí reconocidos y en coordinación con la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, a difusión de las normas, derechos y dispositivos orientados a la protección de las personas con sufrimiento mental. Adicionalmente, el artículo 29 dispone que cuando la hospitalización, ya sea voluntaria o involuntaria, supere los 45 días corridos, el prestador de salud a cargo del usuario del servicio de salud mental, deberá notificar a la INDDHH. Esta disposición fue ampliada y detallada en el decreto reglamentario”.

Es decir que se crea fundamentalmente para respetar los derechos Humanos de las personas que sufren de patologías psiquiátricas. Esto significa jerarquizar y ponderar los aspectos referentes a los DDHH como base fundamental para la elaboración y definición del nuevo plan. Significa que se busca promover un cambio de paradigma, en el cual la ley no acompañe prácticas de exclusión, normalización de los individuos, ni presente mecanismos de control social. La misma busca crear un instrumento que desacredite viejos estereotipos. Por ende la esfera de discusión sobre la nueva ley, se encuentra conformado no solo por profesionales del área de la medicina, sino que se caracteriza por la participación de profesionales de distintas áreas de la salud y otras disciplinas competentes, lo que conlleva a trabajar en equipos multidisciplinarios. Al mismo tiempo, el colectivo de usuarios de los servicios de salud se encuentra participando activamente no solo en lo que concierne a lo establecido en la ley, sino también en la comunicación con la sociedad con el fin de lograr la participación y compromiso ciudadano, no sólo para su elaboración sino también para su posterior ejecución y proceso de cambio de subjetividad social. La formulación de la presente Ley ,ha contado con la participación e interés de grupos sociales con afinidad a la temática quienes han planteado su visión respecto al objetivo y abordaje que debe encarar la ley, también se busca profundizar en los aspectos que no acompañan, reflejan y visualizan el cambio de paradigma. De este modo, organizaciones sociales, estudiantiles e instituciones universitarias crearon la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental con el fin de concretar una ley justa, inclusiva y humanizadora. La participación de las organizaciones sociales como vía de reflexión sobre la ley, su propósito y los procedimientos para la aplicación de la misma y la puesta en acción de los cambios que plantea, dejando a un costado la exclusión de las personas y estigmatizaciones.

En conclusión la Ley de Salud Mental, plantea el cierre paulatino de las actuales instituciones monovalentes y asilares para el año 2025, dicho proceso que se ha llevado a cabo en otros países pasando a un modelo alternativo que busca promover la inclusión, participación colectiva, controlar la institucionalización y ofrecer vías de rehabilitación que no tengan que ver con la reclusión y medicación estrictamente. Ofrecer programas integrales que comprendan el abordaje dentro del contexto social en el cual se encuentran los individuos, formulados y regulados por equipos interdisciplinarios que ofrezcan opciones de acuerdo a cada singularidad y que consideren no solo el trabajo ante la crisis, sino que destinen sus esfuerzos en pos de lograr una mejora en la calidad de vida, que prevenga el desarrollo de posibles padecimientos psíquicos. En lo que refiere particularmente a la ley, se crea la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública. Dicha comisión tiene dentro de sus principales funciones la responsabilidad de velar por el resguardo de los DDHH funcionando como un organismo de control que regulará el cumplimiento de lo estipulado en la ley y releva proactivamente el cumplimiento de los DDHH. De acuerdo a la definición formulada por las Naciones Unidas:

“Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles” (ONU,1948).

En Uruguay podemos encontrarnos con varios centros de Rehabilitación Psicosocial para las personas con psicopatologías, con el fin de poder tener una reinserción social, dichos instituciones son el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo, Centro Diurno Sayago, Centro de Rehabilitación Psicosocial Pando, Panacea-SM- CIPRES, Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Dr. Alberto Martínez Visca y Centro Diurno Hospital Vilardebó. Asimismo, funcionan 26 residencias asistidas, hogares protegidos y hogares de medio camino que funcionan como dispositivos de rehabilitación alejándonos de los modelos de Colonias que se contraponen a los ideales planteados.

Psicosis

Primordialmente debemos hablar de las conceptualizaciones de psicosis a lo largo de la historia, la palabra "locura" conlleva el rótulo de estigmatizante, se manifestaba que eran enfermedades por efectos lunares (lunáticos), se creía a su vez que podrían ser enfermedades que se producen en el alma. Con el correr del tiempo hubo muchas definiciones en diferentes contextos socioculturales/socioeconómicos, muchas de ellas de encierros para llegar hoy a lo que son las enfermedades mentales y más precisamente sobre el interés nuestro como es la psicosis.

Una patología asociada a la gravedad, la cual sigue siendo generadora de prejuicios o preconceptos.

La "locura", es un estado que ha sido de gran interés de la humanidad a lo largo de la historia. Es conocida, desde la época de los griegos, la manera en que muchos psicóticos, como Cantor o Newton, han contribuido con su trabajo, a la organización del mundo. Sin embargo, es la psiquiatría quien concentra su interés en los enfermos mentales a partir de que surge una necesidad de orden jurídico de dar una respuesta sobre la insanía del sujeto, lo cual permitiría establecer su responsabilidad en cuestiones delictivas y criminológicas. Por ende la psiquiatría elabora un abordaje clínico de los fenómenos de la psicosis a partir de un método empirista, el cual se basa en la descripción y clasificación, cuya referencia principal es la observación y presencia de trastornos psicóticos que están catalogados en los manuales de psiquiatría que actualmente se conocen como el DSM IV. No obstante, la psiquiatría no es el único modo de abordar los fenómenos psicóticos. El psicoanálisis, primero con Sigmund Freud y posteriormente con Lacan, han traído a la luz conceptos teóricos que permiten diagnosticar y dilucidar la realidad psíquica de un sujeto psicótico.

En el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), se encuentra la conceptualización de psicosis en el capítulo Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos. Término que históricamente no tiene un consenso universalmente aceptado y se presenta al "psicótico", como la presencia de síntomas, los cuales varían según las distintas caracterizaciones diagnósticas; Es decir que a la psicosis se la caracteriza precisamente por

ideas delirantes y el delirio es lo que une a la persona con el mundo externo.

Por otra parte en el último manual publicado en 2014 el DSM-5 R, lo encontramos divididos en secciones y en la sección II en el capítulo Espectro de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos nos expone la siguiente definición:

“Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos”. (p.87)

Según Henry Ey, en la psicosis hay una pérdida o una ruptura con la realidad por parte del sujeto, un debilitamiento del Yo. Esto causa que la persona sienta una fragmentación como si se rompiera a pedazos. Generalmente las personas no tiene conciencia de estar enferma, (Henry Ey 1994), psiquiatra y médico francés intentó hacer un acercamiento entre psicoanálisis y la psiquiatría, habla de las psicosis delirantes crónicas y las define: por “ideas delirantes”, permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico (p.448).

Es decir que los delirios crónicos, son en cierto modo más completo, puesto que el Delirio no es tan solo pasivo y accidental, sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo. Es decir que el delirio está incorporado a la personalidad del delirante, por ende los delirios crónicos, son en este sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado. Los enfermos delirantes son, en efecto, los “alienados” en el sentido más completo de dicho término, ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad comunes. (p.448).

También según Maleval (1981), el concepto de psicosis fue introducido en el Manual de Psychologie Médicale en el año 1845 por el médico vienés Ernest von Feuchtersleben para referirse a las “enfermedades del alma”. Inicialmente y hasta un período bastante avanzado del siglo XIX las psicosis eran definidas como: “un tipo de neurosis, causada por una irritación nerviosa, cuya característica dependía de la manifestación psíquica de los trastornos” (Maleval, 1981, p.259).

Retomando la teoría psicoanalítica por Freud, el fue el pionero en realizar una diferenciación entre neurosis y psicosis, manifestó que las psicosis eran las formas extremas de enfermedad mental y las neurosis los trastornos menos graves (Freud, 1924 b-1924 e). A su vez aporta una división interesante dentro de las psicosis, por una parte la paranoia y por el otro las esquizofrenias, creando uno de sus principales aportes dentro de este campo. Se definía a la

neurosis en el diccionario de psicoanálisis como "Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa" (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 236). El primer abordaje de Freud sobre el inconsciente pasa por la neurosis, a diferencia de Lacan que el primer enfoque pasa por la psicosis. Con el comienzo de la concientización de Freud, la psicosis pasa de ser parte de la neurosis a transformarse en su opuesto. Se destaca que existe un esfuerzo por situar el mecanismo específico que distingue a la neurosis de la psicosis. Se presentan tres momentos nosológicos en la obra de Freud: el primer momento se sitúa en el año 1894, en su obra "Las neuropsicosis de defensa", en donde las neuropsicosis de defensa se oponen a las neurosis actuales y su pensamiento está fuertemente influenciado por Joseph Breuer y Jean Martin Charcot, en un segundo momento la oposición está dada entre la neurosis de transferencia y las narcisistas, en este período se puede ubicar el texto sobre "El caso Schreber" (1911) y por último un tercer momento que corresponde con la segunda tópica freudiana, en donde la neurosis es entendida como un conflicto entre el yo y el ello y en la psicosis el conflicto sería entre el yo y el mundo exterior.

Además de los aportes anteriormente se presentan dos trabajos en donde Freud vuelve a teorizar sobre las dos estructuras, ambos datan de la década de los años 20 y son: "Neurosis y Psicosis" y "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis".

Ambos textos fueron elaborados con el propósito de estudiar la génesis de estas afecciones, distinguiendo los mecanismos de formación de síntoma característicos de cada una. Además en donde Freud encuentra la oportunidad para retomar el planteo de que el delirio constituye es un intento de curación, cuya función es la de recomponer el quiebre producido entre el yo y la realidad. Por ende la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior" (Freud, 1991, p.155). La selección entre ambos trastornos explicada por Freud, nos muestra que en el caso de la psicosis, la diferencia radica en primera instancia en el origen del conflicto, estando centrado en el relacionamiento con el mundo exterior; por lo tanto el sujeto recurre a otras vías con las que lidiar con dicho conflicto. Conflicto que aunque interno se vuelve, necesario de exteriorizar en lo que termina transformándose muchas veces una producción delirante sintomatológica. La forma en que el psicótico procura solucionar tal conflicto es eliminando la realidad, estableciendo un corte a partir del cual sustituye esa realidad que lo aqueja con otra que le resulta de algún modo, más tolerable, o al menos distinta a través del delirio. Los componentes característicos de la psicosis son entonces, el replegamiento libidinal el corte abrupto con la realidad, así como la presencia de fenómenos

elementales y mecanismos defensivos que se activan. “La psicosis es una defensa inapropiada y mórbida contra el peligro del recuerdo de la castración” (Nasio, 1988, p.212). Sigmund Freud establece que la psicosis es el resultado de la operación de un mecanismo defensivo violento, mediante el cual se procura evadirse de la representación de la castración, ante el hecho del descubrimiento de la madre castrada, la factibilidad de la castración, y la instauración de la prohibición del incesto. Esta defensa, va a diferenciarse de la empleada en los casos neuróticos. “En suma, el peligro contra el cual se defiende el yo es la representación en el inconsciente de una experiencia que comporta dos momentos, el de una afirmación universal y el de la existencia particular de una falta” (Nasio, 1988, p.214).

Desde otro punto en el Seminario III, Lacan realiza una deconstrucción de las formulaciones teóricas respecto a la psicosis, recorriendo diversos autores de gran peso como Capgras, Wernicke, Kraepelin, Sérieux y el propio Freud. Lacan en este trayecto cuestiona elementos vinculados a la etiología, así como a las características del delirio planteando, en contraposición a lo que sugiere Kraepelin, que la instauración de la patología no necesariamente se da de forma insidiosa, sino que involucra brote, “una crisis vital que tiene que ver efectivamente con sus relaciones externas, y sería muy sorprendente que no fuera así tratándose de un delirio que se caracteriza esencialmente como delirio de relaciones, término que es de Wernicke (...)” (Lacan, 2004a, p.31). A sí mismo se manifiesta que la producción delirante es permeable, es decir que el sujeto toma elementos de la realidad para construir su delirio. Dichos elementos que toman representaciones en su construcción, Lacan plantea la importancia de no caer en la tentación de limitar la producción delirante a una cuestión lineal, donde el sujeto que verbaliza su delirio se encuentra inmerso en el esquema comunicacional que implica emisor y receptor, sino tomar en cuenta que quien emite es también receptor de dicho contenido. Por ende el énfasis recae en la significación que el sujeto atribuye a través de su delirio, más allá del contenido de este trozo de realidad que el sujeto crea, se debe atender al convencimiento y comprensibilidad que el sujeto atribuye a tales fenómenos. El autor nos sugiere que no se debe caer en la tentación interpretativa de la dialéctica inmersa en el delirio, sino que el papel principal que éste juega recae de alguna forma en el fenómeno perse: “lo importante no es que tal o cual momento de la percepción del sujeto, (...) Sea más o menos comprensible. (...) Que lo sea no tiene el más mínimo interés (...) El fenómeno está cerrado a toda composición dialéctica” (Lacan, 2004a, p.37). Y agrega: “La economía del discurso, la relación de significación a significación, la relación de su discurso con el ordenamiento común del discurso, es por lo tanto lo que permite distinguir que se trata de un delirio” (Lacan, 2004a, p.53).

Por otra parte Maleval, nos habla de un gran aumento en la demanda de sujetos psicóticos y hace relevancia de realizar una correcta elucidación de la estructura por parte del terapeuta, ya que facilita las condiciones de trabajo, así como lo relacionado a la dirección de la cura. Con relación a la forclusión, el autor enuncia que, “la falla simbólica que designa no pone más trabas al pensamiento que la represión o la renegación. No instaura ningún obstáculo que impida concebir que la posición del sujeto psicótico se pueda modificar y elaborar al igual que la del sujeto neurótico” (Maleval, 2009, p.23). De esta manera contribuye a desmitificar la variedad de fantasmas generados respecto de la imposibilidad del tratamiento de la psicosis desde el campo psicoanalítico, identificando diferencias, más no características excluyentes en relación al marco conceptual.

En relación a la forclusión del nombre del padre, Maleval realiza un exhaustivo trabajo donde ubica al concepto de *verwerfung*, forclusión, desde sus orígenes y lo articula lo planteado por diversos autores. Con respecto a lo producido por Lacan, Maleval identifica en su recorrido, al igual que plantea Nasio, un cierto transitar sinuoso en lo que a la psicosis respecta, pero ubica en la forclusión del nombre del padre, un elemento que va sufriendo transformaciones pero que a la vez, aporta continuidad a dichas formulaciones. Maleval (2009) plantea, “la investigación lacaniana de la psicosis está basada durante los años cincuenta, en la presencia de una lesión en el campo del otro. Donde ahí faltaría un significante. Este no está reprimido, sino forcluido” (p.74). Dicho significante al que se refiere, es específicamente el nombre del padre y no cualquier otro significante. La función que se le atribuye en esta primera instancia es la de habilitar una instalación del sujeto en el discurso de forma ordenada: “(...) el nombre del padre constituye una instancia “pacificadora” de las trampas de lo imaginario. Permite ordenar un universo de sentido, bajo el cual se ordena el mundo de las cosas, instaurándose así vínculos entre significante y significado” (ibídem., p.76). Con respecto a lo mencionado, se debe destacar que se maneja la idea de padre muerto, (padre muerto por el significante), es decir como ya se ha planteado, no es padre real que pronuncia la prohibición, sino el significante que lo trasciende su presencia y que una vez instaurado opera de una vez y para siempre: a ello se refiere Lacan con el padre simbólico. Por otra parte Maleval, seguirá trabajando desde la propuesta lacaniana del concepto de metáfora paterna, mediante la cual un significante es sustituido por otro provocando algo nuevo, en este caso, la metáfora paterna, habilitaría que a través del lenguaje se consigan respuestas de significación. En relación a lo anterior y vinculado con la angustia provocada en el lactante ante la ausencia de su madre, se plantea que éste “(...) no dispondrá de ningún medio para discernir el angustiante enigma del deseo de la madre, hasta que el nombre del padre le proporcione la respuesta fálica correspondiente.

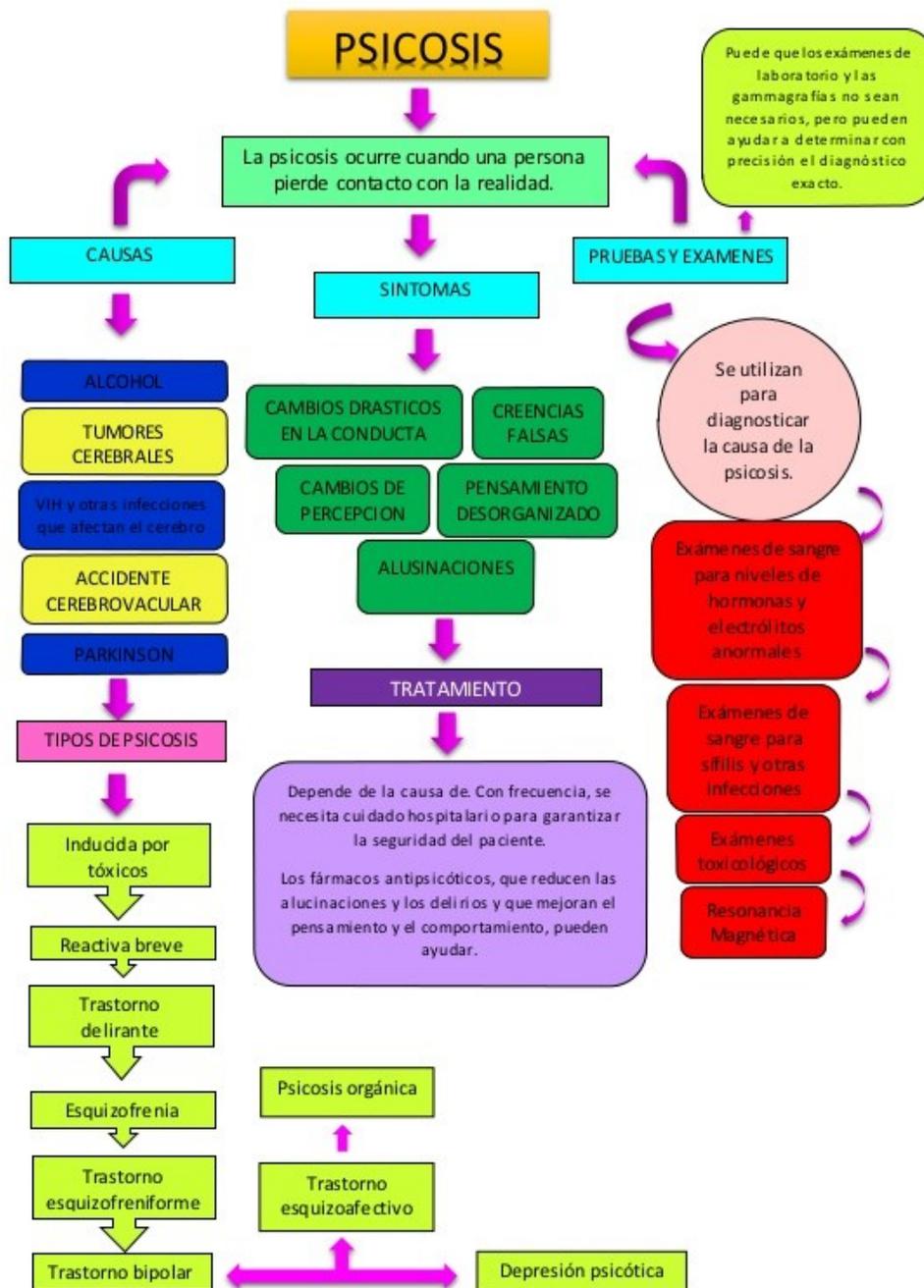
Esta última permite interpretar el deseo en el campo del lenguaje” (ibídem., p.84). Si tomamos en cuenta la función paterna operando como metáfora, se desprende que de la forclusión de dicha función se desprende una ausencia en la sustitución, lo que hace para ese sujeto que el deseo de la madre puesto allí en juego no sea aprehensible simbólicamente. “Cuando el deseo de la madre no está simbolizado, el sujeto corre el riesgo de enfrentarse con el deseo del otro experimentado como una voluntad de goce sin límite” (ibídem., p.85). Por lo tanto la forclusión como una ruptura en la concatenación de significantes, debido a que la sustitución no operará correctamente, vinculándolo con el concepto de síntoma, tal como lo plantea Lacan, para diferenciarlo del concepto clásico de la psiquiatría, donde el síntoma implicaría la angustia de forma excluyente. Comienza a ponerse en juego la falta en el otro, donde Maleval aclara que el descubrimiento de esta incompletud del otro, no es desestabilizador, sino por el contrario, resulta estructurante y colabora con la separación del sujeto. Desde otra parte al no poder proveer una significación fálica, la angustia representa para el sujeto psicótico el desencadenante de la producción delirante. El mencionado autor establece que el delirio “(...) tiene por función remediar la carencia fálica, no sólo movilizándose en localizar el goce del sujeto en el significante” (ibídem., p.95). Maleval plantea que “el Nombre del Padre se puede concebir como una función que asegura la inclusión del falo en el objeto a, es decir, la conexión de este último con el lenguaje” (ibídem., p.98). Al vincular la forclusión a una no regulación del goce, o un desencadenamiento del mismo, Lacan plantea la idea de empuje a la mujer, argumentando que en el caso de la mujer, no todo el goce se encuentra subordinado a lo fálico y es justamente por este punto que el autor entiende la abundancia de referencias homosexuales en los casos de psicosis.

Otro de los mojones sustanciales en la teorización del significante nombre del padre y su forclusión radica, en la cadena borromea tal y como la propone Lacan, tratándose de una forma particular en la que los tres registros (imaginario, simbólico, real) se conjugan, y con la que sobre el final de sus postulados el autor vincula al significante.

“Definir divergencias entre el conjunto de los enunciados estándar de la comunidad lingüística y los enunciados de sujetos que presentan síntomas claramente distinguibles” (ibídem., p.162). Para argumentar esta idea, se manifiesta que muchos de los elementos propuestos son pasibles de ser observado desde una perspectiva clínica y donde se considere al encuentro como elemento de valor a los fines analíticos.

Lacan plantea que más allá de las producciones anómalas del lenguaje o de los fenómenos, la verdadera importancia radica en las funciones que estos poseen a los fines de la economía

psíquica del sujeto. “No es la producción de neologismos, ya sea esta rica o discreta, lo que indica la estructura psicótica, sino su función para el sujeto” (ibídem., p.180). Por lo tanto, los trastornos del lenguaje presentes en la psicosis se deben abordar.



Casos locos por Dr. Jorge Bafico: “El extraño caso de la mujer diablo”

Me pareció relevante y de gran producción sobre los desencadenantes de la psicosis el libro “casos locos”, del autor Jorge Bafico, donde allí podemos claramente a través de los ocho casos diferentes, generar una unión en la producción narrativa de las historias, que nos orienta de lleno a la locura, nos sumergen en ella y no nos permiten evadir, que la locura desde su multiplicidad de presentaciones puede ser entendida por el analista a través de la construcción, en el caso de la psicosis o neurosis.

Uno de los relatos que me pareció más pertinente, y más cercano a la temática de la monografía, fue “El extraño caso de la mujer diablo”. Donde se pueden apreciar claramente los síntomas neuróticos o psicóticos. Laura que es la paciente, comienza su relato al analista. Desde los 13 años manifestaba sufrir de experiencias y situaciones bastante desagradables: “En su cuarto, en la oscuridad, una silueta se delineaba en la penumbra sin que ella pudiera reconocerla. Al iluminarse la habitación, la figura se desvanecía por completo”. Laura atribuía el fenómeno a su imaginación, pero unos meses después, la sombra deviene de un hombre y es hombre le habla sin pudores. Dice ser el asesino de su abuela y si Laura no hace todo lo que le pide, va a matar a cualquier integrante de la familia. “Ella será su mujer de ahora en adelante”. Al comienzo de su relato prioriza que dicha aparición solo es en la oscuridad, pero al correr del tiempo sus apariciones comenzaron también con las luces. No solo que debía acatar lo que le decía, sino que manifiesta que debería: “tener una relación con el hombre, al cual lo llama lucifer, quien la somete a sus demandas, no solamente de carácter sexual, sino también de otras que tienen que ver con diversos pedidos, tales como no salir de su casa, no escuchar música, etc”.

El terapeuta trata de poder intervenir a través del relato del delirio establecido por la paciente, ya que considera la mejor forma para poder trabajar a nivel de la cura. Bafico le pide poder el también hablar con lucifer, donde claramente su contestación fue un no rotundo, solo ella podría realizar un diálogo con el. En dicho momento de la consulta sucede un escena donde cambia totalmente la paciente de padecer, ya que tanto su rostro como la postura de su cuerpo cambiaron, comenzando no sólo a gritar agresivamente, ya que comienza a caminar por todo el consultorio y expresó ser la propia “lucifer” (ya no Laura), quien estaba frente al analista y agarra un paraguas encontrado en la sala y surge una escena de carácter amenazadora. Bafico

sabía que estaba delante de una paciente la cual había frecuentado de varias internaciones psiquiátricas y muchísimas dosis farmacológicas. Es notorio que Laura está pasando por un proceso que si o si le atravesaría la locura, debido que desde una mirada psiquiátrica se visibilizan factores que se acercan a una psicosis alucinatoria crónica, debido a que la paciente presenta alucinaciones auditivas o visuales, delirios, dificultad para conciliar el sueño. Estos y otros síntomas le generaban cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado.

Desde otra perspectiva Bafico, propone que se puede realizar una lectura diferente “las alucinaciones psicosenoriales y no exclusivamente auditivas, el delirio más vivido que pensado y hablado, la ausencia de desorientación temporoespacial, las transformaciones, la teatralidad de la escena, así como la brevedad en la duración del delirio (ella puede entrar y salir tan prontamente del mismo sin tener conciencia), “me hacen pensar, en un primer momento, sin poder fundamentar demasiado, en una locura histérica.”

La forma de abordaje analítico de una locura histérica y de una psicosis son absolutamente disímiles. Es muy importante poder pesquisar la estructura de personalidad que subyace a las manifestaciones clínicas (síntomas, alucinaciones, delirios, etc.), para desde allí poder intervenir.

Bafico habla que las locuras histéricas las familias son “catastróficas”, por otra parte Freud conceptualiza a la histeria que se ubica siempre en el campo de la psicopatología, es decir, como una enfermedad: neuropsicosis, psiconeurosis o neurosis a secas, según el momento de su elaboración. En esta elaboración, la histeria resulta caracterizada fundamentalmente por una modalidad específica de este mecanismo, modalidad que se define por el concepto de “conversión”: proceso por el cual la magnitud de estímulo de la representación intolerable resulta transformada en excitación somática .

Con el nacimiento de Laura, su madre María comienza con la aparición de un delirio atroz y un rechazo explícito: no puede tocarla a la bebe y mucho menos alimentarla. El tópico medular de su locura está singularizado en Laura: “ella es hija del diablo”.

Bafico nos habla de que: “Toda crisis psicótica es desencadenada por un acontecimiento fortuito, del orden de una decisión, un examen, una separación, la llegada de un hijo, una confesión, etc. Cualquier hecho casual podría en determinado momento y bajo singulares circunstancias propiciar un desequilibrio concluyente en el sujeto al hacer aflorar una suerte de pregunta a la cual el psicótico no puede responder”.

María, la mamá de Laura, luego de su nacimiento comienza con un desencadenante alucinatorio con la presencia de lucifer, es internada psiquiátricamente, dato importante para la historia de vida de Laura. Laura se cría con su abuela y con el correr del tiempo , también en

esa misma casa comienzan vivir su mamá y papá. Laura le comienza hablar a Bafico sobre su infancia y la resume como “miserable”, “mi madre me usó toda la vida”. Relación marcada por la hiperexigencia, el menosprecio y el abandono”. Desde el punto de vista paterno “un inválido incapaz de oponerse a la palabra materna”. En estas citas se puede visualizar lo que Lacan desarrollaba cómo el motivo de la forclusión, en esta situación dada por el repudio a la figura paterna desde la visión de María que llega al inconsciente de Laura en su infancia temprana. Además, se destaca que el delirio de Laura traía nuevamente el rol de la parentalidad, donde su padre era una figura totalmente ausente. No es casualidad que haya tomado esto como eje central de la producción delirante, la paciente, no tenía figuras, materna y paterna, fuertes y presentes. Así que, su trato directo con Lucifer no deja de ser una expresión del deseo del vínculo paterno.

“Su familia tiene un lazo místico muy fuerte; pertenecen a una secta religiosa dedicada a liberar a las almas del poder de Satanás”. Estos vínculos místicos se fortalecen para María y Laura en el momento en el que fallece la abuela de Laura (y madre de María). Este desencadenante produce en ambas delirios, Laura comienza a ver al diablo, mientras María se convierte en una profeta, vocera directa de dios. La madre realiza prácticas parapsicológicas, dónde la primera es para proteger a su hija de los demonios, “para que los malos espíritus no le hicieran nada malo”, recordando que ella creía que Laura estaba poseída. Para la “sanación” comienzan a frecuentar templos en la ciudad. Ambas, solas y juntas, entonces se convierten en “Mujeres locas, hijas eternas y padres ineficaces son el saldo de su entramado familiar.”

La importancia de este caso, reside en la dificultad del diagnóstico de una psicosis en sintonía con otros trastornos. Bafico a lo largo del análisis, nos muestra que Laura termina exponiendo su verdadera naturaleza, una neurótica, con locura histérica. Patología que camina muy en el borde a una psicosis y que permite muchas veces tomar elementos para el análisis de este trastorno. El rol del analista en este caso, fue vital para el diagnóstico, entendido que, como planteaba Freud, se dio una neurosis de transferencia en el momento en el que Bafico no cede a la construcción del delirio. A modo de conclusión no deja de resonar una frase de Lacan con relación a lo que es un psicoanálisis: “Para saber lo que ocurre en un análisis, hay que saber de dónde viene la palabra” (Bafico, 2013).

Cap 3: El desencadenante de la psicosis en mujeres y su relación con el consumo.

Desencadenante psicótico por consumo de sustancias toxicológicas

El estudio de análisis de género en el campo de los trastornos esquizofrénicos o psicóticos, al igual que en campo de la drogodependencia es relativamente muy reciente como lo presenta Kraepelin señaló que “la demencia precoz”, era más frecuente en varones y que el hecho de ser varón o mujer condiciona y conforma la expresión de los consumos de drogas, por ende las problemáticas que les acompaña. Cuando se hace un relevamiento de información sobre psicosis y drogadicción en mujeres, se empieza a notar que las investigaciones apuntan al lado del género masculino, quedando las mujeres con escasez de datos, lo que no quiere decir que exista y la demanda sea mayor.

Cada vez resulta más frecuente que se encuentren en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas, ya sea en mujeres como en hombres .Por otra parte, la evolución de la realidad asistencial no deja lugar a dudas: lo que hace unos años era una prospección de futuro que a todos nos preocupa, hoy se ha convertido en realidad con todas las consecuencias en el día a día. La comorbilidad psiquiátrica es más reiterado en adictos que en la población general.

Dr. Rubio establece que el consumo de drogas suele producir trastornos psiquiátricos y bastantes sujetos con trastornos emocionales utilizan la droga para mitigar determinados estados emocionales. Distinguir cuando ésta patología está asociado al consumo de sustancias y cuando se trata de trastornos independientes es bastante difícil. Diferentes estudios epidemiológicos y clínicos han demostrado una elevada comorbilidad entre los trastornos relacionados con el abuso de drogas y otros trastornos psiquiátricos. Se ha demostrado que la psicopatología ya sea primaria o secundaria al uso de sustancias, tiene una mayor prevalencia cuando se compara con la población general. Por ejemplo enfocándonos en el consumo de alcohol y de cocaína, parece ser que existe una mayor asociación entre el consumo de alcohol

y/o cocaína y la comorbilidad psiquiátrica, siendo los trastornos de la personalidad, los trastornos psicóticos, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo los más frecuentemente asociados al consumo de estas sustancias.

Según el Psiquiatra Ramón Acevedo Cardona, el trastorno psicótico Inducido por sustancias, afectan el cerebro y los neurotransmisores cerebrales dentro de ellos la dopamina, la noradrenalina, la serotonina, pueden conducir a cuadros psicóticos, sin importar su género. Esos cuadros de psicosis ocasionados por sustancias reciben el nombre de Psicosis Exotóxicas. Dichos cuadros pueden permanecer por un corto tiempo, dependiendo la desintoxicación de las sustancias ingeridas de los pacientes o el desencadenamiento a una psicosis crónica.

Existen dos tipos de situaciones respecto al consumo. Una en la cual el consumo de sustancias psicoactivas terminan en un brote psicótico o una psicosis delirante aguda, entre otros trastornos psicóticos, mencionados anteriormente como los trastornos exotóxicos. Se busca la realización de un tratamiento adecuado con institucionalización a los pacientes y la utilización del apoyo farmacológico, para poder obtener un proceso de rehabilitación para los sujetos, permitiendo entonces su estabilidad, que en muchos casos previene las recaídas y reincidencias en esta problemática. En aquellas situaciones donde no se sigue un tratamiento para la adicción se generan reincidencias, que pueden desencadenar en el origen de una patología dual, llevando al sujeto a tener tratamientos ambulatorios así como también se da la institucionalización, ya sea pública o privada. Por otro lado tenemos aquellas situaciones donde las pacientes ya son atravesadas por la patología de base, y más allá de su tratamiento farmacológico, sienten la necesidad de consumir otras sustancias como por ejemplo la marihuana con el fin de sustituir la medicación, esperando que la sustancia les brinde un efecto placebo. Luego de un tiempo de consumo, sucede que existe un “despertar” conductual de la patología dando pasaje a la dualidad, el consumo activo de la sustancia y la patología base. Esto ocasiona graves problemas, tanto en la patología que la vuelve crónica en la mayoría de los casos, como en el consumo de la sustancia que convierte en adicto al sujeto.

En cualquiera de las situaciones explicitadas anteriormente serán de suma relevancia los actores que estén en ellas presentes. El rol del terapeuta, el rol de la institución, el rol de los familiares, en muchos casos el rol de las parejas, que incidirán en el curso del tratamiento de la enfermedad, generando una mejor calidad de vida, como en otras situaciones, estos actores podrán potenciar negativamente el uso y abuso de sustancias así como la sintomatología conductual de la patología que se padece.

Caso de consumo y género en Hospital Vilardebó Uruguay

Se realizó en el año 2008 un estudio descriptivo (Fielitz et.al, 2008) desde Octubre a Diciembre en la Emergencia del Hospital Vilardebó, estableciéndose la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes que ingresaban por Trastornos Psicóticos. La presencia de consumo reciente se estableció por autorreporte y test en orina para marihuana y cocaína/ pasta base de cocaína. La prevalencia del consumo reciente en los pacientes con Trastornos Psicóticos fue de 17,9%. Los pacientes con testeo positivo mostraron una tasa total de ingresos mayor que aquella del grupo de los no consumidores, y los ingresos en el último año fueron claramente mayores para el grupo que consume cocaína y sus derivados. De acuerdo a los censos de población internada en este hospital en los años 2005, 2006 y 2007, el diagnóstico de dependencia de polisustancias fue el primer diagnóstico de comorbilidad más frecuente.

A los efectos del presente estudio se define como "patología dual", a la existencia simultánea de un Trastorno por Dependencia o Abuso de Sustancias y un Trastorno psicótico. La presencia de comorbilidad en esta área supera el 60%. Se piensa que alrededor de la mitad de todos los esquizofrénicos abusan de drogas o alcohol. A su vez el consumo de pasta base de cocaína podría provocar recidiva de psicosis. La mayoría de pacientes que ingresan por sustancias, presentan conductas agresivas, episodios delirantes. Esto implicaría que para este grupo de pacientes sería necesario abordar no sólo el tratamiento de su psicosis sino también el del consumo de sustancias a la hora de mejorar su evolución.

Con el correr del tiempo Pizzani Di Falco realiza un "Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó" (2013-2014), hospital psiquiátrico del Uruguay.

Se les llama a pacientes con reingresos frecuentes, aquellos los cuales cuentan con tres o más hospitalizaciones. Lo sorprendente que los pacientes "con reingresos frecuentes son una población joven, con un predominio femenino", ya sea por trastornos de personalidad, esquizofrenias o trastornos bipolares. Nos encontramos una alta población de pacientes con trastornos de conducta o ingestas de consumo de sustancias toxicológicas, generando un trastorno exotóxico, los cuales presentan brotes psicóticos leves por intoxicación, pero no los

lleva una psicosis crónica, sino temporal de días, semanas o algunos meses. Igual no quiere decir que no existan casos de psicosis crónicas por ingestas de sustancias.

“Aproximadamente la mitad de la población estudiada presentó consumo de sustancias, fundamentalmente pasta base de cocaína (pbc). Este aspecto agrega complejidad al diseño de estrategias asistenciales para estos pacientes. Además es un aspecto que afecta la adherencia y la eficacia del tratamiento farmacológico y promueve los episodios de descompensación de la patología de base. Para la población psicótica este aspecto en ocasiones restringe la posibilidad de ser incluida en los dispositivos tradicionales de rehabilitación”.

En el mes de octubre del 2019, le realice una entrevista a Pizzani Di Falco, Licenciada en Psicología de la sala 28 de mujeres del Hospital vilardebó, la cual trabaja hace más de 20 años en el la mencionada institución. Comencé haciéndole algunas preguntas que eran referían a mis inquietudes sobre la temática. Uno de los datos más relevantes fue, como mencionó ella en su maestría y que anteriormente expongo, que las mujeres tienen una tasa alta de reincidencia al hospital, ya sea por alguna patología en particular o consumo. Por otra parte existen más plazas hoy en día de hombres disponibles que para las mujeres. Pizzani manifiesta: “...que si bien muchos de los pacientes ingresan por una ingesta de sustancias toxicológicas y tienen trastornos delirantes, no quiere decir que esta situación desencadene a una psicosis, ya que realizando un tratamiento de corto plazo de desintoxicación, los delirios desaparecen”.

Actualmente, existe a un alto porcentaje de pacientes, sin distinción de sexo, que utilizan el consumo a diario de marihuana dentro del hospital, lo cual genera preocupación para los funcionarios, debido que esta situación enlentece en los procesos de rehabilitación en los pacientes, para su recuperación bio-psico-social.

Otro de los datos más preocupantes es que la población es desde lo 18 hasta los 38 años promedio y las patologías más notorias son: los trastornos de humor, trastornos de conducta, esquizofrenias, histerias graves y retardos mentales.

Nos menciona Pizzani Di Falco, que en mujeres los desencadenantes psicóticos más frecuentes no son el uso de sustancias, sino la pérdida de los equilibrios que suceden en ellas, esto nos habla de los procesos de duelos, mujeres las cuales son madres, situaciones post partos, hijos que se van de sus casas y ellas sufren el síntoma del nido vacío, no soportan la soledad y sus miedos, duelos de parejas, etc.

Las mujeres y la relación con el consumo

Al parecer según Llopis, 2005, las mujeres que son maltratadas poseen mayor riesgo de sufrir problemas graves en la salud, embarazos no deseados, abortos, así como graves psicopatologías: depresión, trastorno de estrés postraumático y adicciones.

Diferentes autores internacionales remarcan que las mujeres, ya sea de cualquier parte del mundo, que estén en tratamiento por adicciones, una de sus principales causas se debe a que son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general. Además, entre un 50 y 80% son víctimas de abuso sexual en la infancia (Blume, 1994; Swift, 1996; El-Bassel y Witte, 2001; NIDA 2001; Frye et al, 2001; El-Bassel et al 2003). Hace años que se viene constatando la publicación de diferentes estudios donde se plantea de forma directa, o como una variable más de estudios descriptivos, la relación entre la violencia que sufre la mujer a lo largo de su vida y el desarrollo de diversas psicopatologías entre ellas la frecuente aparición de una patología dual, la existencia de trastornos ecotóxico, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, etc. Se visualiza el consumo y adicción a diferentes sustancias y se convierte en un determinante de la intervención.

A diferencia de la situación de los adictos masculinos, en mujeres se encontró una mayor probabilidad de sucesos estresantes directamente relacionados con el inicio en el consumo de drogas (Miller, 1997). Es reiterada la relación entre el desarrollo de adicción en la mujer y sucesos traumáticos, muchas de ellas se basan en haber comenzado el consumo tras sufrir un trauma vital del tipo violación o incesto como se mencionó anteriormente (Hurley, 1991). Los antecedentes de los diferentes estudios realizados entre adictos ofrecen suficientes datos como para que actualmente se tenga la evidencia de las dos vertientes en que las drogas y la violencia de género se interrelacionan. En este marco el abuso de sustancias toxicológicas y las conductas asociadas se vuelven reacciones normales a situaciones anormales, a diferencia de las emociones normales que son medicadas e ignoradas de forma que el uso de sustancias psicotrópicas, sean capaces de modificar el estado de ánimo de la persona, por ende se convierte en una estrategia de "mal" afrontamiento de estados de disconfort. Las respuestas naturales y normales raramente se exteriorizan en los caóticos sistemas familiares en que se ha desarrollado las mujeres adictas. (Hagan et al 94).

El uso de sustancias y las expectativas sociales están fuertemente sexualizadas. Si una mujer no se adapta a las expectativas socioculturales experimentaría conflictos con ella misma, muy diferentes a los de un hombre, deberá mantenerlos ocultos con lo que irán en incremento. Las

mujeres adictas se sentirán incómodas dentro de un sistema de atención profesional totalmente masculinizado y terminará abandonando el programa de tratamiento por falta de identificación, no por falta de intereses.

Son notorias las diferencias del consumo de la mujer y los hombres, las mujeres presentan características de dependencia relacional o afectiva, la inseguridad ante el futuro, el bajo nivel educativo, la falta de capacitación laboral y la dependencia económica dan lugar a una incapacidad para la toma de decisiones autónomas. El resultado de todo ello es una conducta de subordinación ante el hombre. Habitualmente las sucesivas parejas de adictos, que mantiene el espiral de violencia soportada por la mujer drogodependiente desde su infancia. Soportan la ignorancia de estos aspectos de violencia sexual, física, emocional y la repercusión como factor de riesgo de estrategias de afrontamiento desadaptadas, entre las que frecuentemente se incluye el consumo de drogas y la adicción. Esto lleva a la planificación de programas de prevención y enfoques terapéuticos basados en el "sesgo de masculinización de la adicción", que no dan respuesta a las necesidades de la mujer adicta.

Como consecuencia la mujer no tiene una percepción de confort en los tratamientos, no se siente atendida en sus necesidades y abandona los tratamientos con mayor frecuencia que otros colectivos de adictos y mantiene su enfermedad de la adicción activa.

Se visualiza que en todos los países los centros de tratamientos con patologías duales siempre tienen mayor plaza para los hombres que para las mujeres, excluyéndolas e estigmatizándolas. El enfoque de género ha entrado a jugar un papel importante en el diseño de los tratamientos de rehabilitación, no sólo a partir de adaptaciones terapéuticas que tienen en cuenta las particulares condiciones de las mujeres, sino del desarrollo de un trabajo que contempla la identidad sexual como un factor condicionante del resultado exitoso o no del proceso rehabilitador.

En algunas investigaciones se ha puesto de manifiesto que las mujeres tienen una menor propensión a participar en tratamientos de desintoxicación que sus homólogos varones. Algunas de las razones apuntan hacia factores sociales como la estigmatización de este comportamiento en la mujer, ya que al problema de la adicción se asocian representaciones sociales especialmente negativas. En cuanto a los resultados en los tipos de tratamiento desde una perspectiva farmacológica y social, algunos estudios identifican también una diferente respuesta en función del sexo. En conclusión las revisiones teóricas sobre el tema ponen de manifiesto que la perspectiva de género, surge como una variable explicativa transversal en todas las etapas del proceso de desarrollo de la adicción, desde los factores predictivos de la conducta adictiva asociados a los roles de género, pasando por los aspectos motivacionales,

hasta las formas de consumo y el acceso a los tratamientos de rehabilitación y sus resultados. A las mujeres si bien el inicio del consumo se produce en compañía, la adicción se desarrolla en la intimidad del hogar, por el rol que ejerce la mujer, que la lleva a asumir tareas de cuidadora en este entorno, unido a la estigmatización de la mujer consumidora, son dos de las variables que circunscriben el consumo de las mujeres en el ámbito del hogar y marcan una diferencia con el hombre que lo realiza en cualquier ámbito social totalmente aceptado y normalizado. La estigmatización de la mujer consumidora está relacionada con la imagen social de madre-mujer, se juega una representación colectiva de la maternidad responsable que entra en contradicción con lo que se percibe como una conducta irresponsable, olvidándonos por completos que la mujer también sufre su doble estigmatización, ignorándose por completo que su enfermedad es la adicción.

Cap 4: Población vulnerable, (estigmas sociales) y abordajes terapéuticos.

Población vulnerable, (estigmas sociales)

Cuando hablamos de poblaciones vulnerables nos referimos a el estigma social generalizado y existen diferentes conceptualizaciones, es por esto que a lo largo del presente capítulo se trabajará el desarrollo de diferentes concepciones de poblaciones vulnerables, así como también cuales son los distintos abordajes terapéuticos que existen en la actualidad respecto a la temática trabajada a lo largo del presente trabajo.

En El Seminario Drogas y Exclusión social (2006), el concepto de exclusión social surge en Europa, en particular en Francia entre los años sesenta y ochenta. Posteriormente empieza a ser incorporado también en reflexiones sobre América Latina.

Cuando se realiza un aproximación sobre el término de "Exclusión Social", se pueden observar

que son múltiples o variables situaciones englobadas bajo la misma conceptualización. Se visualizan contenidos innumerables, procesos, categorías y una serie de manifestaciones que aparecen como rupturas y facturas de los vínculos sociales: personas enfermas, deficientes, minorías étnicas o color, desempleados de prolongada duración, jóvenes imposibilitados en poder acceder al ámbito laboral, etc. (Belifore, 1997).

Por ende diferentes autores distinguen que la gran amplitud de conceptos resulta problemática y se produce una utilización indiscriminada de la noción, corriéndose el riesgo de un vaciamiento conceptual.

Por otra parte Baraibar (2006), se proponen dos acepciones para la comprensión del concepto de exclusión social. En la primera acepción lo aproxima a la "discriminación" y lo relaciona con los grupos tradicionalmente llamados de "minorías", clasificados como excluidos caracterizados por una posición de desventaja y en la segunda acepción, ubica a los procesos de exclusión vinculados a situaciones de pobreza, grupos sociales que no tienen integración en el mundo del trabajo, ni condiciones mínimas de vida o de ejercicio de sus derechos de ciudadano.

Según Echeverría (2006), propone extender el término exclusión a todas aquellas situaciones que implican pérdida de poder y habilitación social que experimentan personas y grupos abarcando de esta manera los problemas de bienestar, (calidad de vida, acceso a bienes y servicios) y de agenciamiento, (en tanto posibilidades de acceso al empleo, o medios que garanticen sus derechos), La exclusión entonces, no implicaría un pasaje directo, sino la pérdida progresiva de integración a un ámbito social concreto, como puede ser el trabajo o el sistema educativo.

Castell (1997), nos hace referencia a la aparición de un nuevo perfil de individuos, que llamará supernumerarios, los cuales se encuentran en una situación de inutilidad social, no son integrables, ni siquiera están explotados en el sentido habitual del término.

Si hablamos desde el campo de las sustancias toxicológicas el autor Daniel Rengel Morales, (2005) "En la representación social negativa, estereotipos y prejuicios en drogodependientes", el dicho campo de las drogas es uno de los ámbitos de la vida social que más están sujetos a estigmatizaciones y prejuicios; tal y como señala Durkheim sabemos que cuando se identifica un determinado tipo de actividad como infamante, "no es tanto para incidir en los cambios de comportamiento de aquellos que están más involucrados en aquella actividad, sino para

controlarlos mejor, aislando los del resto de la población, a la que, al mismo tiempo, se quiere preservar de la contaminación de dicho grupo" (citado en Romaní 1999: 153). Este fenómeno está fuertemente enraizado en un proceso de representación social por lo cual tiene la connotación negativa. Por tanto, "no se trata de una comprensión científica sino más bien, de una "construcción subjetiva de mundo social" (Molina, Carrión, Gallego 1995: 24).

Las representaciones sociales del "problema droga", no tienen por que corresponderse con las características objetivas del fenómeno en sí. Pero, "en los fenómenos sociales, tan importante es lo que en realidad pasa, como lo que la gente cree que pasa. Para la gran mayoría de la población, incluidos los propios usuarios de drogas, el problema se define y las respuestas se diseñan a partir de una serie de preconcepciones y estereotipos" (Touzé y Rossi 2001).

Por ende las representaciones sociales nos permiten una visión global más coherente y tranquilizadora por el mismo hecho de ser compartida (Molina, Carrión, Gallego 1995: 24); éstas nos sirven para comprender los mecanismos que intervienen en los procesos de estigmatización social y para interpretar la construcción social del llamado "problema droga" (Touzé y Rossi 2001).

Las leyes de la representación social son universales. No es suficiente determinar objetivamente todos los parámetros del fenómeno, debemos clarificar la existencia de una serie de elementos que operan en lo puramente afectivo, como los prejuicios, estereotipos, preconcepciones y toda índole de mecanismos inconscientes y de este modo podremos dar un primer paso hacia una mejor comprensión del problema de la drogodependencia, sin olvidar que éste no es un conflicto individuo-sustancia, sino un problema que afecta tanto a los propios implicados más directos, como a los demás miembros de la sociedad (Molina, Carrión, Gallego 1995: 25).

Desde la mirada en el ámbito de la Salud Mental la conceptualización "estigma" es utilizado para dar visibilidad a prejuicios en base a determinados diagnósticos (Muñoz, et al, 2009). Link y Phelan (2001) Abordan el estigma como un conjunto de componentes, donde se agrupan o "etiquetan" las diferencias humanas. Luego, las creencias culturales ligan a las personas a características indeseables y éstas son puestas en diferentes categorías que las clasifican, experimentando la pérdida del estatus social y la discriminación (Runte, 2005).

Distintos autores manifiestan, que es la sociedad quien impone las características humanas pasibles de ser estigmatizadas, sustentadas desde el poder social, económico y político

(Rüsch, et al, 2006), por ende surgen de la necesidad de censura.

Goffman (1963) nos habla de “estigma” como la marca, señal o signo que define al desviado, segregando también desde lo moral. La psicología social identificó tres aspectos del proceso cognitivo, emocional y conductual, al que denominó Estigma Público, que se compone de, “los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio)” (Rüsch, N. et al, 2006, pp.167-168).

Cuando hablamos de estigma, presenta una connotación negativa que degrada, devalúa y perjudica a la persona, ya que es la “situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social (...) la información que el individuo transmite directamente sobre sí mismo” (Goffman, E. 1963, pp.7-8). Dicha condición trae dispuesto el rechazo social, restringiendo el bienestar y produciendo efectos en la autoestima de la persona, resultando nocivo para su vida. Por otra parte se genera la baja autoestima que conduce a la persona a fracasar en diversos intentos de inclusión social debido a su comportamiento auto discriminativo; es decir que el autoestigma refiere a “las reacciones del individuo que pertenece a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos” (Rüsch, N. et al, 2006, p.168). Los procesos de estigmatización han sido estudiados e identificados como uno de los mayores problemas en términos de dificultades para la inclusión social (Carniel,2002). Y la percepción es entendida en el campo de la psicología, como “un acto intersubjetivo” en el cual intervienen la historia particular de la persona y el ambiente que lo rodea, siendo un proceso personal que depende de las “expectativas, experiencias y conocimientos adquiridos” (Román y Zapata, 2012, p.58).

Por otra parte Foucault (1967), sostiene que la exclusión y reclusión de los “locos” estuvo desde sus orígenes marcada por la exclusión en el proceso productivo (Suaya, 2010). La exclusión en el campo laboral es influenciada por diversos factores, entre los que se encuentran los originados por el propio padecimiento psiquiátrico y/o la iatrogenia que provoca el largo periodo de hospitalización, los provenientes del propio mercado laboral, y los derivados del prejuicio social (Rodríguez, et al, 1999). Desde otra perspectiva la marginación en el campo laboral constituye una desventaja social y propicia la estigmatización. Las sociedades limitan y condicionan a través de la construcción de la discapacidad, incidiendo sobre la identidad, la calidad de vida y la propia realización de la persona. Estas experiencias terminan agotando la autoestima de los individuos y culminan con la imposibilidad de desarrollo de sus

potencialidades originales. Por ende la exclusión laboral podría ser un área de visibilidad y expresión del efecto que producen los procesos de estigmatización, incidiendo en la socialización, la autoestima, la autonomía y participación social (Giorgi, 2002). Desde la perspectiva de la mirada de género en las mujeres con problemas de abuso o dependencia a las drogas se enfrentan a estigmas culturales y múltiples barreras que les impiden acceder a los servicios asistenciales y que condicionan negativamente su continuidad y evolución en los programas de tratamientos de autocuidados, como fue mencionado anteriormente. Los estigmas sociales llevan a las mujeres a posicionarse frente a un proceso de exclusión social, donde el proceso conlleva a las mujeres a perder su integración en ámbitos sociales concretos, como pueden ser el trabajo o el sistema educativo, potenciando de manera negativa las situaciones de vulnerabilidad social. Dicho proceso alcanza un punto de ruptura en el cual las interacciones quedan limitadas a aquellas que comparten su condición. De este modo, el universo de significados, valores, bienes culturales y modelos, así como experiencias de vida de que las mujeres disponen para la construcción de sus subjetividad se ven empobrecidas y tienden a fijarlo en su condición de excluida. (Giorgi, 2006, :52)

Abordajes terapéuticos

En cuanto a los enfoques y modelos para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias toxicológicas, se consideran variadas conceptualizaciones.

Reiteradas veces se ha parcializado el fenómeno, según cada perspectiva y sin embargo la OMS señala la importancia de un enfoque integral e interdisciplinar que abarque todos los aspectos del fenómeno. Se intenta con esto evitar enfoques reduccionistas (OPS/OMS, 2014).

Desde la perspectiva visión de Nowlis (1982), los modelos más clásicos son los siguientes:

Ético-jurídico: la droga es agente activo, visión individualista.

Criminalista o Médico-sanitario: el consumo es considerado como enfermedad crecimiento de industria farmacéutica. Sujeto pasivo.

Psico-social: se profundiza en el sujeto como enfermo; énfasis en la conducta, en los valores y en las actitudes.

Socio-cultural: Integración del sector salud y de la acción social. Se pone énfasis en factores socio-económicos.

Geopolítico estructural: se incorpora el tráfico de drogas, se proponen soluciones integrales y se politiza el fenómeno, dándole una dimensión social.

Dichos modelos pertenecen a la construcción histórica y realizan su desarrollo con el objetivo de intentar comprender los consumos problemáticos de drogas. Es decir, que si la adicción a las sustancias psicoactivas o drogas es una enfermedad, o no, estaría sumamente discutido dentro del campo de las adicciones y sobre el cual no existiría consenso alguno, por lo tanto algunos teóricos suscriben a esta visión, mientras que otros no.

Fernández y Lapetina (2008), plantean que existe dos formas de concebir el consumo problemático o la adicción (manifiestan que no siempre es adicción), ya que se puede presentar como una conducta aprendida o como una enfermedad.

Estas dos grandes maneras de entender la adicción derivan de dos grandes paradigmas explicativos, como el paradigma de la enfermedad y el paradigma del aprendizaje social.

Dichos autores entienden que la forma que se conciba al fenómeno de la adicción y a dicho proceso de cambio personal, implica de enormes implicancias prácticas, desde el campo de los tratamientos adecuados y en el campo de la prevención del uso problemático de sustancias. Implica gran importancia el clasificar la postura personal de los individuos, desde la cual cada profesional técnico abordará dicho fenómeno.

Desde el punto de vista del paradigma de la enfermedad cabe destacar que la adicción se presenta como una entidad absoluta "es decir se es, o no se es adicto".

Desde esta mirada, el comportamiento adictivo del individuo no presta la posibilidad de decidir, ya que una vez diagnosticada la adicción sería irreversible y solo podría ser detenida, pero no revertida dicha situación. Se entiende que el individuo padecería de dicha enfermedad para siempre, como una enfermedad crónica o progresiva, generando un deterioro en la persona a nivel del sistema nervioso, físico y mental. El proceso de consumo de sustancias se presenta como algo que avanza, que perdura seguido en el tiempo, desde el no uso, es decir abstinentes a un uso ocasional, habitual o dependiente.

Según el paradigma del aprendizaje social manifiesta que existe un límite difuso que separa a los consumidores problemático, de los que serían no problemáticos. Debido a que la adicción no es un fenómeno único en los sujetos, se presentan diferentes variables socioculturales y psicológicas. Esto refiere a que los sujetos no nacen adictos a las drogas, sino que con el correr del tiempo se hacen dependientes, a través de complejos fenómenos de aprendizaje e integración, con dichas sustancias y surgiendo en contextos variables. Las personas generan un vínculo de relación con las sustancias, el cual puede ser variable y modificable; ya que el comportamiento de consumo problemático es aprendido y al mismo también puede ser también sustituido por un comportamiento diferente dependiendo de un proceso de re-aprendizaje de los individuos. Está aquí donde se manifiesta un línea difusa entre el sujeto problemático de sustancias y el no. El consumo problemático no sería una entidad absoluta, sino un proceso dinámico.

Fernández y Lapetina (2008), proponen que este paradigma plantea al consumo problemático, como aquello que afectaría a una o más áreas de la vida de los individuos ya sea: salud, relaciones sociales primarias o relaciones secundarias, relacionamiento con la ley.

Es importante destacar que en estos dos paradigmas la comprensión de la adicción sería el desafío en entender en qué nivel se centra cada modelo para explicar el fenómeno de la adicción y para qué nivel deja de ser explicativo, pasando a ser reduccionista, momento en que es necesario cambiar o incluir otro paradigma.

Mencionado previamente, se manifiesta que existen diversos paradigmas, modelos y teorizaciones en cuanto al abordaje de los consumos problemáticos de drogas; en líneas generales, se pueden nombrar los modelos abstencionistas y modelos de reducción de daños, cuyas construcciones corresponden a los diferentes cristales con los que se mira el fenómeno. Ante la poca respuesta a nivel internacional de los modelos abstencionistas, la reducción de daños aparece como una alternativa que propone la disminución de la gravedad de los daños ocasionados por el consumo (Galante et. alii, 2009).

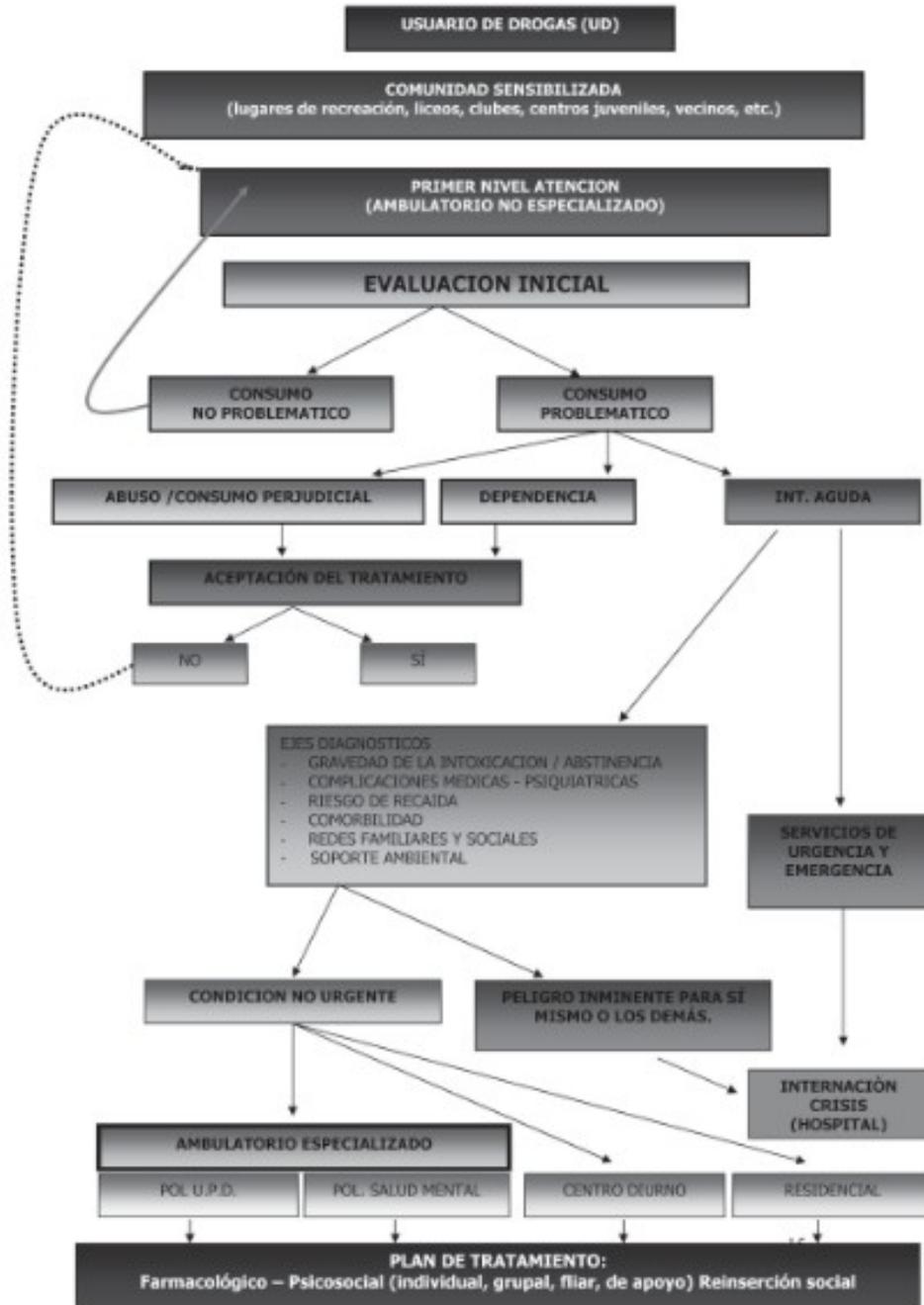
En nuestro país, Uruguay, Según la Junta Nacional de Drogas, la Dra. Especialista en Toxicología Dell' Acqua, propone que las estrategias de reducción de riesgos y daños comienzan en la década de los 80, principalmente en Holanda y Reino Unido, como respuesta a los graves problemas sanitarios que se presentaban en los grupos de usuarios de drogas

inyectables. Los estudios epidemiológicos demostraron una elevada incidencia y prevalencia de enfermedades infectocon lagiosa, hepatitis B/C y tuberculosis, culminando con la irrupción del VIH/SIDA. Esto demostraba que los tratamientos utilizados para las/o usuarios de drogas, no estaba siendo eficaces como herramienta para incorporarlos al sistema sanitario, ni para mantenerlos en contacto con él. Así comienza el primer objetivo de tener al consumidor vivo y dentro del sistema por sobre todo la abstinencia.

El modelo de reducción de daños ha demostrado ser pertinente en intervenciones comunitarias, ya que facilita y mejora el acceso a un mayor número de usuarios. Desde dicha perspectiva, se intenta disminuir la gravedad de los problemas asociados al consumo problemático y generar mayor accesibilidad de los usuarios "sujetos" a los servicios de asistencia, para su rehabilitación. Para ello, se plantea una forma de trabajo en la que se trata no solo con los usuarios, sino también con las organizaciones de asistencia y con la comunidad. Dicho modelo surge bajo el fracaso de las políticas y estrategias tradicionales para enfrentar el consumo de drogas y así ayudar a los individuos. En otros términos, las estrategias son establecidas priorizando y actuando sobre los efectos negativos de mayor peligro inmediato para el consumidor (corto plazo), e implementando en primera instancia las intervenciones más adecuadas para éste. Se buscan estrategias de reducción de daños, no se presentan como antagónicas a las abstencionistas, sino como una posibilidad más a ofrecer y así posibilitan llegar a más usuarios y trabajar en red desde la comunidad. Se destacan objetivos claves del enfoque de RRD como la morbi-mortalidad, reducir o minimizar el deterioro psicosocial, mejorar la calidad de vida de los usuarios, favorecer la calidad de red asistencial a los usuarios y recursos comunitarios, dar conciencia de los respetos de los derechos humanos, incrementar la intervención en los tratamientos, etc.

Por último, cabe destacar que según la Junta Nacional de Drogas de nuestro país, Uruguay (2011, p. 236); El área de reducción de la demanda tiene por objetivo la disminución del consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, mediante el desarrollo de programas de prevención, planes de tratamiento, rehabilitación y políticas de reducción de daños. La Junta Nacional de Drogas durante el año 2003 articuló esfuerzos con Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales de todo el país. .

TABLA: PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN A USUARIOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS.



La prevención de los consumos problemáticos de drogas, según la Junta Nacional de Drogas del Uruguay (2007), entendida en su forma más amplia, debe potenciar los factores protectores, minimizar los factores de riesgo y apuntar a modificar las condiciones del entorno sociocultural, promoviendo alternativas de vida saludable.

Para ello se debe implementar acciones continuadas, en los ámbitos educativos formales, al igual que en el entorno familiar, laborales, asistenciales, comunitarios, etc.

Las personas que consultan en los sistemas sanitarios por problemas relacionados con drogas, requieren de múltiples abordajes terapéuticos en una variedad de niveles, ya sean personales, familiares, sociales y económicos.

Diferentes modalidades de intervenciones terapéuticas en Uruguay

→ Integralidad de los servicios:

1- Intervención temprana: se realiza prevención primaria y secundaria, se brinda una atención oportuna aquellas personas de alto riesgo a desarrollar un problema de consumo de drogas, también personas con consumo dependiente. Se brindan evaluaciones, diagnósticos y la intervención breve, determinación de recibir un tratamiento y la intensidad que deberá tener el mismo.

2- Manejo de la intoxicación o del síndrome de abstinencia: dichas situaciones en general son agudas, lo cual depende de una necesidad asistencial urgente. Son situaciones que no se pueden atender de forma ambulatoria, sino institucional adecuadamente con un grupo de emergencia hospitalaria, requerido de un equipo multidisciplinario especializado.

3- Tratamiento de la dependencia o el consumo abusivo: son todas aquellas acciones de

tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal de usuario dependiente del consumo de droga . Se generan instancias de intervenciones farmacológicas, psicosociales, individuales, grupales, familiares o grupos de autoayuda.

4-Manejo de comorbilidad de acciones: son aquellos tratamiento destinados a pacientes que que manifiestan conjuntamente un trastorno por consumo de drogas y otro trastorno de salud, específicamente en el área de la salud mental.

5- Reinserción social: se basa al conjunto de intervenciones orientadas a reafirmar el vínculo familiar, académico, social, del sujeto con problemática de sustancias, en mejor nivel posible.

→ *Organización de los servicios:*

-Modalidad ambulatoria:

se refiere a una atención de encuadre no residencial, es decir con permanencia limitada de los usuarios/as. Van con una frecuencia semanal de horas o bisemanal. Dicha modalidad se presenta en pacientes con un grado de severidad manejable con recursos técnicos o personas que previamente ya vienen de tratamientos y van mejorando con el correr del tiempo. También es para pacientes que tienen un grado de patología dual leve o estable. Se divide en dos sectores, No especializado por toda la red asistencial de primer nivel de atención del país o sector especializado conformado por las policlínicas de atención del uso problemático de sustancias (UPD) y los equipos de salud mental capacitados.

-Modalidad de centro diurno:

se trata de una modalidad no residencial, pero con gran permanencia de horas, ya sea mañana, tarde o ambas. Con una frecuencia como mínima de tres días a la semana. Está pensado para pacientes con un grado de complejidad tal que necesitan de una asistencia intensa, estructurada y con varios recursos de contexto ambulatorio. Se realizan abordajes psicoterapéuticos individuales, familiares, abordajes socio terapéuticos, psicoeducación y abordajes psicofarmacológicos.

-Modalidad Régimen de internación:

dentro de esta modalidad se pueden observar que existe la internación en crisis que son breves de 3 a 15 días de duración. Se manifiestan en usuarios con cuadros graves, con potencial o inminente en peligro para sí mismos o a un otro o que presentan complicaciones severas de la salud mental, que requiere de cuidados de recursos disponibles en un hospital en general o especializado.

-Modalidad Residencial:

requiere de la internación del paciente de 24 horas, para que sea eficaz el tratamiento. Está indicado para usuarios/as que requieren de un periodo de tiempo que les permita generar herramientas necesarias para acceder al afrontamiento y a la solución de sus problemas.

En Uruguay:

-Algunas de las clínicas privadas y públicas para rehabilitación de sustancias toxicológicas pueden ser: portal amarillo, izcali, aconcagua, manantiales, bethania, ser libre, minnesota, etc.

-Hospitales psiquiátricos públicos y privados: vilardebó, colonia etchepare, del parque, los pocitos, villa carmen, ciudad de la costa, etc.

-Alternativas de medio camino: es una modalidad de interacción que se realiza por períodos determinados, es decir por fines de semana, noches, etc.

Para finalizar la Junta Nacional de Drogas (2016), todas las situaciones de uso problemático y dependencia de sustancias toxicológicas, sin importar el género, requiere de abordajes comprensibles y cercanos, por parte de profesionales de la salud o ya sea de la protección familiar, social, amigos, ambiente educativo o el barrio. Todas las estrategias exitosas se basan en evitar la estigmatización y el aislamiento y aumentar la red subjetiva de las y los usuarios, comprometiendo en este trabajo a todas y todos. Por ende las personas que cursan problemas por el uso de sustancias o patologías duales, son ciudadanos con derechos y será más efectivo su rehabilitación, si existen los medios para iniciar procesos de tratamientos, ya sea de atención en salud, orientación psicosocial, trabajar la reducción de riesgos y daños.

En conclusión es importante visualizar y entender que frente a cualquier riesgo biológico, se puede estar a tiempo para actuar y es preferible, si se quiere acotar el camino hacia la ayuda, no incurrir en acciones intempestivas que podrían generar más daños ocasionados y retraso en el inicio del proceso a un cambio de vida.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo tuvo como objetivo reflexionar acerca del uso problemático de sustancias toxicológicas en las mujeres y la aproximación a un desencadenante psicótico, a su vez los daños que puede ocasionar en ellas mismas al no cuidar su integridad física y mental frente al consumo de sustancias toxicológicas. Por otra parte también observar la estigmatización existente en las sociedades sobre dicha temática.

Poder dar cuenta del daño y las consecuencias que causa el uso de drogas durante la vida de las mujeres , hace que se pueda trabajar desde la prevención de riesgos y daños.

Las sociedades en que vivimos genera subjetividades de consumo excesivo y se manifiestan en la búsqueda de placer inmediato. Las sustancias pueden sustituir diferentes funciones en los sujetos, ya sea de aplacar las vivencias de vacío personal, angustia, desamparo, como tal vez momentos de soledad y en otras ocasiones revivir el placer vivido.

Las diferentes sensaciones producidas como fortuitas mediante el consumo de sustancias toxicológicas suelen ser rápidas, debido a que se genera nuevamente en los sujetos el malestar psíquico, pudiendo así generar el desarrollo en una adicción o patologías severas como lo son las Psicosis.

La decisión de la elección de mi monografía, fue luego de recorrer varios años trabajando como terapeuta en adicciones en varias clínicas públicas y privadas y a su vez luego del pasaje de voluntaria que realicé en la cárcel de mujeres de Canelones, como en la cárcel de Punta de Rieles de varones. Mi mayor inquietud fue ver las grandes diferencias que existían entre los hombres y las mujeres bajo la misma enfermedad de la adicción y patología dual. Esto quiere decir que las miradas hacia las mujeres con dicha problemática eran no solo hostiles para la sociedad, sino también dentro del grupo de partners de adictos, por otra parte se veían las grandes demandas de las mujeres tratando de ser escuchadas y no estigmatizadas, ya que sufrían lo mismo que los hombres la enfermedad de la adicción, los miedos a la locura, a su vez presentan miedos existenciales por solo hecho de ser mujeres ,se culpabilizan por alejarse de sus hijos por las patologías duales, por los mandatos que establecen las sociedades que ocupan el rol de cuidadoras y no son visibilizadas como tal, mujeres que están sufriendo por la doble estigmatización existencial, es decir por ser mujeres adictas o mujeres con patologías duales.

Comencé a estudiar sobre dicha temática no solamente en Uruguay y las investigaciones de mujeres con consumo problemático de sustancias toxicológicas o trastornos psiquiátricos son escasas e invisibles, en el resto del mundo.

Si bien en Uruguay se han creado una serie de transformaciones en materia de políticas públicas de drogas y el Estado asume que la temática requiere un abordaje desde una perspectiva socio - sanitario. Y que se busca, a su vez lograr un enfoque de reducción en riesgos y daños con programas de prevención y tratamiento en drogas para todos los individuos de una sociedad sin importar su Género, las mujeres todavía no han llegado a tener las mismas formas de igualdades a la hora de sus tratamientos o en la visibilidad de que ambos generos sufren de la misma enfermedad o patología dual. Se debe trabajar más con la aceptación de igualdades de equidad de género ya que ambos tienen los mismos derechos y responsabilidades en la sociedad, como en las obligaciones en el núcleo familiar.

De todas maneras, en el seno de las políticas públicas, todavía conviven elementos que responden al enfoque prohibicionista. Tanto en nuestro país como en cualquier parte del mundo, es una temática difícil de abordar en prevención el seguimiento de las mujeres en periodo de la adicción y el despertar dual.

Con esta revisión bibliográfica realizada y la conformación de mi monografía, aspiro poder seguir trabajando sobre dicha temática y que se tenga conciencia de la enfermedad de la adicción o patología dual, que se respeten derechos de igualdad de lo seres humanos sin importar el género. Que las mujeres sean visibilizadas sus problemáticas sin ser estigmatizadas, juzgadas, violentadas, abusadas o maltratadas tanto físicamente como psicológicamente por un otro, o la mirada social. Tomar contacto sobre los derechos de salud mental, concientizar sobre más programas de prevención de reducción de riesgos y daños de las adicciones y por último generar las mismas plazas de alojamientos en hospitales o clínicas, tanto públicas como privadas, para los procesos de rehabilitación.

En forma de conclusión es fundamental desde nuestro labor como psicólogos, la formación sobre esta problematización, para poder realizar una escucha responsable, donde estas mujeres puedan sentir que pueden expresarse libremente, sin ser juzgadas y así trabajar con ellas y para ellas en la reducción de los riesgos para su salud mental, física y espiritual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Babor, T.(...) & Strong, J. (2010): La política de drogas y el bien público. Washington, D.C. OPS

Barrán, J. (1993). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar (V.1). Montevideo: Banda Oriental.

Basaglia, F. (2008). La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía Editorial.

Bartski, S. L. (1990). Feminism and Domination. New York: Routledge Press.

Bauman, Z. (2004). Consumirse la Vida. En La sociedad Sitiada. Buenos Aires: Paidós.

Blaker, K. (1988). Mujeres complacientes, hombres controladores. Buenos Aires: Vergara. Blume, S. B. (1994).

Women and addictive disorders. American Society of Addiction Medicine, p.p. 1-16.

Brady, K. T. et al. (1993). Gender differences in substance use disorders. American Journal of Psychology, Estados Unidos.

Butler, J., (2006): Judith Butler y la Teoría Queer - La Izquierda Diario.Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2010): Adiccione.

Butler, J., (1999): El género en disputa, El feminismo y la subversión de la

identidad. Ed: Paidós. Barcelona-Argentina-México.

Castel, R. (1980). El orden psiquiátrico. Madrid: La Piqueta.

Courtwright, D. (2001): Dark Paradise. The History of Opiate Addiction in America. Cambridge. Ed. Cambridge

DSM-IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. BARCELONA: MASSON S.A.

Fielitz, P., Suárez, H. Escobal, M. Frontini, M. López-Rega, G. , Navarro, V., Rodríguez-Formoso, L., Storch, A., García, S., Do Campo, O. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia psiquiátrica. Hospital Vilardebó. Montevideo. Uruguay.

Foucault, M. (1990). Historia de la locura en la Época Clásica (V.1). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1999). Los anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Freud, S. (1991a) Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre. (Contribuciones a la psicología del amor, I) En Obras Completas (vol. XI pp. 156-166). Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado 1910) .

Freud, S. (1991b). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En Obras Completas (vol. XII pp.1-76). Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado 1911) .

Freud, S. (1991c) Manuscrito H. Paranoia En Obras Completas (vol. I pp. 246-253) Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado 1886-1899) Freud, S. (1991d) El yo y el ello En Obras Completas (vol. XIX pp. 21-59) Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado 1925).

Freud, S. (1991e) Neurosis y Psicosis En Obras Completas (vol. XIX pp. 151-159) Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado 1923).

Freud, S. (1991f) La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis En Obras Completas (vol. XIX pp. 189-197) Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado 1924).

Freud, S. (1991g) La escisión del yo en el proceso defensivo En Obras Completas (vol. XXIII pp. 271-278) Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado 1940) Jakobson, R. & Halle, M. (1980) II El carácter doble del lenguaje en Fundamentos del lenguaje (pp.105-111) Madrid: Editorial Ayuso

Freud, S. (1925). El Yo y el Ello y otras obras. Tomo XIX. Buenos Aires. Ed: Amorrortu.

Freud, S. (1916) Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica. Buenos Aires, Editorial El Ateneo.

Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós.

Giménez, L., (1998): La problemática del uso de drogas desde una mirada comunitaria, en Cruzando Umbrales, Montevideo, Uruguay: Roca Viva

Giménez, L. (1998). Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas. En Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Servicio de Bienestar Universitario. Problemas vinculados a sustancias adictivas. Tomo I. Universidad de la República, Montevideo.

Jodorowsky, A, (2015). Conceptualización del patriarcado.

Jónsdóttir, S. (2005): Alcohol, Drogas y Embarazo, Instituto de la salud en colaboración con el instituto nacional de medicina y centro de maternidad. Ed: LYDHEILSUSTOD.

Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República (2011): La Gestión de riesgos, Un camino hacia el abordaje de la problemática de las drogas.

Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República (2011): Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas.

Kalina & Kovadloff, (1987) Droga. Máscara del miedo, España, Madrid: Editorial Fundamentos. 1987. Psicoanálisis y psicoterapia de grupo Drogas.

Lacan, J. (2008). Clase 3: Topología del Otro En Seminario 16 (pp.41-56). Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (2007a) Clase 6: Análisis del discurso y análisis del Yo En El Seminario, libro 1. Los escritos técnicos de Freud (pp. 103-115) Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (2007b) Clase 7: La tópica de lo imaginario En El Seminario, libro 1. Los escritos técnicos de Freud (pp. 119-140) Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (2007c) Clase 17: Relación de objeto y relación intersubjetiva En El

Seminario, libro 1. Los escritos técnicos de Freud (pp. 303-319) Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (2007d). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En *Escritos*, vol. 1 (pp.473-509). Argentina: Siglo XXI editores.

Lacan, J. (2004a). *El Seminario 3 Las Psicosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (2004b). Clase 8: La forclusión del Nombre del Padre En Seminario 5: Las formaciones del inconsciente (pp. 147-163). Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (2004c). Clase 9: La metáfora paterna En Seminario 5: Las formaciones del inconsciente (pp. 165-183). Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lamas, M. (1994): *Cuerpo: diferencia sexual y género*. En: *Debate Feminista*. Año 5, Vol. 10. México.

Lapetina, (2008): *Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el primer nivel de atención en salud y otros contextos clínicos y comunitarios*. Montevideo, Uruguay. Ed. Frontera.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Laplanche. J. & Pontalis. J. B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed: Paidós .

Levin, L. (2011): *La construcción de la adicción como problema de conocimiento neurobiológico y las perspectivas de tratamientos. Una crítica al modelo médico hegemónico*. *Redes*, 17(32), 95-132.

Llopis, Juan José; Castillo, Agurtzane; Rebollida, Montse; Stocco, Paolo Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención Salud y drogas, vol. 5, núm. 2, diciembre, 2005, pp. 137-157 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España

Llovera, F; García Ramos, PR; Ballesteros, A (2015) Psicosis. 11(85)-Septiembre, 5086-5097.

Lourenço Martin, A. G. (2008): Historia Internacional de las Drogas.

Maleval J.C. (2002). La forclusión del Nombre del Padre. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Nasio, J.D., et al. (2000). Un caso de Sigmund Freud. Schreber o la paranoia En Los más famosos casos de psicosis (pp.44-77) Buenos Aires: Editorial Paidós.

Nasio, J.D. (1988) Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis. Barcelona: Gedisa.

Nowlis, H (1982): Problemática adictiva y sociedad, en La verdad sobre la droga, París, Francia: Unesco.

Uso y abuso de drogas durante el embarazo (2009): Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 7(2) Diciembre 2009: 32-44. Recuperado: scielo.iics.una.py/pdf/iics/v7n2/v7n2a06.pdf

Organización Mundial de la Salud (1994): Glosario de términos de alcohol y drogas. España.

Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2014): Expertos piden fortalecer acciones integrales de salud pública para mejorar abordaje de personas con consumo problemático de drogas.

Otero-López J. M., (1997): Droga y Delincuencia, un acercamiento a la realidad. España, Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

Pascale, A : Consumo de drogas durante el embarazo: Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención.

Prestadores de la Salud en Uruguay. (2010): Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para madres consumidoras, sus hijos/as y familias.

Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington, DC. American.

Sánchez Pardo, L. (2012): Genero y Drogas. Guía Informativa. Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos S.L. Edita: Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. Ed: Quinta Impresión, S.L.

UNICEF (s,f a) (2004). Mitos y realidades de la lactancia materna.

UNICEF (s,f b) (2004). Banco de leche humana en cuba.

